



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

18 Ottobre 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Dipartimenti di Prevenzione, al via in Sicilia il gruppo di coordinamento regionale

Istituito da un decreto del dirigente generale del Dasoe, Salvatore Requirez. Ecco i componenti e gli obiettivi

18 Ottobre 2024 - di [Redazione](#)



PALERMO. Al via in Sicilia un Gruppo di Coordinamento dei Dipartimenti di **Prevenzione** delle Asp. Lo ha stabilito un decreto a firma di **Salvatore Requirez** (*nella foto*) dirigente generale del Dasoe, il quale sottolinea ad Insanitas: «È il momento di serrare le fila. Gli interventi di prevenzione costituiscono la più efficace manovra di economia sanitaria a medio e lungo termine che si offre, da anni, al Sistema sanitario nazionale e bisogna saperla governare con criteri omogenei». «Per questo ho raccolto pienamente l'**indirizzo del nostro assessore** Giovanna Volo, igienista convinta, che mira a consolidare e far crescere i livelli di performance espressi nelle ASP secondo dinamiche in linea con gli obiettivi dei Piani Nazionale e Regionale della Prevenzione - aggiunge Requirez - Il momento è assolutamente propizio perché cade in corrispondenza della riformulazione degli **atti aziendali** delle 9 ASP siciliane che potranno fruire di documenti di indirizzo regionale che non solo guardino alle



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

esigenze specifiche ma che, complessivamente, rafforzino il valore di **privilegio strategico** delle unità operative interessate». Il neonato gruppo di coordinamento dovrà collaborare con i Servizi del Dasoe nella programmazione delle iniziative finalizzate al miglioramento delle attività di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione, in particolare quelli inerente la prevenzione primaria e secondaria, quali l'incremento delle **coperture vaccinali**, gli **screening tumorali** e gli **stili di vita**. Costituito dai rispettivi **9 direttori dipartimentali** in materia, il "Gruppo di coordinamento" sarà coordinato da **Mario Palermo** (Responsabile del Servizio 4 Igiene Pubblica e Rischi Ambientali del Dasoe), che avrà il compito di individuare le problematiche emergenti, convocare il gruppo di lavoro e coordinare gli incontri in collaborazione con **Francesco Di Gregorio** (Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Trapani) nella qualità di titolare della Direzione del Dipartimento di Prevenzione con più anzianità di servizio. Il gruppo di coordinamento potrà essere integrato con **figure professionali esperte**, con specifiche competenze in campo di prevenzione. Inoltre dovrà garantire un **supporto tecnico** ai Servizi Dipartimentali e alle Aziende Ospedaliere operanti in Sicilia.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Malattie Rare, rinnovato il Coordinamento regionale in Sicilia

Lo stabilisce un decreto dell'assessore alla Salute. Ecco i compiti e i componenti dell'organismo. Il commento del Policlinico Giaccone



PALERMO. Rinnovato in Sicilia il **coordinamento regionale delle Malattie Rare**. Lo stabilisce un decreto a firma dell'assessore regionale alla Salute, **Giovanna Volo** (nella foto di *Insanitas*), sottolineando che **i compiti sono:**

- **Definire** le caratteristiche organizzative comuni dei Centri di riferimento e identificare gli strumenti che facilitano i collegamenti tra i centri e i percorsi organizzativi.
- **predisporre** le istruttorie a supporto delle politiche e della programmazione regionale sul tema.
- **garantire la realizzazione** del raccordo e l'integrazione tra le reti che insistono nello stesso territorio.
- **facilitare** il raccordo con le altre reti regionali
- **monitorare** il funzionamento della rete e le caratteristiche epidemiologiche delle malattie rare, con particolare attenzione alle persone con malattie ultra-rare
- **progettare**, gestire e garantire il funzionamento dei registri regionali per malattie rare e/ dei sistemi informativi regionali sulle MR.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

- **garantire l’attuazione** di adeguati flussi informativi sulle MR e l’adempimento dei relativi debiti informativi a livello regionale e nazionale.
- **predisporre e rendere trasparenti** i sistemi per la valutazione periodica dell’attività della rete e dei suoi singoli nodi.
- **garantire adeguati sistemi di informazione** agli stakeholders e assicurare la tempestiva pubblicazione dell’elenco aggiornato dei Centri di riferimento e di altre informazioni di interesse generale.
- **costituire punto di interazione** privilegiato con le associazioni d’utenza e partecipare ed eventualmente organizzare eventi o percorsi di formazione in tema di MR.

Il coordinamento regionale delle Malattie rare è costituito da

- il dirigente responsabile del Servizio 4 “Programmazione Ospedaliera” della Pianificazione Strategica o un suo delegato,
- il dirigente responsabile del Servizio 9 “Osservatorio Epidemiologico” del Dasoe o suo delegato
- il dirigente responsabile del Servizio 7 “Farmaceutica” della Pianificazione Strategica o un suo delegato
- il dirigente responsabile del Servizio 8 “Programmazione Territoriale” della Pianificazione Strategica o un suo delegato

Professionisti esterni:

- prof.ssa **Maria Piccione** (referente regionale al tavolo nazionale Malattie Rare)
- prof. **Placido Bramanti** (direttore scientifico emerito dell’Irccs Bonino Pulejo)
- prof. **Davide Noto** (Responsabile Malattie metaboliche congenite dell’Adulo al Policlinico di Palermo)
- prof. **Corrado Romano** (professore associato di Genetica Medica all’Università di Catania)
- dott. **Giovanni Quartetti** (rappresentante dei medici di Medicina Generale)
- dott.ssa **Anna Aloisio** (rappresentante dei pediatri di libera scelta)
- dott. **Calogero Russo** (responsabile del Dipartimento del Farmaco, Asp di Enna)
- dott. **Claudio Ales** (rappresentante di UNIAMO)

«Sono felice di potere dare il mio contributo alla riorganizzazione delle rete- afferma il Professore **Davide Noto** – con la speranza che il centro di coordinamento possa aiutare a



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

fornire delle risposte concrete alle problematiche che i malati rari vivono nella loro esperienza di vita quotidiana». La Direttrice generale dell'Azienda ospedaliera universitaria, **Maria Grazia Furnari**, commenta: «Ringrazio l'Assessorato regionale della salute per la scelta ed esprimo le mie congratulazioni al Professore Noto. Questa nomina è un importante riconoscimento del suo straordinario impegno e della sua competenza e rappresenta un traguardo di grande prestigio anche per la nostra Azienda ospedaliera universitaria. Sono certa che il Professore Noto, con la sua esperienza e il suo spirito innovativo, apporterà un contributo fondamentale all'interno dell'organismo regionale».

SALUTE

Sanità, il nodo della spesa farmaceutica

Marzio Bartoloni — a pag. 5

Sanità, assunzioni concentrate sul 2026 Resta il nodo della spesa per farmaci

Salute. Per il 2025 si fa strada l'idea di assumere soprattutto infermieri. Nel mirino anche il rialzo del tetto sulla farmaceutica. Sulla dote ancora guerra di cifre. Meloni: fondo a livello record, basta falsità. Schlein: il rapporto sul Pil ai minimi da 15 anni

Marzio Bartoloni

La Sanità prova a rivedere le sue priorità o quantomeno a far slittare al 2026 le misure più importanti, quando ci sarà il grosso delle risorse fresche messe a disposizione dalla manovra (oltre 3 miliardi). Tra tutte l'atteso piano per le assunzioni di circa 30mila tra medici e infermieri che ora rischia di essere ridimensionato: il prossimo anno ci saranno infatti circa 1,2 miliardi a disposizione per le misure sul personale sanitario (sono le risorse aggiunte per il 2025 dalla manovra) e da qui si dovranno trovare i fondi per finanziare sia la prima tranche del piano che a questo punto non supererà le 5-6mila assunzioni, ma anche la detassazione di una parte della busta paga dei sanitari e gli incentivi ai giovani medici per scegliere quelle specializzazioni che oggi vedono tanti posti andare deserti.

L'idea - alla luce della dote più piccola di quanto si sperava - è di puntare soprattutto sulle assunzioni degli infermieri che sono quelli di cui gli ospedali e la nuova Sanità del territorio ha bisogno di più e di cui c'è più carenza (i medici mancano solo in alcune specialità). Tra l'altro il costo del piano, spingendo soprattutto sugli infermieri, si abbasserebbe anche di più visto che l'assunzione di un infermiere costa circa la metà di quella di un medico (meno di 40mila contro gli 80mila di un camice bianco). L'altra partita irrinunciabile - il ministro della Sa-

lute Orazio Schillaci ha ribadito più volte che la priorità delle priorità è «valorizzare il personale» - è la flat tax sull'indennità di specificità che dovrebbe riguardare sia i medici che gli infermieri dirigenti: qui per attutire l'impatto si andrà verso una introduzione in due fasi, nel 2025 ci sarà una flat tax al 30% e dal 2026 al 15 per cento. Per i medici si dovrebbe tradurre in un aumento di poco più di 100 euro il prossimo anno e il doppio nel 2026. Infine si punterà anche agli incentivi per i giovani medici specializzandi, ma qui è tutto da verificare quante risorse saranno disponibili per aumentare i contratti di chi sceglie i percorsi di formazione meno ambiti.

L'altro miliardo in più a disposizione per il 2025 ereditato dalla manovra dell'anno scorso (in tutto ci sono 2,3 miliardi che fanno salire il Fondo sanitario a 136,5 miliardi) servirà per assorbire almeno gli effetti dell'inflazione. Ma buona parte di questo mini-aumento potrebbe essere "mangiato" dal fatto che il tetto delle risorse destinate alla spesa farmaceutica dovrebbe salire - questo il progetto del Governo - dall'attuale 15,3% a valere sul Fondo sanitario al 15,85% (sono circa 800 milioni in più). Un rialzo che sembra sempre più necessario di fronte a una spesa sui farmaci che cresce senza sosta (+17% solo nei primi due mesi del 2024) di fronte all'arrivo di terapie innovative sempre più costose. In bilico infine l'aggiornamento dei Drg (le tariffe ospedaliere) che da solo vale 1 miliardo e che

potrebbe a questo punto finire nei cassetti o slittare al 2026 magari in versione più light. Da vedere anche come finirà la partita del finanziamento del piano pandemico 2024-2028 che necessita di almeno 200-300 milioni.

Intanto continua la guerra di numeri tra Governo e opposizioni che ancora ieri si sono bersagliati sull'entità delle risorse destinate dalla manovra alla Sanità. «Sento molte falsità in queste ore su Sanità e legge di Bilancio - ha scritto la premier Giorgia Meloni su X -. E allora facciamo ancora più chiarezza: +6,4 miliardi per la Sanità in due anni (+2,37 miliardi nel 2025 e +4,12 miliardi nel 2026). Record della storia d'Italia per il fondo sanitario nazionale: 136,48 miliardi nel 2025 e 140,6 miliardi nel 2026. Questi i numeri. Il resto sono mistificazioni». Ma la segretaria Dem Elly Schlein va allo scontro proprio attaccandosi a quei numeri e sottolineando come il calcolo non vada fatto tanto «sui dati assoluti» ma guardando alla percentuale sul Pil, scesa di mezzo punto rispetto al 2010. «La percentuale più bassa - dice Schlein - degli ultimi 15 anni». Restano sulle barricate i medici e gli infermieri che si sentono «presi in giro» e annunciano «mesi caldi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IN RIVOLTA Le proteste Medici e infermieri

“Così andiamo alla catastrofe” “Il Ssn è finito”

“Risorse insufficienti”
Paghe basse e aumenti
insultanti. E i concorsi
adesso vanno deserti

» Natascia Ronchetti

La manovra non inverte la rotta del servizio sanitario pubblico, mai così prossimo al collasso. “Stiamo andando verso la catastrofe”, dice Andrea Bottega, segretario nazionale del Nursind (sindacato infermieri). “Ancora una volta le risorse sono del tutto insufficienti”, osserva Antonio De Palma, presidente di Nursing Up (ancora infermieri). È un coro. I professionisti della sanità stroncano l'impianto della legge di Bilancio. “Il problema è dato sia dalla quantità che dalla qualità degli investimenti - dice a sua volta Pierino Di Silverio, segretario di Anaa, il più grande sindacato dei medici ospedalieri - Il ministro della Salute Orazio Schillaci aveva chiesto 6 miliardi in più, poi diminuiti drasticamente. E ora il governo millanta un piano di assunzioni pur sapendo che i concorsi vanno deserti. Perché il problema è quello dell'attrattività della professione medica: devi lavorare sul piano economico, su quello della sicurezza delle cure, sull'organizzazione, sulla riforma strutturale di una legislazione che è ormai vecchia di 46 anni”.

CHE UNO DEI NODI fondamentali sia proprio quello della scarsa attrattività delle professioni sanitarie è ormai un dato di fatto. Soprattutto per gli infermieri. Attualmente il Ssn ne conta 268 mila, ai quali si aggiungono i quasi 35 mila impiegati nelle strutture

della sanità privata convenzionata. Sono proprio loro quelli di cui si avverte la maggiore carenza. Ne mancano 65 mila negli ospedali e altri 20 mila servirebbero per far funzionare a pieno regime la medicina territoriale, a partire dalle case e dagli ospedali di comunità. “La situazione è gravissima e il governo parla di assunzioni pur sapendo che non si trovano infermieri e che le prospettive sono drammatiche - spiega Bottega -. Nelle regioni del Centro-Nord a fronte di 10 posti disponibili per la formazione nelle università le domande sono otto, due restano scoperti. Questo perché parliamo di una professione mal retribuita e molto stressante. Il governo ora dice che paga il prezzo degli errori di programmazione fatti dai predecessori. Eppure amministra lo Stato da due anni: cosa ha fatto finora per evitare questo disastro? Alla fine il sistema crollerà per mancanza di infermieri”.

Arriva la stroncatura anche per la detassazione dell'indennità di specificità. “Per noi significa 8 euro netti di aumento al mese: una vergogna”, dice De Palma. “Se la premier Meloni e il ministro Schillaci pensano di valorizzare gli infermieri in questo modo si sbagliano di grosso - aggiunge De Palma -. Servirebbero invece almeno 653 milioni, dei quali 453 per raddoppiare l'indennità”.

Proprio in queste settimane si apre la trattativa per il rinnovo 2022-2024 del contratto di tutte le professioni sanitarie. E

dall'Aran (l'agenzia che rappresenta la Pa nella negoziazione) come osserva De Palma “non è arrivato alcun segnale di recepimento delle direttive arrivate dalle Regioni”. Quanto ai medici - ne mancano circa 20 mila - hanno poi scoperto che la defiscalizzazione dell'indennità di specificità dovrebbe avvenire in due tranches (prima con una aliquota del 30% poi del 15%). “E sarebbe comunque agganciata al contratto 2025-2027, quando ancora dobbiamo arrivare al rinnovo per il triennio precedente - spiega Di Silverio - Inoltre il prossimo contratto sarà legato al Pil e non all'andamento dell'inflazione. Una presa in giro che ci indigna”.

L'ultimo confronto tra i sindacati dei medici e il ministro Schillaci risale a molti mesi fa, quando ancora il governo doveva mettere mano alla manovra. Da allora il silenzio. Né da Palazzo Chigi né dal ministero della Salute sono partite convocazioni per le organizzazioni sindacali. “Nessuno si è confrontato con noi - conferma Di Silverio -. Ma adesso non vengano a raccontarci che non c'è mai stato un investimento così alto sul servizio sanitario. Abbiamo invece il coraggio di dire, a fronte di una situazione diventata insostenibile, che questo sistema, così come lo conosciamo da quasi mezzo secolo, è finito. E che dobbiamo virare sulla sanità privata”.



BUGIE DI MELONI 6,2% DEL PIL: 12 MILIARDI SOTTO LA MEDIA UE

Sanità: il vero record è il ritorno ai livelli 2007

LE VOCI DEI SANITARI "CHE CATASTROFE", "ADDIO SSN", E SALGONO LE VECCHIE TASSE

DE RUBERTIS, PALOMBI E RONCHETTI A PAG. 10 - 11



MANOVRA • Fondi scarsi, ma parole in abbondanza

SOLDI ALLA SANITÀ: TUTTE LE BUGIE DI MELONI

» Marco Palombi

Giorgia Meloni ha una tendenza, non nascosta, a reagire male alle

critiche. Nel farlo, le capita spesso di buttarsi sulla propaganda più becera o, se preferite, di mentire spudoratamente. Ieri è stata la volta della Sanità, buco nero della nostra storia recente e non per colpa

(solo) di questo governo: "Sento molte falsità in queste ore su Sanità e legge di Bilancio - ha scritto sui social - E allora facciamo ancora più chiarezza: +6,4 miliardi per la Sanità in due anni (+2,37 miliardi



nel 2025 e +4,12 miliardi nel 2026). Record della storia d'Italia per il fondo sanitario nazionale: 136,48 miliardi nel 2025 e 140,6 miliardi nel 2026". Sempre via social si è presa la rispostaccia di Nino Cartabellotta, presidente della fondazione Gimbe, che da molti anni s'impegna contro il disastro del Ssn: "Gentile Presidente Giorgia Meloni, il suo tentativo di fare più chiarezza confonde ulteriormente. Perché Lei somma le risorse assegnate alla Sanità in due leggi di Bilancio: 2024 e 2025. In attesa del testo della manovra, stando al Dpb i numeri sono: + 0,86 miliardi di euro nel 2025; + 3,1 miliardi nel 2026; + 0,17 miliardi nel 2027".

DETTA IN BREVE, ha ragione Cartabellotta: il Documento programmatico di bilancio (Dpb) inviato a Bruxelles certifica che la manovra assegnerà all'ingrosso quei soldi "netti" alla Sanità. Per l'anno prossimo significa circa 880 milioni in più - invece dei 3 o 4 miliardi chiesti dal ministro della Salute Orazio Schillaci - portando il fondo per il Ssn a 136,5 miliardi di euro, il 6,2% del Pil, come quest'anno e come quello prima, il livello più basso dal 2007 che il governo promette di mantenere (non aumentare) nei

prossimi anni. Quella che aumenta invece è la spesa diretta delle famiglie in salute, quella cosiddetta *out of pocket*: 40,6 miliardi nel 2023 (Istat), una decina in più in un decennio. "Lasci stare i record", ha maramaldeggiato Cartabellotta, "altrimenti citiamo come triste primato i 4,5 milioni di persone che non si cura-

no più, di cui 2,5 milioni per ragioni economiche".

Insomma, niente record, se non quello insensato del totale nominale di finanziamento del Ssn: una cifra "record" con cui si pagano meno medici e infermieri e si acquistano meno servizi sanitari che in passato... Torniamo allora alla spesa in rapporto al Pil: nato nel 1978, il Servizio sanitario nazionale pesava per il 4,7% del Pil nel 1980, per poi salire fino al 2010 (in zona 7%), il momento in cui inizia il tracollo. Oggi e per diversi anni, come detto, saremo al 6,2%, un livello inferiore alla media Oese (6,9%) e alla media Ue (6,8%), lontanissimo dai numeri di Germania (10,1%) o Francia (11,8%) e che ci colloca all'ultimo posto nel G7. Per capirci, colmare quello 0,6% di differenza con la media europea significherebbe, ai prezzi attuali, spendere in salute oltre 12 miliardi l'anno in più.

DETTO QUESTO, cosa sta facendo questo governo in materia di spesa sanitaria? Di fatto quello che - esclusa la breve parentesi pandemica - hanno fatto i suoi predecessori, cioè poco: oggi come allora la spinta verso il precipizio arriva anche dai vincoli di bilancio Ue, che impongono continue strette fiscali. Il duo Draghi-Meloni, per dire, nel 2022-23 ha lasciato che il finanziamento del Ssn fosse inferiore del 7,5% cumulato all'aumento dei prezzi, che in termini reali è un taglio. Peggio: nel 2023, piena era

Meloni, persino la spesa nominale è stata più bassa del 2022. Quest'anno, scesa l'inflazione, ci sarà invece un lieve recupero, nel 2025 saremo in linea di galleggiamento, nel 2026 arriveranno un po' di soldi in più e nel 2027 quasi nulla.

Il disastro di oggi, però, arriva da lontano. La fase di defianziamento del Ssn inizia nel 2010 con Berlusconi e subisce un'accelerazione inaudita con Monti. I governi successivi (Letta, Renzi, Gentiloni, Conte-1) si sono limitati a gestire il declino della sanità pubblica finanziando il sistema quasi sempre meno della crescita dei prezzi e del Pil: il risultato, in un quindicennio, è la perdita di posti letto, personale del Ssn, presidi territoriali, medici e pediatri di base con gli effetti che tutti vediamo su liste d'attesa, Pronto Soccorso, etc. Col Covid ci dissero che sarebbe cambiato tutto, ma non è successo: il governo Meloni è quello del ritorno al *business as usual*, necessario anche per la stretta alla spesa pubblica contenuta nel nuovo Patto di Stabilità. La differenza rispetto al passato è che affamare un sistema sano è pessima politica, affamarne uno moribondo è omicidio. D'altronde Meloni stessa mercoledì aveva detto: "Queste sono le risorse che abbiamo, io sulla sanità avrei stanziato di più...". Più del record della storia d'Italia?

I numeri

Il finanziamento resterà per anni al 6,2% del Pil, livello più basso dal 2007, lo 0,6% sotto la media Ue (in cifre significa 12 miliardi)

È record della storia d'Italia per il fondo sanitario nazionale

Giorgia Meloni • 7 ottobre 2024





AUDIZIONI DAVANTI ALLE COMMISSIONI CONGIUNTE GIUSTIZIA E SANITÀ

Fine vita, Amato e Flick al Senato: la legge metta ordine

ANGELO PICARIELLO

Roma

Nessun via libera all'eutanasia dalla Consulta, ma il Parlamento legiferi sul fine vita o lo faranno le Regioni. Ieri sono stati sentiti due presidenti emeriti della Corte Costituzionale, Giuliano Amato e Giovanni Maria Flick, davanti alle commissioni Giustizia e Sanità del Senato, dove la legge è incardinata.

«Ciò che dalla sentenza della Corte non si ricava sono le procedure - ha sottolineato Amato -. Non si può lasciare alle Regioni questo, anche se forse può rientrare nella loro competenza. Finirà che lo faranno se il Parlamento non interviene». Perché, ha sostenuto l'ex premier, «è fondamentale che vi sia uniformità. Se voi non riuscite a intervenire finirà che ci saranno leggi regionali e il rischio di difformità di trattamento».

Flick invece ha ricordato che se la sentenza della Consulta del 2019 pone quattro condizioni e «lo fa perché ritiene che sia necessario preliminarmente

continuare a punire l'aiuto al suicidio, per evitare il proliferare di situazioni di questo tipo». Per Flick «l'unico in grado di stabilire se c'è bisogno di trattamento vitale e quale sia il trattamento è il medico, magari in una valutazione collegiale». Ed è proprio questo che «va istituito e portato avanti attraverso l'intervento del legislatore». Quello che va invece evitato è «lo squallido esempio di una lite sulla morte di una persona per tirare la giacca da una parte o dall'altra: è suicidio assistito, non è eutanasia». L'ex Guardasigilli ritiene che «l'interpretazione debba spettare ai giudici», ma i limiti da rispettare vanno fissati «attraverso una legge chiara che

faccia intervenire il giudice solo quando il contrasto sia insanabile».

Fra i giuristi ascoltati ieri anche il professor Filippo Vari, docente di Diritto costituzionale all'Università Europea di Roma e vicepresidente del Centro studi Livatino. «Il diritto alla vita - ha sostenuto - è il primo e il più importante perché è la precondizione per il godimento di tutte le altre posizioni giuridiche soggettive. La depenalizzazione del suicidio assistito e dell'eutanasia - ha avvertito Vari - cozza con il carattere inviolabile del diritto alla vita».

Per Amato, che era presidente della Consulta al momento del pronunciamento, c'è anche un problema di solidarietà, e lancia l'idea di una rete solidale, un «grande progetto» che coinvolga il Terzo settore. Le cure palliative «fanno parte di un contorno essenziale dell'assistenza che va garantita alla persona. È importante aiutarla a continuare a vivere. Quando quella decisione arriva, irreversibile, vuol dire che abbiamo fallito». E arrivati a quel punto, «noi abbiamo concluso che a l'immunità penale è plausibile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ex premier: «Serve un grande progetto con il Terzo settore per le cure palliative». Per il costituzionalista Vari la depenalizzazione del suicidio assistito cozza con il diritto inviolabile alla vita



LA POLEMICA

Valanga di ricorsi in arrivo sulla maternità surrogata “La Consulta cancelli il reato”

di Gabriella Cerami

ROMA – Registrare in Italia un bambino nato grazie alla gestazione per altri (Gpa) equivale ad autodenunciarsi. Quindi il genitore biologico e il genitore che vuole adottarlo rischieranno il carcere fino a due anni e multe che possono arrivare al milione di euro. Ma la denuncia può scattare anche prima, quando vengono richiesti i documenti consolari per l'ingresso nel nostro Paese.

Così con l'approvazione del disegno di legge di Fratelli d'Italia, che rende la maternità surrogata reato universale, le coppie sia etero sia omosessuali non potranno più ricorrere alla Gpa neanche nei Paesi dove invece è legale. Di certo, chi ha già intrapreso il percorso è pronto a presentare ricorso. Chi vuole intraprenderlo è disposto a tutto. I giuristi stanno esaminando il testo trovandolo lacunoso: «Esiste un principio costituzionale secondo il quale le norme penali devono essere molto chiare nel far comprendere quando si realizza la condotta punita e questa non lo è», spiega Vincenzo Miri, avvocato e presidente di Rete Lenford - avvocatura per i diritti Lgbti+.

È sufficiente fare qualche esempio per capirne la portata. In meno di ventiquattro ore, trenta coppie si sono rivolte a Filomena Gallo, avvocatessa e segretaria nazionale dell'Associazione Luca Coscioni, che da sempre si batte per la legalizzazione della maternità surrogata anche in Italia. Come succede già in altri Paesi europei, come Regno Unito, Paesi Bassi, Danimarca, Portogallo, dove è consentita in forma altruistica. E poi ce ne sono altri, come Belgio, Ucraina, Grecia e Georgia nei quali non è vietata né autorizzata.

Pertanto, aggiunge l'avvocato Miri, «criminalizzare in Italia ciò che non è un crimine in altri Paesi, è avvenuto finora solo per i cosiddetti reati davvero universali, come i crimini di guerra, genocidio, terrorismo internazionale, pedopornografia. Per quei reati, insomma, che mettono a rischio la tutela degli interessi vitali dello Stato». E non è questo il caso.

E infatti vengono già sollevati dubbi sulla costituzionalità della legge. Maurizio Turco e Irene Testa, segretario e tesoriere del Partito Radicale, stanno già lavorando alla presentazione di un quesito referendario. Tuttavia la presidente delle Famiglie Arcobaleno, Alessia Crocini, non nutre molta fiducia: «In Italia c'è un problema di quorum, non vanno a votare per le politiche figuriamoci per qualcosa che riguarda una minoranza». Alla luce della mole di ricorsi che le famiglie presenteranno, quelle che non si lasciano scoraggiare da questa nuova legge, con ogni probabilità toccherà alla Consulta sciogliere i nodi. Come già avvenuto in passato, quando la Corte Costituzionale ha chiesto al legislatore di intervenire a favore della tutela dei bambini nati all'estero con la maternità surrogata. Ma il Parlamento non se ne è ancora occupato.

Adesso ci sono dieci coppie all'estero che attendono il parto, racconta l'avvocata Gallo: «Ma ci sono anche venti coppie che hanno intrapreso il percorso, ovvero che già sono state presso un centro straniero, hanno firmato il consenso ed alcune hanno fatto il prelievo dei gameti, ma non l'impianto». Cosa succederà quando quelle coppie con una gravidanza torneranno in Italia? Sarà la giurisprudenza a stabilire se si sarebbero dovute fermare.

Giorgia Meloni l'altro ieri ha esultato con lo slogan: «La vita non è merce». Ma ieri è arrivata la bacchettata dell'ex leader di An, Gianfranco Fini: «Questa legge è un manifesto del conservatorismo. Personalmente ne avrei fatto meno». La segretaria del Pd Elly Schlein, parla «di atroce propaganda del governo sulla pelle delle persone e dei bambini». Il senatore di FI Pierantonio Zanettin: «Il comportamento sanzionato non è la nascita, ma la gestazione. Sono pronto a difendere gratis queste coppie».

Al di là della polemica, restano le incognite attorno al nodo del reato universale. È su quel vulnus che le famiglie vogliono far leva preparandosi alle battaglie in tribunale.

Le criticità



1 I ricorsi

Venti coppie hanno intrapreso il percorso per la Gpa. Sono state in un centro straniero, hanno firmato il consenso ed alcune hanno già fatto il prelievo dei gameti, ma non l'impianto

2 La nuova legge

La legge, che rende reato universale la maternità surrogata, non stabilisce il momento in cui si realizza la condotta da punire con una pena fino a due anni di carcere

3 Consulta

Potrebbe essere chiamata a pronunciarsi sul tema, come avvenuto in passato quando ha chiesto al Parlamento di occuparsi dei diritti dei figli nati da Gpa



Viaggio nell'IA delle imprese/12. Chiesi. Il gruppo farmaceutico ha sviluppato un progetto di ricerca per accorciare le fasi di test con l'aiuto dell'intelligenza artificiale che usa soluzioni open source

Il gemello digitale del polmone per migliorare l'efficacia dei farmaci

Nell'epoca dei dati e dell'intelligenza artificiale, l'innovazione diventa radicalmente interdisciplinare. La medicina e la farmaceutica, per esempio, fanno ricerca anche con l'aiuto della fisica. E la fisica, come hanno dimostrato i Nobel di quest'anno, persegue strade prima impossibili, anche con l'aiuto dell'intelligenza artificiale. Tutto questo ha conseguenze molto concrete sulle traiettorie delle aziende più avanzate.

Alla Chiesi la pensano così. Come si può migliorare l'efficacia dei farmaci che si assumono con inalatori per farli entrare in circolazione attraverso gli alveoli dei polmoni? Non è più solo una questione di principi attivi. È anche un problema di flussi d'aria, di dimensioni delle molecole dei farmaci, di caratteristiche dei singoli pazienti, di raccolta e interpretazione computerizzata delle immagini e persino di matematica dei frattali. Ed è il punto di partenza di un progetto di ricerca sviluppato da Chiesi con Quantyca - finanziato dalla fondazione I-FAB - per realizzare un "gemello digitale" del polmone.

«Abbiamo progettato di realizzare un digital twin del polmone per simulare tutto il percorso del farmaco dall'inalatore all'alveolo. I problemi sono estremamente complessi. Una parte del "gemello" è costruita con un modello di intelligenza artificiale che abbia-

mo allenato con una certa quantità di fotografie di polmoni annotate da medici» racconta **Ciro Cottini**, head of Digital Data Modelling Department. «In questo modo possiamo disegnare meglio gli inalatori, favorire l'assorbimento del farmaco, ricalcolare le dosi, accorciare le fasi di test». E **Andrea Benassi**, Modelling & Scientific Computing Scientist aggiunge: «La ricerca deve studiare quali sono i punti del polmone nei quali il farmaco si può fermare prima di arrivare agli alveoli, si occupa del modo con il quale negli alveoli si unisce al sangue, la dimensione ottimale delle molecole, e così via. Il tutto, per superare i filtri che l'evoluzione ha messo nei polmoni allo scopo di impedire che particelle esterne indesiderate entrino in circolazione».

Il modello sviluppato per il progetto da Chiesi e partner è fondato su un numero relativamente limitato di dati, con una tecnica di intelligenza artificiale che sfrutta soluzioni open source, che consumano poca energia, che valorizzano le competenze interne all'azienda e che anche per questo limitano le "allucinazioni", cioè gli errori statistici peraltro tipici di queste tecnologie. «Si scopre che la simulazione che si può realizzare con questi strumenti è una tecnica di ricerca estremamente efficace» osserva Benassi. Che allarga il ragionamento: «Le stesse automobili di Formula uno sono modellate

sempre più spesso con simulatori che si dimostrano talvolta persino più utili delle gallerie del vento».

Insomma, nella grande convergenza che la fisica e l'intelligenza artificiale stanno rendendo possibile, i confini disciplinari sono sempre meno chiari e i metodi per migliorare i prodotti della cura si fanno più integrati. Di questo, probabilmente, dovranno tener conto le agenzie pubbliche che valutano le soluzioni farmacologiche e che stabiliscono i percorsi di sperimentazione che servono ad accettare le innovazioni. L'intelligenza artificiale ridurrà i tempi e aumenterà la produttività della ricerca scientifica e tecnologica. Le conseguenze sono tutte da scrivere. E questo avverrà anche in Europa. Anche in Italia.

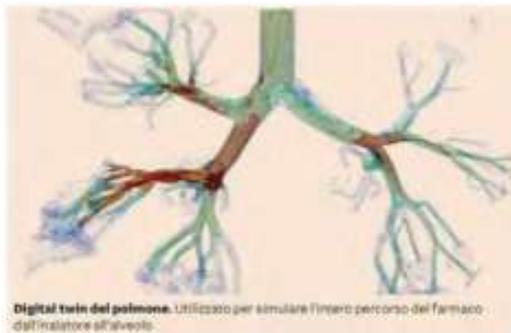
© RIPRODUZIONE RISERVATA



INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Come le imprese affrontano la rivoluzione dell'IA generativa.

Le puntate precedenti pubblicate il 2, 9, 15, 23 e 30 agosto; 6, 13, 20 e 27 settembre; 4 e 11 ottobre



Digital twin del polmone. Utilizzato per simulare l'intero percorso del farmaco dall'inalatore all'alveolo.



Mammografia, il top delle armi antitumore

L'ultima frontiera della terapia: anticorpi "armati" identificano la neoplasia e la distruggono. Ma prevenire è sempre la pratica migliore

di RENATA GILI*

Il cancro è sempre più curabile: una affermazione vera per molti tipi di tumore, e particolarmente vera per alcuni. Un esempio? Il cancro al seno, la cui mortalità è diminuita - o meglio, precipitata - del 58 per cento che si registrava nel 1975 a oggi.

Un problema di salute che una volta si identificava con qualcosa di molto simile a una condanna a morte si è trasformato in una malattia in diversi casi guaribile. E, quando non è possibile, in una malattia con la quale si può convivere, al pari di altre patologie croniche. Un'ottima notizia per le oltre 55.000 donne che, in Italia, ogni anno ricevono una diagnosi di cancro al seno. Perché sì, questo rimane il tumore femminile più frequente.

Ma a cosa dobbiamo la drastica riduzione della mortalità? Per lo più a due fattori: da un lato ai miglioramenti delle terapie, dall'altro alla diffusione dei test per la diagnosi precoce.

Rispetto al primo punto, stiamo vivendo in un'epoca fantastica per la ricerca scientifica. Basti pensare che fino a dieci o quindici anni trattare il cancro voleva dire solo una cosa: chemioterapia. Sia chiaro, grazie ai farmaci chemioterapici abbiamo raggiunto grandi traguardi ed enormi successi, e ancora adesso questi rimangono i medicinali di prima scelta per molti tumori. Ma la dif-

ferenza rispetto a un tempo è che oggi possiamo ammirare un panorama diverso, fatto di numerose opzioni terapeutiche: dalle terapie ormonali alla cosiddetta immunoterapia, fino ad arrivare alle terapie mirate contro specifiche molecole presenti sulle cellule tumorali.

L'ultima frontiera? Farmaci costituiti da specifici anticorpi "armati" che riconoscono in modo molto preciso il tumore e lo distruggono. Una sorta di missile dotato di carica esplosiva che identifica in modo efficace il bersaglio da combattere, un cavallo di Troia che permette al farmaco di penetrare le cellule tumorali, risparmiando quelle sane, e di ucciderle. Insomma, abbiamo a disposizione un arsenale grazie al quale, a seconda del tipo di tumore al seno, possiamo ambire a raggiungere importanti obiettivi: far regredire la malattia oppure tenerla sotto controllo, migliorando la sopravvivenza delle donne che ne sono affette. E una delle novità più belle è che questo discorso vale anche per le donne che, un tempo, di speranza non ne avevano nemmeno una: quelle con un cancro avanzato, nel cosiddetto "quarto stadio", che presenta già delle metastasi.

Abbiamo capito, insomma, che la ricerca sta andando avanti e che grazie alla scienza vedremo sempre più donne affette da un cancro al seno che guariscono, lasciandosi alle spalle una

brutta malattia. Possiamo guardare al futuro con un certo ottimismo. È quasi superfluo dire, però, che la cosa migliore quando parliamo di cancro è cercare in tutti i modi di evitarlo.

Entriamo, così, nell'ambito della prevenzione, arrivando al nostro secondo punto, quello relativo alla maggiore diffusione

dei test per la diagnosi precoce. Parliamo, cioè, degli screening oncologici, in questo caso della mammografia, strumento che utilizziamo ormai da molti anni. Questo esame, eseguito come controllo preventivo, ha un obiettivo ben preciso:

identificare il tumore in fase iniziale, prima ancora che abbia avuto il tempo di provocare dei sintomi. Ciò permette di iniziare tempestivamente la cura più adatta aumentando di moltissimo le possibilità di guarigione.

In Italia la mammografia è gratis e tutte le donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni possono ef-



REPUBBLICA SALUTE

fettuare, ogni due anni, questo controllo. In certe regioni, fra cui il Piemonte, è possibile sottoporsi all'esame anche prima, a partire dai 45 anni (in questo caso la periodicità, fino ai 49, sarà annuale), e andare avanti fino ai 75 anni compresi. La diagnosi precoce, insieme con uno stile di vita sano (la prima cosa, ricordiamolo sempre, a cui dobbiamo prestare attenzione), è una delle nostre armi principali nella battaglia contro il cancro.

Purtroppo ci sono ancora persone che diffondono notizie false anche in un campo così delicato: parlo di quella secondo cui la

mammografia sarebbe pericolosa perché causerebbe essa stessa il cancro. Nulla di più falso: se utilizzata nel modo corretto e seguendo le raccomandazioni dei medici non causa il cancro ma, al limite, vi permette di curarlo nel modo più efficace.

**medico e autrice della rubrica "Una mela al giorno" su Repubblica*



Il test

La mammografia resta l'arma primario contro uno dei tumori più diffusi

Con la diagnosi precoce che in Piemonte è garantita più che a livello nazionale si può avviare subito una cura mirata



La crisi degli ospedali La denuncia dell'Ordine: «Con il blocco del turnover da fine anno ci saranno problemi molto seri»

Sanità, mancano 6.000 medici

Gravi carenze tra gli infermieri: ne servono almeno 4.000. Allarme per i dottori di famiglia

Nella sanità del Lazio ci sono ancora gravi carenze di organico nonostante i forti investimenti affrontati dalla Regione anche grazie ai fondi per il Giubileo. Secondo l'Ordine dei medici e la Federazione degli infermieri, in corsia mancano ancora tra gli ottomila e i dodicimila professionisti, tra dipendenti di ospedali e aziende sanitarie,

specialisti e medici di medicina generale. Al netto delle oltre 14mila assunzioni e stabilizzazioni appena attivate. E nel tempo la situazione non potrà che peggiorare, tra pensionamenti (l'età media degli occupati è molto alta) e iscrizioni ai corsi di laurea in calo del 20 per cento. «La Regione - sollecita Magi - deve

cercare di rendere la professione più attrattiva, anche eliminando l'incompatibilità di carriere».

a pagina 2 **Salvatori**

Mancano 10mila medici e infermieri

Gravi carenze di personale in Asl e nosocomi della Capitale e della regione
Magi: stop incompatibilità tra pubblico e privato

di **Clarida Salvatori**

Mentre a livello nazionale si è scatenata la bufera sulle (scarse) risorse che il governo avrebbe destinato alla sanità nella manovra di bilancio, nel Lazio si fa la conta delle carenze di personale: stimate tra gli ottomila e i dodicimila professionisti. Punto debole del sistema sanitario regionale, nonostante i forti investimenti messi in campo dalla Regione nell'ultimo anno.

Secondo l'Ordine dei medici e dei chirurghi del Lazio, dove sono attualmente iscritti in 45mila (ma gli attivi sono 35mila), il settore pubblico

continua a essere poco attrattivo. «A fronte di 8mila dipendenti e 2mila specialisti attualmente impiegati in ospedali e aziende sanitarie, mancano ancora 6mila camici bianchi - ha spiegato il presidente Fnomceo, Antonio Magi -: rispettivamente 5mila e mille. Stesso discorso per i medici di famiglia che nel Lazio sono attualmente quattromila». Ma, considerando che l'età media supera i 60 anni e che alla fine del 2024 circa il 35 per cento andrà in pensione, il divario tra chi è in servizio e le necessità oggettive aumenterà. «A quel punto serviranno altri 2.500-3.000 medici di base - prosegue Magi -. Già oggi a Roma e nel Lazio ci sono grandi difficoltà con quartieri, specie quelli più periferici, e paesi

del tutto sguarniti».

Consapevole delle forti difficoltà per l'intero sistema regionale, provato da anni di blocco del turnover a causa dell'attuazione del piano di rientro a cui è stata sottoposta per i debiti accumulati, la Regione ha concentrato molte forze sulle assunzioni e sulle stabilizzazioni in corsia, anche grazie ai fondi stanziati per il Giubileo: si par-



la di 661,5 milioni di investimenti per reclutare oltre 14mila sanitari, di cui quasi 4mila medici e oltre 3.700 infermieri. Già perché anche gli infermieri sono in grande sofferenza. Secondo le stime della Fnopi (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche), nel Lazio ne mancano tra i 5 e i 7mila. Una situazione che po-

trà solo peggiorare negli anni a venire, alla luce del fatto che le iscrizioni ai corsi di laurea in infermieristica sono in calo costante: nelle ultime selezioni è stato del 20%. «La Regione dovrebbe fare accordi per rendere più appetibile la professione - conclude Magi -: a partire dall'eliminare l'incompatibilità tra carriera pubblica e privata per medici, altrimenti

aver inserito i convenzionati nel Recup rischierebbe di essere solo una rivoluzione ideologica, e depenalizzare la professione».

Corsi di laurea

Le iscrizioni a Scienze infermieristiche sono in calo costante (quest'anno del 20%)



Nel Lazio mancano circa 2-3mila medici di base, la prima linea dell'assistenza territoriale ai cittadini

