

14 marzo 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Largo della Sanità Militare, 60
00184 Roma
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

ARIS

L'Arena

14/03/2025

L'intervento del dottor Piccinini

«Mancherà alla nostra sanità»

Il dottor Mario Piccinini, presidente Triveneto **Aris** (Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari) e già amministratore delegato dell'IRCCS Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, ricorda così Giuseppe Puntin: «Ho perso innanzitutto un grande amico. Ho conosciuto Giuseppe Puntin, per me Beppino, oltre 30 anni fa in occasione di una delle innumerevoli convocazioni in Regione. Avevamo creato un rapporto di confidenza, ma sempre nel massimo rispetto reciproco. Tanto che in tutti questi anni non ricordo nessuno screzio. La nostra amicizia è andata di pari passo con la collaborazione professionale

prima come amministratori delegati di due rilevanti realtà sanitarie veronesi e poi come presidenti regionali di **Aris** e Aiop, le due più importanti Associazioni della sanità privata».

«L'ospedale di Negrar e di Peschiera sono cresciuti parallelamente e nel tempo, in uno spirito collaborativo e mai concorrenziale, perché siamo sempre stati convinti che l'obiettivo ultimo del nostro lavoro è il bene del paziente. Puntin era un profondo conoscitore della sanità veneta e italiana e un manager competente quanto sensibile dal punto di vista umano verso i suoi collaboratori. Nella conduzione dei rapporti istituzionali con la Regione dimostrava

intelligenza e capacità di mediazione».

«Mi mancherà e mancherà alla nostra sanità. Perché se la sanità privata accreditata, quindi con una funzione pubblica, ha raggiunto nel Veneto livelli di eccellenza lo dobbiamo anche a Giuseppe Puntin».

la Repubblica



Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



R moda & beauty Versace, Donatella lascia Gucci sceglie Demna

di SERENA TIBALDI alle pagine 33 e 34

R spettacoli Scarpetta: "Il successo non arriva per caso"

di ARIANNA FINOS a pagina 44



Venerdì 14 marzo 2025 Anno 50 - N° 62 Oggi con il venerdì in Italia € 2,90

Tregua, Putin alza il prezzo

Il presidente russo sulla proposta di cessate il fuoco: "Molti punti da discutere con Trump". Presto una telefonata A Mosca via ai colloqui con l'inviato americano. Zelensky: "Si prepara a dire di no, vuole distruggere l'Ucraina"

Putin prende tempo sulla tregua. E alza decisamente il prezzo. «Ci sono molti punti che devo discutere con Trump». Presto potrebbe esserci una telefonata tra i due presidenti. Intanto a Mosca sono cominciati i colloqui con l'inviato americano Steve Witkoff. Ma il presidente ucraino Zelensky resta scettico e continua a dire che Putin si sta preparando a dire di no al cessate il fuoco. Lo zar vuole evitare che un netto rifiuto faccia saltare il tavolo con Washington, ma anche l'intesa di Gedda non gli piace. Dal canto suo il presidente americano parla di «grande delusione» se non si riuscisse ad arrivare a un accordo. Nel frattempo l'Unione europea valuta l'acquisto collettivo di armi. di BRERA, CASTELLETTI, MASTROLILLI e TITO alle pagine 2, 3 e 4

Vino e champagne minaccia Usa sui dazi alla Ue

di FILIPPO SANTELLI a pagina 20

L'escalation tariffaria tra le due sponde dell'Atlantico rischia di travolgere un settore simbolo del made in Italy: il vino. Il giorno dopo la ritorsione annunciata dell'Europa contro i dazi americani su acciaio e alluminio, Donald Trump minaccia tariffe del 200%. con un servizio di MANACORDA

Anche Segre e Jovanotti Domani la piazza per l'Europa

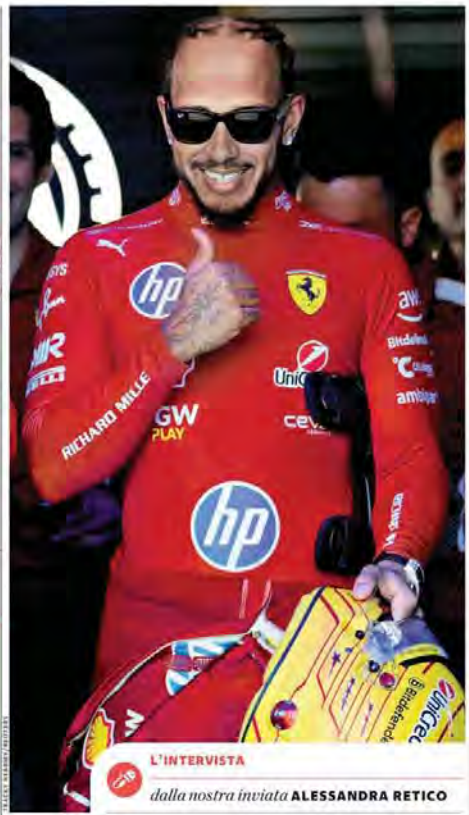
Tutti per l'Europa domani alle 15 in piazza del Popolo a Roma. Michele Serra, promotore dalle colonne di Repubblica, ha presentato la manifestazione con il sindaco Roberto Gualtieri. Sul palco intellettuali, artisti e rappresentanti della società civile. In collegamento video ci saranno anche la senatrice a vita Liliana Segre e Jovanotti. di FERRARA e VECCHIO alle pagine 8 e 9



NAPOLI

Campi Flegrei, forti scosse "C'è l'ipotesi evacuazione"

di DEL PORTO, DUSI, GEMMA e ZINITI alle pagine 12, 13, 14 e 15



L'INTERVISTA dalla nostra inviata ALESSANDRA RETICO

Hamilton: "La Ferrari ti cambia la vita Sono dentro un film"

nello sport a pagina 10



Una manifestazione dalla parte giusta

di GUSTAVO ZAGREBELSKY

La piazza è luogo d'incontro di grandi numeri. Si è in tanti; ci si va, spontaneamente o obbligatoriamente, ci si incontra tra conoscenti e sconosciuti ma con qualcosa in comune che viene "messo in piazza", cioè "manifestato". Ma di piazze politiche non ce n'è una sola. a pagina 11

Quei guerrieri e la voglia di pace

di ANTONIO SCURATI

Se vuoi la pace, prepara la pace. Parole sacrosante. Le condivido a pieno. E aggiungo: se vuoi preparare la pace, sforzarti di comprendere la guerra. Questo sforzo mi ha procurato da parte di alcuni - a me come a molti altri - l'accusa infondata e infamante di essere un "guerrafondaio". a pagina 10



CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688294

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63767310
mail: servizioclienti@corriere.it

BE Rebel Pay per you



Hamilton in Ferrari
«Voglio il mondiale e diventare papà»
di Daniele Sparisci
alle pagine 42 e 43



Un libro racconta il premio
Compasso d'Oro,
le storie e le sfide
di Annachiara Sacchi
alle pagine 36 e 37

Guidi polo? Con noi, l'RC Auto costa meno!
BE Rebel Pay per you

Per Mosca «c'è tanto da discutere, forse al telefono con il leader Usa». Nuovo attacco a Mattarella, Tajani convoca l'ambasciatore

Tregua, le condizioni di Putin

Lo zar: «Solo se porta a una pace duratura». Trump: «Parole promettenti ma incomplete»

L'EUROPA SI DIFENDE

di Sabino Cassese

Nel mondo vi è stato, in questi ultimi anni, un improvviso e non previsto cambio di registro. Hanno ripreso quota le pretese territoriali. La Russia verso la vicina Ucraina, la Repubblica popolare di Cina verso Taiwan, Israele verso la striscia di Gaza, gli Stati Uniti verso Canada, Groenlandia e canale di Panama.

Sono pretese di tipo diverso e si manifestano in modi diversi. La Russia ha invaso con le armi la nazione vicina, che ha fatto parte prima dell'impero russo, poi dell'Unione delle repubbliche socialiste sovietiche. Pechino ha sempre rivendicato la propria sovranità su Taiwan, come, viceversa, quest'ultima fa rispetto a Pechino. Washington rivendica quasi all'improvviso, ma rispolverando aspettative che risalgono al 1823, una sovranità più ampia nel proprio continente. Israele intende liberarsi di una forza vicina aggressiva e quindi stabilire il proprio dominio su un'altra popolazione e un altro territorio.

Ma sono pretese territoriali con molti elementi comuni. Sono minacce che provengono da nazioni più forti (hanno molti più abitanti, eserciti più agguerriti, con armi nucleari) a danno di entità più deboli.

continua a pagina 26

GIANNELLI

LA DIFESA - SECONDO TEMPO



IL TERREMOTO

Serie di scosse a Napoli: paura e ipotesi evacuazione

di Fulvio Bui e Paolo Virtuani

Nella notte il boato, poi tutto si è messo a tremare. Tanto forte come non accadeva da quarant'anni, a Pozzuoli e tutto intorno. E alla prima scossa di terremoto di magnitudo 4,4 ne sono seguite altre tre. Gente in strada, calcinacci, auto danneggiate, un controsoffitto crollato e un ferito messo in salvo. A decine sono accorsi in ospedale, la maggior parte per attacchi di panico. Scuole chiuse a Pozzuoli, Bagnoli e Fuorigrotta. Migliaia le verifiche sull'agibilità in corso negli edifici. Allestito un ricovero nella ex base Nato. Musumeci: «I ipotesi di evacuazione non è assolutamente da scartare».

alle pagine 18 e 19

Putin, sulla tregua in Ucraina, detta le condizioni. Non chiude, ma puntualizza che «dovrebbe portare a una pace a lungo termine e affrontare le cause di fondo del conflitto». Per il leader russo, che ha incontrato a Mosca l'invitato Usa Witkoff, «c'è ancora molto da discutere», probabilmente in una telefonata con Trump. «Dichiarazione promettente ma incompleta, molto deludente se rifiutasse», ha commentato Trump ricevendo il segretario generale della Nato Rutte. Kiev intanto si ritira progressivamente dalla regione russa di Kursk, mentre la portavoce del ministero degli Esteri di Mosca Zakharova torna ad attaccare Mattarella: «Da lui menzogne e falsità».

da pagina 2 a pagina 11

SCONTO TRA MELONI E GIORGETTI IN CDM
Alta tensione nel governo

di Monica Guerzoni

Clima teso nella maggioranza. Nonostante le smentite, tra la presidente Meloni e il ministro Giorgetti ci sarebbe stata un'accesa discussione per le posizioni prese dalla Lega su Ucraina e riarmo.

a pagina 6

INTERVISTA CON BONACCINI

«Il Pd non salti in aria»

di Maria Teresa Melli

«Il Pd è pienamente europeista — dice Bonaccini —, vuole un'Europa forte che parli con una voce sola in politica estera e con una difesa comune. Nel Pd ora serve un confronto responsabile».

a pagina 11

Il caso L'amico del fratello di Chiara indagato: ieri un altro test



Andrea Sempio, 37 anni, entra in caserma per effettuare il test del Dna per il delitto di Garlasco. (Fotogramma)

Garlasco, il superperito: quel Dna è di Sempio

di Giusi Fasano e Cesare Giuzzi

Le indagini sull'omicidio di Garlasco sono state riaperte dopo le analisi sul Dna ritrovato vicino alle unghie di Chiara Poggi. E per il superperito del caso Yara non c'è alcun dubbio: «È di Andrea Sempio». L'indagato, amico del fratello della vittima, ieri è stato sottoposto a un nuovo test genetico. Il suo legale: «Una macchinazione».

alle pagine 20 e 21

LA RISPOSTA ALLA UE

Guerra dei dazi, Donald rilancia: al 200% su vino e Champagne

di Valentina Iorio

Ritorsione del presidente Trump dopo che l'Ue ha deciso di applicare dazi su whisky e bourbon prodotti negli Stati Uniti. «Se questa imposta non sarà rimossa, ne imporemo una del 200% su tutti i vini, Champagne e altri alcolici fatti in Francia e Paesi Ue», ha minacciato. «Siamo aperti ai negoziati, ma non ci piacciono i dazi e difendiamo i nostri interessi», ha risposto von der Leyen. Timori per le esportazioni di bottiglie italiane negli Usa che nel 2024 hanno raggiunto quasi due miliardi di euro di valore. Federvini: «Possibili effetti drammatici per il settore».

alle pagine 12 e 13 Capozucca

FAVORI ALLA CINESE HUAWEI

Europarlamento Nuova inchiesta per corruzione

di Francesca Basso

Sospetta corruzione. Il giudice istruttore del caso Huawei ha fatto mettere i sigilli al Parlamento europeo negli uffici assegnati a due assistenti parlamentari presumibilmente coinvolti.

a pagina 15

SARA DIRETTORE ARTISTICO

Gucci a sorpresa sceglie Demna «È un onore»

di Paola Pollo

Demna è stato scelto come nuovo direttore creativo di Gucci. Il 44enne georgiano proveniente dalla maison Balenciaga sostituirà Sabato De Sarno. «Sono entusiasta ed emozionato. È un onore».

a pagina 25

TEORIA E PRATICA DEL PILATES
IL PRIMO VOLUME. "I PRINCIPI", E IN EDICOLA DAL 12 MARZO

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

In un marzo di oltre mezzo secolo fa, un insegnante di Italiano assegna alla classe un tema libero. Nessuna traccia, l'argomento è a piacere, che può trasformarsi in dispiacere quando la mancanza di confini ti costringe a brancolare in mezzo al deserto. Il problema non si pone per chi ha poca fantasia: sceglie la prima cosa che gli viene in mente e comincia a scrivere. In aula le biro dei ragazzi scorrono sui fogli protocollo. Tutte, tranne una. Lo studente Rossi Vasco guarda la pagina bianca, come confuso dall'improvviso eccesso di libertà. Finché in lui scatta la scintilla. Di questo parlerà il suo tema libero: della sensazione di smarrimento che provoca un tema libero. Rossi Vasco riempie di getto un paio di fogli e li lascia sulla cattedra, convinto

Il prof di Vasco

di avere scritto una fesseria, nonostante abbia chiuso con una citazione di Leopardi. Gli dispiace aver deluso quel suo insegnante. Uno dei pochi che, quando parla, riesce a trasmettergli passione. Il giorno dopo il professore di Italiano si rivolge alla classe: «Vorrei leggervi il compito che mi è piaciuto di più. Si intitola: tema libero su un tema libero». Il voto è dal 9 al 10, che è anche meglio di 10 perché sfiora la perfezione ma non la raggiunge, come tutte le cose vive. Rossi Vasco torna a casa con il pieno di autostima. Prende la chitarra e inizia a comporre canzoni. Nella biografia di ogni persona creativa non c'è necessariamente un grande genitore, ma c'è sempre un grande professore.

octopusenergy
L'ENERGIA DI OCTOPUS MIGLIORA LA VITA!
Il 96% dei nostri clienti ci ha valutato 5 stelle su Trustpilot. octopusenergy.it

L'UNIVERSITÀ

L'ultima riforma di Medicina aiuta solo gli atenei telematici

EUGENIA TOGNOTTI - PAGINA 25



IL TERREMOTO

Perché Napoli più delle scosse deve temere le case insicure

FLAVIA AMABILE, MARIO TOZZI - PAGINE 18 E 19



SPECIAL OLYMPICS

Shriver: Italia esempio per i disabili può essere l'hub degli atleti speciali

TURIZZANCAN - PAGINA 25



LA STAMPA



VENERDÌ 14 MARZO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N.72 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

DIFESA, NEL LIBRO BIANCO UE ACQUISTI CONGIUNTI E PRIORITÀ ALLE IMPRESE EUROPEE. DONALD MINACCIA DAZI DEL 200% SUI VINI

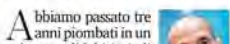
Tregua, le condizioni di Putin

«Voglio parlare con Trump per una pace duratura, i territori annessi sono nostri. Kiev mai nella Nato»

IL COMMENTO

Se l'Europa si arma quando Mosca tratta

DOMENICO QUIRICO



Abbiamo passato tre anni piombati in un orizzonte di labirinti, di sacche, a scavare astronomiche distanze morali con il "nemico" distanziatrici e semplificatrici tanto che non riusciamo più a leggere nient'altro: qualsiasi prospettiva diversa dalla guerra ci appare minata e falsa... PAGINA 4

AGLIASTRO, BONINI, BRESOLIN, GRIGNETTI, MALFETANO, SIMONI
Né sì né no. Vladimir Putin lascia un punto interrogativo sulla proposta di cessate il fuoco avanzata da Kiev e Washington. «Siamo d'accordo con l'idea di fermare le ostilità. Ma ci sono questioni da discutere». MONTICELLI, MOSELLO, FIORI
CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 2-11

LA GEOPOLITICA

Quei fuocili di cartapesta dell'Unione senza idee

Gabriele Segre

IL PD E IL PIANO UE DI RIARMO

Schlein sfida la fronda "La parola alla base"

NICCOLÒ GARRATELLI

«La nostra gente è d'accordo con Elly Schlein e ne è convinta e lo ripete ai parlamentari e lei più vicini: il popolo Pd condivide, in larga parte, la linea della segretaria sulla difesa comune europea e le sue critiche al piano di riarmo di Von der Leyen. Per questo non ha alcuna intenzione di farsi logorare da chi tenta di mettere in discussione la sua leadership... PAGINA 12

I gattopardi dem e il fortino di Elly

FEDERICO GEREMICCA

Chi si intende di Partito democratico - e delle autolesionistiche liturgie che precedono ogni frequente cambio di segretario - non ha dubbi e assicura che la "caccia" a Elly Schlein stavolta sia ufficialmente cominciata. Non abbiamo ragione per dubitarne. Anzi. Un paio di elementi, infatti, sembrano esser lì a confermare l'ufficialità dell'affondo... PAGINA 13

IL GIALLO DI GARLASCO

Lo sfogo di Sempio "Contro di me una caccia all'uomo non sono un mostro"

GIANLUIGI NUZZI

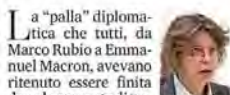


Guardo negli occhi Andrea Sempio e ripenso a Sherlock Holmes che elucubrando con il suo Watson diceva: «Dopo aver eliminato l'impossibile, ciò che resta, per improbabile che sia, deve essere la verità». E lui, Andrea, deve rappresentare la verità, mi dicevo giovedì 30 gennaio quando l'ho incontrato in un bar bohème di Milano. DEL VECCHIO, SERRA - PAGINE 14 E 17

L'ANALISI

Ma è un'apertura con il veleno dentro

ANNA ZAFESOVA



La "palla" diplomatica che tutti, da Marco Rubio a Emmanuel Macron, avevano ritenuto essere finita dopo la proposta di tregua ucraino-americana in campo russo, è rimasta al Cremlino soltanto per un paio di giorni. Ieri, con un lungo tiro, Vladimir Putin l'ha rispedita a Washington. Prima, ha indossato una mimetica per andare a Kursk, a mostrarsi come il comandante sul campo di un esercito che avanza. Poi, ha fatto dire al suo consigliere per gli affari internazionali Yuri Ushakov che la Russia era contraria a un cessate-il-fuoco di 30 giorni che considerava un «trucco per favorire gli ucraini»... PAGINE 2 E 3

IL CASO

La nuova polveriera dei Balcani feriti

Letizia Tortello

DONATELLA LASCIA DOPO 28 ANNI LA DIREZIONE CREATIVA EREDITATA DAL FRATELLO GIANNI

Versace senza Versace

MARTA CORRI



La nouvelle vague del made in Italy

RAFFAELLA SILIPO

BUONGIORNO

Se il ministro Giuseppe Valditara dice qualcosa, e qualsiasi cosa, mezza Italia, quella che risponde all'algoritmo dell'opposizione, si sente in dovere di dargli del troglodita intento a ripristinare abachi e calamai. Quella mezza Italia è stavolta ironica e ridanciana all'annuncio che a scuola si anticiperà lo studio del latino, si introdurrà quello della Bibbia, si tornerà alle poesie mandate a memoria. Io sono invece molto affine al liberale Andrea Cangini (segretario generale della fondazione Einaudi) e al marxista Luciano Canfora (sopraffino storico del mondo classico), sebbene non disponga della loro scienza, e anzi ritengo non ne serva troppa per sapere che il latino è la base delle lingue europee, la Bibbia della tradizione ebraica e cristiana e dunque occidentale, e lo studio dell'uno e dell'altra,

Presto e meglio

MATTIA FELTRI

come delle poesie mandate a memoria, insegna anzitutto a usare la testa (lo diceva Gramsci e oggi lo ricordano Cangini e Canfora). Altrettanto saggia è la sperimentazione in quindici scuole dell'uso dell'Intelligenza artificiale a supporto degli insegnanti: dominare la tecnologia e non esserne dominati. Purtroppo il ministro continua a quanto detto fin qua ma non lo è. Perché l'Intelligenza artificiale c'è e gli studenti la useranno, che a Valditara piaccia o no. E proprio questa settimana, la Cina ha annunciato che nelle scuole primarie e secondarie di Pechino l'uso dell'Intelligenza artificiale diventa materia di studio. Siccome c'è, ed è il futuro, è meglio imparare e usarla presto e meglio.



CAFFÈ COSTADORO TORINO 1880

SOLO NEI MIGLIORI BAR



PROFESSIONISTI DEL BENESSERE DENTALE

RICHIEDI ORA LA TUA VISITA.

WWW.DENTALFEEL.IT
D.S. Dott. Armando Ferraro



Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 147 - N° 72
Sped. in A.P. 03/03/2025 con L.46/2004 art.1 c.1 DCB/04

NAZIONALE



Venerdì 14 Marzo 2025 • S. Matilde

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](https://www.ilmessaggero.it)

**Tremano i Campi Flegrei
Sisma a Napoli,
torna la paura:
pronti a evacuare**

Pace, Pane e Pappalardo alle pag. 10 e 11



**Gucci si affida a Demma
Donatella lascia
Versace, la Medusa
più vicina a Prada**

Franco a pag. 19



**Dal 21 al 28 giugno
Fiction tv, arriva
il festival che premia
le serie italiane**

Ravarino a pag. 24



Tregua, le condizioni di Putin

► Spiragli dallo zar: voglio parlare con Trump. Donald: deluso se rifiuta. Kiev: richieste impossibili
► Nuovi attacchi del Cremlino a Mattarella, Tajani convoca l'ambasciatore russo. Sdegno bipartisan

ROMA Tregua, Putin apre: voglio parlare con Trump. Donald: deluso se rifiuta. Nuovi attacchi del Cremlino a Mattarella. Evangelisti, Giansoldati, Rosina, Ventura e Vitale alle pag. 2, 3 e 4

L'editoriale

VINCITORI E VINTI LA LEZIONE DI KEYNES

Paolo Balduzzi

Sono passati oltre cento anni dal primo vero capolavoro di John Maynard Keynes. Le conseguenze economiche della pace. All'epoca, fu un vero e proprio best-seller, come si direbbe oggi. L'interesse nello scritto, tuttavia, crebbe considerevolmente quando le previsioni del brillante economista inglese si realizzarono quasi alla perfezione. La tesi dell'opera, infatti, era che le condizioni imposte dai vincitori della Prima guerra mondiale alla Germania sconfitta sarebbero state devastanti. Così tanto da portare instabilità nella nazione e, di conseguenza, creare un ambiente ideale per l'emergere di nazionalismi e per lo scoppio di un successivo conflitto.

Difficile non pensare a quei tempi e a quelle vicende mentre le persone oggi più influenti per le sorti del pianeta, vale a dire il presidente russo e quello statunitense, potrebbero davvero provare a scrivere le condizioni per la pace nel conflitto russo-ucraino. È chiaro che le differenze, rispetto alla Conferenza di Versailles del 1919, sono notevoli.

Continua a pag. 18

No di Salvini all'alternativa francese Eutelsat

Spese per la difesa, tensione FdI-Lega
Palazzo Chigi frena sui satelliti Starlink

Ileana Sciarra



«Armiamenti solo italiani», Tensione: Meloni-Lega sulle spese per la Difesa. Un «controvertice» di Salvini e Giorgini per chiedere forniture militari

da aziende nazionali. Ma l'ipotesi appare di difficile applicazione in un settore dominato dall'industria Usa. Voci (poi smentite) di una lite in CdM.

A pag. 6
Bechis e Pigliantini alle pag. 6 e 7

Dopo la spaccatura all'Europarlamento

Caos Pd, Schlein apre alla minoranza
«Nel partito serve un chiarimento»

Andrea Bulleri



«Serve un chiarimento politico». A sera, nel day after della spaccatura Pd sul piano di Riarmo europeo, Ely Schlein decide di dare un

segnale. Sa bene, la segretaria dem, che il partito è ancora in fibrillazione, dopo il solco scavato dal voto a Strasburgo. Voto che le ha quasi fatto perdere il controllo del gruppo all'Europarlamento.

A pag. 8

Le nuove norme
Rivoluzione Pa:
dirigenti in 4 anni
basta premi facili

Andrea Bassi

Pubblica amministrazione, via alle nuove regole: dirigenti in quattro anni, fine dei premi a pioggia. Approvato in Consiglio dei ministri il provvedimento sulle carriere nel pubblico. Il concorso non sarà più l'unica strada per accedere ai ruoli apicali dello Stato. Il rapporto Aran: nel pubblico aumenti fino a 562 euro. Sanità e i ministri recuperano l'inflazione.



A pag. 9
Bisozzi a pag. 9

Ottavi EuroLeague, a Baroni basta l'1-1 col Plzen. Ranieri ko: 3-1 a Bilbao



Lazio avanti con il brivido
La Roma si ferma al rosso

Lazio, Romagnoli ancora in gol. Accanto, la delusione di Dybala a Bilbao (SETTI) Nello Sport

Ricatti a Sangiuliano per Boccia anche l'accusa di stalking

► Interrogata 5 ore in Procura. Contestata l'interferenza illecita nella vita privata

Valeria Di Corrado

Si è presentata in Procura a Roma con un poncho vistoso a coprire il grembo, allungando ancora di più il giallo della gravidanza. Interrogata per 5 ore sul caso Sangiuliano, Maria Rosaria Boccia si è avvalsa della facoltà di non rispondere. I capi di imputazione per lei aumentano: oltre alle lesioni, le vengono contestati lo stalking, gli atti persecutori, le interferenze illecite nella vita privata e la diffamazione.

A pag. 12

Il caso Garlasco
Sempio in caserma
per l'esame del Dna
«Dubbi sul suo alibi»

Claudia Guasco

Omicidio di Chiara Poggi. Sempio in caserma. E l'alibi sul giorno del delitto non convince gli inquirenti.

A pag. 14

Arrestato a Roma



La vittima: Antonio Ciurcimedel
Il vigilante sparò
al ladro in fuga:
omicidio volontario

Federica Pozzi

Avrebbe sparato per uccidere. Antonio Micarelli, la guardia giurata che uccise un ladro, arrestato.

A pag. 13

BLINDARTE

www.blindarte.com

INVITO ALLA CONSEGNA

SELEZIONIAMO OPERE ANTICHE MODERNE E CONTEMPORANEE GIOIELLI, OROLOGI E VINTAGE PER LE ASTE DI MAGGIO

E-MAIL: info@blindarte.com

ASTE ONLINE A TEMPO IN CORSO

www.blindarte.com

ULTIMI BOX DISPONIBILI

Così tornano ricordi blindhousepoll.it

061 2920701 (MAGGIO)
061 2920640 (MAGGIO)
379 8584221 (NEURISTART)

BLINDHOUSE

BLINDARTE

Il Segno di LUCA



GEMELLI L'ORA DEL SUCCESSO

La configurazione ti mette praticamente con le spalle al muro e ti obbliga a realizzare un piccolo miracolo nel lavoro, creando delle condizioni speciali grazie alle quali i tiri fuori di tasca un jolly. Così quasi per magia perfino quegli ostacoli che sembravano impossibili da superare diventano alla tua portata. Ma in realtà tutto questo è il frutto del tuo impegno negli ultimi due lunghi anni. Per certe soddisfazioni ci vuole tempo. MANTRA DEL GIORNO Passato e futuro abitano il presente.

L'oroscopo a pag. 18

* Tardano con altri quotidiani (non disponibili separatamente) con il prezzo di Mestre, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20, la domenica con Fotomessaggero € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; nel Lazio, Il Messaggero - Primato; Roma € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; "L'amore a Roma" € 0,90 (solo Roma)

Venerdì 14 marzo 2025

ANNO LVIII n° 62
1,50 €
Santa Matilde di Germania
regina



Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

la PORTA è di CASA



Editoriale

Quel "mi dispiace" dopo 50 anni TANTO TEMPO CI È DATO

MARINA CORRADI

«Io c'ero, quel giorno di 50 anni fa alla Spiotta - un inferno che ancora oggi mi costa un tremendo sforzo emotivo condividere, al termine del quale sono morte due persone che non avrebbero dovuto morire...»
L'uomo che parlava davanti alla Corte d'Assise di Alessandria, fedeli e capelli bianchi, è Laura Azzolini, 82 anni, ex fr coinvolto nell'omicidio Moro, quattro ergastoli. Oggi, scontata una lunga pena con i benefici di legge, lavora in una cooperativa per disabili.
Ciò che esattamente era accaduto il 5 giugno 1975 alla Cascina Spiotta, nelle campagne alessandrine, era rimasto finora un mistero. Per finanziarsi le fr avevano sequestrato un ricco industriale, che tenevano in ostaggio nella cascina. Ma arrivarono i carabinieri, due brigatisti tentarono la fuga lanciando bombe a mano, poi si trovarono la strada sbarrata e scapparono a piedi. Una battaglia. Rimasero sul terreno un ferito e due morti: Mara Cagol, moglie del fondatore delle Br Renato Curcio, e il carabiniere Giovanni D'Alfonso. Chi fosse però il fr accanito alla Cagol non lo si era mai saputo, né come la donna fosse morta.
Un processo riprodotto 50 anni dopo, per via di nuove prove trovate. E 50 anni dopo l'imputato Azzolini decide di rendere, inattesa, quella dichiarazione. È con un'evidente sofferenza sulla faccia che esordisce: io c'ero, quel giorno. «Fu un giorno maledetto, che non dimenticherò mai». Ricorda di essere ingiunto nei banchi credendo che Mara gli stesse dietro. Lei invece, ferita, era a terra. «In ginocchio, con le braccia alzate, gridava di non sparare. È l'ultima immagine che ho di lei». Poi, Azzolini afferma di avere sentito due colpi.

continua a pagina 13

Editoriale

Più giustizia, le alternative ci sono PENA CERTA OLTRE LE SBARRE

LUIGI PATRONAGGIO

Per buona parte dell'opinione pubblica la certezza della pena si identifica con la certezza della carcerazione. Da più parti si è affermato, con una singolare concezione del garantismo, che occorre essere garantisti fino alla condanna definitiva dell'imputato, ma dopo tale evento si devono schiudere per il condannato senza indulgenza le porte del carcere. Una visione carceri-centrica che tende a imporsi sempre di più e non solo in Italia.
L'ex ministro della giustizia Marta Cartabia ha affermato viceversa che «occorre superare l'idea del carcere come unica effettiva risposta al reato: la certezza della pena non è la certezza del carcere, che, per gli effetti desocializzanti che comporta, deve essere invocato quale estrema ratio».
Già nel 1764, del resto, Cesare Beccaria, intervenendo sul tema «certezza e infallibilità delle pene», con grande lucidità affermava che «uno dei più grandi freni dei delinquenti non è la crudeltà delle pene, ma l'infalibilità. La certezza di un castigo, benché moderato, farà sempre una maggiore impressione, che non il timore di un altro più terribile, unito con la speranza della impunità».
Si tratta in fondo della nota prassi delle «grida» di manzoniana memoria, grida che anche oggi si ripetono ciclicamente ogni qualvolta si ipotizza un'alternativa al carcere: introducono nuovi reati con l'errata idea di rendere più sicura la società e più efficace l'azione repressiva dello Stato.
Ora, nonostante il nostro ordinamento preveda il carcere come scelta elettiva solo per i cosiddetti reati ostativi (per intenderci: reati di mafia, terrorismo, reati associativi in materia di stupefacenti e di immigrazione, rapina a mano armata, reati contro la libertà sessuale, ecc.) e per l'esecuzione delle condanne a pena detentiva superiore

continua a pagina 13

IL FATTO L'ipotesi di arrivare rapidamente a un cessate il fuoco rallenta. No anche a truppe europee in campo

Balletti russi

Putin apre alla tregua in Ucraina ma pone condizioni «affinché sia solida e duratura»
Da Mosca nuovi attacchi al presidente Mattarella. Roma reagisce e convoca l'ambasciatore

ELENA MOLINARI - ANGELO PICARIELLO

DIETRO AL PIANO VDI
Meno truppe, più affari
Il doppio interesse Usa
per la strategia europea

Più armi per l'Europa, più affari per gli Stati Uniti: con una quota del 43% sull'export globale nell'industria militare, il piano Rearm Europe si presannuncia come una grande occasione per i colossi americani del settore. Dove 48 dei primi 100 gruppi industriali hanno sede, appunto, negli Stati Uniti.

Alfieri, Liverati e Palmisano
a pagina 5

INTERVISTA/M5S
Conte: follia dilapidare
800 miliardi di euro
senza un vero progetto

Parla il leader di M5s Giuseppe Conte: «Troppe bugie sul conflitto in Ucraina, l'Italia ha rinunciato a un ruolo e Kiev oggi ha condizioni meno favorevoli. Il 5 aprile piazza pacifista per dire basta alla bellicista Meloni. Schienò? Spero compari il partito contro il riarmo». E rivendica: «Sal monomandati con la Cina avevano ragione noi».

Isavoli
a pagina 3

Mosca non dice no, ma leri la possibilità di un cessate il fuoco di 30 giorni lanciata da Kiev e caldeggiata da Washington non appariva quantomeno non immediata. Vladimir Putin non ne ha ancora discusso per telefono con Donald Trump. Il presidente russo ha definito il cessate il fuoco come un favore all'Ucraina che non riflette le condizioni di superiorità russa sul terreno. Quindi ha chiarito i suoi "paletti" per una tregua: «Siamo d'accordo con le proposte per porre fine alle azioni militari ma deve essere tale da portare a una pace duratura e risolvere le cause profonde della crisi», ha dichiarato il capo del Cremlino. Intanto, la solita portavoce di Mosca, Zakharova, per la terza volta in pochi giorni, attacca il capo dello Stato Sergio Mattarella, definendo «false» le sue affermazioni sulle minacce nucleari della Russia. Il Quirinale non replica ma stavolta si muove il governo. Tajani, ministro degli Esteri, convoca l'ambasciatore russo a Roma.



Il presidente Putin

Campisi e Scavo alle pagine 2-3

I nostri temi



DIBATTITO

Europa, sfida tra spinte al riarmo e desiderio di pace

Il disimpegno militare degli Stati Uniti, la guerra commerciale avviata dalla presidenza Trump, il piano di Bruxelles di investimenti per la sicurezza da 800 miliardi: sono molti gli spunti che invitano a riflettere sui veri valori fondanti dell'Unione europea e sulla necessità di un percorso che non sia solamente utilitaristico. Posizioni a confronto alla vigilia delle manifestazioni per l'Europa in programma domani.

Alle pagine 14 e 15

BRADISISMO La scorsa notte la scossa più forte degli ultimi 40 anni: tanta paura, pochi danni



Resuscitato e fu il pagina 8

Campi Flegrei, trema anche Napoli

Prima un forte boato, poi la scossa di terremoto, la più forte da almeno 40 anni a questa parte, della stessa magnitudo ma più lunga rispetto a quella registrata il 20 maggio del 2024. Hanno tremato i residenti dell'area dei Campi Flegrei e soprattutto stavolta i quartieri della zona occidentale di Napoli: all'1,25 della scorsa notte c'è stato un evento bradisismico di magnitudo 4,4 con epicentro sul lungomare di Pozzuoli.

NON PROFITI «Riconosciuto il valore»

Bellucci: una svolta l'ok della Ue al fisco per il Terzo settore

FRANCESCO RICCARDI

«Per il Governo Meloni è un grande risultato, ma vorrei dire che è soprattutto un passaggio storico per l'Italia e per l'Europa stessa». La viceministra al Lavoro e alle Politiche sociali Maria Teresa Bellucci non nasconde la soddisfazione - e «confesso anche una grande emozione» - per la lettera di autorizzazione della Commissione Europea alle norme fiscali in favore del Terzo settore. Quella che in gergo burocratico si chiama *compati letter*, una «lettera di conforto» arrivata da Bruxelles significativamente poche ore prima che cominciasse il Giubileo del volontariato l'8 marzo scorso. Il via libera dell'Europa infatti è, a tutti gli effetti, il riconoscimento da una parte dello straordinario valore sociale degli enti e degli operatori che sono impegnati nella solidarietà sociale in Italia. Ma al contempo è anche l'apertura di una via italiana all'economia sociale.

L'intervista e un'analisi di Bobba a pagina 7

DOMANI LA GIORNATA

Disturbi alimentari, le vie (strette) per uscirne

Gomiero a pagina 8

AUMENTANO GLI INATTIVI

Il mercato del lavoro ha perso la spinta

Saccò a pagina 12

CRESCONO PURE I CATECUMENI

Giovani in fila in Francia per ricevere le Ceneri

Galli a pagina 17

Specchio infranto

Tra i suoi libri sapienziali, dal tenore quasi filosofico, la Bibbia propone ai suoi lettori le riflessioni di un erudito ebreo del II secolo. Ben Sira, che sulla felicità fa un'osservazione di buon senso: «Beato l'uomo che non ha peccato con la sua bocca e non è tormentato dal rimorso dei peccati. Beato chi non ha nulla da rimproverarsi e chi non ha perduto la sua speranza» (Sir 14,1-2). Nulla incrina la nostra felicità quanto il rimorso, quanto il rimprovero che rivolgiamo a noi stessi per aver agito male o non essere stati all'altezza dei nostri ideali. La felicità sembra quindi necessitare di una coscienza pura, risparmiata dai rimpianti e dai brutti ricordi: ma questa è davvero

Quando viene la felicità
Adrien Candrian

una buona notizia per noi, che abbiamo fatto tutti l'esperienza della nostra imperfezione e del nostro peccato? La felicità sarebbe allora riservata ai bambini, agli innocenti, agli angeli? Le cose non stanno proprio così, ci dice il Siracide: si tratta soprattutto di non perdere la speranza.
Conoscere il nostro peccato può portare a una tristezza che nulla ha a che vedere con il pentimento e tutto ha a che fare con la preoccupazione per noi stessi: mi brucia constatare che la fustighiera immagine che avevo di me stesso è infranta. È senz'altro doloroso, ma necessario, per imparare a conoscermi per quello che sono: un peccatore, ma un peccatore perdonato, davanti al quale la porta della speranza è aperta!

Gutenberg
CULTURA
Vivere
sul crinale
dell'umano
Le domande sull'ombra della tecnica, che rischia di diventare insubito.
Nell'allegato

In edicola con Avvenire a 4 euro
MUSEI IN MOVIMENTO
Baldriga / Cocinella / Manhanari / Tamburini / Zanchi
LUOGHI INFINITI

Così scompa- re la sanità pubblica

La spesa sanitaria privata delle famiglie è a livelli record. Nel 2023, 2,5 milioni di persone hanno rinunciato a visite o esami diagnostici per motivi economici. Tutte le cifre nel nuovo report della Fondazione Gimbe

di Lorenzo Fargnoli

La spesa sanitaria complessiva in Italia ha toccato quota 176,1 miliardi. Di questi, la spesa pubblica copre il 74% (130,3 miliardi), mentre il restante 26%, pari a 45,8 miliardi, è sostenuto direttamente dalle famiglie (40,6 miliardi, 23%), oppure si tratta sempre di una voce di spesa privata ma è intermediata da fondi sanitari e assicurazioni (5,2 miliardi, 3%). I dati, elaborati dalla Fondazione Gimbe in un report commissionato dall'Osservatorio nazionale welfare & salute, si riferiscono al 2023. Secondo Gimbe, che ha analizzato l'ultimo rapporto Istat-Sha, questa situazione è generata da tre fenomeni principali: il sottofinanziamento del sistema sanitario pubblico, la debolezza del sistema di intermediazione delle spese sanitarie e l'aumento del peso economico che grava sulle famiglie. L'Osservatorio della Fondazione che dal 2016 monitora l'andamento della spesa pubblica in Sanità, sostiene infatti che la quota out of pocket - cioè quel 26% di spesa sanitaria privata - non dovrebbe superare il 15% per garantire a tutti i cittadini «equità e accessibilità alle cure». Non è un caso se la spesa sanitaria out of pocket pro-capite in Italia, pari a 1.115 dollari, superi di 209 dollari sia la media Ocse che quella dei Paesi Ue (entrambe pari a 906 dollari). Tra i Paesi europei solo Portogallo, Belgio, Austria e Lituania spendono più del nostro.

Dallo studio Istat-Sha emerge che le principali voci di spesa sanitaria privata delle famiglie italiane sono di fatto tre. La maggior parte (18,1 miliardi, pari al 44,6%) si concentra sull'assistenza sanitaria per cura: in primis, prestazioni odontoiatriche e riabilitazione. Segue l'acquisto di farmaci e di apparecchi terapeutici (15 miliardi, 36,9%), mentre l'assistenza a lungo termine assorbe il 10,9% della spesa privata delle famiglie, ovvero 4,4 miliardi. Non sempre, secondo Gimbe, sono soldi spesi bene. Ben

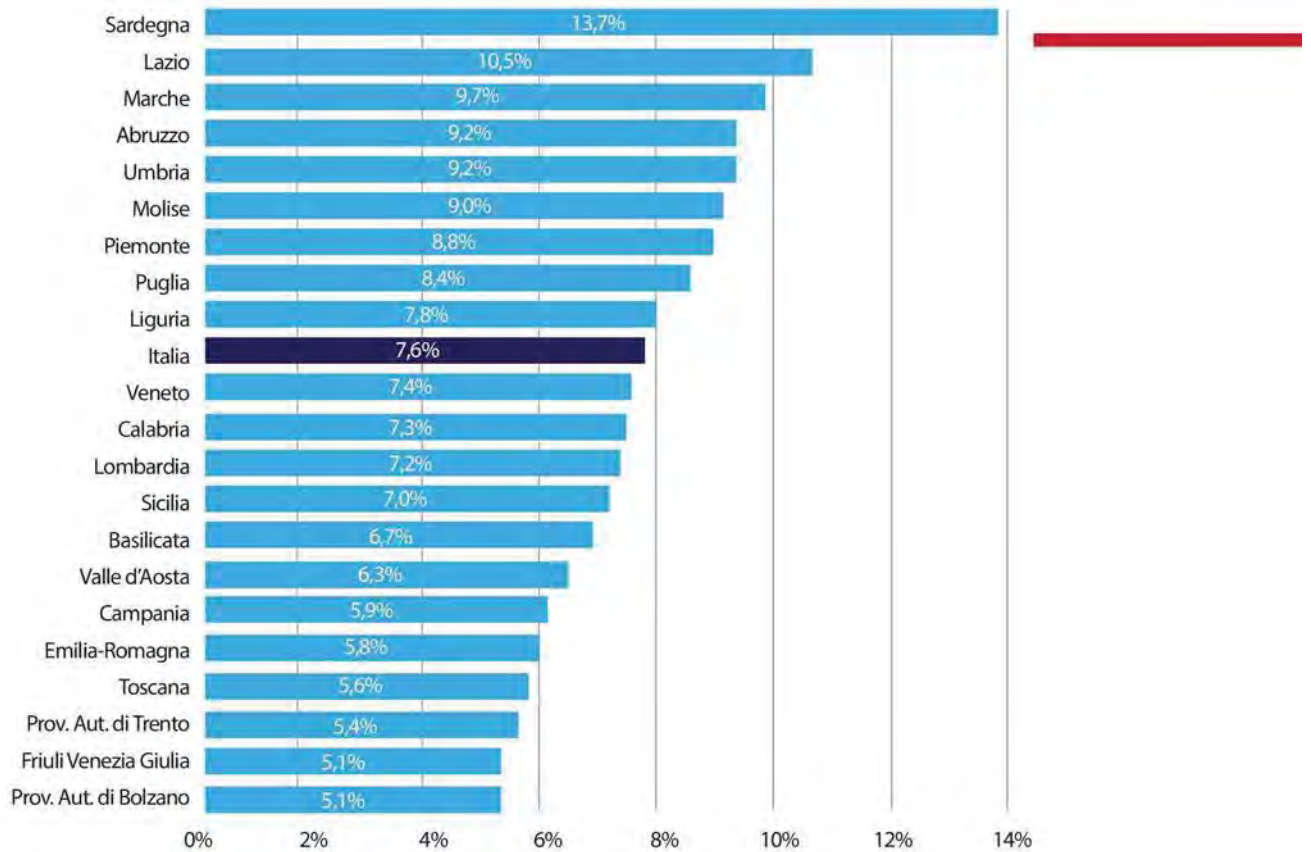


il 40% infatti è costituito da spesa sanitaria «a basso valore, ovvero non apporta reali benefici alla salute». Al contempo questa spesa è sempre più “arginata” da fenomeni che incidono negativamente sulla salute delle persone. Nel 2023, il 15,7% delle famiglie ha dovuto limitare le spese per la salute, mentre il 5,1% ha affrontato una indisponibilità economica temporanea e rinunciato alle cure. «In particolare, circa 4,5 milioni di persone hanno dovuto rinunciare a visite o esami diagnostici, di cui 2,5 per motivi economici, con un incremento di quasi 600mila persone rispetto al 2022». Questi dati non fanno che confermare quanto emerso di recente dal settimo Rapporto Gimbe sul Servizio sanitario nazionale e quindi la necessità di invertire celermente e con decisione la tendenza all’aumento della spesa sanitaria privata, poiché già oggi milioni di italiani non hanno più accesso alle cure. Il problema più evidente emerso dal Rapporto è il sottofinanziamento cronico del Ssn. Tra il 2010 e il 2019, la sanità pubblica ha subito tagli per oltre 37 miliardi, mentre il tasso di crescita dei finanziamenti è rimasto ben al di sotto dell’inflazione. In tutto questo, la domanda di assistenza sanitaria è aumentata esponenzialmente e gli ospedali si sono trovati sempre più impreparati. Tra il 2010 e il 2023, le strutture pubbliche hanno avuto un saldo negativo di oltre 10.000 medici e quasi 30.000 infermieri. Da un lato ha inciso il blocco del turn over, cioè la sostituzione di chi va in pensione, dall’altro molti professionisti hanno scelto di lasciare il servizio pubblico per cercare condizioni di lavoro migliori, spesso all’estero. A questo si aggiunge un paradosso tutto italiano: ogni anno migliaia di giovani laureati in Medicina vengono esclusi dalle scuole di specializzazione per mancanza di posti. Questo fenomeno ha un impatto diretto sulla qualità delle cure erogate con turni massacranti, reparti sotto pressione e operatori sanitari costretti a fare i conti con stress e burnout. Durante la pandemia, tra il 2020 e il 2022, il governo ha stanziato 11,6 miliardi di euro in più, ma questi fondi sono stati utilizzati esclusivamente per calmierare l’emergenza sanitaria. Con la fine della crisi pandemica, la sanità è tornata in secondo piano, e la spesa pubblica in rapporto al Pil ha ripreso nuovamente a calare. E le previsioni per il prossimo futuro non lasciano intravedere alcun rilancio del finanziamento pubblico per la sanità. Secondo il Piano strutturale di bilancio (Psb) deliberato lo scorso anno dal governo Meloni, il rapporto spesa sanitaria/Pil si ridurrà complessivamente dal 6,3% nel 2024-2025 al 6,2% nel 2026-2027. A fronte di una crescita media annua del Pil nominale del 2,8%, nel triennio 2025-2027 il Psb meloniano stima una crescita media della spesa sanitaria del 2,3% annuo, «a conferma del continuo e progressivo definanziamento del Ssn» - dice Gimbe - mettendone a rischio l’essenza stessa, poiché dovrebbe essere, secondo la Costituzione, un sistema universalistico. Già oggi le infinite liste d’attesa per un esame o accertamento presso una struttura pubblica ci dicono che il Ssn non è più così ma non sono da sottovalutare nemmeno le disparità territoriali che si manifestano attraverso il fenomeno della



“migrazione sanitaria”, con migliaia di pazienti che devono spostarsi in una regione diversa dalla propria per ricevere cure adeguate. Per fare un esempio, nel 2023, la Regione Campania ha speso oltre 320 milioni di euro per rimborsare cure erogate da altri sistemi sanitari regionali a propri residenti, mentre la Calabria ha registrato **un deficit sanitario superiore ai 100 milioni di euro.**

Famiglie che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie (dati Istat 2023, ultimo anno disponibile)



Una nuova medicina territoriale, il tempo è ora

La chiusura di gran parte degli ospedali minori, dei piccoli pronto soccorso, dei poliambulatori e il blocco del turnover di medici specialisti non sono stati accompagnati da una programmazione per supplire le carenze. Ora non c'è più tempo da perdere

di Giorgio Barbieri

he il sistema sanitario territoriale sarebbe presto precipitato in una profonda crisi, lo avevamo spiegato per tempo. Che il sistema sanitario territoriale sia ormai in profonda crisi è sotto gli occhi di chiunque. Non è più neppure il caso di entrare in dettagli ormai noti.

Dall'istituzione di un Ssn pubblico, che andava finalmente a incardinare il diritto alla salute su principi di universalità, equità e solidarietà, l'età media nel nostro Paese ha preso a crescere - ed è cresciuta negli ultimi quattro decenni - come in nessun altro Paese

al mondo. Allora la Fnom (Federazione nazionale ordini dei medici) strepitò contro quella riforma, evocando le peggiori sciagure. Alla prova dei fatti, possiamo oggi sostenere che quella del 1978 sia stata un'ottima legge.

L'importante aumento dell'età media, e quindi di anziani affetti da pluripatologie croniche, lo sviluppo degli strumenti diagnostici e terapeutici a disposizione, le crescenti aspettative della gente, hanno comportato la progressione di un carico assistenziale non più sostenibile dagli studi privati dei medici di medicina generale, abbandonati nel frattempo a gestire e sorreggere da soli l'intero settore delle cure territoriali, dopo le operazioni di "razionalizzazione" della rete ospedaliera degli anni scorsi. Alla chiusura di gran parte degli ospedali minori, dei piccoli pronto soccorso, dei poliambulatori e al blocco del turnover dei colleghi specialisti, non ha infatti fatto seguito la programmazione di servizi territoriali adeguati a



supplire le ingravescenti carenze che si andavano determinando. Se a ciò aggiungiamo quel mancato rimpiazzo dei medici di medicina generale prossimi alla pensione che Fp Cgil medici denuncia inascoltata da anni, e che si sta ormai purtroppo palesando essere non un errore di programmazione, ma un progetto ben pianificato di “privatizzazione” anche delle cure primarie, ecco servito il baratro che ci si para di fronte per i prossimi anni. Un collasso che in molte parti del Paese stiamo già subendo, che ha la sua più clamorosa ricaduta nel diritto negato all’assistenza del cosiddetto “medico di famiglia”. Già oggi alle prime centinaia di migliaia, prossimamente a milioni di persone.

Signori di Governo, senatori, deputati, presidenti e assessori regionali, segretari di partito, noi vi osserviamo. Il tempo a vostra disposizione sta per scadere: se non volete essere ricordati come la classe politica che si assunse la responsabilità di aver condotto alla dismissione quello che è stato il secondo miglior servizio sanitario al mondo, agite. Presto e bene.

La frammentata (dis)organizzazione che sinora ha caratterizzato la rete delle cure territoriali ha esalato le sue ultime energie vitali nel preciso momento in cui la recente pandemia ha sollevato il logoro velo che ancora celava il segreto di Pulcinella: il servizio sanitario di base, ormai defunto come sistema, si regge ormai solo ed esclusivamente sulla annaspante abnegazione di una parte -sempre più stanca e sempre più oberata- dei suoi professionisti. Abbandonati nelle condizioni di non poter più affrontare una mutata domanda di salute.

Urge mettiatelo mano alle cure primarie, andando a completare quella riforma sanitaria che nel 1978 rimase monca proprio sul territorio, laddove non ebbe la forza necessaria per perfezionare anche la transizione del “medico di fiducia” dal settore privato (mutue) a quello pubblico.

Fate sì che i medici di medicina generale cessino di esercitare come liberi professionisti. Privati che prestano la loro opera in convenzione “per” il Servizio sanitario nazionale. Fate sì che vengano finalmente assunti, con il contratto di dirigenti sanitari, a lavorare “nel” Sistema sanitario nazionale. Che è bene ricordare essere pubblico, cioè nostro.

Concedete loro pari dignità con i colleghi ospedalieri. Nel ruolo e nella formazione. Che non può più essere quell’anacronistico corso, formalmente gestito dalle Regioni ma di fatto sub-appaltato alle corporazioni mediche. Con borse di studio



dimezzate. Che - già all'origine - qualificano come di serie B la professione del medico di famiglia. Siamo ormai l'ultimo Paese dell'Europa occidentale a non garantire per i medici di medicina generale (mmg) una specializzazione accademica, di livello universitario, equiparata a quelle oggi riservate ai colleghi non mmg. Per pudore, conviene forse non addentrarsi nell'analisi delle ricadute sul livello di assistenza territoriale.

Realizzate quella piena integrazione della medicina generale all'interno del servizio sanitario, necessaria a potenziare il livello complessivo di assistenza offerta all'utenza. Di fronte al possibile progresso di una nuova riforma, che rilancerebbe il diritto alla salute per sessanta milioni di persone, come reagisce la Fnomceo (Federazione nazionale ordini dei medici chirurghi e odontoiatri), ostaggio di una corporazione che di persone ne rappresenta poco più di trentamila? Strepitando come nel 1978, prefigurando di nuovo imminenti quanto infondate catastrofi. Peraltro, abdicando alla sua naturale funzione di organo di vigilanza e garanzia, indossando inappropriatamente le vesti proprie di organizzazioni politiche e sindacali. Un vecchio film in bianco e nero, già visto. Privo di un lieto fine.

Resistete al potere conservatore delle lobby, non arrendetevi alle loro pressioni. Mostrate il coraggio di smascherare la loro vulgata, laddove - arroccate dietro al pretesto della difesa degli assistiti - si propongono solo di preservare vetusti privilegi di casta e antiche rendite di posizione. Il Paese sta aspettando il superamento di un sistema ormai inefficiente, ma il tempo stringe. Gli occhi dei suoi cittadini e delle istituzioni europee sono fissi su di voi. Non saranno tollerate omissioni o finte riforme. È la vostra occasione, non ne avrete una seconda. I tempi della Storia a volte accelerano improvvisamente e oggi vi costringono in mezzo a un guado, dove l'acqua sale rapidamente. Non esitate, siate celeri: nuotate e fatelo nella giusta direzione, o affogherete. Il presente sarà presto passato, **e col futuro sta già arrivando chi vi giudicherà.**

L'autore

Giorgio Barbieri
è medico e
coordinatore
Medici di medicina
generale (Mmg)
della Fp Cgil
Lombardia

Centinaia di migliaia di persone già oggi si vedono negato il diritto all'assistenza da parte del cosiddetto medico di famiglia. Presto diventeranno milioni



Sanità in codice rosso, e il governo sceglie l'eutanasia per il Ssn

di Andrea Quartini (M5s)

La sanità è in codice rosso. Non è l'allarmismo di un esponente dell'opposizione, ma la fondata preoccupazione di un medico e cittadino. È la realtà dei dati, a partire dal più drammatico: 4 milioni e mezzo di cittadini rinunciano ogni anno a curarsi. Per non indebitarsi rivolgendosi alla sanità privata, cui il governo non perde occasione per fare regali, mostrando il suo vero obiettivo: distruggere la sanità pubblica. Non a caso, la spesa "out of pocket", quella a carico delle famiglie, è cresciuta nel 2023 di 3,8 miliardi. Con insopportabili differenze di accesso alle cure a seconda delle capacità economiche dei cittadini o della regione di provenienza. Divari che la destra vorrebbe rendere incolmabili con l'autonomia differenziata, una follia cui noi opponiamo la riforma del Titolo V della Costituzione per riportare la gestione della sanità sotto il controllo dello Stato. Rinunciano per non attendere fino a 468 giorni per una visita oculistica, fino a 526 giorni per un ecodoppler, fino a 480 giorni per una visita oncologica di controllo. Come si fa a chiedere di aspettare quasi un anno e mezzo per un appuntamento così delicato e urgente?

Il governo, a pochi giorni dalle Europee, aveva annunciato la soluzione: il decreto sulle liste d'attesa. Ma oggi possiamo dire che la montagna ha partorito un topolino: nessuna risorsa, decreti attuativi mancanti, sblocco del tetto all'assunzione di personale dimenticato e i cittadini continuano a lottare per accedere a visite ed esami, mentre il governo li prende in giro con la sua propaganda e mette a rischio il diritto alla Salute, garantito e definito "fondamentale" dalla Costituzione, che la destra sta trasformando in un privilegio per pochi. Ma a essere presi in giro sono anche medici e infermieri, che rappresentano la colonna portante del nostro Ssn e combattono ogni giorno contro turni massacranti, una drammatica carenza di personale e aggressioni in aumento del 42% negli ultimi cinque anni. Serve un cambio di paradigma rispetto al personale sanitario, a partire da stipendi adeguati, dal momento che i nostri medici e infermieri sono tra i meno pagati d'Europa, ma anche e soprattutto garantendo loro condizioni dignitose e lavorando per tutelare il loro benessere a 360 gradi. Ma il futuro della Sanità non può prescindere da una riforma che rimetta al centro il sistema pubblico e riveda in modo robusto il rapporto con il privato, a partire dalle convenzioni, dalle assicurazioni ai sistemi di accreditamento. Non si può prescindere da una legge che sleghi le nomine dei vertici sanitari dalle indicazioni dei partiti, togliendo la sanità dalle mani della politica.



Da una revisione dei sistemi di appropriatezza, per limitare il consumismo di prestazioni e il ricorso alla cosiddetta “medicina difensiva”. Da una politica del farmaco che recuperi trasparenza nel settore. Da una riforma della medicina generale, posta al centro delle case di comunità. Dall’assegnazione di un ruolo centrale alla prevenzione, in particolare delle cause di cattiva salute, a partire da povertà e inquinamento. L’unica ricetta è quella di stanziare ingenti risorse per la sanità. Concrete e associate alle riforme di sistema. Ovviamente non i fantomatici record che la premier Meloni e il ministro Schilacci continuano a inventare, quando le cifre ci dicono che il finanziamento in rapporto al Pil è già stato riportato al di sotto dei livelli pre-pandemia e arriverà a toccare il suo minimo storico nel 2027. Ecco l’unico, vero record di questo governo: il finanziamento più basso di sempre. Noi abbiamo portato il finanziamento al di sopra della media Ue e vogliamo farlo nuovamente, per garantire la sopravvivenza del nostro Ssn, per superare la carenza di personale e per implementare e dotare dei lavoratori necessari la sanità territoriale su cui poggiava quel Pnrr sul quale il governo ha saputo solo tagliare e rinviare. L’esecutivo, invece, preferisce stanziare miliardi per le armi e il Ponte sullo Stretto. O proporre di alzare gli stipendi dei ministri. E mentre scappa pavidamente sul tema del fine vita, sceglie l’eutanasia per il Servizio sanitario nazionale, **lasciandolo lentamente morire.**

«L’unico record del governo Meloni è il finanziamento della Sanità pubblica più basso di sempre, mentre spende miliardi per le armi e il ponte sullo stretto»

L’autore

Il deputato Andrea Quartini è medico gastroenterologo e coordinatore del Comitato nazionale Salute e inclusione sociale del Movimento 5 Stelle



Così la destra nega il diritto alla salute

di Marina Sereni (Pd)

Siamo di fronte ad una crisi del Servizio sanitario nazionale profonda e strutturale, un'emergenza che non può essere affrontata con risposte tampone e di propaganda. Le liste d'attesa infinite, i 4,5 milioni di italiani che rinunciano alle cure; la cifra record di oltre 40 miliardi di euro di spesa privata out of pocket; il divario tra Nord e Sud, le difficoltà di chi vive nelle aree interne; lo stato di malessere e frustrazione di operatrici e operatori sanitari a tutti i livelli e la troppo frequente fuga di professionisti dal Ssn: tutti questi fattori ci dicono che se davvero vogliamo affrontare il tema della Sanità pubblica e salvare il nostro Sistema sanitario nazionale dobbiamo produrre una svolta nelle politiche pubbliche. I dati sulla spesa sanitaria sono inequivocabili: per troppi anni la Sanità italiana è stata sotto finanziata. Anche governi sostenuti da noi nel passato non sono stati sufficientemente consapevoli delle conseguenze di un inadeguato investimento finanziario sulla sanità pubblica.

Proprio per questo, nel pieno dell'emergenza pandemica, in cui si fece uno sforzo finanziario straordinario, il Pd prese un impegno solenne ad allineare progressivamente la spesa sanitaria pubblica del nostro Paese almeno alla media europea.

In questa direzione ci siamo mossi in questi anni incalzando il governo con la proposta di legge Schlein che poneva l'accento su due priorità assolute: portare gradualmente la spesa sanitaria pubblica al 7,5% del Pil e abolire definitivamente il tetto di spesa per il personale, norma obsoleta che crea enormi difficoltà nell'organizzazione dei servizi. Purtroppo l'atteggiamento di totale chiusura del governo nazionale ha sin qui impedito un confronto vero e costruttivo e siamo, ahimè, precipitati al minimo storico della spesa sanitaria in rapporto al Pil degli ultimi 15 anni (6,05%).

Anche senza dichiararlo esplicitamente è evidente che, indebolendo ulteriormente il Ssn - un enorme patrimonio di competenze e uno straordinario fattore di coesione sociale - la destra favorisce la sanità privata e distrugge il modello universalistico indicato dalla Costituzione e dalla Legge 833/78. La nostra battaglia per avere più risorse per la sanità pubblica, per abbattere le liste d'attesa, per aumentare le retribuzioni, frenare la fuga dei professionisti e fare un piano straordinario di assunzioni, non potrà dunque che continuare, a fianco dei cittadini, del personale, delle Regioni. Ma la crisi del Ssn richiede anche altri obiettivi di riforma, di cui mi limito a richiamare tre titoli. Adottare un approccio "One Health" per bilanciare e ottimizzare la salute delle perso-



ne, degli animali, dell'ambiente, cui ci richiama quell'Organizzazione mondiale della sanità da cui qualche epigono di Trump vorrebbe far uscire l'Italia.

Fare i conti con i determinanti sociali di salute. Se sei povero, poco istruito, con un lavoro precario o una casa insalubre, ti ammali di più e ti curi peggio. Una medicina di iniziativa che investa sulla prevenzione non può fare a meno di buone politiche di welfare, altro grave buco del governo Meloni.

Riorganizzare la medicina territoriale e di prossimità. Proprio la fase drammatica della pandemia ha messo in luce la necessità di adeguare il Ssn ai mutati bisogni di salute. In particolare l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità richiedono la presa in carico di ogni persona, un forte investimento sulla domiciliarità e sull'integrazione socio-sanitaria.

Da questa consapevolezza sono nati il Dm 77 e la Missione 6 del Pnrr che vanno attuati aprendo una riflessione complessiva. centrali operative territoriali, case di comunità, ospedali di comunità: una nuova rete che può funzionare soltanto se tutti gli attori - medici di medicina generale, personale dipendente, specialisti, amministratori locali, associazioni dei cittadini - concorreranno a realizzare queste innovazioni. La difesa del diritto alla salute di tutti e della sanità pubblica è una delle priorità su cui siamo chiamati, insieme alle altre opposizioni, a **costruire l'alternativa a questa destra.**

L'autrice

Marina Sereni è responsabile Salute e Sanità nella segreteria nazionale del Partito democratico. Già vice ministra degli Esteri e vice presidente della Camera

«Anche governi sostenuti da noi non hanno ben valutato le conseguenze di un sostegno inadeguato alla sanità pubblica. Oggi ci battiamo per avere più risorse»



Sanità e salute sono due concetti diversi, con storie ed esigenze diverse

di Donatella Albini (Avs)

Sino ad ora, la sanità intesa come attenzione ai bisogni di salute della popolazione che produce mercato e incentrata sulle prestazioni, ha prevalso nell'ambito della discussione politica, oscurando la salute che invece dovrebbe essere il centro dell'agire politico, della programmazione e della definizione legislativa.

Penso che in un mondo in cui l'incuria regna sovrana sia necessario tornare alla cura come principio ordinatore della nostra società, della nostra collettività, del mondo in cui viviamo. Una politica della cura ha a cuore l'autodeterminazione di donne ed uomini, non la loro semplice assistenza; ha a cuore la loro identità, come soggetti politici e giuridici, il loro diritto ad emanciparsi da ogni svantaggio.

Lo sguardo politico sulla salute deve cambiare. Dobbiamo guardare con coraggio ai fattori non medici, che influenzano gli esiti di salute, quelli che attengono alla vita delle persone. Contano molto le condizioni in cui le persone nascono. L'aspettativa di vita cambia tra nord e sud, tra aree interne e grandi città. Conosciamo le disuguaglianze di reddito e il livello di istruzione, direttamente correlati alla mortalità. Abbiamo davanti agli occhi la deprivazione abitativa, l'aria e l'acqua e il suolo sono più malati in alcune aree rispetto ad altre, con la mortalità prematura che portano con sé, l'insicurezza alimentare e l'incidenza di malattie croniche, che ne derivano come il diabete e l'ipertensione, la mancata inclusione, sino alla discriminazione, la solitudine, correlata con un più alto tasso di malattie neurodegenerative e di mancata aderenza alle cure, con esistenze attraversate da precarietà e povertà, che impediscono un disegno di futuro. Troppo spesso le persone muoiono perché si ritiene intoccabile un'organizzazione del lavoro, che rispetti le vite. Non bastano ispettori che vegolino e sanzionino le aziende, serve cura della salute. E ancora: se le persone hanno la fortuna di invecchiare, bisogna cambiare lo sguardo sulla vecchiaia, guardiamola non come afflizione, relegata in luoghi, istituzionali e non, in attesa della fine, ma come possibilità e occasione di innovazione anche delle architetture sociali delle città e delle case in cui vivere, anche nella non autosufficienza, che siano piccole, legate alla vita di sempre o grandi legate alla necessità di cura costante.



Nel cuore dei fattori che abbiamo visto, va evidenziata la condizione di genere, dove la biologia non solo intreccia le biografie, ma anche le costruzioni culturali e sociali, è un legame profondo che sappiamo sviluppare, una potente carica innovativa, promuovendo un'autentica equità della cura.

Purtroppo siamo all'agonia del diritto alla salute, all'espansione delle ingiustizie, alla privatizzazione pervasiva e potente, che insieme alla finanziarizzazione della sanità ha oscurato, fino a renderlo marginale il pubblico.

Tutto questo impone gesti politici forti, a partire dal definire il pubblico non solo come proprietà, ma restituendogli il governo pieno e democratico del Servizio sanitario nazionale. Il primo gesto è superare il definanziamento più che decennale del Ssn, investendo sulla prevenzione, sulla medicina territoriale, sulle cure primarie, sul personale e sulle tecnologie, attraverso scelte necessarie, inevitabili e urgenti in materia di fiscalità generale, attuando la patrimoniale, l'abolizione delle agevolazioni fiscali previste per la sanità integrativa e soprattutto privilegiando in via esclusiva il servizio pubblico nell'allocazione delle risorse, per restituire il ruolo costituzionale, confermato dalla legge 833 del 1978, di governo della sanità per tutti e per tutte, all'interno del quale il privato può, nell'ambito di una programmazione seria e rigorosa, entrare con un ruolo integrativo, non certo sostitutivo.

E c'è bisogno di democrazia: superare l'aziendalizzazione, e con essa il potere monocratico, non sempre attraversato da competenze, dei direttori generali, ridare compito di governo ai sindaci, agli operatori e alle operatrici sanitarie, alle organizzazioni sindacali, alle associazioni dei malati, in altre parole restituire autorevolezza alla partecipazione, con il ministero della Sanità e il Parlamento che legifera, perché tornino ad avere un ruolo centrale, superando la frammentazione in 21 sistemi sanitari, frammentazione ancora più dolorosa ora con l'autonomia differenziata.

Serve essere audaci, tempestivi, moderni e mantenere umiltà nell'ascolto delle esistenze.

Serve essere uniti nell'opposizione a questo modello di incuria. Serve incrociare i saperi per trasformare le vite di cittadini e cittadine. **Serve la politica.**

«Per rimettere al centro la salute come cura bisogna superare l'aziendalizzazione. Il privato può al più avere un ruolo integrativo ma certamente non sostitutivo»

L'autrice

Donatella Albini è ginecologa e responsabile Sanità segreteria nazionale Sinistra italiana





Servizio L'attuazione del Pnrr

Case di comunità cattedrali semivuote: solo 46 hanno attivato tutti i servizi

Il punto di Agenas sull'attuazione del Dm 77 a fine 2024 fotografa il gap di medici e infermieri e il gradiente tra Nord e Sud del Paese in uno scenario complessivamente ancora in gran parte da realizzare

di Barbara Gobbi

13 marzo 2025

Appena 46 Case di comunità sulle 1.717 programmate sono "complete": cioè dispongono di tutti i servizi obbligatori dichiarati dalle Regioni come "attivi", inclusa la co-presenza di personale medico e infermieristico. E' questo il dato più eclatante del monitoraggio sull'attuazione del Dm 77/2022 di riorganizzazione delle cure sul territorio pubblicato da Agenas e relativo al secondo semestre 2024, sulla base di quanto trasmesso da Regioni e Pa al 20 dicembre scorso. L'Agenas per i servizi sanitari regionali questa volta si è dichiaratamente concentrata sullo stato di attivazione dei servizi sanitari e non sull'avanzamento dei lavori strutturali finanziati in ambito Pnrr.

E se i numeri delle strutture "attrezzate" crescono (di poco) man mano che l'asticella dei servizi si abbassa - se cioè dal "pacchetto completo" si scende gradualmente ai minimi - in ogni caso meno di un terzo delle case di comunità (485) arriva a essere anche lontanamente performante.

I poliambulatori dove i cittadini dovrebbero trovare le risposte di prossimità ai propri bisogni di cura alleggerendo il Pronto soccorso e anche le corsie e gli ambulatori in ospedale, appaiono a 15 mesi dalla scadenza del Pnrr nel giugno 2026 drammaticamente lontani dalle aspettative. In una scala ascendente, dalle 46 Cdc con dotazione "full" e quindi in grado di offrire i servizi obbligatori compreso personale sia medico che infermieristico, si passa alle 118 "con tutti i servizi obbligatori dichiarati" - eccetto camici bianchi e nurse - alle 122 "con presenza infermieristica dichiarata attiva secondo standard Dm 77", alle 158 con presenza medica (anche qui "dichiarata attiva"), fino alle 485 in grado di offrire "almeno un servizio".

Il Dm 77/2022 - va ricordato - prevede una presenza medica di 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC hub e di 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana nelle CdC spoke. La presenza infermieristica è prevista per 12 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC hub e 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC spoke. La presenza medica, chiarisce Agenas, è definita come "disponibilità di un servizio di assistenza medica aperto a tutti gli utenti indipendentemente dall'iscrizione a un determinato medico, senza necessità di prenotazione tipo ex guardia medica/continuità assistenziale. Questo servizio può essere erogato da un medico del ruolo unico di assistenza primaria durante l'attività su base oraria o da un altro medico specificatamente dedicato".

La forbice tra Nord e Sud del Paese

In un panorama ancora decisamente scarso di servizi, spicca ancora una volta il gradiente geografico: le cure primarie erogate attraverso équipe multiprofessionali sono presenti in 334 Case di comunità del Nord, in 98 del Centro e in appena 8 del Sud. I Punti unici di accesso (Pua) necessari per il primo approccio degli utenti specialmente se cronici sono 205 al Nord, 53 al Centro e solo 2 al Sud; l'assistenza domiciliare è erogata in 313 Cdc del Settentrione, in 86 del Centro e in 15 del Sud; la specialistica ambulatoriale per malattie ad alta prevalenza è in 308 Cdc del Nord, in 103 del Centro e in 18 del Sud. I servizi infermieristici? Ne dispongono appena due Cdc del Meridione ma anche al Nord si arriva appena a quota 244 passando per i 64 del Centro. Va solo un po' meglio per il sistema integrato di prenotazione collegato al Cup aziendale, presente in 315 Cdc del Nord del Paese, in 106 del Centro e in 14 del Sud. E così via: le cifre sono queste e oltre alla forbice geografica testimoniano un generale mancato decollo.

Per non parlare dei servizi "raccomandati" o "facoltativi": Basilicata, Campania, ma anche Trento, Bolzano, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta non ne riferiscono neanche uno. E parliamo di consultori, vaccinazioni, programmi di screening, salute mentale, dipendenze, neuropsichiatria dell'età evolutiva, medicina dello sport così come della importante attività di valutazione multidimensionale ai fini della redazione del Piano di assistenza individuale (Pai). In un panorama quasi deserto, spiccano Emilia Romagna e Lombardia e poi Veneto, Toscana, Lazio e Piemonte.

"Miracolo Cot" ma Ospedali di comunità fermi

Al 31 dicembre 2024 in coincidenza con la scadenza del target Pnrr, erano "pienamente funzionanti e certificate" 642 Centrali operative territoriali (Cot) rispetto alla programmazione di 650. "Il target comunitario risulta superato", osservano da Agenas, in conformità in via generale con gli standard del Dm 77. E questo è l'unico dato senza dubbio positivo. Ma se si guarda agli Ospedali di comunità, quelli con almeno un servizio attivo sono appena 124 sui 568 da attivare entro il 2026, e dispongono di 2.096 posti letto.

L'UNIVERSITÀ

L'ultima riforma di Medicina aiuta solo gli atenei telematici

EUGENIA TOGNOTTI – PAGINA 28

SE L'ULTIMA RIFORMA DI MEDICINA AIUTA SOLO GLI ATENEI TELEMATICI

EUGENIA TOGNOTTI

Numero chiuso cancellato a Medicina. Fatto, sottintendono i titoloni dei giornali vicini al governo, riportando, tra le altre, le entusiastiche dichiarazioni di vari politici della Lega e di qualche governatore, ansiosi di intestarsi una riforma che per il momento – in attesa dei decreti attuativi – è una scatola vuota con un unico obiettivo raggiunto (o quasi): la cancellazione dell'odiato test d'ingresso a crocette. Per il resto è nebbia fitta, a parte il fatto che, in realtà, il numero chiuso (o numero programmato) rimane: alla fine del semestre-filtro, ci sarà una selezione e verrà compilata una graduatoria nazionale di accesso, basata sui crediti formativi acquisiti, ottenuti tramite esami: chi resterà fuori non potrà continuare il percorso per diventare medico: esattamente come avveniva con gli aspiranti camici bianchi che non passavano ai test. Test di cui abbiamo scritto tutto il male possibile, in particolare riguardo ad alcune bizzarre e strane domande di cultura generale (tipo: calcolare il volo orizzontale della gazza; dire l'obiettivo della *Constitutio de feudis*, l'editto emanato nel 1037 dall'imperatore Corrado II il Salico).

Nell'esultanza per l'approvazione della legge definita – nientemeno! – «una rivoluzione copernicana», la mi-

nistra dell'Università e della ricerca Anna Maria Bernini ha definito «una gogna» un sistema che costringeva gli aspiranti camici bianchi a sottoporsi test inutili, diventati una specie di roulette russa. Senza parlare dei costi salati della preparazione dei test; e della necessità degli studenti di andare all'estero per studiare Medicina, in caso di mancato superamento del test d'ingresso in Italia. Siamo ormai abituati al grande sfoggio di aggettivi che accompagna ogni riforma (della sanità, della scuola, della giustizia), definita, storica, nuova, epocale, capace di risolvere problemi incancreniti per l'immobilismo dei governi precedenti.

Ma per questa riforma – che riguarda una questione così cruciale come la formazione dei futuri medici, da «addestrare» all'antica arte della cura – occorrerebbe che i decisori politici abbandonassero la modalità-propaganda e il lessico fumogeno. Chiarendo i tempi di applicazione, i metodi di valutazione, il sistema di selezione, le difficoltà degli atenei, i possibili problemi legati alla copertura finanziaria. Cercando, anche, di rispondere ad un grande cruciale interrogativo: si riuscirà a mantenere e, possibilmente a migliorare, la qualità dell'offerta formativa, all'altezza della tradizione di un Paese come il nostro con la sua lunga e ricca storia, prevalentemente svolta all'interno di università pubbliche e che, con l'Università di Bologna – XI secolo – vanta con Montpellier il primato della più antica istituzione medica professionale al mondo?

Dubbi e critiche giungono dalle opposizioni, dalla conferenza dei retto-



LA STAMPA

ri (Cruì), delle associazioni di medici e docenti, da esperti e studiosi. Non che occorra essere degli addetti ai lavori per proporre alcuni interrogativi che esigerebbero una risposta brutalmente onesta. Il numero aperto comporterà, naturalmente problemi logistici per tutti gli atenei. Il ricorso alla didattica a distanza sarà una scelta obbligata: come verrà affrontato questo scoglio?

E come sfideranno il problema degli spazi gli atenei che non solo non potranno contare su nuove risorse, ma saranno penalizzati dal taglio del Fondo di finanziamento ordinario di 700 milioni nel triennio 2025-2027?

Ancora. Considerato che l'accesso al

secondo semestre sarà regolato da una graduatoria basata sul punteggio ottenuto da ogni matricola, non c'è il pericolo che, cancellata l'alea dei test a crocette, prenda invece corpo – in assenza di criteri d'esame uniformi a livello nazionale – il rischio di valutazioni non omogenee tra atenei, che aprirebbe a possibili disparità tra studenti, da Nord a Sud? Si potrebbero anche evocare le raccomandazioni, un vero e proprio Dna nazionale, una delle poche qualità resilienti italiane riconosciute ovunque. —



SANITÀ MALATA

IL BUROCRATE TOGLIE IL MEDICO DI TORNO



» MASSIMO FINI

“C”

era una volta il “medico di famiglia”. Quello che oggi si chiama medico di base. Ma fra i due c’è una differenza abissale. Il medico di famiglia conosceva non solo la storia del paziente, la sua anamnesi, i precedenti, ma anche quella dei suoi familiari, per questo appunto si chiamava medico di famiglia. Si poteva anche farlo venire a casa e il medico arrivava subito senza problemi.

Il corpo del malato era il solo strumento della sua conoscenza poiché la Tecnica non era ancora arrivata alla diagnosi a distanza. Respirava sul corpo del paziente. Quando ero ragazzino il mio medico era ovviamente un pediatra, il dottor Soletti. Era un uomo molto piccolo, non però con le fattezze del nano, e aveva pensato bene di occuparsi di bambini. Lo tenni anche quando diventai adulto, gli bastava un’occhiata per capire cosa avevo o più spesso cosa non avevo. Da giovane ero ipocondriaco (adesso lo sono molto meno, se non sarà questa volta sarà la prossima) e quindi lo chiamavo molto spesso. Un pomeriggio, da bambino, fui colto da dolori intestinali violentissimi. Mia madre si spaventò e chiamò Soletti. Arrivò e gli bastò chiedermi che cosa avevo mangiato. Avevo mangiato dodici albicocche che naturalmente nell’intestino sprigionavano gas. E il caso fu così risolto. È noto che la vicinanza, anche fisica, del medico e la fiducia in lui è già l’inizio di una cura. Oggi la vicinanza c’è quasi sempre, anche se non sempre, con gli strumenti tecnologici.

Soletti era anche un buon psicologo. Sul letto di morte mi confessò che le poche medicine che mi aveva dato, poche perché rifuggiva dalla medicina chimica (sosteneva che se tu introduci della chimica nel corpo il corpo prima o poi si ribella e il male salta fuori da qualche altra parte) erano in realtà dei placebo. Direi che aveva un concetto orientale della medicina. In Occidente si sa tutto, poniamo, della mano non tenendo però conto non solo del corpo ma anche della psiche del paziente.

La professione del medico, che non essendo un mestiere come un altro dovrebbe essere una vocazione, come del resto quella del magistrato, ha perso *appeal* sia in senso soggettivo che oggettivo. Non è esaltante ridursi



a un burocrate che compila prescrizioni, che invia poi via email, senza aver mai visto in faccia il malato. È la burocrazia che come sempre, o quasi sempre, complica le cose, da qui le interminabili liste di attesa. Una mattina facevo la fila in non so quale Asl, davanti a me c'era un uomo sulla cinquantina. Sentii che il medico, o forse era solo un impiegato, gli fissava un intervento a sei mesi di distanza. Ma in sei mesi quello faceva in tempo a morire.

Ho una domestica rumena e i suoi amici che possono permetterselo vanno a curarsi a Timisoara o a Bucarest non perché i medici rumeni siano migliori di quelli italiani, i medici italiani, soprattutto nelle specializzazioni, sono bravissimi (vedi Niguarda che è al 37esimo posto fra i migliori ospedali del mondo) ma perché evitano le lunghe code burocratiche magari sganciando qualche sacrosanto euro in più.

È anche vero che durante il Covid i medici hanno perso molto della loro credibilità, perché ogni specialista, divenuto una star televisiva, diceva l'esatto opposto di un altro specialista. E a tutt'oggi non è ancora certo se i vaccini abbiano risolto la questione, o attraverso 'danni collaterali' spesso pesantissimi, l'abbiano peggiorata. Del resto quei vaccini furono fatti in fretta e furia. Per avere un vaccino veramente efficace contro la poliomielite, terrore della mia infanzia, ci sono voluti più di dieci anni, prima il vaccino di Salk e poi qualche anno dopo quello, definitivo, di Sabin.

Si capisce che per il Covid-19 il governo italiano sia stato colto di sorpresa perché l'Italia fu la prima a dover fronteggiare il virus proveniente dalla Cina (secondo alcuni 'complottoisti' fu elaborato in vitro dai cinesi). Però in Svezia hanno fatto i vaccini, ma non hanno imposto l'ancor più insidioso *lockdown*. La ministra della Sanità svedese, affermò a suo tempo, che i conti si sarebbero fatti alla fine e anche qualche anno dopo la fine. E infatti molti ragazzi italiani sono rimasti traumatizzati dal *lockdown*, non potendo sfogare in alcun modo la loro giovanile energia, e oggi se ne vedono le conseguenze. Si dirà che in un Paese come la Svezia

di grandi dimensioni, con poche città con una densa popolazione, il *lockdown* era superfluo, comunque la Svezia, è un fatto, ha avuto proporzionalmente molti meno morti di noi. Ma anche la Svizzera, che ha un'alta densità di popolazione in un territorio circoscritto, e che non ha fatto *lockdown*, ha avuto, proporzionalmente, meno vittime dell'Italia. E lasciamo pur perdere, per *pietas*, le speculazioni che hanno fatto le case farmaceutiche, anglo-americane e olandesi.

Ma poi c'è anche una questione di cultura generale. Nevrotici e ipocondriaci quali siamo diventati al minimo malessere ricorriamo al medico, più spesso al medico virtuale che a quello in carne e ossa. Questo smista la faccenda ai laboratori e quindi anche qui c'è l'intasamento e il responso per un semplice esame del sangue arriva dopo una settimana e più. Poi c'è quello, ancora più grave, del Pronto Soccorso dove dovrebbero arrivare solo soggetti in pericolo di vita e invece viene intasato dagli ipocondriaci. Attualmente solo il 44 per cento degli ospedali hanno il Pronto soccorso. E se un poveraccio abita lontano da uno di questi ospedali? E quali sono anche qui i tempi di attesa che, per ovvie ragioni, dovrebbero essere immediati? "Quanto tempo passa fra l'arrivo al Pronto soccorso e l'intervento del medico di guardia?" chiede la solerte cronista al primario. "Il tempo di morire".

CAMBIAMENTI Prescrizioni via mail senza aver mai visto in faccia il malato, lunghe file alle Asl, liste d'attesa che fai prima a morire, Pronto soccorso spesso lontani e sempre intasati da ipocondriaci



DIRITTI

Legge sul fine vita si muovono le Regioni “Ci sia linea comune”

Il tema del fine vita sbarcherà presto sul tavolo della Conferenza Stato-Regioni per «cercare di trovare un comportamento che sia comune a tutte». Per Massimiliano Fedriga, presidente del Friuli-Venezia Giulia e coordinatore della Conferenza, «le Regioni diranno la loro ma non penso prenderemo una posizione sì o no, ovviamente». L'obiettivo, ancora secondo Fedriga, è «capire all'interno del quadro legislativo, a seguito della sentenza, come muoverci in modo coordinato». Da ieri

intanto la norma che regola il fine vita in Toscana è in vigore: è la prima in Italia a regolare tempi e modalità per l'accesso al fine vita sulla base di una proposta di legge di iniziativa popolare promossa dall'associazione Luca Coscioni.



Quante bugie della destra sull'aborto farmacologico

Interrompere una gravidanza senza intervento chirurgico è più sicuro per la salute delle donne e costa dieci volte meno al sistema sanitario. Ma l'approccio ideologico di chi governa condiziona la libertà di scelta

di Anna Pompili

Nell'ambito del programma "Salviamo il nostro Servizio Sanitario", la fondazione Gimbe pubblica annualmente, dal 2016, i dati del suo Osservatorio sul servizio sanitario nazionale. Anche l'ultimo rapporto ha confermato la tendenza verso lo smantellamento della dimensione pubblica del nostro sistema sanitario e dei suoi principi fondanti, in una inesorabile avanzata della privatizzazione dei servizi. In tale contesto di ispirazione conservatrice e neoliberista, che ha caratterizzato la politica sanitaria degli ultimi governi, l'esecutivo guidato da Giorgia Meloni si caratterizza per l'impronta nettamente ideologica, declinata soprattutto a livello regionale, che mette in secondo piano le evidenze scientifiche e i principi di base dell'economia sanitaria, e ne condiziona fortemente le scelte politiche. Ciò è particolarmente evidente nel campo dei diritti e della salute sessuale e riproduttiva, e la vicenda dei paletti all'aborto farmacologico nel nostro Paese deve essere letta in quest'ottica.

Nel 2020, dieci anni dopo l'introduzione in Italia della Interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) farmacologica, il ministero della Salute ne ha aggiornato le linee di indirizzo. Guardando ai dati internazionali e nazionali sulla sicurezza e sull'efficacia della procedura, l'aggiornamento ha esteso a nove settimane il limite di epoca gestazionale ed ha eliminato l'indicazione al ricovero in regime ordinario, che si estendeva dal momento dell'assunzione del primo farmaco fino all'avvenuta espulsione della gravidanza, e imponeva il sequestro delle donne in ospedale per almeno tre giorni. Oggi le linee di indirizzo prevedono, oltre al regime di ricovero in day hospital, la possibilità che la procedura venga eseguita senza ricovero, in ambulatorio o in consultorio, e la possibilità di auto somministrazione del secondo farmaco, la prostaglandina, a domicilio. Questa modificazione del setting assistenziale accoglie, finalmente, l'esperienza degli altri Paesi, nei quali il regime ambulatoriale, con autosomministrazione di uno o di entrambi i farmaci a domicilio è la regola da decenni, e l'ospedalizzazione è l'eccezione, legata generalmente a condizioni cliniche coesistenti, che impongono una



specifica sorveglianza medica. La possibilità di assumere il secondo farmaco a casa permette alle donne di eseguire una procedura medica in sicurezza, mantenendo però una dimensione intima e discreta. La procedura a domicilio, inoltre, è più sicura per la salute, giacché i ricoveri impropri aumentano il rischio di contrarre infezioni, come ci ha insegnato la pandemia Sars CoV-2. Privilegiare la procedura farmacologica e deospedalizzarla comporta inoltre un significativo risparmio di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale e per i sistemi sanitari regionali: il rimborso previsto per la procedura chirurgica è infatti di circa 1100 euro, quello per la procedura farmacologica in day hospital è di 418-627 euro (209 per accesso, con almeno due accessi) mentre quello per la procedura farmacologica in regime ambulatoriale è di circa 70 euro. Le cifre parlano da sole. Secondo la relazione al Parlamento sull'applicazione della legge 194, presentata dal ministro della Salute con otto mesi di ritardo alla fine del 2024, nel 2022 le Ivg farmacologiche sono state circa la metà del totale delle Ivg; tuttavia, in alcune regioni l'accesso a tale procedura è ancora fortemente ostacolato: nelle Marche sono state il 22,7% del totale, in Molise il 25% e in Sicilia il 29%. In molte aree del nostro Paese non si eseguono Ivg farmacologiche e le donne sono costrette a sottoporsi all'intervento chirurgico. Oggi, dopo quasi cinque anni dalla sua pubblicazione, solo tre Regioni hanno recepito l'aggiornamento delle linee di indirizzo sul regime ambulatoriale: la Toscana, il Lazio, l'Emilia-Romagna. Di queste, solo il Lazio e l'Emilia-Romagna permettono l'auto somministrazione del secondo farmaco a domicilio.

Il mancato recepimento dell'aggiornamento ministeriale è dovuto fondamentalmente a motivi ideologici, legati agli orientamenti culturali e religiosi di coloro che governano le regioni: secondo molti amministratori, la procedura farmacologica sarebbe una banalizzazione dell'aborto e del valore etico di tale scelta, fatta spesso con superficialità. Secondo costoro, dunque, ostacolando l'accesso all'aborto, vi ricorrerebbero solo le donne realmente convinte. L'esperienza degli altri Paesi e del nostro, oltre alla unanimità dei dati che ci vengono dalla letteratura internazionale, ci dicono che non è affatto così: l'introduzione della Ivg farmacologica, infatti, non ha comportato un aumento dei tassi di abortività, mentre i tempi più precoci di intervento hanno ridotto il rischio di complicazioni. Molti sostengono inoltre che la procedura ambulatoriale sarebbe difficilmente attuabile, a causa delle difficoltà organizzative legate alla necessità di reperire spazi adeguati che possano garantire alle donne la dovuta riservatezza. Si evidenzia in questo caso un tentativo di traslare il modello ospedaliero in un setting assistenziale ambulatoriale, visto come surrogato del ricovero: le donne devono essere



tenute sotto osservazione per qualche ora, generalmente costrette al disagio di stare in una poltrona. Questo modello è stato precocemente abbandonato in tutti i paesi che ci hanno preceduto nell'applicazione della Ivg farmacologica, sia per il disagio legato alla permanenza in ambulatorio, sia perché tale modalità metteva le donne a rischio di sanguinamenti "in itinere", mentre tornavano a casa.

Altri sostengono infine che la somministrazione dei farmaci in consultorio o in ambulatorio o, addirittura, a domicilio, lascerebbe le donne sole, a gestire una procedura medica che richiede stretta sorveglianza. Va ribadito, a questo proposito, che la sicurezza dei farmaci per l'aborto è riconosciuta in tutto il mondo, e che nel 2019

l'Organizzazione mondiale della sanità ha rimosso la nota per la quale dovevano essere dispensati sotto controllo medico. Inoltre, le donne affermano di non sentirsi affatto abbandonate: la gran parte di esse preferisce una dimensione privata, da condividere con chi vogliono e avendo a disposizione il proprio letto e i propri servizi igienici, piuttosto che una dimensione di promiscuità, in un letto di ospedale o sulla poltrona di un consultorio/ambulatorio. Questo non significa certo lasciare le donne sole, ma, piuttosto, riconoscere loro la capacità di gestire in prima persona una procedura medica. Difficile da accettare da parte di un sistema sanitario che è basato sulla infantilizzazione delle persone assistite e sul pietismo dell'assistenza. In questo senso, l'aborto farmacologico costituisce anche una rivoluzione culturale. L'ideologia del governo nazionale e delle giunte regionali obbliga a ricoveri impropri, che impediscono alle donne di scegliere la procedura a loro più confacente e che comportano uno spreco inaccettabile di risorse preziose. L'associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica aps ha già inviato al ministro della Salute, ai presidenti e agli assessori alla salute dei consigli regionali inadempienti e alla conferenza Stato-Regioni una lettera aperta, nella quale si chiede di rispettare i diritti delle donne e di applicare anche alle procedure per l'aborto il principio dell'appropriatezza delle prestazioni. In assenza di impegni concreti in questo senso, il prossimo passo sarà una campagna di petizioni con le quali le cittadine e i cittadini chiedono ai consigli regionali di approvare con urgenza procedure chiare per la Ivg farmacologica in regime ambulatoriale. Di fronte ad una politica che ci vede solo come destinatarie/i di slogan e campagne elettorali, è tempo di abbandonare le posizioni difensive, è tempo di passare all'azione, per l'affermazione e l'allargamento dei diritti. **È ora di tornare a pensare che "Ce n'est qu'un début!"**.



Disturbi alimentari, le vie (strette) per uscirne

Gomiero a pagina 8

«Cure, famiglia, presa di coscienza: le mie ricette per vincere l'anoressia»

MARIA GOMIERO

Non avere fame, averne troppa, contare e ricontare le chilocalorie, non uscire più di casa, voler uscire dal proprio corpo. Ludovica (nome di fantasia), mentre parla, muove le mani, scuote la testa, cerca di raccontare attraverso i suoi gesti quello che ha vissuto. Le sue parole non bastano per riportare l'energia che trasmette, l'intensità palpabile della sua storia. Eppure è lei stessa a dire che le parole hanno fatto tanto, soprattutto quelle è riuscita a dire un giorno: «Sono malata». Avere un disturbo del comportamento alimentare significa quasi sempre non riuscire a riconoscerlo e a riconoscersi. «Io sapevo di essere malata – spiega Ludovica con voce ferma – ma finché non sono riuscita a dirlo ad alta voce, era come se non ci credessi davvero». Questa presa di coscienza ha segnato un punto di svolta nel suo percorso di guarigione. «Ludovica era già in cura da qualche mese, ma non credeva di essere abbastanza malata da meritarsi questo percorso», afferma la dottoressa Nicoletta Polli, responsabile del centro di cura per i Disturbi del comportamento alimentare (Dca) all'ospedale Auxologico San Luca di Milano. L'approccio qui è multidisciplinare, Polli è alla guida dell'unità da vent'anni, durante i quali il gruppo di lavoro ha affinato le strategie terapeutiche, tra sedute di terapia psicologica di gruppo e altre attività a scelta, come storytelling, psicodramma, danzaterapia,

musicoterapia e arteterapia. «Da noi il percorso terapeutico è semiresidenziale. Ogni giorno vengono al massimo 16 ragazze per circa cinque ore. Si dividono tra il turno del mattino e quello pomeridiano e ogni giorno ci sono attività diverse. I due momenti fondamentali sono i pasti assistiti: una merenda e il pranzo o la cena sotto la supervisione delle dietiste», spiega Polli.

La riabilitazione semiresidenziale dura fino a nove mesi per obbligo di legge, ma di solito i primi tre servono a interrompere la perdita di peso. La mamma di Ludovica, che è arrivata al San Luca nell'aprile 2022 quando aveva 16 anni, racconta di quei tre mesi come il periodo peggiore per lei: «Finalmente mia figlia era in cura, ma non migliorava. Volevo risposte ed ero arrabbiata, finché non ho deciso di affidarmi completamente a chi la curava e fare un passo indietro». Mentre parla, la mamma di Ludovica è seduta tra sua figlia e la dottoressa Polli, che annuisce e sorride complice, prima di aggiungere: «Organizziamo incontri con i genitori per aggiornarli e confrontarci. È importante capire come le ragazze si comportano a casa, come reagiscono le famiglie, ma soprattutto vogliamo dare gli strumenti anche ai genitori per affrontare questi disturbi».

La mamma di Ludovica ha scelto di prendersi una pausa dal lavoro per stare vicino alla figlia nel periodo più duro della riabilitazione, quando

non riusciva più ad andare a scuola. «È stata una decisione forte, che non tutti si sarebbero potuti permettere – ammette – ma non potevo fare scelta migliore, non potevo lasciarla sola». Intanto, alla sua destra, Ludovica è ormai un fiume in piena. Racconta di come abbia riscoperto la vita un centimetro alla volta: «Quando sono riuscita a uscire di casa, semplicemente per portare fuori i cani, mi sono resa conto di quanto fosse piccolo quel gesto che mi richiedeva uno sforzo immenso. E di quanto fosse grande tutta la vita che mi stavo perdendo». Ludovica racconta di come a essersi ammalata sia stata la sua testa, prima che il suo fisico: «Non volevo essere magra, volevo essere vista, volevo vedere fino a che punto riuscivo ad arrivare, mettere alla prova la mia forza di volontà e la mia capacità di controllo. In realtà ero io a essere controllata dalla malattia, che mi consumava senza che neanche me ne accorgessi».

Le ragioni che portano allo sviluppo di un disturbo alimentare sono molteplici e comples-



se. «Sono malattie multifattoriali e si scatenano dall'interazione di vari aspetti come la vulnerabilità genetica, l'esposizione a eventi traumatici, il rapporto con la famiglia e la pressione sociale», dice la psichiatra Laura Dalla Ragione, referente del ministero della Salute per le azioni di contrasto ai disturbi del comportamento alimentare. Il paradigma contemporaneo, veicolato spesso attraverso i social, enfatizza l'immagine corporea perfetta, la magrezza come canone di bellezza, alimentando e amplificando gli elementi psicologici che portano a un disturbo alimentare. In Italia ci sono 3,6 milioni di persone in cura per disturbi alimentari, nel 2000 i casi erano circa 300mila. La crescita esponenziale evidenzia come non si tratti di fenomeni rari o limitati, ma di una vera e propria emergenza sanitaria e sociale che coinvolge persone di tutte le età, ma soprattutto le giovani generazioni. Secondo Dalla Ragione, il lockdown ha avuto un impatto devastante: «La perdita delle reti sociali e l'isolamento hanno contribuito a un aumento dei casi di ano-

ressia: molti ragazzi hanno dovuto fare i conti con l'ansia e una ridotta interazione con gli altri». Nel frattempo, è diminuita significativamente l'età di esordio: anche bambini di 8-10 anni sviluppano queste patologie ed è una tendenza che la psichiatra descrive come «molto preoccupante, poiché i più piccoli hanno difficoltà a comprendere e gestire le emozioni che si esprimono attraverso il comportamento alimentare». All'abbassamento dell'età e all'aumento dei casi si aggiunge anche la riduzione dei centri di cura: prima della pandemia erano 168, ora sono 132. Manca una rete uniforme e strutturata su tutto il territorio, inoltre «le cure per i disturbi alimentari non sono ancora inserite nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), quindi non godono di un finanziamento vincolato e stabile e le Regioni devono fare affidamento su fondi variabili», dichiara Dalla Ragione. A questo si aggiunge che il 50% dei centri non accoglie bambini o preadolescenti, tagliandoli fuori dai percorsi terapeutici. Eppure, l'accesso a diagnosi precoci è

fondamentale per il successo delle cure e un recupero completo. Spesso il trattamento si estende su un periodo di almeno due anni, un arco di tempo necessario per affrontare non solo la componente alimentare, ma anche i disturbi psichiatrici concomitanti (ansia, depressione, disturbi ossessivo-compulsivi). Che, a differenza di quello che si pensa, non riguardano solo le ragazze: i maschi rappresentano circa il 20% dei pazienti, un aumento significativo rispetto all'1% di dieci anni fa.

Al centro milanese dell'Auxologico però si parla solo al femminile: «I problemi dei ragazzi spesso sono diversi, legati all'attività in palestra, mentre la maggior parte delle nostre pazienti hanno disturbi di tipo restrittivo, di perdita di peso. Ci piacerebbe sviluppare dei percorsi di gruppo anche maschili, ma ora non ci riusciamo a causa del limite di posti, personale medico oberato, spazi assenti. Bisognerebbe raddoppiare tutto», evidenzia Polli. Però quello che c'è intanto è bastato per salvare la vita di Ludovica, parole sue, e di moltissime altre ragazze co-

me lei. È tornata al centro per ringraziare le dietiste, lo psicologo, le nutrizioniste, tutti quelli che l'hanno seguita in questo percorso. Camminava sicura nei corridoi, sorridente, emozionata. Le dita innellate stringevano biglietti che lasciavano negli occhi di chi li riceveva una scia di stupore e commozione. In questi corridoi Ludovica si sta lasciando alle spalle forse il periodo più difficile della sua vita, e non ha neanche diciotto anni. Chi la guarda però, la vede felice, bella, giovane e soprattutto libera.

LA STORIA

Domani ricorre la Giornata mondiale dedicata ai disturbi del comportamento alimentare. La testimonianza di Ludovica, che l'Istituto Auxologico di Milano ha salvato dal "male di vivere"



Contro il diabete un pancreas-Lego

Al San Raffaele di Milano si sperimenta un organo fatto con "mattoncini" di cellule e tessuto di polmone

di **Elena Dusi**

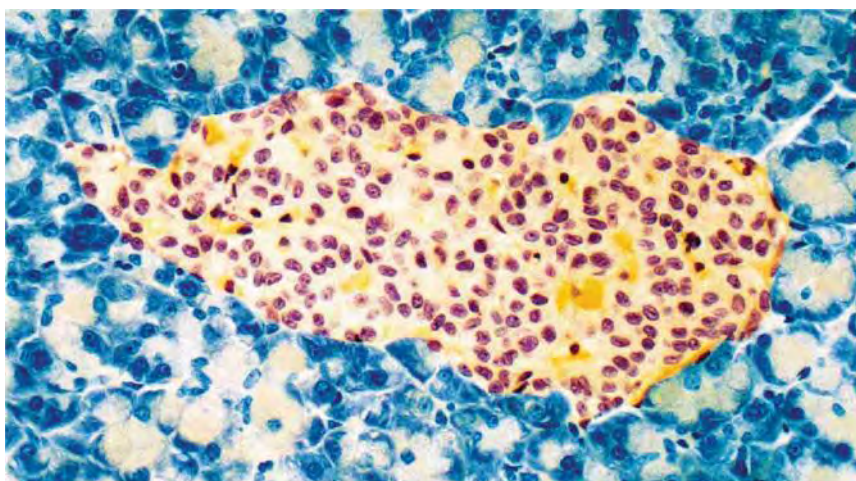
Le strade per arrivare alla cura del diabete di tipo 1 – quello che insorge nel 50 per cento dei casi in età pediatrica, indipendente dagli stili di vita, e che costringe all'assunzione regolare di insulina – sembra comincino a prendere forma tra la nebbia. Però richiedono tempo e fatica per arrivare alla meta. Già in uso da 35 anni è il trapianto di isole pancreatiche (le cellule del pancreas che producono insulina e sono distrutte dal sistema immunitario in questa forma di diabete) prelevate da donatori deceduti. Ma c'è anche chi prova a usare cellule staminali capaci di proliferare in laboratorio: le prime sperimentazioni con numeri piccoli di volontari sono in corso.

Ma ora c'è anche chi si ispira al Lego, come l'Irccs San Raffaele di Milano, che effettua trapianti di isole pancreatiche da donatore dal 1989 e su *Lancet* ha pubblicato un rapporto dei suoi oltre vent'anni di esperienza: si riesce a tenere sotto controllo l'insulina, ma con gli effetti collaterali della terapia immunosoppressiva necessaria per evitare il rigetto. L'équipe, di cui fa parte Lorenzo Piemonti, direttore dell'Istituto di ricerca sul diabete e professore di Endocrinologia, ha allora escogitato un sentiero nuovo. I primi risultati sui topi di laboratorio sono pubblicati su *Cell*. L'idea è quella di combinare pezzi di organo differenti, come nel Lego appunto: «Anziché infondere delle cellule nel pancreas, che in proporzioni alte muoiono, abbiamo realizzato in laboratorio dei "mattoncini" di organo di pochi centimetri. La struttura di supporto è presa dal polmone, ripulito dalle cellule originarie e ripopolato con cellule

staminali del pancreas. Reimpiantando quest'organo-Lego riusciamo a immettere nel paziente un numero congruo di cellule del pancreas funzionanti». Perché il polmone? «Ci interessa la barriera sottilissima che separa vasi sanguigni e aria», spiega Antonio Citro, leader del progetto di bioingegnerizzazione del pancreas. «Tramite questa barriera l'ossigeno dell'aria raggiunge facilmente il sangue. Popolando questa struttura di isole pancreatiche puntiamo a rendere semplice il passaggio dell'insulina nel sangue». Serviranno però anni prima che questi esperimenti arrivino all'uomo. 



Lavori in corso
Direttore dell'Istituto di ricerca sul diabete, **Lorenzo Piemonti**. Sopra, le isole pancreatiche



SPL / GETTY IMAGES



Lo yoga che frena il Parkinson

VALERIA VERBARO

Lo yoga come medicina complementare, accanto alla terapia tradizionale, per aiutare i pazienti affetti da malattia di Parkinson a sentire il proprio corpo: è lo scopo dei seminari "Yoga e Parkinson" organizzati dalla dottoressa

Livia Brusa a Roma. Medico neurologo, da venticinque anni lavora all'ospedale S. Eugenio Uoc Neurologia e da venti è responsabile del Centro Parkinson al suo interno: «Come formazione sono organicista, sono un neurologo tradizionale. Sono abituata a trattare i miei pazienti con la medicina del nostro centro, dai trattamenti di primo livello alle più avanzate terapie infusionali con levodopa o alla terapia chirurgica» afferma.

«È noto però ormai da anni che lo yoga abbia un grande impatto sulle malattie degenerative e la letteratura scientifica ci supporta nel trattare i pazienti con Parkinson, oltre che con i farmaci, con attività motoria». Il seminario, giunto nel 2025 alla sua quinta edizione, nasce dalla curiosità scientifica nei confronti dei benefici dell'antica disciplina indiana sul corpo e sulla mente e dalla volontà di arricchire l'offerta terapeutica, accanto alle cure tradizionali. In precedenza le lezioni si sono svolte all'interno dell'ospedale ma questa volta, per riumanizzare il rapporto tra malato e malattia, la dottoressa Brusa ha pensato di «portare i pazienti nella realtà quotidiana cittadina, per uscire dall'ambulatorio e ricollocarsi in un luogo che porta un valore aggiunto, una realtà artistica». Il seminario avverrà infatti all'interno del Museo delle civiltà, che la dottoressa ringrazia per «la sensibilità nei confronti dei pazienti» e l'impegno per una crescente «coesione del settore pubblico in un percorso comune al servizio dei cittadini».

Si tratterà di due momenti separati, quelli che riguardano la valutazione medica e la pratica stessa dello yoga. Fondamentale, cioè, è anche la presenza di insegnanti



di lunga esperienza, come **Pilar Lopez** quest'anno, che sono affiancati ai pazienti, insieme ai loro *caregiver*, per un ciclo di incontri di un'ora, ogni sabato mattina per dieci settimane, da marzo a giugno.

La pratica scelta è quella dell'Hatha Yoga ed «è necessario che il paziente non sia in una fase estremamente avanzata della malattia, perché anche se è una pratica facilitata, che prevede posture interpretate in posizione seduta, deve esserci necessariamente una discreta autonomia nella partecipazione». Oltre questo requisito essenziale, che è la dottoressa Brusa a stabilire soprattutto nei casi in cui i partecipanti non afferiscano al centro del S. Eugenio, la partecipazione è libera: «Non c'è alcuna finalità di chiudere le porte. È tutto molto aperto, anche la sala del museo è piuttosto ampia».

Dal punto di vista medico, la presenza della dottoressa Brusa è essenziale per studiare i benefici della pratica stessa, in concomitanza con la regolare cura farmacologica, che resta il suo primario obiettivo: «Ho ideato questo evento e questa attività a latere di quella classica farmacologica del mio centro». Resta perciò fondamentale la valutazione iniziale e finale dei miglioramenti dei pazienti coinvolti: «Con finalità ovviamente sperimentale, il mio ruolo è quello di arricchire l'offerta terapeutica».

Dalla letteratura scientifica già esistente, infatti, la dottoressa Brusa conferma che esiste «un impatto sul tono muscolare così come sull'elasticità articolare. Allo stesso tempo lo yoga migliora la propriocezione, cioè la capacità di percepire la posizione del corpo nello spazio, migliorando la stabilità e l'equilibrio». C'è inoltre un terzo aspetto legato al «controllo del respiro, che pure viene praticato nelle lezioni e che quindi ha un'azione efficace anche nel miglioramento dell'ansia e dei disturbi dell'umore».

L'azione sul corpo è molteplice, ma non è l'unico motivo per cui si è optato per il quinto anno consecut-

tivo per lo yoga, anziché la sola fisioterapia o un altro tipo di attività ricreativa e occupazionale. In passato la dottoressa Brusa, infatti, ha organizzato anche mostre fotografiche in cui esporre scatti dei pazienti sulla loro vita quotidiana, così come altri incontri psico-educativi sulla malattia, tra pazienti e familiari. Il nucleo di esperienze di questo tipo è nella crescente consapevolezza della comunità scientifica e clinica «dell'importanza del coinvolgimento del paziente e della sua famiglia a tutto tondo. Non si parla più di malato, ma di persona, e spesso può servire riuscire a ricavare dell'altro tempo da trascorrere insieme al paziente al di là delle visite mediche che sono ridotte, per motivi tecnici».

Da esperienze come gli incontri di "Yoga e Parkinson", conclude la dottoressa Brusa, si ricevono feedback estremamente positivi, perché coinvolgono «pazienti che hanno un grande desiderio di appartenenza, al di là del benessere fisico che effettivamente traggono dalla pratica della disciplina. L'appartenenza a un gruppo o l'atto di ritrovarsi periodicamente con l'insegnante e con gli altri compagni ha creato «una piccola comunità negli anni, con effetti positivi anche sul tono dell'umore e quindi sul miglioramento della depressione, che è un sintomo cardine della malattia di Parkinson», ulteriore beneficio dell'antica disciplina dello yoga sulla salute mentale, oltre che sulla motricità e sul disturbo dell'equilibrio nei pazienti.

L'antica disciplina indiana è sempre più spesso usata come medicina complementare, al fianco della terapia farmacologica, per rallentare i sintomi della malattie degenerative



PRATICA DI GRUPPO

Una classe di anziani frequenta un corso di Yoga. Anche l'aspetto sociale può avere effetti positivi sulla salute



ANTIVIRUS



L'AIDS È FANTASMA, MA LA CURA È REALE

✿ L'HIV NON FA PIÙ notizia e, purtroppo, sono anche scomparse le campagne di informazione. Purtroppo nel mondo, con l'infezione da Hiv, vivono 38,4 milioni di persone, 36,7 milioni sono adulti e 1,7 milioni sono bambini con meno di 15 anni. Il 54% dei casi riguarda la popolazione femminile. Il fenomeno della non conoscenza della propria positività, diventa una vera bomba biologica a livello sociale. Si stima che nel mondo circa 5,9 milioni di persone non conoscono la loro positività all'Hiv. In Italia, nel 2024, sono state notificate 532 nuove diagnosi di Aids pari a un'incidenza di 0,9 nuovi casi per 100.000 residenti, ai quali vanno aggiunti gli ignari. Il numero dei casi prevalenti di Aids, ossia ancora viventi, al 2021 è pari a 24.760. La ricerca, con l'obiettivo

di sconfiggere appieno la malattia non s'è mai arrestata, dando risultati sorprendenti. La rivista *Science* incorona l'anti-Hiv preventivo lenacapavir, *Breakthrough of The Year* ("La svolta dell'anno"). Lenacapavir è un farmaco conosciuto che già aveva rivoluzionato la terapia contro l'Aids, essendo somministrato solo una volta al mese (fino a pochi anni fa, le somministrazioni erano 8 al giorno). È stato pubblicato sul *New England Journal of Medicine* uno studio che dimostra come Lenacapir ha effetto preventivo con livelli di protezione del 100% nelle giovani in Africa e del 99,9% in gruppi di individui con diverse identità di genere in tutti i continenti con un meccanismo del tutto nuovo rispetto agli altri farmaci anti-Hiv. E ci sono anche nuove conoscenze sull'involucro del virus: la moleco-

la provoca un irrigidimento di una proteina dell'involucro esterno, inibendo la replicazione virale. Ciò apre anche alla possibilità di impiego in altre malattie virali. Il vaccino, sul quale si è tanto investito, resta ancora una chimera. Troppo "furbo" il virus per essere bloccato. Nulla di nuovo, è un virus a Rna, pertanto estremamente mutevole (ricordiamo i recenti vaccini anti-Covid che, malgrado le sofisticate tecnologie impiegate, non riescono a prevenire l'infezione). L'unica strada a oggi è quella legata ai nuovi farmaci, ma una così efficace prevenzione ci fa sperare a breve in un vittorioso traguardo.

MARIA RITA GISMONDO
Virologa



LONGEVITÀ

VITA E SCIENZA



DI VALTER LONGO

Instagram: @prof_valterlongo

GLI EFFETTI DEL DIGIUNO SUL RECUPERO DI OLFATTO E GUSTO UNA STORIA POST COVID

Qualche anno fa un medico inglese mi ha contattato chiedendomi di potersi iscrivere al corso sulla longevità che tengo per la University of Southern California, in parte a Los Angeles e in parte a Genova. Ero sorpreso che una dottoressa, che si era laureata in medicina molti anni prima, avesse deciso di pagare le costose tasse di un'università americana e di fare un viaggio così lungo per seguire le mie lezioni. Arrivata a Genova, **mi ha spiegato che si era iscritta perché aveva perso l'olfatto per anni e che era riuscita a riacquistarlo, dopo aver fatto vari cicli di dieta mima digiuno**, ovvero utilizzando un percorso centrale del corso in cui insegno. Ho pensato: "Chissà, forse è una coincidenza". Avevo tuttavia notato **un recupero dell'olfatto dopo cicli di dieta mima digiuno in persone che lo avevano perso durante Covid**.

La storia spesso finisce qui, con degli aneddoti che potrebbero essere basati su dei veri effetti oppure su delle mere coincidenze. Ma questa volta siamo riusciti a capire se era vero. Infatti era già iniziato uno studio clinico randomizzato con 102 pazienti, effettuato anche grazie all'aiuto dei ricercatori della mia Fondazione a Milano, ma svolto interamente dagli otorinolaringoiatri Alessandro Micarelli e Marco Alessandrini dell'Università di Roma Tor Vergata. In questa analisi, da poco pubblicata sul giornale americano *Cell Reports Medicine*, **il 38% dei partecipanti – tutti in sovrappeso o obesi – mostrava una sorprendente riduzione della funzionalità dell'olfatto. Dopo sei cicli mensili di dieta mima digiuno di 5 giorni, questa percentuale scendeva al 6%. In più, per tutti quelli che avevano completato la dieta, i miglioramenti del gusto e dell'olfatto erano risultati significativi.**

La cosa particolarmente convincente è che i 6 cicli di dieta mima digiuno sono stati fatti separatamente e in tempi diversi dai 2 gruppi di pazienti coinvolti nello studio e che gli effetti sull'olfatto e sul gusto dei due gruppi erano quasi identici, a testimonianza della solidità di questo intervento nutrizionale. Un elemento altrettanto interessante è che la correlazione tra questi effetti e la perdita di peso era debole o assente, il che significa che non sono causati semplicemente dalla diminuzione del peso.

Lo studio clinico svolto all'Università di Roma ha confermato anche effetti della dieta mima digiuno già pubblicati in studi precedenti, tra cui una **riduzione del colesterolo "cattivo" LDL di 30 mg/dL ma non di quello "buono" HDL, un forte calo dell'insulino-resistenza e una perdita di circa 10 chili di grasso, senza riduzione della massa muscolare**, a differenza dell'effetto di molti farmaci per la perdita di peso. **Inoltre, i 6 cicli di dieta mima digiuno hanno permesso a più del 60% dei 33 pazienti diabetici nello studio, e al 27% dei pazienti con ipertensione, di ridurre l'uso o la dose dei farmaci.**

Quindi, **gli effetti rigenerativi della dieta mima digiuno**, che in modelli animali sono mediati da un aumento delle cellule staminali e dall'attivazione di fattori che riprogrammano vari tipi di cellule, **sembrano agire anche nelle persone in maniera multi-sistemica migliorando sia le funzioni sensoriali sia quelle cardiovascolari e metaboliche.**

LA SPERIMENTAZIONE: CON 6 CICLI DI DIETA MIMA DIGIUNO LA PERCENTUALE DI CHI AVEVA UNA RIDUZIONE DELL'OLFATTO È PASSATA DA 38 A 6%



L'intervento

Il nuovo cibo e le risposte che cerchiamo

Andrea Fabbri*

Il dibattito sui prodotti a base cellulare e da fermentazione di precisione sta prendendo sempre più piede a livello internazionale. Negli ultimi mesi sono giunte all'Autorità europea sulla sicurezza alimentare (Efsa) due richieste di autorizzazione per la vendita nel mercato europeo di prodotti a base cellulare. Il quadro di riferimento per la valutazione è la normativa sui Novel Food. In questi mesi ho avuto il piacere di partecipare al Tavolo interministeriale convocato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Agricoltura e della sovranità alimentare e delle foreste su questa tematica tanto interessante quanto delicata. Un tavolo super partes che ha l'obiettivo di star lontano da strumentalizzazioni e fake news e che si affida alla scienza, al contributo di ricercatori ed esperti a vario titolo interessati. Ho avuto quindi il piacere di confrontarmi su questa tematica con autorevolissimi colleghi del mondo della medicina, esponenti di istituzioni di primo piano a livello nazionale e internazionale, esperti dei ministeri competenti.

L'assunto di base da cui hanno avuto origine tutte le nostre discussioni è stata l'assoluta apertura e la mancanza di pregiudizi su questi nuovi prodotti. Un con-

fronto guidato da un unico obiettivo, quello di provare a fare chiarezza sui cibi di laboratorio e sui prodotti da fermentazione di precisione. Ricordiamo infatti che da un lato c'è la carne a base cellulare realizzata da piccoli tessuti cellulari fatti proliferare in terreni di coltura composti da fattori esogeni di crescita (tra cui ormoni), dall'altro i prodotti da fermentazione di precisione che toccano in modo particolare il latte e i suoi derivati. Ma non solo...

Questa prima fase di confronto del tavolo, i cui esiti sono pubblicati sul sito ministeriale, ci ha portato a sostenere l'importanza di maggiori approfondimenti poiché ad oggi non si dispongono di dati sufficienti per poter dire se questi nuovi prodotti siano 'sicuri' e 'salubri' o possono essere invece nocivi. Per far questo sono necessari studi approfonditi di natura pre-clinica e clinica volti in particolare a

verificare gli effetti sul microbiota intestinale e sul metabolismo e in grado di scongiurare danni e patologie per l'uomo. Come sappiamo il concetto di sicurezza è diverso da quello di salubrità. Quando si parla di cibo non possiamo sottovalutare né uno né l'altro aspetto. La letteratura scientifica e le evidenze mediche evidenziano in modo chiaro il ruolo del cibo sulla nostra salute.

D'altronde, come ribadito anche nel documento redatto dalla Fao e dall'OMS "Food safety aspects of cell-based food", la produzione di alimenti a base cellulare comporta una serie di tecnologie, tecniche e/o fasi di produzione completamente 'nuove'. E l'integrazione di una molteplicità di prodotti e tecniche produttive inedite richiama la necessità di affrontare 'tutte' le questioni rilevanti prima che tali prodotti siano disponibili sul mercato.

Il rischio di incorrere in patologie correlate al consumo di tali prodotti su scala planetaria ad oggi non è escluso dai dati a disposizione della scienza medica, pertanto, risulta cruciale un approfondimento dedicato che consenta di allontanare categoricamente tali dubbi ad oggi esistenti.

Sono convinto che la scienza saprà darci risposte adeguate e sono altrettanto convinto che qualora riuscissimo davvero a capire che si tratta di prodotti sicuri e soprattutto salubri assisteremo ad una svolta epocale. Per ora non mi sento di dire questo, c'è ancora tanto da studiare e tanto da approfondire dal punto di vista scientifico e medico. Lo dobbiamo alla salute dei cittadini.

**Membro Comitato Scientifico
Fondazione Aletheia
Professore di Endocrinologia
dell'Università degli Studi
di Roma Tor Vergata*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PICCOLI CAMBIAMENTI INTRODOTTI FRA I 45 E I 64 POSSONO RALLENTARE IL TEMPO: PAROLA DI MICHAEL GREGER

«I "FANTASTICI 4" PER VIVERE FINO A 90 ANNI»

DI ANNA FREGONARA

Non è mai troppo tardi per scegliere di invecchiare meglio e più lentamente. I ricercatori hanno osservato che cosa accade a uomini e donne che modificano le proprie abitudini a partire dalla mezza età.

«Anche piccoli cambiamenti nello stile di vita tra i 45 e i 64 anni, almeno cinque porzioni giornaliere di frutta e verdura, camminare per circa venti minuti al giorno, mantenere un peso sano e non fumare, sembrano portare a una sostanziale riduzione della mortalità nell'immediato futuro. Stiamo parlando di un rischio inferiore del 40% di morire nei quattro anni successivi. Senza ossessionarsi con diete impossibili». Parola di Michael Greger, medico nutrizionista di fama internazionale, socio fondatore dell'American College of Lifestyle Medicine e autore di *Come non invecchiare* (Baldini+Castoldi), il risultato di tre anni di lavoro durante i quali Greger ha passato in rassegna tutta la letteratura scientifica sull'invecchiamento restituendo al lettore approfondimenti e consigli per una longevità in salute. «Adottare uno stile di vita più sano può ritardare l'insorgere di malattie croniche fino a dieci anni circa. **Gran parte dei settantadueni che non fumano, non soffrono di diabete, obesità o ipertensione e conducono una vita attiva hanno buone probabilità di arrivare a novant'anni.** Al contrario, la probabilità sembra ridursi a meno del 5% per chi presenta questi fattori di rischio. Anche dopo i settantacinque anni, seguire le basi di uno stile di vita sano può "rallentare il tempo" e il rischio di disabilità di circa diciotto mesi». Eppure tutti noi abbiamo sentito storie di centenari che fumano sigari e bevono superalcolici. La relazione tra stile di vita e longevità è complessa, ma le prove scientifiche mostrano che aderire ai "fantastici 4" — alimentazione sana, attività fisica, controllo del peso e niente fumo — può avere un forte impatto sulla prevenzione di alcune delle nostre malattie più letali. «Questi quattro fattori da soli, infatti, sembrano essere responsabili del 78% del rischio di malattie croniche», prosegue Greger. «Rispettandoli tutti, potremmo ridurre di oltre il 90% il rischio di diabete e di oltre l'80% quello di infarto, dimezzare il rischio di ictus e abbassare di oltre un terzo quello complessivo di cancro. Ma quanto incide tutto questo sulla mortalità? Gli studi mostrano che chi prende più cura di sé invecchia più lentamente, come se fosse biologicamente più giovane di 14 anni. E se già si stanno assumendo farmaci per curare fattori di rischio come l'ipertensione e il coleste-

rolo, i benefici di uno stile di vita sano ci sono lo stesso in termini di mortalità».

Quando si parla di invecchiamento, salute e longevità, la dieta è il principale fattore su cui possiamo agire. Secondo il *Global Burden of Disease Study*, la più ampia analisi mai condotta sulle cause di morte, il killer numero uno negli Stati Uniti e nel mondo è la cattiva alimentazione. I dati mostrano che quattro dei cinque principali fattori di rischio alimentare riguardano cibi che consumiamo troppo poco. «Mangiare più verdure potrebbe salvare circa un milione e mezzo di vite all'anno in tutto il mondo. Consumare più frutta a guscio e semi? Due milioni. Più frutta? Quasi due milioni e mezzo. L'inadeguato consumo di cereali integrali potrebbe costare fino a tre milioni di vite all'anno», sottolinea il medico. **Se l'obiettivo è vivere più a lungo e invecchiare in salute, la strada più efficace è una dieta basata su alimenti vegetali e integrali.** I benefici di un'alimentazione vegetale derivano probabilmente da una duplice azione. «Da un lato, l'aumento dei fattori dietetici protettivi, come le fibre; dall'altro, la riduzione del consumo di elementi patogeni, come i grassi saturi», prosegue l'esperto. «Studi di lungo periodo come il *Baltimore Longitudinal Study of Aging* dimostrano che più frutta e verdura e meno grassi saturi sono associati a una minore probabilità di morire di malattie cardiovascolari nel periodo dell'indagine. Tuttavia, la combinazione di entrambi i fattori è ciò che porta alla maggiore riduzione della mortalità complessiva. Un'alimentazione vegetale non solo aiuta a controllare il peso, i livelli di zucchero nel sangue e il colesterolo, ma influisce positivamente anche sul benessere psicologico, riducendo depressione, ansia e stanchezza. Un simile approccio nutrizionale non solo abbassa il rischio delle principali cause di morte — malattie cardiovascolari, diabete, cancro e obesità — ma contribuisce anche a prevenire artrite, demenza, osteoporosi, morbo di Parkinson e disabilità sensoriali. **Poiché il rischio di queste condizioni tende a raddoppiare ogni sette anni, rallentare l'invecchiamento potrebbe tradursi in un significativo miglioramento della qualità e della durata della vita.** Se un 65enne riuscisse a mantenere il profilo di



salute di un 58enne, il suo rischio di morte, fragilità e disabilità si dimezzerebbe, con un impatto positivo per l'intera popolazione».

Secondo Greger, bisogna smettere di attribuire la longevità esclusivamente alla genetica: si stima che solo il 15-30% della durata della vita dipenda dai geni. Questo significa che la parte più rilevante, circa l'80% del rischio, è nelle nostre mani. Una dimostrazione concreta arriva dagli Stati Uniti, dove sta emergendo quella che potrebbe essere la prima generazione destinata a vivere meno dei propri genitori, un fenomeno legato in gran parte all'epidemia di obesità. Spesso si pensa che servano sforzi enormi per migliorare la salute, ma anche piccole modifiche nelle abitudini quotidiane possono fare la differenza. Un esempio è la riduzione del consumo di sale: uno studio su oltre mezzo milione di persone ha rilevato che **chi aggiungeva sale a tavola, oltre a quello già presente nei cibi, a cinquant'anni aveva un'aspettativa di vita inferiore di due anni rispetto a chi non lo faceva.**

«Oltre 150 indagini dietetiche condotte tra le popolazioni più longeve del mondo raccomandano una dieta per il 95-100% a base vegetale», afferma Greger. «Questo significa privilegiare ogni giorno frutta, verdura, legumi e cereali integrali, riducendo il consumo di carne, latticini, uova, cereali raffinati e bibite zuccherate. Questo tipo di alimentazione rispecchia la nostra storia evolutiva». Non esiste un singolo super alimento, la chiave è la stagionalità e la varietà. «Le piante, costantemente esposte alla tempesta di radicali liberi generata dalla fotosintesi, producono naturalmente grandi quantità di antiossidanti, proteggendo così anche il nostro or-

ganismo. Tra gli alimenti vegetali, i frutti di bosco spiccano per il loro elevato potere antiossidante, in media dieci volte superiore a quello di altra frutta e verdura, superato solo da erbe e spezie. Le ciliegie, per esempio, possono raggiungere fino a 714 unità antiossidanti», puntualizza l'esperto. Studi hanno dimostrato che una maggiore diversità di frutta e verdura è associata a minori danni al DNA e a livelli più bassi di infiammazione, indipendentemente dalla quantità totale consumata. In una indagine, i ricercatori hanno confrontato due gruppi con lo stesso numero di porzioni giornaliere di frutta e verdura (da otto a dieci), ma con differente varietà: il primo gruppo consumava prodotti di diciotto famiglie vegetali diverse, il secondo soltanto di cinque. **Solo i soggetti che seguivano una dieta più varia hanno mostrato una riduzione dei danni al DNA.** Anche la restrizione calorica moderata senza malnutrizione, dopo consiglio medico, sembra associata a un rallentamento dell'invecchiamento biologico. «Il trial CALERIE (Comprehensive Assessment of Long-term Effects of Reducing Intake of Energy) ha dimostrato che una riduzione del 12% dell'apporto calorico giornaliero, circa 250 kcal in meno per una dieta da 2.000 kcal, può ridurre lo stress ossidativo e migliorare la resistenza cellulare ai danni, indipendentemente dalla perdita di peso», conclude Greger. «Oggi il dogma diffuso è che un'elevata assunzione di proteine sia essenziale per la salute e la forma fisica, ma le prove scientifiche suggeriscono che la restrizione proteica, in particolare delle proteine animali, possa essere un fattore chiave per rallentare l'invecchiamento e ridurre il rischio di malattie croniche».

L'AUTORE DI *COME NON INVECCHIARE*: «PUÒ RAGGIUNGERLI GRAN PARTE DEI 72ENNI CHE NON FUMANO, NÉ SOFFRONO DI DIABETE, OBESITÀ, IPERTENSIONE»

«EPPURE RISCHIAMO DI ESSERE LA PRIMA GENERAZIONE CHE VIVRÀ MENO DEI PADRI: IL 15-30% DELLA DURATA DELLA VITA DIPENDE DAI GENI, IL RESTO DA NOI»





Servizio Giornata mondiale

«Vi racconto perché donare un rene ha contribuito a migliorare la mia vita»

La testimonianza di Patrizia Babini, co-protagonista con il marito Fabio della prima catena internazionale di scambio di organi che ha coinvolto tre coppie tra loro incompatibili sotto il profilo immunologico

di Barbara Gobbi

13 marzo 2025

«Evviva! Avete fatto la storia»: questo si è sentita annunciare dai tecnici del Centro nazionale trapianti Patrizia Babini, all'indomani del primo scambio cross-over di reni (da vivente) in Europa, che il 20 giugno 2023 ha coinvolto tre coppie tra Padova, Barcellona e Bilbao coprendo una distanza di 2.713 chilometri. E che l'aveva vista avviare la catena di solidarietà grazie alla quale in una sola giornata suo marito Fabio Rosi, al terzo trapianto dopo una storia tormentata di malattia renale malgrado l'aderenza terapeutica e gli stili di vita rigorosi, avrebbe lasciato la dialisi per ricominciare a vivere, a lavorare regolarmente, ad allenarsi in palestra e in bicicletta. Mentre lei, rimasta con un rene, nell'arco di pochi mesi avrebbe vinto a Bormio la medaglia d'oro ai mondiali invernali per trapiantati, specialità ciaspole.

«Non sto come prima - avvisa Patrizia -: sto meglio di prima perché fisicamente non è cambiato niente e se mi chiedono quale rene mi sia stato prelevato, devo pensarci su. Neanche una cicatrice visibile. Non c'è un "prima" e un "dopo" e in più abbiamo la fortuna di vivere in un Paese in cui il donatore è tutelato, con l'esenzione dal ticket e con il diritto a essere seguito per tutta la vita, mentre una norma del 2010 mi consente le eventuali assenze dal lavoro. Ma soprattutto - tiene a precisare - ho un marito che non sta più male e ho restituito a nostra figlia Martina suo padre, che per tutta la vita ha visto impegnato nella dialisi e nel contrasto della malattia, quando si ripresentava tra un trapianto e l'altro». Per questi motivi, Patrizia non si sente una "donna-coraggio" ma una persona che semplicemente ha scelto di "condividere". «Come del resto si fa in una coppia e in un matrimonio - spiega -: io avevo due reni e Fabio nessuno perciò era logico e addirittura "pratico" che gliene donassi uno. Ho fatto quanto di più naturale possa esserci».

L'impegno in Aned per promuovere il trapianto da vivente

Poi Patrizia, che è dirigente delle professioni sanitarie nell'Azienda Usl Umbria 2, indossa la giacchetta da vice segretaria nazionale di Aned, l'Associazione nazionale emodializzati, dialisi e trapianto, di cui fa parte dal 1989 quando Fabio (anche lui nell'associazione) ha iniziato la dialisi. «Un incontro salvifico -ricorda -: se non ci fossero state le persone già con esperienza di malattia renale cronica ci saremmo sentiti soli e perduti in una situazione più grande di noi. Invece abbiamo visto persone serene, con vite normali, che ci hanno accolto assicurandoci. Sono stati anni bellissimi, da questo punto di vista. Anni di solidarietà, di amicizia, di scambio di buone pratiche di sopravvivenza».

Il cammino per molti, per troppi, è invece accidentato e drammatico: nel mondo la malattia renale ha i numeri di una pandemia perché colpisce circa 900 milioni di persone. In Italia, sono oltre 5 milioni. Moltissimi arrivano alla dialisi inconsapevoli o quasi della patologia: i sintomi sono difficilmente individuabili e mancano prevenzione e informazione adeguate. Ma è la stessa Aned, in occasione della Giornata mondiale del rene del 13 marzo, a sottolineare che “la malattia renale si può vincere”. A patto che si sciolgano nodi importantissimi che fanno capo alle istituzioni e al pregiudizio.

Trapianti da vivente ancora al ralenti

Sul primo fronte, nella lettera aperta inviata per la Giornata 2025 a soci, amici e familiari, i volontari dell'Associazione ricordano come il Piano di prevenzione diagnostico terapeutico assistenziale (Ppdta) licenziato dalla commissione tecnica presso il ministero della Salute attenda ancora di essere firmato dal ministro Schillaci.

Sul versante dei trapianti, il focus del progetto “Live” promosso da Aned è proprio l'opzione da vivente, procedura ancora limitata a pochi centri e anche per questo scelta da una percentuale decisamente bassa di persone, per lo più donne, come tiene a precisare la signora Babini.

“Dobbiamo prima di tutto convincere quei professionisti, medici e infermieri, che ancora hanno un atteggiamento non favorente se non addirittura negativo”, sottolineano dall'Associazione.

Gli ultimi numeri del Centro nazionale trapianti (Cnt) del resto parlano chiaro: nel 2024 su 2.393 trapianti di rene - in aumento del 6,6% sull'anno precedente - solo 330 sono stati da vivente e si registra addirittura un calo sul 2023 (346 donazioni). Un dato preoccupante se solo si considera che in Italia i pazienti in lista di attesa per un rene sono oltre 6mila e che i costi di una persona in dialisi ammontano a 50mila euro l'anno, al netto di tutto l'esborso indiretto tra altre terapie necessarie, perdita delle giornate di lavoro, limitazioni di vita e negli spostamenti, conseguenze sui caregiver.

Una vita da caregiver

Caregiver come è stata Patrizia Babini per un lungo arco della sua vita, a partire da quel giugno 1989 in cui Fabio a 27 anni, quando ancora sono fidanzati, scopre dopo una banale analisi del sangue la malattia. Due giorni dopo entra in dialisi. Entrambi umbri, si sposano in Assisi l'anno successivo «semplicemente perché mi ero innamorata di Fabio, non dei suoi reni», spiega Patrizia. Gli anni successivi sono sulle montagne russe, scanditi da date cerchiare per sempre in rosso nel calendario della memoria familiare: il 27 aprile 1991, pochi giorni dopo la scoperta della gravidanza da cui nascerà Martina, il primo trapianto all'ospedale di Perugia, che però fallirà in seguito a un'infezione - allora pericolosissima - da cytomegalovirus. Dopo quasi undici anni di dialisi, l'11 gennaio Duemila, il secondo trapianto al Policlinico Gemelli di Roma. Una prima liberazione che durerà circa sedici anni, fino all'esaurimento naturale dell'organo ricevuto. Il 15 ottobre 2015 Fabio riprende la dialisi. «Ma io sono la donatrice perfetta: a quasi 50 anni sono sana, ho due reni ma me ne basta uno», pensa Patrizia. Pare semplice però non lo sarà: l'intervento previsto sempre al Gemelli per aprile 2016 “salta” perché l'ultima prova di compatibilità (cross-match) è risultata positiva. Fabio ha sviluppato troppi anticorpi ed è quindi iperimmunizzato rispetto al rene della potenziale donatrice, sua moglie. La coppia torna a casa in provincia di Perugia ma non rinuncia a fare tentativi e si iscrive al registro di cross-over, che però in quella fase storica è ancora limitato ai confini nazionali. «In tutto in Italia eravamo 38 coppie - ricorda la signora Babini - mentre questo programma per poter funzionare ha bisogno di numeri molto alti. Nessuno dei donatori in Italia poteva andare bene per Fabio».

La svolta con la catena internazionale

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Fallito un tentativo di cross-over con gli Usa, la coppia approda a Padova, tra i fiori all'occhiello della trapiantologia nazionale e internazionale. Qui avverrà la svolta: Patrizia e Fabio entrano a far parte, con Patrizia che apre le donazioni, della prima catena di trapianti cross-over tra tre coppie di donatori e riceventi, tra loro incompatibili dal punto di vista immunologico, in tre città diverse nell'ambito del programma Sat (South Alliance for Transplant), accordo internazionale tra Italia, Spagna, Francia e Portogallo. Una combinazione di massima precisione che a intervento fatto lo stesso Centro nazionale trapianti spiegherà alla comunità scientifica e ai cittadini.

Il 20 giugno 2023 alle 8.30 di mattina a Padova la professoressa Lucrezia Furian preleva a Patrizia il rene, che sarà trasportato con il coordinamento del Centro regionale trapianti del Veneto diretto da Giuseppe Feltrin (oggi direttore del Cnt) all'aeroporto di Barcellona, dove alle 14.30 si effettua il primo scambio: l'organo della donatrice italiana (Patrizia) viene preso in consegna dagli operatori dell'Hospital Clinic per realizzare il primo trapianto mentre a bordo dell'aereo viene portato un secondo rene, prelevato intorno alle 12 da una donatrice della prima coppia spagnola. L'aereo riparte per Bilbao, dove alle 16.30 avviene lo scambio successivo: il rene della donatrice di Barcellona arriva all'Hospital Universitario de Cruces per il secondo trapianto e un terzo rene, prelevato dall'ospedale basco, viene imbarcato per Milano. Da qui raggiungerà Padova dove alle 20.30 inizia il terzo trapianto eseguito dal professor Paolo Rigotti sul paziente italiano (Fabio), a chiusura della catena di solidarietà tra le tre coppie di donatori.

Per tutti i protagonisti di questo triplo intervento con scambio di organi è prevista da protocollo la garanzia di totale anonimato. Ma Patrizia e Fabio, con la figlia Martina che oggi lavora al Sole-24Ore, decidono di raccontarla, la loro storia di 36 anni di malattia e rinascita. E continueranno a farlo per far sì che sempre meno sia guardata come un fatto eccezionale.



Servizio Giornata mondiale

Malattia renale prima tra le cronicità: un piano nazionale per screening e cure

Società italiana di nefrologia: alla Camera proposta di legge per diagnosi rapide, con Regioni e ministero definiti efficaci percorsi assistenziali

*di Luca De Nicola**

13 marzo 2025

Un recentissimo studio pubblicato su Jama, che ha analizzato dati delle ultime due decadi estratti dai 183 stati membri dell'Oms, ha dimostrato che il divario tra vita passata in salute e aspettativa di vita si è allargato a livello globale; ossia, l'età media è in aumento ma si vive con un peso maggiore di disabilità in gran parte determinato dall'incremento delle malattie cronicodegenerative (MCD). Da evidenziare, purtroppo, che questa analisi dimostra che l'Italia è seconda solo agli Stati Uniti per entità del divario e peso delle MCD. In Italia, infatti, le MCD colpiscono 24 milioni di persone e sono responsabili dell'85% dei decessi complessivi, con una spesa sanitaria associata alla loro gestione che supera i 65 miliardi di euro all'anno (e si stima che nel 2028 ne spenderemo quasi 80 miliardi).

Tra le cronicità malattia renale al primo posto

Tra le MCD, al primo posto nel mondo si classifica oggi la Malattia Renale Cronica (MRC), per maggiore diffusione, mortalità e costi delle fasi finali della malattia (dialisi, trapianto) rispetto a diabete, malattie cardiovascolari, broncopneumopatie croniche e neoplasie.

In Italia, circa il 10% della popolazione adulta è affetta da MRC. Negli ultimi 30 anni il numero di nuovi casi di dialisi è aumentato del 43%, mentre è aumentata del 41% la mortalità relativa alla MRC, e si stima che nel 2040 sarà la quinta causa di morte nel mondo. I costi relativi alla dialisi in Italia possono arrivare sino a €45.000/paziente per anno, che – considerando la popolazione italiana in dialisi – vuol dire €2,5 miliardi all'anno. Ciò significa che il 2.3% dell'intero budget del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) viene assorbito dallo 0,1% della popolazione. Non tralasciando, poi, i costi del trapianto, stimati al 2022, nell'ultima analisi del Ministero della Salute, in €52.000 per il primo anno e in €15.000 per ogni anno successivo al primo.

L'importanza di una presa in carico precoce

Gli elevati costi sanitari, sociali e umani della MRC evidenziano l'urgente necessità di strategie globali per combattere le malattie renali in fase precoce. Ciò anche alla luce del fatto che la prevalenza delle malattie renali è in costante aumento. Una tendenza destinata a peggiorare a causa dei cambiamenti climatici e demografici, e del dilagare di diabete e obesità (al mondo ormai si contano 850 milioni di malati renali). Sebbene la MRC sia una patologia cronica pandemica, con numeri superiori a quelli di diabete, tumori e malattie cardiovascolari è stata a lungo messa in secondo piano rispetto alle priorità sanitarie. Un gap che ha portato nel corso degli anni a una

scarsa consapevolezza, a un'allocazione inadeguata delle risorse e a un accesso limitato alle cure. Basti pensare che milioni di persone ogni anno muoiono nel mondo per mancanza di accesso alla terapia salvavita.

Nuove opportunità terapeutiche offerte dalla ricerca scientifica

Eppure, abbiamo il privilegio di vivere nell'epoca più prolifica della nefrologia in termini di avanzamento della ricerca scientifica e innovazione terapeutica. Le opportunità che si profilano, in parte già delineate dal progresso in atto, sono entusiasmanti. Le nuove possibilità terapeutiche offerte dalla ricerca scientifica, come gli inibitori SGLT2, gli antialdosteronici non steroidei e gli agonisti del recettore GLP-1, mostrano risultati a dir poco entusiasmanti nel rallentare la progressione della MRC e nel mantenere la salute renale. Tuttavia, è necessario agire in fase precoce di malattia per massimizzare l'efficacia terapeutica. Infatti, il paradosso è proprio che, essendo la MRC silente, ovvero asintomatica fino agli stadi più avanzati, solo il 10% dei malati è seguito dal nefrologo e ha quindi accesso tempestivo ai trattamenti. Questo perché si può perdere oltre il 50% della funzione renale prima che si manifesti qualsiasi sintomo. Un dato allarmante, poiché l'efficacia delle terapie diminuisce proporzionalmente all'aumentare del ritardo diagnostico.

Nefrologia a "porte aperte" per la Giornata mondiale del rene

Per questo, come Società Italiana di Nefrologia (SIN), stiamo lavorando in modo attivo e proattivo. Ne sono un esempio le iniziative di screening gratuiti e le "nefrologie a porte aperte" promosse in tutta Italia in occasione della Giornata Mondiale del Rene in maniera congiunta con la Fondazione Italiana del Rene.

Non solo. Sappiamo che è necessario agire su più fronti, in partnership con la medicina generale, creando reti di collaborazione tra specialisti nefrologi e Medici di Medicina Generale, ma anche con i decisori politici e i rappresentanti istituzionali. Poniamo infine massima attenzione sull'attuale difficoltà di garantire una classe di futuri specialisti nefrologi in grado di far fronte all'emergenza "epidemica" della MRC.

Una legge per gli screening nella medicina generale

In questo quadro assume ancora più valore il lavoro che la SIN - come unica Società Scientifica che riunisce i nefrologi in Italia - sta portando avanti per uno screening nazionale sulla popolazione adulta italiana. Lo stiamo facendo in collaborazione con gli stakeholder istituzionali: lo scorso marzo è stato depositato a Montecitorio un progetto di legge, il cui primo firmatario è il vicepresidente della Camera on. Mulé, proprio mirato a uno screening della MRC nella Medicina Generale.

I Pdta disegnati con le Regioni da Sin e ministero della Salute

Ancora, è prossimo alla approvazione della Conferenza Stato-Regioni il nuovo PDTA della MRC, disegnato da SIN e ministero della Salute, che ha l'obiettivo di ottimizzare i percorsi preventivi, assistenziali e di gestione del paziente con MRC. Il PDTA definisce un percorso di presa in carico, assistenza e accesso alle cure dei pazienti nefropatici, ponendo particolare attenzione alla prevenzione primaria e secondaria, attraverso non solo un corretto uso dei farmaci nefroprotettivi ma anche la modifica dello stile di vita e della dieta, finalizzata a ridurre il rischio di diagnosi tardive e l'incidenza delle complicanze della MRC, così come il ricorso al trattamento sostitutivo (dialisi o trapianto) che comporta altissimi costi sociali ed economici.

La Giornata Mondiale del Rene, che si celebra il 13 marzo, ha come focus principale la diagnosi precoce della MRC. L'Italia, con la SIN, è il primo Paese al mondo che ha tradotto le esigenze nefrologiche di "public health" in proposte legislative finalizzate alla prevenzione e alla salvaguardia della salute renale.

**Presidente della Società Italiana di Nefrologia e Professore Ordinario Università Vanvitelli di Napoli*

Servizio Farmaci più accessibili

Con gli anti-diabetici in farmacia stop alle file e risparmi per 9,7 mln in 6 mesi

Da ministero della Salute e Aifa il primo bilancio della misura che ha spostato la consegna dei farmaci dall'ospedale ai farmacisti: tra maggio e novembre 2024 oltre 2 mln di confezioni più a portata di paziente

di Redazione Salute

13 marzo 2025

Spostare la distribuzione di alcuni farmaci anti-diabete dall'ospedale alle farmacie "funziona", anche sotto il profilo della farmaco-economia tanto che tra maggio e novembre 2024 nelle casse del Ssn sono rimasti quasi 10 milioni di euro: è il ministero della Salute con in particolare il sottosegretario Marcello Gemmato, primo fautore della misura introdotta e con Aifa, a tracciare un primo bilancio della misura introdotta dalla legge di bilancio per il 2024 poi messa a terra dalla determina dell'Agenzia italiana del farmaco del 3 maggio scorso sulla spesa farmaceutica.

In farmacia oltre 2 mln di confezioni

«Lo scorso anno avevamo definito questa misura epocale e oggi possiamo dire con certezza che lo è stata davvero -: ha dichiarato Gemmato -. Abbiamo aggiornato un sistema fermo da oltre vent'anni, garantendo ai cittadini un accesso più rapido e semplice ai farmaci e migliorando l'efficienza della spesa sanitaria. I numeri parlano chiaro: da maggio a novembre 2024, le farmacie territoriali hanno dispensato oltre 2 milioni di confezioni di farmaci antidiabetici a base di gliptine, che significa milioni di accessi in più a farmaci essenziali, senza file in ospedale, senza doppi passaggi in farmacia per la distribuzione per conto, senza barriere burocratiche. Abbiamo semplificato la vita a centinaia di migliaia di pazienti diabetici, soprattutto anziani, che oggi possono ritirare le loro cure direttamente nella farmacia sotto casa».

Risparmi per le tasche del Ssn

L'impatto economico del provvedimento - sottolineano ancora dal ministero - è altrettanto significativo. La spesa a carico del Servizio sanitario nazionale è risultata inferiore rispetto a quanto si sarebbe verificato con la precedente modalità di distribuzione diretta e per conto, con un risparmio per il Ssn di 9,7 milioni di euro. «Abbiamo dimostrato che innovare non significa solo migliorare i servizi, ma anche ottimizzare le risorse pubbliche. Con questa misura abbiamo reso il sistema più sostenibile, senza costi aggiuntivi per i cittadini e con vantaggi concreti per tutti gli attori coinvolti - ha aggiunto Gemmato -. Questo risultato è stato possibile grazie a un nuovo modello di remunerazione delle farmacie e a un sistema di scontistica che ha visto il coinvolgimento sinergico di industria, farmacie e istituzioni, su impulso della politica. Senza entrare in tecnicismi, possiamo dire, con il supporto delle rilevazioni del Tavolo di monitoraggio della spesa, che i numeri ci danno ragione e confermano la validità della strada intrapresa».

Aifa al lavoro per riclassificare altri farmaci

Intanto Aifa fa i conti: per il direttore tecnico-scientifico dell'Agencia Pierluigi Russo, la riclassificazione delle gliptine «sta determinando effetti economici positivi sulla spesa farmaceutica convenzionata e sull'accesso in prossimità a livello territoriale dei medicinali. Questo anche per effetto di un'applicazione della normativa da parte di Aifa che ha incrementato i risparmi per il Ssn». Poi l'altra buona notizia, che conferma il trend degli ultimi anni: «Sulla base dei dati di monitoraggio Aifa della spesa farmaceutica nazionale tra gennaio e novembre 2024, la convenzionata dovrebbe chiudere il 2024 con un avanzo rispetto al tetto di 662 milioni di euro».

In questo quadro, si pensa di individuare nuove categorie di farmaci da riclassificare, «così da ampliare ulteriormente i benefici per i pazienti e per il sistema sanitario, ha annunciato Gemmato. «In particolare, in continuità con quanto deciso anche in seno al Tavolo per il monitoraggio della spesa, proporremo di includere altre classi di farmaci con caratteristiche simili a quelle già riclassificate, a partire da quelli senza brevetto scaduto». L'Aifa avrà tempo fino al 30 marzo prossimo per rivedere il prontuario della distribuzione dei farmaci e proporre nuove transizioni dalla distribuzione diretta e per conto a quella convenzionata. Il tutto sarà poi sottoposto alla Commissione scientifica ed economica del farmaco (Cse) e al Cda dell'Agencia.

L'orizzonte delle malattie rare

L'orizzonte di questa misura pensata anche per semplificare l'accesso ai farmaci a categorie di cittadini fragili, potenzialmente si estenderà anche alle malattie rare. «Vorrei chiedere formalmente alla rete delle farmacie e quindi a Assofarm e a Federfarma, che ringrazio per il loro costante supporto, di voler distribuire gratuitamente, non più presso l'ospedale ma presso le farmacie territoriali, quei farmaci per il trattamento delle malattie rare che per modalità di assunzione e somministrazione possono essere trasferiti dalla distribuzione diretta e per conto alla convenzionata», ha proposto Gemmato. «Abbiamo dimostrato che, con il giusto approccio, è possibile innovare la sanità pubblica rendendola più moderna, efficiente e vicina alle reali esigenze dei cittadini. Continuiamo tutti insieme su questa strada per ampliare sempre di più la platea dei beneficiari di questa innovazione».



Servizio Giornata mondiale

Insonnia cronica, ne soffre un italiano su dieci

Non riposare bene, per quantità o qualità, cambia la vita. E soprattutto modifica la traiettoria di salute con un'impennata dei costi per la sanità

di Federico Mereta

13 marzo 2025

Quando guidiamo un'auto con il cambio automatico abbiamo a disposizione per governarla freno ed acceleratore. Anche nel ritmo sonno-veglia accade qualcosa di simile. Quando riposiamo, "pigiamo" forte sul freno, grazie all'azione biologica e biochimica di neurotrasmettitori specifici. Di giorno, altri elementi invisibili fanno invece prevalere l'acceleratore, con naturali pause nel controllo, specie dopo il pranzo.

Sia chiaro, l'acceleratore, così come il freno, non funzionano sempre a pieno regime. Così, oltre a occasionali momenti di sonnolenza diurna, anche di notte l'impianto frenante non agisce sempre allo stesso modo, con fasi in cui il sonno è profondissimo e altre in cui invece è superficiale, ben più leggero. Il governo di questo sistema fisiologico è ovviamente complesso. Ma se qualcosa non funziona per il meglio, quindi, entra in gioco la patologia ovvero l'insonnia, che può essere favorita da elementi di natura genetica, visto che esistono specifici geni associati allo sviluppo del quadro, fisiologici (elevato livello di attivazione del sistema nervoso autonomo) e di personalità. Il tutto, ricordando che il genere femminile e l'età avanzata rappresentano ulteriori elementi da considerare.

Fondamentale è ricordare che l'insonnia non è sempre uguale e va diagnosticata con cura, caso per caso, offrendo le terapie ottimali. Perché non riposare bene, per quantità o qualità, cambia la vita. E soprattutto modifica la traiettoria di salute della persona, con un'impennata dei costi per la sanità. Lo ricordano gli esperti in occasione della Giornata mondiale del sonno, in programma venerdì 14 marzo.

I tanti volti dell'insonnia

In Italia almeno una persona su 10 soffre di insonnia cronica, nelle diverse forme, considerando bambini e adulti. Come detto, ci sono però fasce in cui diventa maggiormente prevalente come nell'anziano, nella donna e nel corso della menopausa. E soprattutto, bisogna ricordare che sono molto più frequenti i casi di insonnia episodica, con difficoltà a riposare bene che si mantiene per meno di un mese e quella acuta, con una durata inferiore ai tre mesi: entrambe sono spesso legata a eventi della vita e quindi temporanee.

Ben più complessa è l'insonnia cronica, che permane per un periodo più lungo e a volte va avanti per l'intera esistenza. Non solo. «Ricordiamo che le insonnie non sono tutte uguali e alcune in realtà possono essere causate da altri problemi come le apnee notturne, la sindrome delle gambe senza riposo, i disturbi del ritmo circadiano, solo per citarne alcuni – segnala Lino Nobili, presidente dell'Accademia italiana di Medicina del sonno, docente di Neuropsichiatria infantile

all'Università di Genova e responsabile dell'Unità di Neuropsichiatria Infantile all'Irccs Istituto Gaslini. E non bisogna dimenticare che ci sono persone con difficoltà di addormentamento, altre con elevata frammentazione del sonno, altre ancora con prevalenza di un risveglio anticipato, anche se questi quadri si possono presentare assieme nello stesso individuo. Oltre ovviamente alla sindrome da apnea ostruttiva o Osa, che può avere un impatto molto pesante sulla salute».

Quanto pesa l'insonnia sulla salute

Chi soffre d'insonnia va incontro a una malattia delle 24 ore. Perché i problemi non si limitano al riposo notturno. Pensate, il disturbo del sonno appare come un sintomo di depressione. Ma attualmente diversi studi longitudinali hanno identificato l'insonnia come un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di depressione emergente o ricorrente tra gli adulti giovani, di mezza età e anziani, in una sorta di associazione bidirezionale.

«L'insonnia si associa a un rischio triplicato di andare incontro a problematiche dell'umore, con tratti tendenti alla depressione rispetto a chi invece riposa normalmente – fa sapere Nobili -. Inoltre cresce di molto l'impatto sulle attività professionali: ci si sente stanchi e irritabili e si va incontro a difficoltà di concentrazione nel corso della giornata. Come se non bastasse, l'insonnia comporta un incremento del rischio di patologie cardiovascolari, tanto che tra gli 8 punti chiave per il benessere di cuore ed arterie dell'American Heart Association è stato inserito anche il sonno».

Per questi motivi e per i possibili impatti della carenza di sonno sull'intero organismo, fin dalla giovane età, è fondamentale un approccio mirato per trattare al meglio questa condizione fin da giovani. «Il primo passaggio prevede le tecniche di "igiene del sonno", ovvero una serie di regole e comportamenti che è bene seguire e adottare per favorire un riposo notturno di qualità – commenta l'esperto -. In questo senso ricordiamo l'importanza di mantenere orari regolari, evitare la caffeina nelle ore serali e creare un ambiente confortevole, con una stanza buia, silenziosa e a temperatura adeguata. L'attività fisica regolare è un aiuto prezioso: una passeggiata o un po' di esercizio durante la giornata favoriscono un sonno più profondo, meglio evitare l'attività intensa la sera per non ostacolare l'addormentamento. Ed è importante evitare di rimanere a letto troppo a lungo senza dormire per guardare la tv o il cellulare. E non solo per la luce che agisce sulla melatonina, ma anche per il cervello che così associa meglio il letto al sonno. Sul fronte delle vere e proprie terapie, si parte dall'approccio cognitivo-comportamentale per giungere ai farmaci».

Il costo sociale delle patologie del sonno

Oltre che sul benessere del singolo e della famiglia, le varie malattie del sonno (ne esistono una novantina, più o meno frequenti) impattano pesantemente anche sui costi sanitari. L'insonnia è una delle principali cause di assenteismo e di riduzione della produttività sul lavoro. Non solo: una cattiva gestione dell'insonnia è associata a un aumento del rischio di incidenti stradali, cadute e infortuni sul posto di lavoro. Studi recenti mostrano come in Europa, l'onere totale annuo dell'insonnia si aggiri intorno ai 50 miliardi di euro. E stiamo parlando solo di costi diretti, legati ad esempio alla spesa per i farmaci e per i trattamenti psicologici. Del resto indagini relative ad Australia, Canada, Usa, Regno Unito e Germania indicano che i costi diretti e indiretti sono collocabili in una forbice tra 1-3% del Pil di questi Stati. Il tutto, tenendo presente che occorre sempre considerare quanto pesa il contributo significativo, ma di difficile quantificazione, che l'insonnia ha nel rischio di incidenti stradali.

IL 18 FORUM DEI CATTOLICI A FIRENZE

Fine vita, la Toscana va Le Regioni cercano una linea coordinata

La legge sul suicidio assistito approvata dall'assemblea l'11 febbraio «non presenta le violazioni statutarie prospettate», quindi, «in relazione ai profili contestati, è conforme allo Statuto»: è la decisione assunta ieri dal Collegio di garanzia della Regione Toscana che ha così respinto il ricorso dell'opposizione di centro-destra, convinta - in buona, numerosa e autorevole compagnia - che la potestà legislativa sul fine vita non compete alle Regioni ma allo Stato. Per l'entrata in vigore della legge - prima misura in Italia a legalizzare la morte richiesta e assistita da personale sanitario - manca solo la pubblicazione sul Bollettino della Regione, nei prossimi giorni. Dopo quest'ultimo atto il Governo potrà impugnare la legge davanti alla Corte costituzionale, come

ci si attende da più parti. Mentre al Senato si cerca un'intesa ampia su una legge nazionale, la possibilità di provvedimenti locali sul fine vita è tema di dibattito a livello regionale. Il governatore della Lombardia Attilio Fontana ha scritto al presidente della Conferenza delle Regioni Massimiliano Fedriga, che guida il Friuli Venezia Giulia, chiedendo che l'organismo di coordinamento si occupi della questione. Fedriga ha assicurato che il confronto su una linea comune sarà discusso in una seduta entro fine mese. «È un tema molto delicato che coglie la sensibilità e la formazione di ognuno - ha detto Fedriga -. Le Regioni diranno la loro», anche se «non penso prenderemo una posizione "sì o no"», cercando di capire «all'interno del quadro legislativo, a seguito della senten-

za» della Corte costituzionale, «come muoverci in modo coordinato».

Intanto, dopo una prima iniziativa di confronto promossa nei giorni scorsi dall'Università di Firenze, una nuova proposta di riflessione sul tema del fine vita viene ora avanzata dalle Chiese toscane. Sul tema «Suicidio assistito: aspetti medici, etici e giuridici» la Conferenza episcopale toscana ha infatti organizzato un convegno per martedì 18 marzo alle 18 presso Palazzo Pucci con gli interventi del presidente della Cet cardinale Augusto Paolo Lojudice, del vescovo delegato per la Pastorale della salute Andrea Migliavacca, pastore della Chiesa di Arezzo, e dell'arcivescovo di Firenze Gherardo Gambelli. Il convegno vedrà relazioni mediche (Guido Miccinesi, responsabile regionale per la Pastorale

della salute, e Marco Rossi, direttore dell'Ufficio di Pastorale della salute ad Arezzo), bioetiche (padre Maurizio Faggioni, della Pontificia accademia Alfonsiana) e giuridiche (Leonardo Bianchi, docente di Diritto costituzionale all'Università di Firenze). Diretta streaming sul canale Youtube di *Toscana Oggi*, dove resterà la registrazione del convegno.

Francesco Ognibene



Bambino Gesù, nuova cura contro l'anoressia nervosa

LO STUDIO

Dal Bambino Gesù nuove possibilità di cura per l'anoressia nervosa, una delle più gravi patologie psichiatriche con un'incidenza crescente tra bambini e adolescenti ad esordio sempre più precoce e con un alto indice di mortalità. Uno studio condotto da clinici e ricercatori dell'ospedale pediatrico, apre nuove prospettive terapeutiche grazie all'uso della Stimolazione Transcranica a Corrente Diretta (tDCS), una tecnica di stimolazione cerebrale non invasiva che ha dimostrato un impatto positivo sulla regolazione del comportamento alimentare.

Il progetto ha coinvolto 64 pazienti di età compresa tra i 10 e i 18 anni, per la maggior parte di genere femminile (62 su 64). I partecipanti sono stati divisi in due gruppi: uno trattato con placebo l'altro con la tDCS. La terapia è stata somministrata per 6 settimane con 3 sedute

settimanali della durata di 20 minuti. Lo studio ha evidenziato l'impatto positivo della terapia sulla regolazione del comportamento alimentare. I partecipanti sottoposti alla stimolazione reale hanno mostrato un miglioramento significativo della sintomatologia dell'anoressia con effetti stabili e progressivi fino a 6 mesi dopo la conclusione del trattamento. Ridotti in maniera significativa molti sintomi psicopatologici associati al rischio di disturbo alimentare (insoddisfazione per il corpo, comportamenti compensatori inappropriati, desiderio di magrezza) così come senso di inadeguatezza, problemi interpersonali e affettivi o difficoltà psicologiche generali. «Questi risultati suggeriscono che la stimolazione cerebrale non invasiva, affiancata alle terapie standard come il supporto psichiatrico, nutrizionale e psicologico, è in grado di potenziare l'efficacia dell'iter di cura - spiega Floriana Costanzo, psicologa del Bambino Gesù e responsabile del progetto di ricerca - La validità della tDCS apre scenari innovativi nella lotta contro l'anoressia ner-

vosa in età evolutiva».

I NUMERI

In Italia, oltre 3,5 milioni di persone soffrono di disturbi dell'alimentazione, di cui il 70% sono minori. Più di 300.000 bambini presentano sintomi correlati con un'età media di insorgenza intorno ai 12 anni e un preoccupante aumento dei casi tra gli 8 e gli 11 anni. Un'indagine del 2022 ha evidenziato che il 22% dei bambini e adolescenti manifesta disturbi alimentari con una prevalenza maggiore tra le ragazze. Dal 2019 ad oggi il Centro per l'Anoressia e Disturbi Alimentari del Bambino Gesù ha registrato un aumento di oltre il 60% delle diagnosi per disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA). Solo nel 2024 sono stati seguiti oltre 120 nuovi casi di giovani e giovanissimi affetti da anoressia nervosa.

Barbara Carbone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

