

5 dicembre 2024

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

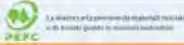


la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo



Giovedì 5 dicembre 2024



Oggi con I Piaceri del Gusto

€ 2,40

LA CRISI

Francia, schiaffo a Macron

Dopo solo tre mesi cade il governo Barnier: sfiduciato in Parlamento con 331 voti. Non succedeva dal 1962 L'Eliseo punta alla nomina di un successore in 24 ore. Mélenchon chiede le dimissioni del presidente, Le Pen frena Meloni-Orbán sui migranti: definiamo insieme i Paesi sicuri

L'incendio di Parigi

di Piero Benassi

La caduta del primo ministro Barnier dopo tre mesi dal sofferto compromesso che consentì a Macron di avere un governo con un'Assemblea nazionale divisa in tre tronconi "non dialoganti" manda in soffitta la celebrata stabilità istituzionale della Quinta Repubblica e apre uno scenario complesso.

a pagina 31

dalla nostra corrispondente Anais Ginori

PARIGI - «Sono stato onorato di servire la Francia». Michel Barnier saluta così i deputati prima di un voto di sfiducia che lo fa entrare nella storia della Quinta Repubblica con un doppio record: è la prima sfiducia che passa dal 1962 ed è il governo con la durata più breve, appena tre mesi. Il premier entra nell'emiciclo tra un lungo applauso. «Sono commosso» dice Barnier, 73 anni, che a settembre si era insediato allertando sul «baratro» che si spalancava.

alle pagine 2 e 3 servizi di Candito e De Cicco a pagina 4

L'inchiesta

Blitz contro neonazisti la premier tra gli obiettivi

La polemica

Elena Cecchetin "Donne ignorate dalle istituzioni"

di Di Raimondo e Gianni alle pagine 20 e 21

Volevano uccidere la premier per poi passare alla guerra civile e al colpo di Stato. Un piano eversivo, al momento solo sulla carta, ma che per i magistrati di Bologna «poteva arrivare alla fase esecutiva». Per questo sono stati arrestati 12 estremisti neonazisti accusati di associazione con finalità di terrorismo e istigazione a delinquere.

di Baldessarro, Capelli Foschini e Ossino alle pagine 10 e 11



New York Il killer ripreso dalle telecamere di sorveglianza

Il mistero del supermanager assassinato a Manhattan

di Massimo Basile a pagina 17

Il personaggio

Liliana che ha scelto di non odiare

di Corrado Augias

Alla senatrice Segre mi legano amicizia, stima, riconoscenza. Amicizia e stima si possono capire, credo che in quest'aula la stima nei suoi confronti sia unanime. Perché aggiungo riconoscenza? Per quello che da lei ho imparato. La sua vita è drammatica ed esemplare. Nella prima parte patì la violenza.

a pagina 35

Domani in edicola



Sul Venerdì chi chiede aiuto ai social

La storia

Edo che guarda la partita dall'ospedale

di Gabriele Romagnoli

Nessuno dovrebbe mai guardare oltre le proprie sliding door. Mai scorgere il lampo del futuro scartato, per scelta o per destino. Mai e poi mai accendere un televisore e vedere sullo schermo la vita che prosegue sulla strada preclusa. E invece quel che è accaduto ieri sera a Edoardo Bove.

a pagina 31 con i servizi di Bocci e Dovellini nello sport

BRIDGERTON shondaland | NETFLIX advertisement with product images

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it



Aveva 94 anni
Borgna, maestro
di cura e psichiatria
di Cristina Taglietti
a pagina 43



Domani su 7
Scatti dall'Iran:
donne e mestieri
villaggi, patriarcato tra i girasoli
nel magazine del Corriere



Asse tra Marine Le Pen e Mélenchon. In 331 su 574 votano la mozione di censura. È la prima volta dal 1962

Caos Francia, cade il governo

Il premier Barnier sfiduciato dopo soli tre mesi. Macron vuole subito un successore

STAGIONE ALLA FINE

di Aldo Cazzullo

Il macronismo è morto. Proprio nell'anno che, nella fantasia del suo fondatore, doveva essere quello della consacrazione. E anche una certa idea dell'Europa si sente poco bene. Perché ha vinto l'alleanza rosso-bruna tra i due opposti populismi.

Nel discorso di Capodanno, Emmanuel Macron disse che il 2024 sarebbe stato un grande anno per la Francia, scandito da tre appuntamenti. Il primo era l'ottantesimo anniversario dello sbarco in Normandia, che in effetti ha portato sulle coste atlantiche i leader del mondo libero.

Il secondo appuntamento era l'Olimpiade. Al di là di qualche errore organizzativo, i Giochi di Parigi sono stati un successo, che ha risvegliato l'orgoglio patriottico e acceso l'attenzione del mondo sulla Francia; peccato che il primo ministro, Gabriel Attal, fosse dimissionario, dopo che alle elezioni i macronisti avevano perso la maggioranza relativa in Parlamento, a vantaggio del Nuovo fronte popolare, il cartello di sinistra che unisce i radicali di Mélenchon ai socialisti.

continua a pagina 34

di Stefano Montefiori

Il governo Barnier è durato solo tre mesi: il premier francese è stato sfiduciato con una mozione di censura votata con 331 voti (ne bastavano 288) su 574. Non succedeva dal 1962 e la Francia è piombata nel caos. Determinante per la caduta del governo l'asse tra Le Pen e Mélenchon, leader dei partiti di estrema destra e estrema sinistra, che ha goduto anche dell'appoggio del partito Socialista. La sorpresa è l'ira del presidente della Repubblica Macron che ieri in serata, nel corso di una riunione all'Eliseo, ha escluso le sue dimissioni: «Non ha senso lasciare prima del 2027, c'è un fronte anti-repubblicano». Oggi parlerà alla nazione e accellerà per la nomina del successore.

alle pagine 2 e 3

COREA DEL SUD, RICHIESTA DI IMPEACHMENT PER IL PRESIDENTE



In piazza a Seul tra chi protesta: «Yoon vai via»

di Paolo Salom

Il presidente sudcoreano Yoon Suk Yeol è assediato per effetto del tentativo fallito di imporre la legge marziale nel Paese, a quarant'anni dal ritorno della democrazia. In piazza a Seul deputati e cittadini ne chiedono le dimissioni. Adesso rischia l'impeachment: ne discuterà il parlamento già questa mattina. Il suo partito, Potere del popolo, lo ha invitato «ad uscire» ma la prima testa è già saltata: il ministro della Difesa si è dimesso.

alle pagine 5 e 6

IL VIDEO E IL REGALO VIETATO A KIM KEON HEE

La first lady e la borsa Dior

di Guido Santevecchi

a pagina 5

Il caso L'agguato al ceo di United Healthcare, poi la fuga in bici



Il killer mascherato punta l'arma con il silenziatore alle spalle del manager Brian Thompson. nel riquadro, e lo uccide

Il giallo del manager ucciso a New York

di Massimo Gaggi

Il volto coperto, gli spari, la fuga in bici. È caccia al killer che a New York ha ucciso Brian Thompson, ceo di United Healthcare, il colosso assicurativo sanitario. Le minacce sociali per i rimborsi negati.

a pagina 23 Conzonato

GIANNELLI

NONOSTANTE IL SOSTEGNO PER TANTI ANNI RECEVUTO EL KHANNI DECLINA L'INVITO DEL GOVERNO A RIFERIRE IN AULA



La crisi Persi 13 mila posti di lavoro Stellantis, dividendi per 16 miliardi (mentre licenziava)

di Francesco Bertolino e Rita Querez

Dividendi d'oro per il gruppo Stellantis: sedici miliardi di euro. Ma sono stati persi oltre 13 mila posti di lavoro. Tutti gli stabilimenti italiani dell'ex Fiat continuano a soffrire il calo della produzione.

alle pagine 10 e 11 Carretto, M. Cremonesi

L'inchiesta Le chat, i sopralluoghi: 12 arresti La rete dei neonazisti: «Spariammo a Meloni»

di Andreina Baccaro

Allenavano cinque «guerriglieri» per uccidere Giulia Meloni, definita «la traditrice». La rete di neonazisti Werwolf Division, che si ispirava a Himmler, smantellata dalla Digos con dodici arresti in tutta Italia, aveva anche organizzato alcuni sopralluoghi a Palazzo Chigi. «C'è un albergo davanti a Montecitorio e da lì puoi sparare un colpo dall'alto», scrivevano in chat. Ma la premier non era l'unico obiettivo della cellula estremista. Tra i bersagli c'era anche il presidente del Forum economico mondiale Klaus Schwab: «Sembra che si trovi in Svizzera, aspettiamo solo di recuperare le armi».

IL POST DI ELENA CECCHETTIN



Le sorelle Giulia e Elena Cecchetti

Il no allo stalking «Poco rispetto»

di Andrea Pasqualetto

La sentenza e il no allo stalking per Turetta. Elena Cecchetti: non c'è rispetto.

a pagina 8

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

Genitori che accompagnano i figli a occupare la scuola, e altri (è appena successo in un liceo romano) che partecipano ai sit-in contro l'occupazione. Oltre al senso del ridicolo, che evidentemente però si è smarrito da tempo, li accomuna questo dannato bisogno di rivivere l'adolescenza per interposto pargolo, ma soprattutto l'ansia di evitargli qualsiasi trauma. Milioni di adulti (compresi loro) sono sopravvissuti alle occupazioni, sia che facessero parte delle minoranze motivate che le organizzavano, sia che si riconoscessero nelle maggioranze che si accodavano o le subivano. Per molti ragazzi si tratta della prima vera esperienza conflittuale in un luogo diverso dalla famiglia. Un rito di passaggio che, per essere tale, richiede

Ma lasciarli in pace?

la presenza dei professori, ma l'assenza dei genitori. Di tutti i genitori, occupanti e contro-occupanti. Del poco che ho capito finora, riguardo a questo mestiere complicatissimo, da un lato un genitore deve sempre esserci per i figli, ma dall'altro deve saper allentare il cordino invisibile con cui vorrebbe tenerli legati a sé. A scuola vanno per imparare, anche a trasgredire. E come potranno mai farlo con noi tra i piedi? Si tratta di un gioco delle parti, ma se gli adulti interpretano lo stesso ruolo dei giovani, il gioco finisce e subentra il caos. Un'educazione senza contrapposizione è come una terra senza confini: un deserto. E nei deserti, di solito, ci si perde.

www.corriere.it

DOMORI advertisement with chocolate bars and logo

IL RICORDO

Il mio maestro Borgna
psichiatra, filosofo, poeta
VITTORIO LINGIARDI



ieri pomeriggio, mentre facevo lezione e il tema era la relazione terapeutica, un WhatsApp mi raggiunge per dirmi della morte, a 94 anni, di Eugenio Borgna. - PAGINA 24

GLISPETTACOLI

Sorrentino e il nuovo film
"Con Servillo parlo d'amore"
VALENTINA ARIETE



«La grazia» è la settimana di esperienza cinematografica condivisa da Paolo Sorrentino con il sodale Toni Servillo. Le riprese del film partiranno nella primavera 2025. - PAGINA 28

SOLO NEI MIGLIORI BAR

LA STAMPA

GIOVEDÌ 5 DICEMBRE 2024

CAFFÈ COSTADORO

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

2,40 € (CON I PIACERI DEL GUSTO) | ANNO 158 | N. 336 | IN ITALIA | SPEDIZIONE ABB. POSTALE | D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 COMMA 1, DGB-TO | www.lastampa.it

GNN

PARIGI NEL CAOS. LA LEADER DEL RASSEMBLEMENT: COLPA DEL PRESIDENTE. L'ESTREMA SINISTRA NE CHIEDE LE DIMISSIONI

Francia ostaggio dei populistici

Le Pen e Mélenchon fanno cadere il governo Barnier. Macron non molla: subito il successore

IL COMMENTO

La crisi strutturale delle democrazie

GIOVANNI ORSINA

Com'è evidente, le democrazie rappresentative occidentali sono in difficoltà non per un qualche accidente, ma per ragioni strutturali. Stiamo assistendo alla protesta profonda e non effimera di segmenti consistenti dell'opinione pubblica, abbandonati da un ceto dirigente oligarchico e autoreferenziale. - PAGINA 23

CECCARELLI, SCHIANGHI

Già da giorni Emmanuel Macron lavorava a una successione a Michel Barnier, consapevole del rischio che correva il governo dell'ex negoziatore della Brexit. Ora la palla torna nel campo del presidente che non ha più molte strade da percorrere: impossibile per Costituzione quella delle elezioni anticipate. - PAGINE 2-4

Attali: in questa sfida siamo tutti sconfitti

Cesare Martinetti

IL RILANCIO DELL'INDUSTRIA EUROPEA

Piano per l'automotive
Urso: 750 milioni di aiuti

BARBERA, LUISE

Mezzo miliardo grazie ai fondi del Pnr per la transizione delle imprese, altri duecento milioni recuperati dai fondi inutilizzati del bilancio nazionale. C'è un accenno di Europa nell'intervento del governo a favore della crisi dell'auto e che dovrebbe concretizzarsi fra gli emendamenti alla Finanziaria per il 2025. - PAGINE 6-7

Medef: l'Ue cambi passo
servono maxi-incentivi

DANILO CECCARELLI

«La chiusura di stabilimenti e la distruzione dei posti di lavoro, soprattutto nelle aziende di componentistica, sono violenti segnali di allarme». Patrick Martin, presidente della Confindustria francese, parla dello stato di salute dell'automotive nel Vecchio Continente. - PAGINA 7

L'INTERVISTA

Conte: "Soli al voto Grillo è il passato non siamo di sinistra"

ALESSANDRO DE ANGELIS



“Per le alleanze ci sono punti irrinunciabili come il no alle armi all'Ucraina non sono un figlio di Grillo quindi non è un parricidio. L'accordo che ha violato era: noi ti paghiamo le spese legali e tu non ti occupi del simbolo”

«Nel nuovo Movimento nessuno potrà essere Sopraelevato. Con Grillo nessuna bega personale: da un lato c'è il passato e dall'altro il futuro», dice Giuseppe Conte. - CON IL TACCIANO DI SORGI - PAGINA 8

CORTELESI E FEMMINICIDI: NON SI PUÒ SOLO CONTARE LE VITTIME, SENZA EDUCAZIONE NON SI FA PREVENZIONE

"In nome di Giulia, basta"



Valditara-Cecchetti, la pace delle scuole

AMABILE, BERLINGHIERI

IL CASO

Se insultare Seymandi sui social per il pm non è diffamazione



ELISABETTA SEYMANDI DAYAN

Nei social «non pare più esigibile che la critica ai fatti privati delle persone si esprima sempre con toni misurati e eleganti». Ormai è tardi. - PAGINE 17 E 25

GAZA

Spari sui bambini
in fila per il pane
Quando la guerra colpisce gli affamati

DOMENICO QUIRICO



Qual è il limite? La domanda qualcuno la griderà davanti ai corpi dei bambini palestinesi del campo di Nuseirat uccisi da un bombardamento israeliano mentre erano con le madri in coda davanti a un forno. Quattro tombe di polvere e calcinacci. DEL GATTO - PAGINE 12 E 13

IRAN

Narges torna a casa
21 giorni per curarsi
ma così non è libertà

TAGHIRAHMANI



È un grande giorno per la Premio Nobel Narges Mohammadi, mia moglie. Le ho parlato e l'ho vista durante la videochiamata che mi ha fatto suo fratello appena arrivata dalla famiglia, a Teheran. Una telefonata breve, come stai? Come ti senti? Era raggiante e soprattutto non indossava l'hijab, è riuscita a tornare a casa con l'ambulanza senza il velo obbligatorio, una vittoria importante seppure temporanea, so che durante il viaggio ha intonato la canzone "Il sangue delle viole". SOFFICI - PAGINA 15



BUONGIORNO

È strabiliante la capacità di Gino Cecchetti di continuare a pensare, a dire le cose giuste. Dopo la sentenza di condanna all'ergastolo per Filippo Turetta, l'assassino di sua figlia Giulia, ha pronunciato una frase di altissima precisione: abbiamo perso tutti. Quando un processo si conclude con una condanna - non soltanto un processo per femminicidio, qualsiasi processo - è sempre una sconfitta per tutti. Le democrazie liberali sono fondate su un patto sociale fra uguali che si danno regole di buona convivenza. Quando qualcuno di noi infrange quelle regole, dichiara rotto il patto sociale e la democrazia viene rifiutata, smette di funzionare, non ha funzionato come ci si augurava. Una sconfitta per tutti. Può sembrare una sofisticata, e invece è concretezza massima e Cecchetti lo ha capito nella concretezza

della carne ammazzata di sua figlia. Dov'è la vittoria alla fine di questo processo? Sì, è stata fatta giustizia, è qualcosa, ma è una giustizia effimera perché una sentenza giusta non c'è - anche queste sono parole di Cecchetti - e non c'è perché qualsiasi decisione è insufficiente. Non c'è giustizia davanti alla morte di una ragazza per mano assassina. Ecco la nostra sconfitta, doppia, irrimediabile. E quando penso all'emozione fanciullesca di Andrea Delmastro, sottosegretario alla Giustizia, davanti a non so quale mezzo adibito al trasporto dei mafiosi, per lui simbolo della vittoria dello Stato, e quando penso alle mille volte in cui qualcuno come lui, con ruoli istituzionali, ha esultato come se stesse giocando ai soldatini, penso a questa nostra democrazia, di quanto poco ha capito della democrazia.

La sconfitta

MATTIA FELTRI



ASSISTENZA MEDICA 24 ORE SU 24 VILLA MAFALDA Via Monte delle Gioie, 5 Roma

Il Messaggero

ASSISTENZA MEDICA 24 ORE SU 24 VILLA MAFALDA Via Monte delle Gioie, 5 Roma

€ 1,40 ANNO 140 N° 325 Sped. in A.P. 03/03/2023 con L. 4/07/2015 art. 1, D.C. 11/03/2015

NAZIONALE



Giovedì 5 Dicembre 2024 • S. Giulio

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Oggi MoltoEconomia
Manovra 2025
ecco chi ci perde
e chi ci guadagna
Un inserto di 24 pagine



Coppa Italia alle 21
Lazio, assalto
al Napoli. Baroni:
alziamo il livello
Abbate e Marcangeli nello Sport



Calcio a rischio nel Lazio
Troppe violenze
gli arbitri: pronti
allo sciopero
Lengua nello Sport



L'editoriale
IL CONTAGIO
DELLE
DEMOCRAZIE
ILLIBERALI

Paolo Pombeni

L'anomalo e per certi versi
cervolotico tentativo di
golpe del presidente della
Corea del Sud si iscrive in-
dubbiamente in un contesto
peculiarissimo. Tuttavia è signifi-
cativo, sia pure quasi per paradossale,
della crisi che attraversano
i sistemi ispirati al costituzionalismo
occidentale. Da questo
punto di vista la Corea del
Sud è emblematica: pur non fa-
cendo geograficamente parte
dell'Occidente rappresenta
uno dei casi tipici di esportazione
riuscita, grazie agli americani,
dei suoi modelli economici
e politici, al punto da aver gene-
rato per questo una spaccatura
del Paese per il prevalere al
Nord del modello del comunismo
antioccidentale nella sua
versione più esasperata.

Il presidente Yoon Suk Yeol
ha improvvisamente procla-
mato la legge marziale previ-
candando la stessa costituzione
del suo Paese che per un caso
del genere prevede il coinvolgi-
mento del parlamento che non
era stato neppure informato.
Per quel che ne sappiamo, tut-
to deriva dalla sua volontà di
sottrarsi alle conseguenze delle
accuse di corruzione e mal-
governo che pendono su di lui
e sulla moglie, ma ha preso
spunto da un conflitto in parla-
mento sul bilancio fra il gover-
no e l'opposizione. Come or-
mai tutti sanno gli è andata
massimamente, perché è stato
unanimemente sconfessato e ha
de-
vuto fare una clamorosa retro-
marcia, ma l'analisi dei mecca-
nismi evidenziati in questo ca-
so estremo è molto interes-
sante.

Da un certo punto di vista il
presidente sudcoreano ha mes-
so in scena il più classico copione
(-)
Continua a pag. 23

Cade il governo, Francia in tilt

►L'asse destra-sinistra sfiducia Barnier, sale il pressing su Macron. Mélenchon: deve dimettersi
Il presidente nominerà oggi un altro premier. E Le Pen: «Lo lascerò lavorare per la Finanziaria»

PARIGI La Francia è senza governo: Barnier è stato sfiduciato. Macron non si dimette: «Subito un nuovo premier».

Pierantozzi, Sabadin e Vita alle pag. 2 e 3

L'analisi

LA NUOVA UE
E IL DECLINO
FRANCO-TEDESCO

Marco Ventura

È una volta l'Europa a tra-
zizione franco-tedesca. Non
esisteva altra leadership che
quella di Parigi e Berlino.
Ma era un'altra epoca.
Continua a pag. 23

Sintonia tra i due leader sui migranti

Meloni vede Orban, distanze su Kiev
Il decreto flussi è legge: il Csm lo boccia

ROMA Meloni, vertice
con Orban: asse contro
l'immigrazione irrego-
lare, anche se Budapest
va per la sua strada. An-
che su Kiev restano le di-
stanze. Intanto, il decre-
to flussi è legge. E il Csm
già lo boccia. Si del Sena-



to alla legge che riscrive
l'elenco dei Paesi sicuri
e affida alle Corti d'Ap-
pello la decisione sui
rimpatri, norma su cui
arriva il nodo del plenum.
Bechis
e Malfetano
alle pag. 4 e 5

Corea del Sud, le accuse al presidente

Seul, chiesto l'impeachment per Yoon
Sul golpe fallito l'ombra della first lady

ROMA Tentato golpe in
Sud Corea, il presidente
Yoon Suk Yeol verso
l'impeachment. Manife-
stazioni per chiedere le
sue dimissioni: merco-
ledi di votazione. I sospetti
sulla moglie: ha avuto
una borsa griffata in re-



golo (per la legge corea-
na i doni di questo tipo
andrebbero rifiutati). La
preoccupazione della
Farnesina: «La Corea
del Nord non tenta di
appropriarsi di questa fa-
se».
A pag. 6

New York, era stato minacciato: odio social per i rimborsi negati



L'agguato al re delle polizze sanitarie

L'assassino mentre spara al manager Brian Thompson, 50 anni (nel fondo) Paura a pag. 7

Pronto soccorso
alle corde: 1 milione
di accessi in più

►Il confronto con il 2023: per un ricovero attesa
media di 31 ore. Le carenze della medicina di base

Mauro Evangelisti

Ogni giorno ci sono 60mila
italiani in pronto soccorso.
Nel 2024 un milione di pa-
zienti in più, mentre nei re-
parti d'emergenza mancano 5mi-
la sanitari. Carenze anche di po-
sti letto: prima di essere ricoverati
bisogna aspettare in media 31
ore in barella. Il 68% di chi si rivolge
al pronto soccorso non ha pa-
tologie gravi. Il ministro Schillaci
punta sulle "case di comunità".
Alle pag. 8 e 9
Pace a pag. 8

I verbali

«Bortuzzo aggredito
in hotel. E con Lulù
c'era anche la sorella»

Valentina Errante

Manuel Bortuzzo pers-
eguitato. Le carte dell'inchiesta. «La ex lo aggre-
di in hotel e c'era anche
la sorella».
A pag. 11

Il rilancio Capitale



Alberghi di lusso
il primato di Roma
negli investimenti

Giacomo Andreoli

Hotel, la scelta di Roma: in-
vestimenti record, staccate
Milano e Venezia. In tre me-
si spesi 380 milioni per la
Capitale.
A pag. 13

GONFIORE ADDOMINALE?
Non sempre è questione di aria
FAI LA COLONSCOPIA A PARTIRE DAI 50 ANNI
PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE COLORETTALE
VILLA MAFALDA CLINICA PRIVATA POLISPECIALISTICA
Via Monte delle Gioie, 5 Roma - Tel. 06 86 09 41 - villamafalda.com

Il Segno di LUCA
VERGINE IN PIENA
TRASFORMAZIONE
Probabilmente ti senti preso di
mira da una situazione che ti
mette con le spalle al muro, ma
che al tempo stesso ti rende
protagonista di un processo di
evoluzione personale intenso e
molto promettente. Le tue
aspirazioni relative al lavoro
finalmente si esprimono con
maggiore libertà. Il tuo desiderio
di successo ti sprona e ti consente
di accettarne anche di modificare il
tuo approccio, dando ascolto al
"no" e traendone vantaggio.
MANTRA DEL GIORNO
Anche dire di no serve per
costruire.
© RIFERIMENTI INFORMATI
L'oroscopo a pag. 23

* Tardano con altri quotidiani... Roma strepitata... E 6.90 (solo Roma)... L'ora dei gladiatori... E 6.90 (solo Roma)



Giovedì 5 dicembre 2024

ANNO LVIII n° 289
1,50 €
San Saba
Archimandrita
abate

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Tra guerre e maternità negate COSA ATTENDIAMO SE NON LA VITA

GIUSEPPE ANZANI

«Adesso, qual è la nostra attesa? La stagione natalizia propone i suoi rituali di luminarie e mercatini. Ai più personi il canto degli angeli sopra il presepe intreccia alla vita che nasce un annuncio di pace. Ma quale pace può piovere ora su noi, terra affamata a far girare la vita gli uni degli altri, a similitudine, a un certo punto, se proprio volete trovare un luogo dove la parola "pace" è scritta dappertutto, visitate un cimitero. Oppure no, non si tratta neppure di cercare i marini e i cipressi: i cimiteri a cielo aperto stanno ancora nella storia del mondo come le pietre miliari di una insensata follia. A far degli uni di vita sconfinata, l'attività delle guerre accelera i trionfi della morte. C'è nelle armi moderne una genialità perversa: al punto da farle mettere al bando da leggi e trattati e protocolli come "disumane", "inefficienti", "cruelty-free". Le cronache sull'uso reale delle armi proibite (gas, mine, bombe a grappolo o altro), e sulle devastazioni prima di guerra e dopo, alle popolazioni civili, dicono che la distruzione è il veleno ammantato nel cuore dell'uomo. L'è sconfitta la vita. Proprio in questi giorni è stato pubblicato il Messaggio dei vescovi italiani per la 47esima Giornata Nazionale per la Vita, che avverrà il 2 febbraio prossimo, nel contesto del Giubileo. Il titolo "Trasmettere la vita, speranza del mondo" associa le due grandi parole, vita e speranza. In una sorta di reciproco sostegno, di fusione, di abbraccio. Quale azzardo parlare di speranza in un panorama cupo di vita uccisa che genera domande a tortura: se è l'innocenza stessa dei bimbi, cioè della vita nella quale si rigenera il mondo, a essere straziata. Dalle guerre, sì, ma anche dalla fame, dallo stento, dalle malattie, dai tragici insidiosi delle migrazioni. E dall'aborto, a milioni.

continua a pagina 24

Editoriale

Progetti e diritti: è tempo di una svolta SGUARDO NUOVO SULLA DISABILITÀ

FRANCESCA DI MAIOLÒ

La recentissima Giornata internazionale per i diritti delle persone con disabilità quest'anno è caduta a pochi mesi dal primo G7 su Inclusione e Disabilità che concluso con la Carta di Solignano. Un documento importante, che rappresenta la base di un impegno ad agire in maniera unitaria e concreta, tramite politiche che in grado di garantire una piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella vita civile, sociale, economica, culturale e politica per tutte le persone con disabilità. La Carta di Solignano riprende molti principi della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, ma l'impegno sottoscritto dal Paesi del G7 ci lascia ben sperare. Il progetto ideale della Carta di Solignano, infatti, supera i confini delle nazioni per creare le basi di una nuova cooperazione internazionale. Con le sue otto priorità la Carta non guarda al passato, ma ha la forza di proiettarsi nel futuro e, con la sua visione di società e di dignità della persona, traccia una strada da intraprendere. Siamo in cammino, dunque, a partire dal Progetto di Vita indipendente, che rappresenta anche il cuore della recente riforma sulla Disabilità avviato con la legge 257/2021 e poi, tra gli altri, con il decreto n. 62 del 3 maggio 2024. Questa riforma, dunque, rappresenta una svolta non solo per i suoi contenuti innovativi, ma anche per la partecipazione che l'ha contraddistinta, in quanto è stata accompagnata da tutto il mondo associativo che si occupa di disabilità. Ogni persona con disabilità ha finalmente il diritto a un progetto di vita a partire dai suoi desideri, preferenze e aspettative. Un progetto che deve integrare gli interventi sociali, educativi, sanitari e assistenziali, ma anche ricreativi e sportivi, senza più frammentarli.

continua a pagina 24

IL FATTO La Francia alle prese con lo spettro di un vuoto di governo e dell'esercizio provvisorio di bilancio

Crisi à l'italienne

Il governo Barnier cade sfiduciato da sinistra e destra. Chieste le dimissioni di Macron. Il presidente cerca un nuovo premier per evitare l'impasse. Le Pen: sostegno alla manovra

Più che uno schiaffo, è stato un tracollo senza appello: 331 voti contro, rispetto ai 289 a favore. Sinistra e lepidisti si sono espressi in modo compatto contro Michel Barnier, 73 anni, per due volte commissario europeo, il primo premier francese sfiduciato nel XXI secolo. Macron è stato costretto a seguire la debile in silenzio dall'Eliseo: questa sera parlerà alla nazione. Al presidente tocca ora fronteggiare una situazione di una complessità mai vista per trovare un nuovo governo: non può convocare la legislatura prima di giugno e deve scongiurare l'incubo di una crisi del debito legata a doppio filo all'instabilità. La politologa di Sciences Po, Mariette Strenu: «L'attuale scenario è conseguenza degli errori di Macron».



Ferrari e Zappalà pag. 5

L'intervento del premier francese Michel Barnier prima del voto di sfiducia / Ansa

SIRIA
Iran e Russia impegnate a contrastare i jihadisti

Geronico a pagina 2

COREA DEL SUD
Il presidente verso lo stato d'accusa

Miele e Vecchia a pagina 14

I nostri temi

È VITA
«Embrione e mamma all'unisono»

ENRICO NEGROTTI

«Le evidenze scientifiche mostrano un continuum dal concepimento ai mille giorni di vita che condiziona la salute futura». Parla il nuovo presidente dei neonatologi italiani Massimo Agosti.

A pagina 25

LA NOSTRA SALUTE
Cuore e scienza la missione del medico

In tempi di inascolto diluisce tra i medici occorre recuperare l'origine il "segreto" permanente della loro missione: persone che si prendono cura di altre persone. Voci e storie per risalire alla sorgente della professione.

Nell'inserto centrale

SANTIAGO Parla il prossimo cardinale cileno



Chomali, vescovo poeta: l'arte un'arma potente

Capuzzi a pagina 9

STRANIERI Approvate le norme sui centri in Albania. Cresce lo sfruttamento

Decreto flussi, sì alla stretta La vergogna del caporalato

Passa in Senato con la fiducia e diventa legge il controverso decreto flussi. Soddisfatta la maggioranza, mentre le opposizioni parlano di norme «disumane». Il testo contiene l'elenco dei Paesi a cui, una stretta sui ricongiungimenti dei migranti, ulteriori sanzioni e controlli alle navi di soccorso delle Ong (che definiscono le misure «punitive») e l'assegnazione alle Corti d'Appello delle competenze in materia di trattamenti finora affidate al-

le servizi immigrazione dei tribunali. Una previsione criticata dal Csm, che ritiene a rischio il rispetto delle condizioni del Pnr. Intanto, la Cassazione rinvia la decisione sui ricorsi del Viminale per il caso Albania. E dall'ultimo rapporto Agomafie e caporalato arrivano i dati drammatici dei lavoratori in nero: un esercito di 200mila invisibili che lavorano nei campi d'Italia da Nord a Sud. Le donne straniere sono doppiamente sfruttate.

Mira e Spagnolo a pagina 6

INCONTRO A ROMA

Meloni-Orbán, asse sui migranti ma distanti sul sostegno a Kiev

Giorgia Meloni prova a dribblare i rischi del delicato incontro a Palazzo Chigi con Viktor Orbán puntando soprattutto su due temi. Con il primo, i migranti, lo blandisce e cerca sponde per la "ricetta italiana" sui rimpatri. Con il secondo, l'Ucraina, tenta di "addomesticarla" e di dargli un'immagine più accettabile di quella proiettata durante il contestato semestre di presidenza europea (in scadenza a fine mese).

Marcelli a pagina 11

COMUNITÀ ENERGETICHE

Cer in Romagna tra coop e diocesi

Arena e Callegari a pagina 7

EVERSIONE: 12 ARRESTI

Gruppo neonazista mirava alla premier

Servizio a pagina 13

POPOTUS

La bomba Sinner scoppia a Capodanno

Dodici pagine tabloid

Happy days

A volte mi capita di guardare indietro, per evitare di pensare avanti. E quando lo faccio, mi convinco che la mia è stata la generazione più felice di sempre. Noi figli degli anni Sessanta, che abbiamo abitato i Settanta da giovanissimi e gli Ottanta da maggiorenni, siamo quelli che hanno vissuto gli Happy days, troppo piccoli per capire la generazione appena prima della nostra. Il 68 al massimo era un autobus, non un pensiero. Eravamo ancora troppo giovani per comprendere gli Anni di piombo, le Brigate Rosse e le stragi nere. Siamo quelli cresciuti nella libertà assoluta delle vacanze estive fino a fine

settembre, e dei motorini truccati come massimo della trasgressione. Andavamo a scuola con il grembiule e la cartella sulle spalle, e non ci si aspettava da noi nulla che non fosse fare i compiti, giocare, sbucciarsi le ginocchia senza lamentarci e non metterci nei guai. Nessuno voleva che parlassimo l'Inglese a 7 anni, o che facessimo yoga. Al massimo la piscina, la danza per le femmine, il judo per i maschi: così, tanto per dire che si faceva sport, anzi "movimento". Poi siamo cresciuti, e il lavoro c'era per tutti. Chi più, chi meno, siamo stati zoccolosamente felici. Molto più dei nostri genitori e parecchio più dei nostri figli. Ricordarsene fa bene, anche se non cancella un leggero senso di colpa.

Smemorate
Alberto Caprotti

Agorà



Eugenio Borgna, lo psichiatra aperto al mistero

Maia a pagina 27



Pronto soccorso alle corde: 1 milione di accessi in più

► Il confronto con il 2023: per un ricovero attesa media di 31 ore. Le carenze della medicina di base

Mauro Evangelisti

Ogni giorno ci sono 60mila italiani in pronto soccorso. Nel 2024 un milione di pazienti in più, mentre nei reparti d'emergenza mancano 5mila sanitari. Carenza anche di posti letto: prima di essere ricoverati bisogna aspettare in media 31 ore in barella. Il 68% di chi si rivol-

ge al pronto soccorso non ha patologie gravi. Il ministro Schillaci punta sulle "case di comunità".

Alle pag. 8 e 9
Pace a pag. 8

Troppi accessi e pochi dottori Pronto soccorso intasati

► Nel 2024 un milione di pazienti in più, mentre nei reparti d'emergenza mancano 5mila sanitari. Carenza anche di posti letto: prima di essere ricoverati bisogna aspettare in media 31 ore in barella

IL CASO

ROMA Sono tornati ad aumentare. In modo costante. Ogni giorno ci sono 60mila italiani in pronto soccorso, è come se l'intera popolazione di Viterbo fosse in attesa di essere curata. L'assalto ai Dipartimenti di emergenza e urgenza si era placato con il Covid, quando dai 21 milioni di accessi del 2019 si era scesi ai 13 milioni del 2020, ma già nel 2023 è stata superata quota 18,2 milioni, il sei per cento in più dell'anno precedente. Le proiezioni sull'intero 2024 confermano l'incremento e secondo gli esperti molto probabilmente si andrà oltre ai 19 milioni. Un milione in più.

ASSALTO

Il direttore generale di Agenas (Agenzia nazionale per i servi-

zi sanitari regionali), Domenico Mantoan, con una provocazione ha spiegato: se abbiamo così tante richieste nei pronto soccorso «è perché il cittadino non trova risposte sul territorio. O ci sbrighiamo creando un nuovo modello di cure primarie o abbandoniamo questa strada e triplichiamo i pronto soccorso perché al cittadino bisogna dare una risposta». Il problema è che i pronto soccorso non si possono triplicare, non solo perché non ci saranno mai risorse sufficienti, ma perché non ci sono medici e infermieri da mandare in prima linea. Simeu, Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza, ha spiegato che mancano almeno 5mila medici per i pronto soccorso. Nell'ultimo anno ne sono entrati in servizio 567,

ma ne sono andati via 1.033 (700 in pensione o in strutture private, poco più di 300 in altri reparti). Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha osservato: «Nelle strutture del servizio sanitario nazionale ci sono 4.312 medici specializzati in emergenza-urgenza. Aumentare i posti di specializzazione non basta,



se poi non vengono coperti. Lo scorso anno nei posti messi a bando ne sono stati assegnati uno su quattro». Per essere chiari: tra chi studia medicina, in pochi sognano di lavorare in pronto soccorso, perché sei in prima linea, perché sei a rischio aggressioni (nonostante le norme più severe varate dal Governo), perché sei sempre a rischio di denunce e perché difficilmente puoi fare attività privata per guadagnare di più. Al Ministero ricordano che l'indennità per gli operatori sanitari è stata rifinanziata e c'è anche l'aumento del trattamento economico per specializzazioni meno attrattive come emergenza urgenza. Ma difficilmente ci sarà una svolta in tempi rapidi (e per questo le Asl continuano a ricorrere alla formula dei "gettonisti").

Dunque: il fiume dei pazienti in pronto soccorso è tornato a gonfiarsi, ma medici e infermieri in prima linea sono di meno (e sono sempre più anziani). Quel fiume in piena inoltre trova sempre più ostruzioni, perché i posti letto per il ricovero non sono sufficienti. Questo spiega perché si allungano in modo drammatico le attese medie pre-ricovero. Secondo una ricerca dell'Osservatorio

di Simeu nel 2019 era di 25 ore, nel 2023 sono diventate 31. In media si resta sei ore in più in pronto soccorso prima di essere ricoverati. Precipitato che questo è un problema globale che investe tutto il mondo occidentale anche a causa dell'età media che si sta alzando, in Francia (che affronta la stessa emergenza) hanno svolto una indagine che ha un responso desolante: l'anno scorso hanno monitorato un campione di 1.598 pazienti con più di 75 anni. Sono stati separati in due gruppi: da un lato, 707 persone che hanno trascorso almeno una notte in barella, dall'altro, 891 pazienti che hanno potuto avere un posto letto in un reparto tradizionale, entro la mezzanotte del giorno del loro arrivo in ospedale. «I risultati sono impressionanti - ha spiegato a France Inter il dottor Yonathan Freund, medico d'urgenza dell'ospedale Pitié-Salpêtrière, a Parigi, e autore principale di questo studio - l'eccesso di mortalità è del 46 per cento se hai passato una notte in barella al pronto soccorso». Detto in termini più brutali: se sei anziano e prima del ricovero sei costretto a trascorrere più di 24 ore in attesa sulla lettiga in pronto soccorso perché non c'è posto in reparto, hai quasi il 50 per cento di probabilità di mo-

rrire in più di chi invece viene ricoverato rapidamente. Allo stesso modo si allungano anche i tempi medi per essere assistiti nei casi meno gravi: a livello nazionale sono di 164 minuti per i codici bianchi, per i

verdi 229, per i gialli 416. Questo dato calcola il tempo da quando arrivi e quando te ne vai, per questo i gialli (meno banali) restano più a lungo. Ma per essere assistiti, se sei un caso non grave, puoi aspettare anche intere giornate.

FRAGILITÀ

Qui però c'è un altro punto debole del sistema a cui negli anni non si è mai riusciti a dare una soluzione: in molti vanno in pronto soccorso, contribuendo al sovraffollamento, magari per un malanno non serio ma che necessita un risposta. E non la trovano dai medici di base che a loro volta sono sempre meno. Secondo lo studio di Agenas, il 22 per cento degli accessi al pronto soccorso sono impropri. In altri termini: uno su quattro non

dovrebbe andare in ospedale. Solo che non sa a chi rivolgersi e lì finisce. Tutti questi elementi portano a una combinazione micidiale: chi dovrebbe essere ricoverato trascorre anche 48-72 ore sulle barelle, a volte stipate nei corridoi, in condizioni non dignitose. Chi invece cerca una risposta rapida per un problema banale (ma che comunque non può essere trascurato) rischia di trascorrere la giornata in pronto soccorso ad aspettare.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**STUDIO SUGLI OVER 75:
CHI PASSA LA NOTTE
SULLA LETTIGA PRIMA
DI ANDARE IN REPARTO
HA IL 46% DI PROBABILITÀ
IN PIÙ DI MORIRE**

**NEL 2024 19 MILIONI
DI INGRESSI, MA 1 SU 4
È INAPPROPRIATO
I CODICI GIALLI
ATTENDONO
IN MEDIA SETTE ORE**



Mancano gli ambulatori Così la medicina di base si scarica sugli ospedali

► Il 68% di chi si rivolge al pronto soccorso non ha patologie gravi. Il ministro Schillaci punta sulle "case di comunità": prevista l'apertura di oltre mille strutture sul territorio

IL FOCUS

ROMA «I dati già analizzati sugli accessi nei pronto soccorso italiani nel primo semestre del 2024 segnano un incremento del 5 per cento. In parallelo, il numero di noi medici è diminuito. Questa è una crisi vera, bisogna prenderne atto. Servono subito provvedimenti straordinari». Misure eccezionali come per la pandemia? «Sì. Se mancano 4.500-5.000 medici, non si può fare finta di nulla». A parlare è un medico in prima linea, Andrea Fabbri, dell'ufficio di presidenza di Simeu (Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza) e direttore dell'Unità operativa pronto soccorso di Forlì. Messaggio: per affrontare la crisi dei pronto soccorso, prima di tutto bisogna rendersi conto che si tratta di un'emergenza.

COSA FARE

Il professor Walter Ricciardi, ordinario di Igiene all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, mette in fila tre azioni da compiere: «Serve davvero un grande piano strutturale, non bastano interventi tampone. Primo: dobbiamo capire che c'è non solo una grave carenza di personale, ma anche la mancanza di incentivazioni, di condizioni di lavoro sicuro, gratificante. I medici in Italia sono gli unici in Europa ad avere perso potere di acquisto, per questo chi può se ne va all'estero, in pensione o nel privato, specialmente se lavora nella prima linea dei pronto soccorso. Secondo: bisogna rafforza-

re la medicina territoriale che evita alla gente di andare in pronto soccorso in maniera inappropriata. Terzo: non facciamo abbastanza prevenzione, se invece seguiamo le persone, evitando che si ammalino o si aggravino, si ridurrà l'impatto sugli ospedali». Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, punta molto sulle Case di comunità e sugli Ospedali di comunità, poliambulatori in cui il paziente troverà risposte. Ad oggi, dicono, per gli Ospedali di comunità sono stati avviati cantieri pari al 70 per cento dei 307 previsti entro giugno; per Case di comunità i cantieri avviati sono il 69 per cento dei 1.038 previsti entro giugno 2025. Proprio dove lavora il dottor Fabbri, in Emilia-Romagna, è stata applicata un'altra soluzione (che non è alternativa alle Case di comunità), i Cau: significa Centro assistenza e urgenza, è una «struttura del territorio alla quale le persone possono rivolgersi per problemi di salute urgenti, ma non gravi». Spiegano alla Regione Emilia-Romagna: «Hanno percorsi e interfacce con i medici di medicina generale». C'è un elenco di casistiche - dall'eritema alla febbre, dalle coliche alle punture di insetti - per le quali i cittadini devono evitare la bolgia dei pronto soccorso,



rivolgendosi invece ai Cau. Come sta andando questa innovazione? Risponde il dottor Fabbri: «Bene, ma è una risposta parziale a uno dei problemi che abbiamo, i codici a bassa priorità». In Italia il 68 per cento di chi si rivolge a un pronto soccorso è codice bianco o verde (scarsa gravità).

FILTRO

«La risposta completa - aggiunge Fabbri - deve coprire l'intero sistema, anche con il controllo della domanda: finché uno può an-

dare tutte le volte che vuole in pronto soccorso, diventa difficile aggiungere risorse all'infinito. Hai un problema di un certo tipo? Vai dal medico di base. Hai un'urgenza? Vai in pronto soccorso». Ecco, sul ruolo dei medici di base - altro punto debole del sistema perché

anche loro sono in numero insufficiente e dunque con una quota pro capite di pazienti elevata - in molti dicono che serva un ripensamento. A parlare è Giovanni Migliore, presidente di Fiaso (è la federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere): «In Italia abbiamo un modello di cure primarie che è lo stesso di 30-40 anni fa, tutto accentrato sui medici di base. Ma molte cose sono cambiate e non abbiamo fatto alcun intervento di ristrutturazione. Le Case di comunità, come luogo in cui più professionisti si mettono insieme, possono essere una risposta. C'è un tema generazionale, certo: i medici più giova-

ni sono più disponibili al cambiamento e a lavorare in gruppo. Ma non basta: dobbiamo ad esempio seguire gli anziani a casa, anzi l'anziano, perché ogni caso è differen-

te. Dobbiamo aumentare l'assistenza a domicilio, in modo dinamico».

I DATI

Altre proposte di Migliore: «Abbiamo un patrimonio di dati sui pazienti enorme, usiamoli. Servirebbe creare dei processi di prevenzione, andando a curare o a seguire a domicilio chi ne ha necessità. Infine, dobbiamo utilizzare molto di più gli Oss, gli operatori socio sanitari».

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Inumeri

164

La permanenza di un codice bianco

Mediamente in Italia un malato in forma leggera (in codice bianco) trascorre in un pronto soccorso 164 minuti. Ma le attese possono essere molto più lunghe

22%

Gli accessi impropri ai pronto soccorso

Secondo le rilevazioni dell'Agenas (l'agenzia per i servizi sanitari regionali), il 22 per cento dei pazienti che si presentano al pronto soccorso dovrebbero rivolgersi ad altre strutture: sono accessi inappropriati

2,58%

Gli italiani che vivono lontani da un Ps

Il 2,58% della popolazione italiana vive a più di 30 minuti di distanza da un pronto soccorso. Ma si tratta di una media: in Basilicata è così per il 32% dei cittadini, nel Lazio per lo 0,77%

INCIDE ANCHE LA CARENZA DEI MEDICI DI BASE. MIGLIORE (FIASO): «IL MODELLO È LO STESSO DI 40 ANNI FA»



SPECIALIZZANDI

Il costo annuo

IN FUGA:

del addio

40 MILIONI

dei nuovi medici

DI "BUCO"

» Thomas Mackinson

L

a loro resa ci
costa fino a 40
milioni l'anno
e un danno so-

ciale e sanitario incalcolabile. Vita da "specializzandi", questi sconosciuti che tengono in piedi gli ospedali ma che il "sistema" non vuol vedere. Ogni anno il ministero dell'U-

niversità bandisce borse di studio di 4/5 anni per le specializzazioni mediche in 1.400 scuole. Nel 2024 sono stati finanziati dallo Stato



14.576 posti per 350 milioni. Il 10-13% però lascia il percorso formativo prima del tempo, per sempre o per intraprenderne altri, con una perdita di risorse calcolabile in 36-40 milioni l'anno. In quattro anni, dal 2020 al 2023, si sono perse per strada 6.009 borse e 100 milioni.

ADDIO 6.009 BORSE IN 4 ANNI

L'emorragia non dipende solo da scelte individuali ma dall'incapacità di programmazione tra la conferenza Stato-Regioni, che stima il fabbisogno di borse per specialità, e il ministero dell'Università decide quali e quante finanziare. L'attribuzione reale dei posti però avviene sempre senza considerare i "tassi di abbandono" delle singole scuole, anche laddove sono macroscopici e le cause ben individuabili nei questionari che il ministero somministra ogni anno, e tuttavia ignora. Questi dati, elaborati per *Il Fatto* dall'Associazione Liberi Specializzandi, nessuno li guarda, e infatti non c'è ministero che sappia quantificare lo "spreco".

1 SU 3 -31% CARDIOCHIRURGIA E -29% RADIOTERAPIA

Ogni borsa costa in media 25 mila euro l'anno. Se viene abbandonata prima dei 4/5 anni previsti la parte non utilizzata, le cosiddette "evenienze", torna al Mef e già qui c'è un problema di programmazione: nell'anno accademico 2023/2024 sono andati a vuoto 958 milioni di euro, un terzo dei fondi stanziati. Ma lo scandalo vero è quello dei percorsi di formazione interrotti, che non porteranno al titolo e alla competenza sanitaria. Nel 2021, ultimo anno di graduatoria ancora aperto,

l'abbandono è costato 35,8 milioni. I tassi più forti si registrano in specialità essenziali: cardiocirurgia (31%), radioterapia (29%) e medicina nucleare (29%) dove uno su tre se ne va. Un po' meno gli anatomopatologi (23%).

In alcune scuole l'abbandono arriva al 100%: a Parma, ad esempio, sono stati banditi 29 posti per l'emergenza-urgenza, si sono iscritti in due ed entrambi hanno lasciato prima del tempo, con una perdita di 112 mila euro. A Bari su 60 anestesisti e rianimatori se ne sono andati in 13 e sono costati 347 mila euro, a Verona 317 mila e così via, fino al totale di 36 milioni buttati al vento. "L'assegnazione di risorse dovrebbe essere vincolata alla capacità della struttura di formare gli specializzandi che le vengono affidati - dice Massimo Minerva di ALS - Ma non lo si fa".

INDISPENSABILI MANCANO ALMENO 30 MILA CAMICI

Oltre alla cifra spaventosa, in gioco c'è la qualità stessa del servizio sanitario. L'effetto a cascata degli abbandoni è che in alcune zone/strutture sanitarie mancano cronicamente gli specialisti, che abbondano inutilmente altrove. Ma questo sembra non interessare gli ospedali universitari, che sono più preoccupati della possibilità di continuare a disporre di forza lavoro "a buon mercato" per colmare le carenze di medici strutturati, dato che non sono loro a pagarli, ma il ministero

Quanto siano essenziali alla "tenuta" del SSN lo rivela un dato: attualmente sono in formazione qualcosa come 50 mila specializzandi, quando il numero di medici del SSN è di 110 mila. Se ne mancano 30 mila, quei 6 mila che "mollano" per sempre o per ricominciare sono un numero considerevole.

ORARI E RETRIBUZIONE 14 ORE AL GIORNO PER 1.600€ LORDI

Sulla scelta soggettiva poco si può fare, ma su altri fronti sì. Ogni anno il ministero somministra agli specializzandi un questionario e quasi la metà dichiara di essere obbligata a lavorare più delle 38 ore previste dal contratto firmato dalle università, con punte del 57% a Padova, del 48% a Verona. In 18 scuole il 100% dichiara l'obbligo di orari eccessivi. "Nessuno guarda le risposte benché siano direttamente collegate alle cause di abbandono", insiste Minerva. "Delle ginecologie, Ferrara è la più abbandonata. Dalle risposte si capisce perché scappano: il 58,3% dichiara che il tutor c'è raramente o mai. E infatti dal 2020 al 2023 su 37 iscritti 11 hanno lasciato la specializzazione, quasi il 30% a fronte di abbandoni medi di ginecologia del 10,7%".

Gli ospedali italiani sono pieni di storie così. Silvia, 29 anni, per due è stata iscritta a una scuola di Neurochirurgia. "Il tutor non c'era mai, i turni erano da 14-15 ore al giorno e se volevi rimanere dovevi stare 36 ore di fila, col rischio di sbagliare e danneggiare i pazienti. Nei primi cinque mesi mai vista una sala operatoria, in compenso facevo le fatture per il primario". Dopo due anni ha interrotto il percorso iniziato per ricominciare la stessa specializzazione altrove. Il danno per lo Stato è di 50 mila euro. E Silvia sarà formata con due anni di ritardo.

Altra causa di abbandono sono le retribuzioni: 1.652 euro lordi al mese, meno 200 di tasse universitarie. Spesso sono fuorisede, per cui bastano per l'affitto e poco più. Chi fa 300 ore al mese guadagna 4-5 euro l'ora. La legge di Bilancio ha messo 120 milioni per aumentare del 5% la par-



te fissa e del 50% il variabile nelle specializzazioni meno "attraenti". Ma gli aumenti sono modesti (da 75 a 190 euro) e scatteranno tra due anni, a fronte di stipendi fermi da 15, nei quali han perso il 40% del valore reale.

PROBLEMA CRONICO STESSA MUSICA ALMENO DAL 2008

Dalle serie storiche sull'abbandono il sistema di assegnazione pare fuori controllo da sempre, che al governo fossero Prodi, Berlusconi o Meloni. Dal 2008 i posti sono stati sempre sottofinanziati rispetto al fabbisogno dichiarato dalle Regioni: se nel 2008 c'era bisogno di 8.848 medici venivano finanziati 5 mila posti (-43%), nel 2013 su 8.189 solo 4.500

(-45%) e così via. Nella medicina d'urgenza nel decennio 2009-2018, su 3 mila posti ne sono stati banditi 800 (-73%). In compenso quelli per oculisti, che non mancano, sono stati abbattuti solo del 22%. È così che si è arrivati alla cronica carenza di 30 mila medici e al cosiddetto "imbuto formativo", per cui i posti erano meno di quanto servisse e pochi passavano. Solo con il Covid si scopre il prezzo di questa politica, a cosa servano un anestesista, un rianimatore, un pneumologo. La sirena dell'urgenza fa però piombare la programmazione nell'errore opposto dell'eccesso. In Italia ci sono circa 16 mila anestesisti. Negli ultimi 5 anni sono stati banditi

7.800 posti e gli attuali iscritti sono 5.200. Ma circa 2.500 andranno in pensione, cosicché i 2.700 in più saranno utili per coprire i fabbisogni attuali, ma nel 2030 la specialità sarà in sovrannumero e non potrà essere assorbita, alzando ancora il livello e il costo sociale degli abbandoni. La domanda finale: qualcuno ha mai comunicato al Mef il danno da 40 milioni, visto che nulla si fa per evitarlo?

t.mackinson@ilfattoquotidiano.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I perni del sistema
Oltre il 10% dei medici
lascia prima del tempo
il percorso formativo:
a pagare sono il Ssn
e le casse dello Stato



SERVIZI PUBBLICI
EMERGENZE
SANITARIE,
FORMARE
I MANAGER

di Paola Severino — a pag. 18

Manager sanitari formati per gestire le emergenze

Pubblica amministrazione
Paola Severino

Per affrontare correttamente le emergenze è necessario essere preparati e non dover improvvisare. Un concetto che sembra un ossimoro, ma che invece trova piena conferma in ciascuno dei tragici eventi che purtroppo sempre più spesso connotano la nostra vita. Basti pensare alla strage di Rigopiano, richiamata oggi non solo da una serie televisiva, ma anche da una sentenza della Cassazione sulle responsabilità di soggetti istituzionali che non lanciarono un tempestivo allarme sul pericolo di rimanere sepolti nell'albergo da una slavina. Oppure agli eventi collegati al terremoto dell'Aquila, sia sotto il profilo di una carente progettazione antisismica, sia sotto quello della ritardata fuga dalla casa dello studente cui conseguì una orribile strage di giovani vite umane. O ancora alle tragiche immagini, nel primo periodo del Covid, delle bare portate via dai camion dell'esercito e schierate in una chiesa deserta a ricevere in solitudine l'estrema benedizione da parte di un frate smarrito ed affranto. Tutto ciò, nella consapevolezza che eventi di questo tipo, così come quelli legati alle emergenze climatiche in un Paese ad alta densità urbanistica, passato da un clima temperato a tempeste tropicali e allagamenti, non sono destinati a scomparire, ma anzi potrebbero intensificarsi e moltiplicarsi. Ne deriva la necessità di non attendere impreparati che la natura faccia il suo drammatico corso ma di studiare tempestivamente come fronteggiarli.

Proprio queste considerazioni mi hanno suggerito, nella veste di Presidente della Scuola nazionale dell'Amministrazione (Sna), di istituire nelle Regioni che più significativamente incarnano il ricordo di questi terribili



accadimenti Poli formativi destinati a preparare istituzioni e cittadini ad affrontare le gravi e improvvise situazioni che il clima o la natura ci prospettano all'improvviso. Sono già nati così il Polo formativo dell'Aquila sulle emergenze ambientali e territoriali e quello di Milano, che verrà inaugurato domani mattina nella prestigiosa e simbolica sede dell'Auditorium

Testori a Palazzo Lombardia, sulle emergenze sanitarie. Il motivo della sua collocazione geografica nasce dalla considerazione che alcune località di questa Regione hanno per prime dovuto affrontare l'emergenza del Covid, combattendo con atti di vero e proprio eroismo un nemico ancora sconosciuto e apparentemente imbattibile. E lo hanno fatto non soltanto attraverso il sistema ospedaliero e sanitario pubblico, ma anche avvalendosi del supporto di analoghe strutture private e del fondamentale sistema della ricerca universitaria e farmaceutica, così ampiamente e significativamente rappresentati dalle tante eccellenze del territorio. Ecco perché abbiamo voluto mettere insieme, in una forma di partenariato nella quale la Sna crede molto, strutture ospedaliere pubbliche e private, Università, società farmaceutiche ed enti di ricerca, per dibattere sul tema del management delle emergenze sanitarie. Si tratta di un dibattito volto non solo alla inaugurazione del Polo formativo, ma destinato ad introdurre un nuovo modello di formazione multidisciplinare che metta a sistema l'interazione di tutti gli *stakeholders* del mondo sanitario e che attraverso l'individuazione degli errori del passato, ma anche attraverso l'analisi dei metodi con i quali si è riusciti ad affrontare e risolvere il problema consenta di costruire un modello di intervento. Si pensi alle iniziali difficoltà diagnostiche, di accoglienza ospedaliera, terapeutiche, e di come esse siano state affrontate e risolte attraverso l'elaborazione di test, l'adeguamento delle strutture e dei mezzi, la significativa concentrazione dei tempi di sperimentazione dei vaccini, l'acquisizione e distribuzione di presidi preventivi come le mascherine. Tutte preziose testimonianze da non disperdere, delle quali domani ci verranno a parlare i diretti protagonisti dei vari settori che ho elencato, dialogando con i vertici del settore sanitario della Pubblica Amministrazione, affinché da questo confronto possa nascere e crescere la capacità di affrontare i problemi legati alle emergenze sanitarie nelle forme tipiche di un modello di management organizzato e pronto anche ad affrontare l'imprevisto e l'incognito.

Presidente della Scuola nazionale dell'Amministrazione

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN LOMBARDIA
UN POLO
PUBBLICO-PRIVATO
PER CAMBIARE
MODELLO
E FAR INTERAGIRE
GLI STAKEHOLDERS



4 dic
2024

DAL GOVERNO

S
24

Ddl Bilancio: la spinta delle Casse professionali per gli investimenti e la previdenza integrativa

di Claudio Testuzza

Con l'ottimo risultato espresso dal bilancio consuntivo 2023, l'Enpam, l'Ente di previdenza dei medici, ha confermato la sua posizione di leader fra le Casse previdenziali privatizzate e di impegno nella gestione del suo patrimonio che ha raggiunto un netto, a valore di libro, di 25,9 miliardi di euro, mentre nella sua valorizzazione di mercato l'ammontare è salito fino a quota 27,8 miliardi di euro e in netto miglioramento per la gestione patrimoniale (+ 800 milioni) nel 2024. Condizione già espressa anche dalla stessa Covip nel nuovo rapporto su come gestiscono i loro patrimoni presentato in ottobre. Sulla sostenibilità le Casse possono rivendicare il buon lavoro fatto. In trent'anni dalla riforma che le ha privatizzate, le Casse hanno saputo interpretare il tempo e intercettare il cambiamento, ed hanno saputo dare risposte adeguate e costanti ai loro associati, oltre a costruire e a far crescere il rapporto con il territorio. L'Enpam, in particolare, ha puntato molto sui così detti investimenti istituzionali consistenti prevalentemente per lo sviluppo, il supporto e la tutela del settore delle professioni mediche e odontoiatriche italiane. Ma anche su investimenti che potenzialmente presentano una ricaduta positiva sulla crescita e sulla sostenibilità economica-sociale a medio-lungo termine del paese Italia. Il rapporto Covip sulle Casse di previdenza contiene una serie di analisi di dettaglio che aiutano a capire



come siano allocati i 114,1 miliardi di euro (a valore di mercato) che gli Enti di previdenza privati hanno accumulato nel tempo (+ 10,3 miliardi rispetto all'anno precedente).

Alla luce della recente legge per la competitività dei capitali e del prossimo regolamento investimenti, le Casse previdenziali si pongono, e si porranno sempre di più come veri attori del sistema Paese, coniugando, nelle politiche d'investimento, la tensione al rendimento e la salvaguardia dell'interesse generale. Lo ha detto il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti in audizione su Enti e Fondi pensione: "Spessore e liquidità dei mercati sono fattori chiave per lo sviluppo di investitori istituzionali come Fondi pensione ed Enti di previdenza". Ma il basso livello di flottante unito alla bassa capitalizzazione comporta, però, una ridotta presenza di società quotate italiane negli indici internazionali che guidano gli investimenti dei Fondi, oggi dominanti. L'Italia pesa per il 3% nell'indice MSCI Europe (28% Regno Unito, 17% Francia e 15% Germania).

Gli Enti di previdenza e i Fondi pensione gestiscono un'enorme quantità di risparmi degli italiani, ma solo una parte di queste risorse viene reinvestita nel Paese.

Quando si tratta di investire in titoli di Stato cosiddetti sicuri, in molti hanno deciso di investire all'estero rispetto all'Italia. Eppure, secondo Giorgetti, queste "riserve strategiche di risparmio" sarebbero essenziali per finanziare le infrastrutture sul territorio, altrimenti vincolate alla capacità di spesa di un bilancio pubblico troppo limitata. La propensione per gli investimenti esteri da parte di questi Enti e delle forme pensionistiche complementari è collegata agli indici di riferimento internazionali, che assegnano all'Italia un peso modesto sia per l'esiguo numero di imprese quotate, sia per il limitato sviluppo del mercato finanziario.

Nel complesso gli investimenti direttamente riferibili ai Fondi di previdenza integrativa ammontano a 189 miliardi di euro, di cui 73 miliardi sono destinati all'acquisto di titoli di Stato. Tuttavia, solo 27 miliardi si riferiscono a buoni del Tesoro italiani, pari al 14% degli investimenti totali.

La cifra sale a 36,6 miliardi se si considerano tutti gli investimenti domestici. E' da rilevare, poi, che le Casse, nel 2023, hanno investito in Italia ben 44 miliardi di euro, pari al 38,6 per cento delle attività totali (con un aumento di 3 punti percentuali rispetto all'anno precedente). In proporzione, invece, i Fondi pensione complementare investono in Italia molto meno: il 19,4 per cento del totale degli investimenti (in calo dell'1,4 per cento).

Tuttavia, anche secondo il ministro Giorgetti, gli Enti di previdenza potrebbero diventare attori chiave se, oltre a soddisfare gli interessi dei loro iscritti, si impegnassero in investimenti utili al Paese. Per incentivarli in questo percorso, si potrebbe introdurre un'imposta sostitutiva agevolata pari a quella già prevista per i rendimenti del fondo pensione, attualmente al 20%, contro il 26 % oggi pagato.

In legge di bilancio ci sono diversi emendamenti con riferimento all'opportunità di rafforzare il secondo pilastro. Questi emendamenti dovranno essere valutati con estrema attenzione dal Governo. Se per l'esecutivo lo sviluppo della previdenza integrativa resta “ una delle azioni di politica economica cruciali ”, Giorgetti ha comunque promesso che nessun intervento sarà calato dall'alto, ma sentendo tutti i soggetti interessati, parti sociali in primo luogo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



4 dic
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Ddl bilancio/ Verso il rinvio al 16 dicembre dell'avvio di discussione generale in Aula alla Camera. Primi voti in Commissione attesi tra il 10 e l'11 del mese

di Radiocor Plus

Si profila un rinvio di qualche giorno, al 16 dicembre rispetto al 13 stabilito dalla conferenza dei capigruppo, per l'avvio della discussione generale del Ddl bilancio nell'Aula della Camera. Lo riferiscono fonti parlamentari, sottolineando nello stesso tempo che il giorno successivo, martedì 17, l'Assemblea sarà impegnata nella discussione sulle comunicazioni del presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, relative al Consiglio europeo.

Nella commissione Bilancio si è intanto tenuta la seduta dedicata all'illustrazione degli emendamenti alla Manovra e le prime votazioni potrebbero tenersi tra martedì e mercoledì prossimi. Il relativo 'timing' deve tuttavia tenere conto, viene fatto inoltre rilevare, del calendario dei lavori dell'Assemblea di Montecitorio, dove nelle stesse giornate dovranno essere licenziati i decreti legge Ambiente e Scuola-Pnrr. Un ufficio di presidenza della Commissione definirà le giornate utili per portare a termine l'esame del provvedimento (che dovrà essere esaminato anche dal Senato).



4 dic
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Autismo/ Metodo Aba fuori dal Decreto Tariffe Lea: il ministero corra ai ripari

di Associazione nazionale genitori persone con autismo (Angsa)

Esprimiamo forte delusione per il mancato inserimento delle terapie psico educative basate sull'analisi applicata del comportamento (Applied Behavior Analysis, in sigla Aba) nel nuovo Decreto Tariffe per la specialistica ambulatoriale compresa nei Livelli essenziali di assistenza. Lo scorso 14 novembre 2024 è stata approvata in Conferenza Stato-Regioni l'intesa sul nuovo decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Mef, che modifica il Dm 23 giugno 2023 "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica" ma licenzia un documento che dopo i lunghissimi anni impiegati per l'elaborazione nasce senza tenere conto dei diritti dei bambini e delle persone con autismo. Questo diritto agli interventi basati sull'Aba si poggia su:

- la Linea guida n. 21 del 2011 "Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti", confermata senza modificazioni nel 2015, sulla base delle ricerche scientifiche condotte fino alla data
- le Linee di indirizzo del 2012
- l'art.60 dei Livelli essenziali di assistenza del gennaio 2017, che ha ribadito il diritto sancito dalla Legge 134 del 2015 "alle prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di



metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche” e che ha prescritto alla Conferenza unificata di aggiornare le Linee di indirizzo del 2012 entro 120 giorni

- le nuove Linee di indirizzo, pubblicate il 10 maggio 2018 (ben oltre i mesi concessi), che hanno aggiornato senza smentirle quelle del 2012, che davano precise indicazioni sulle modalità degli interventi.

Altri 4 anni sono trascorsi invano e a questi diritti non è stato dato seguito nel Decreto Tariffe del novembre 2024, che non nomina neppure una volta gli interventi basati sull’Aba.

Abbiamo a più riprese espresso l’esigenza dell’inserimento dei trattamenti basati sull’Aba nel Nomenclatore tariffario ma le nostre richieste non sono mai state prese in considerazione.

Questo inserimento non è più procrastinabile, anche per la [sentenza del Consiglio di Stato sez. III, 6 ottobre 2023, n. 8708](#) che ne ha stabilito la piena esigibilità a carico del Servizio sanitario nazionale.

La “Commissione nazionale per l’aggiornamento dei Lea e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale” ha disatteso anche le indicazioni dei parlamentari che in data 3 marzo 2022 avevano approvato all’unanimità le due mozioni concernenti iniziative per la diagnosi e la cura dei disturbi dello spettro autistico in tutte le età (mozione 1-00543, prima firmataria On.Villani e mozione 1-00597, primo firmatario On.Lollobrigida). Neppure è stata accolta, come già denunciato dalla Società italiana di Genetica umana (Sigu), la richiesta appoggiata da Angsa e da Apri, di inserimento di test completi per esaminare a “pacchetto” (cioè a tappeto) le condizioni biochimiche e genetiche utili per giungere alla diagnosi eziologica, rispettando il primo diritto dei genitori che rappresentano il bambino con disturbi del neurosviluppo di origine sconosciuta, quello di conoscere l’eziologia, se è possibile allo stato della scienza, che progredisce sempre più in questo campo.

Invitiamo, pertanto, il ministero della Salute a prendersi carico di questa grave carenza, nell’interesse esclusivo di bambini, adolescenti e adulti con autismo e delle loro famiglie.

Si associano:

Fish, Federazione Italiana Superamento Handicap

Fand, Federazione tra le associazioni delle persone con disabilità

Anffas, Associazione Nazionale Famiglie e Persone con Disabilità Intellettive e Disturbi del Neurosviluppo

Apri, Associazione Cimadori per la ricerca italiana sulla sindrome di Down, l’autismo e il danno cerebrale

Aiamc, Associazione italiana di Analisi e Modificazione del comportamento e terapia comportamentale e cognitiva

Aarba, Association for the Advancement of Radical Behavior Analysis

«Medici di cuore e di scienza: il “segreto” di una missione»

FILIPPO ANELLI

«L'invito che vi faccio è ad animare dall'interno i sistemi sanitari, perché nessuno venga abbandonato». Questo l'appello che papa Francesco ha rivolto a noi medici e agli altri professionisti sanitari il 23 novembre, ricevendoci a conclusione del Convegno internazionale "Universalità e sostenibilità dei Servizi sanitari nazionali in Europa", organizzato in collaborazione con la Cei, seconda tappa del percorso verso il Giubileo dei malati e della sanità.

Nessuno venga abbandonato: è questo lo spirito vero, il cuore del nostro Servizio sanitario nazionale, che nasce per non lasciare nessuno indietro, per garantire cure a tutti, indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali, fisiche, di genere, di età, e per rendere tutte le persone uguali di fronte alla salute. È questo il senso della nostra professione di medici, che ci impone come unico dovere quello della cura, declinato nei suoi vari aspetti e sfaccettature: la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna.

Non abbandonare significa dunque curare tutti: anche gli inguaribili, anche chi la pensa diversamente da noi. Anche gli emarginati, anche i fragili, perché il solo fatto di essere persone conferisce loro il diritto alla cura e alla tutela della salute. Anzi, le condizioni di fragilità e di emarginazione elevano all'ennesima potenza tale diritto, che deve essere garantito con maggior attenzione e delicatezza, con predilezione, come ci ha ricordato il Papa.

È quello che facevano i Medici Santi: san Giuseppe Moscati, che da poco abbiamo ricordato in un altro bel convegno, organizzato insieme alla Sis 218, della quale è patrono; prima di lui, i santi Cosma e Damiano, patroni di tutti i medici. È quello che ci impone il Codice di Deontologia, che dopo aver fissato, all'articolo 3 i doveri del medico, all'articolo 32 esplicita quello alla tutela dei minori, delle vittime di qualsiasi abuso o violenza e delle persone in condizioni di vulnerabilità o fragilità psicofisica, sociale o civile. È quello che afferma la nostra Costituzione, quando, all'articolo 32, attesta che la Repubblica garantisce cure gratuite agli indigenti, ponendo le fondamenta del nostro Ssn.

Sono questi i principi che i medici incarnano nel loro lavoro quotidiano; sono questi i principi che, resi vivi dagli uomini e dalle donne che ne sono portatori e testimoni, animano dall'interno il nostro Ssn; sono questi i principi che hanno traghettato il paese fuori dalla pandemia di Covid: il sacrificio di ben 383 medici ha reso evidente l'importanza dei principi che ispirano la professione, condizionandola al bene della persona. "Ogni vita conta" è lo slogan che Fnomceo ha utilizzato durante l'emergenza Covid per ringraziare tutti i medici che, avendo giurato di difendere la vita, non si sono risparmiati, nei reparti e sul territorio, per salvare il numero più alto di pazienti. Ospedaliere, pediatri, specialisti ambulatoriali, medici di famiglia, di continuità assistenziale, delle Usca, del 118, delle Rsa, odontoiatri: tutti si sono impegnati, ciascuno per la propria parte,

per l'obiettivo comune di contenere gli effetti devastanti della pandemia.

Proprio dalla pandemia è emersa con maggiore insistenza la necessità di un cambiamento del Codice di Deontologia. Un Codice che indichi chiaramente ai medici di domani che devono imparare a dedicare tempo al paziente, ad ascoltarlo, a rivalutare la singolarità dell'individuo, utilizzando la complessità degli strumenti a disposizione per giungere a una presa in carico della persona nella sua interezza, perché il medico debba non solo curare le malattie attraverso la diagnosi e la terapia ma essere sempre più il medico della persona. Quattro le direttrici sulle quali lavorare: i "nuovi" diritti, come l'autodeterminazione, il pluralismo culturale, la libertà della ricerca e della scienza; la comunicazione, intesa come rapporto medico-paziente, con le altre professioni, e con l'esterno; le nuove tecnologie, tra le quali l'intelligenza artificiale, la robotica, la telemedicina; responsabilità, autonomia e rischio clinico, che riguarda, tra le altre cose, il conflitto di interesse e il rapporto tra il Codice e la Legge. Tematiche che

riguardano non solo i medici ma l'intera società civile.

Il cambiamento, dunque, non



poteva che partire da un confronto con la società civile: con un *board* di esperti, medici, giuristi, giornalisti, filosofi della medicina, religiosi, per condividere le linee su cui intervenire. Rinnovare il Codice di Deontologia medica rappresenta sempre una sfida per la professione, giacché comporta una profonda riflessione sul-

la natura dell'essere medico e sul ruolo che i medici svolgono nell'assicurare la salute, curare le malattie e lenire le sofferenze. I medici vivono quotidianamente con disagio i condizionamenti sociali e culturali della società che riguardano la loro professione. Si tratta di condizionamenti di carattere economico e organizzativo che rendono frustrante l'esercizio professionale, come la cosiddetta medicina amministrata, espressione di scelte non coerenti o addirittura in contrasto con quei principi che ispirano la professione. La scelta di aziendalizzare la sanità e il Ssn ha condizionato negativamente le finalità del sistema, mettendo al primo posto gli obiettivi di carattere economico rispetto a quelli di salute che dovrebbero, invece, essere il suo principale scopo. In questo modello i medici si trovano spesso costretti a subordinare la loro attività professionale e assisten-

ziale agli obiettivi economici imposti dal loro datore di lavoro, limitando le prestazioni. È una delle ragioni che determinano l'insorgenza di episodi di violenza contro gli operatori sanitari, chiamati per dovere etico e deontologico a essere sempre accanto al malato, e invece percepiti dal cittadino come coloro che limitano il soddisfacimento del loro bisogno di salute. Anche lo stesso tema della responsabilità medica e il fenomeno sempre più frequente del ricorso alla magistratura penale per censurare l'operato del medico è espressione di uno iato tra professione e società, che provoca disagio e medicina difensiva.

Questa difficoltà di rapporto tra medico e società, e il conseguente disagio per la professione medica, ha portato a parlare di crisi del medico e della necessità di un cambiamento. Un cambio di passo e di paradigma, intendendo per questo la necessità di rivedere la definizione del ruolo del medico, ossia il passaggio da un professionista oggi preparato per curare la malattia a un medico capace e formato per curare la persona. Prendersi cura della persona significa rispettare l'altro come persona che a noi si affida, preservare la sua dignità, rendere esigibili - grazie alle nostre compe-

tenze - i suoi diritti. Un cambiamento che presuppone una profonda modifica anche dei percorsi formativi in grado di preparare un medico che possa utilizzare lo strumento della comunicazione come l'atto più importante per la cura del paziente.

Non abbandonare, infine, vuol dire non poter accettare che qualcuno rimanga indietro, che 4,5 milioni di italiani oggi siano costretti a rinunciare alle cure per ragioni economiche o per le liste di attesa troppo lunghe. Ognuno di questi cittadini è per noi medici, per il Servizio sanitario nazionale, per l'intero Paese, una sconfitta, una ferita aperta. Animiamo dunque dall'interno il nostro Ssn, continuiamo a riempirlo con il nostro impegno di professionisti, e chiediamo con forza alla politica di ritemperarlo con risorse e riforme. Noi siamo i clinici della persona, sempre chinati ad accogliere, curare, consolare chi soffre: la politica sia il clinico del nostro Ssn. Perché nessuno, mai, resti solo, resti indietro.

Siamo fieri di avere dalla nostra parte, verso questo obiettivo, i cittadini, la società civile, la Chiesa. Ci rincuorano le parole di papa Francesco, del cardinale Pietro Parolin, Segretario di Stato della Santa Sede, del cardinale Matteo Maria Zuppi, presidente Cei, del vi-

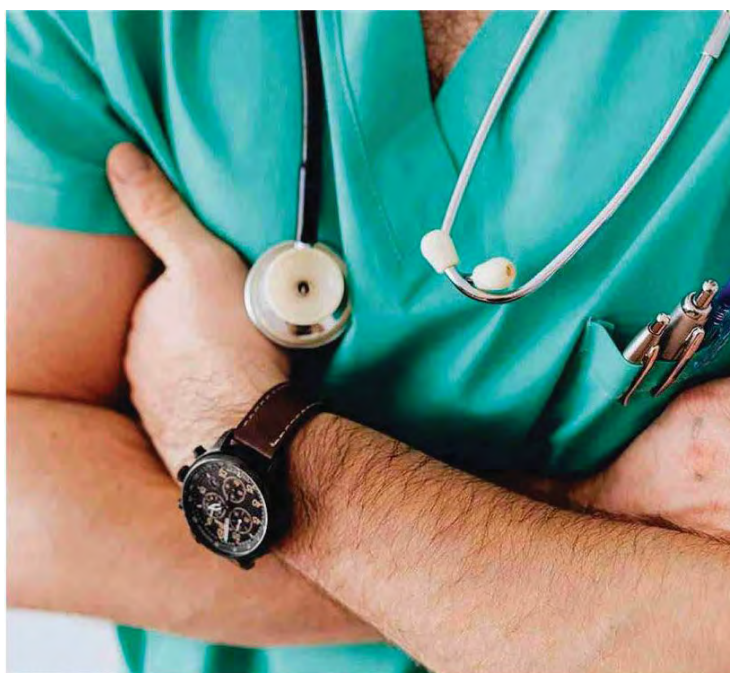
cepresidente monsignor Francesco Savino, che più volte sono stati ospiti ai nostri convegni, di monsignor Giuseppe Baturi, che della Cei è segretario generale, di monsignor Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio nazionale per la Pastorale della salute. Parole a sostegno di un Servizio sanitario nazionale equo, uguale, universalistico, solidale, dove il medico sia sempre libero di udire, ascoltare, accogliere e prendersi cura del grido di dolore, del lamento, della sofferenza silenziosa, che non ha o non trova parole; dove questo gemito non sia soffocato dal rumore di fondo di tutte le questioni aperte, dei malfunzionamenti, delle difficoltà organizzative; dove la persona, il malato, sia protagonista, insieme al medico e agli operatori sanitari, di quell'alleanza terapeutica che è l'essenza stessa della cura.

Presidente Federazione nazionale Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo)

Il presidente dei medici italiani, Filippo Anelli:
«Ogni vita conta
Siamo professionisti
che curano persone»



Filippo Anelli



Prendersi cura delle persone, della loro domanda di salute e di senso, resta il cuore della professione medica





Dir. Resp.: Marco Girardo

Voci, storie e volti tra crisi e dedizione

Cosa sta succedendo alla professione medica? Ripetuti episodi di cronaca segnalano un clima di insofferenza verso i limiti della medicina di fronte alla malattia e dell'organizzazione sanitaria nell'accogliere chi ha bisogno; la stima per i sanitari, pur ancora vasta, è ben diversa da quella che li circondava durante la pandemia; l'attrattiva della professione pare in declino tra i giovani, e molte specialità non riescono a colmare i vuoti di chi lascia; le retribuzioni insufficienti, i turni onerosi, la burocrazia assillante generano un diffuso scontento tra camici bianchi che pure hanno scelto un lavoro certo non uguale agli altri. Ma quella del medico resta una missione:

farsi carico della malattia e prima ancora del malato, della sua domanda di salute ma anche di senso ne fa un presidio insostituibile di umanità, dentro una società sospesa tra il funzionalismo efficientista e il bisogno profondo di cura, sempre più diffuso. Ecco perché in questo inserto ci occupiamo della missione del medico, persona che si fa accanto a persone. Offrendovi voci autorevoli e storie significative.
Francesco Ognibene



Alleanza tra chirurgo e paziente: l'umanità incoraggia a guarire

RACHELE CALLEGARI

Lucia Torracca è la responsabile del reparto di Cardiocirurgia all'Ircs Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (Milano). Si è specializzata nel trattamento dei tumori del cuore, con un approccio innovativo grazie alle tecnologie del 3D Innovation Lab, che permettono la "stampa" di *phantom*, modelli anatomici dei cuori malati, grazie ai quali è possibile visualizzare in anticipo la procedura migliore per intervenire.

Dottoressa, ci racconti di lei: qual è stata la sua formazione?

Sono originaria di La Spezia ma ho studiato a Pisa. Ho maturato l'idea di fare il cardiocirurgo abbastanza presto nel corso degli studi universitari e da lì sono andata a Bergamo, dove ho iniziato con la cardiocirurgia pediatrica, e dopo un po' di anni mi sono spostata nel settore degli adulti. Ho girato molto: prima Brescia, in seguito in Francia, poi sono arrivata a Milano, al San Raffaele. Da lì Ancona, dove sono stata primario per otto anni. Infine, sono tornata a Milano, che considero un po' casa mia, visto che, dopo il posto dove sono nata, è la città dove sono stata più a lungo.

Oggi guida la Cardiocirurgia all'Humanitas, una delle poche donne in Italia per una simile posizione.

Per molto tempo sono stata l'unica, da un po' finalmente non è più così. Il numero delle donne in Cardiocirurgia non è elevato, ma sta crescendo molto. Nel mio organico ne ho tre, e anche nelle altre strutture aumenta continuamente il numero delle ragazze. È una cosa bella, una strada che si apre. Quando ho iniziato era un po' più complesso, adesso le cose stanno cambiando: è un segnale, sempre più donne hanno la possibilità di fare questo e anche altro. Sappiamo che la carriera spesso preclude altri percorsi, e invece no, è giusto che ci sia la possibilità di avere entrambe le cose: il lavoro e la vita al di fuori del lavoro.

Attualmente lei si occupa dei tumori del cuore.

Sì, tra le altre cose, ho iniziato un programma di trattamento dei tumori maligni del cuore: una patologia rara, con caratteristiche piuttosto complesse e che interessa la popolazione giovane nella gran parte dei casi. Si tratta di patologie con una prognosi spesso non buona perché molto aggressive. La chirurgia ha un ruolo importante nel trattamento di questi pazienti, soprattutto se associata alle altre terapie.

Come sfruttate le nuove tecnologie di stampa nel 3D Innovation Lab?

Questo laboratorio è un grande aiuto perché ci consente di ricostruire, tramite un modello tridimensionale,

il cuore malato dei nostri pazienti. Questi tumori hanno la caratteristica di interessare zone del cuore non facilmente approcciabili con la chirurgia e anche di porsi in relazione con parti vitali come valvole e coronarie. La rimozione del tumore spesso è estremamente demolitiva: dobbiamo togliere il più possibile e poi ricostruire il cuore, utilizzando materiali biologici. Il comportamento dei tumori è variabile da paziente a paziente e le strutture interessate sono diverse. Quindi avere per ogni paziente la possibilità di creare un modello tridimensionale che ci consenta, prima dell'intervento, di pianificare in maniera precisa l'operazione è estremamente importante, oltre che innovativo.

Voi quindi riuscite a vedere e toccare in anteprima il tumore del paziente, localizzarlo e capire come intervenire.

Nel nostro modello 3D c'è il cuore di *quel* paziente con il *suo* tumore: il modello ci consente di capire quali sono le strutture interessate o che comunque andranno rimosse e quindi pianificare la ricostruzione. Questo aiuta anche un giovane medico nella fase iniziale del suo percorso professionale: è estremamente importante avere la possibilità di pianificare prima l'intervento e quindi di avere il minor numero possibile di imprevisti durante la procedura.

Quanto è innovativa una tecnologia simile?

Non è tanto la tecnologia, quanto la sua applicazione nel campo dei tumori del cuore. La ricostruzione mediante un modello 3D era già stata applicata alle cardiopatie congenite, anch'esse prevedono una ricostruzione del cuore. Sono chirurgie demolitive e spesso ci si trova davanti a situazioni anatomiche fuori dalla norma in cui bisogna riportare la nor-

malità.

"Humanitas": il nome stesso di questo ospedale rimanda al rapporto umano. Quanto è importante, per lei, instaurare con il paziente un legame che non sia solo professionale?

È fondamentale nel nostro mestiere. Il paziente ha



una percezione limitata della nostra attività: quello che sa è che andrà in una sala operatoria e qualcuno metterà le mani sul suo cuore. Dopo di che, quanto sarà complesso l'intervento lo capisce fino a un certo punto, ed è giusto che sia così. È importante creare un rapporto di fiducia, di empatia vera, grazie al quale il paziente arriva a fidarsi del suo medico. Questo legame si instaura su piccole cose, è un qualcosa che deriva dalle tue doti umane: o le hai o non le hai.

Il rapporto che si crea può giovare al paziente anche per come affronterà l'intervento?

Assolutamente sì, perché nella fase post-operatoria abbiamo necessità di molta collaborazione da parte sua. La persona che entra in sala operatoria fiduciosa e serena è un paziente che nel post-operatorio è più stimolato a partecipare e a fare tutte quelle cose che gli vengono richieste per ottenere una guarigione più rapida. Ancora una volta, il legame umano è fondamentale.

Questo implica anche il coinvolgimento della famiglia?

Sicuramente. Cercare di tenere insieme paziente e famiglia e, al contempo, coinvolgere tutto il gruppo delle persone con cui lavori è fondamentale. Il paziente non può trovare un rapporto di questo genere solo con il chirurgo che lo opera ma si deve fidare di tutto il personale medico che lo cura, il personale infermieristico, i fisioterapisti, gli anestesisti: e questo deve coinvolgere tutte le persone - in particolare la famiglia - che entrano nel suo percorso di cura.

Può fare un esempio concreto di questa dimensione umana?

Penso di essere abbastanza fortunata in questo senso, perché i miei pazienti mantengono un rapporto bello con me anche dopo l'operazione. Ho pazien-

ti che ancora oggi mi scrivono a distanza di anni, spesso nel giorno in cui ricorre la data in cui sono stati operati: lo chiamano il loro "intervento-compleanno", mi dicono che stanno bene e che ancora mi ricordano. È una cosa che fa piacere.

Sul versante opposto si collocano le aggressioni a medici e personale sanitario: si è data una spiegazione su cosa le scateni?

Le ragioni sono tante. Penso che in parte siano legate a situazioni personali, ma si devono anche un po' alla pubblicità non tanto positiva che purtroppo viene fatta continuamente al mondo della sanità, ad esempio quando si legge di continuo che ci sono attese troppo lunghe. È vero, però c'è anche molta discussione. E qualche volta, nei discorsi dei pazienti, ho l'impressione di trovare una certa sfiducia preconcetta, magari neanche motivata nel singolo contesto. Non è una cosa piacevole, penso sia un po' dovuta alla tendenza del momento.

Potrebbe essere questa una delle ragioni dietro all'attuale carenza di medici in Italia?

Sì e no. Questa carenza ha ragioni di tipo tecnico molto specifiche: il vero ostacolo non è il numero chiuso a Medicina ma l'ingresso alle Scuole di specializzazione, che è stato limitato nel corso degli anni. È anche vero che per alcune specialità non è facile trovare i medici che vogliono affrontare questo percorso. Sicuramente c'è un problema economico, e forse anche strutturale. Probabilmente all'estero i giovani medici hanno una situazione diversa, con guadagni molto più elevati e orari di lavoro più contenuti.

Eliminare il test d'ingresso a Medicina non sarà quindi la soluzione?

No, credo ci voglia anche altro.

L'esperienza sul campo di Lucia Torracca, responsabile della Cardiochirurgia all'Humanitas di Rozzano



Lucia Torracca



Un'équipe in sala operatoria



IL DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'ISTITUTO AUXOLOGICO

Le terapie migliori? Ascolto, tempo, fiducia

Gianfranco Parati: la persona è più complessa della sua malattia, noi dottori dobbiamo ricordarcelo sempre

GIOVANNA SCIACCHITANO

La medicina fa passi da gigante, è sempre più specialistica e avanzata, ma spesso a scapito del rapporto medico-paziente. Ne parliamo con Gianfranco Parati, specialista in Cardiologia e medicina interna, direttore scientifico dell'Istituto Auxologico italiano e docente all'Università degli studi di Milano-Bicocca. «Il punto chiave è che da un lato c'è bisogno che la medicina sia precisa e aggiornata - spiega - ma il concetto fondamentale è che si prenda in carico la persona. Ciò che dico sempre ai miei studenti è che non si cura la malattia ma la persona. E qui il sistema scricchiola, perché spesso si inquadra il problema, ma non si mette il naso fuori dal proprio recinto. E così non si

prende in considerazione il profilo della persona. Occorre una visione più integrata della medicina, che consente anche di sbagliare meno. Se non si tiene conto delle comorbidità, dei fattori di rischio e della storia del paziente si possono fare interventi non idonei».

Parati mette l'accento sulla fiducia alla base del rapporto medico-paziente. «Occorre una collaborazione maggiore con il malato - sottolinea -. È molto importante per le patologie croniche, in cui uno dei problemi principali è l'aderenza alle terapie nel lungo periodo. La terapia, che dev'essere sempre personalizzata, funziona se il paziente ha fiducia nel medico. E nessun farmaco funziona se non viene regolarmente assunto».

Il problema riguarda la sanità in generale, un po' in tutti i Paesi. «C'è sempre più stress e sempre meno tempo - spiega lo specialista -. Anche l'organizzazione del servizio sanitario è meno efficace di una volta. Il numero dei medici è insufficiente e spesso ci sono problemi finanziari. Quindi si cerca di contenere i tempi, a scapito della qualità. In più, molti interpretano le tecnologie come un sostituto della prestazione, mentre dovrebbero essere un complemento. Oggi la telemedicina è molto utile ma non può sostituire il medico».

Su questo punto in università c'è bisogno di formazione, anche se già molti docenti sono attenti al rapporto tra il medico e il suo paziente. «Una visita dovrebbe prevedere il tempo giusto - osserva Parati -. Non si può visitare un paziente in dieci minuti. Bisogna dare il tempo di esporre i propri sintomi e problemi. Inoltre, il medico deve rilevare tutti i parametri. A cominciare dalla misurazione della pressione, spesso fatta frettolosamente». La parola chiave è "conoscere" la persona, proprio per questo la visita è preziosissima. «Avere un buon rapporto con il paziente, conquistare la sua fiducia, sono pilastri importanti per impostare e portare avanti una terapia efficace». Naturalmente è giusto anche sentire l'opinione e le preferenze del paziente. Purtroppo spesso comanda il "dottor Google": così capita che si vada dal medico solo per vedere se è d'accordo con quello che si è trovato in rete, a volte notizie non controllate. I risultati migliori si ottengono quando si genera un rapporto di fiducia e si lavora insieme per lo stesso obiettivo, che è la salute della persona». Un altro problema è quello dei medici del pronto soccorso e dei medici di famiglia, in affanno e spesso vittime di violenza: «Qui occorrono: organizzazione, formazione e remunerazione. Per prima cosa serve personale sufficiente, formare i giovani medici e riconoscere le competenze. I nostri medici sono pagati molto meno rispetto alla media europea. Anche i medici di base sono caricati con tantissimi pazienti e non si sentono gratificati. In compenso ci sono molti medici giovani fortemente motivati. Contro l'eccesso di burocrazia l'intelligenza artificiale potrebbe aiutare per la stesura delle prescrizioni. Fortunatamente ci sono tanti esempi virtuosi che rendono questa professione la più bella del mondo, perché l'aiuto che si dà alle persone regala una soddisfazione impagabile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CARACENI (INT MILANO)

«Cure palliative risposta efficace alla sofferenza»

ELISABETTA GRAMOLINI

Non si può considerare la persona estraniata dal contesto sociale o familiare. Figuriamoci quando si tratta di un paziente, al compimento del percorso di vita, bisognoso di terapie che alleviano le sofferenze: è in quel momento che le cure si confrontano con tessuti relazionali fitti oppure slabbrati da tempo e dissapori. Il luogo dove la trama trova spesso sostegno è l'hospice ed è alle dinamiche qui costruite che guarda il webinar "La famiglia e il fine vita: tematiche etiche e non solo", terzo di un ciclo di incontri dal titolo "Più umanità per medicina. Riconoscere e riscoprire l'umano nella pratica della medicina e nelle questioni aperte di bioetica", promosso dall'Associazione medici cattolici (Amci) di Milano - sezione presieduta da Alberto Cozzi, appena eletto nel consiglio nazionale sotto la nuova guida di Stefano Ojetti - e rivolto prioritariamente agli operatori sanitari. «Ci sono molti fattori che concorrono al percorso di cura - ha spiegato Augusto Caraceni, direttore della struttura complessa di Cure palliative, terapia del dolore e riabilitazione dell'Istituto Nazionale dei Tumori Irccs di Milano, oltre che direttore della Scuola di

specializzazione in medicina e cure palliative dell'Università degli Studi Milano -. Tant'è che, a seconda dell'andamento della malattia, del nucleo familiare, delle terapie proposte e degli effetti, si può pensare a componenti che subiscono riequilibri». Nell'hospice, l'équipe compie una valutazione delle relazioni familiari e cerca di instaurare una comunicazione attenta, aiutata da psicologi, in cui le scelte della persona siano in primo piano. «L'analisi della situazione del paziente, inserito in una relazione sociale e familiare, è importante, anche quando i familiari sono assenti o c'è contrasto con loro». Sollecitato dalle domande dei partecipanti, moderate da Stefano Rusconi, docente di Malattie infettive all'Università degli Studi di Milano, Caraceni ha cercato di dipanare questioni e dubbi che interrogano opinione pubblica e comunità, in particolare sulle leggi che riguardano il fine vita o le dichiarazioni anticipate di trattamento. A monte secondo il professore deve esserci un interrogativo: quanto sono informati i pazienti e le famiglie in merito all'accompagnamento della persona tramite le cure palliative? «La parola "palliativo" - ha osservato Caraceni - spesso solleva dubbi perché l'accezione creduta da molti è che siano superflue, ma non è cambiando

il nome che mutiamo le condizioni. Il desiderio di abbreviare la sofferenza può passare per la testa, ma se trova una risposta adeguata porta alla capacità di arrivare al compimento della vita secondo l'evoluzione naturale della malattia». Alle persone e ai familiari si deve dunque dare la possibilità di informarsi e di accedere a un sistema di cure palliative efficiente e capace di assistere tutti: «Ci sono tante possibilità per migliorare la consapevolezza e guidare lungo la malattia. Molto è stato fatto - ha concluso Caraceni - ma bisogna lavorare sulla comunicazione e sulla cultura per la diffusione di queste terapie».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



È VITA
**«Embrione
e mamma
all'unisono»**
ENRICO NEGROTTI

 «Le evidenze scientifiche mostrano un *continuum* dal concepimento ai mille gior-

 ni di vita che condiziona la salute futura». Parla il nuovo presidente dei neonatologi italiani Massimo Agosti.
A pagina 25

Il direttore della Terapia intensiva neonatale a Varese: dal concepimento ai 2 anni un continuum nella vita del bambino, dopo la nascita gli cambiamo nome ma il soggetto resta lo stesso. E per i prematuri continui passi avanti

«Embrione e mamma, una cosa sola»

Massimo Agosti, nuovo presidente dei neonatologi italiani: ormai tantissime le prove scientifiche di una simbiosi fin dalle prime settimane di gravidanza, vivono all'unisono

ENRICO NEGROTTI

«**N**egli ultimi 40 anni in Italia abbiamo attraversato una rivoluzione nell'assistenza ai neonati, soprattutto i prematuri: accanto alla tecnologia è ormai chiara l'importanza della presenza dei genitori. Come è sempre più evidente il ruolo dell'allattamento materno per tutti i neonati». Massimo Agosti è il nuovo presidente della Società italiana di Neonatologia (Sin): è docente di Pediatria all'Università dell'Insubria e direttore della Neonatologia e Terapia intensiva neonatale (Tin) all'Ospedale Del Ponte di Varese. Confessa di essersi "innamorato" della neonatologia all'inizio della sua esperienza di medico e di non essersi mai pentito: «Credo sia importante far capire quanto sia bello avere un neonato, un essere umano che nei primi mille giorni (dal concepimento ai primi due anni di vita) compie le trasformazioni più grandi dell'intera vita».

Parlare di mille giorni significa rivedere i confini della neonatologia, che si occupava del nuovo nato nel solo primo mese di vita?

È vero che sui libri di testo l'epoca neonatale si definiva precoce fino ai 7 giorni di vita e tardiva fino ai 28, per poi lasciare spazio alla prima infanzia. Ma è una divisione superata dalle evidenze scientifiche che, negli ultimi 10-15 anni, hanno confermato come ci sia un *continuum*, dal concepimento ai mille giorni, che condiziona la salute a lungo termine dell'essere umano. Pur passando da embrione a feto, a neonato e poi a lattante parliamo dello stesso soggetto umano che si sviluppa. Ci sono tantissime prove scientifiche sul fatto che attua una comuni-

cazione continua con la mamma sin dalle prime settimane di gestazione. Una comunicazione non verbale: l'embrione dalle 10-12 settimane di vita intrauterina sviluppa le papille gustative, i recettori olfattivi e tocca intorno a sé. Vive all'unisono con la mamma: "respira" insieme a lei, sente (ha anche l'udito) il suo battito cardiaco. Anche il più sfortunato e prematuro sta 5,5-6 mesi nella pancia con la mamma e ne condivide tutte le emozioni: ansie, felicità, paura. È stato provato che mantiene anche memoria nelle sue preferenze di quanto ha mangiato la mamma in gravidanza. Appena nasce gli cambiamo nome, ma il soggetto è lo stesso.

Quanto conta per la salute questo periodo?

I primi nove mesi in utero e i successivi 24 dopo la nascita sono il periodo in cui si verificano i più grandi cambiamenti nella vita, nel bene e nel male. Tante malattie della vita adulta, quelle non trasmissibili, trovano spesso la loro origine in stili di vita, abitudini ed errori di questa fase: sovrappeso e obesità, che portano a diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari. Esiste anche una Società scientifica europea per le



malattie fetali e neonatali a riverbero nell'età adulta. La nascita è un focus privilegiato dalla vita intra a quella extrauterina, ma certe fragilità si manifestano anche nella vita in utero.

Quindi ora i neonatologi si occupano dei nati anche oltre il primo mese?

Non c'è nessuna intenzione di invadere il lavoro dei pediatri, siamo i medici dell'epoca neonatale e vogliamo restarlo. I neonatologi si occupano del bambino oltre il primo mese se è nato molto prematuro, con sistemi integrati di *follow-up*. In Italia i neonati pretermine sono il 7% del totale: il 6% poco pretermine, l'1% molto o estremamente pretermine. Il neonato pretermine, che è stato curato e salvato nel momento acuto, con grande sforzo organizzativo e impegno emotivo e di risorse, poi ha bisogno di essere seguito a medio-lungo termine: le linee guida internazionali parlano di almeno 6 anni di vita. È un tema di confronto con le amministrazioni regionali e nazionali per far sì che ogni Terapia intensiva neonatale (Tin) si doti di *follow-up* che si interconnetta con i pediatri di libera scelta. Alcuni di questi bambini vanno a casa con necessità assistenziali non irrilevanti: possono avere difficoltà alimentari e/o respiratorie, ma non tutti e non sempre. Dobbiamo garantire cure sartoriali, su misura di quel bambino e di quella famiglia.

Quanto sono cambiate le cure ai pretermine?

Tantissimo. La svolta è avvenuta nel 1963, quando morì a soli due giorni di vita Patrick Bouvier Kennedy, figlio del presidente John Kennedy. I medici non seppero far nulla anche se il neonato era "poco pretermine". Il presidente decise di stanziare milioni di dollari per migliorare l'assi-

stenza, dando il via alle cure intensive neonatali. All'inizio della mia vita professionale, nel 1982, si cominciarono a vedere in Italia i risultati di questa rivoluzione tecnologica avviata negli Stati Uniti. Erano più i neonati pretermine che morivano di quelli che si salvavano, ma in quarant'anni c'è stata una trasformazione netta: oggi se un prematuro muore si fa una rivisitazione accurata di quanto fatto. La qualità delle cure in Italia è buona, anche se migliorabile, ma non omogenea: la Sin crede che ogni neonato meriti le stesse opportunità, indipendentemente da dove nasce. Ma accanto al percorso ipertecnologico ci vuole l'attenzione umana. Vale per tutti i neonati, non solo i prematuri.

Oltre alla tecnologia, quali sono le maggiori novità nell'assistenza?

Negli ultimi 30 anni si è capito che più del peso (che resta importante) conta l'epoca gestazionale, il numero di settimane di gravidanza. Il mondo neonatologico e ostetrico si interroga sulle 22-23 settimane come limite di intervento perché un neonato con prematurità di organi e apparati abbia possibilità di sopravvivenza e qualità nella sopravvivenza, soprattutto neurocomportamentale. Ma poi esiste quel bambino lì, con quella famiglia. Ed è ormai assodato

scientificamente che serve la partecipazione dei genitori nelle Tin. La famiglia è parte decisiva della cura, i genitori sono "alleati terapeutici". Noi (medici e infermieri) siamo più competenti ma dobbiamo lasciare lo spazio ai genitori prima possibile.

Tra le sue priorità figura la pro-

mozione dell'allattamento al seno. Quanto è importante?

C'è una consapevolezza diversa da trent'anni fa. Lo consigliamo per tutti i neonati, fisiologici o prematuri, anche per chi ha pro-

blemi alla nascita o malformazioni. Per i prematuri è tra i meccanismi di terapia: il neonato allattato con latte umano ha meno problemi intestinali di uno allattato con latte in formula, per quanto prezioso e fatto con attenzione. La natura ha previsto un elemento di continuità: il latte materno ha un odore che ricorda il liquido amniotico. Fa bene dal punto di vista fisico al bambino e alla mamma (la aiuta a prevenire alcune malattie), ed è un legame di relazione, una chance da non perdere. Alla Sin c'è una Commissione sull'allattamento e sulle Banche del latte umano donato: in Italia sono molte, ma alcune zone ne sono prive.

Con la denatalità vi sentite meno richiesti?

Non credo: mi "innamorai" della neonatologia, una branca affascinante della medicina, e continuo a stupirmi. Se facciamo capire che avere un neonato è bello, se diamo sicurezza ai genitori e importanza al neonato, non risolveremo il problema dell'inverno demografico, ma forse aiutiamo a cambiare questa tendenza. Anche se ovviamente c'è bisogno di soluzioni politiche e di scelte strategiche che non competono a noi. Ma noi facciamo la nostra parte.



Sopra, Massimo Agosti, presidente della Società italiana di Neonatologia (Sin)



Niente sport e cibi sani E la spesa sanitaria cresce di un miliardo

IL RAPPORTO

ROMA Sempre più salato per le casse dello Stato il costo dell'inattività fisica: è un miliardo all'anno. È questa l'extra spesa sanitaria necessaria per curare l'insorgere di patologie causate soprattutto da una cattiva alimentazione e dalla ritrosia a fare sport. Stando alle stime pubblicate nel rapporto "Cibo e sport: buona alimentazione e attività fisica, un connubio perfetto per la salute", curato dalla Fondazione Aletheia e presentato ieri in Senato, l'inattività fisica, che nel mondo potrebbe generare 500 milioni di nuovi casi di malattie non trasmissibili prevenibili al 2030,

con costi di trattamento superiori ai 300 miliardi di euro. Sempre dalla ricerca si scopre che in Europa soltanto la Germania (2,8 miliardi) ha una spesa più alta per la cura di queste patologie.

OBESITÀ

Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha spiegato: «Il nostro obiettivo non deve essere solo allungare la vita, ma garantire che questi anni siano vissuti in buona salute. Nel 2023 il 19 per cento dei bambini di 8-9 anni era sovrappeso, l'8 obeso e il 2 con obesità grave». Il presidente del Senato, Ignazio La Russa, ha ricordato la necessità di difendere le peculiarità dell'alimentazione mediterranea: «Il cibo e la qualità influisce su tutte le fasce di età in maniera importante nella nostra vita». Stefano Lucchini, pre-

sidente della Fondazione Aletheia, Stefano Lucchini, ha sottolineato «il grande lavoro per combattere il tema della disinformazione che è uno dei grandi problemi che tendono a destabilizzare i pilastri del buon vivere». Quindi ha marcato l'importanza di «agire sulla prevenzione, che significa anche favorire la tenuta economica e sociale del Paese». Gli ha fatto Antonio Gasbarrini, direttore del Cemad del Policlinico Gemelli (Centro malattie apparato digerente) e presidente del comitato scientifico di Aletheia: «La longevità ha senso solo se accompagnata dalla salute. Se siamo così attenti a valutare i costi e i risparmi sui farmaci, perché non applicare lo stesso principio al cibo?».

**LUCCHINI (ALETHEIA):
«IL VALORE ECONOMICO
DELLA PREVENZIONE»
IL MINISTRO
SCHILLACI: A RISCHIO
ANCHE I BAMBINI**



IL REPORT DELLA FONDAZIONE ALETHEIA

L'obesità costa all'Italia un miliardo di euro Schillaci: «Così la sanità diventa a rischio»

Nel 2023 quasi un bambino italiano su cinque in sovrappeso
Coldiretti: «La salute nasce a tavola, puntare su cibi naturali»

Gian Maria De Francesco

■ L'inattività fisica e una cattiva alimentazione rappresentano un'emergenza per la salute pubblica italiana, con costi economici e sociali sempre più insostenibili. Secondo il rapporto «Cibo e Sport: buona alimentazione e attività fisica, un connubio perfetto per la salute», presentato ieri al Senato dalla Fondazione Aletheia, il costo dell'inattività fisica per l'Italia ammonta a 1 miliardo di euro all'anno. Una cifra che colloca il nostro Paese al secondo posto in Europa, preceduto solo dalla Germania (2,8 miliardi di euro) e seguito da Francia (932 milioni) e Spagna (446 milioni). L'Organizzazione mondiale della Sanità ha segnalato che, a livello globale, l'inattività fisica potrebbe generare entro il 2030 circa 500 milioni di nuovi casi di malattie prevenibili, con costi di trattamento che supererebbero i 300 miliardi di euro. Per l'Italia, la spesa di 17 euro pro capite all'anno, legata alla mancata attività fisica, sottolinea la necessità di interventi mirati per arginare il fe-

nomeno, in quanto mette a rischio la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Nonostante il miglioramento degli ultimi vent'anni nella pratica sportiva - con una riduzione degli adulti inattivi dal 39,5% al 31,5% - restano preoccupanti le tendenze tra i giovani e i bambini. Nel 2023, il 19% dei bambini italiani di 8-9 anni risultava in sovrappeso e l'8-9% obeso. «È essenziale cominciare dai più giovani», ha dichiarato il ministro della Salute Orazio Schillaci, aggiungendo che «dobbiamo introdurre un'ora settimanale dedicata ai corretti stili di vita già dalla scuola primaria, altrimenti il Ssn non sarà sostenibile». Al contrario, tra i giovani adulti e gli anziani, si registra una crescita nell'attività fisica: il 57,7% dei giovani tra i 16 e i 24 anni pratica sport regolarmente, mentre tra gli over 65 la percentuale è raddoppiata in vent'anni, passando dal 6,7% al 16,4%. La sedentarietà però cresce tra bambini e adolescenti.

I giovani sono i principali consumatori di snack e bevande energetiche, mentre gli over 65 preferiscono cibi meno elaborati. «La salute nasce a tavola, anzi nei campi», ha affermato Vincenzo Gesmundo, segretario generale di

Coldiretti, ricordando una campagna realizzata con il ministero dell'Agricoltura e puntando il dito contro il consumo di cibi ultraprocesati, che «secondo il *British Medical Journal* sono più dannosi di alcol e droga». Gesmundo ha sottolineato l'importanza della legge contro il cibo sintetico approvata l'anno scorso. «Siamo stati giudicati oscurantisti, ma noi abbiamo raccolto firme, le Regioni ci hanno seguito, il ministro dell'Agricoltura non si è fatto condizionare», ha rimarcato evidenziando che il provvedimento resta comunque a rischio. Come ha evidenziato il direttore scientifico della Fondazione, il professor Antonio Gasbarrini, «prendereste una medicina per la quale il medico non vi sappia dire se faccia bene o se faccia male?». Il caso dei cibi sintetici è questo. Il presidente della Fondazione Aletheia, Stefano Lucchini, ha infine insistito sull'importanza della prevenzione al fine di «garantire il benessere psicofisico delle persone e la tenuta economica del Paese».



LA STORIA

La rinascita di Giorgia

“Abbiamo trovato la cura grazie ai test sulla sorella”

Affetta da una rara malattia genetica, la bambina è guarita con una terapia innovativa messa a punto da Telethon

di **Elena Dusi**

La medicina è dolceamara per la famiglia di Giorgia. La bambina a capodanno compirà dieci anni. Non era scontato che ci arrivasse saltando, chiacchierando e scrivendo biglietti al suo amico del cuore che vede sullo scuolabus a Roma. Il «grazie» rivolto dal padre ai donatori di Telethon che hanno permesso di salvarla è pronunciato col cuore e inumidito da una lacrima, nel video girato per la 35esima maratona televisiva sulla Rai. Dal 14 al 22 dicembre la campagna raccoglierà fondi a favore di Telethon, la Fondazione dedicata alla ricerca sulle malattie genetiche rare.

Giorgia alla nascita aveva pescato un biglietto della lotteria particolarmente sfortunato: la leucodistrofia metacromatica, malattia genetica rara che colpisce un bambino su 100mila, impedisce al corpo di smaltire alcune proteine di scarto del metabolismo (i solfatidi) e porta alla paralisi dei movimenti. La vita, senza una cura, dura solo pochi anni.

Una cura Telethon l'ha trovata. È una terapia genica messa a punto nel 2010 dalla sede San Raffaele-Telethon di Milano. Funziona però solo sui bambini molto piccoli, che non hanno ancora sintomi. E solo Toscana e Lombardia, rispettivamente

dal 2023 e da giugno di quest'anno, effettuano lo screening per misurare i solfatidi nel sangue di tutti i neonati.

A salvare Giorgia con un regalo dolce e amaro insieme, è la sorella maggiore. Quando nasce la sorellina, infatti, Sofia ha tre anni e inizia a perdere l'equilibrio mentre cammina. Perché Sofia abbia problemi a muoversi all'inizio è un mistero. Arrivare alla diagnosi di una malattia genetica rara non è facile. Quando i genitori ricevono dai medici del Bambino Gesù di Roma la diagnosi di leucodistrofia metacromatica per Sofia – due parole troppo complicate per farle indossare a una bambina di tre anni – si sentono cadere il mondo addosso.

I test genetici confermano che entrambi i genitori sono portatori sani. Sofia ha la malattia conclamata. Essendo la leucodistrofia un problema ereditario, anche Giorgia potrebbe esserne affetta. Dopo la diagnosi di Sofia, iniziano così i test per la sorellina. È positiva anche lei, ma con una differenza. La bambina è piccola e non ha ancora sintomi. Con lei si può tentare la via della cura.

Mentre Sofia riceve periodicamente un farmaco a Parigi che si limita a rallentare il progredire dei sintomi, la terapia genica di Telethon riesce a correggere il difetto

del Dna delle cellule di Giorgia, all'origine e una volta per tutte. «Facciamo fatica a usare la parola guarita, di fronte a un mostro del genere», racconta il padre Antonio. «Ma a volte ci scappa e lo diciamo, che Giorgia è guarita».

La bambina, trattata a un anno, oggi non ha problemi di salute. Il suo corpo ha ripreso a produrre l'enzima che impediva lo smaltimento dei solfatidi. Oltre a Telethon, Giorgia per questo deve ringraziare anche Sofia, che inciampando e perdendo l'equilibrio appena dopo la nascita della sorellina l'ha avvertita in tempo.

«Oggi Sofia non riesce più a parlare, ma si esprime molto con gli occhi», racconta Antonio. «Quando Giorgia è in casa, non la abbandona mai con lo sguardo. Se Giorgia ha molti compiti, si agita anche Sofia. Giorgia sa tutto della sua storia ed è molto protettiva con Sofia».

Dal 2010, 150 bambini sono stati trattati con le terapie geniche messe a punto da Telethon per sei malattie rare (altre sono in fase di ricerca). Le loro foto da piccoli, poi man ma-

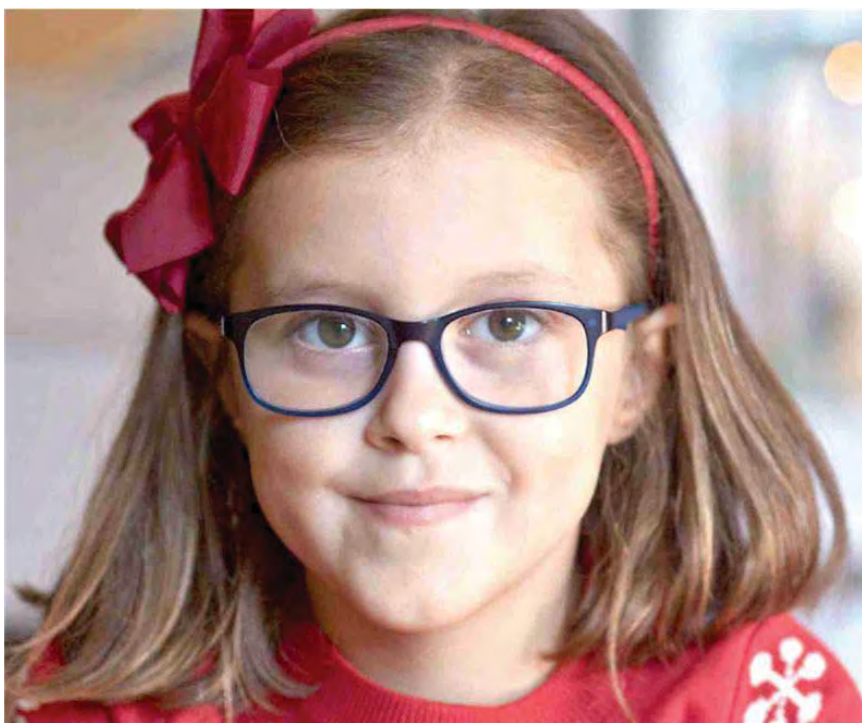


no che diventano grandi, sono appese su una parete dell'Istituto San Raffaele-Tiget di Milano. La terapia genica ha il vantaggio di essere praticamente risolutiva, ma costa svariate decine di milioni. Molte delle Big Pharma che all'inizio si erano impegnate a finanziarle si sono ritirate una dopo l'altra.

Per una malattia genetica rara (l'Ada-Scid, la malattia dei bambini bolla, costretti a vivere al riparo dai microbi per un difetto del sistema immunitario), Telethon l'anno scorso ha preso l'impegno di pagarla in prima persona. Punta a farlo per un altro disordine del sistema immunitario, la sindrome di Wiskott-Aldrich.

La maratona di quest'anno servirà quindi sia a mettere a punto nuove cure che a finanziare quelle esistenti, che le Big Pharma non trovano conveniente produrre per malattie così rare. Dalla prima maratona del 1990 Telethon ha investito 698 milioni in ricerca, ha studiato 637 malattie genetiche rare, ha finanziato 3.024 progetti di ricerca e 1.771 ricercatori di 252 enti. Il suo lavoro ha fruttato 15.596 articoli scientifici.

L'impegno della fondazione: dal 1990 investiti 698 milioni nella ricerca



La scheda

1

Uno su centomila

La leucodistrofia metacromatica è una malattia genetica rara. Colpisce un bambino su 100mila. Al corpo manca un enzima necessario a smaltire delle sostanze di scarto del metabolismo: i solfatidi

2

Colpiti i nervi

I solfatidi si accumulano soprattutto sui nervi, causando all'inizio problemi di movimento. La terapia genica consiste nel prelevare cellule del paziente, correggere il difetto genetico e poi reinfonderle nel corpo



▲ Con la mamma

La piccola Giorgia poco dopo la nascita. Nella foto grande, lei oggi: a Capodanno compirà dieci anni

3

Lo screening

La terapia genica funziona solo prima che compaiano i sintomi. Per questo Toscana e Lombardia hanno avviato uno screening su tutti i neonati: un test del sangue che misura la quantità di solfatidi



Ricerca e medicina per le persone «Mi piace servire la vita degli altri»

MARIA GOMIERO

Gianluca Ianiro, classe 1985, è gastroenterologo al Policlinico Gemelli di Roma. Dopo la laurea in Medicina e la specializzazione in Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva, ha iniziato a concentrarsi sulla ricerca del microbiota intestinale e sul trapianto di microbiota. Nel 2024 è stato tra i vincitori del bando NextGeneration Clinician Scientists, prestigioso progetto di Fondazione Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro) che supporta il suo lavoro pionieristico. È riconosciuto come uno degli esperti mondiali in questo settore, con particolare attenzione alle sue applicazioni in ambito oncologico. Un piede in laboratorio e uno in corsia, sotto il camice c'è un uomo eclettico, curioso e appassionato alla vita in tutte le sue forme.

Cosa l'ha convinta a scegliere Medicina?

Per avere a che fare con gli esseri umani e quindi avere la possibilità di vivere tante vite. Un medico non lavora con le malattie ma con la vita delle persone, nelle sue diverse manifestazioni. Dall'altro lato, essere un ricercatore mi permette di non annoiarmi mai, l'aggiornamento è d'obbligo: ci sono sempre nuove scoperte, tecnologie e metodologie. Questo lavoro mi permette di conoscere di più l'umanità in tutte le sue sfaccettature e tenere la mente sempre allenata.

Perché ha scelto di occuparsi di gastroenterologia e nello specifico del microbiota intestinale?

All'inizio in realtà non ero molto interessato al microbiota, della gastroenterologia mi piaceva l'endoscopia perché si mettono le "mani in pasta". Sono stato spinto dai miei maestri ad ap-

profondire il microbiota, e mi ha appassionato così tanto che è diventato il mio principale ambito di ricerca. Sono contento di poterlo dire, perché è molto rassicurante: non sempre se una cosa non ti attrae dall'inizio vuol dire che non fa per te, devi conoscerla bene prima di poter sapere se davvero ti corrisponde. Nella vita non esistono solo i colpi di fulmine, ma anche scelte graduali.

Ha iniziato a lavorare come ricercatore grazie al bando Airc Next Generation Clinician Scientist. Come è cambiata la sua vita?

Per me è un'opportunità incredibile. Fondazione Airc dà veramente un supporto enorme ai ricercatori, in particolare ai giovani. Grazie a questo bando posso implementare il mio progetto, scegliere con chi collaborare, avere accesso ai materiali e alla strumentazione. L'obiettivo della mia ricerca è identificare se l'analisi del microbiota intestinale permette di rintracciare precocemente la presenza di un cancro e di lesioni precancerose del colon-retto. Il bando Airc che ho vinto inoltre ha scopi specifici: ci dovevano essere cioè rapide ricadute pratiche nella terapia o nella diagnostica. Questo, oltre a essere stimolante, permette di lavorare su quello che davvero interessa di più ed è urgente per la comunità medica e soprattutto per i pazienti, che sono sempre il nostro riferimento.

Cos'è il microbiota intestinale?

È l'insieme di miliardi di microrganismi, batteri, virus e funghi, che vivono nel nostro intestino. Questi microrganismi svolgono un ruolo fondamentale per la salute: aiutano la digestione, rafforzano il sistema immunitario e producono molecole essen-

ziali che contribuiscono al corretto funzionamento dell'organismo. Squilibri del microbiota possono portare a obesità, diabete e disturbi infiammatori.

Qual è il suo rapporto con i pazienti?

Da gastroenterologo incontro molti pazienti affetti da malattie funzionali dell'intestino, come la sindrome dell'intestino irritabile. A questi pazienti tendenzialmente tutti dicono che soffrono di patologie psicosomatiche derivate solo da un problema psicologico, e gli viene consigliato spesso di prendersi una vacanza, trovarsi una fidanzata o cambiare stile di vita. Io non sono d'accordo con questo approccio perché minimizza la patologia e demoralizza il paziente. Il problema è anche legato all'influenza della psiche, ma bisogna approfondirlo andando oltre il sintomo manifestato e gestire il paziente nella sua interezza, connettendo elementi che sembrano scollegati.

L'approccio con i pazienti oncologici è diverso?

Il cancro deve essere affrontato nell'interezza della vita dei pazienti, che hanno una forza incredibile. Sapere di poter dare loro una speranza di miglioramento della condizione di vita attraverso strumenti diagnostici e terapeutici innovativi mi riempie di orgoglio. Spesso è proprio l'incontro con questi pazienti a darmi la spinta, l'en-



tusiasmo, il senso delle ricerche che faccio con il mio team, un manipolo di giovanissimi “pirati della scienza”, senza i quali non riuscirei a fare nulla.

Cosa intende per “pirati della scienza”?

I gruppi di ricerca di solito si possono dividere in due impostazioni: artistica o militare. I team “artistici” sono composti da individui che si muovono sull’onda della creatività e dell’ispirazione personale. I gruppi a impostazione “militare” sono formati da soldati che eseguono gli ordini di un comandante. Io invece da bambino ho letto tutti i libri di Emilio Salgari, sono sempre stato af-

fascinato dalle bande dei pirati dove il capitano è tale solo in virtù del rispetto dei compagni. Ma soprattutto si persegue un’ambizione comune, un progetto collettivo, ciascuno secondo le proprie inclinazioni e occupando diversi ruoli, ma muovendosi insieme in modo armonico, risultando così molto di più che una semplice addizione. E poi, quando i pirati trovano un tesoro, se lo spartiscono tra tutti: questa condivisione del lavoro e dei meriti è fondamentale.

Leggere è una sua passione?

Fin da bambino sono stato un lettore vorace: la lettura, come la medicina, mi ha stregato per la possibilità di conoscere altre vite ed entrare in profondità nell’animo delle persone o dei personaggi. Questo permette di avere una cultura più ampia e

una visione diversa delle cose, entrambe essenziali per un ricercatore, a prescindere dall’ambito. Oltre a questo, scrivo articoli scientifici, per cui diciamo che facendo il ricercatore sono riuscito a coronare il mio sogno di fare lo scrittore.

E fuori dal laboratorio?

Mi piacciono un sacco di cose diverse: cucinare, ascoltare musica indipendente dagli anni ‘80 fino ai primi 2000, girare per i mercati rionali. E amo la provincia italiana. La mia priorità però è passare tutto il tempo possibile con la mia famiglia, che non vedo durante il giorno. La nascita di mia figlia è stata senza dubbio l’evento più importante della mia vita. Diventare padre mi ha fatto sperimen-

tare una forma di amore incondizionato che ha cambiato la mia visione del mondo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sopra, Gianluca Ianiro, 39 anni, gastroenterologo del Policlinico Gemelli di Roma. A sostegno delle sue ricerche il progetto Next Generation Clinician Scientists di Fondazione Airc

Non ha ancora 40 anni ed è già considerato tra i pionieri nello studio del microbiota intestinale per prevenire i tumori, grazie a Fondazione Airc. Gianluca Ianiro, del Policlinico Gemelli, racconta il suo umanissimo stile clinico e scientifico



«Condivido la gioia dei bambini che vincono una malattia rara»

GIUSEPPE MUOLO

I primi anni quasi in trincea. Costretto a indossare un casco anche solo per giocare. Per Fabio, nato con la Sindrome di Wiskott-Aldrich (rara malattia genetica caratterizzata da deficit immunitario e carenza di piastrine), la frattura del braccio è stata un segnale di guarigione. La gioia di mamma Cecilia, contenta che a suo figlio fosse finalmente capitato «qualcosa di normale per un bambino della sua età». Che avesse potuto giocare in totale tranquillità, e paradossalmente anche fratturarsi un osso, senza nessuna conseguenza mortale.

A raccontarlo ad Avvenire è la dottoressa Francesca Ferrua, immunologa pediatrica all'Ospedale San Raffaele di Milano. Attualmente, insieme ad Alessandro Aiuti, vicedirettore dell'Istituto San Raffaele Telethon per la Terapia Genica (Sr-Tiget), è la referente della sperimentazione clinica sulla terapia genica per la Sindrome di Wiskott-Aldrich, grazie alla quale Fabio, oggi, ha preso finalmente in mano la sua vita.

Come nasce la sua vocazione per la medicina?

Secondo la mia maestra delle elementari, dicevo di voler diventare una pediatra fin dalla prima. Ho sempre pensato che i bambini non si dovrebbero mai ammalare, né tantomeno soffrire. Nel mio lavoro cerco di alleviare il loro dolore e quello delle loro famiglie.

Come vede la figura del medico oggi?

Non è più quella di cinquant'anni fa. Credo tuttavia che il rapporto con il paziente sia fondamentale e non possa essere sostituito da nessuna forma di intelligenza artificiale o "dottor Google". È un lega-

me che si basa sulla fiducia e sul rispetto reciproci. Il gioco di squadra medico-paziente è la chiave nella battaglia contro qualsiasi malattia.

Com'è la sua relazione quotidiana con loro?

Le famiglie ci affidano tutte le loro speranze. I genitori di bambini con malattie genetiche rare spesso si sentono soli, a causa della loro unicità. Per noi, invece, ogni bambino è importante. Io cerco di costruire quotidianamente un rapporto di fiducia e "complicità" con il paziente e la sua famiglia.

Cos'è la Sindrome di Wiskott-Aldrich?

È una malattia che causa una predisposizione a infezioni severe e sanguinamenti, dovuti a un deficit immunitario e ad alterazione della conta piastrinica. Oltre a questo, i pazienti hanno un aumentato rischio di sviluppare malattie autoimmuni e tumori del sangue. Per rendere ulteriormente l'idea: i bambini non possono giocare e correre senza un caschetto protettivo, perché per loro anche una semplice caduta potrebbe essere mortale.

Che cosa prevede la vostra cura?

La terapia genica è un trattamento innovativo, che rappresenta un'alternativa al trapianto di midollo osseo da donatore, per anni unica cura disponibile per questa malattia, anche se non possibile per tutti. Utilizziamo le cellule staminali ematopoietiche del paziente stesso (le cellule "madri" capaci di formare tutti gli elementi del sangue: globuli bianchi, globuli rossi e piastrine, ndr). Non ci serve, dunque, nessun donatore.

Com'è nata questa ricerca?

Grazie all'intuizione del pro-

fessor Luigi Naldini, tra i primi a considerare di utilizzare il virus modificato - e quindi non più infettivo - dell'Hiv (un "trasportatore professionista" di geni) come mezzo per portare all'interno delle cellule dei nostri pazienti l'informazione genetica corretta. Poi all'Istituto Sr-Tiget di Milano sono stati studiati più dettagliatamente i meccanismi della malattia, fino allo sviluppo della terapia vera e propria. Ho avuto la fortuna di prendere parte all'arrivo in clinica di questa tecnologia, nel 2009. Il primo bambino è stato trattato nel 2010. Oggi siamo arrivati a trenta.

Come funziona tutto l'iter?

Dopo una serie di accertamenti si raccolgono le cellule staminali ematopoietiche del paziente, che poi vengono corrette con il vettore derivato dall'Hiv e infine infuse nel paziente. Prima però è necessario un breve ciclo di chemioterapia per fare spazio nel midollo osseo. Per questo motivo serve un ricovero di circa un mese in una camera sterile, per ridurre il rischio di infezioni. Passato questo periodo, se le cellule hanno dato prova di aver iniziato a lavorare, il paziente viene dimesso. E dovrà tornare in ospedale solo per i controlli.

Adesso qual è l'obiettivo?

Rendere la terapia genica accessibile ai pazienti che ne



hanno necessità. In Italia attualmente questo trattamento è già accessibile grazie alla legge 648/1996, in attesa dell'autorizzazione all'immissione in commercio dalle autorità regolatorie.

Cosa dicono i dati?

Che i primi pazienti, con ormai alle spalle più di dieci anni di controlli successivi alla terapia, non presentano più le complicanze legate alla malattia. Possono finalmente trascorrere una vita normale, frequentando la scuola, praticando sport e viaggiando, come i loro coetanei. C'è chi gioca a calcio, chi fa kung-fu, chi motocross chi addirittura wrestling...

Quindi la cura è definitiva?

Sì, ma rimaniamo cauti. L'obiettivo è sicuramente una

terapia per la vita, ma i nostri pazienti sono ancora tutti giovani. Fino a oggi però non abbiamo avuto segnali di perdita di efficacia del trattamento.

Come giudica il rapporto tra ricerca e clinica in Italia?

Il nostro Paese non ha nulla da invidiare agli altri. L'istituto Sr-Tiget ne è un esempio. Ma gli investimenti sono importanti: senza i finanziamenti della Fondazione Telethon, grazie alle donazioni degli italiani, lo sviluppo della terapia genica per la Sindrome di Wiskott-Aldrich non sarebbe stato possibile.

Ha qualche episodio che le è rimasto nel cuore?

Penso alla gioia delle "prime volte" dei bambini trattati: il primo giorno di scuola, la prima festa di compleanno con

gli amici, il primo tuffo in piscina... Mi viene in mente anche un nostro paziente che ci chiese di poter visitare i laboratori di ricerca, perché da grande sogna di diventare un medico.

Com'è il suo rapporto con la fede?

Chiedo spesso aiuto a Dio. Sapere di avere un supporto dall'alto è di grande conforto. A volte viviamo dei momenti estremamente difficili, soprattutto a livello umano. Ogni tanto, insieme alle medicine, prescriveri anche qualche preghiera.

Tra le tante esperienze della sua vita da medico, c'è anche quella in Brasile...

Non ero ancora laureata ma ne sono tomata arricchita. Ho fatto esperienza nel poliambulatorio di una favela e sono

andata con i medici locali nei villaggi rurali più sperduti. Centinaia di bambini si mettevano in coda per farsi visitare. A volte bastava loro anche solo un sorriso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Immunologa pediatrica al "San Raffaele" di Milano, Francesca Ferrua si spende per i piccoli ammalati e le loro famiglie. Oggi è il punto di riferimento nella sperimentazione clinica sulla terapia genica per la Sindrome di Wiskott-Aldrich, con il sostegno di Fondazione Telethon



Il piccolo Fabio in braccio all'immunologa Francesca Ferrua, dell'Ospedale San Raffaele di Milano



Un laboratorio legato a Telethon



IL NEUROLOGO-RICERCATORE NILO RIVA DELL'ISTITUTO "BESTA" DI MILANO

Il patto con i pazienti affetti da Sla «Credono in me, lavoro per loro»

GRAZIELLA MELINA

«**N**oi medici abbiamo la responsabilità di una comunità di malati che crede in noi. Pertanto di fronte a patologie come la Sla possiamo arrenderci oppure contribuire a portare un elemento migliorativo dedicandoci alla ricerca». Nilo Riva, classe '77, ha deciso di non arrendersi. I suoi pazienti affetti da Sla li incontra tutti i giorni all'Istituto neurologico "Carlo Besta" di Milano, li ascolta, prova a capire le loro esigenze, ma soprattutto, insieme all'équipe multidisciplinare, prova a dare tutte le risposte che finora la medicina è in grado di offrire. E poi corre subito in laboratorio per portare avanti il progetto "Ideals" finanziato l'anno scorso dalla Fondazione AriSla con 240mila euro. Ha tempo 36 mesi per provare a identificare nuovi biomarcatori di pazienti con Sla. «Si tratta di un progetto di tipo traslazione, parte cioè da una ricerca di laboratorio e la proietta

poi verso il paziente, conciliando quindi questi due mondi che fino a qualche anno fa erano abbastanza lontani», spiega Riva, convinto che non si debba mai sottovalutare l'importanza della ricerca di base. «Sono cresciuto professionalmente nell'Unità di Neuropatologia dell'Istituto di Neurologia sperimentale del San Raffaele, dirette rispettivamente da Angelo Quattrini e Giancarlo Comi, scomparso pochi giorni fa. Con lui ho fatto il dottorato di ricerca. La sua visione ha influenzato molti». E ora quegli insegnamenti Riva continua a metterli a frutto ogni giorno per provare a dare nuove risposte ai pazienti affetti da Sla. «Studiamo modelli animali e tessuti umani - racconta - e così cerchiamo di comprendere i segnali che vengono da questi tessuti. Partendo dalla comprensione dei segnali molecolari che sottendono il danno neuropatologico potremo, in una prospettiva più immediata - quella su cui si basa il progetto di ricerca - individuare nuovi bio-

marcatori, misurabili nei tessuti biologici per avere informazioni sullo stato di diagnosi oppure di prognosi del paziente. Potrebbero essere utili anche per monitorare gli effetti delle nuove terapie o per elaborarne di più innovative». Arrivare a risultati concreti non sarà semplice. «Questi progetti non si improvvisano e non nascono dal nulla - precisa -. Servono esperienza e anni di formazione». Ma occorre anche tanta tenacia, perché bisogna sempre fare i conti con il dubbio che i risultati attesi potrebbero non arrivare. Riva, però, non ha alcuna intenzione di demordere: «C'è una comunità di malati che crede in noi. Raccogliamo le loro istanze piuttosto che le frustrazioni. E, concretamente, alla richiesta di salute dei nostri pazienti noi cerchiamo di rispondere con ciò che di meglio sappiamo fare. Laddove, invece, non abbiamo la possibilità di portare una risposta immediata possiamo cercare di fare ipotesi per migliorare la loro condizione, dedi-

candoci alla ricerca». Il che vuol dire trascorrere gran parte del tempo in ospedale, avere il pensiero fisso di raggiungere l'obiettivo del progetto che ti hanno finanziato, portarlo a termine nei tempi previsti, con i risultati che avevi immaginato. E nello stesso tempo, però, trovare anche il modo per dedicarti alle persone care: «Ho tre figli. Mia moglie, anche lei medico, ha l'onore di fare da perno della famiglia - dice Riva sorridendo -. Il tempo che mi rimane per stare a casa non sempre è tanto, ma cerco di dividerlo comunicando il più possibile con i miei bambini e coinvolgendoli in attività. È bellissimo vederli crescere. Stanno capendo quello che faccio. Mi supportano e mi danno serenità».

RIPRODUZIONE RISERVATA

Dal laboratorio al letto dei malati: l'impegno per dare risposte tempestive alle attese di chi ripone ogni speranza nei suoi progetti scientifici, sostenuti da Fondazione AriSla



Il neurologo Nilo Riva





Isde

Una Campagna contro i danni della plastica

FRANCESCO ROMIZI

L'inquinamento da plastica è una delle emergenze ambientali e sanitarie più gravi del nostro tempo. Le plastiche stanno diventando una minaccia per la salute umana e l'ambiente. I progressi nei negoziati globali per ridurre l'impatto sono stati limitati, frenati da divergenze economiche e politiche tra gli Stati. Nel frattempo, emergono i danni diretti e indiretti che questo materiale causa al nostro benessere e agli ecosistemi. L'accumulo di plastica nell'ambiente non è solo una questione ecologica, ma ha implicazioni dirette sulla salute umana. Recenti studi hanno confermato che micro e nano plastiche possono essere ingerite attraverso cibo e acqua contaminati e inalate attraverso l'aria. Una volta entrate nell'organismo, queste particelle possono accumularsi nei tessuti, innescando infiammazioni

croniche e disfunzioni del sistema immunitario. Inoltre, molte plastiche contengono additivi chimici come bisfenolo A (BPA), ftalati e ritardanti di fiamma, noti per essere interferenti endocrini. Queste sostanze sono associate a effetti negativi sul sistema riproduttivo, metabolico e neurologico, aumentando il rischio di patologie come infertilità, obesità e disturbi dello sviluppo nei bambini. Per affrontare questa crisi, diverse organizzazioni scientifiche hanno unito le forze. La *Campagna Nazionale di Prevenzione sui Danni da Plastica per la Salute* è promossa dall'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente (ISDE Italia) in collaborazione con enti come la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), l'Associazione Medici Endocrinologi (AME), l'Associazione Culturale Pediatri (ACP), la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), la Società Italiana di Pediatria (SIP) e altre realtà scientifiche e associative. Attraverso un approccio scientifico, le organizzazioni promotrici metto-

no in luce come la diffusione delle microplastiche e delle sostanze chimiche ad esse associate rappresenti una minaccia concreta.

L'accento viene posto sull'urgenza di adottare comportamenti consapevoli per ridurre l'uso e il consumo di plastica, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili della popolazione, come i bambini e le donne in gravidanza, i cui organismi sono più esposti agli effetti dannosi. Ma anche il settore privato ha una responsabilità significativa. L'innovazione tecnologica può fornire alternative sostenibili alle plastiche tradizionali, come materiali biodegradabili o prodotti realizzati con plastica riciclata. Tuttavia, per incentivare queste trasformazioni, sono necessarie politiche pubbliche ambiziose. Queste includono tasse sull'uso di plastica, sussidi per le tecnologie verdi e regolamenti stringenti sull'uso di additivi chimici dannosi. La lotta all'inquinamento da plastica richiede uno sforzo collettivo. ISDE, con il suo approccio scientifico e sani-

tario, è un punto di riferimento per sensibilizzare governi, aziende e cittadini sull'urgenza di agire. Le evidenze sanitarie non lasciano spazio a esitazioni: il costo umano dell'inazione è troppo elevato. Solo attraverso una combinazione di misure globali, azioni locali e un cambiamento culturale sarà possibile proteggere la salute delle persone e del pianeta.



4 dic
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Tumore della vescica: la proteina numb è l'interruttore per la diagnosi delle forme più aggressive

di Gianluca Vago* e Salvatore Pece**

Una nuova speranza per la diagnosi e la cura dei tumori della vescica più aggressivi nasce dalle ricerche di un gruppo di scienziati dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) e dell'Università degli Studi di Milano. I risultati hanno condotto i ricercatori a scoprire un inedito meccanismo molecolare, alla base

dell'aggressività biologica e clinica dei tumori della vescica, che determina le prognosi più sfavorevoli. I dati sono appena stati pubblicati sulla prestigiosa rivista 'Nature Communications'.

All'origine dell'intero processo sembra esserci la proteina NUMB, che è normalmente espressa nella vescica normale, ma viene perduta in oltre il 40% di tutti i tumori vescicali umani. Questa perdita causa una cascata di eventi molecolari che rendono il tumore altamente proliferativo e invasivo, consentendogli di oltrepassare gli strati superficiali della mucosa vescicale per raggiungere gli strati più profondi. Questo evento rappresenta il punto di svolta nella evoluzione clinica della malattia, determinando la progressione dei tumori vescicali superficiali, i cosiddetti non-muscolo-invasivi, verso tumori profondi, definiti muscolo-invasivi, che richiedono l'intervento di rimozione chirurgica totale della vescica. Nonostante l'operazione radicale, queste forme di malattia sono caratterizzate da un decorso clinico spesso sfavorevole. Dunque, la proteina NUMB funziona come un interruttore



molecolare, che, se è spento, accelera la progressione tumorale e influenza il decorso clinico della malattia. Rappresenta quindi un biomarcatore molecolare che consente di identificare i tumori superficiali a elevato rischio di progressione verso tumori muscolo-invasivi. La nostra scoperta ha un forte e immediato potenziale di applicazione nella pratica clinica.

Come ha spiegato Francesco Tucci (dottorando di ricerca presso la Scuola Europea di Medicina Molecolare e primo autore dello studio), abbiamo osservato che la perdita di NUMB attiva un complesso circuito molecolare che conduce all'attivazione di un potente oncogene, il fattore di trascrizione YAP. Quest'ultimo è alla base del potere proliferativo e invasivo delle cellule tumorali.

Come ha evidenziato Daniela Tosoni (ricercatrice presso il Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia dell'Università di Milano e dello IEO, che ha contribuito alla supervisione dello studio), siamo andati oltre. In esperimenti di laboratorio abbiamo dimostrato che è possibile inibire la capacità proliferativa e invasiva delle cellule tumorali prive di NUMB, utilizzando farmaci in grado di colpire questo complesso circuito molecolare a diversi livelli. I tumori della vescica privi di NUMB sono quindi molto aggressivi ma anche altamente vulnerabili. Sono infatti già disponibili alcuni farmaci molecolari impiegati in clinica per patologie differenti dal tumore vescicale, che potrebbero rapidamente essere sperimentati e adottati come trattamenti innovativi per prevenire la progressione clinica dei tumori vescicali superficiali ad alto rischio, privi della proteina NUMB.

Nel 2023, in Italia, sono stati stimati 29.700 nuovi casi di tumore della vescica (il quinto più frequente dopo quelli della mammella, colon-retto, polmone e prostata). I nostri studi dimostrano che i tumori vescicali superficiali e quelli profondi rappresentano stadi differenti di un unico processo patologico che evolve nel tempo, guidato già dal principio da specifici meccanismi molecolari che possono essere ostacolati con farmaci precisi e mirati.

Diventa quindi fondamentale identificare i meccanismi biologici alla base di questa evoluzione e sviluppare nuovi marcatori molecolari per identificare i pazienti con caratteristiche specifiche di aggressività. In questo contesto, la nostra scoperta apre la strada a nuove strategie terapeutiche per combattere il cancro vescicale in una elevata percentuale di pazienti che presentano tumori privi di espressione della proteina NUMB. Abbiamo anche identificato una nuova firma molecolare che consentirà di identificare con accurata precisione i pazienti che potranno beneficiare di trattamenti mirati con nuovi farmaci che colpiscono in maniera specifica i meccanismi molecolari che sono attivati a seguito della perdita di NUMB. Questo studio sostenuto da AIRC rappresenta per noi motivo di grande soddisfazione non solo per la sua valenza scientifica ma anche per i risultati clinici.

Rappresenta infatti uno di quei rari momenti della ricerca scientifica in cui, dopo molti anni di studio, è possibile effettuare il passaggio dalla ricerca di

base all'applicazione in ambito clinico. Abbiamo ora a disposizione una nuova firma molecolare per misurare il rischio di progressione di malattia e al tempo stesso nuovi possibili bersagli di terapie più precise e mirate tramite l'uso di farmaci già disponibili nella pratica clinica. Questa ricerca è una ulteriore conferma della qualità dei nostri ricercatori e dei risultati che otteniamo grazie alla stretta collaborazione, ormai ventennale, con l'Istituto Europeo di Oncologia e il sostegno, altrettanto fondamentale, di AIRC. Milano ha un potenziale unico per la ricerca nelle scienze della vita; fare rete è ancor più importante ora, come condizione necessaria per competere con le migliori realtà europee ed internazionali.

Come ha spiegato Roberto Orecchia (Direttore dello IEO di Milano), lo studio, che ha visto impegnati in uno sforzo comune scienziati e clinici del nostro istituto, è un risultato straordinario e una ottima notizia per molti pazienti per i quali abbiamo oggi una nuova possibilità di cura. Abbiamo già brevettato la nuova firma molecolare emersa da queste ricerche e stiamo per avviare studi clinici per validarne l'utilizzo come marcatore, per identificare i pazienti ad alto rischio di progressione di malattia che potranno beneficiare nel prossimo futuro di una nuova prospettiva terapeutica con farmaci più precisi e mirati.

**Direttore del Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia dell'Università Statale di Milano*

***Professore ordinario di Patologia generale e vice-direttore del Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia dell'Università Statale di Milano, Direttore del Laboratorio "Tumori Ormono-Dipendenti e Patobiologia delle Cellule Staminali" dello IEO*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4 dic
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Melanoma avanzato, nuove frontiere di cura dalla combinazione tra virus dell'herpes simplex modificato e immunoterapia nivolumab

L'iniezione nel melanoma di un virus dell'herpes simplex geneticamente modificato è in grado di eliminare le cellule cancerose sia direttamente, ma anche indirettamente rilasciando molecole che stimolano l'attività del sistema immunitario. È questo il meccanismo d'azione di RP1, un'innovativa immunoterapia a base dei cosiddetti 'virus oncolitici' che, in combinazione con l'immunoterapico nivolumab, può ridare speranza a un terzo dei pazienti con una forma avanzata di melanoma e che non rispondono più all'immunoterapia standard. I risultati dello studio clinico di Fase 2 IGNYTE sono così convincenti che di recente il trattamento ha ricevuto da parte della Food and Drug Administration (FDA), l'agenzia americana che regola i farmaci, la designazione di Breakthrough Therapy per il trattamento di pazienti adulti con melanoma avanzato precedentemente trattati con immunoterapia. La designazione di Breakthrough Therapy ha lo scopo di accelerare lo sviluppo e la revisione di terapie per malattie gravi quando le prove cliniche preliminari indicano che queste possono fornire un miglioramento sostanziale rispetto a quelle esistenti. A presentare, per la prima volta in Italia, questa nuova frontiera dell'immunoterapia sono gli specialisti riuniti da oggi a Napoli, in occasione



della XV edizione del Melanoma Bridge e della X edizione dell'Immunotherapy Bridge.

«Sebbene le opzioni di trattamento per il melanoma avanzato siano migliorate, molti pazienti non traggono alcun beneficio dalle terapie attualmente approvate – dichiara Paolo A. Ascierto, presidente della Fondazione Melanoma e del convegno oltre che direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Pascale di Napoli -. In particolare, alcuni pazienti trattati con immunoterapia anti-PD1 non rispondono dall'inizio a questa immunoterapia e altri rispondono inizialmente e poi sviluppano una resistenza. Per questi pazienti sono disponibili opzioni di trattamento limitate e questo rappresenta un chiaro bisogno medico insoddisfatto per i pazienti, a cui la terapia a base di virus oncolitici come RP1 potrebbe rispondere».

I virus oncolitici sono una forma di immunoterapia che utilizza virus per infettare e distruggere le cellule tumorali. RP1, prodotto da un'azienda farmaceutica americana che si chiama Replimune, è un trattamento che si basa su un ceppo del virus herpes simplex progettato e geneticamente 'armato' con due molecole (GALV-GP R e GM-CSF) che puntano a massimizzare la capacità di eliminare il tumore, l'immunogenicità della morte delle cellule tumorali e l'attivazione di una risposta immunitaria antitumorale sistemica.

«Nello studio Ignyte – prosegue Ascierto – la combinazione di RP1 a nivolumab ha prodotto risposte durature e clinicamente significative con un profilo di sicurezza gestibile nei pazienti con melanoma avanzato che erano progrediti durante la precedente terapia anti-PD-1».

Dei 140 pazienti coinvolti, infatti, i ricercatori hanno registrato un tasso di risposta globale superiore al 30% e un tasso di risposta completa del 15%. «Le attuali evidenze dimostrano che RP1 e nivolumab rappresentano una combinazione promettente che produce risposte oggettive in un terzo dei pazienti, con risposte durature, pari a quasi due anni – precisa Ascierto -. I dati indicano che si tratta di un trattamento sicuro e che la sopravvivenza è molto promettente. Tutto questo è stato considerato sufficientemente incoraggiante per avviare uno studio di fase 3, Ignyte-3: attualmente è in corso in diversi centri in Italia il reclutamento con l'obiettivo di valutare ulteriormente la combinazione di RP1 con nivolumab come trattamento di prima linea in pazienti con melanoma avanzato che è progredito dopo le terapie con anti-PD-1 e anti-CTLA-4».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4 dic
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

X fragile e autismo: scoperti i meccanismi patologici e un approccio farmacologico innovativo

Dai laboratori dell'Università di Roma Tor Vergata e della Fondazione Santa Lucia IRCCS una nuova scoperta sui meccanismi alla base dei comportamenti ripetitivi autistici e sui bersagli molecolari utili per il loro trattamento farmacologico.



Lo studio è stato ideato, diretto e condotto da Ada Ledonne, ricercatrice in Farmacologia presso l'Università di Roma Tor Vergata e la Fondazione Santa Lucia IRCCS di Roma ED è stato pubblicato sulla rivista *Molecular Psychiatry* (Nature Publishing Group) <https://rdcu.be/dofFz>

Comportamenti ripetitivi, come movimenti stereotipati, manipolazione ripetitiva di oggetti e comportamenti autolesionistici, sono sintomi caratteristici dei disturbi dello spettro autistico, evidenti anche nella sindrome dell'X fragile, la principale causa monogenetica di autismo e disabilità intellettiva.

I comportamenti ripetitivi autistici interferiscono con le normali attività quotidiane e possono essere anche dannosi per i pazienti. Ad oggi non ci sono farmaci approvati per il loro trattamento e questo dipende da una scarsa conoscenza dei meccanismi patologici cerebrali che li provocano.

Lo studio diretto dalla dottoressa Ada Ledonne rivela che una disfunzione dei neuroni dopaminergici dell'area cerebrale denominata substantia nigra compacta è associata all'insorgenza dei comportamenti ripetitivi autistici di

un modello murino di sindrome dell'X fragile; lo studio ha anche svelato il meccanismo molecolare alla base della disfunzione dei neuroni dopaminergici nigrali e identificato una nuova strategia farmacologica che è risultata efficace nel ridurre i comportamenti ripetitivi autistici in un modello animale.

Commenta la ricercatrice: “Abbiamo scoperto che i neuroni dopaminergici nigrali di topi modello di sindrome dell'X fragile sono iperattivi e tale disfunzione promuove l'insorgenza di comportamenti ripetitivi autistici” spiega Ledonne. “L'iperattività dei neuroni dopaminergici nigrali - finora mai riscontrata nella sindrome dell'X fragile - è causata da un aumento dell'espressione dei recettori del glutammato mGluR1 e dei recettori ErbB4 e ErbB2, che mediano l'azione di fattori di crescita e differenziamento neuronale noti come Neureguline”.

Le Neureguline e i recettori ErbB4 e ErbB2 sono essenziali per il corretto sviluppo del sistema nervoso centrale e per la regolazione delle funzioni cerebrali anche nel cervello adulto, in quanto modulano l'attività neuronale, la neurotrasmissione e la plasticità sinaptica. La disfunzione dei recettori ErbB non era stata finora riconosciuta come meccanismo patologico alla base dei comportamenti ripetitivi della sindrome dell'X fragile e dell'autismo.

L'equipe di ricerca diretta da Ada Ledonne ha sperimentato nel modello animale di sindrome dell'X fragile un approccio farmacologico innovativo utilizzando un inibitore dei recettori ErbB per attenuare la disfunzione dei neuroni dopaminergici e le alterazioni comportamentali autistiche.

“I nostri risultati dimostrano – prosegue Ledonne - che l'inibizione dei recettori ErbB è una strategia farmacologica efficace nel recuperare le disfunzioni dei neuroni dopaminergici nigrali e ridurre i comportamenti ripetitivi autistici del modello murino di sindrome dell'X fragile. Pertanto, le nostre evidenze contribuiscono all'avanzamento della comprensione dei meccanismi molecolari alla base dei sintomi autistici e rappresentano una base solida per proporre valutazioni cliniche dell'efficacia dell'inibitore ErbB per il trattamento di comportamenti ripetitivi in pazienti con sindrome dell'X fragile e autismo”.

Allo studio hanno anche contribuito Nicola Mercuri, ordinario di Neurologia all'Università di Roma Tor Vergata e responsabile del laboratorio neurologia sperimentale della Fondazione Santa Lucia, Claudia Bagni, ordinaria di Biologia applicata presso l'Università di Roma Tor Vergata e l'Università di Losanna, Svizzera, e ricercatori componenti i loro gruppi di ricerca.



4 dic
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Epilessia: un protocollo Neuromed-Aie pone le basi per un nuovo modello di cura

Nel Parco Tecnologico dell'Irccs Neuromed, la conferenza stampa di apertura del workshop “Crisi e (ri)soluzioni” ha sancito un momento di svolta nella gestione dell'Epilessia. L'evento, organizzato dal Neuromed in collaborazione con la Società Italiana di Neurologia (SIN) e



l'Associazione Italiana Epilessia (AIE), proponendo di concentrare l'attenzione sulla persona e non solo sulla malattia. Inoltre Neuromed e AIE hanno firmato un protocollo di intesa che pone le basi per un nuovo modello di cura.

“Non si tratta solo di curare la malattia – ha detto **Tarcisio Levorato**, presidente dell'AIE – ma di prenderci cura delle persone con epilessia nella loro interezza: emozioni, relazioni, progetti di vita. Questo protocollo rappresenta una visione umanistica della medicina che speriamo venga replicata altrove”.

Il protocollo, unico nel suo genere, è stato sviluppato attraverso la collaborazione diretta con pazienti e caregiver, che hanno partecipato alla definizione di dieci punti fondamentali per migliorare la qualità della vita delle persone con epilessia. “Abbiamo chiesto loro cosa volessero da noi – ha spiegato **Giancarlo Di Gennaro**, Responsabile del Centro per la diagnosi e cura dell'epilessia del Neuromed – e le risposte sono state chiare. Non basta

ridurre le crisi: bisogna ascoltare, comprendere e costruire percorsi personalizzati che tengano conto degli aspetti psicologici, sociali e familiari”.

Fondato su un approccio multidisciplinare, il protocollo integra aspetti biologici, psicologici, sociali e familiari, puntando a migliorare la qualità della vita delle persone con epilessia. Il documento promuove infatti una medicina che ascolta e valorizza le esperienze individuali, superando il tradizionale paradigma clinico per creare un percorso di cura personalizzato e replicabile in altri contesti clinici.

Questo approccio multidimensionale è stato sottolineato anche da **Angelo Labate**, coordinatore del Gruppo di Studio Epilessia della SIN: “È necessario un cambio di paradigma. Il neurologo moderno deve guardare oltre la malattia e comprendere la persona nella sua globalità. Questo significa superare la frammentazione della medicina e integrare competenze diverse in un unico percorso”.

Gabriele Trombetta, Direttore Generale del Neuromed, ha sottolineato l’impegno dell’Istituto nel rendere concreta questa visione: “Abbiamo investito in tecnologia per potenziare l’attività clinica, ma anche per creare un ambiente che sia confortevole e accogliente, soprattutto per i pazienti più fragili, come i bambini. L’obiettivo è evitare che l’ospedale venga percepito solo come un luogo di cura e dolore, trasformandolo in uno spazio di vita. Vogliamo che chi entra qui si senta accolto, compreso e sostenuto in ogni fase del percorso. E non possiamo fermarci alla dimissione: l’approccio al paziente e alla sua famiglia deve raggiungere il fondamentale obiettivo di garantire una continuità tra ospedale e vita quotidiana”.

Il presidente Levorato ha poi voluto condividere la prospettiva dei pazienti, ricordando che l’epilessia non è solo una condizione medica, ma una parte della vita quotidiana. “Viviamo con questa malattia 24 ore su 24, ogni giorno dell’anno. Non possiamo essere visti solo come pazienti durante le visite cliniche: abbiamo bisogno di un sostegno continuo che consideri tutti gli aspetti della nostra esistenza”.

Un elemento distintivo di questo progetto è l’utilizzo della ricerca qualitativa per valutare l’efficacia delle terapie, un tema su cui si è espresso ancora Di Gennaro: “Non ci limitiamo a misurare il successo dal punto di vista medico. Chiediamo ai pazienti come si sentono, se i trattamenti stanno migliorando davvero la loro vita. È un cambio di prospettiva fondamentale per costruire una medicina che sia davvero per le persone”.

Infine, Levorato ha espresso l’auspicio che questo modello possa essere adottato in altri contesti clinici: “Abbiamo dimostrato che è possibile costruire un approccio ‘sartoriale’ alla cura, centrato sulla persona e basato

sulla collaborazione. Ora è il momento di esportare questa esperienza per trasformare il modo in cui la medicina si rapporta con l'epilessia”..

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4 dic
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Malattie della retina: pazienti e clinici chiedono di inserire le maculopatie nel Piano nazionale cronicità

Negli ultimi anni le maculopatie hanno beneficiato di enormi progressi in ambito terapeutico ma non altrettanti nell'organizzazione dei percorsi assistenziali e nella presa in carico dei pazienti e dei loro caregiver.

Nell'incontro che si è svolto oggi a Roma alla presenza di clinici, Associazioni di pazienti e dei cittadini, Istituzioni, con il contributo non condizionante di Roche, è stata ribadita la necessità di accelerare il riconoscimento delle maculopatie come malattie croniche e il loro inserimento nel Piano nazionale cronicità per poter garantire il diritto a una gestione della malattia equa e appropriata su tutto il territorio nazionale.

Le maculopatie degenerative sono malattie dell'occhio responsabili della riduzione della capacità visiva in seguito alla compromissione della macula - la parte centrale della retina - e costituiscono la prima causa di cecità nei Paesi industrializzati. Le più diffuse sono la degenerazione maculare legata all'età (AMD), di cui la neovascolare o 'umida' (nAMD) rappresenta la forma più avanzata, e l'edema maculare diabetico (DME), una delle complicanze del diabete. Si stima che i pazienti affetti da nAMD e DME in Italia siano più di 500.000 e che, entro il 2040, possano raddoppiare, complici l'invecchiamento della popolazione e l'incremento dei casi di diabete. Un recente studio ha quantificato in 60mila euro il costo complessivo

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



dell'assistenza al paziente con AMD nell'arco della vita, dei quali circa il 67% è rappresentato da costi sociali^[2]. “Da questo studio si evince come l'ottimizzazione del percorso di presa in carico del paziente, migliorerebbe l'aderenza terapeutica e garantirebbe migliori outcome clinici, consentendo la riduzione di oltre un terzo dei costi sostenuti dal sistema sanitario per paziente” ha sottolineato. Teresio Avitabile, Presidente della Società Italiana di Scienze Oftalmologiche “come società scientifica abbiamo un ruolo e una responsabilità nel creare solide basi di una assistenza appropriata e la stesura di raccomandazioni per lo sviluppo sostenibile dell'ecosistema salute che preveda una solida medicina EBM e una altrettanto solida formazione”. “Le malattie oculari sono una delle grandi sfide del prossimo futuro soprattutto se pensiamo all'invecchiamento della popolazione, all'aumento delle patologie croniche e a quelle correlate agli stili di vita quali il diabete” afferma l'On. Matteo Rosso Presidente Intergruppo Parlamentare Prevenzione e Cura delle Malattie Oculari. “Questo incontro rappresenta un importante momento di condivisione tra i diversi portatori di interessi utile non solo per comprendere i bisogni e le criticità ma anche per condividere proposte e soluzioni operative per migliorare la diagnosi e la gestione delle maculopatie. Un impegno che con l'Intergruppo Parlamentare portiamo avanti con determinazione, per garantire ai pazienti e ai loro caregiver percorsi di diagnosi e cura omogenei ed efficaci”

L'incontro è stata anche l'occasione per le Associazioni di Pazienti e i cittadini, Associazione Pazienti Malattie Oculari, Comitato Macula, Retina Italia ODV e Cittadinanzattiva di portare all'attenzione delle Istituzioni 5 istanze, ricomprese in un Position Paper, che ha raccolto i bisogni non ancora soddisfatti dei pazienti: riconoscimento della cronicità, diagnosi precoce, ottimizzazione dei percorsi di cura, informazione e consapevolezza del paziente, formulando per ognuna di esse delle soluzioni con l'obiettivo di migliorare la loro presa in carico.

“Solo lavorando insieme noi Associazioni di Pazienti, insieme a tutti gli stakeholder del Sistema Salute, clinici e Istituzioni possiamo concretamente incidere sul cambiamento e far sì che i pazienti con maculopatia e i loro caregiver possano avere diagnosi precoce ed equità di accesso alle cure. Questi due obiettivi così importanti per migliorare la nostra qualità di vita, non possono prescindere dal riconoscimento e inserimento delle maculopatie nel Piano Nazionale Cronicità” ribadiscono Michele Allamprese, Direttore Generale APMO, Assia Andrao Presidente di Retina Itala, Massimo Ligustro Presidente di Comitato Macula e Tiziana Nicoletti Responsabile CnAMC Cittadinanzattiva.

Anche Massimo Nicolò, Assessore alla Sanità, socio sanitario e sociale della Regione Liguria ha sottolineato come: “è necessario colmare i gap territoriali con strategie definite che tengano conto delle singole criticità regionali. Non possono esistere più Italie a seconda della posizione geografica, delle risorse

disponibili e delle politiche locali. Di fronte alla salute tutti i cittadini devono avere le stesse possibilità di accesso, le migliori possibili, allo scopo di non generare disuguaglianze inaccettabili”.

“Le patologie della vista, e in modo particolare le maculopatie, hanno un impatto enorme sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, con grandi implicazioni economiche e sociali. Per questo motivo la politica deve impegnarsi per prestare la massima attenzione – ribadisce il Sen. Giovanni Satta Presidente dell’Intergruppo Parlamentare “Prevenzione e Cura delle Malattie Oculari” e lavorare affinché siano garantite ai pazienti tutte le azioni necessarie a migliorare la loro tutela, l’accesso all’informazione, la tempestività della diagnosi e l’efficacia della presa in carico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL DECRETO FLUSSI

In corsia Camici importati per completare gli organici

Operatori sanitari stranieri Bertolaso blocca le regole

» **Alessandro Mantovani**

In Calabria uno degli Ordini dei medici deve contestare addebiti disciplinari a tre professionisti. Ma c'è un problema: due su tre sono cubani, fanno parte del contingente ormai di oltre 300 medici dell'isola socialista ingaggiati dalla Regione. Non sono iscritti all'Ordine e quindi la sanzione può essere irrogata solo al medico italiano.

È una delle situazioni paradossali che si è creata lasciando alle Regioni il compito di provvedere come possono alle carenze degli organici. Ed è uno dei motivi per cui le Federazioni degli Ordini dei medici e degli infermieri hanno protestato vivamente, nei giorni scorsi, contro l'ennesima proroga che consente fino al 2027 l'impiego di operatori sanitari stranieri nelle strutture pubbliche sulla sola base di una rapida verifica dei titoli professionali acquisiti nel Paese d'origine. Risale al decreto detto "Cura Italia" del marzo 2020, prima ondata del Covid, quando ovviamente aveva un senso. L'ultima proroga l'hanno infilata nel decreto Flussi convertito in legge ieri, un altro paradosso di un governo che certo non ama gli stranieri. Fosse per loro abolirebbero il diritto d'asilo, ma negli ospedali va bene tutto.

"NON C'È NESSUNA valutazione rispetto all'equivalenza dei titoli, al percorso formativo. Troveremo in Italia cittadini assistiti da persone che probabilmente hanno una qualificazione adeguata, ma nessuno potrà mai averne la certezza", hanno scritto Filippo Anelli e Barbara Mangiacavalli, presidenti degli Ordini dei medici (Fnomceo) e degli infermieri (Fnopi). La nota ricorda la bozza di Intesa tra Stato e Regioni che è pronta da marzo per dettare regole. Il tema non è aggirabile, in Italia mancano medici e soprattutto è drammatica la carenza di infermieri: se nel pubblico sono circa 280 mila, il fabbisogno in prospettiva va da 70 a oltre 200 mila a seconda del parametro che si usa. Troppi per pensare di formarli tutti in Italia: infatti il ministro della Salute Orazio Schillaci ha annunciato tempo fa un accordo con l'India, lì qualche paletto c'è ma ci vorrà tempo.

La bozza Stato-Regioni prevede l'iscrizione di questi professionisti in Registri speciali degli Ordini. A decidere sarebbero commissioni formate da rappre-

sentanti delle Regioni, degli Ordini e delle Università. Ma è tutto fermo perché si oppone la Lombardia, guidata dal leghista Attilio Fontana anche se la sanità è in mano all'assessore al Welfare Guido Bertolaso.

Vorrebbe una "revisione tecnica" della bozza, "una semplificazione del processo di riconoscimento" dei titoli professionali. Anche perché nel frattempo va avanti per conto suo.

In Lombardia lo chiamano, con una certa enfasi, "progetto Magellano". Dovrebbe portare almeno 200 infermieri argentini nelle aziende sanitarie e negli ospedali a partire dal 1° gennaio, c'è un apposito protocollo con l'Istituto universitario italiano di Rosario e altri accordi sono in discussione. I sindacati e gli Ordini degli infermieri sono critici, sostengono che il governo dovrebbe piuttosto aumentare gli stipendi per far rientrare una parte dei 30 mila infermieri italiani che lavorano all'estero. Non dicevano "prima gli italiani"?

I primi dodici, fra peruviani e paraguaiani, lavorano già da mesi all'Asst Sette Laghi di Varese, dove il problema è più grave perché la Svizzera è vicina e lì gli infermieri guadagnano più del doppio. Non va benissimo: "Il corso base di italiano non basta, quello avanzato dovrebbero pagarselo. Così non conoscono i termini tecnici e nelle cartelle cliniche, secondo i colleghi che hanno lavorato con loro, si vede - dice Salvatore Ferro, segretario del sindacato Nursind a Varese - Noi rispettiamo tutti i lavoratori, ma hanno una formazione differente dalla nostra, apprezzata in tutto il mondo. Dovrebbero andare nei reparti base, come Medicina, invece ne hanno



messi alcuni in terapia intensiva e non è andata bene. Ma soprattutto, dovrebbero sopperire alle carenze d'organico e invece dobbiamo affiancarli a lungo, fare tutoraggio". Piuttosto critico anche Gianluca Solitro, presidente dell'Ordine degli infermieri di Bergamo: "Prima della norma Covid c'era un esame di italiano, ora non più. Poi c'è il problema disciplinare, non possiamo far valere le norme deontologiche e neppure la formazione continua. Bisogna far rientrare gli italiani dall'estero, però è necessario che lo stipendio di un infermiere di esperienza arrivi a 3.000 euro, non a 1.700. La categoria è arrabbiata, eravamo eroi e ora ci aggrediscono nei pronto soccorso". Molto netto Andrea Bottega, segretario nazionale Nursind: "Sappiamo che la Regione Lombardia sta ostacolando il via libera al protocollo per poter avere mani libere - dice al *Fatto* - È un approccio

al problema della cronica carenza di personale che continuiamo a ritenere un errore, ma senza una regolamentazione rischia di diventare persino pericoloso per la sicurezza delle cure. Chiediamo al presidente Fedriga di prendere in mano la situazione". Lega contro Lega, sai che spettacolo...

La norma Fino al 2027 ok alle assunzioni dall'estero
Stop lombardo all'iscrizione agli Ordini. I sindacati:
"A rischio la qualità delle cure"

L'ALLARME DEL NURSIND

"IL CORSO base di italiano non basta, quello avanzato dovrebbero pagarselo. Così non conoscono i termini tecnici e nelle cartelle cliniche, secondo i colleghi che hanno lavorato con loro, si vede", dice Salvatore Ferro, segretario sindacato Nursind a Varese. "Noi rispettiamo tutti i lavoratori, ma hanno una formazione differente dalla nostra, che è apprezzata in tutto il mondo"

