

24 marzo 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

L'ECO DI BERGAMO

22/03/2025

Emergenza infermieri, ne mancano mille Le Rsa guardano all'estero: cento rinforzi

Sanità. Solitro (Opi): «Carenza cronica. Decisivi i prossimi 5 anni, rischio tsunami con il picco di pensionamenti»
Nelle case di riposo addetti da Sud America, India e Nord Africa: «Inserimento complesso, richiede 6-9 mesi»

LUCA BONZANNI

— Servono oggi, ne serviranno ancor di più domani. Ma la carenza d'infermieri, seppur portata all'attenzione della politica da tempo, ancora non s'è risolta. Vale a livello nazionale e pure su scala locale: in Bergamasca, secondo le stime dell'Ordine delle professioni infermieristiche (Opi), rispetto al fabbisogno ideale continuano a mancare un migliaio sommando le esigenze di ospedali, case di riposo, strutture sociosanitarie, sanità di territorio.

«La cifra è stabilmente quella – rileva Gianluca Solitro, presidente dell'Opi di Bergamo –. Lo rileviamo da anni anche per quanto riguarda le iscrizioni: i nostri iscritti restano stabilmente attorno ai 7mila, con oscillazioni minime. In tempi recenti c'è un pareggio tra ingressi e uscite, mentre non si riesce a “decolare”». Una misura «tampone» recente è il reclutamento di infermieri dall'estero per le case di riposo, con almeno un centinaio di professionisti arrivati in tempi recenti soprattutto dal Sud America e dall'India. «Di miglioramenti recenti non ce ne sono stati – ragiona Solitro, che fino a oggi sarà a Rimini al congresso straordinario della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, che poserà l'attenzione anche su questi temi –, anche perché negli ultimissimi anni il numero di iscritti ai corsi di laurea in Infermieristica è addirittura inferiore al numero di posti messi a bando. Purtroppo l'attrattiva della professione resta bassa: occorre mettere risorse economiche sul tavolo per rilanciare retribuzioni e percorsi di carriera, in un settore che

vive stanchezza, stress e subisce aggressioni».

Ma gli infermieri dall'estero sono una soluzione? «Un conto è mettere una toppa numerica, un conto è parlare di qualità: la barriera linguistica è forte, non è una professione che si può improvvisare. Peraltro, il costo della vita al Nord Italia non è certo attrattivo per chi viene da altri Paesi. Da parte nostra, come Ordine di Bergamo e lombardo, siamo sempre stati a disposizione della Regione per lavorare insieme sulla carenza e dare spunti per cercare soluzioni. Attendiamo una loro chiamata».

Scenario 2030

A medio termine la situazione rischia addirittura di peggiorare, un recente studio della Uil calcola che tra il 2026 e il 2030 raggiungeranno la soglia della pensione circa 9.200 infermieri in Lombardia: «I prossimi cinque anni sono decisivi – conferma Solitro – perché si arriverà alla gobba pensionistica, al picco dei pensionamenti: potrebbe essere uno tsunami per la nostra sanità». Tra l'altro, già oggi in Lombardia «mancano quasi 10mila infermieri rispetto al fabbisogno», aggiunge Solitro. E se i corsi di laurea non formano un numero sufficiente di professionisti, il buco rischia di allargarsi.

Rsa, rinforzi dall'estero

Soprattutto dopo il Covid, le Rsa hanno patito particolarmente la carenza d'infermieri, anche per il «travaso» verso gli ospedali pubblici. Intanto, nelle case di riposo è cominciato il reclutamento di personale dall'estero: attraverso alcuni dati a campione e una stima complessiva sulle oltre 65 Rsa ber-

gamasche, è verosimile conteggiare circa un centinaio di infermieri arrivati dall'estero nell'ultimo anno abbondante.

«Le strutture, seppur non tutte, si avvalgono di infermieri provenienti dal Sud America, India e Nord Africa – commenta Barbara Manzoni, presidente dell'Associazione San Giuseppe che rappresenta le Rsa cattoliche –. Molte volte è necessario dare loro un alloggio, il problema della barriera linguistica non è assolutamente trascurabile. Si cerca di dare la priorità a chi ha un discreto livello di comprensione della lingua ed è in grado di relazionarsi con gli ospiti e con i colleghi». «Il canale con l'estero è ormai aperto e con numeri rilevanti, può capitare che in alcune Rsa ci siano in turno quasi esclusivamente persone straniere – conferma Cesare Maffei, presidente dell'Associazione case di riposo bergamasche, che riunisce le strutture laiche –. Chi arriva dal Sud America o dall'India ha più affinità con la lingua o perché di cultura cattolica, mentre dal Nord Africa l'inserimento è più complesso. Il problema generale è che l'inserimento richiede tempo, almeno 6-9 mesi, tra burocrazia, lingua e preparazione. Ma è ormai indispensabile, vista la carenza». A livello nazionale, **Arts** e Uneba

– le due maggiori associazioni sociosanitarie d'ispirazione cattolica – hanno promosso il progetto «Samaritanus Care», patrocinato dalla Cei. Il progetto, spiega Fabrizio Ondei, presidente di Uneba Bergamo, «attraverso convenzioni con Università, o eventuali entità formative equipollenti, si propone di invitare infermieri disposti a lavorare in Italia, per cui sono state stabilite collaborazioni con Università e istituti in Nigeria, Tanzania, Repubblica Democratica del Congo, Camerun, Argentina, Perù e India, supportando i profes-

sionisti nei vari processi burocratici a partire dal Paese di origine fino all'arrivo in Italia».

«Percorso lungo e complicato»

In città, Fondazione Carisma ha già assunto una decina di infermiere dal Sud America e 4 dall'India: «Il percorso è lungo e complicato – rileva il dg Fabrizio Lazzarini –, e quello degli infermieri resta un grande problema che potrebbe acuirsi con l'aumento del numero di posti nei corsi di laurea in Medicina, più attrattivi. Ultimamente si assiste a un ritorno in

Rsa di infermieri che lavoravano in ospedale, ed è positivo, ma le difficoltà restano anche per altri ruoli: abbiamo attivato un corso per 30 Asa (gli ausiliari socioassistenziali, ndr), ci facciamo carico di tutti i costi di formazione e continueremo a fare così a oltranza, per attrarre lavoratori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

■ Professione poco attrattiva, servono risorse per rilanciare retribuzioni e percorsi di carriera»



Continua la carenza di infermieri negli ospedali e nelle strutture socio sanitarie della Bergamasca



la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



Rspettacoli Virginia Raffaele "Ho un superpotere" di SILVIA FUMAROLA a pagina 24



Rspettacoli Nanni Moretti "Il cinema a modo mio" di ARIANNA FINOS a pagina 25

Lunedì 24 marzo 2025 Anno 32 - N° 12 Oggi con Affari&Finanza In Italia € 1,90

Il Papa in Vaticano "È sempre lui"

di IACOPO SCARAMUZZI

Voì vi immaginate un Papa che sta dentro lo studio e non riceve e non incontra nessuno?». Era il 21 febbraio e al Gemelli il professor Sergio Alfieri incontra la stampa la prima volta. Erano i primi giorni del ricovero di Francesco, la situazione non sembrava ancora così grave, da allora gli eventi si sono accavallati. Il Papa ha rischiato la vita, si è ripreso a fatica, ora è uscito dall'ospedale.

da pagina 2 pagina 5 Con servizi di DE LUCA e GUALTIERI

L'architetto di tutto

di CONCITA DE GREGORIO

Il Papa è tornato, che vi importi o meno vi riguarda. Che siate fra quelli che hanno pianto e pregato, che hanno sperato, che hanno tramato intanto, che hanno solo assistito all'apprensione altrui.

a pagina 14



Il Papa sul balcone del Gemelli prima del ritorno in Vaticano

Tajani-Lega, nuova lite

Il ministro degli Esteri: "Un partito quaquaraquà". Schlein: "Il governo non sta più in piedi". A Riad colloqui Usa-Ucraina. Trump: "Solo io posso fermare Putin". E Witkoff: "È perbene"

Debito comune una scelta da fare adesso

di PAOLO GENTILONI

L'onda d'urto di Donald Trump ha sì risvegliato l'Unione europea da un lungo torpore geopolitico, ma l'andamento è ancora troppo lento. Mentre il mondo, là fuori, corre veloce come il vento. E non aspetta noi. La nostra fatica europea, di cui conosco a menadito motivazioni politiche e procedurali, rischia così di tradursi alla lunga in impotenza. Che ruolo avremo nel nuovo grande gioco? Il ruolo di spettatori fragili e divisi, terreno di influenza o addirittura di conquista per il ritorno delle potenze? Oppure un ruolo da protagonisti, di una superpotenza europea della pace, dell'apertura ai commerci, del welfare, della cooperazione con il Sud globale, dello stato di diritto e della libertà?

continua a pagina 14

Tajani reagisce agli attacchi della Lega e dice: "Un partito quaquaraquà parla senza studiare e riflettere, sono i partiti populistici". Elly Schlein dice che il governo non sta in piedi. A Riad cominciano i colloqui Usa-Ucraina. Trump afferma che solo lui può fermare la Russia. E il suo inviato Witkoff dice che Putin "è una persona perbene".

I servizi da pagina 6 a pagina 11

Gaza, contabilità di un massacro sono 50mila morti

dal nostro inviato FABIO TONACCI

a pagina 17



L'ospedale Nasser a Khan Yunis

Metà dei cittadini boccia la sanità formato Meloni

MAPPE di ILVO DIAMANTI

Il governo guidato da Giorgia Meloni attraversa una fase complicata. Lo ha messo in evidenza un recente sondaggio condotto da Demos per Repubblica, nel quale emergeva che il grado di fiducia verso questa maggioranza ha toccato il grado più basso dalle elezioni del 2022. Quando si era affermata. E, peraltro, vero che il (la) Presidente del Consiglio si conferma davanti a tutti gli altri leader, in quanto a gradimento popolare: 42%.

a pagina 13

Passa al livello plus con la tua impresa. Richiedi un finanziamento a partire da 40.000€. Scopri il Digital Lending di Banca CF+.

Italia, pari dopo la figuraccia Alla Juventus inizia l'era Tudor



di CURRÒ, GAMBA, MARCHESI e PINCI

alle pagine 27, 28 e 29

Sindrome cinese per la Ferrari Hamilton e Leclerc squalificati

dalla nostra inviata ALESSANDRA RETICO

a pagina 30

CORRIERE DELLA SERA

RES

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

DEL LUNEDÌ

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



Gli anziani di Verona
Clochard e animali eredi dei coniugi mummificati
di **Andrea Galli**
a pagina 19

Il premio di Buone Notizie
I 30 migliori bilanci di sostenibilità
oggi l'evento al Corriere
domani l'inserto gratis



La nuova geopolitica
DIFENDERCI SIGNIFICA ESSERE UNITI
di **Angelo Panebianco**

Il premier britannico, il laburista Starmer, è impegnato nella difesa dell'Ucraina e nella cooperazione con i Paesi dell'Unione europea a difesa dell'Europa. I conservatori britannici, all'opposizione di Starmer su tutto il resto, ne appoggiano l'azione internazionale. I socialdemocratici tedeschi, sconfitti nelle urne, fanno ora parte di una coalizione con la vincitrice Cdu e ne assecondano il piano di riarmo della Germania. In Italia, all'epoca del governo Draghi, Giorgia Meloni, all'opposizione su tutto il resto, diede il proprio sostegno alla scelta italiana in difesa dell'Ucraina e alla politica atlantica. Ne ricavò la legittimazione, la rispettabilità, e la reputazione di leader affidabile che furono, per lei, carte elettorali vincenti. Perché il principale partito di opposizione della sinistra, il Partito democratico, non può fare altrettanto? Perché, per non appoggiare le scelte del governo, Elly Schlein si è persino contrapposta all'orientamento maggioritario del gruppo parlamentare socialista europeo di cui il suo partito fa parte? Perché in Italia, in questa fase storica, è solo un inutile esercizio di fantapolitica immaginare una convergenza opposizione-governo sulla politica estera? Certamente, come ha scritto Mario Monti (Corriere del 23 marzo), le divisioni sia entro la maggioranza che entro l'opposizione su sicurezza e difesa dell'Europa, generano disorientamento nell'opinione pubblica, le impediscono di convergere su una visione comune della posta in gioco.
continua a pagina 24

La guerra Putin continua a bombardare. Oggi a Riad il vertice tra gli inviati russi e americani
Ucraina, trattativa in salita
Trump accelera: tregua entro Pasqua. Mosca frena. Zelensky: colloqui utili

Il Papa in Vaticano Lasciato il Gemelli dopo 38 giorni



«Ho sperimentato la pazienza di Dio»
di **Gian Guido Vecchi**

Papa Francesco ha lasciato il Gemelli per tornare in Vaticano. Ed è riapparso in pubblico per salutare i fedeli. «Ho sperimentato la pazienza di Dio», «Forza anche nella fragilità» ha detto il cardinale Michael Czerny.
da pagina 6 a pagina 9
Arzilli, Piccolillo Salvatori



di **Lorenzo Cremonesi, Marco Imarisio e Viviana Mazza**
Si annuncia in salita la trattativa per provare a spegnere il conflitto in Ucraina. Gli inviati di Washington e Mosca si incontrano oggi a Riad, in Arabia Saudita per provare a trovare una soluzione. Ma le posizioni non sono vicine. Il presidente Donald Trump ostenta ottimismo e prevede una tregua entro Pasqua. Meno possibilisti i russi. Il leader ucraino Volodymyr Zelensky crede nei colloqui. Intanto l'Ucraina è ancora bombardata.
da pagina 2 a pagina 5

DATAROOM
Terre rare, quante sono
di **Francesco Battistini e Milena Gabanelli**
Cosa c'è davvero nelle terre rare in Ucraina? Il sottosuolo custodisce il 5% dei minerali critici. Ventimila giacimenti nel Donbass.
a pagina 4
alle pagine 30 e 31

Milano Voleva cambiare genere
Tiktoker suicida a ventun anni dopo gli insulti
di **Cesare Guizzi**
Aveva raccontato la sua transizione sul social. Da Davide ad Alexandra. Poi erano cominciati gli insulti degli hater. Anche per questo, nella notte tra mercoledì e giovedì scorsi, il tiktoker Davide Garufi, 21 anni, si è ucciso nella sua casa di Sesto San Giovanni.
a pagina 18

LA LEGA E IL COLLOQUIO MELONI-TAJANI
Government, alta tensione sulla politica estera
di **Monica Guerzoni e Cesare Zapperi**
Scontro aperto nella maggioranza. Nuovi attacchi della Lega. Interviene il ministro degli Esteri Tajani: populisti quaquaraquà.
a pagina 10

TRE A TRE A DORTMUND
L'Italia rimonta ma non basta
Azzurri eliminati dalla Germania



di **Bocci, Condò, Roncone e Tomaselli**
Un'Italia a due facce. Azzurri dominati dalla Germania nel primo tempo concluso con un umiliante 3-0. Poi l'Italia rimonta con una doppietta di Kean e un rigore di Raspadori. Polemica per un altro rigore negato dalla Var. E adesso si complica anche la strada per i Mondiali del 2026.
alle pagine 30 e 31



I MOTIVI DEL CAMBIO
Svolta alla Juve
Esonerato Motta arriva Tudor
di **Massimiliano Nerozzi**
In Juve cambia la guida in panchina. Dopo le ultime sconfitte la dirigenza ha deciso di esonerare Thiago Motta. Lo sostituirà Igor Tudor. Il nuovo tecnico aveva già militato con il bianconero da calciatore. Tudor avrà il compito di fraghetare la squadra fino al termine del campionato.
a pagina 32

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**
Salgo sulla metropolitana e mi impongo un esercizio di stupore. Il faccio quando mi sento triste. Infilo il cellulare nella tasca interna del cappotto perché non sia raggiungibile dalla mano che, per una briciola di dopamina, lo cercherà senza il mio consenso. Mi impongono di fissare ogni cosa. Così tomo alla mia altezza, perché i nostri occhi, a differenza di quelli dei quadrupedi indirizzati al suolo o poco più su, consentono di arrivare al cielo. Dopo millenni di evoluzione però il nostro sguardo è tornato giù, al telefono, tanto che da anni esiste una nuova patologia: la cervicale da smartphone. Dall'*homo erectus* (in piedi) a quello *curvatus*. Ne scorgo tanti esemplari in metropolitana. Un ragazzino di 12-13

All'altezza
anni seduto ride mandando messaggi con le mani appoggiate su una nota edizionale di spartiti per pianoforte. In-travedo la prima lettera del compositore: C... Chopin? Scorgo la seconda: Z... Chi sarà? Entrano due ragazze che saranno poco più grandi di lui. Parlano e ridono guardando il cellulare di una delle due, l'altra tira fuori una spazzola per lisciarsi i capelli, e poi la passa all'amica che fa altrettanto. Accanto a me una ragazza legge un testo sullo schermo, niente la distrae, chissà che cosa dicono quelle righe. In ognuno è in corso un desiderio, una ricerca di bellezza... Continuo il mio esercizio che sta già facendo effetto. Quale?
continua a pagina 20

IL POLLENZA
CON LE BRISCHETTI PENATI
NEW TOP WINE IS COMING
Cantina de Il Pollenza
Tolentino (MC) Tel. 0733 961989
www.ilpollenza.it
@ilpollenza

L'ATLETICA

Furlani, salto mondiale "Volo perché so sognare"

GIULIA ZONCA



«Sogna, credi, vola», tre parole per un motto che potrebbe pure essere una pubblicità, solo che è il manifesto di Mattia Furlani e lui non ha nulla da vendere. - PAGINA 18

LA FORMULA UNO

Falsa partenza Ferrari auto lente e squalificate

JACOPO D'ORSI



Nella storia ma al contrario: mai era accaduto, in 75 anni di Formula 1, che due macchine della stessa squadra fossero squalificate per due irregolarità diverse: peso inferiore al minimo e usura eccessiva del fondo. - PAGINA 29



LA STAMPA

LUNEDÌ 21 MARZO 2023



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N. 82 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

OGGI A RIAD VIA AI COLLOQUII TRA WASHINGTON E MOSCA. ANCHE ZELENKY APRE ALL'ACCORDO: "LA DISCUSSIONE È UTILE"

L'America riabilita Putin

Witkoff, inviato di Trump, alla Ue: "I volenterosi? Una posa. Vladimir intelligente e non è cattivo"

IL COMMENTO

La tregua impossibile fondata sul business

NATHALIE TOGGI

Ho guardato con attenzione i 90 minuti dell'intervista di Tucker Carlson a Steve Witkoff, inviato speciale di Trump in Medio Oriente e in Russia. - PAGINA 21

AGLIASTRO, SEMPRINI, SIRI

La Casa Bianca punta a raggiungere un cessate il fuoco nel conflitto russo-ucraino entro il 20 aprile, con Trump che rilancia il suo ruolo di mediatore unico. Netta invece la bocciatura da parte del suo inviato Steve Witkoff del piano del premier britannico Starmer e di altri leader europei che prevede una forza internazionale a sostegno del cessate il fuoco in Ucraina. - PAGINA 49

L'ECONOMIA

Ora i dazi fanno paura è fuga da Wall Street

FABRIZIO GORIA

Meno 33,53 miliardi di dollari in una settimana. Wall Street ha vissuto il più significativo deflusso di investimenti degli ultimi tre mesi. BARBERA, RICCIO - PAGINE 6 E 7

Tycoon senza strategia i mercati non si fidano

SERENA SILEONI

Secondo un sondaggio della Bank of America nell'ultimo mese c'è stata una variazione di 40 punti percentuali nell'investimento azionario statunitense. - PAGINA 21

IL CALCIO

Juve senza identità Motta esonerato Tocca a Tudor salvare la stagione

BALICE, BUCCHIERI



Idee forti, ma un po' troppo: via Motta, tocca a Tudor. La Juve finisce gambe all'aria sotto i colpi dell'Atalanta e la società riflette. - PAGINE 26 E 27

L'ANALISI

La guerra di Donald alla democrazia Usa

ALAN FRIEDMAN

Donald Trump sta facendo guerra alla democrazia americana, ma in maniera così insidiosa che la maggioranza degli americani non se ne sta rendendo conto o, quanto meno, non capisce davvero quello che sta accadendo. Peggio ancora: la maggioranza degli americani può non interessarsi proprio, anche quando comprende che le azioni di Trump rappresentano una svolta nell'autocrazia. Stato di diritto, università indipendenti, leadership di grandi aziende e stampa libera: si sono piegate tutte alla volontà di Trump. I metodi sono diversi: minacce legali, sanzioni finanziarie, intimidazione politica. Il risultato, comunque, è sempre lo stesso: una a una, le istituzioni americane più potenti stanno cedendo alle pressioni esercitate da Trump. Il mondo giudiziario ha già assistito a una delle capitolazioni più sconcertanti nella storia moderna. Lo studio legale di élite Paul, Weiss - un colosso del settore, con un fatturato annuo superiore ai due miliardi di dollari e una lunga e documentata storia di supporto alle cause democratiche - è stato costretto a sottomettersi. CONTINUA A PAGINA 7

FRANCESCO DIMESSO DAL GEMELLI: HO SPERIMENTATO LA PAZIENZA DI DIO

Il Papa ritrovato

DOMENICO AGASSO



I rischi di una Chiesa afona

FRANCO GARELLI

LA TURCHIA

La piazza di Imamoglu "Sfidiamo Erdogan"

FLAVIA AMABILE



«Basta! Enough! Yeter!» Le parole si susseguono sullo schermo del cellulare mentre Ekin, 38 anni, impiegata in un'azienda di trasporti, cerca la parola adatta per spiegare perché da mercoledì, ogni sera dopo il tramonto, raggiunge il parco Sarachane e si unisce a migliaia di altre persone che vengono manganellate, sfollate con i potenti getti degli idranti, arrestate. E però continuano a protestare. «Non ne possiamo più di Erdogan e della sua dittatura», aggiunge. È stata una lunga domenica a Istanbul, una domenica che avrebbe dovuto essere molto diversa, con le primarie che avrebbero dovuto incoronare ufficialmente Ekrem Imamoglu candidato alla presidenza del più grande partito di opposizione, il Partito Popolare Repubblicano. Ma Imamoglu è stato arrestato mercoledì scorso e ieri è stato sospeso dal suo incarico e trasferito nel carcere di massima sicurezza di Marmaris. - PAGINA 13

IL PUNTO

Missione Champions Igor si gioca il futuro

ANTONIO BARILLA

Una decisione inevitabile. Ponderata, perfino dolorosa, estranea al malcostume antico del tecnico capro espiatorio. Thiago Motta, più dei traguardi falliti e degli ultimi risultati, paga l'integralismo e lo scollamento con la squadra, fattori che non lasciavano immaginare più una reazione e mettevano, di conseguenza, a repentaglio la zona Champions. - PAGINA 27

NATIONS LEAGUE

Italia, troppo tardi Passa la Germania

GIANLUCA ODDENINO

Gli azzurri perdono la faccia dentro al primo tempo di Dortmund, la recuperano nella seconda parte, ma dall'agenda del ct viene cancellato l'appuntamento con le Final Four di Nations League sotto la Mole dal prossimo 4 all'8 giugno per colpa della sconfitta a Milano. - PAGINA 28

L'INTERVISTA

Piantedosi: "Così in Albania cambia il centro migranti"

FEDERICO CAPURSO

Per la prima volta, il ministro dell'Interno Matteo Piantedosi conferma l'ipotesi di imprimere una virata sull'utilizzo dei centri albanesi di Gjader e Shengjin, rimasti vuoti. «Potrebbero avere un ruolo per rafforzare il sistema per rimpatriare i migranti irregolari che non hanno diritto a rimanere in Italia». - PAGINA 11



IL CASO

Politica estera ridotta a hobby Meloni adesso stoppi Salvini

MARCELLO SORGI

Del dilettantismo più di un membro del governo si fa vanto, per distinguersi, sono parole loro, da predecessori stimati anche sul piano internazionale che non hanno certo conseguito risultati migliori del loro. Eppure la competenza nel campo in cui si opera non è un disvalore. DEL VECCHIO, DI MATTEO - PAGINA 10



FABIO GEDA
LA CASA DELL'ATTESA

lunedì 24 marzo
Torino - ore 21.00
Circolo dei lettori

martedì 25 marzo
Pallova - ore 18.30
Auditorium
Centro Culturale S. Gaetano

mercoledì 26 marzo
Bari - ore 18.00
Centro Polifunzionale
dell'Università degli Studi
"A. Moro", Ex Palazzo Poste

DA DOMANI IN LIBRERIA

Editori Laterza

ALLARÉ
PORTE FINESTRE COPERTURE
www.allarcenter.it
Roma

Il Messaggero

ALLARÉ
PORTE FINESTRE COPERTURE
TEL 06491404

€ 1,40 ANNO 147 - N° 82
Sped. in AP. 03/03/2025 con L.46/2004 art.1 c) DCB/04

NAZION

IL MERID

Commenta le notizie su **IL MESSAGGERO.IT**

Lunedì 24 Marzo 2025 • S. Romolo

Il reatino: non mi fermo
Furlani, un salto
d'oro nel futuro
mondiale a 20 anni

Mei nello Sport



Da 0-3 a 3-3 in Germania
Italia, rimonta
con rimpianti
Addio Nations

Angeloni e Dalla Palma nello Sport



Cina, dominio McLaren
Disastro Ferrari
Hamilton-Leclerc
squalifica e lite

Sabbatini e Ursicino nello Sport



Francesco benedice la folla e la signora che gli porta i fiori, poi il ritorno in auto dal Gemelli al Vaticano. Il professor Allieri: «Riveda delle fake sulla sua morte»

Il pollice su del Papa

Il commento
LO SGUARDO
DI CHI PENSA
AL FUTURO

Mario Ajello

Il pollice alzato di Francesco dal balcone del Gemelli. La voce affaticata ma meno sofferente di quanto ci si potesse aspettare. Il sorriso di chi guarda avanti, non si fa schiacciare dai travagli fisici e, nonostante tutto, (...)
Continua a pag. 16



I SERVIZI

Roma in festa

I clacson dei taxi e il corteo di Bergoglio a Santa Maria Maggiore
Nicola Pinna

Alle 12,34 di domenica in piazza Venezia ti puoi aspettare tutto tranne che il silenzio. E invece succede: piombi all'improvviso ed è totale.
Continua a pag. 3

La guida della Chiesa

Il nuovo papato con il consiglio dei nove cardinali

Franca Giansoldati

S magrito e debole ma ancora in sella. Anche stavolta Francesco ha buttato il cuore oltre l'ostacolo, superando le forche caudine della malista (...) *Continua a pag. 5*

Papa Francesco con il pollice alzato davanti ai fedeli riuniti al Policlinico Gemelli. Evangelisti e Gagliarducci da pag. 2 a pag. 5

L'editoriale

TRE FORME
D'EUROPA
DAL MITO
AL REALISMO

Alessandro Campi

L'Europa, come ogni idea politica che provi a realizzarsi nella storia, da sempre si muove tra mito, forma e prassi.
Continua a pag. 16

Lega-Forza Italia, continua la tensione

Meloni oltre le polemiche:
in Cdm il decreto Albania

Ileana Sciarra

Un nuovo decreto Albania sul tavolo del Cdm, probabilmente già in settimana. È il nuovo timing a cui punta Giorgia Meloni - riferiscono fonti qualificate al Messaggero -, con un blitz che potrebbe ar-



rivare in ore turbolenti per la maggioranza, alle prese con l'ennesimo scontro tra Lega e FI. Potrebbe essere questa l'opzione: trasformare la destinazione d'uso degli hotspot di Shergjin e Gjadër, convertendo le due strutture in cpr.
A pag. 11

Trump vuole la tregua entro Pasqua
Mosca frena: «L'accordo è difficile»

► A Riad negoziati paralleli degli Usa con Kiev e russi. Zelensky: incontro positivo

ROMA Al fronte si continua a combattere, mentre la diplomazia è al lavoro a Riad: ieri c'è stato il vertice Usa-Ucraina, oggi gli americani si confronteranno con i russi. Trump: «Solo io posso fermare la guerra». L'obiettivo è la tregua entro Pasqua. Ma Mosca frena: «Negozianti difficili».
A pag. 6



Dazi, primi effetti

Gas, stop cinese
al Gnl americano
prezzi giù nella Ue

Amoruso e Ciardullo a pag. 9

Roma, esplosione in un B&B: turista ferito. Nello stabile aveva lo studio Saviano
Crolla la palazzina, mistero a Monteverde

Camilla Mozzetti

Un boato, sordo, e poi il rumore di una porzione di palazzo che viene giù. L'esplosione, ieri mattina a Roma, nel quartiere Monteverde, ha coinvolto 4 appartamenti, di cui uno adibito a B&B. Qui, fino al 18 gennaio, lo scrittore Roberto Saviano aveva il proprio studio. Ed è qui che soggiornava Grant Paterson, 54enne scozzese, arrivato nella Capitale per una vacanza il 17 marzo e prossimo alla partenza per la Gran Bretagna. Ora è ricoverato in gravi condizioni al Sant'Eugenio. Restano da chiarire le cause dell'esplosione e del crollo.
A pag. 15



Liposuzione fatale
«Medico condannato,
perché ha potuto
operare mia madre?»

ROMA Non riesce a darsi pace Eleonora Rivetti, la figlia di Simonetta Kalfus, morta dopo aver fatto una liposuzione in un ambulatorio privato di Roma. Il chirurgo che l'ha operata «aveva già una condanna», dice. «Perché non è stato fermato? Chiedo di avere giustizia».
Esposito a pag. 14

Il Segno di LUCA

SCORPIONE, QUASI
UN GIOCOLIERE

La Luna che si avvicina alla congiunzione con Plutone mette in luce le tue migliori qualità e ti fa iniziare la settimana in piena forma. La configurazione ricca ti offre numerosi spunti, specialmente per quanto riguarda nuove iniziative che intendi prendere nel lavoro. Sei favorito da un clima di curiosità che ti lancia una sfida a mettere a frutto le tue risorse, tirando fuori dal cappello qualcosa che finora hai tenuto nell'ombra.
MANTRA DEL GIORNO
Le emozioni governano tutto il resto.

L'oroscopo a pag. 21

Medtronic
Engineering the extraordinary

* Tandem con altri quotidiani (in arretrati) separatamente; emilia gravine di Marina Lucchi, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20, la domenica con Fotomessaggero € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport Studio € 1,40; nel Molise, il Messaggero - Pagine Primarie Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport Studio € 1,50; "L'Amore a Roma" € 0,80 (solo Roma)

Investire per anticipare le pandemie mitiga
le conseguenze sanitarie ed economiche

PREVEDERE LE CRISI LA NUOVA FRONTIERA DELLA SALUTE PUBBLICA

di ALESSIA MELEGARO*

Prevedere le crisi sanitarie è una delle sfide più complesse della medicina e della ricerca scientifica. Non si tratta di formulare ipotesi astratte, ma di analizzare dati concreti, per individuare segnali precoci della diffusione di un virus o di una malattia. Questo processo è essenziale per comprenderne le caratteristiche, stimarne la pericolosità e valutarne l'impatto sulla popolazione.

Una previsione accurata consente non solo di mitigare le conseguenze sanitarie ed economiche, ma anche di adottare strategie di prevenzione più efficaci e mirate. Epidemie e pandemie, in particolare, sono fenomeni complessi in cui si intrecciano tre elementi chiave.

Il primo è il virus stesso: inizialmente poco conosciuto, cambia nel tempo e può sviluppare varianti con maggiore trasmissibilità o gravità, come accaduto con il Covid-19, passato da ceppi iniziali a varianti come Alfa, Delta e Omicron, che hanno richiesto continui aggiornamenti nelle misure di contenimento.

Il secondo è il comportamento umano, che gioca un ruolo fondamentale nella diffusione del contagio. La pandemia ha dimostrato

quanto la percezione del rischio e l'adesione alle misure sanitarie siano influenzate dall'informazione e dalla disinformazione. In alcuni paesi, campagne di sensibilizzazione efficaci hanno favorito un'ampia adesione ai vaccini, mentre in altri la sfiducia ha rallentato la copertura vaccinale, favorendo la diffusione del virus.

Il terzo elemento è rappresentato dalle politiche pubbliche adottate dai governi e dalle istituzioni sanitarie. Decisioni come lockdown, chiusure scolastiche, restrizioni ai viaggi e strategie di vaccinazione hanno avuto impatti molto diversi a seconda della tempestività e della qualità dei dati disponibili.

Le dinamiche

Comprendere queste dinamiche e prevederne l'evoluzione è possibile grazie ai modelli epidemiologici, strumenti basati su equazioni matematiche e informati da dati robusti, che aiutano a prevedere la diffusione del virus e a valutare l'efficacia delle misure di contenimento. Durante la pandemia di Covid-19, questi modelli hanno permesso di anticipare il numero di ricoveri e di identificare il rischio di sovraccarico delle terapie intensive, spingendo i governi ad adottare

misure come il distanziamento sociale e la vaccinazione. Le previsioni hanno anche consentito di concentrare le prime risorse



nelle aree più esposte e di proteggere i gruppi a rischio, come gli anziani e le persone con patologie pregresse.

Un altro esempio di utilizzo dei dati epidemiologici riguarda la mobilità: l'analisi degli spostamenti della popolazione ha aiutato a prevedere la diffusione del virus tra le diverse comunità, permettendo interventi mirati come la distribuzione di test e vaccini nei quartieri con alta densità abitativa e condizioni socioeconomiche difficili, dove il distanziamento sociale era meno praticabile.

Tuttavia, i dati post-pandemici dimostrano che il Covid-19 ha avuto un impatto molto più grave sui gruppi vulnerabili rispetto alla popolazione generale.

Disuguaglianze preesistenti in termini di accesso alle cure, condizioni economiche, discriminazione razziale e di genere sono state amplificate dalla pandemia, rendendo ancora più evidente la necessità di politiche sanitarie più eque.

L'esperienza ci ha insegnato che aspettare di reagire a un'emergenza non è un'opzione sostenibile. Serve un piano di preparazione chiaro e condiviso, basato sulla scienza e sulla collaborazione internazionale, per affrontare future crisi sanitarie globali con

maggiore rapidità ed efficacia.

Le aree sulle quali concentrare i nostri sforzi e le risorse sono diverse. È essenziale continuare a sviluppare e perfezionare i modelli epidemiologici, migliorandone l'integrazione con informazioni ambientali, climatiche e sociali per ottenere previsioni più accurate.

I modelli

L'utilizzo di modelli per informare decisioni di sanità pubblica rispetto a gruppi di popolazione fragili e vulnerabili è stato limitato durante la pandemia. Si può e si deve fare di più. Allo stesso tempo, è fondamentale rafforzare i sistemi sanitari, concentrando gli sforzi sulle comunità più vulnerabili, dai

quartieri più svantaggiati delle grandi città alle zone rurali e ai paesi a basso reddito, dove le disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione e alle cure sono più marcate.

Serve inoltre un impegno concreto per rendere i dati epidemiologici accessibili e comprensibili, affinché cittadini e istituzioni possano prendere decisioni informate. La lotta alla disinformazione deve diventare una priorità, attraverso campagne di comunicazione trasparenti e mirate che rafforzino la fiducia nella scienza.

Infine, è necessario garantire maggiore equità nell'accesso ai vaccini, ai test diagnostici e alle cure, affinché i gruppi più fragili, i lavoratori essenziali e le fasce di popolazione a rischio siano protetti in modo adeguato fin dalle prime fasi di una crisi sanitaria.

Infine, è necessario garantire maggiore equità nell'accesso ai vaccini, ai test diagnostici e alle cure, affinché i gruppi più fragili, i lavoratori essenziali e le fasce di popolazione a rischio siano protetti in modo adeguato fin dalle prime fasi di una crisi sanitaria.

Le strategie

La *preparedness*, ovvero la capacità di prepararsi alle emergenze, non è solo una questione tecnica, ma un imperativo etico e sociale. Le crisi sanitarie colpiscono in modo sproporzionato chi è più vulnerabile, rendendo indispensabile un approccio che tenga conto delle disuguaglianze e della necessità di proteggere tutti, senza lasciare indietro nessuno.

Prevenire significa proteggere. Agire significa prendersi cura degli altri. Solo così possiamo trasformare la scienza in uno strumento di equità e progresso.

**Professoressa di Demography and Social Statistics e direttrice del Covid Crisis Lab della Bocconi*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli strati di popolazione più vulnerabili rischiano di pagare un prezzo più alto, anche in termini reddituali, nelle emergenze legate alla diffusione di malattie



Ultimo anno per le Onlus: riforma al rush finale

Cambio dopo 28 anni. Debutteranno il 1° gennaio 2026 i nuovi regimi fiscali previsti per il Terzo settore. Sono 17.462 gli enti chiamati a scegliere una nuova veste. L'assistenza sanitaria è l'attività prevalente

Valentina Melis

La riforma del Terzo settore è all'ultimo miglio. Il percorso iniziato otto anni fa con la legge delega 106/2016 sta per completarsi con l'entrata a regime di uno dei pilastri fondamentali: i nuovi regimi fiscali agevolati per gli Ets e per le imprese sociali. La *comfort letter* arrivata il 7 marzo dalla direzione generale Concorrenza della Commissione europea alla rappresentanza italiana presso la Ue prelude alla formalizzazione del via libera di Bruxelles, che di fatto era l'ultimo tassello mancante previsto dal Codice del Terzo settore e dal Dlgs 112/2017 per il debutto delle nuove regole.

Il primo passaggio chiave è stato, nel 2021, l'inizio del popolamento del Registro unico nazionale del Terzo settore, che nelle sue sette sezioni include quasi 134mila organizzazioni.

Che cosa accadrà dal 2026

I regimi agevolati per gli enti del Terzo settore – entrati in vigore solo in parte, ad esempio per le detrazioni e le deduzioni a favore delle erogazioni liberali – stanno per diventare pienamente operativi, il 1° gennaio 2026.

Ciò comporterà anche un ultimo passaggio della riforma: la fine delle regole applicate da 28 anni per le Onlus (sancite dall'abrogazione degli articoli 10-29 del Dlgs 460/1997). Questa qualifica fiscale scomparirà, e i 17.462 enti ancora iscritti all'anagrafe tenuta dall'agenzia delle Entrate avranno tempo fino al 31 marzo 2026 per decidere se iscriversi al Registro unico del Terzo settore o devolvere il patrimonio accumulato con le agevolazioni Onlus a un altro ente con finalità analoghe.

«La *comfort letter* della Commissione europea – spiega Vanessa Pallucchi, portavoce del Forum nazionale del Terzo settore – stabilisce un

punto importante culturalmente, cioè che gli enti non profit concorrono con le loro attività a realizzare l'interesse generale della comunità, e quindi le

agevolazioni a essi destinate non sono aiuti di Stato. La lettera però non dà risposte a tutti i punti interrogativi aperti rispetto ai nuovi regimi fiscali».

Tra le questioni aperte, continua Pallucchi, «è necessario che le Entrate chiariscano l'interpretazione dell'articolo 79 del Codice del Terzo settore, anche per poter calcolare correttamente il rapporto fra i costi e i ricavi delle attività svolte dagli Ets».

C'è poi da affrontare il tema dell'Iva per le Onlus che dovessero diventare imprese sociali: «È una questione che necessita di una modifica della norma perché si disinnesci il rischio dell'aliquota del 22% su alcune prestazioni. Sempre a livello fiscale, sull'Irap, oggi gli enti del Terzo settore non commerciali hanno un trattamento peggiore rispetto alle imprese profit. Infine, bisogna armonizzare le regole degli Ets con quelle previste per lo sport dilettantistico».

La scelta delle Onlus

Le oltre 17mila Onlus chiamate a decidere che cosa fare sull'iscrizione al nuovo Registro unico operano per il 55% nel settore dell'assistenza sanitaria, sociale e socio-sanitaria, spesso in convenzione con i Comuni, per assistere persone anziane, fragili o con disabilità. Una caratteristica essenziale della disciplina Onlus era infatti l'obbligo di cedere beni o prestare servizi a favore di persone svantaggiate.

Scorrendo l'elenco, vi si trovano numerose case di riposo e Rsa, 274 parrocchie, un'ottantina di Organizzazioni non governative, decine di comitati della Croce rossa, molte



articolazioni territoriali di associazioni nazionali. Ci sono la Caritas italiana e la Fondazione Exodus, fondata da don Mazzi.

Il passaggio al Registro unico sarà una scelta naturale per la maggior parte di queste organizzazioni, sia per accedere alle agevolazioni fiscali (prima fra tutte, il 5 per mille dell'Irpef, finora attribuito anche alle Onlus), sia perché, come spiega Franco Taverna, vicepresidente della Fondazione Exodus, «molti bandi pubblici già prevedono l'ammissione delle Fondazioni che siano enti del Terzo settore, e non più delle Fondazioni Onlus».

Molte organizzazioni hanno rinviato in questi anni l'iscrizione al nuovo Registro unico in attesa che si chiarisse il quadro fiscale: «Il regime Onlus – fa notare Monica Poletto, coordinatrice del tavolo tecnico-legislativo del Forum nazionale – è molto favorevole, perché prevede la non commercialità delle attività svolte e in alcune Regioni, come la Lombardia, l'esenzione dall'Irap. Prima di lasciare una condizione consolidata, gli enti stanno valutando che cosa fare. Perciò è essenziale che i chiarimenti delle

Entrate arrivino in tempi brevi e siano uno strumento di semplificazione».

Numerose Onlus sono «rami» di enti ecclesiastici, che, come spiega don Lorenzo Simonelli, esperto di diritto tributario dell'arcidiocesi di Milano, «potevano diventare Onlus solo parzialmente, per alcune attività. Oggi questi enti possono scegliere se finire di distribuire le risorse che hanno a disposizione, senza diventare Ets, o passare al Registro unico, continuando a svolgere le attività che svolgevano con il «ramo» Onlus. Gli enti – aggiunge – hanno davanti una grande opportunità, soprattutto se consideriamo che le attività di azione delle Onlus erano 12, mentre quelle degli enti del Terzo settore sono 26, e non c'è più l'obbligo di prestare servizio solo a persone svantaggiate».

Il record del Lazio

Dal punto di vista geografico, le Onlus iscritte all'anagrafe delle Entrate al 31 dicembre 2024 erano quasi 3 mila nel Lazio, oltre 2 mila in Lombardia e in Sicilia. Le Province con la maggiore diffusione di Onlus rispetto alla popolazione sono Firenze, Pa-

lermo e Roma (si veda il grafico a destra). A Firenze si contano oltre sei Onlus ogni 10 mila abitanti, a Palermo e Roma poco meno.

Il rapporto più basso, rispetto alla popolazione, è a Bologna, Vibo Valentia e Fermo. In tutte le province dell'Emilia Romagna le Onlus hanno una diffusione meno capillare: sono più radicate, infatti, altre tipologie di organizzazione. A Modena e Parma, ad esempio, ci sono una trentina di Onlus e rispettivamente 136 e 165 imprese sociali (queste ultime sono per la maggioranza cooperative). Stessa dinamica a Bolzano, dove si registrano 36 Onlus e 259 imprese sociali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE PROSSIME TAPPE

Formalizzare gli effetti del via libera Ue

La comfort letter inviata il 7 marzo dalla direzione generale per Concorrenza della Commissione Ue alla rappresentanza italiana presso la Ue, comunica che i regimi fiscali agevolati previsti dalla riforma del Terzo settore per gli Ets e per le imprese sociali non appaiono selettivi e non sembrano costituire un aiuto di Stato. Sarà ora necessario formalizzare gli effetti di questa posizione

1° gennaio 2026: debutto delle nuove regole fiscali

Il via libera della Commissione Ue nel 2025 comporta il debutto, dal 1° gennaio 2026, dei nuovi regimi fiscali agevolati del Codice del Terzo settore (articolo 79 dedicato alle imposte sui redditi e alla non commercialità, articolo 80, sul regime forfettario per gli enti del Terzo settore non commerciali, articolo 86 sul regime forfettario per le attività commerciali svolte dalle associazioni di promozione sociale e dalle organizzazioni di volontariato) e del Dlgs 112/2017 sulle imprese sociali (detassazione degli utili reinvestiti nell'attività istituzionale). Contestualmente, scompaiono le regole fiscali di favore previste per le Onlus

Entro il 31 marzo 2026: Onlus nel Registro unico

Entro il 31 marzo 2026 (decreto 106/2020 del ministero del Lavoro, articolo 34), gli enti che hanno ancora la qualifica fiscale di Onlus devono iscriversi in una delle sette sezioni del Registro unico nazionale del Terzo settore, pena la devoluzione del patrimonio a un altro ente con finalità analoghe

Firenze, Palermo e Roma le province con una maggiore incidenza delle organizzazioni sulla popolazione

La qualifica fiscale di Onlus è meno diffusa a Modena, Ravenna e Ferrara



La copertura va garantita al medico che non avvisa

L'assicurazione non può negare al medico la copertura sulla responsabilità professionale sul rilievo che il sanitario non l'avrebbe avvisata della causa di risarcimento in arrivo. E ciò benché sia onere dell'assicurato dare subito notizia alla compagnia della possibilità di subire una richiesta di danni. Il fatto che il paziente sia uscito dall'operazione in gravi condizioni non implica di per sé che il chirurgo debba sospettare una futura azione civile nei suoi confronti: l'intervento fallito non indica necessariamente la responsabilità del sanitario, mentre la successiva morte del paziente non può ritenersi nota al professionista solo perché avvenuta in un ospedale che afferisce alla stessa Asl. Così la Corte di cassazione civile, sez. terza, nell'ordinanza n. 6649 del 13/03/2025. Accolto il ricorso del medico dopo che la Corte d'appello ha rigettato la domanda di manleva dell'assicurazione rovesciando il verdetto del Tribunale. Per verificare se l'assicurato sia consapevole che sta per arrivarci una richiesta di risarcimento l'accertamento va compiuto ex ante, non ex post. E sulla base di fatti che ne giustificano la percezione come le rimostranze dei familiari del paziente. Insomma: la colpa dell'assicurato nel non dare notizia alla compagnia deve essere grave, cioè fondata sulla valutazione sbagliata di elementi dai quali era facile o di comune esperienza dedurre che il me-

dico fosse esposto a un'azione di responsabilità. La causa, nel caso specifico, inizia due anni dopo l'intervento chirurgico. Il fatto che la paziente sia uscita dalla sala operatoria in gravi condizioni non basta per affermare che il medico sappia della causa in arrivo e non ha avvisato l'assicurazione. Il fatto noto, cioè le condizioni di salute dell'ammalata, non è grave ai fini induttivi perché non indica necessariamente quello ignoto, ossia se sarà avanzata una richiesta di risarcimento. Di solito all'aggravamento del paziente non segue un'azione giudiziaria a carico del medico. Né si può ritenere, nella specie, che il chirurgo sappia che la paziente è morta solo perché il decesso risulta avvenuto dopo il ricovero in un altro ospedale che afferisce alla stessa Asl: l'appartenenza è un mero dato organizzativo. Parola al rinvio.

Dario Ferrara

© Riproduzione riservata



L'analisi dell'Inail segnala un crescita dell'8,6%. Denunciati 6.813 episodi nel 2023

Boom di aggressioni sul lavoro

Tra le figure più colpite infermiere, vigili urbani e commessi

DI GIOVANNI GALLI

Non solo medici e infermieri. Sebbene i professionisti sanitari siano le vittime preferite di aggressioni e violenze sui luoghi di lavoro, a essere malmenati, prevalentemente da parte di soggetti esterni, sono spesso anche insegnanti, vigili urbani e commessi. Il fenomeno delle molestie e violenze sul lavoro è in crescita, segnala il nuovo numero del periodico Dati Inail, curato dalla Consulenza statistico attuariale dell'Istituto. Dall'analisi degli infortuni in occasione di lavoro riconosciuti dall'Inail, al netto di quelli occorsi agli studenti o causati da animali, emerge infatti che nel 2023 i casi di aggressioni e minacce sono stati 6.813, il dato più elevato dopo quello registrato nel 2019. Rispetto al 2022 l'incremento è pari all'8,6% e cresce fino al 14,6% per le donne, fermandosi invece al 3,8% per gli uomini. La maggior parte di questi episodi (61%) sono esercitati da persone esterne all'azienda, come nel caso di rapine e di aggressioni ad autisti o a personale sanitario, e in minor misura riconducibili a liti e incomprensioni tra colleghi.

Nel quinquennio 2019-2023 poco meno del 45% degli infortuni per violenze e aggressioni ha riguardato le lavoratrici,

percentuale che sale al 48% se si considera solo l'ultimo anno. Le infortunate hanno un'età media più elevata rispetto agli uomini: quattro su 10, infatti, hanno dai 50 anni in su, con un differenziale di circa otto punti rispetto ai coetanei. La quasi totalità dei casi (mediamente il 90%) riguarda la gestione assicurativa dell'Industria e servizi, mentre il resto coinvolge i dipendenti della gestione del conto Stato (9%) e l'Agricoltura (1%). Il 43% delle vittime dell'Industria e servizi opera nel settore della Sanità e assistenza sociale, il 15% nel Trasporto e magazzino e il 10% nel Noleggio e servizi di supporto alle imprese. Per le lavoratrici, in particolare, l'incidenza è particolarmente elevata nella Sanità e assistenza sociale, in cui si concentra il 70% di tutte le aggressioni alle donne.

Tra le professioni più colpite, le infermiere, gli operatori socio-sanitari e socio-assistenziali nella Sanità e assistenza sociale, i conduttori di veicoli e i capi treno ferroviari nel Trasporto. Altre figure particolarmente soggette a violenze e minacce sono i vigili urbani, che raccolgono l'80% dei casi del comparto pubblica amministrazione, le insegnanti, in particolare quelle delle scuole primarie nel conto Stato, e gli addetti alle vendite, col 45%

dei casi del Commercio. Le aggressioni avvengono in circa sei casi su 10 al Nord, una su cinque nel Centro e il resto nel Mezzogiorno. In valore assoluto la Lombardia (18,2% nel quinquennio 2019-2023), l'Emilia Romagna (13,8%) e il Veneto (9,0%) contano più eventi per entrambi i generi.

Tra il 2019 e il 2023 registrati 14 decessi. Le conseguenze di questa tipologia di infortuni per la stragrande maggioranza (oltre il 90%) sono senza postumi invalidanti permanenti. Considerando postumi di inabilità superiori all'1%, il grado medio è del 5%. Per il 56% dei casi la diagnosi è una contusione, senza differenze significative per genere. Seguono la lussazione con il 19% (22% per le donne) e le fratture con l'11% (13% per gli uomini). La principale sede del corpo coinvolta nelle violenze è la testa, con poco più del 30% del totale e pochissime differenze tra uomini e donne, mentre un caso su quattro interessa gli arti superiori. I decessi riconosciuti dall'Inail in occasione di lavoro nel quinquennio analizzato sono stati complessivamente 14, due dei quali hanno riguardato lavoratrici.

Questi episodi possono incidere sia sulla salute mentale che fisica delle persone coinvolte. Oltre un terzo delle donne ha sperimentato il burnout do-

po le violenze sul lavoro, con stress, ansia e depressione tra gli altri problemi più comuni, che in molti casi costringono le vittime a dare le dimissioni. Una corretta conoscenza e valutazione dei rischi in ottica di genere, sottolinea a questo proposito Dati Inail, è imprescindibile per l'attuazione di interventi di prevenzione più mirati ed efficaci. A questo scopo l'Istituto ha promosso il progetto «Valutazione dei rischi in ottica di genere», a supporto dei datori di lavoro. Il primo di una serie di volumi pubblicato nel luglio 2024 riporta i risultati degli approfondimenti tecnici e statistici effettuati e 13 schede di supporto alla valutazione di questa tipologia di rischi. Una scheda di carattere generale, in particolare, riporta una breve descrizione del rischio, i luoghi e le occasioni di lavoro dove l'esposizione è più frequente, alcuni dei più significativi effetti sulla salute e le principali misure di prevenzione e protezione.



A RIMINI il terzo congresso nazionale dal titolo "Infermiere – innovazione, sfide e soluzioni"

Agli infermieri la riconoscenza del Presidente Mattarella



ercasi infermieri. Intanto quelli che ci sono, grazie al loro duro e impegnativo lavoro, hanno ottenuto un giusto riconoscimento da parte di Mattarella. Un invito, il suo, a non mollare, a non arrendersi alle avversità a cui spesso va incontro una categoria tante volte sotto attacco, costretta a battersi per assicurare il benessere della professione e a dover fare i conti con problemi di varia natura. Ormai consapevoli dei loro bisogni, dei propri compiti e della necessità di acquisire competenze indispensabili per fornire un'assistenza qualificata ai pazienti, gli operatori del settore hanno organizzato a Rimini il terzo congresso nazionale dal titolo "Infermiere – innovazione, sfide e soluzioni". Ben 5mila gli addetti ai lavori presenti all'evento, patrocinato dai ministeri dell'Università e della Salute, per porre l'accento su questioni come il calo di attrattività nei confronti della professione e il turnover. Un discorso complesso, come si evince dal messaggio del capo dello Stato al presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, Barbara Mangiacavalli, che ha definito questa kermesse "un'occasione importante di confronto e di proposta per confermare il ruolo fondamentale del sistema sanitario nel perseguimento degli obiettivi di dignità e coesione sociale indicati dalla Costituzione della Repubblica. La ricerca scientifica, le trasformazioni del nostro tempo, ci pongono di fronte a opportunità inedite di cura, ma anche a criticità. Il Servizio sanitario na-

zionale, con il suo carattere universalistico, non può che poggiare su una capacità di innovazione, di radicamento territoriale, di crescita delle competenze. L'impegno delle istituzioni a ogni livello – ha affermato il presidente della Repubblica –, così come le migliori soluzioni organizzative, risulterebbero, tuttavia, inefficaci senza un coinvolgimento pieno, un protagonismo, i saperi e la dedizione delle professionalità sanitarie. Al fondo di tutto c'è, infatti, la dimensione umana dei servizi di cura e di assistenza che, mentre non può fare a meno di risorse adeguate, si esprime nel servizio alle persone, alle famiglie, alle comunità. Il personale sanitario ha offerto in questi anni prova non comune di sacrificio". Mattarella ha espresso "la riconoscenza della Repubblica per il contributo delle professioni infermieristiche alla salute degli italiani in occasione della drammatica pandemia che ha colpito il mondo", così come ha ribadito "il valore di ogni azione diretta a contrastare gli inaccettabili episodi di aggressione e vandalismo avvenuti nei confronti degli operatori". "A tutti i partecipanti al congresso – ha concluso Mattarella – rivolgo il saluto più cordiale, nell'auspicio che contribuisca al rafforzamento dell'ulteriore impegno verso la prossimità nei confronti dei cittadini, a partire da chi si trova in condizioni di fragilità".

Insomma, occorrono maggiori finanziamenti per far crescere una professione sempre meno ambita, se si pensa che in Italia agli affollati test per accedere a Medicina fa da contraltare il basso numero di iscritti alle facoltà

infermieristiche, con il caso di alcuni atenei dove paradossalmente vi sono posti che restano vuoti. Con la conseguente carenza nelle strutture sanitarie. In Italia infatti gli attivi, su circa 456mila iscritti all'Albo delle professioni infermieristiche, sono poco più di 343mila, di cui circa 276mila dipendenti a tempo indeterminato del Ssn e 15mila a tempo determinato. A questi vanno aggiunti i 45.500 che svolgono attività libero professionale.

Il nostro Paese continua dunque a creare meno infermieri rispetto a quasi tutte le altre realtà dell'Europa occidentale: secondo l'Oecd, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, in Italia il numero di infermieri per ogni 1000 cittadini è di 6,2 rispetto a una media europea di 8,2, che diventano 18 in Svizzera e in Norvegia, 13 in Germania, 11 in Francia e 8,2 nel Regno Unito. Nazioni dove molti infermieri sono italiani: circa 30mila hanno trovato lavoro nel Regno Unito, altri invece in Svizzera e in Germania. Come dire, quei pochi che si formano nelle nostre università il più delle volte scelgono di andare all'estero.

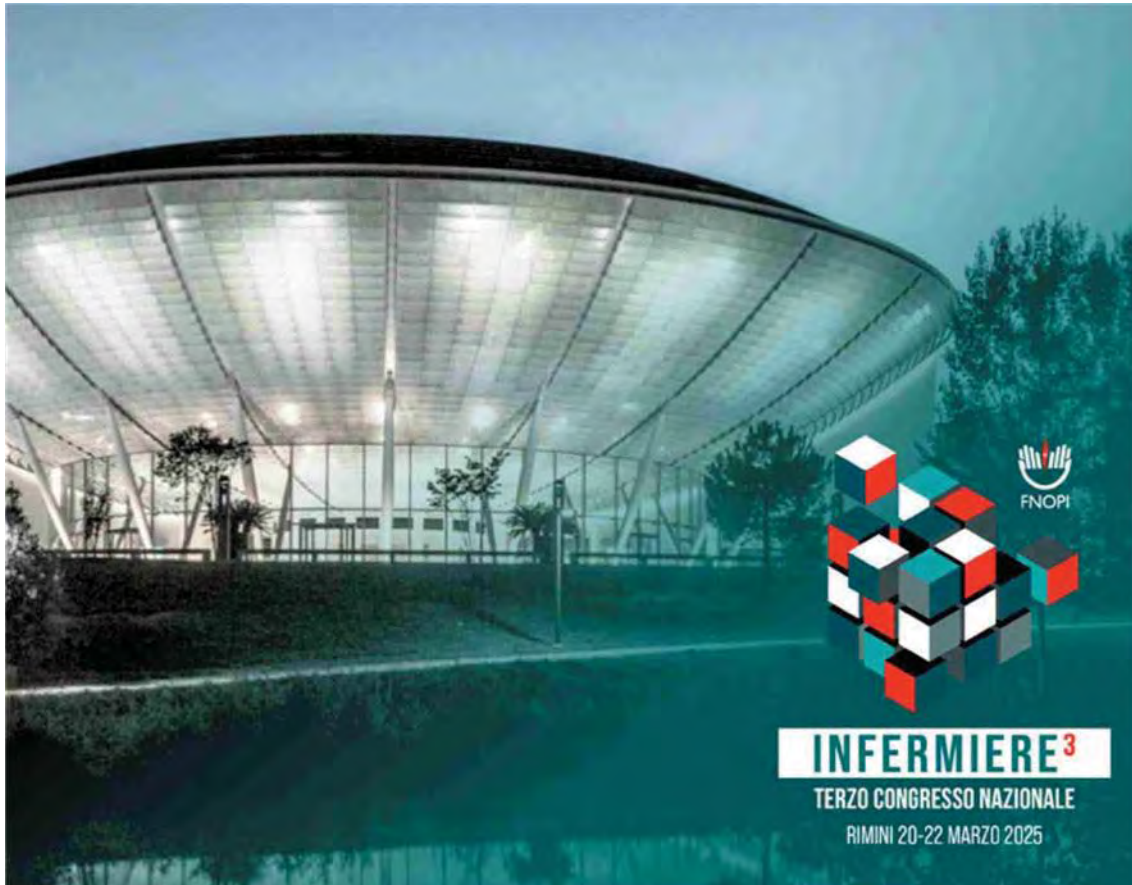
Una vera e propria emorragia, se si pensa che nel solo 2023, secondo la Fnopi, ci sono state oltre 6000 cancellazioni dall'albo, a esclusione dei pensiona-



menti. “Stiamo lavorando per far tornare in Italia 30mila infermieri”, ha detto Mangiacavalli. Nel frattempo si stima che, soltanto per quanto riguarda l’assistenza e il supporto alle famiglie, ci sia un deficit di 60-70mila infermieri, di cui il 45% al Nord, il 20% al Centro e il 35% al Sud. Da qui il monito di Mattarella:

per essere in grado di garantire salute a tutti c’è bisogno di infermieri, perché senza di loro non può esserci un buon Servizio sanitario nazionale.

Fabio Ranucci



Infermieri, in arrivo tre nuove lauree magistrali

Tre nuove lauree magistrali per gli infermieri. Sono in dirittura d'arrivo, infatti, tre nuovi indirizzi universitari specialistici, ovvero «Cure primarie e sanità pubblica», «Pediatrie e neonatali» e «Cure intensive e nell'emergenza». A dare l'annuncio Cristina Rinaldi, direttrice generale dell'ufficio professioni sanitarie del ministero della salute, intervenuta ieri durante la seconda giornata del terzo congresso nazionale della Fnopi, la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche. Il congresso, partito a Rimini il 20 marzo con i saluti del presidente della Repubblica Sergio Mattarella, si chiuderà oggi.

«Abbiamo bisogno di infermieri specializzati», ha sottolineato Rinaldi, «per rispondere ai nuovi bisogni di salute della popolazione. Il ministero della salute ha fatto propria questa richiesta nel senso di una valorizzazione di questa professione che deve passare sia da incentivi economici, sia da sviluppi di carriera. Con queste nuove lauree, specialistiche e abilitanti, accanto alle competenze manageriali, acquisiranno competenze cliniche strategiche per il Servizio sanitario nazionale», ha chiosato la dirigente ministeriale.

A tenere banco durante il congresso anche il tema della carenza di personale e degli eccessivi carichi di lavoro. Una situazione aggravata anche dalla situazione demografica, come spiegato dalla presidente Fnopi Barbara Mangiacavalli: «Il problema degli infermieri è il problema dell'Italia tutta, non di una singola categoria», le sue parole. «Oggi sono 24 milioni le persone con una patologia cronica e 4 milioni quelle con disabilità. Ci dicono i demografi che nel 2040, tra pochi anni, accadrà qualcosa che non ha precedenti nella storia: gli over 50 saranno più degli under 50 e nel 2050 il 35% della popolazione avrà più di 65 anni. Un mix micidiale per la società tutta», la conclusione del presidente della Federazione degli infermieri.

— © Riproduzione riservata — ■



Servizio Lavoro e contenzioso

Medici, quelle ferie «irrinunciabili» ma non godute che avvelenano

L'ormai consolidato indirizzo della giurisprudenza di legittimità dovrebbe consigliare un atteggiamento proattivo quantomeno per fugare lo spettro del danno erariale

di Stefano Simonetti

21 marzo 2025

La problematica delle ferie maturate e non fruita al momento della cessazione dal rapporto di lavoro è divenuta una priorità assoluta per i lavoratori interessati, che già devono attendere il Tfr per mesi, e quasi un incubo per le aziende datrici di lavoro. L'impatto finanziario della monetizzazione è stato stimato dall'Anao-Assomed per i soli dirigenti sanitari in 4 miliardi, pari a 5 milioni di giorni non goduti, e la giurisprudenza è sempre più consolidata nel riconoscere sempre il diritto alla indennità sostitutiva, salvo casi limitati e a condizioni ben precise. Il personale coinvolto è soprattutto quello sanitario per la evidente e sempre crescente difficoltà a poter fruire regolarmente e correttamente dei giorni di ferie spettanti a causa della perdurante carenza di personale. Ma la questione riguarda indistintamente tutto il personale, tanto che una delle più recenti pronunce si riferisce a un dirigente amministrativo (Corte di Cassazione, sezione lavoro, ordinanza n. 5496 del 2 marzo 2025).

Una vicenda pluridecennale

Le vicende storiche della monetizzazione sono note e si possono schematicamente così riassumere. Fino al 1995, cioè all'inizio della contrattazione collettiva nel pubblico impiego, la possibilità di monetizzare le ferie era sconosciuta e quelle non fruita andavano di fatto perse, salvo isolate pronunce del giudice amministrativo allora competente. Con i primi contratti collettivi sono state inserite norme di ispirazione civilistica che riconoscevano il diritto a certe condizioni: in particolare "per esigenze di servizio o per cause indipendenti dalla volontà del dirigente". Dopo alcuni anni tuttavia – anche a causa di una gestione confusa e di molti equivoci "ideologici" sulle norme - il legislatore è entrato pesantemente nel merito vietando la monetizzazione nell'ambito della cosiddetta "spending review" con l'art. 5, comma 8, della legge 135/2012.

Qualche anno dopo la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 95/2016, aveva dichiarato che l'art. 5 citato fosse conforme ai principi sanciti dalla Costituzione italiana, senza violare quelli del diritto dell'Unione e neppure le norme di diritto internazionale. Ma la Consulta aveva chiaramente specificato che esulano dall'ambito di applicazione della norma le vicende estintive del rapporto di lavoro non imputabili alla volontà delle parti. Nel frattempo si consolidava una costante giurisprudenza che riconosceva il diritto con perimetri sempre più estesi. Ad esempio, inizialmente non era affatto scontato che il diritto spettasse ai dirigenti titolari del potere di attribuirsi il

periodo di ferie senza ingerenze da parte del datore di lavoro ma progressivamente la Cassazione ha riconosciuto la monetizzazione anche in favore, ad esempio, di direttori di struttura complessa.

La svolta con la Corte di Giustizia Ue

Si arriva così all'atto finale della vicenda cioè alla sentenza della Corte di giustizia UE n. C/2024/51 del 18 gennaio 2024 (prima sezione - causa C-218/22), sul diritto alla indennità sostitutiva che viene escluso soltanto qualora l'azienda sanitaria in qualità di datore di lavoro riesca a dimostrare di aver esercitato tutta la diligenza necessaria affinché il lavoratore sia effettivamente in condizione di fruire delle ferie annuali retribuite alle quali aveva diritto. Pochi mesi fa è giunta anche una seconda pronuncia della Corte di Giustizia Europea, sempre su un caso italiano, e si ribadisce che la monetizzazione delle ferie è un diritto "che non può essere sottoposto a condizioni" (Corte di giustizia UE – sesta sezione - sentenza del 24 luglio 2024 su causa C-689/22)

Il dilemma tra ferie "irrinunciabili" ma non monetizzabili

Le clausole contrattuali vigenti – art. 49 del Ccnl del comparto del 2.11.2022, art. 32 del Ccnl dell'Area Sanità del 23.1.2024, art. 19 del Ccnl dell'Area delle funzioni locali del 16.7.2024 - prevedono in modo sostanzialmente analogo (commi 9 e 11 per la dirigenza Pta) che le ferie sono un diritto irrinunciabile del dipendente/dirigente e non sono monetizzabili, a meno che (commi 11 e comma 13) non siano godute per esigenze di servizio, nel qual caso sono monetizzabili solo all'atto della cessazione del rapporto di lavoro, "nei limiti delle vigenti norme di legge e delle relative disposizioni applicative". Quest'ultima locuzione è completamente obsoleta e genera ormai situazioni distopiche perchè le "vigenti norme" sono inevitabilmente quelle del 2012 sanzionate dalla CgUe, mentre le "disposizioni applicative" sono richiamate in modo improprio perché i quattro documenti citati nelle Dichiarazioni congiunte dei vari contratti non sono affatto circolari applicative bensì meri pareri e il secondo del Mef è una nota interna di condivisione dell'ultimo parere della Funzione pubblica.

Insomma, negli anni si è generata una spirale vorticoso tra il principio della irrinunciabilità delle ferie e il ricordato divieto di pagamento e di questo i contratti collettivi non sono riusciti a tenere conto. Ebbene, sembra che nulla sia cambiato perchè, nonostante la infinita giurisprudenza, nella bozza del Ccnl del comparto, la cui stipula come è noto è fallita nei mesi scorsi, viene reiterata nell'art. 33, sempre al comma 11, la identica previsione di cui sopra in modo a dir poco irrazionale, segno inequivocabile che l'Aran – o forse le Regioni – non possono o non vogliono risolvere la questione.

Contenzioso e danno erariale sempre in agguato

Il contenzioso sulla monetizzazione delle ferie è dilagante: non c'è in pratica una sola azienda sanitaria che non sia coinvolta nella problematica. Nondimeno, i comportamenti sono abbastanza diversificati perchè una eccessiva prudenza, i diversi stili direzionali, a volte la non conoscenza della normativa e, naturalmente, la cosiddetta "paura della firma" condizionano le decisioni di merito. E così si legge spesso sulla stampa locale di vertenze sindacali contro aziende che si rifiutano sempre e comunque di liquidare la indennità sostitutiva. Ma si riscontrano anche di realtà dove vengono concluse transazioni che evitano il contenzioso.

Eppure, l'ormai consolidato e pacifico indirizzo della giurisprudenza di legittimità dovrebbe consigliare un atteggiamento maggiormente proattivo, quantomeno per fugare lo spettro del danno erariale generato dalla condanna alle spese legali o dal riconoscimento giudiziale di 10 anni di arretrati dovuti alla prescrizione ordinaria in ragione della natura risarcitoria e non retributiva della monetizzazione.

**LA CORSA (NEL CAOS) AL FINE VITA:
OGNI GIORNO LO CHIEDONO 40 PERSONE**

Sorbi a pagina 19



La corsa al fine vita: 40 persone al giorno chiedono di morire Le Regioni nel caos, il governo prepara una legge nazionale

Siamo alla vigilia di una legge nazionale sul fine vita. La prima proposta di legge, mai discussa, risale al 1984. Dopo 40 anni il Paese è pronto a regolare le richieste di suicidio assistito. Il Governo dimostra apertura, le Regioni sono in fermento. E anche la Corte Costituzionale e il Vaticano sostengono sia arrivato il momento di colmare un vuoto legislativo. Per ora l'unica Regione ad aver approvato la legge è la Toscana. Ma se ognuno fa da sé si rischiano caos, diritti disomogenei e diaspore per andare a morire dove è consentito.

a cura di **Maria Sorbi**

V

aleria Imbrogno è l'ex compagna di dj Fabo e nel 2017, tra dolore misto fievolezza, lo ha accompagnato in Svizzera per fargli avere il suicidio assistito e mettere fine al suo calvario. Da



no tantissime: 13.977 in un anno, 38 al giorno. E anche questo conferma quanto sia urgente una legge nazionale che regoli il fine vita.

LA MINI-SVIZZERA

In Toscana è stata appena approvata la legge sul suicidio assistito e già ad aprile potranno essere valutate le prime richieste di accompagnamento alla morte. E nel resto d'Italia? Si rischia di creare disordine e squilibrio tra una regione e l'altra, con l'ipotesi che altri consigli regionali approvino leggi con regolamenti differenti e con il pericolo che non tutti riescano a esercitare allo stesso modo il proprio «diritto alla morte». O ancora: potrebbero avere inizio viaggi per andare a morire nell'unica regione che lo permette.

Che fare allora? Il dibattito è estremamente acceso: il movimento Pro Vita preme perché il governo impugni in Corte Costituzionale la legge toscana («per conflitto di attribuzioni tra poteri dello Stato»). Il Vaticano per la prima volta apre a una «mediazione legislativa» per colmare un vuoto di regole non più accettabile. Giovedì, durante la Conferenza delle regioni, inizierà la discussione tra governatori per trovare linee comuni, magari proprio sul modello della «mini-Svizzera» italiana.

L'APERTURA DEL GOVERNO

«I tempi sono giusti e maturi per una legge buona per tutti - assicura il ministro della Salute, Orazio Schillaci - Non si possono lasciare le Regioni da sole, fare delle fughe in avanti. Non posso pensare che ci siano persone che si spostano da una regione all'altra.

quel momento coordina il numero bianco dell'associazione Luca Coscioni, e raccoglie le chiamate di chi chiede aiuto per mettere fine alla trappola delle sofferenze «senza uscita». Le richieste di informazioni so-

Questo sarebbe terribile, per me inaccettabile».

In Senato, nelle commissioni Giustizia e Sanità, è in discussione una bozza di testo che, di fatto, si basa sui requisiti già sanciti dalla Corte Costituzionale, cioè quelli che oggi fanno da «supplenti» alla legge nazionale per rendere legale la pratica. Oggi, perché venga autorizzato il farmaco da auto iniettarsi, bisogna dimostrare di: essere capaci di autodeterminarsi, essere affetti da una patologia irreversibile, dimostrare che la patologia con cui si convive sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, essere dipendenti da trattamenti di sostegno vitale. La maggioranza vorrebbe aggiungere un ulteriore requisito: l'obbligo di inserire il paziente in un percorso di cure palliative. Se ne parlerà in un confronto che non si preannuncia affatto semplice e che cercherà una quadra tra chi vede l'interruzione delle sofferenze come un diritto e chi come un sacrilegio.

LE PROPOSTE DI LEGGE

Loris Fortuna (deputato socialista papà della legge sul divorzio) presentò la prima proposta di legge sul tema dell'eutanasia nel 1984. Da allora, però, nessun testo ha mai visto l'approvazione in Parlamento. Ora tra le proposte depositate ci sono quelle di Pd, Cinque Stelle e Alleanza verdi Sinistra che, con sfumature diverse, chiedono di regolare l'accesso al suicidio assistito (quando è il malato ad auto somministrarsi il farmaco) e all'eutanasia (quando è il medico a somministrare il farmaco).

Se mai si arriverà a formulare una legge accettabile



per tutti, ci sarà il problema pratico: in Toscana, tra quando il paziente chiede l'assistenza al suicidio e quando la ottiene non possono passare più di 37 giorni. Perché queste tempistiche siano rispettate, bisognerà avere comitati etici pronti nelle Asl, commissioni presenti e staff di medici preparati. E soprattutto serve uniformità, elemento al momento assente.

REGIONE PER REGIONE

Al netto della Toscana, come sono messe le altre regioni italiane? In Lombardia, dove si è da poco tenuto il primo suicidio assistito, regolato dai requisiti della Corte Costituzionale, lo scorso anno sono state presentate 8mila firme per una proposta di legge. Tuttavia il Consiglio regionale ha bloccato la discussione del testo, ritenendo la materia

di competenza statale. Proposta di legge di iniziativa popolare bloccata anche in Friuli, dove la Regione ha già subito condanne per ritardi nelle procedure di assistenza al suicidio, come nei casi di Anna e Martina Oppelli, quest'ultima ricorsa alla Corte costituzionale contro l'illegittimità del requisito del sostegno vitale.

A metà aprile inizierà in Trentino la raccolta firme per sostenere la proposta di legge sulla scia della Toscana. Il Veneto è stata la prima Regione a discutere la proposta di legge sul fine vita ma non è arrivato ad approvarla poiché non ha raggiunto la maggioranza assoluta. Il governatore Luca Zaia ha preannunciato l'adozione di una circolare per uniformare le procedure in Regione, evidenziando come il fine vita non sia una battaglia di parte, ma una questione di civiltà.

Proposta bloccata in Piemonte. L'Emilia Romagna ha evitato il voto ed emesso delle linee di indirizzo per le Asl, che si sono però rivelate problematiche e non hanno garantito tempi certi. Iter legislativi aperti e dibattiti in corso nella maggior parte delle altre regioni: in Lazio, Valle d'Aosta, Puglia, Umbria, Liguria, Sardegna, Campania, Marche. La Basilicata ha deciso di non decidere. In Abruzzo non c'è ancora stata nessuna discussione. In Calabria la proposta, limitata ai soli pazienti terminali, è stata depositata dal Pd. La Sicilia non ha ancora deciso quando parlarne. E in Molise non è ancora stata depositata.

Il caso Toscana, i governatori a confronto e la bozza in Senato



IL CANTIERE

Fine vita, appunti per una legge che sia “umana”

Dopo la legge toscana sul fine vita, in Senato si cercano punti di convergenza tra posizioni ancora distanti per una nuova legge: il dibattito promosso da Avvenire si arricchisce oggi di nuovi interventi.

Bilotti, Pedrizzi, Scanni, Schiavi e Vari a pagina 16

DIBATTITI Mentre il Parlamento cerca una convergenza su alcuni punti fermi condivisi, si aggiungono voci al confronto. Il 26 nuovo caso in Corte costituzionale

Fine vita, appunti per una legge “umana”

Mentre in Senato si cercano punti di convergenza tra posizioni ancora distanti per una nuova legge sul fine vita (la terza, dopo la 38/2010 su cure palliative e terapia del dolore e la 219/2017 su consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento), la Corte costituzionale viene chiamata in causa una volta ancora sulla richiesta di depenalizzare l'aiuto al suicidio. È il tentativo numero quattro di modificare il Codice penale là dove persegue come reato chi aiuta a suicidarsi qualcuno che ne fa richiesta o uccide una persona consenziente, considerando invece indisponibile la vita umana, fondamento di ogni diritto e libertà, in particolare nelle condizioni di fragilità in cui si trova quando si chiede di “farla finita”. La Corte si era già pronunciata introducendo eccezioni circoscritte e condizionate (la sentenza 242/2019),

allargando i limiti dei “trattamenti di supporto vitale” (135/2024) e, nel mezzo, fermando un tentativo di introdurre l'eutanasia per via referendaria (50/2022). Il 26 marzo nuovo passaggio in Consulta per vagliare un caso di assenza dei trattamenti di sostegno vitale. La novità sarà la presenza di alcuni pazienti che ritengono di veder leso il proprio diritto costituzionale alla cura da un ulteriore allargamento dell'aiuto al suicidio depenalizzato. Dopo la legge toscana sul fine vita, ora in vigore, il dibattito si arricchisce oggi di nuovi interventi che si aggiungono a quelli di un'analogha pagina monografica (7 marzo). (F.O.)



Per il legislatore un dilemma irto di difficoltà. Ma non insolubile

TRA SCELTA DELLA SALUTE E RINUNCIA LO STATO HA IL DOVERE DI SCHIERARSI


EMANUELE BILOTTI*

Sono passati quasi sette anni dalla prima decisione con cui la Corte costituzionale ha aperto la strada al suicidio assistito, invitando il Parlamento a disciplinare la materia. Nel corso di due legislature si sono susseguite quattro maggioranze parlamentari diverse. Eppure, nessuna iniziativa legislativa è giunta in porto.

Si tratta di una mancanza di responsabilità del Parlamento oppure la Corte ha posto il legislatore di fronte a un dilemma insolubile? Si può legalizzare il suicidio assistito e consentire al singolo di sottrarsi con la morte a una sofferenza ritenuta intollerabile senza contraddire il dovere dello Stato di tutelare la vita umana? Già i classici della filosofia politica, del resto, consideravano quel dovere a fondamento dell'esistenza dello Stato.

La Corte costituzionale si è limitata a ritagliare un ambito circoscritto di non punibilità dell'aiuto al suicidio, senza però riconoscere che questo possa mai essere oggetto di un diritto. Per la Corte, dunque, disporre della vita non è mai un bene. In talune ipotesi, però, non è neppure un male. Escludere la punibilità significa infatti rendere possibile l'assistenza al suicidio.

La Corte non ha ritenuto contraddittorio un simile bilanciamento tra tutela della vita e autodetermi-

nazione. E ciò perché, nelle ipotesi in cui la punibilità è esclusa, l'interessato non disporrebbe della vita ma della salute. La morte sarebbe la conseguenza della scelta di non curarsi.

In realtà, chi decide di suicidarsi, sceglie senz'altro la morte. E chi presta assistenza al suicidio non si astiene semplicemente dalla somministrazione di un trattamento sanitario, ma coopera a una scelta di morte. Il punto è chiarito anche in un parere del Comitato nazionale per la Bioetica del 2019.

Ma com'è possibile, allora, che la Corte sia giunta a certe conclusioni? È stata determinante l'idea per cui, mentre la vita è disponibile solo in punto di fatto (il suicidio è un fatto tragico, non un diritto), la disponibilità della salute è invece garantita dall'ordinamento. Si dice infatti che ciascuno ha il diritto di rifiutare la cura. E ciò anche laddove il rifiuto della cura determini la morte. Di qui l'idea, che ha favorito la lettura eutanasica della legge n. 219/2017, secondo cui il paziente, oltre a rifiutare una cura proporzionata, potrebbe anche pretendere l'interruzione ed essere lasciato morire laddove la morte sia conseguenza diretta della condotta interruttiva dei sanitari e non della patologia in atto. A questo punto la Corte ha ritenuto che il paziente possa anche chiedere direttamente di essere aiutato a morire, dato che, in un caso e nell'altro, chiede co-

munque di essere aiutato a sottrarsi con la morte a una sofferenza intollerabile.

Il legislatore è stato posto così davanti a un bivio: garantire l'inviolabilità del diritto alla vita, che è per ciò stesso anche indisponibile, o rinunciare, in alcuni casi, a tutelare la vita. La stessa Corte si è invero resa conto che il proprio ragionamento conduceva a un esito contraddittorio e ha quindi avvertito l'esigenza di precisare che l'assistenza al suicidio non può mai essere pretesa. E dunque

FILIPPO VARI**


che non sussiste un obbligo di dare esecuzione a certe richieste del paziente.

In questo quadro, quali sono i punti di riferimento per un intervento del legislatore?

Ovviamente i sanitari devono astenersi da trattamenti inutili e sproporzionati, senz'altro illeciti e perciò vietati. È poi fuori discussione che il paziente possa rifiutare qualsiasi trattamento sanitario, anche proporzionato. E che i sanitari debbano rispettare tale volontà in forza del principio dell'*habeas corpus* e della tutela della dignità della persona.

Tutto ciò non vuol dire però che la disponibilità della salute debba essere compresa come un dato giuridico e non come un fatto. Ciò che ha valore per la comunità è la cura, mai il rifiuto della cura. È la cura a essere un diritto, mentre il rifiuto della cura è un fatto del quale i sanitari devono prendere

atto. E ciò anche quando porti alla morte del paziente. I sanitari, dunque, non sono tenuti a dare esecuzione alla richiesta di interrompere un trattamento proporzionato quando l'interruzione determini la morte come conseguenza diretta.

Ferme queste coordinate, il Parlamento, nell'esercizio della sua discrezionalità, potrebbe intervenire per ridurre la sanzione penale di condotte di assistenza al suicidio, rigorosamente individuate, che possano essere considerate espressive di una minore colpevolezza dell'agente.

Seguire invece la strada di non punire l'assistenza al suicidio in taluni casi significherebbe assecondare l'idea che, almeno in quei casi, disporre della vita non è un male. Certo, non si riconoscerebbe ancora che disporre della vita è un bene. Ma lo Stato verrebbe comunque meno al proprio dovere di tutelare la vita.

***Ordinario di Diritto privato
Università Europea di Roma**

****Ordinario
di Diritto costituzionale
Università Europea di Roma**



Il provvedimento della Toscana e la consapevolezza che serve

NEL SUICIDIO ASSISTITO IL PARADOSSO DI UNA LIBERTÀ USATA CONTRO DI SÉ



RICCARDO PEDRIZZI

La recente legge 5/2025 "Modalità organizzative per la procedura medicalizzata di assistenza al suicidio" della Regione Toscana apre una falla pericolosa per l'introduzione del suicidio assistito e dell'eutanasia anche in altre Regioni italiane. La Toscana, con l'approvazione della sua legge, diventa la prima Regione a garantire ai malati tempi e modalità certi per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, ma presto potrebbe essere seguita da altre, come il Veneto, e forse dalla Lombardia. Finisce così di fatto la tutela del diritto alla vita, fino a oggi costituzionalmente garantito e protetto. Questa è la conclusione logica di modi di pensare e concezioni del mondo e della vita che

si sono affermate soprattutto nell'era contemporanea. Esse vanno ricercate in atteggiamenti e comportamenti culturali che si sono andati diffondendo attraverso modelli di vita, ideologie e dottrine libertarie e radicali che hanno come suprema istanza la libertà. Una libertà senza vincoli e senza responsabilità, ma solo per chi è in grado di farla valere. Nell'ambito di questo scenario, noi assistiamo a fenomeni mai registrati prima nella storia dell'umanità. Come quello

dell'"occultamento della morte". Per questo si propone a volte la sua anticipazione indolore, facendo appello all'autonomia assoluta dell'uomo, quasi egli fosse il padrone della sua vita. In questa ottica si fa leva sul principio di autodeterminazione e si giunge a esaltare il suicidio e l'eutanasia come forme paradossali di affermazione e insieme di distruzione del proprio io. In un contesto culturale e ideologico di questo tipo, che abbiamo potuto evidentemente delineare solo a grandi linee, si spiegano le sempre più frequenti campagne di opinione per introdurre nel nostro ordinamento giuridico l'eutanasia e il suicidio assistito. È evidente che l'accettazione culturale e giuridica dell'eutanasia o del suicidio assistito è un messaggio pericoloso non solo per la nostra società ma anche per le future generazioni e per l'umanità intera. Al di là delle convinzioni religiose personali, infatti, non v'è dubbio che la vita debba terminare così com'è iniziata: naturalmente. Non può l'uomo impadronirsene. L'eutanasia rientra quindi in un contesto che vede prevalere la tendenza ad apprezzare la vita solo nella misura in cui porta piacere e benessere. Discorso a parte è quello relativo all'accanimento terapeutico. Il concetto della terapia di entità proporzionata, in questo caso, è

interpretata correttamente se sta a significare che il dolore e la sofferenza non devono essere superiori all'effetto positivo ottenuto attraverso tale terapia. Questo vuol dire che uno Stato che si rispetti e una comunità che voglia definirsi civile devono incrementare sempre più la ricerca e investire risorse consistenti, sicuramente superiori a quelle attuali, nella terapia del dolore e nelle cure palliative con l'obiettivo di ridurre e lenire al massimo le sofferenze di chi nel dolore è al termine della propria esistenza. In quel momento occorre fare in modo che nessuno sia e si senta mai abbandonato a sé stesso, solo dinanzi al dolore e al buio. Occorre far sentire all'ammalato che la comunità gli è vicina, che la famiglia non lo abbandonerà mai, che i medici hanno fatto tutto quello che era nelle loro possibilità, che i servizi socio-sanitari sono stati efficienti. In questo clima, con questo calore attorno, difficilmente ci sarà chi potrà pensare di ricorrere all'eutanasia o al suicidio assistito.

**Presidente nazionale
Comitato tecnico-scientifico
Ucid (Unione Cristiana
Imprenditori Dirigenti)**



La Toscana e la morte assistita

NON C'È UN "DIRITTO" MA COSÌ VIENE CREATO


MARCO SCHIAVI

La legge della Regione Toscana promulgata il 14 marzo 2025 n. 16, dietro l'apparente motivazione di dare esecuzione alle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024, introduce un vero e proprio diritto al suicidio. La Corte costituzionale, dichiarando la parziale illegittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice penale che incrimina l'istigazione e l'aiuto al suicidio, ha affermato che «dall'art. 2 della Costituzione discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo, non quello - diametralmente opposto - di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire (...) senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici». Alla parziale depenalizzazione dell'aiuto al suicidio non corrisponde alcun obbligo o dovere di "aiutare" o "assistere" il suicidio, sia per il singolo medico che per le strutture del servizio sanitario pubblico. Queste sono chiamate unicamente a valutare la sussistenza dei requisiti necessari per la liceità penale dell'aiuto al suicidio, non a prendersi in carico l'esecuzione del suicidio.

Al contrario, la legge toscana prevede il dovere di prestare «il supporto tecnico e farmacologico, nonché l'assistenza sanitaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato», ovvero spazi dedicati, assistenza medica, fornitura del farmaco, qualificando tale attività come «istituzionale da svolgersi in orario di lavoro».

La qualificazione come "diritto" prefigura signifi-

ficative conseguenze: condanna e risarcimento di danni; obblighi di comportamento da parte del personale sanitario; spinta alla progressiva espansione del diritto al suicidio assistito, con modalità di suicidio pienamente libere; sganciamento dal requisito dell'essere sottoposti a "trattamenti di sostegno vitale"; preminenza e autosufficienza della volontà personale, ma anche dal punto di vista dei soggetti ammessi alla procedura, come i minori, sulla base dell'accertamento della "personale maturità" e della "serietà della volontà"; ammissione degli incapaci o per quanto hanno manifestato prima dell'incapacità, secondo il "metodo Englaro", oppure per la valutazione del legale rappresentante, genitore, tutore o amministratore di sostegno.

Oltre a violare il riparto costituzionale di competenze Stato-Regione, invadendo materie di competenza esclusiva statale, la legge toscana presenta ulteriori aspetti fortemente problematici. La domanda deve essere presentata «dalla persona interessata o un suo delegato», rimarcando che l'istanza è presentata «senza l'osservanza di particolari formalità», il che appare di estrema e pericolosa leggerezza. Nel termine di venti giorni, suscettibile di essere sospeso «una sola volta» e per un periodo non superiore a cinque giorni, la Commissione cui è demandata la verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio assistito deve: verificare che il richiedente abbia ricevuto una informazione chiara e adeguata sulla possibilità di accedere a un percorso di cure palliative; procedere alla verifica dei requisiti (patologia irreversibile, consenso libero, sofferenze intollerabili,

trattamenti di sostegno vitale); esaminare la documentazione prodotta; effettuare gli accertamenti necessari, assicurando l'interlocuzione con la persona interessata e sentito il medico di fiducia; acquisire il parere del Comitato sugli aspetti etici, entro sette giorni. Un treno ad alta velocità senza fermate intermedie. Le «modalità» del suicidio assistito imporranno poi di definire: scelta e predisposizione del luogo; presenza di persone, quali parenti, amici, giornalisti, o interessate per motivi vari; l'aspetto pubblico o privato del suicidio assistito. Problematico opporsi a siffatte modalità, se si ritiene che la valutazione della dignità competa unicamente al paziente.

La previsione legislativa che il paziente possa «decidere in ogni momento di sospendere o annullare l'erogazione del trattamento» contrasta con il principio che la volontà debba essere non solo personale ma anche attuale e, quindi, imporrà una ripartenza della procedura senza possibilità di tenere fermo il consenso precedentemente espresso, nonostante il silenzio della legge sul punto.

**Notaio
Consigliere**

Movimento per la vita ambrosiano



Accanto al paziente fino all'ultimo, per colmare la sua solitudine

LOTTA AL DOLORE E CURE PALLIATIVE I MIEI GESTI D'AMORE COME MEDICO

ALBERTO SCANNI



«**L**a prima reazione che ho avuto è stato un terrore cieco, sordo, una paura che non avevo mai provato prima e che mi sembrava paragonabile a quella di chi sta nel braccio della morte aspettando l'esecuzione della propria condanna, o a quella dei soldati in trincea. E poi la rabbia: perché a me?». È quanto mi ha scritto una paziente alla quale era stato diagnosticato un cancro, poche righe che esprimo angoscia, paura, incredulità. In questi frangenti il malato avverte una struggente solitudine, futuro buio. Anche se attorno a sé ha amore, il dramma del vuoto lo assale. E si fa molte domande a cui è difficile rispondere. Domande che, scava scava, tentano di arrivare alla radice del perché, ma che restano senza risposte. È come se si continuasse a grattare una crosta che si lascia permeare fino a un certo punto dalla scienza, ma non centra il nocciolo, il *primum movens* del fenomeno. Si esce così dalla razionalità e si naviga in una nebulosa dove il nostro essere continua a cercare nel mistero e rimanda a ragioni filosofiche e teologiche. E qui si è soli.

Quelle che sono sempre state considerate le proprie certezze, razionali e/o religiose sembrano venire meno. La malattia pone tutti sullo stesso piano: laico, ateo, credente, non credente, è il momento in cui ci si ferma a riflettere e pensare, in un silenzio in cui nascono domande e si cercano "perché". "Perché" ai quali non è facile dare un senso. Si accetta quello che è capitato, non si hanno risposte pienamente persuasive, e tutto rimane aperto. Sono situazioni, momenti, esperienze in cui la Parola di Dio sembra essere smarrita. Colui che si definisce credente non può ignorare questi

interrogativi e si deve confrontare con quelle che sono le domande vere. Chi crede troverà una risposta nella fede, l'agnostico continuerà a cercare, l'ateo tenterà di trovare un equilibrio nelle cose del mondo. E quando il malato si avvicinerà alla fine, è qui che io medico dovrò dare il massimo per rendergli questi momenti i più sereni possibile e colmare la sua solitudine. Dovrò impegnarmi nell'alleviarli i dolori, nel riempire i giorni con la mia presenza.

So che devo accompagnare, ma non devo intraprendere inutili trattamenti. So che l'accanimento terapeutico va proscritto, so che il malato deve essere tutelato da chi non vuole che la natura "faccia il suo corso" e che il dolore "tra lo stridor di denti" è una ignominia. So tutte queste cose e, nei momenti ultimi di chi mi sta di fronte, divento il difensore del suo corpo e della sua mente. Compagno di una persona che non potrà guarire ma che non dovrà soffrire, e sarà mio dovere fare di tutto perché il passaggio sia sereno e vengano rispettate le sue volontà.

La morte del cardinal Martini, a questo proposito, è stata esemplare, e le modalità con cui ha voluto fosse garantito il "passaggio" hanno ulteriormente riempito di responsabilità il ruolo di chi cura. Martini, grande uomo di cultura e di fede, testimone moderno di una Chiesa attenta ai bisogni degli umili e dei deboli, ha chiesto per non soffrire di essere sedato e ha ribadito col suo gesto che difendere la vita significa fare in modo che si concluda serenamente. Ha fatto capire che il sedare e l'evitare inutili dolori sono il dono che il medico può fare a chi, debole, l'ha scelto come compagno di percorso. Cure palliative e sedazione sono dunque un gesto d'amore che io dovrò perseguire con determinazione e offrire al malato. Ma, nonostante i miei sforzi, altra potrebbe essere la sua volontà. In tal caso non sarò io a fornirgli i mezzi per il suicidio ma non lo abbandonerò mai, gli terrò la mano nel momento di "passaggio" e sospenderò qualsiasi giudizio nel rispetto del suo dramma.

Presidente emerito Cipomo

Collegio italiano Primari oncologi Medici ospedalieri



IA e salute, un mercato potenziale da 490 miliardi entro il 2032

Dal farmaceutico
ai servizi di cura,
tutti benefici
dell'intelligenza
artificiale
Le barriere sono
i vincoli di budget
e la resistenza
al cambiamento

Marco Cimminella

La copertura sanitaria universale è una delle grosse sfide ancora da vincere, e fa parte dei target del terzo obiettivo di sviluppo sostenibile dell'Onu, che punta ad assicurare la salute e il benessere per tutti. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, circa 4,5 miliardi di persone non hanno ancora accesso ai servizi di cura e alle prestazioni di base.

Un dato che si inserisce in un contesto di sistemi che operano spesso con risorse limitate, e che fronteggiano la mancanza di personale: l'Oms stima una carenza di circa 11 milioni di professionisti entro il 2030 a livello globale.

L'intelligenza artificiale può aiutare a dare una risposta a questi divari, a nuovi bisogni e sfide sociali, come l'invecchiamento della popolazione.

Le sue applicazioni mostrano del potenziale in diversi comparti, dal supporto al personale sanitario nel fornire assistenza e cure tempestive al contributo che può offrire nei processi di ricerca di nuovi farmaci e nello sviluppo di dispositivi medici più efficienti, personalizzati e centrati sulle esi-

genze del paziente.

Una stima del valore di questa forza trasformativa nel settore healthcare è contenuta nello studio "The Future of AI-Enabled Health: Leading the Way" del World Economic Forum (Wef) in collaborazione con Boston Consulting Group. Il mercato dell'IA nel comparto ha superato i 27 miliardi di dollari nel 2024, secondo i dati di Fortune Business Insights: nel 2025 dovrebbe toccare i 39,34 miliardi fino a raggiungere i 490,96 miliardi nel 2032, con un tasso annuo di crescita composto del 43,4% nel periodo analizzato.

Si prevede inoltre che l'intelligenza artificiale generativa da sola dovrebbe crescere più velocemente nel settore sanitario rispetto ad altre industrie: il valore di mercato dovrebbe raggiungere i



22 miliardi di dollari nel 2027, con un tasso annuo di crescita composto previsto dell'85% (al secondo posto per Cagr c'è il settore dei servizi bancari, finanziari e assicurativi con il 75%, mentre al terzo quello dei beni di consumo - 64%).

I diversi progetti mostrano poi l'impatto delle soluzioni di IA nei vari segmenti healthcare. Questa tecnologia infatti può efficientare i compiti amministrativi, riducendo i costi e consentendo ai professionisti sanitari di focalizzarsi di più sulla cura del paziente: secondo un'analisi di EY, l'IA può automatizzare fino al 45% di questo tipo di operazioni, liberando risorse per 18 miliardi di dollari di costi annuali negli Stati Uniti.

L'articolo - 'Why Hospitals Who Wait to Adopt AI May Never Catch-up' - sottolinea poi che in un contesto di carenza di personale, aumento dei costi delle cure e invecchiamento della popolazione - il numero di persone con almeno 80 anni nel mondo dovrebbe triplicare, da 143 milioni a 426 milioni, tra il 2019 e il 2050 - l'impiego dell'IA per le diagnosi potrebbe ridurre i costi di trattamento fino al 50%, migliorando gli esiti sanitari del 40%; inoltre questa tecnologia,

insieme al monitoraggio da remoto del paziente, potrebbe contribuire a ridurre gli accessi improvvisi ed evitabili al pronto soccorso.

Sul piano della programmazione, l'intelligenza artificiale può favorire una corretta allocazione

delle risorse, con modelli predittivi in grado di stimare i ricoveri dei pazienti e ottimizzare l'uso dei posti letto, del personale e delle attrezzature ospedaliere, fa notare un'analisi della Commissione europea.

Inoltre, può migliorare l'accuratezza nella diagnostica e negli esami clinici: ad esempio, Imperial College London ed Edinburgh University hanno sviluppato un software in grado di leggere le scansioni cerebrali dei pazienti colpiti da ictus, per determinare quando si è verificato l'evento e se può essere trattato con successo; mentre secondo il National Institute for Health and Care Excellence, l'IA può aiutare a ridurre il numero di fratture non rilevate dai medici nell'analisi delle radiografie: un problema che si pone, considerati i carichi di lavoro a cui sono sottoposti e la mancanza di personale.

L'impatto di queste tecnologie è significativo anche nel settore farmaceutico e dei prodotti medicali: secondo una stima dei ricercatori del McKinsey Global Institute, l'IA generativa avrebbe il potenziale di generare dai 60 ai 110 miliardi di dollari all'anno in valore economico.

Nonostante gli effetti positivi e la molteplicità di casi d'uso, l'adozione di queste tecnologie su lar-

ga scala nel comparto sanitario è stata inferiore alla media globale, nel confronto con altri settori secondo l'analisi del Wef.

Le barriere che rallentano questa integrazione sono di diverso tipo. Nel dettaglio, tra gli ostacoli strutturali ci sono i vincoli di budget, la resistenza al cambiamento nel settore, i limiti posti dai sistemi nazionali, e ancora le condizioni politiche - considerando che i cicli elettorali generano pressioni a mostrare risultati entro due o tre anni.

A questi si aggiungono le sfide che possono essere superate grazie alla collaborazione tra pubblico e privato, fa notare il report del Wef: in particolare, la complessità dell'IA in sanità rende più difficile la definizione di priorità nelle agende politiche e strategiche; ancora, il disallineamento tra scelte tecniche e visioni strategiche; e infine la scarsa fiducia nell'IA all'interno di un quadro normativo e di governance frammentato e datato.

COME CAMBIA LA SANITÀ

Alcuni sistemi sanitari stanno adottando soluzioni di intelligenza artificiale, machine learning, analisi predittive e cloud computing per migliorare la produttività dei lavoratori e la loro efficienza clinica, amministrativa e finanziaria.

A dirlo è il report '2025 global health care Outlook' di Deloitte, che ha condotto un sondaggio coinvolgendo i dirigenti di organizzazioni nel comparto healthcare negli Stati Uniti, in Australia, Canada, Germania, Olanda e Regno Unito. La maggior parte sta sviluppando casi d'uso o pianificando di esplorare le potenzialità dell'IA generativa nei prossimi 12 mesi. Oltre il 40% dei rispondenti ha sottolineato che le loro organizzazioni hanno già rilevato un ritorno significativo o moderato sugli investimenti in IA generativa, mentre il 37% ha detto che è ancora troppo presto per misurarlo. Per il 12% invece il ritorno è stato basso.



OMS

Per l'Organizzazione mondiale della sanità, circa 4,5 miliardi di persone non ricevono i servizi di cura e le prestazioni di base



L'OPINIONE

L'Oms stima una carenza di circa 11 milioni di professionisti entro il 2030 a livello globale
L'intelligenza artificiale può aiutare a dare una risposta a questi bisogni

Così contribuisce a sviluppare la ricerca

Le soluzioni di intelligenza artificiale possono rendere più sostenibile il processo di R&D. Aziz Nazha (Incyte): «Abbiamo avviato diversi progetti che sfruttano l'IA per identificare le proprietà dei farmaci prima ancora di sintetizzarli»

La rivoluzione dell'intelligenza artificiale attraversa diversi settori. E anche nella ricerca scientifica e farmaceutica, sta svelando il suo potenziale, migliorando i processi di sviluppo di trattamenti e terapie. Oggi la scoperta di un farmaco e la sua distribuzione nel mercato è un percorso lungo e costoso: si impiegano dai 10 ai 18 anni, considerando la fase pre-clinica, di sviluppo clinico e il processo regolatorio. E il rischio di fallimento è dietro l'angolo. «Se parliamo di farmaci in ambito oncologico, solitamente il tasso di successo nella fase di sviluppo clinico è di circa il 5%; il restante 95% di candidati non prosegue il percorso, quindi meno di un candidato su dieci sarà infine approvato clinicamente», spiega Aziz Nazha, associate vice president e head of AI Institute di Incyte.

Le applicazioni di IA possono rendere questo percorso più efficiente e veloce, e meno costoso. Il processo di ricerca comincia con l'individuazione di un target, ad esempio una proteina che contribuisce a una malattia, come un tumore: sulla base di esso si sviluppa il farmaco, che può essere una piccola o una grande molecola. «In Incyte abbiamo realizzato progetti che usano l'IA per identificare nuovi target - ha detto Nazha a margine dell'evento EmTech Italy 2025 - Inoltre, mentre con i metodi tradizionali si generano tante molecole e poi si cerca di selezionare quelle più promettenti, che presentano buone proprietà, con l'intelligenza artificiale è possibile accorciare questa procedura: abbiamo implementato diversi progetti che sfruttano l'IA per

identificare le proprietà dei farmaci prima ancora di sintetizzarli». E ha aggiunto: «Ci sono poi modelli che, a partire dalla struttura di una proteina, sono in grado di generare una nuova molecola usando l'intelligenza artificiale generativa. Questo non significa che la molecola sia pronta e possa essere utilizzata in trial clinici. Tuttavia, queste soluzioni consentono di generare milioni di molecole nel giro di poche ore o pochi giorni. Con i modelli di IA, è possibile studiare le proprietà farmacologiche di queste molecole, filtrare e ridurre, fino ad arrivare progressivamente a un migliaio. Ottimizzando ulteriormente il processo, si può arrivare a ottenere 10 o 15 molecole da portare in laboratorio, per testarle e verificare che abbiano potenziale a livello sperimentale». Tra gli ambiti di specializzazione di Incyte c'è quello oncologico, e Nazha ha illustrato un esempio di applicazione di queste nuove tecnologie: «Sviluppiamo anticorpi monoclonali, la cui funzione sostanzialmente è quella di legarsi al target e auspicabilmente eliminarlo. Abbiamo realizzato un modello di machine learning che ci permette di individuare le proprietà del farmaco - come la sua capacità di legarsi al target - e lo possiamo fare in silico. Il modello si è dimostrato accurato finora e i primi risultati sono stati positivi: se continua così, ci permetterà di ottimizzare il processo».

Le soluzioni di IA migliorano la sostenibilità della ricerca scientifica, considerando che il processo di R&D è complesso, il tasso di fallimento è alto, e oggi il costo medio per sviluppare e portare un nuovo farmaco sul mercato si aggira sui 2

miliardi di dollari. Tuttavia, l'adozione di questa tecnologia nel settore healthcare deve confrontarsi con alcuni ostacoli. «La prima barriera è la formazione. Non ci sono programmi di insegnamento sull'IA nelle scuole di medicina. Se non iniziamo a occuparci dell'istruzione a partire dalle nuove generazioni, insegnando loro questa tecnologia, non potranno imparare a utilizzarla né a comprenderne i limiti e le sfide». Un'altra barriera riguarda la regolamentazione. «Procede a un ritmo lento, mentre abbiamo tecnologie che avanzano rapidamente», ha detto l'esperto, sottolineando che «la mancanza di regolamentazione porta il caos, ma l'eccessiva regolamentazione blocca l'innovazione. Servono regole che impediscano alla tecnologia di andare fuori controllo, ma senza eccedere, in modo che le persone possano comunque innovare». Sul punto è intervenuto Onofrio Mastandrea, Regional Vice President & General Manager di Incyte, ricordando che il nostro Paese rappresenta uno degli hub principali della ricerca del gruppo, che impegna il 47% dei ricavi a livello globale in attività di R&D. «La ricerca scientifica è un asset centrale per Incyte che ha investito oltre 80 milioni di euro in Italia, portando nei centri 73 studi clinici, un quarto dei quali di Fase I. Rendere la ricerca scientifica sostenibile è importante: le nuove tecnologie aiutano ma serve un ecosistema capace di nutrire l'innovazione attraverso una strategia mirata, regole chiare e investimenti nella formazione». - m.cim.



SILVER ECONOMY

Obiettivo longevità più sana grazie al progetto Age-it

Il Pnrr stanZIA 114 milioni di euro per affrontare al meglio l'invecchiamento. Si moltiplicano le società dedicate in un mercato che presto varrà 30 miliardi nel mondo

Giulia Cimpanelli

Alla longevità è dedicato Age-It, uno dei più grandi progetti NextGenerationEU nell'ambito del Pnrr a cui partecipano 27 tra università, centri di ricerca, industrie, enti. Finanziamento complessivo: 114 milioni di euro. Obiettivo: affrontare la prova di una società che invecchia tramite un'alleanza pubblico-privato. Si articola in vari settori disciplinari, dal medico al socio-economico, con attenzione a temi trasversali come il trasferimento tecnologico e il ruolo dell'apprendimento nell'invecchiamento attivo. Nei primi 18 mesi Age-It ha reclutato più di 300 ricercatori che assieme ai 350 ricercatori del team originario, hanno prodotto già oltre 300 lavori. Segno che invecchiamento e longevità, sono tra i temi di maggiore interesse per il futuro.

Il fine è la longevità sana, soprattutto per chi si occupa dei bilanci in sanità. «Gli economisti sanitari concordano sul fatto che l'invecchiamento rappresenta una sfida alla spesa sanitaria, ma la dimensione di questo impatto è un po' sopravvalutata, in quanto essere anziano oggi non è lo stesso di 20 o 30 anni fa, perché gli anziani di oggi sono più sani - spiega Aleksandra Torbica, professoressa dell'Università Bocconi - Non è l'invecchiamento a porre pressione sui sistemi sanitari, ma la mancanza di salute». Qui si dovrebbe innestare un tipo diverso di economia della sanità, «che vede maggiore importanza della prevenzione, del lifestyle corretto - continua - La chiave è arrivare all'età adulta avendo uno stato di salute che permette di continuare, non dico a lavorare, ma a contribuire alla società, attraverso la partecipazione ad attività di comunità, volontariato, tutto ciò che gli anziani possono offrire, dare indietro alla società. Ma per poterlo fare devono stare bene».

L'accelerazione scientifica e tec-

nologica delle life science e l'allungamento dell'aspettativa di vita, stanno spingendo in maniera esponenziale il settore della Longevity, tanto che oggi il comparto racchiude più di 50 mila aziende nel mondo per un valore complessivo di oltre 30 miliardi di dollari stimati per il 2026, secondo uno studio di Longevity International.

È uno spettro ampio che va dalle tecnologie diagnostiche, dalle tecnologie omiche (proteomica, genomica, metabolomica), che mettono a sistema le capacità delle più moderne tecniche di machine learning, visualizzazione e analisi delle proteine, per scoprire i se-



greti della vita umana. «Questa è la parte tecnologica, poi ce ne è una terapeutica. Oltre al farmaco c'è un mondo parallelo, il biohacking, che è un fatto di strumenti anche antichi che creano degli stimoli biofisici o biochimici forzati per avere una reazione a livello fisiologico», spiega Guido Cornettone, co-founder di Solongevity.

Negli Stati Uniti il dottor Peter Attia sta sviluppando tra Silicon Valley e New York il suo impero della longevità, basato proprio sul biohacking. Ha fondato con John Hering, figura di spicco della Silicon Valley, Biograph, che si definisce come la clinica di salute preventiva più avanzata al mondo. La startup afferma che raccoglierà più di mille dati per offrire un quadro olistico della salute di una persona e ottimizzarne la durata della vita. Il servizio non è economico: il suo abbonamento base costa 7.500 dollari all'anno, mentre quello che promette "analisi più approfondite" arriva a 15.000.

L'Italia sta emergendo come hub europeo della Longevity medicine: «Ha subito un grosso sviluppo soprattutto negli ultimi 2-3 anni - osserva Cornettone - vede un epicentro a Milano, tanto che proprio in questi giorni, all'Università Statale, si sta svolgendo la seconda edizione del Longevity summit. C'è un fiorire di attori specializzati, e ne aprirà un altro impor-

tante a fine anno: stiamo diventando una delle capitali guida in quest'ambito».

Sono sempre di più le strutture sanitarie che offrono servizi dedicati alla longevità. Solongevity, fondata dall'immunologo Alberto Beretta con Cornettone, studia i meccanismi dell'invecchiamento e lavora sullo sviluppo di un approccio diagnostico, protocolli di ringiovanimento fisiologico e formulazioni nutraceutiche. Il Gruppo San Donato ha creato a Monza lo Zucchi Optimizing Center, che ha l'obiettivo di ottimizzare il benessere e prevenire squilibri tramite un'innovativa metodica di screening che analizza in profondità lo stato di salute generale. L'ospedale San Raffaele ha lanciato Genos, un centro di medicina personalizzata e preventiva che propone check-up e percorsi di screening per la valutazione dei fattori di rischio, mirati alla diagnosi precoce e alla promozione della salute nella popolazione giovanile. Anche qui, per ora, si tratta di servizi di nicchia, dedicati a chi si può permettere i costi, piuttosto ingenti.

Con queste iniziative, l'Italia si posiziona in prima linea nella sfida globale per trasformare l'invecchiamento da problema demografico a opportunità economica e sociale. «La genomica potrebbe rappresentare una svolta nella prevenzione delle malattie, ma è un tema complesso. Richiede un ripensamento del sistema assicurativo e coinvolge questioni etiche

rilevanti: non tutti vogliono conoscere le proprie predisposizioni genetiche alle malattie - commenta Torbica - le nuove tecnologie, come l'intelligenza artificiale e la genomica, permettono di fare previsioni sempre più precise sulle caratteristiche individuali, ma ciò solleva problemi di sostenibilità del sistema sanitario. L'obiettivo è prevenire malattie come le cardiovascolari e il cancro, riducendo i costi futuri e garantendo equità di accesso alle cure. Tuttavia, già oggi il sistema è sotto pressione, con lunghe liste d'attesa e una spesa privata in continuo aumento». Il progetto finanziato dal Pnrr ha l'obiettivo di fornire proprio raccomandazioni politiche per migliorare l'efficacia e la sostenibilità del sistema sanitario. «Si sta considerando la creazione di un istituto dedicato alla longevità, per rendere il nostro paese un punto di riferimento su queste tematiche - conclude - l'Italia, infatti, ha una popolazione sempre più anziana e ha bisogno di un approccio sistemico per affrontare la sfida».



L'INTERVISTA

“I disturbi colpiscono il 3% dei giocatori”

Adele Minutillo dell'Iss ha studiato gli effetti della dipendenza: “Con l'esplosione del gioco on line salgono i rischi anche per i minori”

Michele Bocci

La passione per le scommesse ha un'altra faccia della medaglia, che si chiama disturbo da gioco d'azzardo. Il termine ludopatia, dicono gli esperti, pur essendo molto diffuso non è scientificamente corretto e si cerca di evitarlo. Definizione a parte, il problema colpisce circa il 3% di coloro che fanno puntate e tentano la sorte in vario modo. A dirlo è l'unica ricerca scientifica ampia realizzata in Italia sul tema. L'ha fatta negli anni scorsi l'Istituto superiore di sanità e tra gli autori c'è Adele Minutillo, che lavora al Centro nazionale dipendenze e doping.

Dottoressa, quante persone riguardava la vostra ricerca?

«Il campione era di 12 mila adulti e 15 mila studenti tra i 14 e i 17 anni, ai quali peraltro per legge il gioco d'azzardo sarebbe vietato. Tra i primi, il 36% aveva giocato, tra i secondi il 29%. Il dato di recente è sicuramente cresciuto, almeno tra i minori, con l'esplosione del gioco online. Comunque, i risultati ci hanno detto che il 3% di coloro che giocano lo fanno in modo problematico. Si tratta di circa un milione e mezzo di adulti e circa 70 mila studenti e studentesse».

Quando si può parlare di giocatore problematico?

«Quando una persona sta compromettendo in maniera significativa le sfere più importanti della sua vita, come il lavoro, lo studio, le relazioni familiari, e

incide quindi sul benessere psicofisico».

Quali sono i segnali del problema?

«Ad esempio, l'irritabilità e l'aggressività se viene distolto dall'attività d'azzardo. Si tende anche a mentire alle persone che stanno intorno per continuare a giocare e in generale l'azzardo diventa l'attività regina di questa persona, l'unica a cui è interessato».

E quando si può parlare di gioco patologico?

«Il giocatore patologico ha un disturbo clinico diagnosticabile, con impatti significativi sulla vita quotidiana. Mostra segnali di rischio, ma non soddisfa tutti i criteri diagnostici per il disturbo vero e proprio. Nel primo caso c'è una diagnosi clinica e spesso emergono anche altri problemi legati all'ansia, alla depressione ma non solo».

Giocano in tantissimi, come ci si accorge che una persona sviluppa un rapporto problematico con l'azzardo?

«Quando inizia a stare più tempo a giocare o investe più denaro in questa pratica rispetto a prima. Quello è il momento di cercare aiuto».

Qual è il peso del gioco d'azzardo dal punto di vista socioeconomico?

«Significativo. Sebbene il gioco d'azzardo generi entrate fiscali per lo Stato, gli studi dimostrano che i costi sociali e sanitari derivanti dal

gioco problematico possono superare i benefici economici. Basti pensare alle spese che il servizio sanitario sostiene per chi viene curato. Ci sono poi gli impatti economici diretti. Spesso il giocatore problematico accumula debiti con prestiti non sostenibili, portando a situazioni di insolvenza e a un aumento dei fallimenti personali e familiari. Inoltre, può perdere il lavoro con conseguente richiesta di sussidi pubblici. In alcuni casi, i giocatori problematici possono commettere reati come frodi, furti o truffe, aumentando i costi per il sistema giudiziario e la sicurezza pubblica. Infine, sottolineerei anche la compromissione della famiglia, con divorzi e separazioni».

Come può farsi aiutare chi ha un problema con l'azzardo?

«Come Istituto abbiamo un numero verde per problematiche gioco azzardo, 800 558822. Rispondono psicologi esperti nel counseling telefonico. Poi è attiva la piattaforma usciredalgioco.iss.it, nella quale si trova la mappa dei servizi territoriali».

Come vengono presi in carico i pazienti con disturbo da gioco d'azzardo?

«Nei Serd della aziende sanitarie, di solito accessibili senza



appuntamento, ci sono professionisti che si occupano di loro. Il problema si affronta con sedute di psicoterapia individuali o di gruppo. Bisogna lavorare sulle distorsioni cognitive, la più tipica delle quali è l'illusione della vincita. Spesso la molla problematica è scatta quando si vince una somma consistente e ci si costruisce l'illusione di poter continuare a vincere facilmente».

Da una parte lo Stato attiva servizi per i giocatori patologici, numerosissimi, dall'altra aumentano le pubblicità del gioco. Possono avere effetti negativi?

«La letteratura ci dice che tra fattori di rischio per lo sviluppo di gioco d'azzardo problematico c'è anche l'esposizione alla pubblicità. Questo perché stimola il meccanismo di gratificazione nel cervello, che nei giocatori problematici è già alterato, aumentando così il rischio di rendere automatico il comportamento di gioco».



L'OPINIONE

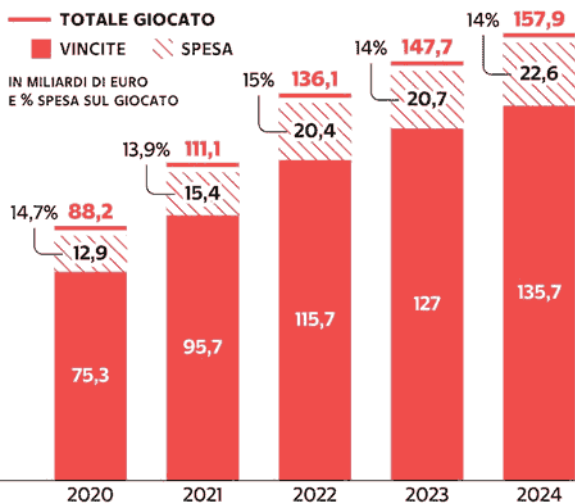
“I dati che abbiamo ci dicono che il 3% di chi gioca lo fa in modo problematico. Si tratta di circa un milione e mezzo di adulti e 70 mila studenti”

① Le scommesse on line sono il settore che cresce al ritmo più alto. Il più redditizio è quello delle slot



I NUMERI

CINQUE ANNI DI CRESCITA



Fonte: ELABORAZIONE SAGIC SU DATI ADM



ADELE MINUTILLO
Del Centro nazionale dipendenze e doping



Thomas R. Cech

l' intervista

«Nell’Rna è scritto il futuro di farmaci e cure E c’è il passato della vita»

Il Nobel per la Chimica racconta il «cugino» del Dna fra ricerca anti invecchiamento e terapie hi-tech

Eleonora Barbieri

Thomas R. Cech, professore di biochimica alla University of Colorado Boulder, nel 1989 ha ricevuto il Nobel per la Chimica per le sue scoperte sull’Rna. Quel singolo filamento che, insieme alla doppia elica del Dna, è alla base dell’esistenza sulla Terra. Nel suo saggio *Riscrivere la vita* (Neri Pozza, pagg. 332, euro 25) racconta come quella dell’Rna sia una rivoluzione non solo conoscitiva, ma anche per i farmaci e le terapie del futuro.

Professor Cech, se si parla di costruzione della vita, pensiamo sempre al Dna. Perché l’Rna è importante?

«Il Dna fa una singola cosa, benché importantissima: immagazzina le informazioni necessarie a costruire un essere vivente. L’Rna può fare lo stesso: può essere una molecola informativa. In effetti molti virus, come il Sars-CoV-2, non hanno nemmeno bisogno del Dna e fanno il loro lavoro soltanto con l’Rna. Perciò, sia il Dna sia l’Rna sono buoni per codificare le proteine. Ma quest’ultimo lavora anche come “Rna non codificante”, che non ha nulla a che fare con l’essere un messaggero».

Che cosa fa?

«Gli Rna non codificanti possono agire da enzimi, esattamente come le proteine. Possono sostenere l’immortalità cellulare, prolungando le fragili estre-

mità dei cromosomi umani. E possono alimentare quella macchina di editing del Dna estremamente specifica chiamata Crispr. Perciò, l’Rna è una molecola superbamente versatile nel fornire energia alla vita».

La funzione principale?

«Dirigere la costruzione delle proteine, che sono le artefici della vita: digeriscono il cibo nel nostro stomaco, muovono i nostri muscoli, fanno battere il nostro cuore».

Perché l’Rna può aiutarci a «svelare i segreti più profondi dell’esistenza»?

«Uno dei segreti più profondi è come sia iniziata la vita stessa. Le primissime forme di vita sul pianeta erano molto primitive, forse non facevano altro che replicarsi. Eppure, il momento in cui sono spuntate è stato magico: semplici elementi chimici hanno dato origine a qualcosa di biologico... Ma gli scienziati erano sempre molto a disagio nel pensare alle origini della vita».

Perché?

«Se perfino la “vita” più semplice necessita di una molecola informativa, qualcosa come il Dna, e anche di un enzima proteico che copi quel Dna in molecole “figlie” per trasmetterlo, sembrava improbabile che quelle forme primitive potessero soddisfare entrambi i requisiti. Ma ora sappiamo che l’Rna può

essere sia una molecola informativa, sia un biocatalizzatore, perciò si delinea uno scenario molto più semplice: forse all’inizio c’era solo dell’Rna, che si replicava, e le proteine e il Dna sono apparsi in seguito».

Che cos’è l’«mRna» di cui abbiamo tanto sentito parlare durante il Covid?

«La “m” sta per “messaggero”: questi Rna messaggeri sono copiati direttamente dal codice del Dna e dirigono la sintesi di proteine specifiche. Per ogni proteina ci sono un singolo gene - il Dna - e un singolo mRna».

E perché è così utile per i vaccini?

«È dagli anni ‘60 che abbiamo compreso come funziona l’mRna. Se conosciamo l’ordine degli amminoacidi in una proteina virale - per l’esempio, la proteina Spike del Sars-CoV2 - possiamo utilizzare il codice per creare un mRna che specificherà quella particolare proteina;



poi si inietta l'mRna e si lascia che il corpo umano lo "decodifichi" per creare la proteina che dà al nostro sistema immunitario una "dritta": se incontra quella proteina sono guai, quindi va distrutta».

Quali sono vantaggi e svantaggi di questi vaccini?

«Il vantaggio principale è che sono veloci da progettare e produrre; quindi, se il target virale muta, è veloce e semplice alterare anche il vaccino. Lo svantaggio principale è che l'Rna non dura molto a temperatura ambiente, il che rende difficile la loro distribuzione nei Paesi sottosviluppati».

Molte persone erano diffidenti verso vaccini realizzati in tempi così rapidi: è stato un azzardo?

«Non credo sia stato un azzardo. Il vaccino è molto sicuro e molto efficace. Credo che le persone fossero diffidenti perché i vaccini a mRNA sono stati prodotti e utilizzati nel giro di un solo anno; ma sono stati decenni di dura ricerca che hanno consentito agli scienziati di costruire un vaccino a mRNA. Perciò, alla fine, non è stato così "rapido"...»

Quali vaccini a mRNA si potranno creare?

«Sicuramente contro altri virus: se ne sta sviluppando uno contro l'influenza. Quanto al cancro, si è sempre pensato che il vaccino giusto potesse "addestrare" il nostro sistema immunitario a distruggere le cellule cancerogene. E in effetti è stato sviluppato un vaccino a mRNA contro il melanoma, che speriamo sia approvato».

Per alcuni l'Rna è qualcosa di «non naturale».

«L'Rna è una componente essenziale di ogni essere vivente sul pianeta e si trova in tutto il

cibo che mangiamo, che si tratti di carne o di verdure. Perciò è sicuramente naturale. E, ai miei occhi, è anche magico...».

Per esempio per il ruolo anti invecchiamento?

«L'invecchiamento ha numerose cause, una delle quali è il fatto che a un certo punto le nostre cellule staminali smettono di dividersi ed entrano in uno stato di "senescenza"; e questo avviene anche perché le estremità dei nostri cromosomi si accorciano. Quello che mantiene sane queste estremità è un piccolo meccanismo alimentato dall'Rna e chiamato telomerasi, che perciò si è guadagnato la fama di "enzima dell'immortalità". Infatti, si sa che bassi livelli di telomerasi causano un invecchiamento prematuro. Quindi, se trovassimo un modo sicuro per stimolare la produzione di telomerasi, le staminali eviterebbero la senescenza e continuerebbero a mantenere giovani i nostri tessuti vitali. Questo è un obiettivo della ricerca attuale e futura».

E il cancro?

«Ecco, lui è il *villain* della storia... Come le staminali, anche le cellule tumorali hanno bisogno di telomerasi per continuare a crescere; perciò, per i malati di tumore vorremmo trovare dei modi per inibire la telomerasi. Abbiamo fatto qualche progresso, ma gli scienziati sono al lavoro per soluzioni migliori».

Perché la Crispr, la tecnica per «editare» il genoma umano, ha a che fare con l'Rna?

«Il meccanismo della Crispr porta con sé un pezzo di Rna non codificante, che le attribuisce la sua specificità: solo quando la sequenza di unità dell'Rna corrisponde a quella del Dna, la Crispr "taglia" il Dna e avvia il processo di editing, cioè cam-

bia il codice del Dna».

A che cosa ci serve la Crispr?

«Innanzitutto a curare malattie genetiche. La prima terapia Crispr per curare l'anemia falciforme è stata approvata per l'utilizzo sui pazienti nel 2023. Altre seguiranno. Poi ci sono possibili utilizzi per l'agricoltura e l'ambiente, potenzialmente importantissimi per il pianeta: la Crispr può editare il Dna di qualsiasi organismo, perciò può essere usata per rendere le coltivazioni, come riso e grano, più resistenti al caldo e alla siccità. Certo, questo ci porta nel regno degli Ogm, che molte persone vogliono evitare...».

Può spiegare perché ha vinto il Nobel?

«Il mio gruppo di ricerca in Colorado ha scoperto il primo esempio di Rna con funzione di biocatalizzatore. All'inizio non ci credevamo... Ma nel 1982 abbiamo dimostrato a tutti che l'Rna può davvero agire come un enzima. Come ha detto il comitato del Nobel, i testi di chimica e di biologia avrebbero dovuto essere riscritti per adattarsi a questa nuova idea».

Ma il sottostimato Rna è quasi più importante di suo cugino, il Dna?

«Da studioso dell'Rna vorrei dirlo, ma la verità è che entrambi sono essenziali. Insieme alle proteine sono i tre protagonisti della chimica della vita. Però l'Rna è più versatile del cugino Dna».

Che cosa vede nel futuro della ricerca sull'Rna?

«Ormai gli Rna codificanti, come quelli messaggeri, sono ben conosciuti, ma esistono decine di migliaia di Rna non codificanti, le cui funzioni sono ignote. Essi rappresentano il futuro della ricerca sull'Rna».



Dispositivi medici, il Mef incontra le imprese: «Soluzione su payback»

Il primo mezzo passo per provare a risolvere una volta per tutte l'intricata vicenda del payback sui dispositivi medici che per le imprese al momento presenta un conto ancora molto salato di 1,1 miliardi è stato fatto. Ieri il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti ha aperto il tavolo al Mef - presente anche il Ragioniere generale dello Stato Daria Perrotta e in collegamento il presidente delle Regioni Massimiliano Fedriga - dove si sono sedute tutte le imprese di un comparto industriale, quello del biomedicale, che ha un mercato che vale 18 miliardi e conta oltre 4600 aziende.

Giorgetti che ha ereditato il micidiale meccanismo del payback dai governi passati e che considera da sempre la misura «insensata» si è impegnato a provare a superare la tagliola o quantomeno a renderla meno pesante. Le imprese dal canto loro chiedono una sua cancellazione definitiva e la sostituzione con un nuovo meccanismo di governance, mentre per le somme già dovute la richiesta è quantomeno di una loro mitigazione oltre a un sostegno soprattutto per le piccole e micro imprese del settore per le quali si ipotizza una franchigia. In questo senso i numeri della finanza pubblica che si conosceranno meglio tra aprile e maggio potrebbero dare una mano per un possibile intervento normativo.

Per le imprese la convocazione del tavolo «rappresenta un passo importante da parte del Governo, che dimostra la volontà politica di risolvere un vulnus normativo in grado di danneggiare in modo irreversibile imprese, Servizio sanitario nazionale e cittadini», avvertono Aforp, Confapi salute università ricerca, Confimi Industria Sanità, Confindustria dispositivi medici, Conflavoro PMI Sanità, Coordinamento filiera, Fifo Confcommercio. «Non agire tempestivamente - hanno dichiarato le 7 sigle di rappresentanza - significa che una

impresa su cinque è a rischio fallimento immediato. Non intervenire subito significa rinunciare a un'industria che genera un mercato, fatto di tecnologie innovative di piccole, medie e grandi imprese, tutte coinvolte e ostacolate dal peso di una tassazione, che toglie risorse a investimenti, sviluppo e produttività nel nostro Paese. Siamo convinti che Governo e Regioni - hanno concluso - siano ben consapevoli di queste catastrofiche conseguenze e ci auguriamo comprendano l'urgenza di definire una governance del settore che superi il payback».

Questo meccanismo è stato introdotto nel 2015 dal Governo Renzi e prevede che le imprese fornitrici di dispositivi medici debbano rimborsare il 50% del superamento degli scostamenti dal tetto di spesa, stabilito nella misura del 4,4% del Fondo sanitario nazionale. Il payback però è rimasto inattuato fino all'estate 2022, quando l'allora governo guidato da Mario Draghi decise in extremis di tirarlo fuori. Da allora è stato una sorta di calvario tra proroghe e un taglio a metà del conto per le imprese che all'inizio era di 2,2 miliardi ed è stato portato appunto a circa 1,1 miliardi. Da allora c'è stata una pioggia di ricorsi al Tar - inframezzato anche da una pronuncia della Consulta - che ha coinvolto circa 1800 imprese e i cui esiti sono attesi a breve.

—Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Biomedicale. Il settore ha un mercato da 18 miliardi e conta oltre 4600 aziende





Servizio Prima riunione

Dispositivi medici: aperture al tavolo imprese-Mef per superare il payback

Al lavoro su un piano da sottoporre al ministro Giorgetti per superare l'arretrato che pesa 1,1 miliardi e disegnare una nuova governance

di Ernesto Diffidenti

21 marzo 2025

“La convocazione del tavolo tecnico al ministero dell'Economia e delle Finanze per affrontare la questione payback dispositivi medici rappresenta un passo importante da parte del Governo, che dimostra la volontà politica di risolvere un vulnus normativo in grado di danneggiare in modo irreversibile imprese, Servizio sanitario nazionale e cittadini”. Trapela un cauto ottimismo tra le 7 sigle di rappresentanza che oggi si sono sedute al tavolo di via XX Settembre con il ministro Giancarlo Giorgetti per trovare una soluzione all'annosa questione che pesa sui bilanci delle aziende per 1,1 miliardi. “Oggi abbiamo avviato un confronto costruttivo con tutte le parti coinvolte - spiegano Aforp, Confapi salute università ricerca, Confimi Industria Sanità, Confindustria dispositivi medici, Conflavoro PMI Sanità, Coordinamento filiera, Fifo Confcommercio - ci auguriamo di arrivare velocemente a una soluzione condivisa che avvii un nuovo capitolo della strategia nazionale per i dispositivi medici”.

Nei prossimi giorni è attesa anche la decisione del Tar

Le oltre 1.800 imprese dei dispositivi medici, dopo la sentenza della Corte costituzionale che ha riconosciuto la legittimità del payback 2015-2018, attendono anche una decisione del Tar cui si sono rivolti lo scorso mese di febbraio nel tentativo di bloccare le somme dovute sottolineando “la violazione della normativa europea in materia di appalti pubblici e l'illegittimità di una norma che ha fissato nel 2019 dei tetti di spesa sulle annualità 2015-2018 in ritardo e con effetti retroattivi”. La risposta del Tar dovrebbe arrivare nei prossimi giorni.

“Bene l'apertura sulla franchigia per la salvaguardia presente e futura delle PMI del medtech italiano - commenta Gennaro Broyna de Lucia, presidente di Conflavoro PMI Sanità, a margine della riunione -. Il ministro Giorgetti si è dimostrato attento alle necessità del comparto tutto. La Conferenza Stato-Regioni, e in particolare l'assessore Vincenzo Fabi, hanno espresso la necessità di tutelare in particolare il tessuto delle Pmi, che verrebbero messe in fuorigioco non solo per la richiesta di payback ma di eventuali oneri futuri”.

L'ipotesi di portare un piano unico delle imprese al tavolo delle trattative

Le 7 sigle di rappresentanza stanno studiando un piano da sottoporre al Mef con l'obiettivo di trovare una soluzione per il pregresso ma anche il superamento definitivo del meccanismo che chiama le aziende alla compartecipazione del ripiano dello sfioramento dei tetti di spesa regionali. “Non agire tempestivamente - sottolineano le 7 sigle - significa che una impresa su cinque è a

rischio fallimento immediato. Non intervenire subito significa rinunciare a un'industria che genera un mercato, fatto di tecnologie innovative di piccole, medie e grandi imprese, tutte coinvolte e ostacolate dal peso di una tassazione, che toglie risorse a investimenti, sviluppo e produttività nel nostro Paese".

Nuova governance e tetti di spesa adeguati

Per questo l'auspicio delle imprese, al fine di evitare "catastrofiche conseguenze", è che sia il Governo che le Regioni "comprendano l'urgenza di definire una governance del settore che superi il payback e preveda tetti di spesa adeguati; una visione sistemica del comparto che comprenda a pieno le problematiche industriali; una programmazione sanitaria per garantire l'allocazione efficiente delle risorse; un sistema che garantisca l'accesso rapido alle innovazioni a beneficio dei pazienti".

Servizio L'analisi

Influenza aviaria: diffusione, spillover e rischi per l'uomo. Perché bisogna agire ora

Una analisi della diffusione del virus e delle sue mutazioni recenti. Decisivo, per il futuro, il ruolo della scienza in un mondo profondamente interconnesso

*di Francesco Branda**

22 marzo 2025

Che cos'è l'influenza aviaria?

L'influenza aviaria o "bird flu", è una malattia virale causata dai virus influenzali di tipo A della famiglia Orthomyxoviridae, sono endemici negli uccelli acquatici selvatici, ma possono infettare anche altri volatili e, in alcuni casi, i mammiferi, compresi gli esseri umani. I virus dell'influenza aviaria sono classificati in base alla loro patogenicità negli uccelli in due categorie principali: influenza aviaria a bassa patogenicità (LPAI) e influenza aviaria altamente patogena (HPAI).

I virus LPAI generalmente causano una malattia lieve o possono persino non manifestare sintomi negli uccelli. Al contrario, i virus HPAI, in particolare i sottotipi H5 e H7, sono responsabili di malattie gravi che si diffondono rapidamente tra il pollame, portando a tassi di mortalità elevati in diverse specie di uccelli. È importante notare che alcuni ceppi LPAI possono mutare e diventare altamente patogeni nel pollame, sottolineando la necessità di un monitoraggio continuo.

La distinzione tra LPAI e HPAI è fondamentale per valutare il livello di minaccia per il pollame e le potenziali conseguenze economiche. La capacità di alcuni ceppi LPAI di trasformarsi in HPAI evidenzia l'importanza di una sorveglianza costante per prevenire focolai più gravi. I virus influenzali di tipo A sono ulteriormente suddivisi in sottotipi in base a due proteine presenti sulla superficie del virus: l'emagglutinina (HA) e la neuraminidasi (NA). Sono noti 18 sottotipi di HA (H1-H18) e 11 sottotipi di NA (N1-N11), che possono combinarsi in numerose varianti virali. Alcuni sottotipi specifici hanno dimostrato di poter infettare l'uomo, tra cui H5N1, H7N9, H5N6, H5N8, H3N8, H7N4, H9N2 e H10N3.

La diffusione dell'influenza aviaria tra uccelli e esseri umani

La trasmissione dell'influenza aviaria tra gli uccelli avviene principalmente tramite il contatto diretto tra uccelli infetti e sani. Gli uccelli infetti rilasciano il virus attraverso la saliva, le secrezioni nasali e le feci. Gli uccelli migratori, in particolare quelli acquatici, sono serbatoi naturali del virus e giocano un ruolo fondamentale nella sua diffusione su vaste aree geografiche. La loro capacità di migrare senza mostrare segni di malattia complica il controllo della diffusione del virus, rendendo necessaria una sorveglianza e monitoraggio internazionali.

Il virus può diffondersi anche indirettamente, tramite il contatto con superfici o materiali contaminati come letame, contenitori per uova, gabbie, attrezzature agricole, scarpe, abiti e mani. La sua resistenza, soprattutto a basse temperature, consente al virus di sopravvivere a lungo su

oggetti contaminati, favorendo ulteriormente la diffusione. Inoltre, vi è un rischio di introduzione del virus negli allevamenti domestici attraverso il contatto con escrementi di uccelli selvatici all'esterno.

Le infezioni umane da influenza aviaria sono rare, ma possono verificarsi dopo un'esposizione diretta o indiretta ad animali infetti, in particolare uccelli ma anche altri mammiferi come mucche e gatti, o ad ambienti contaminati. Le principali vie di trasmissione includono il contatto con saliva, secrezioni nasali, feci, sangue o altri fluidi corporei (incluso il latte di mucche infette).

L'inalazione di particelle virali presenti in goccioline respiratorie o polvere negli ambienti degli animali è un'altra modalità di trasmissione. Inoltre, la manipolazione di carcasse di pollame infette e la preparazione del pollo per il consumo rappresentano ulteriori fattori di rischio.

È importante sottolineare che pollame e uova, se cotti correttamente, e latte pastorizzato sono sicuri per il consumo. I lavoratori che hanno contatti frequenti con uccelli, pollame, uccelli acquatici e bovini, come i veterinari o coloro che lavorano nei mercati di animali vivi, sono maggiormente esposti al rischio. Anche le persone con un sistema immunitario compromesso potrebbero essere più vulnerabili a sviluppare forme gravi di malattia.

Sintomi negli uccelli e negli esseri umani

Negli uccelli:

I sintomi di influenza aviaria ad alta patogenicità (HPAI) nel pollame includono morte improvvisa, perdita di energia e appetito, calo della produzione di uova, uova con guscio molle o deformi, gonfiore e colorazione violacea della testa e delle zampe, difficoltà respiratorie, secrezione nasale, tosse, starnuti, torsione della testa e del collo, difficoltà motorie e diarrea.

L'influenza aviaria a bassa patogenicità (LPAI) può causare sintomi lievi come difficoltà respiratorie, riduzione della produzione di uova e diarrea, oppure non mostrare alcun segno. Gli uccelli selvatici infetti potrebbero non manifestare sintomi, ma la natura spesso asintomatica del virus negli uccelli selvatici e la varietà dei sintomi nel pollame rendono difficile una diagnosi precoce. Le morti improvvise nel pollame sono un segnale di allarme importante.

Negli esseri umani:

I sintomi nell'uomo variano da infezioni lievi delle vie respiratorie superiori a forme gravi come polmonite, sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS), shock e decesso. I sintomi comuni comprendono febbre (che potrebbe non essere sempre presente), tosse, mal di gola, dolori muscolari, stanchezza, mal di testa, naso chiuso o che cola.

Nei recenti casi negli Stati Uniti, la congiuntivite è stata un sintomo prominente. Sintomi meno comuni includono diarrea, nausea, vomito e convulsioni. I sintomi gravi che richiedono un intervento medico immediato includono difficoltà respiratorie, febbre alta, confusione, alterazioni dello stato mentale, forte affaticamento, grave mal di testa e rigidità del collo.

Le complicazioni più gravi possono includere polmonite, insufficienza respiratoria, ARDS, danno renale, insufficienza multiorgano, sepsi e encefalite.

Prevenzione e controllo nel pollame

Le misure di biosicurezza rigorose sono essenziali per prevenire la diffusione dell'influenza aviaria nel pollame. Queste includono il controllo dell'accesso ai pollai, la pulizia e la disinfezione di attrezzature, veicoli e calzature, e il mantenimento di una buona igiene. È fondamentale prevenire il contatto tra il pollame domestico e gli uccelli selvatici, in particolare quelli acquatici, e i loro escrementi.

È altrettanto importante segnalare alle autorità competenti la presenza di uccelli malati o morti. In caso di focolai di HPAI, l'abbattimento di tutto il pollame infetto ed esposto è spesso l'unico modo per fermare la diffusione del virus. Vengono anche istituite zone di quarantena e restrizioni sulla movimentazione di pollame e prodotti avicoli nelle aree colpite.

Una risposta rapida, basata sulla diagnosi precoce, è cruciale per contenere i focolai. L'impatto economico dell'abbattimento sugli allevatori è significativo, evidenziando la necessità di sostegno e compensazioni.

Prevenzione negli esseri umani

Per prevenire l'infezione negli esseri umani, è consigliabile evitare il contatto diretto con uccelli selvatici e altri animali infetti o sospetti di essere infetti. È opportuno osservare gli animali da distanza e non toccare quelli malati o morti. Quando il contatto con animali o ambienti contaminati è inevitabile, è fondamentale indossare dispositivi di protezione individuale (DPI) come guanti, maschere e protezioni per gli occhi. Il lavaggio frequente e accurato delle mani con acqua e sapone è essenziale, e si consiglia di evitare di toccarsi il viso dopo il contatto con superfici contaminate.

Si raccomanda di consumare solo latte pastorizzato, pollame e uova ben cotte. La vaccinazione antinfluenzale stagionale è utile per ridurre il rischio di co-infezioni. I viaggiatori diretti verso aree colpite dovrebbero evitare allevamenti di pollame e mercati di animali vivi. Infine, i messaggi di sanità pubblica dovrebbero concentrarsi su azioni pratiche e facili da adottare per proteggersi, affrontando comportamenti a rischio come il consumo di latte crudo.

Un'analisi dell'evoluzione recente e della situazione nel 2025

Negli ultimi decenni, l'influenza aviaria è rimasta una minaccia costante, confinata principalmente al mondo degli uccelli selvatici e del pollame da allevamento. Oggi, la situazione sta cambiando. Il virus ha iniziato a infettare un numero crescente di mammiferi e, più recentemente, è stato rilevato nei bovini da latte negli Stati Uniti. Questo evento ha sollevato nuove domande sulla capacità, in particolar modo del ceppo H5N1, di adattarsi a ospiti diversi e sulle implicazioni per il futuro.

Tra spillover e nuove frontiere di diffusione

A partire dal 2020, il panorama dell'influenza aviaria ha subito trasformazioni significative, quando è emerso un nuovo ceppo di influenza aviaria HPAI H5N1, caratterizzato dal gene HA 2.3.4.4b. A differenza delle precedenti varianti, il ceppo 2.3.4.4b ha mostrato una straordinaria capacità di adattarsi agli uccelli selvatici, facilitando una rapida diffusione globale.

L'emergere di questa variante non è stato un fenomeno isolato, ma piuttosto il risultato di un processo di riorganizzazione genetica, in cui diversi virus influenzali di tipo A si scambiano materiale genetico, portando alla formazione di questo sottotipo H5N1 particolarmente virulento. La capacità del virus di persistere e diffondersi tra le popolazioni di uccelli selvatici ha trasformato l'influenza aviaria da una serie di focolai isolati a una minaccia globale in corso.

Nel 2020 negli Stati Uniti sono stati segnalati focolai di influenza aviaria LPAI e HPAI H7N3 negli allevamenti di tacchini. In Europa, il ceppo HPAI H5N1, adattato agli uccelli selvatici, si è rapidamente diffuso in Africa, Medio Oriente e Asia. La Cina ha segnalato diversi casi umani di infezione da HPAI H5N6, mentre nel Regno Unito è stato individuato il ceppo HPAI H5N8 in diverse specie selvatiche, comprese foche, volpi e cigni. Inoltre, in Russia il virus è stato isolato in un lavoratore del settore avicolo, sebbene asintomatico.

Nel 2021, il virus HPAI H5N8 è stato rilevato nelle foche in diversi Paesi europei. Il Laos ha registrato il suo primo caso umano di infezione da HPAI H5N6, mentre nei Paesi Bassi e in Estonia il ceppo HPAI H5N1 è stato individuato in cuccioli di volpe selvatica. In Cina, oltre a un numero considerevole di casi umani di HPAI H5N6 e LPAI H9N2, è stato segnalato il primo caso umano di infezione da virus LPAI H10N3.

Nel 2022, l'H5N1 ha continuato a espandersi, raggiungendo leoni marini in Perù e un allevamento di visoni in Spagna. In Francia, il virus è stato individuato in un orso nero in cattività, mentre negli Stati Uniti è stato segnalato un caso umano, probabilmente dovuto a contaminazione. In Spagna, due lavoratori del settore avicolo sono risultati positivi, sebbene asintomatici. In Cina, si è verificato un caso umano con esito fatale. Un evento particolarmente preoccupante è stata la moria di massa di foche del Caspio, con centinaia di esemplari trovati morti, alimentando i timori di una possibile trasmissione tra mammiferi selvatici.

Nel 2023, il virus H5N1 è stato rilevato per la prima volta nella regione antartica. In Alaska, un orso polare è morto a causa dell'infezione, mentre il Brasile ha dichiarato un'emergenza sanitaria animale in risposta ai casi segnalati negli uccelli selvatici. In Canada, un cane domestico è risultato positivo, mentre in Cambogia sono stati segnalati casi umani, incluso un decesso, causati da un ceppo più datato di H5N1.

Nel 2024, il virus ha compiuto un ulteriore salto di specie, passando da pollame e uccelli selvatici ai mammiferi, in particolare alle mucche da latte negli Stati Uniti. Questo evento ha coinciso con un aumento dei casi umani nel Paese, soprattutto tra i lavoratori del settore lattiero-caseario e avicolo, con sintomi generalmente lievi. Inoltre, il virus è stato rilevato nei gatti, con un possibile collegamento al consumo di cibo crudo per animali domestici e una sospetta trasmissione tra felini.

Nel 2025, l'epidemia di influenza aviaria continua a rappresentare una sfida significativa, soprattutto negli Stati Uniti. A marzo, si contano 989 allevamenti di bovini da latte colpiti in 17 stati, con la California particolarmente interessata. Per quanto riguarda il pollame, dall'aprile 2024 sono stati rilevati focolai in 336 allevamenti commerciali e 207 domestici, coinvolgendo oltre 90,9 milioni di uccelli.

Nuovi casi sono stati confermati in allevamenti di pollame in Illinois, Indiana, Kansas e Montana, mentre focolai di H5N1 sono stati rilevati in allevamenti di tacchini, mercati di volatili vivi e allevamenti domestici in vari stati. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha confermato che il virus è ancora attivo nella regione del Pacifico occidentale.

All'inizio del 2025, in Ohio è stato identificato un caso umano di influenza aviaria con un nuovo genotipo virale, denominato D1.3. Questo caso è stato collegato a un'esposizione prolungata a pollame infetto in un'area fortemente colpita dai focolai di H5N1. Il genotipo D1.3, derivato dal ceppo A3 introdotto in Nord America nel 2022, ha subito un riassortimento con virus influenzali aviari selvatici locali. Le analisi genetiche non hanno evidenziato mutazioni che possano compromettere l'efficacia degli antivirali o dei vaccini esistenti, né indicazioni di una maggiore capacità del virus di diffondersi tra i mammiferi. Attualmente, sono in corso studi per isolare il virus vivo e approfondirne le caratteristiche.

Il CDC (Centers for Disease Control and Prevention) continua a valutare il rischio per la popolazione generale come basso, mentre rimane moderato o alto per chi è esposto a animali infetti o ambienti contaminati. Dall'aprile 2024, sono stati segnalati 70 casi umani di infezione da H5, di cui 41 associati a mucche da latte malate e 26 al pollame infetto. In tre casi, la fonte dell'esposizione non è stata determinata. Non sono emersi segnali di trasmissione interumana, e la

maggior parte dei casi ha manifestato sintomi lievi, con la congiuntivite come manifestazione più comune.

La scienza in prima linea

Nuovi sviluppi nel campo della ricerca e dei finanziamenti potrebbero essere la chiave per combattere con successo l'influenza aviaria. Il Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (USDA) ha recentemente annunciato un finanziamento significativo, che può arrivare fino a 100 milioni di dollari, destinato a progetti che mirano a combattere l'influenza aviaria nel pollame.

In particolare, l'attenzione è rivolta allo sviluppo di nuovi vaccini più efficaci e sicuri, per rispondere a questa minaccia crescente. Tra i criteri prioritari per i vaccini avicoli, sono inclusi aspetti cruciali come la buona corrispondenza con i cladi virali circolanti, la capacità di distinguere gli animali vaccinati da quelli infetti, la durabilità dell'immunità e la facilità di somministrazione.

Altre caratteristiche essenziali includono la sicurezza, la potenza e l'efficacia dei vaccini. Sebbene alcune aziende produttrici di vaccini abbiano ricevuto l'approvazione per iniziare la produzione su larga scala, l'uso di questi vaccini è ancora un tema delicato, principalmente per le implicazioni commerciali internazionali. Infatti, l'autorizzazione dell'uso di questi vaccini potrebbe influenzare negativamente il commercio globale di pollame, complicando ulteriormente la gestione della crisi sanitaria.

Nel frattempo, gli scienziati continuano a raccogliere importanti informazioni sul comportamento e l'evoluzione del virus H5N1, con l'obiettivo di comprendere meglio i suoi meccanismi di diffusione e le sue potenziali mutazioni che potrebbero renderlo ancora più pericoloso. Un recente studio condotto da un team di ricercatori dell'University of Texas Medical Branch di Galveston ha confrontato due ceppi di H5N1, uno isolato da bovini e l'altro da un uccello selvatico in Mongolia nel 2005.

I risultati, pubblicati sulla rivista *Scientific Reports*, hanno messo in evidenza caratteristiche preoccupanti nel ceppo bovino, che ha mostrato una replicazione più efficiente nelle cellule polmonari umane e una crescita più rapida rispetto al ceppo più vecchio. Inoltre, negli esperimenti condotti sui topi, il ceppo bovino ha mostrato una maggiore patogenicità, portando a una rapida evoluzione della patologia polmonare e a livelli più elevati di virus nel cervello degli animali. Questo ha causato un aumento significativo della mortalità nei topi esposti al virus attraverso diverse vie di infezione. Gli autori dello studio hanno sottolineato che i risultati suggeriscono che questo ceppo di H5N1 potrebbe sfruttare meccanismi di fuga immunitaria innata, il che aumenta le preoccupazioni riguardo al potenziale evolutivo del virus e alla sua capacità di adattarsi a nuovi ospiti, inclusi gli esseri umani.

In parallelo, un altro studio condotto dal St. Jude Children's Research Hospital ha affrontato il problema della terapia antivirale contro il virus H5N1. Utilizzando un modello murino, i ricercatori hanno testato l'efficacia di due farmaci antivirali approvati dalla FDA: oseltamivir e baloxavir, somministrati dopo che i topi erano stati esposti a una dose letale di latte infetto da H5N1.

I risultati, pubblicati sulla rivista *Nature Microbiology*, hanno mostrato che il trattamento con baloxavir ha avuto effetti significativamente migliori rispetto all'oseltamivir. Questo farmaco ha migliorato i tassi di sopravvivenza e ridotto la diffusione del virus, suggerendo che baloxavir potrebbe rappresentare una terapia più efficace per il trattamento delle infezioni gravi da H5N1. Di conseguenza, i ricercatori hanno proposto che il baloxavir, in combinazione con altri inibitori della neuraminidasi, dovrebbe essere preso in considerazione nelle scorte di farmaci preparate per affrontare future pandemie influenzali.

In generale, questi sviluppi mostrano come la ricerca scientifica stia facendo progressi significativi nella comprensione e nel controllo dell'influenza aviaria. Dalla creazione di nuovi vaccini e trattamenti antivirali alla continua analisi dei ceppi virali, gli scienziati stanno gettando le basi per una risposta più rapida ed efficace alle minacce di influenza aviaria, contribuendo a migliorare la sicurezza sanitaria globale.

Tuttavia, il continuo monitoraggio della diffusione del virus e dei suoi mutamenti rimane essenziale. L'analisi dei dati epidemiologici e genomici è oggi fondamentale per comprendere l'evoluzione del virus. Il nostro gruppo di ricerca GABIE (Genomics, Artificial intelligence, Bioinformatics, Infectious diseases ed Epidemiology) è fortemente impegnato nello studio dell'andamento e nell'individuazioni di mutazioni significative, anche attraverso la creazione di database open access che possano essere utilizzati da ricercatori di tutto il mondo, consentendo la condivisione dei dati in tempo reale.

Una sfida globale che impone un approccio One Health

L'influenza aviaria rappresenta un monito sulla complessa interconnessione tra ecosistemi, animali e salute umana. Il suo progressivo adattamento a ospiti mammiferi e la crescente diffusione geografica impongono una riflessione più ampia su come gestiamo le malattie infettive emergenti. L'errore più grande che potremmo commettere sarebbe quello di considerare il virus un problema confinato al mondo animale.

Le pandemie non nascono dal nulla, ma maturano nel tempo, alimentate da fattori ecologici, economici e sociali. Il caso dell'H5N1 ci ricorda che le malattie zoonotiche non sono eventi isolati, bensì fenomeni legati a dinamiche globali che coinvolgono la deforestazione, il commercio di animali selvatici, la produzione alimentare intensiva e i cambiamenti climatici. L'approccio tradizionale, che separa nettamente la salute umana da quella animale e ambientale, si è rivelato inadeguato. È qui che il paradigma One Health diventa cruciale: la salute è un concetto unico e indivisibile, che lega il benessere degli esseri umani a quello degli ecosistemi e degli animali con cui condividiamo il pianeta.

Adottare una strategia One Health significa superare la logica emergenziale, che interviene solo a crisi conclamata, per passare a un modello di prevenzione basato su sorveglianza, cooperazione interdisciplinare e politiche di gestione del rischio. Ciò implica investire nella ricerca, rafforzare i sistemi di monitoraggio delle zoonosi, regolamentare in modo più rigoroso gli allevamenti intensivi e i mercati di animali vivi e ripensare il nostro rapporto con l'ambiente.

L'H5N1, come altri virus emergenti, si nutre delle vulnerabilità del nostro sistema globale, sfruttando le lacune nelle misure di biosicurezza e le interconnessioni tra continenti per diffondersi. La lezione della pandemia di COVID-19 dovrebbe averci insegnato che aspettare di agire quando un virus ha già fatto il salto di specie può essere devastante.

La comunità scientifica ha già lanciato l'allarme, chiedendo maggiore attenzione e risorse per contenere la minaccia dell'H5N1 prima che sia troppo tardi. La collaborazione interdisciplinare è essenziale per sviluppare strategie efficaci e, soprattutto, durature. Tuttavia, non si tratta solo di una questione tecnica: serve un cambiamento di prospettiva nella governance globale della salute, che riconosca l'urgenza di proteggere la biodiversità e di ridurre le pressioni antropiche sugli ecosistemi.

In un mondo profondamente interconnesso, l'idea che un virus altamente patogeno possa rimanere confinato a una sola specie o a un'area geografica è un pericoloso fraintendimento della realtà. L'H5N1 continua la sua evoluzione, e il modo in cui affronteremo questa minaccia

determinerà il suo impatto futuro. Non possiamo permetterci di considerare l'influenza aviaria solo un problema del settore zootecnico o veterinario: è un indicatore delle fragilità del nostro sistema sanitario globale e della nostra relazione con l'ambiente. Il tempo per agire è ora, prima che il virus compia il prossimo passo nella sua corsa evolutiva, trasformando un'emergenza silenziosa in una crisi senza ritorno.

** Unità di Statistica Medica ed Epidemiologia Molecolare, Università Campus Bio-Medico di Roma (Adjunct professor/Research Fellow facoltà di Medicina e Chirurgia)*



Servizio Convegno

Tumori: dal consenso informato alla perdita di chance, serve una coscienza oncologica

Ogni anno in Italia colpiti circa 370mila cittadini, solo in Lombardia oltre 60mila nuove diagnosi: i diritti dei pazienti sono doveri per gli altri

*di Alberto Vannelli**

21 marzo 2025

Prevenzione, screening, chirurgia oncologica, radioterapia, farmaci biologici, sono termini entrati nel lessico familiare, eppure il tumore non è un argomento facile anche per gli addetti ai lavori. Ogni anno in Italia circa 370mila cittadini scoprono di esserne affetti, solo in Lombardia sono oltre 60mila le nuove diagnosi; ad oggi 3,7 milioni di persone convivono con un tumore; il 27% – circa 1 milione – può considerarsi guarito. Si tratta del 6% della popolazione italiana, con un aumento del 36% rispetto alle stime prodotte nel 2010. Nell'intervallo compreso tra il 2015 e il 2021 i tassi di mortalità hanno mostrato una diminuzione del 10% negli uomini e dell'8% nelle donne.

L'importanza di corretti stili di vita e diagnosi precoce

Corretti stili di vita e diagnosi precoce restano i primi strumenti per combattere questa malattia; un messaggio che dovrebbe partire soprattutto dagli educatori perché, la prevenzione è realmente efficace a patto che venga messa in atto quando si è ancora giovani. Sebbene la pandemia sia stato uno tsunami che ha scardinato modelli di assistenza e priorità di cura e abbia rappresentato una minaccia senza precedenti per l'umanità, ha anche fornito una fantastica opportunità per imparare nuove lezioni dal punto di vista forense e per quanto concerne la formazione giudiziaria; d'altra parte Seneca nelle sue Lettere a Lucillo, insegnava: "ma anche se gli antichi hanno scoperto tutto, l'applicazione, la conoscenza e l'organizzazione delle scoperte altrui saranno sempre nuove"; così dopo l'iniziale smarrimento i cittadini hanno compreso che la salute non è solo un diritto, ma anche un dovere.

Il ruolo dell'etica della reciprocità nelle cure oncologiche

Solo quando la prevenzione è avvertita come principio etico, la lotta contro il tumore può essere davvero vincente, perché come ricorda Schopenhauer: "Un uomo può fare ciò che vuole, ma non può volere che ciò che vuole"; ecco la regola d'oro o etica della reciprocità che diventa valore morale fondamentale in equilibrio, tale che ciascuna parte abbia diritti e doveri e che i diritti di ciascuno siano un dovere per l'altro. La consapevolezza che il cittadino affetto da tumore e i suoi bisogni rappresentino il centro di qualsiasi trattamento sanitario, rende particolarmente attuale il dibattito sul ruolo dell'etica della reciprocità nella diagnosi e cura oncologica. Il tema sarà al centro dell'incontro "Etica della Reciprocità" che si terrà il 26 marzo presso la Biblioteca Ambrosoli del Palazzo di Giustizia di Milano cui interverranno, tra gli altri, Fabio Roia (presidente del Tribunale

di Milano), Guido Bertolaso (assessore al Welfare Regione Lombardia), Antonino La Lumia (presidente Ordine Avvocati Milano) e Silke Gillessen (direttore medico-scientifico Istituto Oncologico Svizzera Italiana), Giulio Ponzanelli (Università Cattolica), Roberto Pucella (professore ordinario di Diritto Civile, Università di Bergamo) e Serena Nicotra (giudice del Tribunale di Milano).

I ritardi delle diagnosi e il danno da perdita di chance

La medicina in generale e l'oncologia in particolare procedono in modo sempre più massivo sulla vita, sulla morte e sulle rispettive origini, e riescono a spostare in termini qualitativi, il confine, prima maggiormente riconoscibile in termini naturali. È necessaria una nuova riflessione sul significato della vita e morte come ritardo nella diagnosi e danno da perdita di chance e in particolare sui concetti di inviolabilità e specificità del fine vita come prospettiva terapeutica, sui diritti del medico, sul ruolo della volontà del cittadino affetto da tumore e sul consenso informato nella diagnosi e cura come riconoscimento dell'autodeterminazione.

L'impegno di Erone Onlus per istruire una coscienza oncologica

L'incontro è organizzato da Erone Onlus, associazione che si occupa di assistenza ai cittadini affetti da tumore e che opera nel segno di: "costruire un'idea per istruire una coscienza oncologica", insieme all'ordine degli avvocati di Milano e alla Scuola Superiore della Magistratura; sarà un momento per discutere temi fondamentali come il consenso informato, il ritardo nella diagnosi e il danno da perdita di chance, nonché le prospettive terapeutiche del fine vita.

**Presidente Erone onlus, Direttore UOC Chirurgia Generale Ospedale Valduce - Como professore a contratto Scuola di specializzazione in chirurgia generale Università degli Studi di Milano*

Servizio Ricerca su Nature Medicine

Terza età, uno studio rivela il legame tra condizioni sociali e invecchiamento biologico

Chi ha una miglior posizione sociale avrebbe una minor presenza di proteine legate all'infiammazione e all'immunosenescenza

di Federico Mereta

21 marzo 2025

In una società che invecchia, mantenere in salute le persone che si avvicinano alla terza età rappresenta un imperativo per la sostenibilità sanitaria, oltre che sul fronte sociale ed economico. Ma nell'embricarsi continuo di fattori psicosociali come il livello di istruzione, elementi di tranquillità finanziaria e processi fisiologici dell'organismo emerge chiaramente il peso delle diseguaglianze come fattori in grado di influenzare negativamente il benessere nell'età avanzata. E non solo sotto l'aspetto psicologico e finanziario, ma anche sul fronte organico, tanto che chi presenta una miglior posizione sociale avrebbe anche una minor presenza di proteine legate all'infiammazione e all'immunosenescenza nel sangue circolante.

Biologia e condizioni sociali, insomma, vanno di pari passo. Al punto che le seconde diventano una variabile da considerare per il mantenimento del benessere nella terza età: chi si trova in condizioni socioeconomiche favorevoli avrebbe infatti un rischio ridotto di malattie tipiche di questo periodo della vita e soprattutto avrebbe meno segni "tangibili" (perché misurabili con parametri oggettivi) di invecchiamento biologico. A segnalare come istruzione e disponibilità finanziarie possano fare la differenza nella traiettoria di salute è una ricerca coordinata da Mika Kivimaki dell'University College di Londra, apparsa su Nature Medicine.

Fino a vent'anni di osservazione

L'analisi dei ricercatori londinesi ha preso in esame le risultanze di quattro grandi studi longitudinali, per un totale di più di 800.000 partecipanti. I dati derivano dalla ricerca Whitehall II nel Regno Unito, dalla UK Biobank, dal Finnish Public Sector Study (Fps) e dallo studio Atherosclerosis in Communities (Aric) negli Usa: sono stati considerati sia parametri sociali che dati organici.

Tra i primi si è puntato soprattutto su quanto avvenuto nella prima infanzia, con i livelli di istruzione e la posizione socioeconomica del genitore, oltre che su parametri economici in età adulta, dal reddito fino alle condizioni professionali e allo stato di occupazione. Questi dati sono poi stati "mixati" con quelli biologici, legati a classici marcatori della senescenza, attraverso tecniche di proteomica plasmatica avanzata in grado di evidenziare processi associati all'età ben prima della comparsa di manifestazioni cliniche, oltre che alla diagnosi di eventuali patologie intercorrenti.

La situazione in termini di insorgenza di patologia è stata ricontrollata dopo più di una decade di distanza dalla valutazione delle condizioni sociali per due delle coorti e oltre 20 anni dopo per le coorti Whitehall II e Aric. Si è così visto quanto e come i fattori sociali della prima o della mezza età contribuissero alla definizione dell'età biologica (ben più di quella anagrafica) a decenni di distanza.

Così aumentano i rischi

Dall'indagine emerge che il benessere socioeconomico e il livello d'istruzione impatterebbero sul rischio di sviluppare più di 60 patologie età-correlate, con un aumento del rischio significativo in rapporto alle condizioni osservate. Nell'elenco delle patologie, il rischio è apparso di un quinto più elevato per le persone con basso status socioeconomico rispetto a quelle che stavano meglio su questo fronte. Addirittura per alcune delle principali cronicità "sociali" come patologie cardio-cerebrovascolari (infarto ed ictus ad esempio), diabete di tipo 2, epatopatie e malattie respiratorie di natura oncologica si è registrato un rischio più che raddoppiato nel gruppo più svantaggiato rispetto a quello più avvantaggiato.

Come se non bastasse, il peso di una condizione sociale e finanziaria non ottimale arriva anche ad impattare sulla precoce comparsa di quadri patologici: in chi presenta una situazione non ottimale, le diagnosi di patologie legate all'età risultano mediamente sovrapponibili cinque anni prima rispetto a chi invece non ha particolari problemi. Sul fronte dei riscontri biologici, peraltro, la ricerca mostra come i valori nel sangue di ben 14 proteine sarebbero pesantemente influenzati dalla condizione socioeconomica dei partecipanti alle ricerche. Tra queste, a prescindere dalle sigle scientifiche (si sono considerate ad esempio DNAJB9, F2, HSPA1A, BGN), ci sono diversi composti proteici che entrano in gioco nella regolazione della risposta infiammatoria e dello stress cellulare. Chi vive meglio potrebbe vedere una riduzione del rischio di malattia nella terza età pari al 39% proprio grazie alla mediazione di queste proteine.

Come segnala in una nota uno degli autori dello studio, Tony Wyss-Coray dell'Università di Stanford, «l'invecchiamento si riflette nella composizione delle proteine nel sangue, che comprende migliaia di proteine circolanti collegate ai processi di invecchiamento biologico in più sistemi di organi. Questi biomarcatori sono indicatori di salute che ci consentono di valutare come le differenze sociali possano dettare il ritmo dell'invecchiamento».

Il valore dell'ascensore sociale

A fronte di tutte queste osservazioni, dall'indagine emerge come la prospettiva di un cambiamento delle condizioni socioeconomiche possa influire positivamente sul benessere fisico dell'individuo nella traiettoria dell'esistenza. Si sono infatti individuate prove che i cambiamenti nella posizione sociale servono, eccome, a ridefinire il profilo del rischio.

La sfida alle diseguaglianze appare quindi ancor più importante, sulla base di esiti di parametri di invecchiamento biologico. Si è visto infatti che le persone che sono passate da bassi livelli di istruzione all'inizio della vita a un vantaggio sociale medio o elevato più avanti presentavano profili proteici diversi (e migliori) rispetto a chi non ha avuto opportunità di miglioramento delle condizioni socioeconomiche.

Insomma, non ci si può limitare a osservare trend sociali e sanitari che ci portano a capire quanto e come le cronicità, complice il progressivo innalzarsi dell'età media della popolazione, possano diventare il "trigger" in grado di far saltare la sostenibilità sociale ed economica dei sistemi sanitari. Occorre darsi da fare, come segnala in una nota dell'ateneo londinese Kivimaki: «questo studio fornisce una solida prova biologica del fatto che le condizioni sociali influenzano il ritmo

dell'invecchiamento. Per decenni, abbiamo saputo che il vantaggio sociale è collegato a una salute migliore, ma i nostri risultati suggeriscono che potrebbe anche rallentare il processo di invecchiamento stesso». E allora, in chiave strategica, agire sulle disuguaglianze e sui fattori che possono influire sul benessere, dalla sana alimentazione all'esercizio fisico regolare fino a screening medici, check-up, vaccinazioni e farmaci, può rivelarsi vincente. Con un occhio alle pari opportunità. E puntando di più su istruzione e benessere condiviso.

Servizio Lo psichiatra

Benzodiazepine, le più vendute e protagoniste nelle serie tv: «Non sempre l'ansia va gestita con i farmaci»

Presenti nell'ultima stagione di "The White Lotus" e nella nuova serie "The Pitt". Lo psichiatra: «Presidio terapeutico importante ma va preso sotto controllo medico»

di Cesare Buquicchio

21 marzo 2025

«L'ansia, il disagio sono strumenti importanti del sistema di difesa dai pericoli degli umani. Sviluppati per metterci in guardia e affrontare i pericoli del mondo esterno e valutarli attentamente». Inizia da questa premessa Giampaolo Robert Perna, professore ordinario di psichiatria e coordinatore accademico dell'area salute mentale alla Humanitas University di Milano, per commentare il tema benzodiazepine: il farmaco più acquistato in Italia in fascia C, cioè, pagato dai cittadini su ricetta del medico, anche del medico di medicina generale.

Pillole protagoniste nelle serie tv

La discussione sulle popolari pillole contro l'ansia è tornata alla ribalta dopo che un recente articolo del New York Times segnalava la costante apparizione di questo farmaco in serie tv di tendenza come The White Lotus e The Pitt. Il consumo è massiccio in molti Paesi occidentali e il post pandemia da covid-19 non ha fatto che allargarne l'uso anche a fasce della popolazione che prima lo utilizzavano solo in casi di patologie psichiatriche conclamate. È pratico, agisce in fretta e ha limitati effetti collaterali e così viene usato per un colloquio di lavoro, per prendere un aereo da chi ha paura di volare, ma anche per affrontare situazioni di normale socialità, come recita un dialogo tra mamma e figlia, proprio nella terza stagione di White Lotus: «Non hai abbastanza pillole per superare una settimana in una spa per il benessere? ».

No alla demonizzazione

«Il messaggio importante è non demonizzare questi farmaci, che sono importanti presidi terapeutici, ma vanno utilizzarli appropriatamente, solo su indicazione del medico, soprattutto dello psichiatra. È lui che sa aiutare le persone a riconoscere e gestire i casi di ansia patologica e a distinguere situazioni che non devono essere gestite chimicamente, ma magari dalla psicoterapia cognitivo comportamentale. Mentre, una volta diagnosticato il disagio mentale patologico, è necessario un approccio medico e farmacologico più strutturato» spiega ancora il professor Perna.

La letteratura scientifica non assegna alle benzodiazepine specifici rischi di dipendenza, ma le linee guida suggeriscono di valutare attentamente i soggetti che sono già a rischio dipendenza e che, per questo motivo, dovrebbero evitarle. Il loro utilizzo, inoltre, deve essere limitato nel tempo e questo indipendentemente dal rischio tolleranza, cioè, la necessità di aumentare nel tempo i dosaggi per

ottenere gli stessi effetti, che riguarda solo una percentuale di persone che va dall'1% al 3%. Al centro della ricerca scientifica con risultati ancora interlocutori ci sono altri elementi: l'impatto sui riflessi e sulla concentrazione, l'aumento dei rischi di demenza e l'atassia con conseguente rischio cadute negli anziani. «Sono tutti elementi che vanno nella direzione della personalizzazione della terapia sul singolo paziente e sulle sue caratteristiche. Della consapevolezza e del continuo aggiornamento scientifico di noi psichiatri ma, soprattutto, dei tanti medici di medicina generale che prescrivono questi farmaci. Deve essere visto come un rimedio sintomatico, molto utile nei casi acuti, ma è bene sapere che non è il gold standard per risolvere in maniera completa un quadro di tipo psichiatrico» conclude Perna.

Dir. Resp.: Luciano Fontana

È guarito dalla polmonite bilaterale. Ma avrà bisogno di convalescenza e riabilitazione. «Insisteva da giorni per uscire»

Torna il Papa: «Contentissimo»

Lascia oggi il Gemelli. I medici: può recuperare presto la voce, per due volte in pericolo di vita

di **Margherita De Bac**
e **Gian Guido Vecchi**

Papa Francesco torna in Vaticano. Oggi lascerà il Gemelli per la sua residenza di Santa Marta. Poi due mesi di convalescenza.

da pagina 2 a pagina 6



Oggi il Papa torna in Vaticano «Due mesi di convalescenza»

L'annuncio ieri in una conferenza stampa al Gemelli: polmonite risolta. Per due volte è stato in pericolo di vita

di **Margherita De Bac**

ROMA Il secondo «punto» stampa dal 14 febbraio, giorno del ricovero, è servito per l'atteso annuncio. «Il Papa viene dimesso domani (oggi per chi legge) dall'ospedale. Andrà a Santa Marta dove proseguirà le cure riabilitative ora in corso. La convalescenza non durerà meno di due mesi». La buona notizia è stata pronunciata e spiegata nei dettagli dalla triade già protagonista della prima conferenza nell'atrio del Gemelli, il 21 febbraio. Al centro Matteo Bruni, direttore della sala stampa del Vaticano alla sua sinistra il chirurgo Sergio Alfieri, coordinatore dell'equipe medica che segue il Santo Padre, e alla sua destra Luigi Carbone, vicedirettore della direzione sanità della Santa Sede, suo referente. Chiariscono subito: «La polmonite bilaterale è stata risolta ma l'infezione permane. Per la completa guarigione ci vorrà del tempo».

Dietro la finestra

Dovremo aspettare ancora per rivedere il Pontefice come lo ricordiamo. Per ora i fedeli dovranno accontentarsi di scorgerlo durante l'Angelus odierno, dietro una finestra del decimo piano del Gemelli. E chissà se mai potrà tornare a fare la sua vita. Domanda che bisogna sempre porsi di fronte a un uomo di 88 anni, uscito fuori da una «polmonite bilaterale polimicrobica (virus, batteri, funghi, gli agenti patogeni responsabili della malattia non sono stati resi noti, ndr) molto severa», con episodi di broncospasmo (crisi respiratorie), e che è stato due volte «in pericolo di vita». La prognosi riservata era stata sciolta il 10 marzo ma anche in quell'occasione le fonti vaticane erano state prudenti, senza mai escludere il rischio di serie ricadute. Sono due i motivi principali che hanno convinto i medici sull'opportunità del trasferimento a Santa Marta,

organizzato per oggi dopo l'Angelus.

Stabile da 2 settimane

Alfieri e Carbone spiegano: «È in condizioni cliniche ormai stabili da due settimane. La prescrizione è di terminare parzialmente la terapia farmacologica (di antibiotici orali, ndr). Si raccomanda riposo». Il secondo motivo che ha giocato a favore del ritorno in Vaticano è che la permanenza in ospedale lo avrebbe esposto a infezioni nosocomiali. Una paura che pesa su «tutti i pazienti anziani», dopo una ma-



lattia grave.

Come sarà la convalescenza a casa? Il Papa continuerà le terapie già avviate al Gemelli, quindi la riabilitazione respiratoria e motoria. E il recupero della parola? Difficile prevederlo ma i miglioramenti generali nell'ultima settimana sono stati rapidi quindi si potrebbe pensare a tempi brevi. Con una polmonite bilaterale i polmoni vengono danneggiati e i muscoli respiratori ne risentono. Il primo danno è nella voce.

Programma da rivedere

Per quanto riguarda i prossimi impegni, c'è aria di cancellazioni. Per la partecipazione ai riti di Pasqua bisognerà «valutare i miglioramenti». A fine maggio è in programma il

viaggio in Turchia «noi speriamo si possa fare, ma è difficile fare previsioni» e questo vale per tutti gli altri appuntamenti. Sconsigliati durante la convalescenza gli «incontri di gruppi perché richiedono grandi sforzi» e sono rischiosi soprattutto se ci sono bambini «portatori» di virus e batteri. Certo è che Francesco chiedeva «da tre-quattro giorni di tornare a casa» e quando gli hanno detto che sarebbe stato dimesso «era contentissimo».

In queste 5 settimane al Gemelli è rimasto sempre «vigile, orientato e presente», mai è stato intubato.

Dimagrimento

Nella foto diffusa tre giorni fa è apparso molto dimagrito, come è normale che sia, ma i medici rispondono «che non sanno quanto, non lo hanno pesato»: «Quanto è dimagrito? Non lo abbiamo pesato però sarà dimagrito, è evidente, lo vedrete quanto gli starà larga la veste. È dimagrito ma lui ne ha di riserve quindi questo non ci preoccupa. Quando è stato molto male si alimentava di meno, ora che sta meglio ha cominciato a farlo progressivamente un po' di più. Può scrivere». Lo stato nutrizionale dei super anziani dopo una polmonite di questa gravità è importantissimo per la ripresa. La malnutrizione li espone a un aumentato rischio di nuove infezioni e crisi respiratorie.

Può accadere che a causa della debolezza estrema, oltre alla voce, perdano la capacità di scrivere in modo leggibile. Però i medici su questi tre punti hanno minimizzato concedendosi una sfumata ironia sul fatto che il Papa, che partiva da una condizione di evidente sovrappeso, non avrebbe patito per il dimagrimento: «È la cosa che meno ci preoccupa».

mdebac@rcs.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Contento di rientrare

Da giorni chiedeva di tornare, quando ha saputo delle dimissioni era «contentissimo»



È in condizioni cliniche ormai stabili da due settimane. Bisogna terminare la terapia antibiotica. Necessario un periodo di riposo.



È dimagrito, ma questo non ci preoccupa, ne ha di riserve. Quando è stato molto male si alimentava meno, ora sta meglio e comincia a farlo di più.



Per i riti di Pasqua bisognerà valutare le condizioni. È anche in programma il viaggio in Turchia. Speriamo si possa fare, ma è difficile fare previsioni.



Soddisfatti La conferenza stampa al Gemelli: al centro il direttore della sala stampa della Santa Sede, a destra il professor Sergio Alfieri, a sinistra il dottor Luigi Carbone (Afp)



Dall'infettivologo allo pneumologo: un plotone di medici accanto a Francesco

Il ruolo di coordinamento del chirurgo Alfieri

di **Margherita De Bac**

ROMA Tanti medici hanno «ruotato» in queste cinque settimane di ricovero attorno a Francesco. Nel suo appartamento entrava chi, in quella fase della malattia, poteva intervenire in base alle proprie competenze. Tutti specialisti del Policlinico Gemelli. Coordinati, come ha ribadito il direttore della sala stampa del Vaticano, dal chirurgo Sergio Alfieri che ha conosciuto il Papa quando è stato operato all'addome, sempre nell'ospedale universitario.

Dal 2022 non c'è più la figura dell'archiatra, ma come «riferimento» viene indicato Luigi Carbone, classe '72, originario salentino, responsabile del pronto soccorso del Fatebenefratelli Isola, entrato a far parte della Fondazione poli-

clinico Gemelli. Carbone è inoltre vicedirettore della sanità di Città del Vaticano.

Per la prima volta nel punto stampa di ieri pomeriggio sono stati citati ufficialmente alcuni degli specialisti che hanno fatto parte della squadra di Francesco. Una delle figure chiave in una situazione di gravi crisi respiratorie «che hanno messo in pericolo» la vita del Pontefice, è stato l'intensivista Massimo Antonelli, di grande spessore internazionale, esperto anche di sepsi, la complicanza cui vanno incontro i malati di polmonite. È stato lui a bilanciare l'alternanza tra l'ossigenoterapia a alti flussi e la ventilazione meccanica non invasiva, le tecniche di terapia intensiva che hanno sostenuto Francesco nei momenti più difficili. Il rischio era quello di dover ricorrere all'intubazione, tunnel dal quale è poi difficile riemergere.

Ha sicuramente avuto molto da fare in queste cinque

settimane Carlo Torti, l'infettivologo che ha gestito assieme al collega Massimo Fantoni la complicata strategia di contrasto all'infezione «polimicrobica» che ha interessato i polmoni e che adesso è stata spenta con un trattamento combinato che ha messo in campo per primi gli antibiotici.

Del plotone medico hanno fatto parte inoltre lo pneumologo Luca Richeldi e il gastroenterologo Antonio Gasbarrini che in qualità di preside della facoltà di medicina dell'università cattolica del Sacro Cuore accoglie il Papa quando si reca al Gemelli per controlli e cure. Meno esposto ma centrale per la gestione della polmonite bilaterale e delle complicanze che ne sono derivate è stato Maurizio Sanguinetti, direttore del laboratorio di microbiologia. Le risposte degli esami sui campioni inviati dall'appartamento papale sono arrivati in tempi record.

Infine il diabetologo, consultato per correggere la glicemia. Alfieri ha chiarito: «Il Papa non è diabetico. Quando si ha una infezione così grave, ci sono tanti elementi che si squilibrano, non solo la glicemia». Tanti altri giocatori della squadra sono però scesi in campo dando ognuno il proprio contributo.

Il team del Gemelli, da Carbone, ad Antonelli, a Torti e Fantoni. Il ruolo di Richeldi, Gasbarrini e Sanguinetti



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Gemelli La primaria di Oncologia «Non molliamo mai, come faceva Scambia»

di **Clarida Salvatori**

Un mese fa moriva improvvisamente, per un tumore al pancreas scoperto poco prima, Giovanni Scambia, luminare della ginecologia oncologica del Policlinico Gemelli. A portare avanti i suoi insegnamenti clinici, la ricerca e il desiderio di non mollare mai neanche davanti ai casi che sembrano impossibili è Anna Fagotti.

a pagina 5

L'intervista

«Scambia ci ha insegnato a non fermarci mai»

La professoressa Fagotti, nuova primaria del reparto oncologico del Gemelli, ricorda il luminare scomparso un mese fa: «Adesso seguiamo la sua strada»

di **Clarida Salvatori**

È passato un mese da quando la notizia colse tutti alla sprovvista: Giovanni Scambia è morto, portato via da un tumore al pancreas. Ma il suo «alone» non cessa di splendere. «La sua presenza si sente ancora in reparto. A volte mi aspetto che entri da un momento all'altro, che compaia in corridoio dopo essere stato in sala operatoria. E credo che, per tutti noi che per anni abbiamo collaborato con lui, sia un po' così».

A raccogliere la (niente affatto) facile eredità professionale di Scambia è Anna Fagotti

- oggi direttore dell'unità del Policlinico Gemelli - che con il luminare della ginecologia oncologica ha collaborato per 30 anni. E che ancora non si capacita della sua scomparsa: «Era l'uomo della prevenzione, era invincibile, era lui quello che curava. Era semplicemente impensabile che si ammalasse - racconta ancora Fagotti -. Forse anche noi potevamo accorgerci di qualcosa, forse abbiamo sottovalutato qualcosa, ma la verità è che non si poteva far nulla perché per il pancreas non esistono screening di prevenzione».

Da un mese a questa parte si deve guardare in una sola direzione: in avanti e continuare sulla strada che lui aveva tracciato in tanti anni. «Quello che Scambia aveva impostato era

perfetto, sia in termini di attività clinica che di ricerca, quindi il nostro compito è solo quello di proseguire su quel sentiero. Resterà insostituibile, quindi dobbiamo sostituirlo ma senza prendere il suo posto. E soprattutto dobbiamo sempre agire pensando a cosa avrebbe fatto lui e a come potremmo stupirlo».

Qual è l'insegnamento più grande che Scambia ha lasciato alla sua squadra? «Al di là dei grandi insegnamenti clinici e dell'approccio scientifico - spiega ancora Fagotti - ci ha insegnato a non fermarci mai davanti a nessun limite e a nessun caso che possa sembrare impossibile. Ad accogliere i pazienti con empatia e a cercare una soluzione a cui nessun altro aveva pensato». Un'impo-

stazione che deriva anche dalla sua grande apertura alle esperienze e alle collaborazioni con altri paesi, come per esempio quelle più recenti sulla pianificazione pre-operatoria in realtà aumentata e sulla navigazione chirurgica immersiva: «Tecniche che consentono di vedere con precisione millimetrica il tumore, nascosto tra organi, arterie e vene da evitare - ha aggiunto David Korn, pediatra di pronto soccorso e responsabile del progetto Human digital health -. Tecniche futuristiche e altamente complesse che il suo team porta avanti per dare un messaggio importante a tutte le donne: il sogno, la cura e la ricerca non si fermano».

La scheda

● Un mese fa è morto per un tumore al pancreas il luminare della ginecologia oncologica Giovanni Scambia

● Oggi la sua eredità professionale viene raccolta da Anna Fagotti, direttore dell'unità del Policlinico Gemelli



Il professor Giovanni Scambia



La professoressa Anna Fagotti

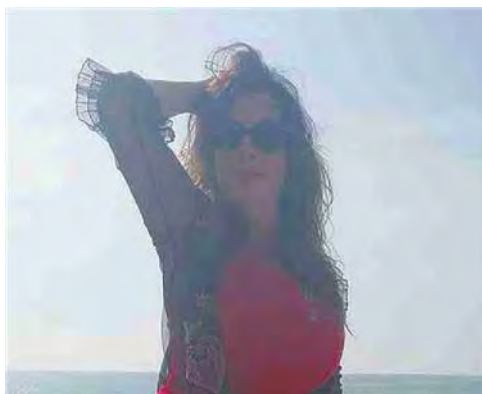


OSTIA

Morta a 62 anni per la liposuzione Indagati tre medici

••• Morta a 62 anni per un intervento di liposuzione, indagati tre medici. La vittima, ex dipendente di banca, è deceduta lo scorso 18 marzo dopo essersi sottoposta a un'operazione in un centro privato a Cinecittà. Nei guai il chirurgo, l'anestesista e un medico del Pronto soccorso di Pomezia.

a pagina 18



OSTIA

La figlia: «Era piena di buchi sul corpo, non le hanno fatto solo l'operazione ai glutei»

Morta a 62 anni per la liposuzione Indagati tre medici

Nei guai il chirurgo, l'anestesista e un sanitario del Pronto soccorso

MASSIMILIANO GOBBI

••• È indagato il chirurgo che ha effettuato la liposuzione in una struttura privata alla 62enne Simonetta Kalfus,

morta il 18 marzo all'ospedale Grassi di Ostia. Con lui, nel registro degli indagati, anche l'anestesista che l'ha assistita e un medico del Pronto soccorso della clinica Sant'Anna

di Pomezia, che aveva dimesso la donna dopo un primo ricovero. È quanto si apprende da fonti investigative avviate a seguito dell'indagine dei carabinieri della Compagnia



di Anzio, dopo la denuncia presentata da Eleonora, figlia della donna. Le indagini ora coordinate dal pm Chiara Capuzzo - puntano ad accertare le eventuali responsabilità del chirurgo, C.B., indicato dai familiari nella denuncia, e dell'anestesista, F.I., che non solo avrebbe raccomandato a Simonetta il medico a cui rivolgersi, ma avrebbe partecipato all'operazione. Un coinvolgimento che i carabinieri stanno verificando, tant'è che i militari hanno acquisito la cartella clinica e tutta la documentazione sanitaria relativa alla paziente. I riflettori degli investigatori sono accesi anche sul medico del Pronto soccorso di Pomezia che ha dimesso la vittima dopo una flebo di antidolorifi-

ci, una settimana dopo l'intervento estetico.

Gli investigatori stanno inoltre vagliando la documentazione relativa allo studio in zona Cinecittà dove è stata eseguita la liposuzione per stabilire se fosse tutto a norma. La 62enne, ex dirigente di banca in pensione, il 6 marzo si era sottoposta a un'operazione di chirurgia estetica per poi accusare pesanti dolori e malesseri che inizialmente sembravano rientrare nei normali effetti post-operatori. Tuttavia, dopo la sua dimissione, la situazione è rapidamente peggiorata. Il chirurgo che l'aveva operata le aveva prescritto un antibiotico, ma il malessere persisteva, pertanto i sanitari del 118 l'hanno portata al Pronto soccorso

Sant'Anna di Pomezia, dove le è stata fatta una Tac negativa e una flebo, per poi rimandare a casa la donna con l'indicazione di continuare la cura antibiotica.

Nei giorni successivi, però, le condizioni della 62enne peggiorano, le viene somministrata un'altra flebo, ma ben presto la situazione diventa più critica. La donna viene quindi trasferita d'urgenza all'ospedale Grassi. Da lì a poco, Simonetta entra in coma farmacologico, vittima di un'ischemia. La sua salute continuava a deteriorarsi e il 18 marzo, alle 3.30, i medici avvisano la figlia del decesso. Ad oggi resta da capire se l'ex dirigente di banca sia morta per le infezioni o per eventuali reazioni all'anestesia. «Mia

madre aveva buchi su tutto il corpo, non le hanno fatto solo liposuzione ai glutei come aveva chiesto - dice la figlia - non si può morire così, vogliamo sapere cosa è andato storto, chi ha sbagliato».

18

Marzo
Il giorno in cui è deceduta l'ex dirigente di banca all'ospedale Grassi di Ostia

6

Marzo
Quando la vittima si è sottoposta all'operazione di chirurgia estetica in un centro a Cinecittà

3.30

Orario
I medici hanno chiamato i parenti di notte per comunicare il decesso della parente



Vittima
Simonetta Kalfus è deceduta dopo diversi giorni dall'operazione



L'ALLERTA DEI MEDICI

«Attenti agli sconti lanciati sui social»

Sbraga a pagina 18

L'INTERVISTA

Il presidente dell'Ordine dei medici Magi: «No a costi troppo bassi»

«Attenti agli sconti lanciati sui social»

ANTONIO SBRAGA

... «L'Ordine dei medici di Roma e provincia continua a fare molte segnalazioni sulle strutture inadeguate che scopre. Nelle quali, a volte, operano addirittura non medici: uno veniva dalla Russia a bassi costi, tanto per fare un esempio tra le tante denunce per esercizio abusivo della professione. Però, proprio per evitare questi casi-limite, possiamo e dobbiamo fare tutti di più: istituzioni, strutture, operatori e cittadini-pazienti», avverte il presidente dell'Ordine dei medici capitolino, Antonio Magi. **Per i medici che sbagliano è previsto l'avvertimento o la censura, fino alla radiazione dall'albo, a seconda della gravità dei fatti. Ma i pazienti cosa possono fare, presidente Magi?**

«Devono sempre cercare e pretendere la qualità professionale, a cominciare dalla verifica dei requisiti di chi opererà: accertarsi, ad esempio, se figura sull'apposito elenco della medicina estetica, se è un chirurgo plastico. I nominativi dell'albo li abbiamo messi su internet. Anche perché il rischio operatorio c'è sempre: nulla è semplice. Ed è sempre possibile una complicazione: il risultato non è mai sicuro. Di sicuro c'è solo che le strutture e gli operatori sono tenuti ad assicurare il rispetto dei requisiti sempre. Noi come Ordine cerchiamo di monitora-

re e segnaliamo il tutto ai carabinieri del Nas, con il quale c'è una buona collaborazione. Però anche loro avrebbero bisogno di più uomini, le carenze non ci sono solo per noi medici. E tutti potremmo e dovremmo fare di più, a partire dalle segna-

lazioni dei cittadini sulle pubblicità, ad esempio».

A proposito di certe accattivanti réclame: diventano reclami deontologici contro quei medici che si fanno pubblicità addirittura sui social network?

«Farsi promozione è consentito, ma solo se in linea con le normative attualmente vigenti. A Roma chiediamo in più anche la richiesta preventiva del parere all'Ordine proprio per capire cosa si vuole scrivere. Solo una volta presa visione del contenuto, basandosi sulle norme legate al codice deontologico, autorizziamo o meno la messa online. Abbiamo anche un'apposita Commissione Comunicazione e Pubblicità per meglio orientare i colleghi verso una corretta informazione sanitaria, a tutela del paziente e della deontologia professionale. E anche l'autopromozione sui social è consentita, però a patto che non siano indicati sconti o prezzi sui vari Facebook o TikTok. Perché, in ogni caso, la comunicazione non dev'essere suggestiva, né equivoca o ingannevole».



Però sui social si continuano a vedere queste pubblicizzazioni, dalla «visita gratuita» agli «importi scontati»: cosa si può fare?

«Segnalare e valutare sempre se l'importo dell'intervento è congruo, perché è anche quel costo che deve garantire la qualità professionale della prestazione offerta. Per la quale il paziente ha il diritto di farsi spiegare tutti i pro e i contro. Così come il medico ha il dovere di fornire tutte le spiegazioni. Si chiama "consenso informato" e deve essere firmato con attenzione».

Parla di quel modulo che spesso viene considerato,

a torto, solo come una pura formalità?

«Sì, ma è tutt'altro che formale, è invece molto sostanziale».

Sostanziale come la presenza della terapia intensiva post-operatoria? È vero che nelle strutture più piccole e inadeguate quasi sempre non ci sono?

«Purtroppo è vero: a causa degli alti costi sanitari molti non hanno una terapia intensiva post-operatoria. Solo poche cliniche sono attrezzate, figurarsi certi piccoli ambulatori».

ri...E infatti in questi casi-limite i pazienti in crisi vengono poi sempre trasportati nei grandi ospedali».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

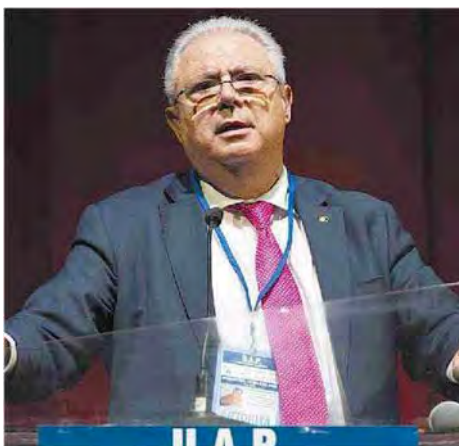
Il medico

«Il rischio operatorio esiste

Nulla è semplice, c'è sempre

il pericolo di una complicazione

I pazienti devono denunciare»



PRECEDENTI

Quell'intervento estetico di «routine» che poi si trasforma in una tragedia

MARIA ELENA MARSICO

••• Da Roma a Caserta, fino a Treviso. Interventi sponsorizzati sui social, definiti di «routine». La morte di Simonetta Kalfus, 62 anni, dopo un'operazione di liposuzione in una struttura privata di Roma, è solo l'ultima in ordine di tempo. Quattro giorni di coma all'ospedale Grassi di Ostia - dove era arrivata il 14 marzo - per complicanze presumibilmente legate all'intervento di chirurgia estetica avvenuta una settimana prima e poi il decesso. Così come pure si è fermato il cuore di Margaret Spada, a soli 22 anni, lo scorso novembre, dopo una rinoplastica in uno studio medico all'Eur. Era partita da Lentini, in provincia di Siracusa, per sottoporsi all'intervento, per farsi operare da quel chirurgo visto su TikTok. Una situazione in questo caso precipitata in poco tempo, dopo l'anestesia locale, un'agonia durata tre giorni, fino alla morte il 7 novembre al Sant'Eugenio dove era arrivata in condizioni disperate. A essere indagati sono ora i due medici titolari dello studio.

Dopo cinque giorni di coma è morta, invece, Helen Comin, 50 anni. Il 10 settembre la donna si era

sottoposta a un'operazione di sostituzione della protesi del seno in una clinica di Castelfranco Veneto, nel Trevigiano. Intervento che in un primo momento sembrava essere riuscito. Dopo un'ora, però, il peggioramento, la crisi cardiaca e il trasferimento nell'ospedale dove è rimasta fino al decesso. Sono due i medici della clinica privata indagati, mentre si vuole far luce su un farmaco utilizzato, un antidolorifico che potrebbe aver fatto precipitare la situazione a causa dell'anestesia ancora in circolo generando un «effetto paradossale». Un farmaco, però, che non risulterebbe nella cartella clinica della vittima. E a tre interventi di chirurgia estetica in cinque ore era stata sottoposta Vanessa Cella, la donna di 37 anni morta nel marzo 2022 dopo una rinoplastica, una liposuzione e una mastoplastica additiva effettuate in una clinica a Torre del Greco, in provincia di Napoli. Dalla struttura privata il trasferimento all'ospedale del Mare del capoluogo campano in ambulanza, dove però il suo cuore si è fermato. La vittima sarebbe, infatti, deceduta per un'emorragia interna e secondo gli inquirenti nessuno nella clinica si sarebbe accorto di quanto stesse accadendo.



Margaret Spada
La 22enne
deceduta
per un intervento
di rinoplastica
effettuato all'Eur



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Sanità L'accusa: operato in ritardo Il pm: «Bimbo morto, processo a 5 medici»

di **Fulvio Fiano**

Tre cardiologi e due chirurghi dell'ospedale Bambino Gesù rischiano di finire a processo con l'accusa di aver causato la morte di un paziente di due anni e mezzo per «negligenze, imperizie e imprudenze» nel non rilevare un malfunzionamento del pacemaker che lo teneva in vita e nel ritardare in modo «macroscopico» l'intervento di correzione.

a pagina 5

«Piccolo operato in ritardo, processate i cinque medici»

Due anni e mezzo, si spense nel 2018. Il pm: a giudizio i sanitari del Bambino Gesù

La vicenda

● Un bambino di due anni e mezzo è morto il 3 gennaio 2019 al Bambino Gesù. Aveva una patologia congenita al cuore

● La morte sarebbe però avvenuta per le diagnosi sbagliate e il ritardo nell'operarlo da parte di tre cardiologi e due chirurghi dell'ospedale

● I cinque rischiano il processo per omicidio colposo, come chiesto dal pm

L'esame non corretto sul funzionamento del pacemaker, una sottovalutazione del quadro clinico, il mancato intervento di correzione di un pacemaker e, in seguito, il rinvio di una operazione cardiaca che doveva essere di massima urgenza. «Imprudenza, negligenza e imperizia» in aggiunta a un «macroscopico ritardo», sono le accuse con cui cinque medici del Bambino Gesù rischiano il rinvio a giudizio per omicidio colposo in relazione alla morte di un paziente di due anni e mezzo. Dopo una prima archiviazione per i fatti che risalgono al 2018, il pm Daniela Cento ha acquisito nuove prove sul «concorso a cagionare la morte per encefalopatia postanossica da insufficienza acuta cardiocircolatoria». La valutazione spetta ora al gup.

Il bambino, nato con una grave patologia cardiaca a Rossarno, in Calabria, nel settembre 2016, era stato sottoposto ancora in fasce all'impianto di un pacemaker in un centro cardiologico di Taormina. Come ricostruito dal capo d'imputazione a carico di Sonia Albanese, Antonio Ammirati,

Roberta Iacobelli, Mario Russo e Matteo Trezzi, ad aprile del 2018 il piccolo viene visitato una prima volta presso l'ambulatorio di aritmologia del Bambino Gesù, dove però i cardiologi Russo e Ammirati non davano peso all'ingrandimento arteriale evidenziato da una radiografia del torace esibita dai genitori del bambino, ora assistiti dagli avvocati Domenico Naccari e Jacopo Marci. Il referto stilato quel giorno parla di «studio subottimale dovuto alla agitazione del paziente». Ma anziché ripetere l'esame, cosa che avrebbe fatto emergere come il pacemaker non fosse nella posizione corretta, fino a un potenziale «strangolamento cardiaco», i cardiologi lasciano andare il paziente.

Lo stesso Russo, a settembre, rileva qualche anomalia ma si limita a consigliare una tac angio-polmonare, anziché una d'urgenza al cuore «così ritardando ulteriormente l'identificazione» del malfunzionamento del pacemaker e «l'esecuzione del relativo intervento chirurgico di correzione». A novembre è la cardiologa Iacobelli a vistare il

bambino e seppure nel certificato evidenzia una lunga lista di problemi, non ne prescrive una «dimissione protetta» che ne avrebbe consentito «un immediato ricovero» e l'intercettazione tempestiva di ogni peggioramento.

Che arriva a novembre, quando i cardiocirurghi Albanese (case manager) e Trezzi (di turno) omettono di eseguire la correzione dell'apparecchio, seppure il risultato di una tac lo renda con evidenza necessario. Il rinvio viene motivato con una gastroenterite del paziente, che però anziché essere trattenuto in ospedale per operarlo appena possibile, viene rimandato in Calabria. Torna a Roma su un aereo militare la sera del 31 dicembre in massima urgenza. L'intervento però ancora una volta non avviene. Il bambino entra in sala operatoria solo il giorno dopo. Ma a causa di un «arresto cardiocircolatorio prolungato» è già sostanzialmente nel coma dal quale non si risveglierà più.

Fulvio Fiano





Servizio UniCamillus

Medicina umanitaria: a Roma progetto sulla salute orale per bambini e senzatetto

Visite odontoiatriche gratuite nelle scuole e per le persone svantaggiate d'accordo con il Dicastero per il Servizio della Carità del Vaticano

di Paolo Castiglia

21 marzo 2025

La medicina umanitaria può rappresentare una risposta efficace nella gestione delle emergenze globali e nella costruzione di una resilienza sanitaria sostenibile. Le crisi sanitarie globali, infatti, sono molteplici e interconnesse. Tra le più gravi vi è la crisi che riguarda migranti e rifugiati: milioni di persone in fuga da conflitti vivono senza assistenza sanitaria adeguata. Ma nelle città italiane c'è anche una crescente domanda sanitaria da parte di persone fragili ed emarginate. In questo contesto si inserisce la quarta edizione del progetto di prevenzione della salute oro-funzionale e delle malocclusioni, promosso dall'Università UniCamillus che prevede visite odontoiatriche gratuite a bambini e ragazzi di età compresa tra i 6 e i 14 anni, con l'obiettivo di valutare lo stato di salute orale, le abitudini alimentari e di igiene e individuare eventuali problematiche di occlusione dentale.

“Con questa iniziativa, l'Ateneo conferma il suo ruolo a favore della comunità e della salute dei soggetti più vulnerabili quali i bambini – spiega Gianni Profita, Rettore di UniCamillus –. La prevenzione orale è un diritto fondamentale che deve essere accessibile a tutti e siamo orgogliosi di portare questo progetto nelle scuole, contribuendo in modo concreto al benessere dei bambini e, indirettamente, delle loro famiglie”.

Volontariato sanitario di Terza Missione

“L'iniziativa – spiega la prof.ssa Donatella Padua che segue da vicino i progetti di UniCamillus - si inquadra nell'ambito delle attività di questo Ateneo, ispirato prioritariamente all'obiettivo 3 dell'Agenda 2030: garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età e si inserisce nel contesto della Medicina Umanitaria Unicamillus, si concentra sull'assistenza ai bambini dei quartieri periferici di Roma, promuovendo lo spirito di servizio e rafforzando il senso etico di missione sanitaria tra docenti, studenti e futuri professionisti della salute”.

Nato da un'idea della prof.ssa Paola Cozza – presidente del corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria di UniCamillus – e coordinato dalle prof.sse Roberta Lione e Giuseppina Laganà, il progetto vede centinaia di bambini visitati gratis ogni anno.

Quest'anno il progetto coinvolge l'Istituto Comprensivo Piersanti Mattarella in zona Roma Est, diretto dalla prof.ssa Annarita Tiberio, e proseguirà con date programmate fino al prossimo 28 maggio.

La salute dei più piccoli

Per questa edizione hanno già richiesto di partecipare 439 studenti, con ulteriori adesioni previste nelle prossime settimane. Le visite si svolgono direttamente presso la scuola, coinvolgendo gruppi di 3 o 4 classi per volta. Al termine di ogni visita, viene consegnata a ciascun bambino una cartella clinica personalizzata con la valutazione dello stato di salute orale e consigli pratici su igiene e prevenzione.

Il ruolo degli studenti universitari

Un ruolo fondamentale è svolto dagli studenti del II anno del Corso di Odontoiatria, che partecipano alle attività sotto la supervisione dei docenti-tutor dell'insegnamento integrato di Principi di Odontoiatria, acquisendo preziose competenze pratiche e un primo contatto con i pazienti: una dinamica che permette un positivo scambio tra università e istituto scolastico.

L'estensione internazionale

“Questo modello scalabile - insiste Padua - è stato esteso a livello internazionale in Albania e, a livello interdisciplinare, con l'integrazione di Scienze della Nutrizione UniCamillus, per completare l'educazione alla salute orale con la promozione di una corretta alimentazione. Inoltre, grazie a un accordo tra l'università e il Dicastero per il Servizio della Carità - Elemosineria Apostolica, Città del Vaticano, l'iniziativa è stata estesa anche ai senzatetto”.

**COMMISSARIO PER PROTEZIONE CIVILE
Calabria, a Occhiuto un miliardo
e superpoteri sugli ospedali: potrà
aggirare le leggi a 1 anno dal voto**

◉ PALOMBI A PAG. 17

MODELLO BERTOLASO

SANITÀ La Protezione civile lo nomina commissario per costruire nove strutture in deroga a qualunque legge: l'anno prossimo si vota

Calabria, a Occhiuto 1 miliardo e i superpoteri sugli ospedali

» Marco Palombi

L'articolo 2 si intitola "Deroghe" ed è dura 5 pagine: in deroga alle leggi sui lavori negli alvei dei fiumi e all'obbligo di gara, ai pareri del Consiglio di Stato e alle autorizzazioni del Comitato forestale, aggiungendo il ruolo dei ministeri e i controlli sui fornitori, le norme sulla valutazione d'impatto ambientale e il concerto delle Soprintendenze e degli enti parco, in deroga al codice degli appalti e alle leggi sul lavoro, alle regole sugli espropri (un paragrafo pazzesco) giù giù fino al testo unico dell'edilizia.

Si deroga "ogni disposizione vigente", espressione cui segue un elenco di centinaia di articoli di norme primarie che nel prossimo anno non si applicheranno in Calabria per gestire oltre 1 miliardo di euro destinato all'edilizia sanitaria: il presidente Roberto Occhiuto, pezzo grosso di Forza Italia, ha ottenuto i superpoteri con un'ordinanza di Protezione civile, come ai bei tempi di Guido Bertolaso, in un'operazione be-

nedetta dal potente direttore generale dell'Inail Marcello Fiori, un passato da dirigente sia nella Protezione civile che in Forza Italia.

RICOMINCIAMO DA CAPO. La Calabria è messa male, ma non peggio di altre regioni (ad esempio la Sardegna). Per motivi misteriosi, però, il Consiglio dei ministri del 7 marzo ha accolto la richiesta di Occhiuto e stabilito che c'è una speciale emergenza nella rete ospedaliera calabrese, la quale merita un commissario *ad hoc* e cioè lo stesso presidente forzista, che peraltro è già da anni commissario della sanità calabrese nel suo complesso, evidentemente senza averne risolto i problemi.

I poteri di questa bizzarra figura, che rende emergenziale la costruzione di ben nove strutture sanitarie, li ha decisi la settimana scorsa la Protezione civile di Fabio Ciciliano: un ritorno appunto ai tempi del Bertolaso trionfante, poi ridimensionato da una legge di Giulio Tremonti che evidentemente Giorgia Meloni non ricorda. Curiosamente, al *Fatto* risulta che l'ordinanza che re-

gala a Occhiuto i superpoteri non sia stata vista da nessun ministero prima della pubblicazione: nel testo si legge solo che è stato "sentito l'Inail" e cioè il dg Fiori (non il Cda, pare). Tradotto: molta gente non l'ha presa bene.

Il commissario che si auto-commissaria per i suoi stessi ritardi, come detto, dovrebbe velocizzare la costruzione di nove ospedali nella Regione, alcuni

dei quali previsti fin dal 2007: solo in due casi i lavori sono già iniziati. Le somme a disposizione superano il miliardo di euro - oltre 600 milioni sono un finanziamento dell'Inail, il resto sono fondi statali - e sulla loro destinazione il Re Sole Occhiuto potrà decidere come meglio crede, senza obblighi di trasparenza. Questo profluvio di trattative private e lavori in deroga, sia detto *en passant*, arriva nell'anno che condurrà i cala-



bresi alle Regionali del 2026, nelle quali ovviamente il berlusconiano correrà per un secondo mandato.

L'ordinanza di Protezione civile coi superpoteri per il presidente-commissario-ricommissario è persino più bizzarra nella parte che riguarda l'Inail: prevede infatti che l'ente pubblico possa anticipare anche i costi di progettazione, una novità assoluta perché l'istituto assicurativo investe le sue riserve e può finanziare solo operazioni che abbiano un rendimento del 4% (la progettazione, com'è noto, non garantisce l'effettiva costruzione, necessaria per dare in affitto le strut-

ture ad Asle Regione...). Di più: l'ordinanza "ristruttura" pure l'orga-

nizzazione interna dell'Inail e gli consente di creare due strutture dedicate - una per gli investimenti e una per il centro protesico di Lamezia Terme - con tanto di assunzioni (una cinquantina), mettendo il tutto in carico al "bilancio dell'Istituto", cioè ricorrendo a un tipo di copertura dei costi vietata alle Pubbliche amministrazioni.

IL DIRETTORE GENERALE Fiori, come detto, ha benedetto l'operazione ed è, se non altro biograficamente, il vero *trait d'union* tra la Protezione civile e la Forza Italia dei due fratelli Occhiuto (uno governatore, l'altro senatore) regnante a Reggio Calabria: e negli ultimi tempi,

dicono, s'è visto spesso nella regione. In carica dal giugno 2024, dovrebbe raggiungere l'età del collocamento a riposo a gennaio del 2027, tra meno di due anni: magari a quel punto potrebbe tornare a fare vita di partito, in Calabria sicuramente si ricorderanno di lui...

L'ALLEATO OPERAZIONE CONCORDATA CON L'INAIL: IL DG FIORI È UN EX FI

L'ORDINANZA DEL 13 MARZO COI SUPERPOTERI

IL 7 MARZO il governo ha dichiarato lo stato d'emergenza per la rete ospedaliera in Calabria, affidando alla Protezione civile la nomina di un commissario ad hoc e la definizione dei suoi poteri: la relativa ordinanza firmata da Fabio Ciciliano del 13 marzo affida al governatore Roberto Occhiuto (FI) la costruzione emergenziale di nove strutture sanitarie (oltre 1 miliardo i fondi da impiegare) in deroga a "ogni disposizione vigente" (seguono cinque pagine di eccezioni). Il testo non è stato concordato coi ministeri, ma solo con l'Inail (che finanzia per 600 milioni cinque ospedali): il dg dell'istituto Marcello Fiori è un ex dirigente sia della Protezione civile che di Forza Italia

DI PIETRO: LO STATO PAGHI DEBITI MOLISE

ANTONIO Di Pietro ha presentato un ricorso al Tar dal contenuto esplosivo. "Il deficit della sanità molisana lo ha causato lo Stato e ora deve essere lo Stato a ripianare i debiti", ha detto nel corso di una conferenza stampa sottolineando come da 16 anni la Regione è esautorata dalle sue prerogative in materia sanitaria, devolute al commissario che è un organo statale



Protagonisti
Qui sopra,
il presidente
Occhiuto; accanto,
Marcello Fiori
e Fabio Ciciliano
FOTO ANSA

