

30 gennaio 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



la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo

Giovedì 30 gennaio 2025

Oggi con Salute

€ 2,10

POLITICA E GIUSTIZIA

Almasri, il governo scappa

Polemica per le mancate audizioni dei ministri Nordio e Piantedosi dopo gli avvisi sul torturatore liberato
La premier convoca vertice sull'immigrazione dalla Libia: andiamo avanti. Difese affidate a Bongiorno

Il caso blocca il Parlamento, le opposizioni: Meloni deve chiarire

ROMA - È il giorno dopo di Meloni, indagata insieme a Piantedosi, Nordio e Mantovani per il caso Almasri. Il governo sceglie la fuga di fronte alle richieste di chiarimento delle opposizioni sulla scarcerazione del torturatore libico. Saltano le audizioni dei ministri e la premier dice: "Vado avanti".
di Cerami, Ciriaci
De Cicco, Foschini, Vitale e Ziniti
a pagina 2 e pagina 5

Lo Voi respinge
le accuse:
atto obbligatorio

di Carlo Bonini

Calati giunco che passa la china, dice un noto proverbio siciliano per ricordare che esiste un modo, quando si è travolti, per non spezzarsi. E mai come in queste ore, un palermitano come il Procuratore di Roma Francesco Lo Voi, classe 1957, in magistratura da 43 anni, sa che è il giorno in cui farsi giunco.
a pagina 5

Centrosinistra
Conte dice sì
a Franceschini

di Matteo Pucciarelli
a pagina 7

La truffa sul pandoro

Ferragni a giudizio
e attacca Fedez:
tradita e umiliata

di Massimo Adinolfi

Ora Chiara Ferragni è infuriata, ma non per il rinvio a giudizio che la manda a processo. Dinanzi al giudice avrà modo di far valere le sue ragioni, ma che dire delle esplosive rivelazioni di Fabrizio Corona?

continua a pagina 14
Con i servizi di Di Raimondo e Giovana
alle pagine 14 e 15

Emis Killa indagato
rinuncia a Sanremodi Fumarola, Pisa e Silenzi
a pagina 17

Germania

La stretta
sui migranti
con i voti
dei neonazisti

Mozione della Cdu passa
con il sostegno di AfD
Scholz: "Imperdonabile"
Proteste a Berlino

dalla nostra corrispondente
Tonia Mastrobuoni

BERLINO - Due giorni dopo le solenni celebrazioni della liberazione di Auschwitz, la Cdu/Csu di Friedrich Merz ha incenerito il cordone sanitario verso l'Afd. Il partito fondato da Konrad Adenauer ha accettato ieri i voti dell'ultradestra di Alice Weidel per far passare al Bundestag una populistica mozione sull'immigrazione in aperta violazione delle regole europee. La mossa del probabile futuro cancelliere tedesco segna lo sbriciolamento di un tabù che reggeva ormai soltanto in Germania - e per ovvie ragioni storiche. Ed è la cancellazione dell'eredità più sana della lunga era di Angela Merkel, la grande rivale di Merz, che aveva sempre mantenuto fede all'imperativo "mai con l'Afd".
a pagina 13

ITALPREZIOSI
Investi oggi sul tuo domani

IPMIO IRMA

Viaggio a Panama
lungo il canale
della discordiadalla nostra inviata
Anna Lombardi

PANAMA CITY - I motori della chiesa di Miraflores riprendono a cingere alle 14.07, dopo la pausa mattutina imposta dal caldo umido, facendo gorgogliare gli impianti dell'ultimo "casello" di quella straordinaria autostrada d'acqua chiamata Canale di Panama. La "scorciatoia" fra Atlantico e Pacifico voluta da Roosevelt per evitare la circumnavigazione del continente sudamericano.
a pagina 8 e 9

La nuova America



Sul Venerdì
l'intervista
a Bill Gates

Le invenzioni
della geografia
di Trump

di Stefano Massini

Google Maps si è adeguata, il Golfo del Messico porta già la variante trumpiana di Golfo d'America. E anche la vetta più alta dell'Alaska perde il nome nativo di Denali ("grande montagna") e torna a intitolarsi a William McKinley, curiosamente uno dei Presidenti più simili a Trump, passato alla storia come campione dei dazi e del protezionismo.
continua a pagina 25

CORRIERE DELLA SERA

Mikano, Via Solferino 29 - Tel. 02 47801
Roma, Via Campana 20 - Tel. 06 49801

FONDATA NEL 1870

Servizio Clienti - Tel. 02 47801310
mail: servizioclienti@corriere.itBZ Rebel
Pay per you**Pandoro-gate, l'accusa di truffa
Ferragni va a giudizio**
«Nessun reato, lotterò»
di Giuseppe Giustolisi
a pagina 19**La corsa più amata
100 giorni al Giro,
uno show in rosa**
di Marco Bonarrigo
a pagina 25**Guidi poco?**
Can noi,
FRC Auto
costo meno!
BZ Rebel
Pay per you

Mattiarella, 10 anni

LA SPINTA
GENTILE
DEL COLLE

di Antonio Polito

Basterebbe il fatto che siamo celebrando i suoi dieci anni al Quirinale, per dire che cosa rappresenta Sergio Mattarella nella storia repubblicana. Il mandato finora più lungo, la seconda volta che un capo dello Stato viene rieletto dopo l'«eccezione» di Giorgio Napolitano, e il consenso pressoché unanime di cui tuttora gode, hanno in qualche modo istituzionalizzato la centralità della Presidenza nel nostro sistema politico. Che dietro le quinte c'è sempre stata, ma oggi è anche accettata, benvenuta e perfino invocata.

Il Quirinale ha assunto infatti un ruolo di equilibratore e di moderatore dei sussulti della Seconda Repubblica e delle stravaganze dei suoi partiti. Un abito che sembra tagliato su misura per questo scellano che parla a bassa voce, ascolta, comprende e tollera, ma quando lo ritiene necessario interviene eccome, mostrando un'anima fatta di fili di ferro che non gli consente di transigere sui principi. Laddove Napolitano ricorreva all'energico strazione, Mattarella preferisce la spinta gentile.

continua a pagina 28

IL LEGAME CON GLI ITALIANI
I discorsi e lo stile
del «decennato»

di Marzio Breda

a pagina 11

IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

A lungo elenco delle cose che non capisco, aggiungerei anche questa: perché un rapper autore di prelievatrici del tipo «preferisco vederti morta che con un altro» era stato invitato a cantare a Sanremo? Magari subito dopo il monologo di qualche illustre ospite sui femminicidi. A dirlo tutta, questa cosa riesce a capirla persino io: le visiere spacciate per arte finta notizia, e ascolti. Quel che veramente non capisco è perché Emis Killa, che si vanta di essere alternativo al sistema, volesse andarci, a Sanremo. L'istituzione per eccellenza. A meno di dar ragione a chi sostiene che in Italia anche gli estremisti pretendono di fare la rivoluzione d'accordo con i carabinieri. Quando poi ho letto sul Corriere che era indagato per associazione a de-



Killa visto

linquere nell'ambito dell'inchiesta sui traffici degli ultra di calcio, e che in casa gli avevano trovato sette coltelli, tre tirapugni, uno sfollagente e 40.000 euro in contanti, il silenzio degli organizzatori del festival mi è parso ancora più incomprensibile. Finché a imperlo è intervenuto proprio lui, Emis Killa. Usando, al posto del tirapugni, un comunicato in cui afferma che «preferisce fare un passo indietro» (sempre meglio di «vederti morta», come preferenza) e auspica che «l'indagine faccia il suo corso e la magistratura possa lavorare in serenità».

«Passeo indietro». «L'indagine faccia il suo corso». Emis Killa che parla come i Padri Costituenti. E a questo punto davvero uno non ci capisce più niente.

(comunicazione ufficiale)

Meloni indagata: «Difenderò l'Italia, vado avanti». Bongiorno sarà la legale. L'Anm: la riforma non c'entra

Caso Almasri, alta tensione

Nordio e Piantadosi: no all'audizione. Le opposizioni bloccano il Parlamento

Governo e magistratura, la tensione è alle stelle. «Sono in gioco la sicurezza della nazione e l'interesse degli italiani, non esiste spazio per passi indietro». Così la premier Giorgia Meloni è tornata sul caso Almasri che ha portato all'iscrizione nel registro degli indagati per lei, i ministri Nordio e Piantadosi (che ieri hanno detto no all'audizione) e il sottosegretario Mantovano. Giulia Bongiorno sarà il difensore. Intanto l'Anm ribadisce che la riforma non c'entra nulla con l'indagine avviata e l'opposizione blocca il Parlamento.

da pagina 2 a pagina 6
Bozza
Di Caro, Fiano, Guzzoni
Logroscino, Meli

GIANNELLI

MINISTRI A GIUDIZIO DI FRONTE AL TRIBUNALE DEI MINISTRI

IL PROCURATORE E L'ATTO «OBBLIGATO»
La mossa di Lo Voi

di Giovanni Bianconi

Non era un «atto dovuto», quello del procuratore di Roma Francesco Lo Voi, ma «obbligato». Questa la granitica convinzione del magistrato.

a pagina 5

DALLA CRISI DEGLI SHARCHI DEL 2017 A OGGI
Libia, accordi e ricatti

di Goffredo Buccini

Da l'Alja ad Almasri, i ricatti di ieri e di oggi. Alle origini della vicenda del generale libico liberato, con i 181 mila sharchi dei 2017 che indussero Roma a trattare.

a pagina 8

LA MORTE DEL NOSTRO COLLEGA

Le inchieste,
la sfida ai clan,
il suo Napoli
Addio Fabiodi Fabio Cutri
Alessandro Furloni
Cesare Guzzi
e Andrea Pasqualetto

Fabio Postiglione, aveva 44 anni

Fabio, che ha conquistato il Corriere con una semplicità disarmante, ci ha lasciato l'altra notte. Il bravo collega, sapeva prendersi cura del lavoro. E di tutti noi.

a pagina 19

Champions. Sconfitte per Juve e Milan. L'Atalanta pareggia a Barcellona



Lautaro Martinez, autore dei tre gol con i quali l'Inter ha sconfitto i francesi del Monaco assicurandosi il passaggio diretto agli ottavi di Champions

Solo l'Inter è promossa, le altre ai playoff

di Bocci, Calcagno, M. Colombo, Nerozzi, Passerini e Tomaselli

Notte di Champions, con l'Inter che va agli ottavi grazie a tre reti di Lautaro. Mentre Milan, Atalanta e Juventus dovranno disputare i playoff. Il Bologna chiude con un pareggio.

da pagina 42 a pagina 45

Il caso E. Alibaba lancia la sua AI
DeepSeek, gli Usa
contro Pechino
«Presi i nostri dati»

di Federico Fubini e Massimo Gaggi

Il Usa al contrattacco sull'intelligenza artificiale cinese: «Pechino ci spila e ruba i nostri dati». L'app DeepSeek non è più disponibile negli store di Apple e Google in Italia. E Alibaba lancia la sua AI.

a pagina 14

Berlino la mozione della Cdu
Svolta in Germania
Patto anti-migranti
con il voto dell'Afd

di Paolo Valentini

In Germania la mozione della Cdu sui migranti è passata con i voti dell'estrema destra. Ed è la prima volta, al Bundestag, che l'Afd risulta determinante per l'approvazione di una mozione. Il cancelliere Scholz: «Errore imperdonabile».

a pagina 17

Autore
CLAUDIO BARBIERI
DUE MEIN UN SOLO CORPO

LA LOGICA
STRATEGIE E INVESTIMENTI DI MARKETING

www.europemedia.it

LA STORIA

Segreti, riti e declino del palazzaccio della Rai

GIANLUCA NICOLAKKI



Che il palazzo Rai di Viale Mazzini fosse imbottito di amianto lo dissero dal primo anno che ci misi piede, nel 1983. Ricordo che si raccomandava di non spendere quadri alle pareti. - PAGINA 20

CHAMPIONS, 4 ITALIANE AVANTI

Ko col Benfica, buio Juve ora ai playoff Milan o Psv

BALICE, BUCCHERI, BARILLA



Il uce spenta e un bel po' di confusione. La prima parte della nuova Champions fa calare il sipario su una Juve che ha smarrito la strada quando doveva percorrerla ad alta velocità. - PAGINE 24 E 25



LA STAMPA

GIOVEDÌ 30 GENNAIO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

2,40 € (CON SALUTE IN ABBONAMENTO OBBLIGATORIO) • ANNO LVII • N. 29 • IN ITALIA • SPEDIZIONE ABB. POSTALE N. 51.552/03 (CONV. INL. 27/02/04) • ART. 1 COMMA 1, DGR 70 • www.lastampa.it

GNN

LA DIFESA DEL GOVERNO A BONGIORNO. I PROFUGHI: NOI MASSACRATI IN CELLA. IL CASO DEI VOLTI TOLTI AL PROCURATORE LOYOL

Almasri paralizza il Parlamento

L'opposizione: Meloni in aula o lavori fermi. Il libico ha un visto Usa di 10 anni. Santanchè, l'inchiesta rimane a Milano

IL COMMENTO

La premier calpesta il principio di legalità

VITTORIO BAROSIO, GIAN CARLO CASELLI

Non ci interessa tanto come andrà a finire l'iscrizione della premier e di altri esponenti del suo governo nel registro degli indagati. Ci interessano le reazioni del governo. - PAGINA 20

AMARILE, CAMILLI, CARRATELLI, FAMÀ GRIGNETTI, LOMBARDO, MALPETANO

Il sipario, di buon mattino, lo alzava Giorgia e Arianna Meloni. «Non esiste spazio per passi indietro quando ci sono in gioco la sicurezza della Nazione e l'interesse degli italiani». - PAGINE 2-4

IL COLLOQUIO

Di Pietro: «Giorgia ha fatto una furbata»

FRANCESCO MOSCATUOLI

«La presidente del Consiglio attacca Luigi Di Girolamo il procuratore Francesco Lo Voi facendo una furbata», dice l'ex pm di Mani Pulite Antonio Di Pietro. - PAGINA 2

LA SANITÀ

L'Italia impoverita per le visite private

Paolo Russo

Le cure nell'era Trump sono da età della pietra

Eugenia Tognotti

Berlino, via i migranti asse Cdu-ultradestra

Francesca Sforza

LE IDEE

Non facciamo di tutte le incoerenze un fascio

ALESSANDRO DE ANGELIS

Si dice, da più parti: l'incoerenza di Giorgia Meloni. È l'argomento oggettivamente merita un approfondimento non moralistico. Perché la politica, si sa, è mestiere e scienza non per anime belle, di cui fa parte anche l'arte della dissimulazione, l'addomesticamento della realtà, il verosimile per gestire il vero, l'astuzia volpina, la bugia luciferina, insomma, la finzione. Rapido fact checking. C'era una volta Meloni I, che attaccava Conte sulla scorta. - PAGINA 28

L'ANALISI

Se la «Santa» in bilico finge di non sentire

MARCELLO SONGI

Come molti problemi della politica, anche quello delle dimissioni di un ministro, o una ministra, in Italia non obbedisce ad alcuna regola. In fondo non conta neppure la gravità delle accuse che lo/la riguardano: ai tempi di Letta e Renzi, la ministra delle Pari opportunità Iosefa Idem si dimise per un'irregolarità di pagamento dell'Iru. - PAGINA 29



IL PRESIDENTE ARGENTINO MILEI CANCELLA L'AGGRAVANTE. UN OMICIDIO È SEMPRE UN OMICIDIO

“Il femminicidio non esiste”

VIRLA ARNONE

LA TESTIMONIANZA

La mia vita stravolta dagli odiatori ecofascisti



FRANCESCA SANTOLINI

Preparativi per il pranzo di Natale in corso, 25 dicembre 2024. Ad un tratto il telefono comincia a vibrare senza sosta, sparandomi una raffica di notifiche. Messaggi di auguri, penso. - PAGINA 17

L'INTERVISTA

Cacciari e le inchieste “Politica contro toghe un refrain nauseante. Libia? Storia sporca”

FRANCESCA SCIANCIO



«Siamo al solito refrain italiano: ogni volta che un politico viene indagato, salta fuori la denuncia degli straordinari poteri della magistratura» dice Cacciari. - PAGINA 9

IL CASO

I bad boys di Sanremo e il ritiro di Emis Killa

ALBERTO IMPELLARE



Emis Killa, al secolo Emilliano Rudolf Giambelli, rapper brianzolo di Vimercate, quest'anno avrebbe dovuto fare il suo ingresso sul palco del teatro Ariston. E invece no. - PAGINA 25

IL PERSONAGGIO

L'autunno di Ferragni a giudizio per truffa

MARIA CORBI

Se il 2024, come ha scritto Chiara Ferragni è stato il «suo anno nero», il 2025 non si apre certo con una diversa tonalità di colore, rinviata a giudizio per il pandoro-gate, accusata di truffa aggravata. «Credevo non servisse un processo per dimostrare di non aver truffato nessuno». - PAGINA 34



BUONGIORNO

L'altra sera è stato interessante vedere Nicola Fratoianni, gran capo della Sinistra alleata coi Verdi di Angelo Bonelli, interrompere il dibattito parlamentare per mettere a parte i colleghi dell'elettrizzante notizia di Giorgia Meloni indagata per il rimpatrio del torturatore libico, il generale Almasri. Dunque non era solo un cavillo, ha detto Fratoianni, che in due secondi ha svolto le indagini, celebrato il processo ed emesso la sentenza, tutto contento che la magistratura arrivasse dove lui non arriva. Le opposizioni hanno imparato il giuoco: si va in procura, si aspetta l'apertura dell'indagine e poi si vede che succede. Se per caso parte anche un avviso di garanzia, c'è di che riempire di scandalo un pomeriggio intero. L'ultima volta ci si sono messi in tre: Fratoianni, Bonelli e Schlein hanno presenta-

Arrestatevi

MATTIA FELTRI

to un esposto affinché la costruzione del Ponte sullo Stretto si arrestasse, possibilmente con le manette. Il problema è che l'ultima a potersene lamentare è Giorgia Meloni, poiché quando era all'opposizione faceva né più né meno. Nel 2020, una delle sue parlamentari sponde denunciava contro il premier Giuseppe Conte, sospettato d'aver dato un passaggio sull'auto blu alla fidanzata. Conte fu iscritto nel registro degli indagati (sarà archiviato mesi dopo) e Meloni disse vergogna vergogna vergogna, invocando le dimissioni o l'intervento del Quirinale. Hai voglia, poi, a parlare di uso politico della giustizia. Talvolta siamo proprio oltre: siamo a una politica che si dichiara disarmata e inutile, e allora pietisce la supponenza delle procure. Se c'è una questione morale, è esattamente questa.





Giovedì 30 gennaio 2025

ANNO LVIII n° 25

1,50 €

Santa Martina

numero

Settimanale

dal 1967

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Cuore Amico
PUBBLICITÀ
CON RICETTA 98057340170

Editoriale

Gli Stati Uniti fuori dell'Oms? SALUTE GLOBALE SOTTO SCACCO

WALTER RICCARDI

Nel suo primo giorno da presidente, Trump ha firmato un ordine esecutivo che ritira gli Stati Uniti dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), mossa che rende gli Usa e gli altri Paesi del mondo meno sicuri nei confronti di tutte le minacce alla salute pubblica. L'impatto di questa decisione può non essere immediatamente compreso, ma date il mondo in cui viviamo e tutti i fattori di rischio di malattie emergenti, è evidente che nessun Paese è in grado di vincere da solo e che le conseguenze saranno gravi per tutti. I Paesi ricchi, infatti, non smentiranno mai le malattie infettive diffuse nei più poveri proprio perché vengono fermate all'origine, spesso attraverso il supporto e il coordinamento dell'Oms. E la seconda volta che il presidente americano senza di uscire dall'Oms. Nel 2020, durante la pandemia, Trump aveva inviato una lettera al segretario generale delle Nazioni Unite chiedendo la sospensione dell'assistenza finanziaria. Sebbene i finanziamenti statunitensi si fossero immediatamente interrotti, il ritiro non è poi avvenuto: circa sei mesi dopo, Biden nel suo primo giorno in carica, ha deciso che gli Stati Uniti sarebbero rimasti.

continua a pagina 13

Editoriale

I sauditi in Africa e le intese con l'Italia

DIVIDENDI GEOPOLITICI

ELI ONDRA ARDENAGHI

In Africa, l'Arabia Saudita è arrivata tardi rispetto alla Cina e persino al vicino Emirato Arabi, ma ora sta accelerando. «L'Africa può essere il granito del resto del mondo, non compreso», ha esclamato il ministro degli Investimenti sauditi in un recente incontro pubblico. E quando, due anni fa, il premier saudita Mohammed bin Salman ha voluto cambiare marcia sul dossier Africa, ha inviato a Riyadh una cinquantina di capi di stato del continente per il primo vertice Arabia-Africa. Compresi i leader di Gabon, Niger e Sudan, Paesi sospesi dall'Unione Africana dopo i golpe militari. Una mossa che non mudano un solo attimo a Bruxelles e a Washington, ma nelle altre capitali africane. Anche perché, poco prima, era la stata la Russia a protestare i leader golpisti per un vertice analogo. Scorrendo le intese che Italia e Arabia Saudita hanno appena siglato per investimenti congiunti nei Paesi africani, rimane scettico e imperso, nel solco del Piero Mattei, un interrogativo emerge: l'appoggio dell'Arabia Saudita all'Africa è «partitico e non predatorio» come quello proposto dal piano italiano?

continua a pagina 13

IL FATTO Alta tensione politica e con la magistratura sul caso del generale libico liberato e rimpatriato

Camere del silenzio

Parlamento bloccato fino a martedì. Il Governo non risponde e le opposizioni fermano tutto. Le testimonianze dei migranti torturati da Almasri. Vertice sull'incremento degli approdi



L'ANNIVERSARIO DELL'ELEZIONE
Mattarella, da dieci anni
la fermezza mite della Carta

Picciotto

a pagina 8



AFRICA Le milizie sostenute dal Ruanda verso Kivu

La marea ribelle verso il sud del Congo

L'opposizione, Bukavu, è la ballata di marea con i ribelli. I ribelli dell'Armata popolare per la liberazione della Repubblica democratica del Congo sottraggono il controllo del governo. Una città dopo l'altra, tra quelle più strategiche. Goma, centro nevralgico a nord del lago Kivu, è caduta martedì quando le milizie, dopo un durissimo scontro a fuoco, non hanno resistito. Hanno occupato l'aeroporto. Ieri, è cominciata la marcia verso Bukavu, a sud, durante cui sono stati occupati, questa volta senza l'uso della forza, i villaggi delle località di Kirindiro e Mulindji.

Orienti e Nazionalisti a pagina 11

È VITA

«Noi infermieri per i malati con la cura della speranza»

Ospedale a pagina 14

PRESENTATA «VELVET»

Intelligenza artificiale:
nata in Italia quella agile

Barilla e Salvini a pagina 6

I nostri temi

MEDIO ORIENTE

La nuova Gaza ostaggio dell'asse Usa-Netanyahu

NELLO SGABO

C'è chi giurava per una vecchia foto trovata sotto le macerie di una casa che non esiste più. E chi, davanti all'esplosione di un aereo, si è sentito colpevole delle bombe, sempre a piangere. Non per le cose perché, ma per un passato creduto estinto invece ancora vivo. La grande macchia del ritorno a Gaza.

Principale a pagina 7

STRANIERI

La prof in coda per il permesso della studentessa

PAOLO LAMBRUSCHI

L'impiego chiede la sensibilità di una professionista di un settore superiore di qualità. E Torino hanno fatto emergere un caso emblematico. Che spiega di più la situazione e i numeri della realtà italiana e senza voce delle code della vergogna dei giorni non in Italia e privi di custodia...

A pagina 4

BRUXELLES Von der Leyen presenta le indicazioni per rilanciare l'economia

L'Europa prende la Bussola ma i socialisti la bocciano

GIORGIO MARIA DEL RE

Alleanza democratica e oneri per le imprese, lavoro e gli investimenti, le startup e l'innovazione, ridurre dipendenze e sostenere la sicurezza. Ecco la Battaglia-Bussola per la competitività, fondata sul rapporto di Mario Draghi e presentata dalla presidenza della Commissione Europea Ursula von der Leyen e dal vicepresidente per la Prospettiva dell'Europa e la strategia industriale Stéphane Séjourné. «Il nostro modello di business», spiega Von der Leyen, «è fondato su forza lavoro a basso

prezzo, ereditato dalla Cina, emerge a basso costo dalla Russia, e sul delegare a terzi (gli Usa ndr) la sicurezza. Ora è finita». Non sono mancate dure critiche alla comunicazione. Anzitutto dal gruppo dei Socialisti Democratici al Parlamento Europeo. La Bussola, si legge in una nota, «non fornisce soluzioni alle sfide attuali e future, nascondendosi dietro il mantra della semplificazione, un potenziale passo indietro sugli standard dell'UE».

Servizio a pagina 12



POPOTUS
Aumentano
i giovani isolati

Doici pagine tabloid

Quando viene la felicità

Adrian Candiani

Un appetito di felicità

Ma Gesù davvero se che cosa promette? Se vedesse da quali fami sono tormentati, da quali desideri sono abitati, ci penserebbe forse due volte prima di promettere. Beati voi che ora avete fame, perché sarete saziati (Lc 6,21). Desideri gelosi, sete di vendetta, appetiti sessuali vengono a suonare nel mio cuore una partitura che poco somiglia alla musica degli angeli. Allora preferisco mandare al mio posto, quando sono fra della preghiera, un piccolo santo da vetrina ben disegnato, che non si arrabbia, che non conosce la gelosia, che perdona facilmente, che non si annoia a messa. È perfetto. Ha un solo difetto: quello non sono io.

Perché il mio desiderio sono io. Se lo metto da una parte, non vedo davvero presente io. È rischiato, per la mia, e l'ontano, paura di gettare uno sguardo nel personale dei miei desideri, di non imparare mai a rinascere ciò che mi fa vivere. Essi su che nel mio profondo la vera fame che provo è una fame di felicità. E ora, proprio questo è lo che l'Uro, che mi ama infinitamente, vuole per me: e questa fame che egli promette di saziare. Ma cosa mi potrà saziare, se non ha più desiderio? Lungi dal dovermi rinunciare, io sono invitato a scendere il mio desiderio, a vederlo crescere in me senza lasciarmi distrarre da voglie secondarie. Dai miei capricci del momento. Essi diventerà il cammino più sicuro sul quale Dio mi invita a raggiungerlo.

di ORAZIO AMADIO

Agorà

CLASSICO

Dal cinema
alle librerie: l'esterno
rimorso di Uisse

Copelli, de Lami, Righetto p. 18-19

L'ACCUSE

C'è troppo fumo
sul grande
e piccolo schermo

Bellino p. 20

PARACULISMO

Mirko Testa:
«L'handbike mi ha
ridato la libertà»

Giannino p. 21



FONDAZIONE GIMBE: «MANCANO I DECRETI ATTUATIVI»

Liste di attesa in sanità: stallo per esami e visite «Le riforme previste? Solo un lontano miraggio»

VITO SALINARO

«Un lontano miraggio». Così la Fondazione Gimbe definisce i potenziali, e al momento mancati benefici, del decreto (poi convertito in legge) sulle liste d'attesa che, nella volontà dell'Esecutivo, avrebbe dovuto imprimere una svolta nell'espletamento di diagnosi e cure, come peraltro auspicato dal presidente della Repubblica nel messaggio di fine anno. Quella che Gimbe rivolge al Governo è una sonora bocciatura a causa dei ritardi nell'adozione dei decreti attuativi previsti dalla legge.

I decreti attuativi, spiega la Fondazione, rappresentano il motore delle riforme «ma a sei mesi dalla conversione in legge si registra uno stallo» che ne «paralizza l'attuazione». Dei sei previsti, «al 29 gennaio, stando a quanto risulta dallo stesso dipartimento per il Programma del Governo, ne risulta approvato solo uno». Gli altri? «Tre sono scaduti» da mesi, per altri due «non è stata definita la scadenza». Prevedibile, secondo il presidente di Gimbe, Nino Cartabellotta, visto che la storia parlamentare è lastricata di vari passaggi, valutazioni tecniche, attriti politici e iter burocratici che, quando non si perdono le tracce delle stesse norme, «rendono impossibile applicarle». Eppure la legge era costruita per risolvere non pochi problemi. Ecco cosa prevede: l'obbligo per le Regioni di creare un centro unico di prenotazione integrato con le agende delle strutture pubbliche e private accreditate; l'introduzione di un sistema di disdetta delle prenotazioni; il divieto di chiudere le agende; l'attivazione dei percorsi di garanzia (se il cittadino non ottiene una prestazione nei tempi previsti nel pubblico, questa deve essere erogata nel privato convenzionato o tramite l'attività intramuraria). E anche i benefici per migliorare la governance delle liste di attesa: dalla piattaforma nazionale per uniformare la lettura dei dati sui tempi di attesa tra le Regioni, all'istituzione di un organismo di controllo che può esercitare i poteri sostitutivi nelle Regioni inadempienti.

Di tutto questo non c'è nulla o quasi, incalza Gimbe, che così ricostruisce l'iter del provvedimento: lo stato di avanzamento dei decreti è stato oggetto di un question time alla Camera lo scorso 5 novembre, in cui il ministro Orazio Schillaci ha dichiarato che «da febbraio 2025 sarà disponibile il cruscotto con gli indicatori di monitoraggio delle liste d'attesa di tutte le Regioni e le Province autonome». Ma le «Linee guida», analizza Gimbe, sono state inviate solo il 17 dicembre 2024 alle Regioni; le quali hanno chiesto tempo per esaminarle. «Tra complessità tecniche e attuazione dei progetti - evidenzia Cartabellotta -, è utopistico pensare che la piattaforma sia operativa in febbraio». In particolare, ammette Gimbe, desta «molte perplessità» il decreto sul superamento del tetto di spesa per il personale sanitario: infatti, «oltre alla mancanza di una scadenza definita, la "nuova metodologia" Agenas per stimare il fabbisogno di personale non è ancora stata approvata». Eppure, si tratta di uno «step cruciale perché vincola l'assunzione» di nuovi sanitari.

Il commento di Cartabellotta è senza appelli: «Le interminabili liste d'attesa sono il sintomo di un indebolimento tecnologico, organizzativo e soprattutto professionale del Ssn. Affrontare questa criticità richiede investimenti sul personale e coraggiose riforme organizzative. Concentrarsi unicamente sul "sintomo" (i lunghi tempi di attesa), piuttosto che risolvere "le cause della malattia" è un approccio semplicistico». Insomma, «le riforme restano un esercizio retorico, mentre il raggiungimento di risultati parziali è solo una magra consolazione politica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gimbe svela i ritardi nel piano del governo che mirava a tagliare i tempi delle prestazioni

Liste d'attesa, è ancora tutto fermo "Approvato solo un decreto su sei"

IL CASO

ROMA

Sotto elezioni europee la corsa per presentare il decreto "taglia liste di attesa". Senza soldi né per assumere personale, né per potenziare le strutture pubbliche. Poi il passo da lumaca quando si è trattato di passare a dover attuare quel che il provvedimento prevedeva: dal monitoraggio delle stesse liste di attesa per poter poi intervenire dove necessario, al potere sostitutivo del ministero della Salute quando le Regioni si fossero dimostrate incapaci di erogare le prestazioni nei tempi previsti dalla legge. A fotografare i ritardi della messa a terra del cosiddetto "Piano Schillaci" è la Fondazione Gimbe, che su sei decreti attuativi previsti dal DL originario ne conta solo uno ad aver tagliato il traguardo della pubblicazione

in Gazzetta Ufficiale: quello che indica le modalità con cui dovrà operare la Piattaforma nazionale delle liste di attesa. Peccato che di quella stessa Piattaforma che doveva essere realizzata dall'Agenas non ci sia ancora traccia e che i tempi della sua realizzazione restino sempre incerti, viste le dimissioni repentine del direttore generale della stessa Agenzia per i servizi sanitari regionali, Alberto Mantovani, che dovrebbe essere sostituito momentaneamente da un commissario. Ruolo che verrebbe ricoperto dall'attuale capo di gabinetto del Ministero della salute, Marco Mattei, che manterrebbe il doppio incarico.

È chiaro che senza monitoraggio dei tempi di attesa tutto il resto rischia di crollare come un castello di carta, non avendo informazioni certe su dove è necessario intervenire. Già scaduti sono

invece tre decreti attuativi. Il primo, che sarebbe dovuto planare in Gazzetta entro il 30 settembre, è quello che indica i criteri di realizzazione, funzionamento e interoperabilità della medesima Piattaforma nazionale e di quelle regionali delle liste di attesa. Missing anche il decreto attuativo, di centrale importanza, che doveva definire come e quando sarebbe dovuto scattare il potere sostitutivo da parte dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, istituito presso il ministero di Schillaci, che dovrebbe intervenire in caso di inadempienza delle Regioni. Il provvedimento sarebbe dovuto entrare in vigore entro il 31 agosto. Scomparsa anche l'adozione del piano d'azione per il rafforzamento della capacità dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, scaduto il 30 settembre. Senza scadenze temporali ma

per ora lontani altri due decreti attuativi. Il primo avrebbe dovuto fornire ai Cup le modalità di gestione del nuovo sistema di disdetta delle prenotazioni, essenziale per attuare la norma che fa pagare il ticket a chi fissa l'appuntamento e poi da buca.

Disposizione che se attuata permetterebbe di alleggerire di un buon 20% le liste di attesa, visto che tanti sono i casi di chi prenota e poi non si presenta. Nulla di fatto infine per la metodologia necessaria alla definizione del fabbisogno del personale, premessa indispensabile a nuove, future assunzioni. Il ministro della Salute Schillaci commenta: «Siamo nei tempi, stiamo completando i decreti attuativi ed entro un paio di settimane sarà tutto pronto». P.A. RU. —



Servizio Il monitoraggio di Gimbe

Liste d'attesa: dopo 6 mesi le misure del piano del Governo sono ancora al palo

In stallo la Piattaforma nazionale che monitora le attese, così come i benefici per i cittadini come i Cup unici e i percorsi di garanzia

di Marzio Bartoloni

29 gennaio 2025

I decreti attuativi rappresentano il motore delle riforme, ma a sei mesi esatti dalla conversione in legge del decreto liste di attesa entrato in vigore lo scorso agosto ancora c'è uno stallo che paralizza l'attuazione del piano previsto dal Governo per combattere le odiate code a cui sono costretti gli italiani per ottenere una visita o un esame. Nonostante le dichiarazioni istituzionali, a cominciare da quelle del ministro della Salute Orazio Schillaci, "sottolineino progressi nell'attuazione delle misure" l'ultima analisi della Fondazione Gimbe "evidenzia una situazione ben diversa". E così alcune delle misure più attese come l'attivazione della Piattaforma nazionale sulle liste d'attesa che dovrà monitorare i tempi ospedale per ospedale o i poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienze regionali e locali sono ancora ferme fino ai benefici per i cittadini come i Centri di prenotazione (Cup) unici, il divieto di chiudere le agende o i percorsi di garanzia in caso di attese troppo lunghe.

Il monitoraggio di Gimbe sull'attuazione del piano

Il decreto sulle liste d'attesa - ricorda la Fondazione Gimbe - prevede almeno sei decreti attuativi. Al 29 gennaio 2025, secondo quanto riportato dal Dipartimento per il Programma di Governo, risulta approvato un solo decreto attuativo. Degli altri, "tre sono già scaduti (due da quasi 4 mesi e l'altro da quasi 5 mesi) e per due non è stata definita alcuna scadenza". In sintesi seconda l'analisi di Gimbe l'unico decreto già pubblicato (il 28 ottobre) è quello che disciplina le modalità con cui la Piattaforma nazionale delle liste di attesa opera in coerenza con il «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione». Manca però per far partire la Piattaforma il decreto con i criteri di realizzazione, funzionamento e interoperabilità con le piattaforme regionali (decreto scaduto il 30 settembre) così come non c'è, come detto il provvedimento previsto entro il 31 agosto con le procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi da parte dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria. Non c'è poi il decreto che deve rivedere il funzionamento dei Cup (i centri per le prenotazioni) con un nuovo sistema di disdetta delle prenotazioni e ottimizzazione delle agende di prenotazioni. Infine non c'è traccia del provvedimento che doveva superare definitivamente il tetto di spesa per le assunzioni del personale sanitario.

La Piattaforma nazionale sulle liste d'attesa è in ritardo

La Fondazione Gimbe ricorda poi come lo stato di avanzamento dei decreti attuativi sulle liste d'attesa fosse stato oggetto di un question time alla Camera lo scorso 5 novembre, in cui il ministro Schillaci aveva dichiarato che "dal mese di febbraio del 2025 sarà disponibile il cruscotto con gli

indicatori di monitoraggio delle liste d'attesa, con i dati relativi a tutte le Regioni e le Province autonome”. Tuttavia, nei fatti i provvedimenti necessari per far decollare la Piattaforma ancora mancano. Peraltro ricorda ancora nella sua analisi la Fondazione Gimbe dopo l'entrata in vigore delle misure attuative le Regioni avranno 30 giorni per predisporre il progetto operativo per connettere le piattaforme regionali con quella nazionale, concordando con Agenas i tempi di realizzazione. «Di conseguenza – chiosa il Presidente di Gimbe Nino Cartabellotta – tra complessità tecniche e attuazione dei progetti, è utopistico pensare che la piattaforma sia operativa entro febbraio 2025».

Il miraggio delle misure a beneficio dei cittadini

Alla luce anche dello stallo delle misure attuative nel frattempo - sottolinea la Fondazione Gimbe - i potenziali benefici previsti dal decreto Liste di attesa rimangono un lontano miraggio: l'obbligo per le Regioni di creare un centro unico di prenotazione integrato con le agende delle strutture pubbliche e private accreditate; l'introduzione di un sistema di disdetta delle prenotazioni; il divieto di chiudere le agende; l'attivazione dei percorsi di garanzia (se il cittadino non ottiene una prestazione nei tempi previsti nel pubblico, questa deve essere erogata nel privato convenzionato o tramite l'attività intramuraria). E naturalmente anche i benefici volti a migliorare la governance delle liste di attesa: dalla piattaforma nazionale per uniformare la lettura dei dati sui tempi di attesa tra le Regioni, all'istituzione di un organismo di verifica e controllo che può esercitare i poteri sostitutivi nelle Regioni inadempienti.

LA SANITÀ**L'Italia impoverita
per le visite private****Paolo Russo**

Impoveriti dalla sanità

Il rapporto annuale Crea:
alle famiglie meno abbienti
costa dieci miliardi
curarsi nel privato
“Per 2,3 milioni di nuclei
sono spese catastrofiche”

IL DOSSIER**PAOLO RUSSO**
ROMA

È una sanità che rende poveri quella che emerge dal 20° rapporto del Crea-Sanità, dove dalla marea di dati ne spunta uno, inedito, che attribuisce il 23% di quei 41,4 miliardi di spesa privata alle famiglie povere. Che così, quando non finiscono per rinunciare del tutto alle cure, scivolano inesorabilmente nell'indigenza. Definendo con l'Oms «catastrofiche» le spese che superano il 40% della “Capacity To Pay” delle famiglie (pari ai consumi totali della famiglia al netto delle spese di sussistenza), si scopre infatti che sono colpite dal fenomeno l'8,6% delle famiglie residenti (11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie), ovvero 2,3 milioni di nuclei.

Il Mezzogiorno continua ad essere la zona più colpita,

con il 9,9% delle famiglie, segue il Nord-Est con il 9,0% il Nord-Ovest ed il Centro con il 7,0%. È la Puglia la Regione più afflitta dal fenomeno, con il 13,2% delle famiglie residenti; la Liguria quella meno (7,0%). Le famiglie più esposte sono quelle degli anziani over 75 (soli o in coppia), con una incidenza rispettivamente del 15,1% e 17,7%.

Che a determinare l'impoverimento delle famiglie non sia il consumismo sanitario, o detta in altri termini la spesa per prestazioni inutili, lo conferma un altro dato elaborato dall'Università Bocconi, che attribuisce il 40% della spesa privata a visite, accertamenti e farmaci prescritti sulla ricetta rosa utilizzata dai medici pubblici. Come dire che in prima battuta ci si rivolge all'Ssn per poi dirottare verso il privato quando ci si accorge che questo non riesce a garantire quel che ci serve in tempi ragione-

voli. Se le cose stanno così, non ci si deve poi stupire se 3,4 milioni di nuclei familiari dichiarano di rinunciare a qualche consumo sanitario e se 1,2 milioni azzerano completamente le cure.

Le sperequazioni però non finiscono qui, perché le ritroviamo anche quando si parla di finanziamento, visto che questo è concentrato su appena il 20% della popolazione, mentre il restante 80% versa meno dei servizi sanitari che riceve in cambio. «Un'esagerata sperequazione dei redditi a livello nazionale – si afferma nel rapporto – con conseguenze in termini di sostenibilità, visto che il servizio sanitario pubblico economicamente pesa sulle spalle di una quota dav-



vero esiguo della popolazione». Il rapporto non lo dice, ma è chiaro che questo sbilanciamento è figlio dell'evasione fiscale, che lascia ai soliti noti l'onere di sostenere la Sanità così come il welfare in generale.

Resta comunque il fatto che in termini di risorse destinate alla sanità pubblica l'Italia arranchi sempre più rispetto al resto dell'Europa. Se infatti il nostro Pil pro capite è inferiore del 19,7% rispetto alla media dei Paesi originari dell'Ue, la forbice si allarga e di molto quando si parla di spesa sanitaria pubblica, dove il gap sale al 44,1%. Una distanza dall'Europa che cresce dell'1,2% rispetto al 2022 e dell'11,4%

nel decennio. Minore, anche se in crescita del 2,3% rispetto a due anni fa, il gap in termini di spesa privata, che è dell'8,7%.

Tutto questo nonostante il rapporto Crea riconosca che dopo l'ultima manovra il finanziamento pubblico ha raggiunto il livello massimo mai conseguito. Passando però a un confronto basato su una analisi statistica della relazione fra risorse dei Paesi (Pil pro-capite, al netto degli interessi sul debito pubblico che sono indisponibili per il finanziamento del Welfare) e spesa sanitaria pro-capite, la spesa per la sanità in Italia risulta inferiore al livello atteso dell'11,3 per cento. Che tradotto in soldoni fanno circa 15 miliardi mancanti all'appello.

Ma poiché con il nostro debito pubblico è impensabile un rifinanziamento di queste dimensioni, ecco che affianco al rapporto un Think Tank, composto tra gli altri dal Presidente del Crea, Federico Spandonaro, dall'altro economista sanitario della Bocconi, Francesco Longo e dall'ex deputato e presidente della Federazione di Asl e Ospedali, Giovanni Monchiero, è stato elaborato un documento per una riforma del nostro Ssn. «Se la situazione economica generale e il deficit di finanziamento della nostra sanità pubblica sono questi - sintetizza Spandonaro - è allora necessaria una operazione verità sul modello universalistico del

tutto a tutti, che in realtà a causa anche delle liste di attesa, sta creando sempre più discriminazioni sul piano della tutela della salute».

Da qui l'idea «di prevedere una selezione di prestazioni fondamentali e più a rischio di spese catastrofiche da continuare a garantire in tempi certi anche ai più abbienti, chiedendo loro di rinunciare in cambio di prestazioni meno onerose o essenziali. Questo continuando a garantire tutto quel che va appropriatamente garantito a chi non può permettersi di pagare». Magari senza più sottostare alla gogna delle liste di attesa. —

LA GEOGRAFIA DELLA SOFFERENZA

NORD-OVEST
7%

NORD-EST
9%

CENTRO
7%

SUD
9,9%

8,6%



delle famiglie residenti in Italia, pari a 2,3 milioni di nuclei familiari hanno spese sanitarie "catastrofiche" secondo l'Oms (oltre il 40% della capacità di spesa)

LA PUGLIA
è la regione più colpita con il

13,2%

LA LIGURIA
è la meno colpita con il

7%

Le famiglie più esposte per fasce d'età anziani over 75 (soli o in coppia), con una incidenza rispettivamente del

15,1% e 17,7%

Fonte: CREA Sanità

WIMHUB

Secondo l'indagine il 23% della spesa privata è coperta da chi non ha possibilità

In termini di risorse l'Italia arranca rispetto al resto dell'Europa



“

Federico Spandonaro
Bisogna garantire i servizi a chi non può permettersi di pagare

3,4%

la quota delle famiglie italiane che dichiarano di rinunciare a qualche prestazione sanitaria

40%

la percentuale di spesa sanitaria per visite private prescritte da medici del Ssn



Più cure pubbliche con i nuovi Lea, ma la garanzia non vale per tutti

Dai vaccini agli screening neonatali, crescono le prestazioni coperte dal Servizio sanitario nazionale. Ma la riforma, specie al Sud, rischia di restare solo sulla carta

I nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), aggiornati per il 2025 dopo un'attesa di otto anni, rappresentano un passo in avanti nell'ampliamento delle prestazioni garantite dal nostro Servizio sanitario nazionale. L'estensione delle tutele sanitarie è anzitutto una buona notizia, soprattutto verso un modello di salute pubblica più inclusivo e sostenibile, ma solleva anche sfide importanti sia dal punto di vista organizzativo sia economico. «Tra le novità principali c'è l'estensione dello screening neonatale a quasi 50 malattie metaboliche ereditarie rare: uno strumento di prevenzione precoce per patologie gravi che, se individuate tempestivamente, possono essere gestite con successo», spiega Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze.

«Inoltre, sono stati poi introdotti tra i Lea alcuni vaccini, come quelli contro papilloma virus, pneumococco e meningococco, che arricchiscono l'offerta sanitaria pubblica e rafforzano la protezione

64 **FC** 5/2025

della popolazione contro malattie infettive ad alto impatto».

Un passo importante è stato anche compiuto verso il riconoscimento dell'endometriosi, una patologia invalidante che riguarda milioni di donne, ora inclusa tra le condizioni esenti da ticket per alcune prestazioni diagnostiche e terapeutiche. Questo intervento mira a ridurre il peso economico e psicologico che spesso grava sulle donne che convivono con questa malattia, offrendo più supporto e attenzione alla salute femminile. Da non sottovalutare anche il potenziamento nell'assistenza protesica con l'introduzione di ausili informatici, apparecchi acustici, sensori di comando, arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale.

Tuttavia, l'introduzione di questi nuovi Lea non è stata affatto semplice. «I ritardi nell'approvazione del Decreto Tariffe, pubblicato in *Gazzetta ufficiale* il 4 agosto 2023 ed entrato in vigore il 1° gennaio di quest'anno, hanno lasciato molte Regioni nell'impossibilità di garantire in maniera uniforme le prestazioni previste dai nuovi Lea, «alimentando una frattura territoriale che penalizza soprattutto il Sud», sintetizza Cartabellotta. «La situazione è stata ulteriormente complicata dal ricorso al

Tar del Lazio da parte di alcune associazioni di imprenditori della sanità privata, che hanno contestato le tariffe giudicate troppo basse per consentire l'erogazione sostenibile di varie prestazioni».

Questo contenzioso rischia di rallentare ulteriormente l'attuazione delle innovazioni introdotte, lasciando molte persone senza accesso ai benefici previsti.

«Un ulteriore ostacolo alla piena implementazione dei nuovi Lea è il cronico sotto-finanziamento del Fondo sanitario nazionale», continua il presidente. «Nonostante l'ampliamento delle prestazioni garantite, le risorse destinate alla sanità pubblica non sono state adeguatamente incrementate, determinando uno squilibrio tra le promesse e le effettive capacità operative del sistema sanitario».

Questa discrepanza può portare a due conseguenze principali: una crescente disomogeneità tra le Regioni nell'erogazione dei servizi e un forte impatto sul personale sanitario. Le zone più ricche, perlopiù al Nord, riescono a sostenere meglio l'ampliamento delle prestazioni, mentre al Sud, già gravato da problemi strutturali e risorse limitate, si fatica a garantire anche i servizi essenziali. «Carenza di operatori, turni di lavoro difficilmente sostenibili e disaffezione verso il settore pubblico sono le possibili conseguenze», specifica Cartabellotta. «Questa situazione ha alimentato una crisi dell'intero sistema che mette a rischio l'equità, spingendo sempre più persone verso la sanità privata, o costringendoli a rinunciare alle cure».



**NINO
CARTABELLOTTA**
59 ANNI
PRESIDENTE DEL GIMBE



**di Gianluca
Dotti**
giornalista
scientifico



LA UIL FPL HA REALIZZATO UN'OPERAZIONE VERITÀ SULLE BUSTE PAGA

Sanità e Funzioni locali, pochi euro sfumati per la mancata firma dei Contratti. Negli enti locali aumenti da 24 a 37 €

DI FRANCESCO CERISANO

Sugli aumenti in busta paga, sfumati ai 500 mila dipendenti della Sanità a causa della mancata firma del Ccnl 2022-2024, i conti non tornano. E lo stesso dicasi per il contratto delle funzioni locali, finito anch'esso su un binario morto, ma con aumenti reali molto al di sotto di quelli attesi dal comparto e nell'ordine di poche decine di euro. A ballare nella sanità sono differenze notevoli, soprattutto per le buste paga più ricche, ossia quelle degli infermieri di pronto soccorso (una platea pari al 4% del totale dei dipendenti del Ssn) che, nonostante un aumento dell'indennità ad hoc prevista nel Ccnl 2022-2024 non firmato, avrebbero raggiunto un totale netto massimo di 2014,12 euro, ossia 135,91 euro in più rispetto agli attuali 1878,21 euro. Una cifra molto lontana dagli oltre 500 euro di mancati aumenti circolata all'indomani della fumata nera all'Aran. E il motivo è presto detto.

L'indennità di pronto soccorso è già prevista nelle attuali buste paga fino a un massimo di 110 euro e con il nuovo Contratto sarebbe potuta arrivare al massimo a 356 euro. E anche l'indennità di specificità infermieristica c'è già nelle attuali buste paga (72,79 euro) e con il nuovo contratto sarebbe potuta arrivare a 80,73 euro dal 1° gennaio 2024. A conti fatti, quindi, gli aumenti di queste due voci stipendiali rispetto ai livelli retributivi attualmente previsti sarebbero stati pari a 253,94 euro in due anni e non a oltre 500 euro.

Senza dimenticare, come detto, che si sarebbe trattato di aumenti massimi solo potenziali, in quanto legati all'effettiva presenza in servizio del lavoratore, non tenendo quindi conto di eventuali assenze e riposi mensili.

A realizzare un'operazione verità sulle buste paga è il Centro studi della Uil Fpl, una delle tre sigle sindacali (assieme a Cgil e Nursing Up) che hanno detto no alla firma della pre-intesa.

Per un vizio di fondo, la mancanza di risorse, che ha caratterizzato sin dall'inizio una tornata contrattuale estremamente complessa e andata a buon fine solo per il Contratto delle funzioni centrali, siglato lunedì 27 dicembre in via definitiva.

Con un'inflazione al 17% nel biennio

2022-2024, il governo è riuscito a recuperare uno striminzito 6% frutto del 5,78% di aumento e dell'integrazione dello 0,22% stanziata dalla legge di bilancio per il Fondo destinato alla contrattazione decentrata.

“Come si vede si tratta di cifre reali ben lontane dai roboanti annunci diffusi, numeri che ledono la dignità delle lavoratrici e dei lavoratori che ogni giorno svolgono servizi pubblici essenziali. In più, le poche novità normative risultano inutili senza risorse per renderle esigibili”, ha osservato **Rita Longobardi**, segretaria generale della Uil Fpl. “Abbiamo espresso la nostra contrarietà alla firma del rinnovo dei CCNL Sanità Pubblica 2022/2024, così come per le Funzioni Locali, a causa dell'insufficienza delle risorse postate per garantire una crescita reale dei salari e dell'assenza di strumenti concreti volti alla valorizzazione economica e professionale delle lavoratrici e dei lavoratori dei due comparti”.

Gli aumenti (sfumati) nella Sanità...

Basta confrontare le buste paga degli altri profili professionali per rendersene conto. Con una Indennità di Vacanza contrattuale già elargita e l'applicazione del nuovo cuneo fiscale 2025 (i cui effetti sono già visibili nelle buste paga di gennaio) gli aumenti netti reali mensili in busta paga sarebbero stati per gli infermieri ex D3 (non di pronto soccorso) di soli 41,72 euro al mese (il nuovo netto in busta paga sarebbe passato da 1783 a 1824,75 euro).

Gli stipendi netti degli operatori socio sanitari (ex BS5) se fosse stata firmata la pre-intesa, sarebbero aumentati di 38,14 euro (passando da 1583,09 a 1621,23 euro).

E ancora peggio sarebbe andata agli assistenti amministrativi (ex C5) le cui buste paga sarebbero cresciute di soli 32,72 euro (da 1763,43 a 1796,15 euro).

...e nel comparto delle Funzioni lo-



cali

Qui, secondo la Uil, gli aumenti sarebbero stati ancora più risibili. Prendiamo il caso di una busta paga di un profilo di funzionario (ex cat. D posizione 7).

Qui al netto delle trattenute l'aumento lordo di 37,55 euro sarebbe stato quasi completamente eroso, arrivando a un netto di 13,51 euro (da 2022,29 a 2035,80 euro).

Un po' meglio sarebbe andata agli istruttori (ex cat. C posizione 6) con un au-

mento netto di 29,06 euro (da 1699,09 a 1728,15).

Per gli operatori esperti (ex cat. B posizione 8) gli stipendi netti, se fosse stata firmata la pre-intesa, sarebbero cresciuti da 1578,68 a 1602,83 euro (+24,15 euro).

Cifre molto simili anche per gli operatori di categoria A posizione 6 che nella simulazione della Uil avrebbero avuto incrementi di 25,41 euro (da 1442,37 a 1467,78 euro).

—© Riproduzione riservata—■



Servizio In Parlamento

Milleproroghe: concorsi, orario e stipendi nella pletora degli emendamenti

Al Senato presentate 109 proposte di modifica sui temi sanitari: per lo più relative a scadenze da rinviare anche fino al 2030

di Stefano Simonetti

29 gennaio 2025

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 302 del 27.12.2024 è stato pubblicato il tradizionale decreto Milleproroghe 2025 (decreto-legge 202/2024). Il ricorso puntuale e ossessivo al decreto cosiddetto Milleproroghe di fine anno è il sintomo più evidente della incapacità del Parlamento di dare risposte strutturali e definitive a tanti aspetti di criticità della società. Insieme all'abuso della decretazione d'urgenza e alla "costruzione" della legge di bilancio costituisce l'epifania del degrado inarrestabile del potere legislativo che non riesce da tempo immemore ad esercitare a pieno la propria funzione ordinaria secondo quanto sancito dall'art. 70 della Costituzione, laddove si continua romanticamente ad affermare che "La funzione legislativa è esercitata collettivamente dalle due Camere". Intendiamoci, questa patologia del sistema non è certo propria dell'attuale Governo perché è un fenomeno irrefrenabile da almeno trenta anni. Tant'è: bisogna solo prenderne atto e cercare di districarsi all'interno dell'affastellamento normativo.

Conversione del decreto entro il 26 febbraio

Si riassume brevemente il contenuto del provvedimento del 27 dicembre che è composto di 22 articoli. Con l'art. 1, comma 9, è stato prorogato fino al 30.4.2025 il cosiddetto scudo erariale. Poi, il lunghissimo art. 4 effettua interventi dilatori sui sanitari ucraini (comma 2), sugli incarichi semestrali agli specializzandi (comma 3) e a quelli per i non specializzati (comma 4), sui concorsi per l'emergenza/urgenza (comma 5), sull'elenco dei direttori generali (comma 7, lettera a), sullo scudo penale per i medici (comma 7, lettera d), sull'ulteriore finanziamento per le prestazioni aggiuntive (comma 11) e sugli incarichi ai pensionati (comma 12). Il decreto deve essere convertito entro il 26 febbraio prossimo e, come è ormai prassi consolidata, in sede di conversione è iniziata la pletora di emendamenti.

Presentati 1.266 emendamenti al Senato

Il dossier presentato in Senato il 22 gennaio scorso, di ben 553 pagine, contiene innumerevoli proposte di emendamenti. Riguardo al solo art. 4 relativo alla Sanità, si contano 109 emendamenti. Tra i 1.266 emendamenti all'esame della 1^a Commissione del Senato c'è, come al solito, di tutto. La tipologia più diffusa è quella della proroga secca di provvedimenti normativi, almeno in questo è coerente con il titolo del decreto. Nondimeno, si rilevano dilazioni di termini che intervengono per la quinta volta o addirittura di più. Una altra tipologia di emendamenti - molto spesso bocciata in Commissione - riguarda l'inserimento ex novo di tematiche avulse dal contesto, in questo caso, della "materia di termini normativi". Questa prassi è stata stigmatizzata in almeno tre sentenze

della Corte costituzionale ma continua ad essere perseguita e la Sanità ne è una cliente affezionata. Vale a pena di ricordare che il Regolamento del Senato all'art. 97 prevede che sono improponibili gli emendamenti che siano estranei all'oggetto della discussione o formulati in termini sconvenienti mentre sono inammissibili gli emendamenti in contrasto con deliberazioni già adottate dal Senato sull'argomento nel corso della discussione.

Dai precari ai sanitari ucraini oltre cento emendamenti all'art.4

Le proroghe Il centinaio di interventi proposti sull'art. 4 riguardano nella maggior parte dei casi proroghe di termini (alcuni perfino al 2030) e, a volte, sono ripetuti in formulazioni diverse. Le tematiche sono, in ordine sparso, una miscellanea sui sanitari ucraini, la ECM, le stabilizzazioni dei precari, l'elenco nazionale dei direttori generali, i policlinici universitari privati, i dirigenti sanitari, l'albo professionale degli psicologi, le strutture private accreditate, l'iscrizione all'ordine dei chimici e dei fisici, l'iscrizione agli elenchi speciali ad esaurimento, la pseudo libera professione del personale del comparto.

Tre emendamenti di particolare interesse

Tuttavia, tre emendamenti rivestono un particolare interesse e meritano un approfondimento. Il primo è il 4.64 e concerne la proposta di aggiornare con atti regolamentari da adottarsi entro il 31 dicembre 2025 la normativa concorsuale sia dei dirigenti che del comparto. L'iniziativa è sacrosanta, in quanto i DPR 483/1997 e 220/2001 sono obsoleti, superati in molte parti e incapaci di rispondere alle esigenze delle aziende sanitarie. Tra l'altro, come è noto, il nuovo DPR 487/1994 – rivisto profondamente lo scorso anno – non è applicabile alla Sanità per espressa previsione del decreto stesso e tutte le innovazioni normative e procedurali degli ultimi anni sono da coordinare con i citati decreti. Il secondo è il 4.60 (da unificare con il 4.72, il 4.73 e il 4.0.8, quest'ultimo però prevede solo 20 ml) e intende incrementare il fondo sanitario nazionale a decorrere dall'anno 2024 con 50 ml di € da destinare, in deroga al limite di cui all'art. 23, comma 2, del d.lgs. 75/2017, all'incremento dei Fondi contrattuali per il trattamento economico della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, al fine della progressiva armonizzazione dei relativi trattamenti economici accessori a quelli previsti per le altre figure dirigenziali degli Enti Locali. Anche in questo caso il contenuto dell'emendamento appare indiscutibile; sulla tematica ho scritto un articolo su questo sito il 5 marzo 2024.

Il terzo è l'emendamento 4.68 che è talmente singolare che vale la pena di riportarlo integralmente: “12-bis. Per il triennio contrattuale dell'Area Sanità 2022-2024, in deroga a quanto previsto dall'articolo 4, comma 1 e dall'articolo 5, comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, la materia dell'orario di lavoro della dirigenza sanitaria di cui all'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è soggetta a contrattazione collettiva, nei limiti previsti da norme di legge.” Le norme citate del TUPI sono quelle che disciplinano, rispettivamente, le funzioni degli organi di indirizzo politico-amministrativo e le prerogative dirigenziali. La singolarità risiede nel fatto che da trent'anni la materia dell'orario di lavoro è contrattualizzata e nell'ultimo CCNL del 23.1.2024 è stata addirittura la clausola chiave di volta che ha consentito la stipula del contratto con il lunghissimo e complicato art. 27.

Infine, si segnala l'emendamento 4.0.5, con il quale i proponenti Ternullo e Paroli tornano sulla questione - già avanzata nel DL “liste di attesa” del 2023 e del DDL n. 1241 “prestazioni sanitarie - della modifica al trattamento economico dei direttori aziendali che “non può essere inferiore a 180.000 euro”. Va detto, per completezza e senza ulteriori commenti, che tale trattamento economico risale, senza alcun incremento, al 2001.

DOPO L'ADDIO DEGLI USA

Schillaci: l'uscita dall'Oms non è nel programma, ma la Lega non molla

Lo strappo della Lega che ha chiesto di uscire dall'Oms seguendo l'esempio degli Usa di Trump era stata accolta con freddezza dagli alleati. Ieri è arrivata la conferma dal ministro della Salute Orazio Schillaci che in un question time ha ricordato come «la riflessione riguarda la politica estera della nazione, quindi riguarda il governo e il Parlamento italiano». E che «sebbene l'uscita dall'Oms non sia contemplata nel programma di governo, credo sia legittimo e costruttivo un dibattito che miri ad analizzare criticamente il suo ruolo, con particolare riferimento all'allocazione, all'utilizzo delle risorse e alla governance. È nostro dovere, infatti, assicurare che ogni euro investito nella salute globale sia impiegato nel modo più efficace possibile». Schillaci ha poi ricordato che l'Italia «partecipa all'Oms attraverso il versamento annuale di un contributo obbligatorio, che nel 2024 è stato pari a circa 18 milioni di dollari. Nello stesso anno ha inoltre versato contributi

volontari per un totale di circa 7,8 milioni di dollari».

La Lega, che ha ufficialmente presentato un Ddl per l'uscita dall'Organizzazione mondiale della Sanità, però non molla: «Il ministro Schillaci ha detto in Parlamento che sebbene l'uscita dall'Oms non fosse nel programma di governo sarebbe utile aprire un dibattito sul suo ruolo. Non chiediamo di meglio - spiega una nota diffusa ieri - e lo faremo in Parlamento dove siamo sicuri che alla fine del dibattito anche gli alleati, e non solo loro, ci daranno ragione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Servizio Dopo la scelta di Trump

Schillaci: «L'Italia non uscirà dall'Oms, ma più chiarezza sull'uso dei fondi»

Il ministro della Salute: Non isolarsi ma vigilare su impiego di risorse e governance. Poi il chiarimento sui contributi: dal nostro Paese 25,8 mln di dollari nel 2024

di Barbara Gobbi

29 gennaio 2025

“Dobbiamo rafforzare il ruolo dell'Italia e del nostro modello nei consessi internazionali perché isolarsi non rappresenta una strada percorribile per affrontare le complesse sfide sanitarie globali del nostro tempo. Il nostro obiettivo dev'essere contribuire a rendere più efficace e trasparente la governance mondiale della salute, nell'interesse dei cittadini e dell'intera comunità internazionale”. Il ministro della Salute Orazio Schillaci consegna all'ufficialità del question time alla Camera la risposta implicita (anche) al collega di governo e vicepremier Matteo Salvini che aveva avallato la proposta di legge leghista per un'uscita dell'Italia dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Così come deciso il 21 gennaio scorso con un ordine esecutivo “tranchant” dal presidente degli Stati Uniti Donald Trump.

“La riflessione - ha avvisato Schillaci - riguarda prettamente la politica estera della Nazione e quindi coinvolge l'intero Governo e il Parlamento italiano” e in ogni caso l'uscita del nostro Paese “non è contemplata nel programma di governo”. Resta fermo però che sia “legittimo e costruttivo un dibattito che miri ad analizzare criticamente il ruolo dell'Organizzazione mondiale della sanità, con particolare riferimento all'allocazione, all'utilizzo delle risorse e alla governance. È nostro dovere, infatti, assicurare che ogni euro investito nella salute globale sia impiegato nel modo più efficace possibile”, ha avvisato il ministro.

Dall'Italia risorse all'Oms per 25,8 milioni di dollari

Schillaci entra poi nel dettaglio dei finanziamenti versati dall'Italia all'Organizzazione, ben lontani dai 100 milioni dichiarati sui social dal ministro Salvini, che aveva proposto di destinare quelle risorse al nostro personale sanitario. “Faccio chiarezza sugli stanziamenti - ha infatti spiegato il titolare della Salute -: l'Italia partecipa all'Oms attraverso il versamento annuale di un contributo obbligatorio che nel 2024 è stato pari a circa 18 milioni di dollari. Nello stesso anno ha inoltre versato contributi volontari per un totale di circa 7,8 milioni di dollari, destinati a finanziare le priorità del Programma di lavoro, come approvato dall'Assemblea mondiale della Sanità a cui partecipa. Questo finanziamento ci colloca al 19° posto tra le nazioni dell'organizzazione”.

La lezione della pandemia

“Il dibattito ovviamente non può prescindere da una riflessione più ampia sulla salute globale e sulle sfide che ci attendono - ha proseguito il ministro -. La pandemia del 2020 ci ha insegnato, con drammatica chiarezza, che le minacce alla salute pubblica non conoscono confini. In questo

contesto, rivendicare la propria sovranità in ambito sanitario è legittimo, ma questo deve tradursi in una presenza più incisiva e consapevole all'interno dei consessi internazionali. L'esperienza della pandemia ci ha dimostrato che solo con una cooperazione internazionale efficace e coordinata possiamo affrontare emergenze sanitarie di portata globale. I virus, come abbiamo dolorosamente appreso, non hanno cittadinanza né rispettano i confini nazionali”.

Il ruolo dell'Italia e l'impegno nella salute globale

Lo “strappo” di Trump ma anche le critiche piovute negli ultimi anni sulla gestione dell'Organizzazione mondiale della sanità sono comunque tenuti in conto e Schillaci sottolinea come il presidente Usa non abbia messo in discussione il principio fondamentale della necessità di una governance globale della salute. L'Italia però rimane nell'Oms, forte di una comunità scientifica che “ha una tradizione di promozione di politiche sanitarie basate sull'evidenza”. E per ora continuerà a dare il proprio contributo alla salute globale, anche con l'Organizzazione delle Nazioni Unite in settori cruciali come sorveglianza, prevenzione, preparazione e risposta alle emergenze sanitarie, prevenzione delle malattie cronico degenerative, monitoraggio epidemiologico, standardizzazione dei dati, controllo dei rischi legati all'assistenza sanitaria e lotta all'antibiotico resistenza.

Editoriale

Gli Stati Uniti fuori dall'Oms?

SALUTE GLOBALE SOTTO SCACCO

WALTER RICCIARDI

Nel suo primo giorno da presidente, Trump ha firmato un ordine esecutivo che ritira gli Stati Uniti dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), mossa che rende gli Usa e gli altri Paesi del mondo meno sicuri nei confronti di tutte le minacce alla salute pubblica. L'impatto di questa decisione può non essere immediatamente compreso, ma dato il mondo in cui viviamo e tutti i fattori di rischio di malattie esistenti, è evidente che nessun Paese è in grado di vincere da solo e

che le conseguenze saranno gravi per tutti. I Paesi ricchi, infatti, non sperimentano molte delle malattie infettive diffuse nei più poveri proprio perché vengono fermate all'origine, spesso attraverso il supporto e il coordinamento dell'Oms. È la seconda volta che il presidente americano tenta di uscire dall'Oms. Nel 2020, durante la pandemia, Trump aveva inviato una lettera al segretario generale delle Nazioni Unite dichiarando l'intenzione di ritirarsi. Sebbene i finanziamenti statunitensi si fossero immediatamente interrotti, il ritiro non è poi avvenuto: circa sei mesi dopo, Biden, nel suo primo giorno in carica, ha deciso che gli Stati Uniti sarebbero rimasti. *...continua a pagina 13*

SALUTE GLOBALE SOTTO SCACCO

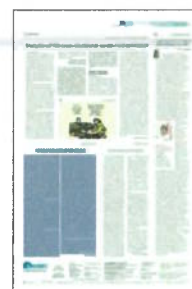
Ora Trump cita la «cattiva gestione da parte dell'Oms della pandemia di Covid-19 emersa a Wuhan e altre crisi sanitarie globali, la sua incapacità di adottare riforme urgenti e la sua incapacità di dimostrare indipendenza dall'inappropriata influenza politica degli Stati membri dell'Oms». L'ordinanza afferma anche che le quote associative degli Stati Uniti - da 100 a 122 milioni di dollari nell'ultimo decennio, la cifra annua più alta tra i Paesi membri - sono «ingiustamente onerose» e «sproporzionate rispetto ai pagamenti di altri Paesi». L'accordo del 1948 tra Usa e Oms è stato stipulato tramite un atto con il Congresso, e non è chiaro se per il ritiro sia necessaria anche un'approvazione del Parlamento americano. Diversi leader accademici e di sanità pubblica stanno già valutando ricorsi, come Lawrence Gostin, professore di Diritto sanitario globale alla Georgetown University, direttore dell'O'Neill Institute, centro collaboratore con l'Oms, per il quale l'ordine esecutivo determina la cessazione immediata dei pagamenti.

Con 194 Paesi membri, l'Oms è responsabile di una serie di importanti programmi di salute pubblica. È stata determinante per l'eradicazione del vaiolo e il drastico ridimensionamento della poliomielite, e ogni anno determina quali ceppi di influenza e Covid-19 includere nelle versioni aggiornate dei rispettivi vaccini. Far parte della rete internazionale diventa poi fondamentale quando emerge una nuova minaccia. I Paesi interessati infatti segnalano nuovi focolai epidemici e condividono i campioni microbiologici con l'Oms che trasmette le informazioni a tutto il mondo. Se gli Stati Uniti si ritira-

no, la capacità di accedere a tutto questo sarà fortemente compromessa.

L'Oms fornisce anche linee guida sanitarie per i Paesi che non hanno le risorse per creare raccomandazioni sanitarie per le loro popolazioni, come consigli sull'allattamento al seno, il diabete, la cessazione del fumo, le infezioni correlate all'assistenza e l'anti-microbico resistenza. L'Oms non è esente da critiche, ma il ritiro e il taglio dei finanziamenti non è il catalizzatore più efficace per cambiare. E infatti nessuno l'ha mai fatto, a eccezione nel 1949, ancora per motivi politici, dell'allora Unione Sovietica e di alcuni Stati satelliti in Europa orientale, tutti poi rientrati nel 1956 in seguito all'esplosione dei problemi sanitari nei loro territori.

La conseguenza interna più immediata per gli Usa potrebbe derivare dall'impossibilità di accedere al database dell'Oms sui ceppi influenzali, il che potrebbe determinare un aumento del numero di americani ricoverati in ospedale e morti di infezioni influenzali. Attualmente negli Stati Uniti circa 30.000 anziani ad alto rischio di complicazioni muoiono ogni anno per questa patologia. Gli Stati Uniti perderebbero anche l'accesso al database globale per la sorveglianza delle malattie infettive, il che renderebbe il Paese più vulnerabile alle minacce microbiche da tutto il mondo. In questo momen-



to sono proprio gli Usa a rappresentare il rischio maggiore per la sanità pubblica mondiale, con la diffusione dell'influenza aviaria a milioni di uccelli selvatici e d'allevamento, il salto di specie già effettuato nei confronti dei mammiferi, in particolare i bovini, e con i primi casi umani. Ma il ritiro avrebbe anche conseguenze che vanno oltre la salute. Gli Usa perderebbero il loro ruolo di leader nella politica sanitaria globale e della così detta "diplomazia sanitaria" troncando i legami con alcuni Paesi per loro importanti nell'assetto geopolitico mondiale. Nel frattempo, la decisione determina un buco finanziario considerevole che potrebbe essere colmato solo da altri grandi Paesi, in primis la Cina, principale competitor sullo scenario globale. Inoltre, senza gli Stati Uniti l'Oms perderebbe i suoi stretti legami con i Cdc (*Centers for disease control and prevention* di Atlanta), una delle principali agenzie di sanità pubblica al mondo: centinaia di suoi ricercatori sono assegnati all'Oms e verranno probabilmente richiamati in patria, compromettendo lo scambio di informazioni nonché le politiche che promuo-

vono la salute e prevengono le malattie. Insomma, una decisione scellerata che renderebbe il mondo un posto ancora più pericoloso, per tutti.

Va detto, infine, che mentre alcuni sconsiderati propongono l'uscita anche per l'Italia (ma il ministro della Salute ha dichiarato ieri che «l'uscita dall'Oms non è contemplata dal programma di governo»), l'erratico presidente americano ha già detto che potrebbe ripensarci. Sarebbe una scelta saggia.

Walter Ricciardi

» RIPRODUZIONE RISERVATA



MINISTERO DELLA SALUTE Liste attese, Mantoan nominato "esperto"

DOMENICO Mantoan è stato nominato "esperto in materia di gestione delle liste di attesa e aggiornamento delle tariffe associate alle diverse categorie di ricovero" dal ministero della Salute. L'incarico è conferito a titolo gratuito. Mantoan aveva lasciato l'incarico di direttore generale di Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali fino alla fine del 2024. Fino agli inizi di gennaio, invece, era stato nominato amministratore delegato dell'Ospedale Pederzoli di Peschiera

del Garda. Mantoan dovrà occuparsi di "raccogliere" i dati delle Regioni relativamente alle liste d'attesa e ai tempi necessari per le visite in ogni azienda sanitaria e fornire questi dati al ministero, relativi già al mese di gennaio.



È VITA

«Noi infermieri per i malati con la cura della speranza»

Ognibene a pagina 14

«In corsia la cura delle relazioni»

FRANCESCO OGNIBENE

Nel messaggio per la Giornata mondiale del malato (11 febbraio), appena reso noto, il Papa si rivolge a malati e curanti **declinando** nella loro esperienza il grande tema giubilare della speranza. Come si vive al letto dei pazienti la speranza, non intesa come incoraggiante ottimismo ma come relazione che rende «forti nella tribolazione», come **scrive** Francesco? Barbara Mangiacavalli, appena rieletta alla guida della Fnopi – la federazione che associa i 460mila infermieri italiani, la più numerosa categoria dei professionisti della cura –, è la persona più indicata per rispondere.

«Per l'infermiere – dice – la “relazione” è una parola densa di significati. Nello svolgimento della nostra professione siamo guidati dal privilegio di relazionarci con la persona assistita, con gli altri colleghi, con le altre professioni, con gli enti di governo. Il valore fondamentale della nostra professione è la relazione con l'altro: senza non può esistere. Come recita il nostro Codice deontologico, il tempo di relazione è tempo di cura. Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura fondandola sull'ascolto e sul dialogo. Il suo obiettivo è fare in modo che la persona assistita non sia mai lasciata sola.

Entriamo nei tre aspetti sottolineati da Francesco nel Messaggio (Incontro, dono, condivisione), cominciando dall'incontro. Il Papa ne offre una lettura di fede: sul piano umano, come si può rendere l'esperienza della malattia «occasione di un incontro che cambia», sia chi viene curato sia chi cura?

La cura e l'assistenza diventano «occasione di un incontro che cambia» se ci si fa carico dell'altro e ci si lascia **contaminare** dall'altro. L'alterità rappresenta il perno attorno al quale si muove l'assistenza, un passaggio attraverso cui ci si assume la responsabilità dell'altro, non tollerandolo semplicemente, ma comprendendolo. La scelta di essere responsabili dell'altro sta alla base di ogni relazione assistenziale, ed è lì che diventa occasione di incontro, di cambiamento e di crescita per tutte le perso-

ne coinvolte.

Il Papa introduce poi il tema del “dono” parlando dell'importanza di condividere «il nostro smarrimento, le nostre preoccupazioni e le nostre delusioni». Come vivono questi sentimenti oggi gli infermieri?

L'impegno morale e il carico emotivo sono il tratto distintivo dell'infermiere che quotidianamente è chiamato a mettersi nei panni dell'assistito. Non sempre è facile, come testimonia lo studio *Bene* (“Benessere degli Infermieri e staffing sicuro negli ospedali”) realizzato nel 2023 dall'Università di Genova con il sostegno dalla Federazione nazionale degli infermieri. Dallo studio è emersa una situazione di forte stress emotivo degli infermieri che hanno partecipato alla rilevazione e di modelli organizzativi che rendono l'attività caotica, esasperante, che genera *burnout*, insicurezza nelle prestazioni perché ci si rende conto di lavorare in condizioni non sicure e adeguate. Per questo è indispensabile costruire modelli multiprofessionali per condividere le fatiche in équipe e sostenere gli infermieri.

Francesco parla anche di condivisione, con l'immagine del capezzale del malato come luogo dove si «impara a sperare». È così?

Sì. L'infermiere condivide l'esperienza di malattia, di morte, di guarigione ma, curando la persona, e non la malattia, trova sempre un senso al suo agire. Torna l'importanza della relazione come elemento valoriale, come luogo, appunto, dove si incontrano i bisogni, dove la persona assistita e il professionista imparano a condividere storie e vissuti.

Il Papa cita espressamente i curanti parlando di «angeli di speranza» con un «volto comprensivo e premuroso». L'immagine pubblica della sanità sembra smentire questa idea. Perché?

C'è bisogno che i cittadini recuperino fiducia nei confronti dei professionisti del sistema Sa-



lute. È un percorso complesso nel quale tutti devono fare la propria parte. I professionisti devono infatti avvicinarsi ancor di più alle esigenze dei cittadini, comprendendone i bisogni mutati, attraverso una formazione che sia sempre più specializzata e capace di agire in più *setting* assistenziali. Una risposta importante arriva dall'istituzione, annunciata a ottobre 2024 dal ministro della Salute Orazio Schillaci, di tre nuove lauree magistrali a indirizzo clinico: in Cure primarie e Sanità pubblica, in Cure pediatriche e neonatali e in Cure intensive e nell'Emergenza.

Che clima avvertite oggi attorno al vostro servizio?

Il servizio che noi offriamo è riconosciuto da tutti i cittadini e all'interno delle *équipe* mul-

tiprofessionali, ma è necessario rilanciare politiche di valorizzazione della professione, innovando i modelli assistenziali affinché i nostri cittadini possano sempre beneficiare di questa componente essenziale che, insieme a tutte le altre professioni sanitarie, ha fatto sì che il nostro Servizio sanitario nazionale sia tra i primi al mondo.

A quali idee e valori ispira la sua presidenza, appena riconfermata?

La crescita e la valorizzazione della professione sono i principi guida dell'azione della no-

stra Federazione. Credo molto nella necessità di costruire nuovi paradigmi e modelli per rispondere alle sfide demografiche e a un panorama sanitario e sociale in continuo mutamento. Sempre con competenza e uno sguardo

aperto e innovatore in grado di dare al sistema Salute un contributo appropriato e di livello.

Quali priorità vede per la professione infermieristica?

La professione infermieristica, oggi, per crescere deve muoversi lungo cinque direttrici innovative: formative; organizzative; ordinamentali; dell'esercizio professionale; retributive. Su queste la Fno-pi è impegnata ormai da tempo in prima linea e con il confronto con tutti i livelli istituzionali, e per alcune (come le lauree specialistiche) si stanno già ottenendo i primi risultati. Tra le priorità si inserisce quindi la valorizzazione delle professioni sanitarie agendo su un ripensamento delle competenze necessarie (*skill mix*) e su un cambio di ruoli in sostituzione (*task shifting*) o in affiancamento (*task evolution*) alle altre professioni sanitarie. Occorre utilizzare più efficacemente le risorse infermieristiche per soddisfare le esigenze

strategiche dell'organizzazione, ma anche aggiornare e rendere più rispondenti ai crescenti livelli di responsabilità le norme a tutela dell'esercizio delle professioni sanitarie, per allinearle alle esigenze del Servizio sanitario nazionale. Senza dimenticare di prevedere misure per lo sviluppo economico e di carriera della professione così da renderla più attrattiva, soprattutto per i giovani.

La Fno-pi progetta qualche iniziativa per il Giubileo?

La nostra Federazione è in costante contatto con l'Ufficio nazionale per la Pastorale della Salute, con cui abbiamo iniziato, già da un anno, un percorso di avvicinamento al Giubileo degli ammalati e del mondo della sanità previsto in aprile. Ci siamo interrogati, insieme alle altre professioni e a eminenti studiosi e *decision maker*, sul tema delle povertà sanitarie, a tutti i livelli, partendo dal quadro nazionale a quello globale. Si sono tenuti già due importanti convegni, a Verona e a Roma, e un altro contiamo di organizzarlo proprio a ridosso dell'appuntamento giubilare a noi dedicato. In quel fine settimana di aprile, poi, i professionisti sanitari tutti saranno protagonisti, in svariate piazze della Capitale, di iniziative solidali per sensibilizzare la popolazione sui temi della prevenzione.

Il tema giubilare della speranza, con le applicazioni indicate da Francesco per il mondo della salute (incontro, dono, condivisione), interroga la leader dei 460mila professionisti dell'assistenza sanitaria, appena riconfermata

La presidente degli infermieri italiani Barbara Mangiacavalli si confronta con il messaggio del Papa per la Giornata del Malato



Sopra, Barbara Mangiacavalli, appena confermata alla presidenza nazionale della Fno-pi



DALL'OSPEDALE LA VOCE DEL CAPPELLANO E DELLO PSICOLOGO CLINICO

Nella malattia la spiritualità accende la speranza. E aiuta le terapie

TULLIO PROSERPIO*
CARLO ALFREDO CLERICI**

In occasione dell'11 febbraio, Giornata mondiale del Malato, quest'anno sul tema «"La speranza non delude" (Rm 5,5) e ci rende forti nella tribolazione», è particolarmente significativo richiamare il legame profondo che unisce le buone relazioni alla speranza di cui i pazienti hanno bisogno. Questo tema è stato ribadito da papa Francesco, che ha voluto indicare l'anno giubilare (2025) con il motto "Pellegrini di Speranza" invitando la comunità cristiana e la società civile a un rinnovato atteggiamento di vicinanza e solidarietà verso chi è fragile.

Dalla nostra esperienza abbiamo potuto constatare come, in molti casi, ciò che consente di far fronte alla malattia non sia soltanto la prospettiva di nuove terapie ma anche la sensazione di non essere lasciati soli, di poter contare su persone disposte ad ascoltare, a sostenere e a offrire incoraggiamento. Quest'attenzione relazionale affonda le radici nel Vangelo, dove l'invito a prendersi cura gli uni degli altri non è mai separato dalla vicinanza concreta. La fragilità del malato diven-

ta così occasione preziosa per intrecciare legami di solidarietà che infondono speranza.

Quando parliamo di buona cura non possiamo limitarci a un'ottica strettamente tecnica o farmacologica, perché l'essere umano, soprattutto di fronte a malattie importanti e fasi delicate della vita come la vecchiaia, ha bisogno di un sostegno più ampio che coinvolga la sua sfera psicologica, sociale e spirituale. Per un anziano, ad esempio, la qualità delle relazioni familiari e l'attenzione sul piano sociale possono risultare tanto decisive quanto i trattamenti medici. Nei pazienti con patologie gravi il

peso di un lungo percorso di cura - spesso costoso e complesso - può essere alleviato se chi li circonda sa instaurare un clima di rispetto e condivisione. È qui che la speranza si ma-

nifesta in modo tangibile: un malato che percepisce vicinanza e fiducia trova maggior sostegno e rivela un atteggiamento più collaborativo verso i trattamenti. A rendere possibile questo approccio integrato, che unisce attenzione clinica e supporto relazionale, è il lavoro di molte figure professionali, tra cui i cappellani ospedalieri.

La società consapevole dell'importanza di un'attenzione globale verso la persona ammalata, tende a estremizzare le diverse situazioni nelle quali ci si può trovare. Si è passati da un'esaltazione entusiastica durante gli anni della pandemia al sottolineare gli aspetti problematici. Spesso i dibattiti sulla sanità si fermano a questioni di fondi e risorse, trascurando l'importanza della dimensione relazionale che sostiene la persona nelle fasi più critiche. Eppure, se guardiamo con attenzione, la buona cura rappresenta un crocevia di interessi che può far convergere amministrazioni locali, strutture pubbliche, organizzazioni private, volontariato e comunità ecclesiali in un'unica alleanza al servizio di chi soffre. Perché ciò avvenga occorre una formazione continua degli operatori, per lavorare in modo multidisciplinare sviluppando reti territoriali che riducano l'isolamento del malato e su un coinvolgimento più ampio delle famiglie, affinché nessuno si senta privo di sostegno. Sembra mancare una capacità riflessiva rispetto al futuro della sanità pubblica. Proprio perché i problemi sono complessi, è sempre più urgente e necessario dialogare per comprendere quali strade, probabilmente nuove, occorre intraprendere per l'aiuto e sostegno alle persone ammalate, al fine di evitare che le persone più penalizzate siano le più deboli e povere.

La Giornata mondiale del Malato può essere l'occasione per rinnovare l'impegno a promuovere una cura che non separi mai dimensione umana e clinica e sappia valorizzare il ruolo e il servizio dei cappellani ospedalieri realmente preparati seguendo le indicazioni internazionali. L'insegnamento evangelico ci ricorda il valore di stare accanto a chi è più fragile, offrendo una prossimità che nasce dalle relazioni e si rafforza nella speranza. Se sapremo rispondere a questa

chiamata con professionisti adeguatamente formati, organizzazioni coordinate e una comunità sensibile, potremo trasformare l'assistenza sanitaria in un luogo privilegiato di incontro e di possibilità per chi cerca, pur nella malattia, uno spiraglio di luce. Spesso la ricchezza del nostro Sistema sanitario nazionale non viene pienamente riconosciuta o valorizzata. Ma proprio attraverso la consapevolezza e l'apprezzamento maggiori di ciò che abbiamo lo si può migliorare. La collaborazione tra le diverse figure professionali, il coinvolgimento delle comunità locali e il sostegno delle famiglie sono elementi chiave per sfruttarne al meglio le potenzialità. Solo così potremo garantire una cura davvero integrata e capace di rispondere alle esigenze di ogni persona, promuovendo una speranza che nasce da solidarietà e condivisione.

Infine, è importante promuovere una cultura della solidarietà e della condivisione all'interno della società. Questo significa sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza di prendersi cura degli altri, non solo con filantropia o volontariato ma anche con

piccoli gesti quotidiani di gentilezza e attenzione. La speranza non è solo un sentimento ma un'azione concreta che si manifesta nelle relazioni umane e nella capacità di costruire

comunità più coese e solidali.

La Giornata mondiale del Malato è un invito pertanto a riflettere su come possiamo migliorare il nostro approccio alla cura, mettendo al centro la persona e le sue relazioni.

***Cappellano clinico
Fondazione Irccs Istituto
nazionale dei tumori, Milano
**Professore associato
di Psicologia clinica
Dipartimento di Oncologia
ed Emato-Oncologia
Università degli Studi di Milano**



Giornata per la vita, in campo con la gioia dell'accoglienza

MARINA CASINI

Ci siamo! È arrivata fedele e puntuale anche quest'anno, per la quarantasettesima volta. Stop parlando della Giornata per la Vita che domenica verrà celebrata in tutta Italia alla luce del bellissimo messaggio dei vescovi che sviluppa il tema «Trasmettere la vita, speranza per il mondo». È l'occasione per riflettere su quel valore così fondamentale che è la vita dell'uomo. Un'occasione però che non deve limitarsi a una giornata ma attualizzarsi tutti i giorni dell'anno, di ogni anno. E ancora una volta il Movimento per la Vita darà il suo contributo propositivo alla comunità cristiana e a quella civile. Un contributo di riflessione discreto, umile ma qualificato ricco di esperienza e competenza. Un contributo teso soprattutto a non dimenticare le ragioni della Giornata, voluta dai vescovi all'indomani dell'approvazione della legge sull'aborto per testimoniare che la Chiesa non si arrende davanti alle offese recate alla vita umana, per dire che se viene meno la difesa della legge resti almeno la coscienza. Dunque, la sua specifica funzio-

ne è far riflettere in modo specifico e prioritario sulla vita nascente, perché il bambino anche prima di nascere è sempre bambino, uno di noi, un figlio, una persona. La Giornata per la vita chiama tutti i credenti e gli uomini di buona volontà all'impegno in difesa del diritto alla vita proprio di ogni uomo e fondamento della umana convivenza. Riflettendo sulla vita è giusto e legittimo ricordare le molte situazioni in cui la vita umana è disprezzata, ma questo non deve far archiviare le minacce alla sua fase più debole, quella nascosta nel grembo di una donna o nel gelo di una provetta quando a quell'uomo invisibile è negato tutto, persino la comune appartenenza alla famiglia umana. Le offese al più povero dei poveri sono andate moltiplicandosi, ma non hanno né intimidito né scoraggiato il popolo della vita. Il messaggio dei vescovi è chiaro e dialogante. Chiaro perché non esitano a parlare di una «grande "strage degli innocenti", che non può trovare alcuna giustificazione razionale o etica»; dialogante perché la mano è tesa verso tutti, nella consapevolezza che «abbandonare uno sguardo di speranza, capace di sostenere la di-

fesa della vita e la tutela dei deboli, cedendo a logiche ispirate all'utilità immediata, alla difesa di interessi di parte o all'imposizione della legge del più forte, conduce inevitabilmente a uno scenario di morte». La «strage degli innocenti» dei più piccoli, poveri e inermi degli uomini, è mentale prima che fisica: la concezione debole della persona o addirittura la negazione dell'uomo in quanto tale. Non dobbiamo abbandonare la speranza e promuovere, come chiedono i vescovi, «un'alleanza sociale che promuova la cultura della vita». Altre volte su questa pagina ho commentato il messaggio dei vescovi. Il Movimento per la vita ha sempre messo a disposizione le sue forze e continuerà a farlo in questa e nelle prossime occasioni. Ma se la Giornata è ecclesiale sono tutte le strutture ecclesiali a doversi mobilitare e a inventarsi, con la fantasia che sa suscitare la carità, gesti capaci di colpire l'opinione pubblica suscitando simpatia nei confronti dell'impegno per il diritto a nascere e l'autentica tutela della maternità e scuotendo dalla distrazione e dall'inerzia. Tanti anni sono passati, ma la

Chiesa non si rassegna all'assuefazione. Lo disse 47 anni fa e lo ripete oggi con parole non di rancorosa chiusura ma di aperta speranza. Che prenda vigore, ogni anno di più, quella solidarietà concreta verso le madri in difficoltà, che testimoniando con i fatti l'amore per ogni uomo appena concepito, penetri nelle coscienze assopite e vi risvegli la gioia dell'accoglienza, speranza per il mondo. «Ci vuole coraggio, anche perché non sappiamo dove la radicalità del valore della vita condurrà i nostri passi, una volta che vogliamo accoglierne fino in fondo le esigenze. Un valore così grande è incompatibile con le nostre pigrizie in ogni campo. La dignità umana è così alta che è ragione sufficiente per proibire l'aggressione anche al potente che ha di fronte il debole ed è così impegnativa che chiede talora di dare la vita (la propria) per la vita (degli altri)» (Carlo Casini, 1984).

Presidente Movimento per la Vita italiano



Sopra, Marina Casini
A sinistra, un dettaglio del manifesto MpV per la Giornata per la Vita



IN USCITA UN NUOVO SAGGIO SULLA STORIA, LE PROSPETTIVE E LE SFIDE DELLA LEGGE 194

È tempo di riconoscere al concepito il “diritto di nascere”

CHIARA MANTOVANI

Uno dei danni maggiori causati a un onesto confronto tra posizioni pro e contro l'aborto è aver volontariamente confuso le parti in causa, prendendo in considerazione come soggetto esclusivo la madre ed escludendo come “cosa” irrilevante il concepito. Al punto che nel linguaggio ordinario si parla di donna, dei suoi diritti e dei suoi desideri, mai del soggetto che è il destinatario dell'atto abortivo.

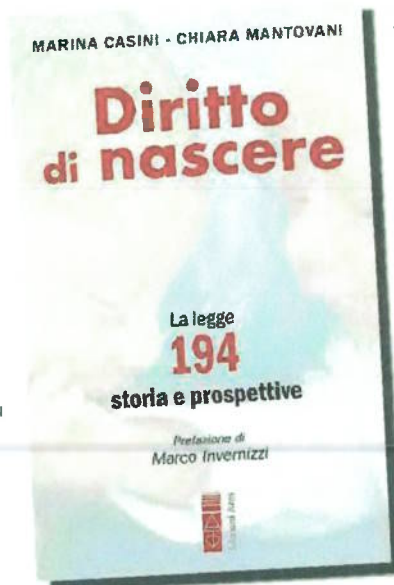
Chi è favorevole all'aborto non tollera alcun giudizio negativo sull'atto, invocando la difesa della libertà della donna; ma con questa visione riduttiva dell'intero contesto si bolla di moralismo anche il giudizio sull'atto e si difende una libertà di scelta come unico parametro, che addirittura esonera dalla valutazione stessa: se è tutto buono, nessuno può permettersi di valutare, e -

per mettere al riparo la donna - si rincara la dose: non solo non è male ma è anche un suo diritto, ella è l'unico soggetto in grado di conoscere-decidere-giudicare il proprio atto.

Questo sillogismo, molto pericoloso nella sua falsità, mi sembra la principale ragione per cui è necessario convincerci che gli atti umani possono (e devono) essere oggetto di giudizio razionale; solo da questo - e non dalle ideologie, dagli interessi elettorali, dalla tempesta emozionale o dalla propaganda culturale - discenderanno poi decisioni personali e sociali. Le prime riguarderanno il singolo e avranno un foro interno cui appellarsi: la coscienza. Le seconde avranno un luogo proprio - il potere legislativo - dove essere tradotte in regole valide per la società civile. Senza queste distinzioni, mi pare, ogni dibattito non potrà portare nessun frutto e resterà un confronto tanto necessario quanto impossibile tra posizioni inconciliabili, con danni enormi sia per la razionalità dei comportamenti sia per la legittimità delle leggi.

Anche per questo è bene parlare di aborto, per sottolineare il dato che volutamente è tacitato e, se emerge, è talvolta scandalosamente bollato di violenza: il primo e decisivo soggetto protagonista - che non fa, ma che è; non attore, bensì destinatario; non parlante, eppure esistente - è il concepito.

Se anche si volesse tralasciare, come in queste riflessioni, l'annosa e spinosa questione della definizione filosofica e teologica del termine “persona”, non si può negare la natura umana del concepito. Non la si può negare biologicamente: il suo Dna è sufficiente a classificarlo senza tentennamenti. Persino nel caso in cui fosse difettoso non c'è spazio per dubbi: è un difettoso umano, il difetto non ne cambia la natura. Non la si può negare sociologicamente: tutta la popolazione mondiale è stata un embrione, non esiste individuo umano che non sia transitato nella sua esistenza dallo stato di appena concepito. Non la si può negare in nessuna alternativa metodologica che lo abbia generato: spontanea o meccanica, artigianale o sofisticata, romantica o violenta: l'umanità non dipende neppure dalle circostanze generative. Non la si può negare nella stessa considerazione di chi se lo ritrova - atteso o inaspettato - nella sua vita: nessun dubbio che stia per nascere un umano. A quale scopo, altrimenti, abortirlo? È un umano al quale, anche confusamente, ci si accorge di dovere un impegno, una presa in carico, un'assunzione di responsabilità.



All'IA in corsia serve anche l'etica

Si rischia un divario sempre più accentuato tra chi possiede l'hi-tech e chi no. E l'Ue non protegge abbastanza i propri dati sanitari. Per Luciano Floridi è importante stabilire nuove regole contro gli oligopoli

di GABRIELE BECCARIA



Intelligenza Artificiale indossa il camice e anche in medicina nulla sarà più come prima. Ma gli algoritmi hanno bisogno non solo di efficienza e potenze. Devono ibridarsi con l'etica, ogni volta che si occupano - e si occuperanno - della nostra salute. Ecco il punto fon-

damentale emerso dall'incontro "Global Health in The Age of AI", promosso dalla Fondazione Giorgio Cini sull'Isola di San Giorgio Maggiore, a Venezia. A discuterne 40 esperti da tutto il mondo, guidati da Luciano Floridi, professore e direttore del Digital Ethics Center della Yale University, negli Usa, e professore nel Dipartimento di Studi Giuridici dell'Università di Bologna.

Professore, la teoria è condivisa, ma come si realizza, in pratica, la regolamentazione dell'IA?

«L'ambizione è definire un panorama aggiornato e globale sull'IA nella Sanità pubblica ed elaborare un "Consensus paper", che fornisca chiarezza su dove siamo e raccomandazioni su dove andare».

Quali raccomandazioni e rivolte a chi?

«Le stiamo definendo e saranno destinate soprat-

tutto a chi disegna le regole e prende decisioni: in campo politico, legislativo e aziendale. Vorremmo farle arrivare a Roma, a Bruxelles e all'industria».

Avete già stabilito dei punti?

«I doppi rischi, sia di cattivo utilizzo sia di non utilizzo, sono molto seri. E sono esacerbati da un contesto in cui la posta è la sofferenza e la nostra stessa vita. Ci sono poi gli interessi economici. Il budget del pianeta Terra per la Sanità è il più alto: per fortuna spendiamo più per la salute che per la difesa, ma questo può generare una corsa al profitto».

Sono preparati i medici all'arrivo dell'IA?

«A seconda dei Paesi e dei luoghi si trovano realtà disperate. C'è chi è in difficoltà per l'approvvigionamento dell'energia elettrica e chi dispone di istituti dedicati all'IA. Osserviamo un processo di polarizza-



zione tra realtà estreme. Succede, d'altra parte, ogni volta che c'è uno strappo tecnologico...».

Quali contromisure sono possibili?

«Ricordiamoci com'è il mondo. Mentre parliamo di IA, ci sono carestia e malaria. Il mondo è fatto di bolle: i ricchi sempre più ricchi e i poveri sempre più poveri, se non si interviene da un punto di vista sociopolitico. Il mercato premia i premiati e punisce i perdenti, ma non possiamo permetterci che si formi un'isola di privilegio in un contesto di orrori sociali, medici e anche climatici. Gli anticorpi ci sarebbero».

Di quali si tratta?

«Sono problemi che ricorrono. Li abbiamo già affrontati, per esempio, con le oligarchie delle miniere e del petrolio: negli Usa soprattutto con strumenti di competizione, in Europa attraverso l'applicazione dei diritti umani. Sono strade diverse ma complementari».

Qual è la più realistica?

«Se si guarda all'oligopolio dell'IA, negli Usa la soluzione è far competere le aziende, così che la società goda di prodotti migliori a minor costo. Nell'Ue dobbiamo adottare al meglio un approccio "anti-rischio" che protegge il consumatore, mettendo vincoli alle aziende su che cosa è lecito fare. In questa gara gli Usa sono in ritardo. Trump non intende certo mettere gli oligopoli sotto controllo».

Emergono anche le differenze culturali tra Ue, Usa e Cina, dai dati alle logiche di sorveglianza. Ogni blocco andrà per la propria strada?

«Temo sia il rischio. È un tema interessante e complicato: pensiamo alla gestione del settore sanitario,

che produce una quantità di informazione straordinaria, dalle cartelle cliniche ai rimborsi assicurativi. E ai dati medici su cui allenare le IA: ci sono già stati casi, clamorosi, di algoritmi sviluppati negli Usa solo su alcune tipologie o segmenti di popolazione: per esempio, bianchi, con un certo reddito, di una certa età... È una questione su cui fare attenzione, se vogliamo importare strumenti di IA per la Sanità senza discriminazioni. La ricchezza dell'Europa non è solo normativa, ma consiste nell'avere tanti servizi sanitari nazionali, con una grande varietà di dati, dalle malattie alle cure. Purtroppo, non ne teniamo abbastanza conto».

Che errori facciamo?

«La legislazione europea deve fare attenzione: non diamo alle aziende un accesso illimitato a tutti quei dati, regalando ciò che è costato molto per essere accumulato. Facciamo sì che ci sia un ritorno per il contribuente e il paziente».

Molti esperti mettono in guardia da una possibile nuova pandemia: come ci aiuterà l'IA?

«Arriverà e mi auguro che avremo l'IA dalla nostra parte. Purtroppo, la prevenzione resta spesso una predica senza prassi: la storia umana sembra procedere per errori e riparazioni. Speriamo che gli errori futuri siano reversibili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LUCIANO FLORIDI

Direttore del Digital Ethics Center della Yale University, negli Usa, e professore nel Dipartimento di Studi Giuridici dell'Università di Bologna

1

Le sfide

L'IA ci pone di fronte a inediti interrogativi di tipo etico

2

Le innovazioni

Nuovi scenari per la ricerca, così come per le cure

3

I vantaggi

Algoritmi sempre più sofisticati supportano i medici



GLI SCENARI



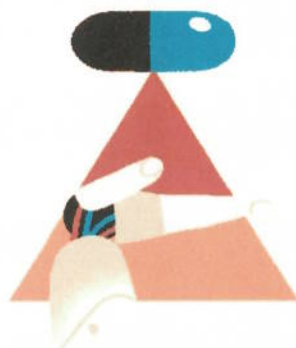
Diagnostica

In questo settore ci sono numerose evidenze scientifiche sull'affidabilità dei sistemi di IA come supporto per i medici. Sono in grado di interpretare, per esempio, immagini di radiografie, ecografie, Tc o esami di campioni istologici, riuscendo a identificare diverse patologie, come i tumori.



Predizione

L'obiettivo è individuare possibili malattie molto prima che i sintomi si manifestino. Per esempio poter predire con accuratezza e con largo anticipo (diversi anni prima) lo sviluppo di un tumore oppure, tramite l'analisi dei vari referti e della storia clinica del paziente, il rischio di patologie cardiovascolari.



Terapia

Diversi sistemi di IA possono aiutare i medici a gestire in maniera appropriata la patologia dal punto di vista farmacologico. Le indicazioni fornite dall'IA si basano su linee guida ed evidenze scientifiche, oltre che, ovviamente, sull'analisi della storia clinica del singolo paziente.



Nuove molecole

Grazie a potenti algoritmi di "machine learning" è possibile analizzare, in un tempo relativamente breve, le numerosissime molecole esistenti per poter individuare quelle più promettenti da sottoporre a sperimentazioni cliniche. E velocizzare, in questo modo, l'intero processo.



L'ALGORITMO CON IL CAMICE

Cari medici, è ora di vincere sospetti e paure

Il rapporto uomo-macchina è ancora da inventare e molti pazienti restano sospettosi. Ma diagnosi e terapie potranno diventare più precise e la ricerca di nuovi farmaci si rivelerà sempre più efficace

di PAOLO TRAVISI



Al centro delle ansie globali c'è l'Intelligenza Artificiale, anche in un settore come quello della medicina, dove il progresso è più lento, perché ogni scoperta è oggetto di molteplici revisioni scientifiche ed approvazioni, mentre gli algoritmi promettono accelerazioni imprevedibili. Negli Usa il fenomeno prende il nome di "AI fear" e, secondo un'indagine realizzata da eMarketer, coinvolge sette medici su dieci, che non intendono utilizzare questa tecnologia perché non sanno come utilizzarla. E, soprattutto, sono convinti che un giorno possa persino sostituirli. Eppure, i pazienti, nell'81% dei casi, preferiscono confrontarsi con un medico piuttosto che con un suo avatar.

In Italia la situazione è pressoché la medesima e, secondo Medscape, appena il 10% dei medici si considera informato sulle potenzialità dell'IA: la gran parte si sente inadeguato a sperimentarla nella quotidianità professionale. «Il timore dei medici è di perdere il controllo del paziente, di vederlo avvicinarsi all'IA piuttosto che alla loro conoscenza ed esperienza, ma l'importante è saper governare le innovazioni e per questo bisogna alfabetizzare i medici, perché

dall'Intelligenza Artificiale trarranno grandi benefici e diventerà un compagno di lavoro», riflette Loreto Gesualdo, ordinario di Nefrologia all'Università di Bari e presidente della Federazione delle Società medico-scientifiche italiane (Fism) che ha stretto un importante accordo con "Intelligenza Artificiale Spiegata Semplice", fondata da Giacinto Fiore e Pasquale Viscanti, la più grande community italiana sull'IA che, attraverso eventi digitali e in presenza, corsi di formazione e podcast, cerca di far conoscere e diffondere le potenzialità offerte da questo nuovo strumento tecnologico.

«Abbiamo deciso di diffondere la conoscenza dell'IA ai medici e al personale sanitario che fanno parte delle nostre 200 federazioni associate e spiegare loro anche i tanti "case history" a supporto del valore dell'IA in ambito clinico». E gli esempi non mancano. «Con l'IA abbiamo sviluppato le cosiddette tecniche di "repurposing", che nella farmaceutica hanno permesso di valutare i farmaci per altre patologie, rispetto a quelle per cui erano state sviluppate. Abbiamo capito che la stessa molecola contenuta in un determinato farmaco può trattare anche altre patologie, facendo risparmiare tempo nella

ricerca e risorse», spiega Gesualdo.

Una delle tecnologie collegate all'IA è il cosiddetto "digital twin", la rappresentazione virtuale di un'entità fisica vivente o non vivente, inclusa una persona, con cui scambiare dati e informazioni. «Un domani potremmo interpellare il gemello digitale di un paziente che sta male, per sapere se, assumendo un determinato farmaco, migliorerà o meno la sua condizione, evitando effetti collaterali da farmaco».

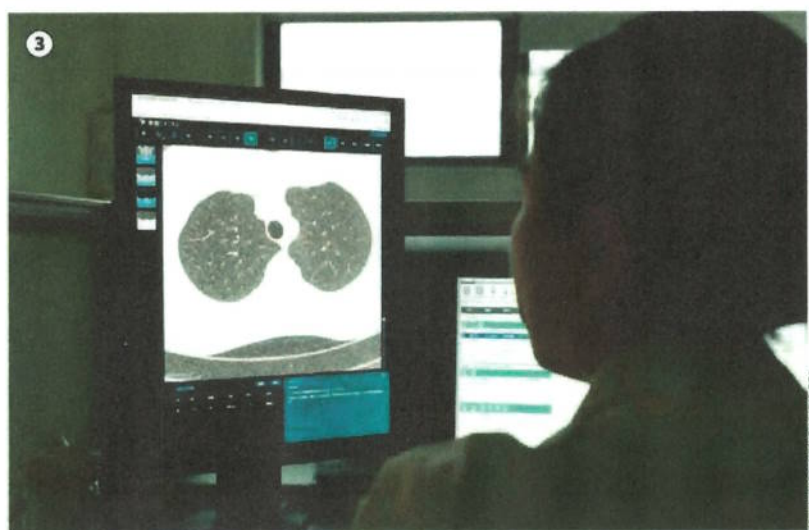
Gli algoritmi, inoltre, possono analizzare una cartella clinica e supportare i medici, chiamati a prendere decisioni e strutturare terapie. Così, il tempo risparmiato potrebbe essere impiegato per ritrovare l'empatia necessaria con il paziente. «Scrivere un piano terapeutico può richiedere 5/7 minuti, che con l'IA potrebbero essere re-



stituiti al medico per comunicare con l'assistito, un fatto che è alla base della medicina», aggiunge Gesualdo. Grazie all'accordo tra "Intelligenza Artificiale Spiegata Semplice" e Fism saranno sviluppate una serie di attività divulgative in digitale, come podcast e corsi online, rivolti sia al personale medico sia sanitario, e anche corsi in presenza presso ospedali, ambulatori, aziende farmaceutiche allo scopo di approfondire gli aspetti tecnici dell'IA e le sue potenzialità.

Per dimostrare quanto questa possa portare vantaggi anche alla ricerca, il presidente di Fism sottolinea una recente scoperta

condotta da un team di fisici e microbiologi dell'Università di Bari e dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare: ha portato alla luce nuove informazioni sulla relazione tra l'autismo e il microbiota intestinale. «A Bari abbiamo il Recas, un potente centro di calcolo, tra i più potenti supercomputer in Italia, che è stato fondamentale per analizzare enormi quantità di dati e trovare le popolazioni microbiche intestinali correlate allo sviluppo dell'autismo. Anche per questo è necessario conoscere e usare l'IA».



MANIPOLARE L'INVISIBILE

Nella nostra “fabbrica” Baker & Jumper di super-proteine

I due Nobel della Chimica 2024 raccontano i prossimi sviluppi dei loro studi: enzimi che riciclano i rifiuti e farmaci in grado di iniettare le molecole direttamente nelle cellule. Il segreto è tutto nelle strutture dei loro composti

di MARTA PATERLINI

Una sala gremita e tutte le domande per loro, i vincitori del Nobel per la Chimica, andato per metà a David Baker «per il design computazionale delle proteine» e per l'altra metà, congiuntamente a Demis Hassabis e John M. Jumper, «per la predizione della struttura delle proteine».

David Baker, 62 anni, biochimico e biologo computazionale, ha investito la propria carriera nell'esplorazione dei modi con cui dedurre la struttura di questi composti organici. Guidato dai principi della fisica, ha condensato le sue scoperte in un algoritmo noto con il nome di Rosetta. È grazie alle sue ricerche che, nel 2003, creò una molecola non esistente in natura, con funzioni interamente nuove, “de novo”.

Prima di lui, chi si era cimentato ne aveva create alcune, ma imitavano strutture già esistenti. John M. Jumper, 39 anni, ricercatore alla Google DeepMind, insieme con il collega Hassabis, ha invece usato l'Intelligenza Artificiale per predire la struttura tridimensionale delle proteine a partire da una sequenza di amminoacidi e lo ha fatto ideando un modello diventato famoso, AlphaFold2.

Professor Baker, Max Perutz impiegò una quarantina di anni per studiare la struttura cristallografica dell'emoglobina e il successo gli valse il Nobel in Chimica nel 1962. Come gli spiegherebbe l'alta risoluzione con cui lei studia le proteine?

«Gli direi che, come sa bene, le proteine sono strutture molto de-

finite; ci sono sequenze che ne determinano la struttura e, se capissimo come le sequenze possono creare strutture diverse, potremmo inventare nuove sequenze che danno origine a nuove strutture. Sappiamo anche come le strutture si relazionano con le funzioni e, quindi, se potessimo progettare nuove strutture, potremmo anche creare nuove funzioni. Io ci sono riuscito».

Richard Henderson, altro Nobel per la Chimica, per gli studi di



microscopia elettronica, ha commentato che ci sono ancora grossi problemi, perché l'IA non risolve il ripiegamento delle proteine: cosa risponde?

«Ovviamente dipende dalla domanda a cui si vuole rispondere. Credo che, se le predizioni sono abbastanza accurate da disegnare proteine che si legano a strutture già previste e il tutto funziona, le predizioni sono più che accurate. Per le grandi proteine di membrana, come sono i canali ionici, l'accuratezza potrebbe essere ancora lontana. Tuttavia, le prestazioni di AlphaFold3, in termini di predizione della struttura, sono impressionanti».

Come ha iniziato a usare i computer per la ricerca biologica?

«Il mio laboratorio di post-dottorato era un laboratorio di biologia strutturale. C'era una stanza in cui tutti risolvevano strutture cristalline, sedendosi al computer e tracciando la catena amminoacidica fino alla definizione della densità elettronica corrispondente alla struttura proteica. Ho provato a farlo per tre minuti e mi è venuto il mal di testa. Ho capito che non ero portato per il lavoro computazionale e che avrei voluto provare qualcosa di diverso».

Se chiediamo a due ricercatori di progettare la stessa struttura, otterremo sempre il medesimo risultato oppure questo è destinato a cambiare?

«Lo spazio delle possibilità è molto ampio. L'algoritmo presenta elementi casuali e il computer effettua scelte casuali. Quindi, anche se si esegue due volte lo stesso programma al computer, è probabile che non si ottengano gli stessi risultati. Ma non c'è nulla di strano. L'algoritmo è il punto di partenza, non di arrivo».

I vostri progetti

iniziano a essere applicati nella scienza traslazionale?

«Stiamo avviando diverse aziende per commercializzare questi progetti. C'è una società, chiamata Neoleukin Therapeutics, che cerca di commercializzare una proteina progettata per imitare l'interleuchina-2 e che potrebbe essere utilizzata per il trattamento del cancro. Abbiamo anche un'azienda che sta sviluppando vaccini per vari tipi di virus».

Quali altre applicazioni ci possono essere?

«Nel campo della gestione dei rifiuti queste innovazioni hanno permesso di creare enzimi per la decomposizione della plastica, eliminando l'ostacolo legato all'identificazione della sequenza amminoacidica corretta. Gli enzimi biologici possono degradare i rifiuti e riutilizzarli per sintetizzare nuove materie plastiche con un alto grado di efficienza».

John Jumper, Google DeepMind produrrà anche farmaci?

«Isomorphic Labs, una società spin-off di Google DeepMind con sede a Londra, sta utilizzando AlphaFold3 per sviluppare farmaci, sia attraverso la propria pipeline sia in collaborazione con altre

aziende. Non posso dire molto su questo. È certo che dobbiamo trovare un equilibrio tra la necessità di garantire l'accessibilità nella comunità scientifica e quella di non compromettere le prospettive commerciali di Isomorphic. Esempi reali di queste interazioni sono facilmente reperibili nella Pdb, la Protein Data Bank: è un archivio di strutture determinate sperimentalmente e costituisce la base delle capacità di AlphaFold».

Cosa può fare AlphaFold per noi?

«Posso fare un esempio molto

concreto: il vaccino contro la malaria. Matt Higgins dell'Università di Oxford voleva creare un vaccino a breve termine che addestrasse l'organismo a riconoscere un agente patogeno. Tuttavia, si è trovato di fronte al dilemma di dover identificare quale parte della proteina dell'agente patogeno utilizzare per il vaccino: aveva quindi bisogno di un'immagine accurata della sua struttura. AlphaFold gli ha fornito questa immagine, permettendogli di scegliere la parte da utilizzare nel vaccino».

Un altro esempio?

«È rappresentato dal gruppo di ricerca del Mit che sta affrontando una delle maggiori sfide nello sviluppo di farmaci: la somministrazione di medicinali a base di proteine direttamente dove sono necessari, come nel caso del trattamento del cancro. Per farlo, il team lavora a una siringa molecolare, ispirandosi ai sistemi batterici che hanno la capacità di iniettare proteine estranee nelle cellule. Comprendendo questo intricato meccanismo, l'obiettivo è rivoluzionare la somministrazione mirata di farmaci. Il team del Mit ha utilizzato AlphaFold per identificare la proteina e il suo punto di ingresso nelle cellule: lo studio potrebbe rivelarsi uno strumento efficace nella lotta contro il cancro».

La vostra ricerca è un ottimo esempio di ciò che l'Intelligenza Artificiale può fare per l'umanità, ma sono in molti a lanciare l'allarme sui rischi legati a questa tecnologia: come risponde?

«La missione di DeepMind non è solo quella di spingere le frontiere dell'innovazione tecnologica, ma di farlo in modo responsabile. Prima di agire, valutiamo sempre le implicazioni etiche delle nostre decisioni. Un esempio è il rilascio di AlphaFold. Eravamo consapevoli di avere tra le mani una scoperta fondamentale, ma sapevamo anche che le implicazioni andavano ben oltre il semplice miglioramento della ricerca.



Per questo motivo, abbiamo deciso di rivolgerci a una trentina di esperti di biosicurezza per adottare un approccio misurato e cauto e aiutarci a definire un percorso che permettesse di massimizzare i benefici e minimizzare i rischi. Da qui la scelta di rendere AlphaFold una open source».

Sei mesi fa è uscita l'ultima versione di AlphaFold, AlphaFold3. Quali sono le novità?

«Ora si possono prevedere la struttura delle proteine durante le interazioni con altre molecole, modellando le strutture delle pro-

teine in combinazione con il DNA o l'RNA, per esempio».

A quando, invece, AlphaFold4?

«Quando aggiusteremo tutti i punti deboli di AlphaFold3!».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'obiettivo è progettare nuove sequenze grazie alla capacità predittiva di AlphaFold

CHI È

David Baker (nella foto a sinistra), classe 1962, è un biochimico e biologo computazionale americano che attualmente lavora presso l'Università di Washington. È membro dell'Accademia nazionale delle scienze degli Stati Uniti e direttore dell'Institute for Protein Design dell'Università di Washington. Nel 2024 ha ricevuto il Nobel per la Chimica ed è stato incluso dalla rivista *Time* tra le 100 persone più influenti nel campo della salute.

GETTY IMAGES

CHI È

John M. Jumper (nella foto è con Demis Hassabis, alla sua destra), classe 1985, è un chimico e informatico americano. Attualmente ricopre il ruolo di direttore presso Google DeepMind. Insieme con i suoi colleghi ha creato AlphaFold, un modello di IA per predire la struttura 3D delle proteine a partire dalla sequenza di aminoacidi. Nel 2021 la rivista *Nature* lo ha incluso tra i 10 scienziati più influenti e nel 2024 con Demis Hassabis ha vinto il Nobel per la Chimica.



Rna delle meraviglie, tre filoni da seguire

Il grande genetista apre nuovi orizzonti sulla rivoluzione in atto dell'acido ribonucleico. Li seguiremo

di LUCIO LUZZATTO



edicare il supplemento *Salute* all'RNA è stata una scelta illuminata e tempestiva, come ben documentato da interviste che chiaramente hanno illustrato soprattutto le applicazioni, già in atto e potenziali, di svariati tipi di RNA, molecole di eccezionale versatilità. Ovviamente,

non si potevano trattare tutti gli aspetti di un capitolo così importante della biologia, ma tre di questi mi sono mancati.

1. Il codice genetico e i transfer RNA. È ben noto che l'informazione per produrre proteine è contenuta nel DNA sotto forma di una sequenza di basi, che viene tradotta in una sequenza di aminoacidi. A norma di quel dizionario che chiamiamo codice genetico, a ogni tripletta di basi corrisponde un aminoacido; ma, siccome si tratta di molecole chimicamente assai diverse, non si capiva il fondamento di questa corrispondenza, fino a quando non si scoprì che, nella cellula, ogni aminoacido si lega a una piccola molecola di RNA, detto transfer RNA, che contiene una tripletta omologa a quella presente nel DNA. L'insieme delle molecole di transfer RNA è perciò la chiave per la sintesi di tutte le proteine.

2. L'RNA messaggero. L'informazione contenuta nel DNA, in ogni gene, è come l'originale di un documento prezioso, tramandato da migliaia di generazioni: è contenuto nella cassaforte del nucleo cellulare e sarebbe folle esporlo a possibili manipolazioni. Molto meglio fare una fotocopia del pezzo che serve ed esportarlo all'esterno del nucleo, fino a un ribosoma, che produrrà la proteina corrispondente. Il ribosoma è un banco di lavoro aspecifico: è l'RNA messaggero che detta quando fabbricare, in una certa cellula, una certa proteina (60 anni fa sono stato coinvolto in un esperimento per dimostrarlo). Dopo l'uso, la fotocopia può essere cestinata.

3. RNA ed origine della vita. Si capisce da questi pochi cenni che, se il DNA è una molecola nobile che tramanda l'eredità, l'RNA è una molecola che è pure capace di auto-replicarsi, ma anche di svolgere vari altri mestieri, anche a costo di sporcarsi le mani: alcuni tipi di RNA, chiamati ribozimi, sono addirittura capaci di catalizzare reazioni chimiche, come fanno gli enzimi (che di solito sono, invece, proteine). Questo si spiega considerando che, mentre la struttura a doppia elica del DNA ne consacra la stabilità millenaria, l'RNA può avere segmenti lineari e altri che si richiudono su sé stessi in vari modi, tanto da prestarsi a una moltitudine di funzioni. Su questa base molti considerano attraente l'ipotesi che, a monte del DNA, qualche molecola di RNA sia implicata nell'origine stessa della vita sul nostro pianeta.



LUCIO LUZZATTO
Ematologo,
oncologo e
genetista di fama
internazionale.
Ha lavorato in
cinque Paesi:
Nigeria, Italia,
Regno Unito, Usa
e Tanzania



Il tema
La cover story
dello scorso
numero di *Salute*
(28 dicembre)
è stata dedicata
all'RNA



I tuoi batteri ti guariranno

Debutta l'era della metagenomica: si sequenziano i geni del microbiota e si indagano i rapporti tra trilioni di microrganismi e il corpo umano. Così la medicina non sarà più la stessa

di SANDRO IANNACCONE

«È stranissimo questo dominio del nostro intelletto da parte degli organi della digestione. Non possiamo lavorare, non possiamo pensare, se il nostro stomaco non vuole. È lui che ci detta le passioni e le emozioni. Dopo le uova e il prosciutto, ci dice: Lavorate! Dopo la bistecca e la birra, ci dice: Dormite! Noi siamo gl'infelici schiavi del nostro stomaco. Lasciate andare la moralità e la giustizia, amici miei: vigilate accuratamente il vostro stomaco, e alimentatelo con giudizio».

Scriveva così, nel 1889, Jerome K. Jerome nel suo fortunatissimo *Tre uomini in barca*: non poteva saperlo - all'epoca del libro non era stato scoperto il DNA - ma le sue parole erano vicine al vero. Quel che accade nell'intestino, oggi lo sappiamo, ha conseguenze profonde su molti altri distretti dell'organismo, tra cui, per l'appunto, il cervello e la motivazione. Il responsabile si chiama microbiota: è l'insieme di tutti i microrganismi (per lo più batteri, ma anche funghi, protozoi e virus) che convivono con noi e che, oltre all'intestino, loro sede principale, abitano anche sulla pelle, sui capelli, nella cavità orale, nei polmoni, nella vagina, nella cavità oculare e nel canale uditivo.

Parliamo di centinaia di migliaia di specie di microrganismi diversi, per un totale di oltre 100 trilioni di microbi, che da migliaia di anni si sono co-evoluti con

l'essere umano e che interagiscono continuamente con il sistema immunitario, metabolico e nervoso, influenzando processi chiave come la digestione, la sintesi di vitamine e la modulazione delle risposte infiammatorie. E chissà cos'altro: «Il microbioma, ossia la totalità del patrimonio genetico del microbiota - ci spiega Maria Rescigno, professoressa di patologia generale e prorettore alla ricerca di Humanitas di Milano - amplifica di oltre 100 volte il nostro genoma. Parliamo di un enorme iceberg, di cui solo adesso cominciamo a intravedere la punta: sospettiamo che le sue funzioni siano molte di più di quelle che conosciamo attualmente, anche perché la sua variabilità e la sua complessità sono enormi». In questo senso, lo studio del microbioma, che comprende settori come la metagenomica (l'insieme di tecniche genomiche per lo studio delle comunità microbiche nel loro ambiente) e la metabolomica (lo studio delle "impronte" dei processi cellulari, ossia i metaboliti) rappresentano una delle frontiere più avanzate della medicina. «Fino a poco tempo fa non era possibile studiare il microbioma come comunità ecologica e comprendere in che modo interagisse con l'organismo ospite», racconta Nicola Segata, professore di metagenomica computazionale al Cellular, Computational and Integrative Biology (Cibio) dell'Università di Trento e principal investigator all'I-

stituto Europeo di Oncologia (Ieo) di Milano, che ha tenuto, con Rescigno e altri esperti, una *lectio magistralis* all'Accademia dei Lincei. «Da quando abbiamo imparato a sequenziare il genoma e abbiamo a disposizione tecniche computazionali più potenti, le cose sono cambiate: è iniziata l'era della metagenomica, ossia del sequenziamento e dell'isolamento del microbioma». Segata - a cui è stato intitolato un complesso di batteri del microbiota, il *Segatella copri* - è stato uno dei ricercatori impegnati nello Human Microbiome Project, un programma dei National Institutes of Health statunitensi con lo scopo di identificare il microbioma e chiarire il ruolo di questa comunità rispetto alla possibilità di sviluppare (o curare) malattie.

L'obiettivo è complicato: «Se-



quenziare un singolo genoma - continua lo scienziato - vuol dire, sostanzialmente, rimettere in ordine centinaia di migliaia di tessere di un puzzle. Sequenziare il microbioma, invece, vuol dire rimettere in ordine centinaia di migliaia di puzzle, ciascuno con le sue tessere». Ma il gioco vale la candela, perché le ricadute cliniche, sia nel campo della prevenzione sia in quello del trattamento, potrebbero essere epocali. Per di più, e fortunatamente, vengono alla ribalta strumenti sempre più potenti, tra cui, ovviamente, gli algoritmi di machine learning che scavano in questa montagna di dati alla ricerca di modelli e correlazioni. Le tecniche più utilizzate sono due: il metabarcoding, con cui si applica una sorta di "codice a barre" univoco su un gene distintivo di un batterio, in modo da identificare le specie presenti in un campione, e il Whole metagenome sequencing, più dispendioso, con cui si sequenzia il contenuto genico della comunità batterica. Il corpus di studi sul tema è già imponente e cresce: la salute del microbiota è correlata alla possibilità di sviluppare disturbi intestinali, il che suona ragionevole, dato che la comunità batterica risiede nell'intestino, ma c'è molto di più. «Il microbiota ha un legame strettissimo con il sistema immunitario», dice ancora Rescigno. «Si trasmette da madre a figlio durante il parto e già a un giorno di vita il neonato ospita un microbiota complesso. Nella prima parte della vita il microbiota è la "palestra" in cui il sistema immunitario impara a conoscere

e combattere i batteri, allenandosi a farlo quando ce n'è bisogno». Effettivamente, il microbiota rappresenta il trait d'union tra gli alimenti che ingeriamo e il sistema immunitario: quando è sana ed equilibrata, la comunità di batteri produce segnali molecolari che supportano la formazione e lo sviluppo di cellule immunitarie. E questo meccanismo ha ricadute anche in campo oncologico: «Sappiamo che una parte del microbiota ha effetti infiammatori

- dice Rescigno - mentre l'altra svolge la funzione opposta, ossia quella di spegnere le infiammazioni». Uno sbilanciamento tra queste due porzioni di microbiota può avere conseguenze pesanti sulla salute, inducendo uno stato di infiammazione e quindi aumentando la probabilità di

sviluppare un tumore. E ancora: dal momento che nell'intestino sono presenti terminazioni nervose che "dialogano" con il microbiota, è stata appurata l'esistenza di un asse che connette intestino e cervello e che, nel caso di un microbioma in cattiva salute, può portare allo sviluppo di ansia, depressione, e (forse) perfino malattie degenerative come il Parkinson. Al contrario, un microbiota "buono" può agire su volontà e motivazione, innescando lo stimolo a compiere attività fisica.

Da tutto questo discende l'importanza di mantenere in salute il microbiota, cosa che, fortunatamente, è possibile. E che, ovviamente, è legata a una buona alimentazione e a un corretto stile di vita: «La ricetta più semplice - osserva Rescigno, che è co-autrice del li-

bro *Microbiota: se lo conosci ti curi meglio* (Sonzogno) - è riassunta nella regola delle tre F: più fibre vegetali, più attività fisica e più cibi fermentati. Sono fattori che sappiamo contribuire in modo determinante allo sviluppo di un microbiota sano e funzionale».

E poi c'è l'assunzione, al bisogno e sotto indicazione del medico, di prebiotici, probiotici e postbiotici, specialmente laddove si sia seguita una terapia antibiotica che ha fatto tabula rasa dei batteri. Ma c'è di più: il microbiota si può modificare con la tecnica del trapianto fecale, che ha già dato risultati interessanti in campo oncologico. Uno studio condotto da Segata ha mostrato che il microbiota gioca un ruolo importante nella risposta dei pazienti che si sottopongono a immunoterapia oncologica e che il trapianto fecale da donatori che avevano risposto bene alla terapia ha aumentato il tasso di sopravvivenza dei riceventi. E probabilmente il meglio deve ancora venire.



UN CASO ANCORA CONTROVERSO

“Io, cavia di me stessa per battere il tumore”

Colpita da una rara forma di cancro, la biologa croata Beata Halassy ha deciso di fare autosperimentazione con una terapia innovativa

di GIULIANO ALUFFI

L'autosperimentazione, in medicina, è un confine scivoloso tra il coraggio e l'azzardo: ha fatto vincere dei Premi Nobel - come nel caso di Barry Marshall, che ha provato su sé stesso la capacità dell'*Helicobacter pylori* di provocare ulcere allo stomaco - ma può anche portare al rifiuto di una ricerca da parte delle maggiori riviste scientifiche. È successo alla biologa e virologa croata Beata Halassy, che nel 2020, a 49 anni, ha deciso di sperimentare su sé stessa - dopo il ripresentarsi di un tumore - una terapia innovativa che usa i virus per aggredire le cellule cancerose. Ottenendo risultati che ad oggi, almeno nel suo caso specifico, appaiono soddisfacenti e, soprattutto, indicano la strada per ulteriori - e necessari - studi ad ampio raggio.

Dottoressa, quando ha deciso di sperimentare su sé stessa la terapia virale anticancro?

«Una premessa: non sono un medico. Lo specifico, perché mi scrivono molte persone che vorrebbero essere curate, ma io non posso farlo: sono una biologa che lavora con i virus per scopi diversi dall'oncologia. Però, mi sono trovata ad affrontare una recidiva del

tumore alla mammella in meno di due anni. Era un “triplo negativo”: il tumore con minore percentuale di sopravvivenza. E aveva infiltrato, per la prima volta, anche muscoli e pelle. Questo mi ha spinto a provare la terapia virale».

I suoi cari erano d'accordo?

«Mio marito sì, invece mia madre non sapeva nulla, perché le avevo nascosto la ricomparsa del tumore».

Quale vantaggio danno i virus contro le cellule cancerose?

«Nel nostro corpo c'è sempre una battaglia tra i virus e le cellule, che siano sane o tumorali. Quelle sane hanno diversi meccanismi per difendersi e sconfiggere i virus: possono invocare il soccorso del sistema immunitario, rilasciando delle specifiche molecole, così che le cellule immunitarie arrivino ad aggredire i virus. Oppure possono arrestare la produzione di proteine: così il virus che le invade non può sfruttare la cellula per replicarsi. O, in alternativa, sempre per impedire al virus di replicarsi attraverso di loro, possono suicidarsi. Una caratteristica importante delle cellule cancerose è che non hanno questi ultimi due meccanismi: non si bloccano né si suicidano. Così hanno meno difese delle cellule sane dall'attacco dei virus».

più di quanto facciano con le cellule sane?

«È così, per l'effetto dell'attacco diretto dei virus alle cellule tumorali. Ma c'è anche un'altra componente altrettanto importante: l'azione dei virus allerta il sistema immunitario, reclutandolo nella lotta alle cellule tumorali. Questo succede perché, una volta che i virus distruggono le cellule cancerose, ne liberano pezzetti che altrimenti rimarrebbero protetti al loro interno: sono pezzi che le cellule immunitarie possono riconoscere come tumorali e, quindi, usare come antigeni per identificare meglio e aggredire le cellule tumorali ancora intatte. È stato dimostrato - in modelli animali - che, una volta che il sistema immunitario memorizza questi antigeni, può prevenire e distruggere quel tumore anche in siti del corpo distanti da quello della “battaglia” originaria».

Sulla carta

Quindi, i virus, in teoria, distruggono le cellule tumorali

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



questo approccio è sensato. Però, come mai finora le sperimentazioni cliniche sono state deludenti?

«Oggi la ricerca clinica si concentra sugli stadi del cancro in-trattabili con le terapie già consolidate. La sperimentazione della viroterapia oncolitica ha coinvolto pazienti negli stadi terminali della malattia, con un sistema immunitario meno efficace. Ciò potrebbe, almeno in parte, spiegare la differenza tra i risultati che si vedono nei modelli animali e quelli sui pazienti».

Che esito ha avuto la sua autosperimentazione?

«Inizialmente il tumore era un nodulo molto denso e difficile da trattare. Dopo una settimana di iniezioni con virus, il nodulo è aumentato leggermente, probabilmente a causa di un'infiltrazione di cellule immunitarie. Successivamente, il tumore si è ridotto e ammorbidito, assumendo un aspetto diverso, simile a un sacco svuotato. L'intervento chirurgico ha rivelato che il tumore non si infiltrava più nei muscoli o nella pelle, ma era confinato al sottocu-

te, con risultati simili a quelli della chemioterapia adiuvante. Ora, dopo quattro anni, non ci sono state recidive, ma non si può parlare di guarigione definitiva, poiché i tumori sono imprevedibili».

Quali virus ha utilizzato per combattere il tumore?

«Ho usato il ceppo del morbillo che si usa nei vaccini infantili, approvato per uso pediatrico e, quindi, con un eccellente profilo di sicurezza. Il secondo è un virus animale, quello della stomatite vescicolare: nel bestiame induce una malattia economicamente rilevante, ma che negli esseri umani può causare al massimo lievi sintomi influenzali».

Il suo studio è stato rifiutato da diverse riviste scientifiche perché è il frutto di una autosperimentazione: è così?

«Qualsiasi esperimento sugli esseri umani dovrebbe essere approvato dai comitati etici delle istituzioni sanitarie: siccome la sperimentazione crea un conflitto di interessi tra ricercatore e paziente, il comitato etico consente di proteggere il paziente. Ma l'autosperimentazione non ha un conflitto di interessi, perché ricercatore e paziente coincide-

no. Quindi, non serve l'approvazione di un comitato etico: su ciò concordano scienziati autorevoli come George Church del Mit».

Comunque lei non desidera che la gente cerchi di emularla, giusto?

«Non è facile far crescere i virus, prepararli, gestirli: serve molta conoscenza. L'unica cosa che mi preme è che vengano fatte sperimentazioni cliniche formali e complete da ricercatori qualificati e

con virus preparati secondo standard clinici, in modo che si possa stabilire l'efficacia o l'inefficacia delle terapie virali anticancro. Perché la storia di un singolo paziente, come me, non dice molto. Mi piacerebbe se investissero più risorse in queste ricerche e che alla sperimentazione clinica partecipassero persone con tumori nelle fasi iniziali, invece che nelle ultime fasi come è successo finora».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CHI È

Beata Halassy, classe 1971, è una virologa e ricopre il ruolo di group leader presso il Center for Research and Knowledge Transfer in Biotechnology dell'Università di Zagabria. Ha lavorato per 19 anni nell'industria farmaceutica per la produzione di vaccini e terapie con anticorpi monoclonali. I suoi interessi di ricerca sono focalizzati sulla comprensione dell'immunogenicità (la capacità di indurre una risposta immune) di antigeni come i virus animali/umani e i veleni di serpente, oltre allo sviluppo di terapie innovative che possano utilizzare proprio i virus per combattere il cancro.

"Ho utilizzato due virus e dopo quattro anni non ci sono recidive. Ma non fate come me"



L'IPOTESI DI LEGGE REGIONALE

Suicidio assistito, i vescovi toscani: restiamo fedeli a un'eredità di vita

RICCARDO BIGI

«Vorremmo in primo luogo invitare i consiglieri regionali e i dirigenti dei loro partiti a non fare di questo tema una questione di "schieramento" ma di farne un'occasione per una riflessione profonda sulle basi della propria concezione del progresso e della dignità della persona umana».

Così i vescovi toscani intervengono sulla proposta di legge regionale riguardante il cosiddetto "suicidio assistito" che verrà discussa in aula l'11 febbraio. La proposta di legge d'iniziativa popolare ha già avuto il via libera dalla terza Commissione del Consiglio regionale. Il titolo è «Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale»: è proposta dall'Associazione Coscioni e fatta propria dalla maggioranza di centrosinistra. L'opposizione ha presentato una serie di emendamenti e la pregiudiziale di costituzionalità, affermando che la Regione non ha competenza su una materia che spetta al Parlamento. La stessa proposta di legge presentata dall'Associazione Coscioni in altre Regioni è stata bocciata oppure l'iter non è mai partito: la Toscana sarebbe quindi la prima Regione ad approvarla.

La Conferenza episcopale toscana si inserisce dunque in questo dibattito: nell'assemblea che ha visto i vescovi riuniti a Li-

vorno quello del fine vita è stato uno dei temi più urgenti, con la decisione di offrire alcuni spunti di riflessione attraverso una nota diffusa alla stampa. «Siamo consapevoli - scrivono - che questa proposta di legge assume per molti un valore simbolico, nel senso che si chiede alla Regione Toscana di "forzare" la lentezza della macchina politica statale chiamata a dare riferimenti legislativi al tema - importantissimo - del fine vita». Altre sono le vere urgenze: «Ci sembra - proseguono - che in un momento di crisi del sistema sanitario regionale, più che alla redazione di "leggi simbolo", i legislatori debbano dare la precedenza al progresso possibile anche nel presente quadro legislativo, in un rinnovato impegno riguardo alle cure palliative, alla valorizzazione di ogni sforzo di accompagnamento e di sostegno alla fragilità». La vita umana, sottolinea la Conferenza Episcopale Toscana, «è un valore assoluto, tutelato anche dalla Costituzione: non c'è un "diritto di morire" ma il diritto di essere curati e il Sistema sanitario esiste per migliorare le condizioni della vita e non per dare la morte». Il riferimento a cui i vescovi invitano a richiamarsi è «la lettura attenta del documento *Dignitas infinita* pubblicato recentemente dal Dicastero per la Dottrina della Fede, che esprime nel modo più attuale la visione che nasce dall'esperienza cristiana, offrendo un contributo significativo su questi temi di grande drammaticità». A questo si accompagna anche uno sguardo locale: «L'altro elemento che può aiutare a

fare una scelta legislativa è proprio la storia della nostra Regione. Nella cura delle persone in condizione di fragilità la Toscana è stata esempio per tutti: la nascita dei primi ospedali, dei primi orfanotrofi, delle associazioni dedicate alla cura dei malati e dei moribondi, come le Misericordie, e poi tutto il movimento del volontariato, sono un'eredità che continua viva». Il pensiero non può non andare al Centro di aiuto alla Vita di Firenze, il primo nato in Italia, che proprio quest'anno compie cinquant'anni di attività.

La nota dei vescovi toscani non esclude comunque la possibilità di affrontare, anche in sede legislativa, un argomento così delicato: «Anche da parte nostra - concludono - vogliamo affermare la necessità di leggi nazionali aggiornate e siamo disponibili al dialogo e all'approfondimento sul grande tema del fine vita, pronti ad ascoltare e ad apportare, per la passione per ogni persona umana che impariamo da Gesù Cristo e che viene offerta a tutti come contributo libero alla nostra società».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL PRESIDENTE MAURIZIO PIGOZZI SI IMPEGNA A SUPPORTARE PAZIENTI E CITTADINI CON UNA VISIONE CENTRATA SU CONSAPEVOLEZZA E LIBERTÀ DI SCELTA

Umanizzazione delle cure: una sfida per AIOP Lazio

Come **Presidente AIOP Lazio** ho preso l'impegno per l'intera durata del mio mandato - d'intesa con il Consiglio di Presidenza - di coinvolgere tutte le nostre strutture per far proprio e rendere prioritario il concetto **"paziente al centro"** garantendo un modello di assistenza sanitaria in cui il paziente è considerato il punto focale e principale beneficiario del sistema sanitario.

Fondamentale l'incontro tra i pazienti e coloro che li curano e li assistono.

Nell'approccio **"paziente al centro"**, l'assistenza è progettata e fornita in modo da rispondere alle esigenze, alle preferenze e ai valori del paziente stesso. Ciò implica un coinvolgimento attivo del paziente nel processo decisionale riguardo al suo trattamento, l'accesso a informazioni trasparenti e comprensibili, nonché una maggiore autonomia nell'autogestione della propria salute.

Facciamo pertanto nostro il richiamo all'**umanizzazione delle cure** inserito nel **Patto per la Salute 2014 - 2016**, nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, dove le Regioni si impegnano ad effettuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario coinvolgendo aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

Rivolgiamo anche la nostra attenzione al documento del 24 gennaio 2024 **"Dignitas Curae - Manifesto per la sanità del futuro"**, scritto dal Prof. Massimo Massetti e da Mons. Mauro Cozzoli, già approvato e sottoscritto da Papa Francesco (primo firmatario), dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, dal cardinale segretario di Stato Pietro Parolin e dal Ministro della Salute Orazio Schillaci, centrato sulla **"dignitas curae"** e sulla ri-umanizzazione della medicina.

Vogliamo promuovere un cambio di paradigma nella filiera della salute, costruito interamente sulla persona/paziente, ridan-

do centralità alla dimensione umana come rappresentato il 30 novembre 2024 dal Prof. Massimo Robiony - dell'Università degli Studi di Udine - nella **"Carta di Udine per l'Umanizzazione delle Cure e il Benessere Organizzativo"**, un documento scientifico di indirizzo che enfatizza il ruolo del SSN, pilastro sociale imprescindibile.

AIOP Lazio, nel corso della recente Tavola Rotonda dal titolo: **"La Sanità del futuro: sempre più dalla parte dei cittadini"** ha coinvolto diversi attori a confrontarsi su uno scenario che impone di ripensare il modello di cura per assicurare universalità e qualità delle prestazioni sanitarie in un contesto di modernità che cambia velocemente.

Dall'importanza sul benessere organizzativo in ambienti di lavoro - dove le competenze possano esprimersi al massimo in un clima di collaborazione e di fiducia reciproca - si è sempre più orientati al necessario rafforzamento della medicina territoriale e alla digitalizzazione dei servizi senza perdere di vista l'importanza della dimensione umana della medicina.

Negli anni si è passati da una frammentarietà dei percorsi di cura ad una presa in carico globale della persona integrando aspetti etici, umani e scientifici.

Ad una necessaria revisione sostanziale dei modelli organizzativi **Agenas** - organo tecnico-scientifico del SSN - assicura la propria collaborazione tecnico-operativa in tema di efficacia degli interventi sanitari nonché di qualità, sicurezza e umanizzazio-



ne delle cure.

Per **AIOP Lazio** i progetti di umanizzazione - volti ad indagare le problematiche relative alla presa in carico e all'assistenza del malato e della sua famiglia, con un focus dedicato alle fasce più deboli della popolazione - dovranno essere argomento centrale su cui concentrare un particolare impegno per i prossimi anni, una priorità che le strutture nostre associate hanno già iniziato a fare propria, da portare avanti a supporto dell'amministrazione regionale governata dal **Presidente Rocca**.

È un sistema complesso che richiede volontà ed abilità da parte di coloro che per

ruolo istituzionale devono garantire risultati efficaci ed equamente distribuiti per i

LA NUOVA FRONTIERA

pazienti ed i cittadini. Relazione, centralità, consapevolezza, rispetto e libertà di scelta sono le parole chiave di questa che è per noi la sfida più bella sulla quale concentrare il nostro impegno.

Maurizio Pigozzi

Presidente AIOP Lazio

AIOP LAZIO PROMUOVE IL CAMBIO DI PARADIGMA NELLA FILIERA DELLA SALUTE. UN MODELLO BASATO SU EMPATIA, RISPETTO DELLA DIGNITÀ E PARTECIPAZIONE ATTIVA DEL PAZIENTE ALLE SCELTE DI CURA



MAURIZIO PIGOZZI PRESIDENTE AIOP LAZIO



IL CONSIGLIO DI PRESIDENZA AIOP LAZIO. DA SINISTRA VERSO DESTRA: MASSIMO FORTI, VALERIA GIANNOTTA, ALESSANDRO ZANNELLA, MAURIZIO PIGOZZI, CLAUDIA DI GIOVANNI, ADA FONTANA E ALFREDO MONTECCHIESI

