

7 marzo 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

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

ARIS

SKODA

la Repubblica

SKODA

Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
MARIO ORFEO

R50



Rspettacoli
La mossa di Mainetti
kung fu all'amatriciana
di **ARIANNA FINOS**
a pagina 65

Rsport
Kolo Muani: "Il calcio
per me è istinto puro"
di **EMANUELE GAMBA**
a pagina 70



Venerdì
7 marzo 2025
Anno 50 - N° 56

In Italia **€ 2,90**
con il venerdì

Per l'Europa la forza della pace

di **GUSTAVO ZAGREBELSKY**

In questo tempo confrontiamo la nostra impotenza con l'enormità del problema che incombe. Il problema non è l'Europa sì o no, ma è la pace; o, meglio, è l'Europa come via della pace. Ma quale pace?

La forza non conosce legge e chi ne dispone maggiormente vuole ridisegnare il mondo facendosi beffe dei diritti dei popoli. Se siamo disposti ad accettare che "così vanno le cose" e che "non c'è alternativa" alle potenze della terra, ai loro disegni, alle loro follie, stiamo a guardare. Se no, dimostriamo che il cuore batte ancora e l'intelligenza lavora ancora, usciamo all'aperto, siamo insieme e contiamoci: siamo vivi. Il 15 di questo mese è l'occasione. Probabilmente Michele Serra non prevedeva affatto che uno sfogo come quelli che - come lui stesso ha scritto - si fanno al bar quando ci si abbandona alle frustrazioni diventasse un detonatore di energie latenti, al di là d'ogni previsione e anche al di là dei motivi specifici. Ora, il problema è come trasformare la frustrazione in partecipazione; dove orientare la passione; come diventare proposta e come la proposta può diventare pressione politica.

continua a pagina 19

Riarmo, sì di Meloni

Intesa sulla difesa comune e documento in 5 punti su Kiev al vertice Ue La premier: non useremo i fondi di coesione

Giorgia Meloni dà il suo via libera all'operazione "ReArm Europe". La premier precisa che non saranno comunque usati i fondi di coesione. Al vertice Ue raggiunta un'intesa sulla difesa comune e approvato un documento in cinque punti sull'Ucraina.

di **BRERA, CIRIACO, COLOMBO, DE CICCO, FRASCHILLA, MASTROLILLI e VITALE** da pagina 2 a pagina 8

Putin contro Macron: farà la fine di Napoleone

di **ROSALBA CASTELLETI**

a pagina 3



L'astrofisica Patrizia Caraveo è una delle donne fotografate per la mostra "Professional Dreamers"

LE STORIE

di **BRUNELLA GIOVARA**

La salvezza delle donne è fare il lavoro dei sogni

a pagina 37

Con Monopoly ancora ci illudiamo di essere ricchi

LE IDEE

di **STEFANO MASSINI**

Un miliardo, forse di più. No, non è la cifra di qualche mega investimento immobiliare, bensì la quantità di persone nel mondo che almeno una volta avrebbero giocato a Monopoly, da quel giorno di 90 anni fa in cui vide la luce. Una ricorrenza che non passa inosservata, ora che il re degli immobilizzatori è tornato alla Casa Bianca.

a pagina 61



Turisti e mire russe assedio ai ghiacci delle isole Svalbard

di **GABRIELE ROMAGNOLI**

alle pagine 42 e 43

Caravaggio bello e maledetto perciò lo amo

IL RACCONTO

di **MELANIA MAZZUCCO**

Era egli di color fosco, ed aveva foschi gli occhi, nere le ciglia ed i capelli, e tale riuscì ancora naturalmente nel suo dipingere. Il tenebroso ritratto di Bellori è un capolavoro di cromo-psicologia. Il colore nero è sempre, nell'immaginario dell'Occidente, associato al male, all'assenza di grazia.

alle pagine 58 e 59

SKODA 130 YEARS
BE MORE ELROQ
100% ELECTRIC

Garanzia Elroq. Consumo di energia elettrica (Wh/km) ciclo WLTP combinato (Min-Max) 152 - 172. Aumento ciclo di prova combinato (WLTP) 3,49 km - 580 km

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 29 C - Tel. 06 688291

FONDATA NEL 1876

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

TIGOTA logo



L'inchiesta di Perugia
Un suicidio, molti misteri
La doppia vita di Andrea
di Andrea Galli
a pagina 21



L'indagine, gli scenari
Sala e il Salva Milano
«Ci sono mele marce»
di Evangelista, Ferrarella
e Valtolina alle pagine 12 e 13

Scopri il volantino Tigota
QR code

Von der Leyen: siamo in pericolo, giusto difenderci. Sostegno a Kiev, il veto di Orbán. Zelensky: vertice tra noi e gli Usa a Riad

Europa, via libera al piano di riarmo

Meloni: ma non si usino i fondi di coesione. Putin contro Macron: si ricordi la fine di Napoleone

OTTO MARZO
Mai arretrare
sui diritti
conquistati
dalle donne

LE DUE IDEE
DI LIBERTÀ

di Antonio Polito

Ma quel J.D. Vance che dal podio della presidenza applaudeva eccitato l'espulsione dall'aula del Congresso del deputato Al Green, reo di aver contestato platealmente Trump, è lo stesso che a Monaco ha rimproverato a noi europei di non tollerare la libertà di parola? E il presidente Trump, è liberario perché dà la grazia ai teppisti che in suo nome assalirono quello stesso Congresso quattro anni fa, o è autoritario perché licenzia i funzionari dell'Fbi che lo indagarono?
La causa di divorzio in corso tra le grandi democrazie occidentali, di qua e di là dell'Atlantico, sembra vertere essenzialmente sul concetto di libertà: che cosa è, e quando va difesa?
Il dilemma non è mai stato così chiaro come nel conflitto che si è aperto al Washington Post.
L'editore, Jeff Bezos, uno dei grandi oligarchi del big tech, ha ordinato per mail allo staff giornalistico di non pubblicare più editoriali e opinioni che si oppongono alle «libertà individuali e al libero mercato»; ma il direttore della pagina dei commenti si è dimesso perché questa gli è sembrata un'intollerabile limitazione della sua libertà di giudizio e professionale.
continua a pagina 34

di Francesca Basso

Sostegno al piano di riarmo europeo voluto da von der Leyen. Meloni: «Ma non con i fondi di coesione».
da pagina 2 a pagina 8

IL PRIMO STRAPPO

Trump gela Musk
«Non decide lui chi va licenziato»

di Massimo Gaggi

Trump contro Musk: «L'isi il bisturi e non lascia, non può licenziare».
a pagina 10

GIANNELLI



PARLA ELLY SCHLEIN (PD)

«Ecco perché mi oppongo
Sì a investimenti comuni»

di Maria Teresa Meli



La segretaria del Pd Elly Schlein: «Per la difesa europea servono investimenti comuni» e questo piano Ue «non mi convince». Bisogna tornare a quanto è stato fatto per il Covid quando «si sono superati veti storici per un piano di investimenti, il Next generation Eu. Oggi la sfida è analoga ma non c'è quel coraggio».
a pagina 9

di Dacia Maraini

Eccoci all'8 marzo, giorno per alcuni caro, per altri considerato solo una formalità. C'è chi lo vede come un giorno alleggerito da grandi pranzi collettivi e dalle mimose che una mano operaie morte bruciate vive dentro una fabbrica il cui direttore aveva chiuso le porte a chiave per proibire ogni uscita.
continua a pagina 27

L'intervista Lady Gaga, la musica, gli affetti, questo mondo è confuso



Stefani Joanne Angelina Germanotta, vero nome di Lady Gaga, nata a New York il 28 marzo 1986 (Axelle Bauer-Griffin/Getty)

«Sono italiana, un orgoglio
E celebriamo le mie fragilità»

di Andrea Laffranchi

Lady Gaga scalda la voce per il lancio del suo ultimo album Mayhem, l'atteso settimo lavoro della cantante più apprezzata su Spotify, con 123 milioni di ascoltatori mensili. «In questo disco c'è qualcosa di italiano perché, lo ripeto così tutti lo sanno, sono italiana e ne sono orgogliosa. Io amo la mia famiglia», spiega l'artista.
a pagina 55

Il messaggio L'audio in San Pietro

La voce del Papa:
«Grazie, pregate
io vi accompagno»

di Gian Guido Vecchi

«Grazie per le vostre preghiere». Le prime parole di papa Francesco dal ricovero al Gemelli, diffuse ieri alle 21 in piazza San Pietro: un audio in spagnolo con voce fragile e affaticata.
a pagina 19 De Bac

Costo del denaro Il taglio della Bce

Tassi giù dello 0,25
Gli effetti su titoli,
mutui e prestiti

di Giuliana Ferraino

La Bce riduce il costo del denaro nell'area euro dello 0,25% e cala il tasso sui depositi al 2,50%. Benefici sui mutui variabili, cresce il rendimento dei Btp a 10 anni e interessi più bassi spingono le Borse.
a pagina 37

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini

La fine della satira

Ci avevano annunciato che stava per finire la Storia, invece è finita prima la satira. La paziente era debilitata da tempo, vittima di crescenti attacchi di incomprensione, ma il momento del decesso risale a ieri mattina, orario di Los Angeles, quando il regista Solo Avital, non esattamente un simpatizzante di Trump, ha annunciato di essere l'autore del famoso video su Gaza trasformata in resort che molti avevano attribuito allo staff del Presidente. Quel regista considera Trump un pericoloso megalomane e intendeva farne la parodia. Senonché il suo video è stato condiviso dal bersaglio della satira, e non per magnanimità, ma perché Trump si è riconosciuto con orgoglio in quelle immagini grottesche: la colossale statua d'oro di sé medesimo, il

cocktail a bordo piscina con Netanyahu.
La verità è che ci siamo cascati un po' tutti, pur sospettando lo scherzo. Ma è proprio questo il problema: che tra scherzo e incubo non esiste più un confine certo. La satira è un mezzo tono, un sguardo laterale, a volte surreale, ma si espone a continui ribaltamenti di senso da quando è scomparso il senso del ridicolo, i Capri di Stato brandiscono la motosega e, appena scrivi una battuta senza aggiungere l'emozione della faccia sorridente, rischi di venir preso sul serio. Se per esempio dicessi che, in confronto a Trump, Salvini è Leonardo da Vinci, qualcuno (forse lo stesso Salvini) sarebbe caparissimo di ritagliare la seconda parte della frase e postarla sui social con un pollice.

ENERGIA FISICA E MENTALE. SUSTENIUM PLUS50+
FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+
DAI ENERGIA ALLA TUA ENERGIA.
Novità
MILANO

LA SALUTE

Se Kennedy pensa di curare il morbillo con la vitamina A

EUGENIA TOGNOTTI - PAGINA 23

IL CINEMA

Generazione Profondo Rosso quei 50 anni vissuti con la paura

STEFANO DELLA CASA - PAGINA 26

LA CULTURA

Ecce Homo e il Maffeo mai visto Roma celebra il genio Caravaggio

MAURIZIO CECCHIETTI - PAGINE 24 E 25



LA STAMPA

VENERDI 7 MARZO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N. 65 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCR. TO II www.lastampa.it

GNN

IL GENERALE PORTOLANO AL SUMMIT MILITARE DELLA COALIZIONE DEI VOLONTARI. L'ITALIA: NO ALL'USO DEI FONDI DI COESIONE

Ucraina, Meloni apre a Macron

Accordo Ue per il riarmo ma su Kiev Orban si sfilia, Putin: non rinunceremo mai a ciò che è nostro

L'ANALISI

La triplice solitudine che agita la premier

FLAVIA PERINA

Meloni è arrivata a Bruxelles titolare di responsabilità immense, di scelte che condizioneranno il futuro suo, del suo governo, degli italiani: scelte che saranno giudicate dalla Storia, ben altra cosa rispetto alle vicende di ogni suo predecessore. - PAGINA 22

AGLIASTRO, BARBERA, GORIA, SIMONI, IACOBONI, LOMBARDO, PEROSINO

Al vertice Ue la proposta di aumentare la spesa per la difesa dei Ventisette di 800 miliardi è stata approvata all'unanimità. E Meloni parteciperà alla "coalizione dei volenterosi" per l'Ucraina lanciata da Macron. - CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 2-9

Ma Trump promette una pace impossibile

Anna Zafesova

IL CASO

Satelliti Starlink in Italia Pd-5S: succubi di Musk

FEDERICO CAPURSO

La Camera dà il via libera al ddl Spazio con cui il governo punta a regolare, per la prima volta in Europa, la cosiddetta "space economy", aprendo il mercato italiano anche a soggetti privati non europei. - BRIVETTI - PAGINA 9

LA RIFORMA

De Cataldo: attaccano giudici e Costituzione

FRANCESCA SCHIANGHI

Fosse stato ancora in attività, la settimana scorsa Giancarlo De Cataldo avrebbe scioperato insieme ai colleghi magistrati. «Ho aderito idealmente», dice l'autore del libro cult *Romanzo criminale*, in magistratura per quarant'anni. - PAGINA 13

LA MALATTIA DEL PONTEFICE

Messaggio del Papa "Grazie di cuore"

La lettera di Petri all'amico Francesco

CARLO PETRINI



Caro Papa Francesco, grazie all'ospitalità di questo giornale, vengo direttamente a Lei per condividere tutti insieme dei sentimenti che, in questo momento, coinvolgono molte persone. - AGASSO - PAGINE 14 E 17

LE IDEE

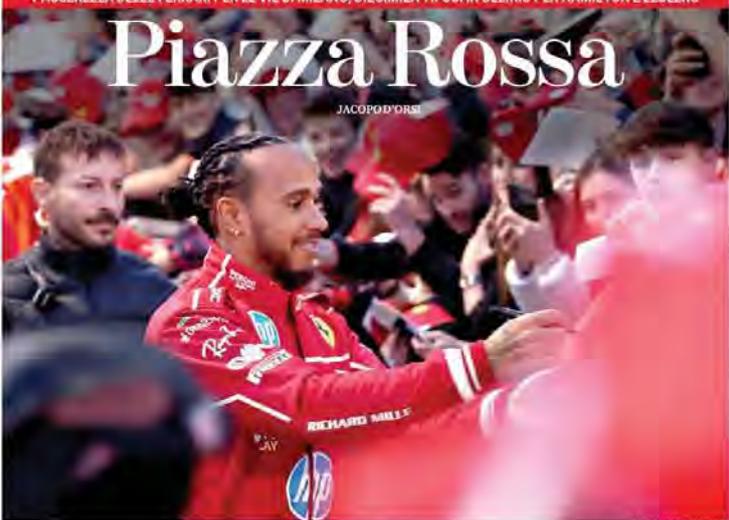
La settimana che lascia un'Europa sconvolta

GABRIELE SEGRE

Il Consiglio europeo straordinario di ieri ha chiuso una settimana che passerà forse alla storia come quella della "rivoluzione diplomatica". Sette giorni iniziati simbolicamente lo scorso venerdì, con lo scontro in diretta tra Zelenski e Trump nello Studio Ovale, e proseguiti con una frenetica serie di accadimenti: dalle prese di posizione dei partner europei e Nato durante il summit sulla difesa di Londra, alla decisione di Washington di sospendere gli aiuti militari a Kiev, fino all'incontro di Bruxelles. Ognuno di essi mostra come lo stravolgimento del mondo a cui eravamo abituati sta accelerando rapidamente, insieme alla nostra inquietudine. Messa da parte l'emotività, la domanda da porsi è in che modo questa settimana cruciale abbia segnato non solo il destino dell'Ucraina, ma quello dell'intera Europa. - PAGINA 22



PASSERELLA DELLE FERRARI PER LE VIE DI MILANO, DIECIMILA TIFOSI IN DELIRIO PER HAMILTON E LECLERC



Piazza Rossa

JACOPO D'ORSI

DOMANI IL VIA A TORINO

Belmondo e le Special Olympics "Siete voi il meglio dello sport"



STEFANIA BELMONDO

Due giorni fa sono stata a Cuneo in occasione del passaggio della torcia olimpica degli Special Olympics Winter Games di Torino. - FERRA - PAGINA 18

LA SCUOLA

Spot sui web-registri Valditar dice basta

ELISA FORTE

«È inaccettabile che sul registro elettronico compaia della pubblicità. Questo lo dico al di là del caso specifico. È improprio che uno strumento scolastico vi siano giochi elettronici e pubblicità». Il ministro dell'Istruzione Giuseppe Valditar interviene all'indomani dell'inchiesta de *La Stampa* sull'estensione "My-Tools" del registro elettronico ClasseViva, che contiene pubblicità e giochi elettronici. Giovanna Garrone, project manager di Torino, navigando sull'app del nuovo registro elettronico della figlia, ora passata al liceo, si imbatte nella sezione My Tools: qui se acconsenti ad entrare ti imbatti in un mondo che non t'aspetti. - PAGINA 12



Bruckner: rischiamo come nel 1940

Daniilo Ceccarelli

BUONGIORNO

Tre studenti delle facoltà di matematica e di fisica dell'università del Salento annunciano al mondo di avere vinto 43 mila euro al Lotto grazie all'impiego dell'intelligenza artificiale. Ma siccome sono ragazzi previdenti, e non vogliono essere espulsi con ignominia dai corsi di laurea, hanno subito specificato che si, naturalmente sanno benissimo che nessun calcolo matematico può prevedere il numero estratto e intercettare la fortuna. Eravamo però curiosi di capire, hanno detto, se alcune tendenze potessero tornarci utili. La faccenda si sta facendo complicata: hanno vinto con l'intelligenza artificiale, però in effetti l'intelligenza artificiale non può farli vincere, però un po' l'intelligenza artificiale li ha aiutati. Ci avete capito qualcosa? Io no. Soltanto che, aiutati dall'intelligenza case-

Il teorema di Wanna

MATTIA FELTRI

reccia del tabaccaio, anziché puntare sui numeri che mancavano da più tempo, hanno puntato sui numeri più ricorrenti. E cioè: se ho in un vaso una pallina nera e una bianca, ho il 50 per cento di possibilità di pescare una e il 50 l'altra. Se per dieci volte di fila pescò la nera, all'undicesima possibilità sono sempre 50 e 50, nonostante i tabaccaia esibiscano i numeri mancanti per attirare i gonzi. E che cosa ha fatto l'intelligenza artificiale dei nostri tre? Ha detto che se pescò per dieci volte di fila la pallina nera, all'undicesima è più probabile che torni la nera. Beninteso, fermo restando che non è assolutamente un calcolo matematico. E se non è un calcolo matematico, che cosa è? Probabilmente l'assunto sui cui poggia la vita sociale, civile e politica del nostro Paese: il teorema di Wanna Marchi.

ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA
IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLO OGGETTO



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

Il Messaggero

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

€ 1,40 ANNO 147 - N° 85
Sped. in A.P. 03/03/2025 con L.46/2024 art.1 c.1 CC-BY

NAZIONALE



Venerdì 7 Marzo 2025 • S. Felicità

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Da oggi la mostra a Roma
La restauratrice:
così ho ridato vita
all'ultimo Caravaggio

Larcan a pag. 14



Tra Tarantino e Bruce Lee
Chinatown a Roma
per l'ultimo film
(pulp) di Mainetti

Satta a pag. 25



Dieci letture dal Vangelo
Biennale di Venezia
svelata l'intensità
del mistico Eckhart

Ajello a pag. 25



Difesa Ue, spese senza vincoli

► Via libera dei Ventisette al piano von der Leyen per aumentare gli stanziamenti per la sicurezza. Svoltata di Berlino sul Patto di stabilità, il Consiglio apre alla revisione. Sostegno a Kiev senza Orban

ROMA Via libera dei Ventisette al piano von der Leyen "ReArm Europe". E il Consiglio apre alla revisione del Patto di stabilità

Bassi, Bulleri e Bosana alle pag. 2 e 3

L'editoriale

IL RITORNO PERICOLOSO DELLE SFERE DI INFLUENZA

Paolo Pombeni

La questione che ha affrontato il Consiglio Europeo è di quelle spinose, anzi, se ci si passa la metafora, è una palla di spine tutt'altro che semplice da tenere in mano. Non è facile spiegare la molteplicità di aspetti con cui ci si deve misurare in questo momento, ma si deve farlo, se si vuole capire.

Il primo tema è lo spaesamento delle opinioni pubbliche europee di fronte ad una situazione che non si pensava potesse presentarsi. Dopo la grande paura per la guerra atomica che aveva pervaso gli anni Cinquanta del secolo scorso, ci si era progressivamente convinti che la guerra fra potenze civili e "grandi" fosse confinata negli armamentari di un passato da dimenticare. Parliamo di quel certo tipo di pacifismo travestito anche da anti imperialismo che le nostre generazioni meno giovani hanno celebrato e che hanno passato a settori non piccoli della società europea.

Di questo ha preso atto la Commissione e la sua presidente quando ha deciso di invocare la normativa comunitaria che in momenti eccezionali le consente di portare decisioni molto impegnative direttamente al Consiglio Europeo salutando il parlamento.

Continua a pag. 18

Il retroscena

Il rilancio di Meloni: investimenti privati con garanzie europee

dalla nostra inviata
Eleana Sciarra

BRUXELLES Meloni e l'asse con Berlino. «Prestiti garantiti dalla Ue». Il nuovo no ai soldati europei a Kiev.

A pag. 3

Lo Zar sfida Macron: ricordi la fine di Napoleone

Nuovo vertice Usa-Ucraina a Riad
Putin: non rinuncio a ciò che è nostro

ROMA Usa e Kiev ci riprovano, un nuovo round a Riad su tregua e terre rare. Riaperto il canale con Washington, statunitensi e ucraini hanno ripreso a lavorare. L'invio di Trump Witkoff: «Soddisfatto delle scu-



se». Anche Zelensky sarà in Arabia. Putin non molla sui territori. «Terremo ciò che è nostro». Battuca Macron.

Guaita, Pierantozzi e Ventura alle pag. 4 e 5

La Trump-nomics

Dazi sì, anzi no
E Wall Street va giù
«Troppa confusione»

da New York sospesi i dazi a Messico e Canada. Il presidente degli Usa ha deciso di rinviare al 2 aprile l'entrata in vigore dei dazi per entrambi i Paesi. Wall Street giù: troppa confusione. Paura a pag. 7

La decisione

La Bce taglia i tassi: -0,25%
Calano le rate dei mutui



Angelo Ciardullo

La Bce taglia ancora i tassi. Ma Lagarde: «I dazi creano incertezza». A pag. 15
Bisozzia pag. 15 e il commento di De Mattia a pag. 18

I giallorossi battono l'Athletic, i biancocelesti passano a Plzen



Roma e Lazio all'ultimo respiro
doppia vittoria in Euroleague

Roma. Shomurov dopo il gol vittorioso (ANSA). A fianco Romagnoli suo 11-0 per la Lazio (GETTY). Nello Sport

Il Papa sofferente in un audio: «Grazie per le preghiere»

► La registrazione in spagnolo diffusa in serata in piazza San Pietro. Il Vaticano blocca le fake

CITTÀ DEL VATICANO «Ringrazio di cuore per le vostre preghiere per la mia salute dalla Piazza, vi accompagno da qui. Che Dio vi benedica e che la Vergine vi custodisca. Grazie». Con questo breve messaggio audio, in spagnolo e con voce molto affaticata, Papa Francesco ha voluto ringraziare i fedeli e gli ufficiali di Curia che dal 24 febbraio, ogni sera alle 21, si ritengono in piazza San Pietro per pregare per la sua salute.

Gagliarducci e Troili alle pag. 10 e 11

Antisemitismo Sfregio al nuovo Museo della Shoah Sdegno bipartisan

Stefania Piras

Vernice rossa, escrementi spalmati sui serramenti, la scritta "Gaza libera". Sfregio al nuovo Museo della Shoah. A pag. 9

Il giallo Resinovich



La morte di Liliana
«Sui sacchi il Dna
dell'assassino»

Claudia Guasco

Liliana Resinovich, nuove speranze di individuare l'assassino: «Sui sacchi nelle buste». I periti: «Il corpo non è stato spostato».

A pag. 13



Il Segno di LUCA

IL SAGITTARIO
TROVA SOLUZIONI

Goditi ancora per quasi tutta la giornata la collaborazione della Luna, che dal tuo segno complementare ti aiuta a trovare la strada giusta per ottenere quello che desideri in amore. Lascia da parte per un momento le tue paure, che ti rendono più rigido e ti inducono a un atteggiamento autoprotettivo ora superfluo. La tua carta vincente resta sempre l'entusiasmo con cui affronti le situazioni e nelle relazioni diventa travolgente.

MANTRA DEL GIORNO
Inclinando disinnescò le trappole.

IL RINGRAZIAMENTO
L'oroscopo a pag. 18

* Tandem con altri quotidiani (non allegati al repertorio) con il servizio di Minerva Lucio, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20, la domenica con Fotomontato € 1,40; di Anversa, Il Messaggero - Corriere dello Sport Studio € 1,40; di Milano, Il Messaggero - Primo Piano; Milano € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport Studio € 1,50; "L'Amore a Roma" € 0,90 (solo Roma)

Venerdì 7 marzo 2025 ANNO LVIII n° 56 1,50 € Santa Perpetua e Felicità marzo

Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale Il Papa e la scelta di non mostrarsi RESISTERE SENZA VEDERE

MATEO LUIZ È vero: noi esseri umani abbiamo bisogno di dare sostanza ai nostri sentimenti e alle nostre relazioni attraverso i sensi. Abbiamo bisogno di vedere, di sentire e di toccare. Abbiamo bisogno della conferma concreta che chi sta davanti si mette in gioco esattamente come lo facciamo noi. E così sentiamo l'urgenza di sapere che le persone a cui teniamo stanno bene e sono presenti per condividere la nostra avventura esistenziale. Forse per via di queste dinamiche - siamo fatti così - per noi è faticoso accettare di non poter vedere papa Francesco ormai da tre settimane. Da quel venerdì 14 febbraio, quando dopo le udienze della mattina è stato portato al Gemelli, non abbiamo più visto una sua fotografia, una sua immagine. È nella natura umana cercare di colmare questo vuoto, questo senso di assenza e, forse, anche di smarrimento. Un'esperienza davanti alla quale è normale che scattino quei meccanismi psicologici ed esistenziali, che mettiamo in atto quando abbiamo bisogno di risposte. È il mondo in cui siamo immersi non ci aiuta certo a vivere con serenità la distanza: quante volte sentiamo che, quando comuniciamo in chat, non ci bastano più nemmeno le "spunte blu" che ci dicono che i nostri messaggi sono stati letti. Attendiamo con ansia la risposta e nel frattempo ci arroveliamo nelle ipotesi, ci incartiamo nei nostri pensieri, inventiamo possibili spiegazioni, anche le più assurde. In un tempo in cui tutto passa davanti a una telecamera, davanti a milioni di occhi elettronici spiano vive e accendimenti, dove tutto è trasmesso in diretta a distanza, facciamo fatica a rinunciare all'immagine, che ci confermi nelle nostre insicurezze o che risponda alla nostra curiosità.

continua a pagina 14

Editoriale I record e alcune ragioni nascoste CITTADINANZE PER (RI)PARTIRE

MAURIZIO AMBROSI Ogni anno migliaia di persone ingradiscono il confine invisibile che le separa dalla piena appartenenza al Paese in cui hanno scelto di vivere, acquisendone la cittadinanza. Un confine insidioso e pervasivo, non meno di quelli fisici, che limita i loro diritti, li rende espellibili, impedisce di accedere alle posizioni dirigenziali nelle pubbliche amministrazioni, li penalizza nell'ambito dello sport agonistico, e soprattutto li priva di voce nelle scelte politiche. In Italia nel 2023 i nuovi cittadini hanno raggiunto la cifra di 213.600, ed è il secondo dato più alto nell'ambito dell'UE, in cui le "naturalizzazioni" (così curiosamente si chiamano, come se la cittadinanza fosse un dato di natura) hanno superato il milione, come ha ricordato recentemente Paolo Lambruschì su questo giornale. Queste cifre dovrebbero far riflettere: la popolazione italiana è sempre più composita, multietnica, multireligiosa, e si combina in molti modi diversi mediante matrimoni e nuove nascite. Non esiste più, se mai è esistita, una netta distinzione tra italiani a pieno titolo e stranieri residenti. Quello della purezza etnica è un sogno passatista smentito ogni giorno dai processi effettivi di mescolanza e naturalizzazione. Le stesse statistiche andrebbero riformate, poiché la distinzione che propongono è vecchia, basata appunto sullo status giuridico: italiani da una parte, stranieri dall'altra. I nuovi italiani scompaiono. L'incremento delle naturalizzazioni avviene sotto regole ferme al 1992 e mai riformate.

continua a pagina 14

IL FATTO Il Consiglio europeo accoglie Zelensky, cerca la via per la tregua e Orban si sfilia. La Bce taglia i tassi

Una pace in difesa

Dai leader via libera al piano Von der Leyen per rafforzare la cooperazione militare Meloni: no alle truppe Ue in Ucraina. Ma è al vaglio una presenza al tavolo di Parigi

BALDASSARRE «Nuova Camaldoli, c'è un'occasione»

«Così sembra solo un pasticcio». Il professor Antonio Baldassarre, presidente emerito della Consulta, è critico sull'accordo per la difesa comune in arrivo a livello europeo. Ma dall'ingresso di Kiev in Ue vede una chance per la Camaldoli europea.

Picariello a pagina 9



SU GUTENBERG Sull'isola al centro di tutti i tavoli

Groenlandia caput mundi

La politica, le risorse naturali, le grandi rotte. La più grande isola del mondo, la Groenlandia, quasi interamente ricoperta dai ghiacci e abitata solo da poche migliaia di persone, negli ultimi mesi - complice Donald Trump, ma non solo - è balzata quasi all'improvviso al centro delle attenzioni geopolitiche globali. Ma non è solo questione della posizione strategica e delle miniere di cui dispone. Copenaghen, il settimanale di Avvenire, da paesi, alla cultura, in viaggio nel suo passato e nel suo presente, dalla fede al mondo dello sport.

Nell'allegato

RAPPORTO DI LIBERA

Uso dei beni confiscati: serve meno burocrazia

Birolini a pagina 10

LA FINE DELLE LETTERE

I tedeschi tagliano i postini in Danimarca li azerano

Solmi a pagina 13

LA SVOLTA IN NORVEGIA

Solo auto elettriche, ma grazie ai soldi del petrolio

Capprotti a pagina 15

Possedere la terra

Nella vita non bisogna farsi sopraffare. Se lasciamo che ci pestino i piedi, non otteniamo nulla, anzi perdiamo tutto: questa rude saggezza la impariamo fin dal cortile della ricreazione. Gesù non si accontenta di contraddire questo buon senso elogiando la mitezza; egli afferma che questa è più efficace del suo contrario. «Beati i miti, perché avranno in eredità la terra» (Mt 5,5). La promessa legata a questa beatitudine riguarda il possesso della terra: e non è proprio per questo che i violenti si scatenano? Le guerre nascono dal desiderio di autorità su un territorio. E sarebbero poi i miti,

Quando viene la felicità Adrien Candelier

alla fine, ad avere la meglio sui carri armati? In battaglia i miti non hanno altro da offrire, ma non è questo il punto. Gesù evidenzia l'impasse in cui s'infilano i violenti: si può cercare di tenere tutto sotto controllo, ma questo potere non dà mai soddisfazione. La mitezza, invece, non mira a piegare gli altri alla propria volontà bensì a regolare il proprio rapporto con il mondo, da fratelli e non da padroni. Io sono a casa mia dappertutto, dappertutto insieme a dei fratelli, quando cessa lo scontro per la supremazia. Le cose e gli esseri sfuggono a chi vuole costringerli, ma il mondo diventa mio non appena cesso di volerlo dominare.

De Luca a pagina 19

Agorà

SCENARI

Sola, senza dati, l'intelligenza artificiale non avrà più dominio

Gambaloni a pagina 19

LA MOSTRA

Cappelletti: «Caravaggio ci porta nella Roma del Giubileo»

Bussagli a pagina 18

CINEMA

Il ritorno di Bong Joon Ho: un umano, la sua copia e l'amore che lo salva

De Luca a pagina 19

I nostri temi

IL DIBATTITO

Fine vita, la strada stretta della legge

Timidi passi sulla strada stretta di una legge sul fine vita, dopo che mercoledì è ripartito il confronto nel comitato ristretto delle Commissioni Giustizia e Affari sociali del Senato. Materia complessa e con poche alternative: che richiede un confronto documentato e sereno: Avvenire ha raccolto le nuove contribuzioni.

Caravaggio, Rizzano, De Nigrè e Succetti a pag. 9

VOLONTARIATO

Casini (Mpv): così contrastiamo lo «scarto»

FRANCESCO OGIBENE

Tra i 25mila pellegrini attesi domani e domenica al Giubileo del mondo del volontariato ci saranno anche loro. I volontari del Movimento per la Vita italiano si sono iscritti in gran numero (3.500) anche per l'edizione "dedicata" con il Papa che era prevista domani.

A pagina 16

SANITÀ L'inquadramento come dipendenti verso il Consiglio dei ministri

Medici di base, la riforma accelera ma divide ancora

ENRICO NEGROTTI

Potrebbe arrivare presto in Consiglio dei ministri la bozza di riforma della medicina territoriale, che il ministro della Salute, Orazio Schillaci, sta elaborando con i tecnici del ministero, tenendo conto anche delle indicazioni che vengono dai presidenti delle Regioni. Tra le proposte del ministro Schillaci figura il passaggio del mmg a rapporto di dipendenza, in modo analogo a quello dei medici ospedalieri. Una scelta obbligata per chi entrerà in servizio prossimamente, facoltativa per chi è già ab-

tuato alla convenzione. La prospettiva della dipendenza è appoggiata in particolare dalle Regioni, ma si sono opposti non solo Forza Italia (con il parere di un'ala da stato socialista) ha detto il ministro Antonio Tajani), ma anche gran parte dei sindacati del mmg. In particolare la Federazione dei medici di medicina generale e la Federazione dei medici territoriali: più articolate le posizioni di Sindacato nazionale autonomo dei medici italiani e Sindacato medici italiani.

a pagina 8

MUSEI IN MOVIMENTO Baldiga / Cucinella / Mantovani / Tamburini / Zanchi LUOGHI INFINITI

SANITÀ L'inquadramento come dipendenti verso il Consiglio dei ministri

Medici di base, la riforma accelera ma divide ancora

ENRICO NEGROTTI

Potrebbe arrivare presto in Consiglio dei ministri la bozza di riforma della medicina territoriale, che il ministro della Salute, Orazio Schillaci, sta elaborando con i tecnici del ministero, tenendo conto anche delle indicazioni che vengono dai presidenti delle Regioni. Tra le proposte del ministro Schillaci figura il passaggio del mmg a rapporto di dipendenza, in modo analogo a quello dei medici ospedalieri. Una scelta obbligata per chi entrerà in servizio prossimamente, facoltativa per chi è già abituato alla convenzione. La prospettiva della dipendenza è appoggiata in particolare dalle Regioni,

ma si sono opposti non solo Forza Italia («mi pare una cosa da stato socialista» ha detto il ministro Antonio Tajani), ma anche gran parte dei sindacati dei mmg, in particolare la Federazione dei medici di medicina generale e la Federazione dei medici territoriali; più articolate le posizioni di Sindacato nazionale autonomo dei medici italiani e Sindacato medici italiani.

a pagina 8

L'idea dei medici di famiglia dipendenti piace alle Regioni ma non ai sindacati

ENRICO NEGROTTI

Potrebbe arrivare presto in Consiglio dei ministri la bozza di riforma della medicina territoriale, che il ministro della Salute, Orazio Schillaci, sta elaborando con i tecnici del ministero, tenendo conto anche delle indicazioni che vengono dai presidenti delle Regioni. Se l'esperienza della pandemia di Covid-19 ha messo in evidenza carenze e disomogeneità, in realtà da tempo si discute di riforma della medicina territoriale, visto che la legge Balduzzi (2012) non è stata completamente attuata. Il ministro stesso, nel *question time* alla Camera il 26 febbraio, ha ammesso che «il sistema è sotto pressione» citando il fatto che dal 2017 al 2023 i medici di medicina generale (mmg) sono diminuiti del 13% e che il numero di «massimalisti» (per numero di assistiti) è aumentato del 42%.

Se è vero, come ripetuto da Schillaci, che i mmg «rappresentano non solo il primo con-

tatto dei cittadini con il Servizio sanitario nazionale (Ssn), ma il vero cuore pulsante della medicina di prossimità», e che sulla base del rapporto di fiducia tra medico e paziente sono determinanti «nella prevenzione e nell'orientare i cittadini verso stili di vita corretti», i problemi non mancano. Da un lato la medicina generale, ha rilevato Schillaci, sembra rappresentare «una seconda scelta rispetto alle scuole di specializzazione, considerate più prestigiose e remunerative» (e in effetti la borsa di studio in medicina generale è meno della metà di quella degli altri specializzandi). Il ministro punta a trasformarla «in una vocazione di eccellenza, equiparandola alle altre specializzazioni non solo nel percorso formativo, ma anche nel riconoscimento professionale, economico e con nuovi parametri di efficienza». In più, come emerso dall'ultimo rapporto presentato da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) nel 2022 il 22% degli accessi totali in Pronto soccorso, pari a 3,9 milioni, è stato improprio, vale a dire classificato con codice bianco o verde (con esclusione dei traumi),

e concluso con dimissione a casa o in strutture ambulatoriali. D'altra parte sono numerosi i segnali di sofferenza manifestati dai medici stessi, che continuano a rappresentare la prima linea nell'assistenza: dei 383 camici bianchi morti durante la pandemia, più della metà (220) erano medici di famiglia.

Un primo confronto a metà febbraio a Palazzo Chigi non ha sciolto i nodi su come organizzare la presenza e quali compiti affidare sul territorio ai mmg in una nazione che invecchia, tra denatalità e aumento della vita media. A tenere banco nel dibattito sembra soprattutto la questione della forma contrattuale: oggi sono liberi professionisti che sottoscrivono una convenzione, che prevede alcune prestazioni e un vincolo



orario di apertura dell'ambulatorio. Tra le proposte del ministro Schillaci figura il passaggio del mmg a rapporto di dipendenza, in modo analogo a quello dei medici ospedalieri. Una scelta obbligata per chi entrerà in servizio prossimamente, facoltativa per chi è già abituato alla convenzione. Si parla di 38 ore settimanali da suddividere (in proporzione al numero di assistiti) tra attività in proprio e attività prestata presso le Case della comunità, le strutture previste dal Decreto ministeriale 77 del 2022 che, in base al Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), dovrebbero essere 1.300 su tutto il territorio nazionale. Scopo di queste Case, strutture intermedie tra lo studio del medico e l'ospedale, è offrire una assistenza sanitaria e sociosanitaria di base con la presenza appunto di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri, psicologi di comunità, farmacista, assistente sociale, specialisti am-

bulatoriali con la possibilità di eseguire esami clinici di base, come prelievi, ecografie, elettrocardiogrammi, vaccinazioni, eccetera. La prospettiva della dipendenza è appoggiata in particolare dalle Regioni, di cui si è fatto portavoce il presidente del Lazio, Francesco Rocca: «Quello che chiediamo, 21 governatori, è di poter governare le 38 ore che paghiamo e di poter controllare la spesa». Ma alla dipendenza si sono opposti non solo Forza Italia («far diventare tutti i medici dipendenti pubblici mi pare una cosa da stato socialista» ha detto il ministro Antonio Tajani), ma anche gran parte dei sindacati dei mmg, in particolare la Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg, sindacato prevalente con il 64,49% di rappresentatività) e la Federazione dei medici territoriali (Fmt, composta da Fismu, Simet, Sumai, Uil-Fp e Umi, al 6,89%); più articolate le posizioni di Sindacato naziona-

le autonomo dei medici italiani (Snami, 17,94% di rappresentatività) e Sindacato medici italiani (Smi, al 9,05%). Al di fuori dei sindacati spicca la posizione del Movimento medici per la dirigenza, associazione nata sulla scorta delle riflessioni provocate dal «Libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia» (settembre 2021), che invece vede con favore il passaggio del medico di medicina generale alla dipendenza del Ssn. Tra i principali vantaggi che questi medici individuano nell'essere inquadrati come dirigenti medici, spiega Laura Viotto (mmg a Roma) figurano: «La possibilità di godere dei diritti e delle tutele dei lavoratori (ferie, permessi, malattia, maternità, eccetera), una retribuzione prevalentemente «a salario» equiparabile ai medici ospedalieri, lo svolgimento di una attività esclusivamente clinica, una maggiore collaborazione tra colleghi, l'azzerramento di tutte le voci di spesa

per l'esercizio della libera professione, e in definitiva un miglioramento della qualità della vita». «Riteniamo però - conclude Viotto - che occorra pensare prima a una «riforma strutturale delle cure primarie». Quando verrà definito il ruolo del medico sul territorio, a cascata verrà sciolto il nodo del contratto».

I compiti e l'organizzazione dei dottori incaricati del presidio dei territori sono ancora da definire
Rocca (Regione Lazio): «Chiediamo di governare le 38 ore che paghiamo e di potere controllare la spesa»

IL DIBATTITO

Presto sul tavolo del governo l'inquadramento delle figure che sono il primo contatto dei cittadini. È uno dei nodi da sciogliere per la riforma della medicina territoriale.

I quattro punti al bivio della scelta

Mmg. una professione sotto pressione e in prima linea

1

La pandemia ha riportato di attualità una riforma dell'assistenza territoriale. Quali sono i problemi principali da risolvere?

13%

il calo dei medici di medicina generale tra il 2017 e il 2023. Nello stesso periodo il numero dei «massimalisti» (con 1.800 assistiti) è aumentato del 42%

2

Le Case della comunità sono uno strumento utile, necessario o inadeguato?

38

le ore di lavoro settimanale che i medici di medicina generale dovrebbero assicurare tra studio privato e presenza nella Casa di comunità

3

Quali vantaggi e quali svantaggi comporterebbe l'inquadramento del medico di medicina generale con un contratto di dipendenza?

220

i medici di medicina generale morti durante la pandemia di Covid-19. Sono più della metà di tutti i camici bianchi che hanno perso la vita, che sono stati 383

4

Serve la specializzazione post laurea in Medicina generale?



SILVESTRO SCOTTI (FIMMG)

«Oggi non serve una riforma, c'è già: è stata fatta nel 2012 Le Case di comunità? Ancora non chiara la loro funzione»

1 Sembra che si dimentichi che una riforma dell'assistenza territoriale è già stata fatta con la legge Balduzzi nel 2012, che riprendeva una proposta nata nella Fimmg (Federazione italiana dei medici di medicina generale) già 5 anni prima. In questa legge sono previste le aggregazioni funzionali territoriali (Aft), gruppi di 20-25 medici organizzati in un ruolo unico, ovvero nella capacità di svolgere parte delle attività di scelte e di avere debiti orari rispetto a queste forme organizzative. La crisi economica di quegli anni ha bloccato i rinnovi contrattuali e siamo arrivati all'aprile 2024 a firmare il rinnovo della Convenzione anni 2019-2021, che applica la riforma Balduzzi. Le Regioni avrebbero dovuto fare atti di programmazione per stabilire come venivano raggruppati nelle Aft i medici di famiglia, che avrebbero dovuto garantire una presenza di 16 ore giornaliere. Poche lo hanno fatto nel 2020, qualcuna dal 2022 dopo il Decreto ministeriale 77. Che però - ricordo - ha valore giuridico inferiore a quello della legge. Con il Pnrr si sono finanziate le strutture, le Case della comunità, ma mancano gli atti di programmazione per associarle a una o più Aft di riferimento. Per quello che mi riguarda, non serve una riforma, che già c'è.

2 È difficile parlare di Casa della comunità, perché non è chiara la funzione che dovrà svolgere. Se il medico di famiglia va e trova un aumento dell'intensità assistenziale grazie ad altre professionalità, per la presa in carico complessa di alcuni gruppi di pazienti (diabetici, bronchitici cronici, oncologici), grazie all'intervento dello specialista di riferimento, dell'infermiere, di uno psicologo, allora c'è un'offerta che si aggiunge a quella ordinaria del mmg. Ma se il medico va in una Casa di comunità per fare una medicina di attesa, dove il paziente trova un'offerta di un medico "a consumo", e che non sarà il suo medico curante, non credo che funzionerà. Credo che ci sia bisogno di unificare Dm70 e Dm77 per governare i rapporti tra l'ospedale e territorio, attraverso un nuovo Dm.

3 La Fimmg non vede vantaggi perché per il medico significherebbe cambiare completamente il suo modello vocazionale. Il medico delle cure primarie non può avere un orario di cura, ma un tempo di cura: devo poter dedicare al paziente

il tempo che merita rispetto al suo bisogno. Nel momento in cui passo a un rapporto a ore, formalmente lavorerò con l'obiettivo di completare: fuori dal mio orario voglio essere lasciato tranquillo come qualunque altro lavoratore. E probabilmente gli indicatori saranno solo il numero di visite che farò all'interno di quelle ore. In più, come potranno i cittadini scegliere il medico, se è un dipendente organizzato con turni orari? La domanda poi va fatta al cittadino: pensa che il suo medico sia disponibile e presente nella sua presa in carico (reperibilità, studio, domiciliarità, back office) più o meno di 38 ore settimanali? E poi valuti se gli conviene. Tuttavia cambierebbe anche il comportamento motivazionale del medico, il cui stipendio ora dipende dalla scelta del

cittadino, e che quindi è orientato a mantenere una relazione basata sulla fiducia. Altro problema è che se gli 11 mila medici che oggi potrebbero andare in pensione vedono tradita la loro vocazione e si sentono bocciati, escono dal sistema e si guarderanno intorno. E magari creano cooperative di gettonisti per il territorio, con lo slogan: qui troverai il tuo vecchio medico di famiglia.

4 L'attuale diploma di formazione in Medicina generale discende da una disciplina europea per rendere possibile la libera circolazione dei medici all'interno dell'allora Comunità, oggi Unione Europea. Il processo legislativo in Italia nacque da due leggi diverse nel 1991, poi unificate nella legge 368 del 1999. L'intenzione del legislatore non era definire che quello per la Medicina generale è un corso di serie B, rispetto alla specializzazione ospedaliera, ma un percorso separato: dopo la laurea, ci doveva essere una scelta vocazionale o verso l'ospedale o verso il territorio. Non sono contrario all'evoluzione verso la specializzazione in Medicina generale, ma sono contrario all'idea che si rompano i due percorsi di formazione diversi l'uno dall'altro. Bisogna considerare che l'università per organizzare la specialità in Medicina generale deve coinvolgere gli stessi medici di medicina generale e creare un nuovo dipartimento. **(En.Ne.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGELO TESTA (SNAMI)

«Nuovi strumenti per snellire le pratiche burocratiche»

1 La pandemia ha messo in evidenza le criticità dell'assistenza territoriale, ma anche il ruolo centrale della Medicina Generale nella gestione della salute pubblica. I problemi principali da risolvere riguardano il sotto-finanziamento della medicina territoriale, la carenza di medici e la necessità di un maggiore coordinamento tra i vari livelli assistenziali. È fondamentale investire in strumenti digitali per facilitare la comunicazione tra i professionisti e snellire le procedure burocratiche che appesantiscono il lavoro dei medici di famiglia, sottraendo tempo alla cura del paziente.

2 Il modello delle Case della co-

munità, come oggi viene proposto, non rappresenta la soluzione ai problemi della medicina territoriale. Questi centri rischiano di diventare cattedrali nel deserto, centralizzando servizi senza però garantire la capillarità dell'assistenza. Il medico di famiglia deve rimanere vicino ai pazienti, nel proprio studio sul territorio, accessibile senza barriere. Non serve una struttura fisica centralizzata, ma piuttosto investimenti in risorse, nel personale e stru-

menti tecnologici per migliorare il lavoro del medico di base e la qualità dell'assistenza ai cittadini.

3 Un sondaggio effettuato dallo Snami ci dice che il 60% dei medici vorrebbe mantenere la convenzione e un 40% aspira alla dipendenza, ma non se ne può fare un discorso di tifoseria. Il

medico è abituato alla convenzione e ha costruito in quel ruolo la sua attività professionale, i più giovani, soprattutto donne, vedono probabilmente nella dipendenza più tutele. Il problema non è la convenzione o la dipendenza ma le modalità con cui verrebbero esplicitati i due rapporti lavorativi che

hanno nella loro strutturazione pregi e difetti. Siamo preoccupati dalla assenza di interlocuzione con la politica che, in modo presuntuoso, si è arrogata il diritto di conoscere una attività lavorativa molto complessa.

4 Assolutamente sì. La Medicina generale è una disciplina

complessa che richiede una formazione specialistica universitaria. Il corso di formazione va profondamente rivisto e valorizzato, rendendolo più attrattivo per i giovani medici, con un adeguamento economico e un percorso professionalizzante più strutturato. Snami da anni lo richiede e ora finalmente quasi tutti, a parte chi ha interessi confliggenti, lo hanno capito. **(En.Ne.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per il sindacato autonomo il vero problema è l'assenza di dialogo con la politica



Angelo Testa



Servizio L'8 marzo della Sanità

Negli ospedali il 60% dei camici bianchi è rosa, ma a dirigerli solo una donna su cinque

Nella fascia d'età tra i 24 e i 59 anni il sorpasso dei maschi è già ampiamente avvenuto: le donne medico sono il 58,3% del totale

di Natascia Ronchetti

6 marzo 2025

Sono diventate maggioranza ma solo sotto il profilo dei numeri. Perché la presenza ormai schiacciante delle donne medico, nelle corsie degli ospedali e negli ambulatori di medicina generale, non si riflette né nell'organizzazione del lavoro né tantomeno nella struttura gerarchica. Nella fascia d'età tra i 24 e i 59 anni il sorpasso dei maschi è già ampiamente avvenuto: le donne medico sono il 58,3% del totale. La frenata brusca della progressiva femminilizzazione del settore arriva solo tra i camici bianchi di età più avanzata: nella fascia compresa tra i 60 e i 75 anni e oltre gli uomini tengono ancora le redini del sistema, con una quota di quasi il 67%. Fattore che porta così la percentuale delle donne sul totale dei medici iscritti all'albo (422.511) al 47%. Vale a dire quasi la metà.

Se poi ci concentriamo solo sui medici di famiglia, nelle regioni del Nord sono sempre loro – le donne – a farsi carico dell'assistenza territoriale: sono il 75%. Una valanga che sta arrivando anche nel Sud. In Campania, per esempio, sono già il 51%. E tutte, a causa anche della carenza di camici bianchi, sono costrette a salti mortali per conciliare la vita privata (e i compiti di cura domestici) con la professione. Solo che il servizio sanitario nazionale non sembra ancora essersene accorto.

La resistenza al cambiamento

“Paghiamo ancora il prezzo di una impostazione generale che risale agli anni Settanta e che tiene conto delle esigenze degli uomini, con una organizzazione che non rispetta il work life balance”, dice Filippo Anelli, presidente della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo). “La resistenza al cambiamento è forte – prosegue Anelli -. Ci vogliono leggi, nuovi regolamenti. E sul versante pubblico siamo in gravissimo ritardo. Ma il tema non è mai affrontato seriamente né a livello politico né purtroppo a livello ordinistico. Non ci sono ostacoli ideologici o pregiudizi.

Semplicemente il carico di lavoro scoraggia le donne: non hanno il tempo per assumere impegni negli Ordini o nei ruoli apicali delle aziende sanitarie”. Questione dirimente, che dovrebbe portare a nuove regole e a una nuova organizzazione. Ma non è così.

Il contributo delle donne negli ospedali

I medici donna sono il 60% dei professionisti ospedalieri. Solo il 22% ricopre però la posizione dirigenziale di una Asl e cioè è direttore generale. “Ma in fondo quello di avere un incarico apicale è un falso obiettivo: il nostro vero traguardo dovrebbe essere quello di cambiare la sanità pubblica, che è vicina al collasso”, dice Sandra Morano, responsabile dell'area formazione femminile di

Anaao, sindacato dei medici ospedalieri. “Abbiamo un forte contributo da dare – spiega Morano – che parte da una visione circolare e non piramidale della gestione dell'organizzazione e del potere, con una attitudine all'ascolto non di tipo gerarchico. E' uno stile di lavoro che deve essere rivendicato come fattore di qualità. Per questo dovrebbe cambiare l'impostazione manageriale delle aziende sanitarie: il sistema ha mostrato la corda proprio durante l'emergenza sanitaria, che ha scoperchiato la voragine. Ma il nuovo fa paura: figuriamoci una falange di donne”.

Il prezzo pagato alla pandemia

Sono state le donne, dicono i sindacati di settore, a pagare il prezzo più alto alla pandemia a causa del carico di lavoro, negli ospedali, sommato alla cura della famiglia, bambini o genitori anziani: la conciliazione tra vita privata e professione è stato un sofferto slalom quotidiano. Anche per quanto riguarda i medici di famiglia le cose non vanno affatto meglio, anzi. “Una dottoressa su due ha figli eppure c'è una totale disattenzione per le sue esigenze – osserva Giuseppina Onotri, segretaria generale dello Smi, sindacato medici italiani.

Il sovraccarico femminile tra i medici di base

Anche per quanto attiene i medici di base tutto è ancora una volta aggravato dalla grave carenza di professionisti. “Già oggi parliamo di un range di 45-60 ore di lavoro settimanali, range certificato dalle piattaforme ministeriali: il sovraccarico è enorme”, aggiunge Onotri. Oggi i medici di medicina generale – dati del Cergas, Centro studi sulla sanità dell'Università Bocconi – erogano 3 milioni di visite al giorno, 6 miliardi di ricette all'anno. Non possono beneficiare della legge 104 sui caregiver. Durante il periodo di maternità le donne devono sobbarcarsi il costo di un sostituto, costo solo in parte coperto dall'Enpam, l'istituto di previdenza dei medici. E al tavolo della Sisac, la struttura interregionale dei sanitari convenzionati - che è l'interfaccia dei sindacati per la negoziazione dei contratti dei medici di famiglia, in convenzione con il Servizio sanitario nazionale -, siedono solo uomini. “A decidere per le donne non sono le donne”, dice Onotri.

Nel fascicolo elettronico tutta la vita del paziente Accesso controllato

L'ecosistema
Diagnosi e ricette
registrate da medici,
ospedali e farmacie

Marzio Bartoloni

L'Italia sulla spinta del Pnrr che ha stanziato 200 milioni lancia il suo Ecosistema di dati sanitari che entrerà a regime nel 2026 in scia con quello europeo: tutte le informazioni sanitarie dei pazienti - dai referti alle ricette fino ai vaccini - saranno raccolte, archiviate, protette in modo da garantire la privacy e accessibili sia per i cittadini stessi attraverso il loro Fascicolo sanitario nazionale (potenziato sempre grazie ai fondi del Pnrr) sia per medici e sanitari autorizzati che potranno utilizzarli per fini di cura (si pensi a esempio ai casi di emergenza) avendo a disposizione un quadro sanitario sempre aggiornato del paziente. Ma questo preziosissimo patrimonio di informazioni che gira attorno al nostro Servizio sanitario nazionale potrà essere impiegato anche ai fini di ricerca per esempio per la scoperta di nuove terapie oltre che per studiare interventi di prevenzione sulla popolazione - si conoscerà meglio a esempio l'incidenza delle

patologie - e programmare le politiche sanitarie in modo più chirurgico ed efficace a livello locale.

È stato infatti appena pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 5 marzo il decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e con il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica, che istituisce il cosiddetto l'Ecosistema dei dati sanitari (Eds). Il sistema mira a centralizzare, proteggere e ottimizzare la gestione dei dati sanitari. Attraverso portali dedicati, i cittadini potranno consultare il proprio Fascicolo sanitario elettronico come già accade in diverse Regioni, aggiornato in tempo reale con referti medici, prescrizioni, vaccinazioni e informazioni diagnostiche. Una novità contenuta nel decreto è l'introduzione del dossier farmaceutico all'interno del Fascicolo sanitario elettronico dove saranno raccolte le informazioni sulle prescrizioni mediche e sulla somministrazione dei farmaci con i dati provenienti da farmacie,

strutture sanitarie e medici di famiglia attraverso la tessera sanitaria. I cittadini potranno comunque sempre controllare chi accede ai dati che li riguardano attraverso un sistema di notifiche e registri da consultare. Inoltre, sarà possibile revocare il consenso o limitare l'accesso alle informazioni che si desidera rendere disponibili.

«Con il decreto sull'Ecosistema dei dati sanitari, l'Italia taglia un traguardo importante che la colloca tra i sistemi più avanzati e pronti a raccogliere la sfida del regolamento europeo dei dati sanitari appena varato. Per la sanità italiana si prospetta una straordinaria rivoluzione di cui beneficeranno in primo luogo gli assistiti», avverte il ministro Orazio Schillaci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio AI via l'Ecosistema digitale

Dai referti ai farmaci: i dati sanitari degli italiani in un click, serviranno per le cure e la ricerca

Attraverso portali dedicati, i cittadini potranno consultare il proprio Fascicolo sanitario elettronico aggiornato in tempo reale

di Marzio Bartoloni

6 marzo 2025

I dati sanitari di 59 milioni di italiani in un click. L'Italia sulla spinta del Pnrr che ha stanziato 200 milioni lancia il suo Ecosistema di dati sanitari che entrerà a regime nel 2026 in scia con quello europeo: tutte le informazioni sanitarie dei pazienti - dai referti alle ricette fino ai vaccini - saranno raccolte, archiviate, protette in modo da garantire la privacy e accessibili sia per i cittadini stessi attraverso il loro Fascicolo sanitario nazionale (potenziato sempre grazie ai fondi del Pnrr) sia per medici e sanitari autorizzati che potranno utilizzarli per fini di cura (si pensi a esempio ai casi di emergenza) avendo a disposizione un quadro sanitario sempre aggiornato del paziente.

Ma questo preziosissimo patrimonio di informazioni che gira attorno al nostro Servizio sanitario nazionale potrà essere impiegato anche ai fini di ricerca per esempio per la scoperta di nuove terapie oltre che per studiare interventi di prevenzione sulla popolazione - si conoscerà meglio a esempio l'incidenza delle patologie - e programmare le politiche sanitarie in modo più chirurgico ed efficace a livello locale.

AI via il decreto che delinea l'Ecosistema dei dati sanitari

È stato infatti appena pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 5 marzo il decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e con il Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica, che istituisce il cosiddetto l'Ecosistema dei dati sanitari (Eds). Il sistema mira a centralizzare, proteggere e ottimizzare la gestione dei dati sanitari. Attraverso portali dedicati, i cittadini potranno consultare il proprio Fascicolo sanitario elettronico come già accade in diverse Regioni, aggiornato in tempo reale con referti medici, prescrizioni, vaccinazioni e informazioni diagnostiche. Una novità contenuta nel decreto è l'introduzione del dossier farmaceutico all'interno del Fascicolo sanitario elettronico dove saranno raccolte le informazioni sulle prescrizioni mediche e sulla somministrazione dei farmaci con i dati provenienti da farmacie, strutture sanitarie e medici di famiglia attraverso la tessera sanitaria.

“Con il decreto sull'Ecosistema dei dati sanitari, l'Italia taglia un traguardo importante che la colloca tra i sistemi più avanzati e pronti a raccogliere la sfida del regolamento europeo dei dati sanitari appena varato. Per la sanità italiana si prospetta una straordinaria rivoluzione di cui beneficeranno in primo luogo gli assistiti - avverte il ministro Orazio Schillaci -. Lavoriamo per proiettare il Servizio sanitario nazionale nel futuro, offrendo a cittadini e operatori sanitari nuovi

servizi e maggiore efficienza del sistema, con la massima attenzione del Governo alla protezione e alla sicurezza dei dati, che saranno blindati”.

Dati anonimi per le finalità di ricerca

Per gli impieghi legati alla ricerca, alla prevenzione e alla programmazione i dati sanitari degli italiani saranno resi anonimi e aggregati. In particolare per quanto riguarda le finalità di ricerca il decreto avverte che “i soggetti pubblici e privati che istituzionalmente perseguono finalità di studio e di ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico” potranno presentare ad Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, “una richiesta di estrazione di dati anonimizzati” corredata da un relativo progetto di ricerca “redatto conformemente alle regole metodologiche e etiche, e se del caso alle regole deontologiche per trattamenti a fini statistici e di ricerca scientifica”.

La tutela della privacy e i casi di emergenza

I cittadini potranno comunque sempre controllare chi accede ai dati che li riguardano attraverso un un sistema di notifiche e registri da consultare. Inoltre, sarà possibile revocare il consenso o limitare l'accesso alle informazioni che si desidera rendere disponibili. E in caso di emergenza cosa succede se non c'è il consenso del cittadino a rendere disponibile i dati? A disciplinare questo caso è sempre il decreto che prevede che “in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere e di rischio grave, imminente e irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'assistito, che non abbia espresso il consenso all'accesso alla consultazione ai servizi dell'Eds, gli operatori del Ssn e dei servizi socio-sanitari regionali, nonché gli esercenti le professioni sanitarie possono accedere, prioritariamente al profilo sanitario sintetico ed eventualmente al Fascicolo sanitario elettronico”. Il decreto prevede però che gli operatori sanitari lo potranno fare “solo dopo averne verificato l'incapacità fisica o giuridica di esprimere il consenso, per il tempo strettamente necessario ad assicurare allo stesso le indispensabili cure e, in ogni caso, fino a quando l'assistito non sia nuovamente in grado di esprimere la propria volontà al riguardo”.

Passaporto transfrontaliero per i dati sanitari digitali

Salute

Il regolamento, in vigore dal 25 marzo, è applicabile dal 26 marzo 2027

Norme e infrastrutture comuni per poter consultare le informazioni

Marina Castellaneta

Al via lo spazio europeo dei dati sanitari e la piattaforma Ue di interoperabilità per la sanità digitale. È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea di ieri, serie L, il regolamento Ue 2025/327 sullo spazio europeo dei dati sanitari (European Health Data Space, EHDS) che modifica la direttiva 2011/24 e il regolamento 2024/2847. Un traguardo importante per garantire norme e infrastrutture comuni sia per l'uso primario sia per quello secondario dei dati sanitari. Il regolamento, in vigore dal 25 marzo 2025 e applicabile dal 26 marzo 2027, ha anche l'obiettivo di garantire l'accesso tempestivo ai dati elettronici per assicurare risposte rapide alle pandemie e alle minacce sanitarie e, secondo i dati della Commissione, porterà a risparmi di 5,5 miliardi di euro nei prossimi dieci anni grazie a un migliore accesso e scambio dei dati in questo campo e di 5,4 miliardi grazie al migliore utilizzo dei dati per la ricerca, l'innovazione e per la politica sanitaria. Una spinta verso la digitalizzazione diffusa in tutti gli Stati membri che permetterà di risolvere le differenze tra i diversi Paesi Ue che hanno seguito un grado di digitalizzazione variabile in questo settore. Fissate anche norme comuni per i sistemi di cartelle cliniche elettroniche che dovranno avere due componenti software armonizzati obbligatori che garantiscano interoperabilità e registrazione delle cartelle cliniche e spazio anche alla costituzione di un'infrastruttura transfrontaliera

sia per l'uso primario sia per quello secondario in tutto lo spazio Ue. Al centro dell'EHDS anche i vantaggi per i cittadini che avranno accesso ai dati sanitari elettronici anche quando si trovino in uno Stato membro diverso da quello della cittadinanza o della residenza.

Un accesso che dovrà essere fornito gratuitamente e in un formato facilmente leggibile, consolidato e accessibile.

L'articolo 3, infatti, riconosce il diritto delle persone fisiche o dei loro rappresentanti di "scaricare gratuitamente una copia elettronica almeno dei dati personali elettronici personali" inclusi nelle categorie prioritarie tra le quali rientrano gli esami diagnostici, le prescrizioni, le lettere di dimissioni. Questo vuol dire, tra l'altro, che dal punto di vista pratico, un turista cittadino di uno Stato membro potrà ritirare la sua ricetta medica nella farmacia di un altro Stato membro grazie all'infrastruttura transfrontaliera attivata dalla Commissione "LaMiaSalute@Ue".

Il servizio di accesso dovrà essere assicurato ai professionisti sanitari, anche per le cure assistenziali transfrontaliere.

Un punto cruciale, ai fini della ricerca, è la previsione di un sistema che permetterà ai ricercatori di accedere a dati sanitari sicuri anonimizzati: grazie all'articolo 50 i singoli ricercatori sono esonerati dagli obblighi che gravano sui titolari dei dati sanitari con riguardo alle condizioni generali relative all'uso secondario. In ogni caso, per l'uso secondario dovrà essere applicato, ai dati sanitari protetti da diritti di proprietà intellettuale o da segreti com-

merciali, la direttiva 2001/83 e il regolamento 726/2004.

Accanto ai vantaggi per cittadini, ricercatori, autorità di governo, ci sono quelli per l'industria che avrà accesso a nuovi mercati per le cartelle cliniche elettroniche in altri Stati membri.

La sezione due del regolamento chiarisce gli obblighi degli operatori economici e dei fabbricanti di sistemi di cartelle cliniche elettroniche e impone che possano essere importati sul mercato dell'Unione solo sistemi di cartelle cliniche elettroniche conformi alle prescrizioni contenute nell'allegato II.

Gli Stati membri sono chiamati a individuare l'autorità di sanità digitale che sarà responsabile della governance relativa all'uso primario e, tra gli altri compiti, dovrà vigilare sui punti di contatto nazionali per la sanità digitale e ricevere i reclami che, in taluni casi, dovranno essere poi trasmessi ai garanti per la protezione dei dati secondo il regolamento GDPR.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per la Sanità integrativa arriva un mini restyling

Livelli di assistenza
Un emendamento
contro l'omissione
contributiva

Per la Sanità integrativa arriva un mini-restyling in attesa di una riforma a cui lavora il Governo. Ieri nel Ddl prestazioni sanitarie in commissione Sanità è stato approvato un emendamento che rivede le percentuali tra prestazioni Lea ed extra Lea che i fondi sanitari devono garantire (che salgono dal 20% al 30%) e si introduce un meccanismo per contrastare l'omissione contributiva da parte delle aziende. I fondi integrativi potranno in pratica farsi "parte attiva" per il recupero dei contributi. «Oggi segniamo un primo passo importante nel percorso di rifor-

ma della sanità integrativa, secondo pilastro da far crescere sempre più a supporto del muro maestro, il servizio sanitario nazionale. Modernizziamo la proporzione tra Lea ed extra Lea, rendendola più coerente con il fabbisogno di salute dei lavoratori assistiti. Introduciamo meccanismi di supporto ai fondi per estendere la platea, e infine rendiamo più coerente e praticabile l'attività di vigilanza posta in capo all'anagrafe dei fondi del ministero della Salute», ha spiegato ieri il senatore (Fdi) Francesco Zaffini, presidente del-

la commissione Sanità del Senato.

—**Mar.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL DIBATTITO

Fine vita, la strada stretta della legge

Timidi passi sulla strada stretta di una legge sul fine vita, dopo che mercoledì è ripartito il confronto nel comitato ristretto delle Commissioni Giustizia e Affari sociali del Senato. Materia complessa come poche altre, che richiede un confronto documentato e sereno: Avvenire

ha raccolto tre nuovi contributi.

Garavaglia, Razzano, De Nigris e Saccenti a pag. 9

Fine vita, la via stretta della legge

Cure palliative per i pazienti in condizioni di sofferenza, per ribadire il diritto alla salute e prevenire i casi di suicidio assistito: lo «schema preliminare» che ha fatto ripartire il dialogo in Parlamento apre al confronto sulla tutela delle persone più fragili

Pronunciandosi sul suicidio assistito - e indicando la strada al Parlamento - la Corte costituzionale «ha sancito la non punibilità - a determinate condizioni - di chi aiuta un paziente a morire» ma non un «diritto». Chiarimento importante, quello dell'ex presidente della Consulta Giuliano Amato, che ieri in un'intervista a *Repubblica* ha anche criticato l'idea, ricorrente nel dibattito in corso, che si possa parlare di «diritto» di ottenere la morte medicalmente assistita: «Perché dobbiamo rivestire ogni facoltà che ci viene riconosciuta con i pesanti panni del diritto?». Secondo Amato «una legge nazionale è necessaria» per «evitare disparità territoriali». La posizione del giurista ed ex primo ministro è maturata anche nel confronto tra laici e cattolici del «Cortile dei Gentili», forum dove si è cercata una via per evitare di «contrapporre due principi inconciliabili - l'autodeterminazione e l'indisponibilità della vita - per mettere al centro un fattore comune che è la pietà umana». Lo stesso metodo del dialogo sembra riprendere campo anche in Parlamento, dove mercoledì è ripartito il confronto

nel comitato ristretto delle Commissioni Giustizia e Affari sociali del Senato. A sbloccare lo stallo la proposta di uno «schema preliminare» dalla maggioranza assumendo i criteri dettati dalla Corte nella sentenza 242/2019 sul «caso dj Fabo» integrati da un altro punto fermo (invero già proposto dalla Consulta nei suoi pronunciamenti): l'inserimento di chi chiede il suicidio assistito in un percorso di cure palliative. Materia complessa come poche altre, che richiede un confronto documentato e sereno. Come con i tre interventi di questa pagina.

IL DIBATTITO

Come sostenere chi sperimenta una patologia inguaribile? Su quali principi trovare un'intesa tra posizioni differenti? Riflessioni etiche e giuridiche per arrivare a una norma condivisa



In Senato primi segnali di dialogo tra maggioranza e opposizione per arrivare a una legge condivisa sul fine vita



Solidarietà e inclusione doveri inderogabili per la sanità

LO STATO DEVE GARANTIRE LE CURE PER AFFRONTARE OGNI SOFFERENZA


MARIAPIA GARAVAGLIA*

Un prericovero che rimanda di tre mesi il ricovero, un elettrocardiogramma fissato al 2029... Sono esperienze che noi tutti facciamo e che rivelano un'organizzazione sanitaria in affanno, che non sempre riesce a soddisfare il fondamentale diritto alla salute garantito dall'articolo 32 della Costituzione e a offrire cure gratuite «agli indigenti». Da qualche tempo è vivace il dibattito sulle difficoltà del Servizio sanitario nazionale e sulla grave mancanza di medici, operatori sanitari e oss nelle strutture pubbliche, con gravi ripercussioni per le situazioni cliniche più complesse o per le patologie dolorose e inguaribili. Si dibatte poi di un'altra questione, tutt'altro che slegata: quella della legge sul suicidio medicalmente assistito.

È l'espressione "medicalmente" che dovrebbe interrogare e inquietare le coscienze. Ed è a queste che vogliamo fare appello per invitare a una valutazione responsabile delle ricadute che una legge che normalizzi l'aiuto al suicidio avrebbe non solo sul sistema sanitario nazionale ma sull'intero ordinamento giuridico.

Anziché inclusione, solidarietà e cura, ai malati più gravi si offrirebbe l'anticipazione della morte. Quello stesso sistema sanitario inadempiante e in affanno, anziché prendere in carico il paziente e cu-

rarlo fin quando è appropriato con gli strumenti che la medicina oggi ha a disposizione, darebbe la "nuova" prestazione della morte anticipata, lasciando il paziente alla sua "autodeterminazione" (e alla complicità di certi familiari). Sarebbe questa la libertà di scelta? La stessa Corte costituzionale ha messo in guardia dal rischio che una legislazione permissiva sul suicidio assistito eserciti una «pressione sociale indiretta» sulle persone malate o semplicemente anziane e sole, «le quali potrebbero convincersi di essere divenute ormai un peso per i propri familiari e per l'intera società, e decidere così di farsi anzitempo da parte».

Se viene meno una cultura compassionevole e solidale non progredisce neppure la medicina palliativa, la quale, nonostante l'ottima legge 38/2010 - che quest'anno compie 15 anni -, ancora non si traduce in servizi di assistenza di qualità uniformi sul territorio nazionale.

La polemica, nelle ultime settimane, si è spostata sulla competenza regionale oppure statale quanto alla competenza a legiferare in materia di fine vita, distogliendo l'attenzione dalla questione che è più a monte: la scelta di trasformare o meno il suicidio assistito in norma, in procedura, in routine. L'alternativa che si pone non è solo quella fra un sistema frammentato (regionale) e uno omogeneo (statale), ma fra il rimanere in quell'area di non punibilità individuata dalla

Corte costituzionale «senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici» o, invece, introdurre nel Ssn procedure sistematiche e organizzate di aiuto al suicidio.

Certo, la Corte ha invitato il Parlamento a legiferare. Ma ha altresì ricordato che il diritto alla vita implica il dovere della Repubblica di tutelare la vita degli individui, specie

GIOVANNA RAZZANO**


dei più deboli e vulnerabili, assicurando ai pazienti «tutte le terapie appropriate, incluse quelle necessarie a eliminare o, almeno, a ridurre a proporzioni tollerabili le sofferenze determinate dalle patologie di cui sono affetti; e assieme il dovere di assicurare loro ogni sostegno di natura assistenziale, economica, sociale, psicologica». È molto arduo tenere insieme tutto ciò. Qualora infatti, pur con tutte le garanzie sostanziali e procedurali, si introducesse la categoria di soggetti "suicidabili", nei cui confronti è lecito procurare la morte, è evidente che questi malati verrebbero percepiti come meno degni di vivere degli altri. Cosa ne sarebbe del principio di uguaglianza, della pari dignità sociale e della tutela della vita dei soggetti fragili? In verità la Corte costituzionale ha riconosciuto «un significativo spazio alla discrezionalità del legislatore, al quale spetta primariamente il compito di offrire una tutela equilibrata a tutti i diritti di pazienti che versino in situazioni di intensa sofferenza. Il che esclude possa ravvisarsi, nella situazione norma-

tiva attuale, una violazione del loro diritto all'autodeterminazione». Prima di introdurre il diritto al suicidio, lo Stato dovrebbe garantire le cure che, senza accanimento, aiutino a sopportare degnamente la malattia. Un corollario che meriterebbe un grande approfondimento riguarda anche quanto il Ssn offre ai familiari, e comunque alla comunità intera, in termini di servizi per le più gravi disabilità. Sofferenza fisica e dolore psichico, senza adeguati sostegni, possono rendere insopportabile vivere. Qui si misura il livello di civiltà che vorremmo caratterizzasse la nostra comunità.

*** Già Ministro della Salute componente del Comitato nazionale per la Bioetica**
**** Ordinario di Diritto costituzionale - Università La Sapienza, componente del Comitato nazionale per la Bioetica**



Il processo democratico e la responsabilità dei cattolici, tra coscienza e libertà

ORA CERCHIAMO UN PUNTO DI INCONTRO TRA SENSIBILITÀ SIGNIFICATIVE DEL PAESE



RICCARDO SACCENTI

L'approvazione della legge sul suicidio assistito da parte del Consiglio regionale della Toscana ha consentito di dare di nuovo rilievo pubblico a una questione delicatissima sul piano etico e politico, rispetto alla quale è forte la tentazione di assumere posizioni di assoluta rigidità. E tuttavia, già la sentenza della Corte costituzionale su questa materia ha delineato la necessità di farne l'oggetto di una specifica legislazione. Rispetto a questo scenario non è pensabile alcuna opzione che tenda a preservare lo status quo o a rimandare *sine die* un confronto che, prima ancora che nelle aule parlamentari, necessita di articolarsi sul piano della discussione pubblica.

Lo sforzo di portare il dibattito sul terreno di una discussione più diffusa e radicata nella coscienza civile del Paese è la via che consente di evitare una serie di rischi che possono prodursi tanto sul terreno etico quanto su quello politico. A cominciare dalla tendenza a ridurre il tema del fine vita a quello del suicidio assistito. Quanto la Consulta chiede di normare è infatti un aspetto del più vasto problema del rapporto con la sofferenza e la malattia, soprattutto con la malattia nella sua forma più acuta e irreversibile. E tale questione non è confinabile nella sola dimensione privata, dal momento che il dolore del corpo interroga alla radice la dignità della persona, cioè tocca un punto che ha un rilievo anche poli-

tico. Serve prendere atto dell'esistenza, su questo argomento, di sensibilità diverse nel tessuto sociale e culturale del nostro Paese, le quali devono essere messe nella condizione di poter intessere un dialogo nella reciprocità.

Per i cattolici italiani accettare la fatica di questo confronto non significa fare un passo indietro. È piuttosto un fare, tutti assieme, un passo avanti per cogliere un'occasione che è quella richiamata anche dall'elaborazione conciliare, che rinunciava all'idea di utilizzare le leggi dello Stato come strumento di evangelizzazione. Un elemento, questo, che di fronte a un tema potenzialmente divisivo e certamente lacerante sul piano della coscienza aiuta a muoversi in uno spazio di libertà: quello di chi sa ascoltare e sa pronunciare una parola maturata alla luce di una ricca esperienza di umanità. Diviene così possibile operare per dare valore al carattere plurale della nostra società, facendone non la cifra di un relativismo che diviene indifferentismo ma piuttosto terreno ricco su cui edificare una riflessione etica che sia patrimonio di tutti e che si rispecchi, alla luce della Costituzione, in cornici normative appropriate. E del resto è solo così che possono essere valorizzate quelle posizioni - e non sono poche - che anche fra quanti non si riconoscono nelle istanze etiche animate dalla fede sentono e cercano un punto di incontro e di dialogo.

Sono le voci che hanno contribuito a redigere un prezioso documento della Consulta scientifica del Cortile dei

Gentili e che vogliono creare le condizioni perché su una materia così delicata avere fiducia nel processo democratico significa prima di tutto invitare ognuno, credente o no, ad assumere la disposizione di chi cerca la verità e che sa che questo cercare non può mai essere senza l'altro.

È questo il metodo con cui è possibile dare respiro a un percorso che diviene fatto comunitario, che impegna noi e l'altro e che mette in gioco nel modo più fruttuoso la sensibilità che i cristiani hanno per una visione integrale della vita umana.

Ecco allora l'esigenza che sia il Parlamento a riguadagnare il ruolo di protagonista, a partire dai numerosi disegni di legge già presentati, come quelli Bazoli. È questa istituzione che ha il compito di farsi carico di un'elaborazione che agisca quale strumento di crescita della coscienza civile e morale del Paese. È in quella sede che il processo democratico può trovare la sua compiuta forma di dinamica inclusiva, che ci riporta al nostro essere cittadini. Di fronte a un tema come il fine vita la scelta coraggiosa di dare consistenza a un discorso etico e civile in cui tutti possono riconoscersi è un'occasione per far sì che credenti e non credenti possano prendersi cura insieme della dignità dell'essere umano, in un esercizio autentico di libertà.

Argomenti 2000



Malati e famiglie fuori dall'isolamento

IN ASCOLTO DEI PAZIENTI: NON LASCIAMO INDIETRO CHI AFFRONTA LA MALATTIA



FULVIO DE NIGRIS

Si può avere una vita piena convivendo con la malattia? Nella nostra società il dibattito sul fine vita e l'autodeterminazione ha assunto un ruolo centrale, mentre si presta meno attenzione a chi affronta la malattia nella sua persistenza, insieme ai familiari che condividono le conseguenze di questa condizione.

Il focus spesso è sulla ricerca di una cura o sulla gestione del dolore fisico, ma un aspetto cruciale è la qualità della vita di chi convive con una patologia cronica o degenerativa e il ruolo della società nel supportarli. Secondo i dati Istat, in Italia sono oltre 3 milioni le persone con disabilità, e se la legge delega che li riguarda era stata accolta con molta soddisfazione dalle associazioni e gli enti del terzo settore di riferimento, il suo recente rinvio al 2026 (si è detto «per testare e perfezionare le nuove misure prima della loro applicazione su scala nazionale») ha provocato non poche preoccupazioni.

Di questo si parla poco. Anzi, non se ne parla affatto. E invece è il nodo centrale del diritto alla cura e della dignità della persona nella vita che convive con la malattia. Di questo noi ci occupiamo tutti i giorni: per noi riguarda le persone con esiti di coma, ma il mio sguardo in qualità di membro dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità si amplia a tutto il mondo della disabilità.

La gestione della malattia si trasforma in una sfida quotidiana che coinvolge l'intero nucleo familiare, richiedendo forza, resilienza e un adattamento costante alle nuove esigenze. La mancanza di adeguati supporti, sia economici che psicologici, rende ancora più difficile affrontare la convivenza con la malattia, aumentando il rischio di isolamento e di disagio psicologico

sia per la persona con disabilità che per chi l'assiste. Spetta alla società e alle istituzioni garantire una vita piena a chi convive con la malattia. Essa non è un'interruzione della vita ma parte integrante dell'esistenza. Serve ripensare le strutture sanitarie, i servizi sociali e le politiche di inclusione per favorire la partecipazione attiva, garantendo cure adeguate, opportunità lavorative flessibili, spazi di socializzazione e supporto psicologico per una dignitosa qualità della vita. Dobbiamo anche cambiare la narrazione mediatica della malattia. Non esistono "guerrieri" o "eroi", ma persone che, senza retorica, vittimismo o compassione, chiedono di non essere lasciate sole, di vivere con dignità, equilibrio e rispetto. E anche di morire bene. Il progetto di vita può essere sempre pieno, ma serve un cambiamento culturale che ponga al centro ascolto, supporto e inclusione. Una società che si concentra solo sul fine vita e trascura chi affronta ogni giorno la malattia rischia di lasciare indietro una parte fondamentale dei suoi membri.

La persona non è la sua malattia: la vera sfida è costruire un sistema che permetta a tutti di vivere con dignità, indipendentemente dalla loro condizione di salute.

Presidente

Gli amici di Luca Casa dei Risvegli Luca De Nigris





CURE PALLIATIVE INDISPENSABILI MA INSUFFICIENTI

LA NOSTRA SOCIETÀ HA RIMOSSO LA MORTE.
EVITIAMO DI PENSARLA E NOMINARLA. VIVIAMO NEL TEMPO DEL FARE,
ABBIAMO CANCELLATO QUELLO DELL'ESSERE
CHE COMPRENDE LA FINE.

QUANDO ARRIVA SIAMO SOLI E DISORGANIZZATI
**DUE TERZI DEI MALATI TERMINALI NON RICEVONO ASSISTENZA
PERCHÉ MANCANO STRUTTURE, MEDICI E INFERMIERI**
DI STEFANO RODI FOTO DI MONICA PITTALUGA

«Io non voglio andare in paradiso» ha sussurrato un bambino di 11 anni a sua mamma, pochi mesi fa. Tutti e due sapevano che lui, malato di tumore, sarebbe morto. Quel giorno, o forse il giorno dopo. La madre gli aveva appena detto, riuscendo a non piangere: «Ve-

drai che il paradiso è bellissimo, e ci ritroveremo lì».

Bisogna partire dalla fine della vita, che la società moderna con scarsi risultati sta provando a cancellare dal nostro orizzonte, per capire quanto siano



importanti le cure palliative e quanta attenzione – e investimenti – in più meritino. «Negli ultimi decenni la morte è stata progressivamente rimossa. Evitiamo di nominarla. Viviamo nel tempo del fare, delle prestazioni, del denaro e abbiamo cancellato quello dell'essere dove sta inevitabilmente anche quello della fine. Maria Zambrano, grande filosofa del '900, diceva: **“A noi esseri umani tocca nascere e resuscitare più volte senza uscire da questa vita”**. Si dice che la vita si allungherà a 120, a 140 anni. Ma come? Andare avanti a oltranza non è, per fortuna, l'unica possibilità che abbiamo di fronte. Il tempo non si consuma, si vive» dice Laura Campanello. Lei è una filosofa che, oltre a quello dell'insegnamento, fa un lavoro importante e difficile, negli hospice, al fianco di persone malate che sanno di dover morire. A suo avviso un problema centrale è il progressivo allontanamento della nostra vita dalla natura, dai suoi ritmi ed equilibri circolari, dal seme-pianta-frutto. «Siamo analfabeti del linguaggio spirituale, non padroneggiamo più le emozioni, quindi siamo molto più fragili. Perché se tu devi negare tutto quello che ti ricorda la morte, devi negare buona parte di ciò che vivi. Tutta la nostra esistenza è in quella direzione, non possiamo farci niente. Per Heidegger “ogni essere che nasce è un essere per la morte”. E quindi prendere coscienza della nostra finitudine ha una valenza positiva, in quanto rende autentiche le scelte e, con esse, la vita. Cosa che non potrebbe avvenire in una prospettiva di vita eterna. I pazienti all'hospice dicono queste cose. Quando arrivi al cospetto della morte senti distillato il senso della vita. Il morire dovrebbe tornare a essere un percorso spirituale e non solo fisico. Così come, se ci riflettiamo, dovrebbe esserlo anche l'intera esistenza».

Nel 2014 una risoluzione dell'Oms invitava «tutti i Paesi a rafforzare le cure palliative come componente di un'assistenza completa durante tutto il corso della vita». In Italia la legge 38/2010 le definisce come «l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici». Per questo genere di cure a domicilio sono oggi in servizio 750 medici palliativisti invece dei 1.600 necessari, e 1.500 infermieri invece di 4.500. Gli hospice, le strutture dove vengono assistiti i pazienti non più gestibili a domicilio, sono 307, 53% al Nord, 27,4% al Centro e 19,6 al Sud (dati della Società italiana cure palliative). Con questi numeri, due terzi dei 500mila malati terminali, e i loro famigliari, sono abbandonati al loro destino. **E per i bambini la situazione è ancora peggiore: quelli che in Italia hanno bisogno di cure palliative in totale sono 32 mila e, tra questi, 11 mila quelli che necessitano di cure specialistiche.** Per loro sono in funzione otto hospice in tutto il paese, con 30 posti totali.

«C'è tantissimo da fare, soprattutto per i ma-

lati non oncologici» osserva Giada Lonati, da 15 anni direttrice socio sanitaria di Vidas. «Oltre agli investimenti serve anche una nuova visione d'insieme della cura. Il dolore di un malato è fisico, sociale, psicologico e spirituale come ci ha insegnato Cicely Saunders, che ideò e costruì il primo hospice al mondo nel 1967. La medicina si insegna e si impara negli ospedali, ma le persone si ammalano e vivono a casa loro. Se non si tiene conto di questo contesto è difficile immaginare una buona cura ospedaliera e domiciliare che si prenda carico fino in fondo dei pazienti terminali. Il passaggio dall'ospedale al territorio resterà pieno solo di parole, e di solitudine, se non si investe su questa dimensione sociale della cura. Serve un lavoro d'equipe, un medico da solo non va da nessuna parte. Gli ospedalieri e il team che segue il paziente nelle cure a domicilio devono integrarsi. Questo permetterebbe anche di lavorare sulla ricerca per migliorare questo genere di cure». Oggi non funziona così: in Lombardia, per esempio, l'assistenza è organizzata a compartimenti stagni; se hai le cure palliative, per esempio, non puoi avere l'Adi (assistenza domiciliare integrata). «È l'opposto di quello che serve» commenta la direttrice sociosanitaria di Vidas. «Ai bisogni di un malato grave che sono molteplici e mutevoli si offrono soluzioni rigide, dove una esclude l'altra». Il superamento di questi ostacoli può avvenire solo se la nostra società non continua a rimuovere la morte dal presente. «Anche noi medici siamo almeno in parte un prodotto della cultura contemporanea» osserva Giada Lonati. **«Un docente di medicina ha detto a un gruppo di laureandi: “Se voi considerate che nell'orizzonte dei vostri pazienti ci sia la morte siete dei medici falliti”. Come si fa dire una cosa simile?** Su Lancet nel 2022 è uscita una ricerca intitolata «In the value of dead» che mostrava i cambiamenti dell'approccio alla morte dagli Anni '50 al 2019: prima era un evento naturale, gestito in famiglia, e si moriva nelle case assistiti da parenti e amici. Oggi è medicalizzato e viene gestito in ospedale». **Nelle generazioni precedenti i bambini imparavano a conoscere la morte fin da piccoli:** o perché capitava che un loro fratello morisse, o perché assistevano ai decessi dei nonni. I cortei funebri attraversavano le città, piccole o grandi che fossero e tutti, auto comprese, si mettevano rispettosamente dietro, a passo d'uomo. I portoni di case e palazzi dove c'era stato un lutto venivano ricoperti con drappi funebri. In campagna la bara restava sotto il portico delle casine per 24 ore in modo che tutti potessero andare a rendere l'ultimo saluto. Scene oggi impensabili, visto che non sappiamo più stare in silenzio di fronte alla morte, nemmeno durante quello che si chiama, ormai a torto, il minuto di silenzio.

«Serve una riflessione profonda» prosegue Giada



Lonati «perché **anche noi sanitari dobbiamo capire che i malati che assistiamo non sono preparati ad andare incontro alla morte. E dobbiamo anche imparare a comunicare l'incertezza, e avere il coraggio di dire "Non lo so, non posso saperlo"**. Affrontare insieme le incognite non significa trasmettere paura. Anzi, questa cresce se si offrono punti fermi e si viene poi lasciati soli a scoprire che non lo sono. Spesso non si può sapere come andrà il decorso ma l'importante è che un medico dica "Io ci sono, sarò comunque al tuo fianco. Fino alla fine». Per questo serve che i medici lavorino insieme. Il palliativista non deve arrivare quando non c'è più altro da fare. Serve prima, per costruire una relazione, per dare un senso di gruppo e di attenzione. È questo il senso che sta alla base del concetto delle "cure simultanee", che hanno come obiettivo quello di affiancare il paziente durante l'intero percorso, dalla diagnosi alla cura.

La legge 219 sul consenso informato, comma 8 dell'articolo 1 dice che "il tempo di comunicazione è tempo di cura". «Questo è un tema fondamentale. Trasformare la biologia in biografia, passare cioè dalla malattia del corpo ai significati che ha nella vita concreta di un paziente» commenta Giada Lonati. «È importante capire chi è, conoscerlo nel suo contesto e nelle sue abitudini. La "Dignity Therapy" dice che la domanda centrale da cui partire è "Chi sei tu? Cos'è importante che io sappia di te come persona, perché io mi possa prendere cura di te". Dobbiamo mettere insieme tutti questi pezzi per alzare il livello della qualità dell'assistenza a chi si avvicina alla fine della vita. La cura autentica nasce dalla curiosità dal sapere chi è l'altro, e dalla relazione che questa può creare».

Chi aveva ben capito valore e unicità della relazione tra paziente e curante è stata Cecily Saunders: «Tu sei importante perché sei tu e sei importante fino alla fine della tua vita. **Sono stata infermiera, sono stata assistente sociale, sono stata medico. Ma la cosa più difficile di tutte è stata imparare a essere un paziente**». Dopo di lei un altro che ha contribuito a far comprendere che la questione al centro della nostra scena non è quella di morire o non morire, ma come morire, è stato Frank Ostaseski. È stato infatti lui il fondatore nel 1987 dello Zen Hospice Project a S. Francisco, in mezzo alla pandemia dell'Aids, quando in California c'erano i malati che morivano per strada, soli e disperati. Maestro buddista, Ostaseski ha poi formato ed educato medici, infermieri, psicologi, volontari e sostenuto centinaia di parenti dei malati terminali. Un altro esempio, utile a far capire quanto l'offrire sostegno a chi muore sia un bisogno che attraversa culture, e religioni, è quello di Guidalberto Bormolini. Questo prete, autore di molti libri tra cui L'arte della meditazione, e noto come l'amico al fianco di Franco Battiato nelle ultime ore di vita del cantau-

tore, sta lavorando al progetto di recupero di un luogo abbandonato, nel comune di Cantagallo, in Toscana, immerso in boschi di castagni secolari, per farlo tornare un nuovo borgo abitato, al centro del quale ci sarà un hospice.

«Attorno alle cure palliative c'è ancora troppa ignoranza» osserva Augusto Caraceni, direttore delle cure palliative all'Istituto dei Tumori di Milano, e professore di medicina palliativa all'Università Statale. «Meritano di essere più conosciute, da tutti, ed è importante che diventino disponibili per chiunque ne possa aver bisogno. Ancora oggi purtroppo non è ancora del tutto superata l'idea che la medicina, se non è più in grado di curare la malattia di un paziente, abbia esaurito il suo compito. Il lavoro di Cicely Saunders prese le mosse proprio per opporsi a questa visione e mise al centro la soggettività del paziente che vede la sua malattia progressiva, e che proprio per questo deve essere seguito; anche con quelle che oggi si definiscono le cure palliative precoci. Per questo l'assistenza deve essere fornita da un'equipe che sia complementare e metta in campo tutte le sue competenze. **È importante riconoscere il valore delle cure palliative, e di quanto sia appassionante il lavoro di ricerca ancora da fare in questo settore, anche per attrarre i giovani interessati alla professione medica**».

All'ultimo Torino Film Festival è stato presentato *In ultimo*, un documentario firmato dal regista Mario Balsamo. Protagonista è un medico palliativista, Claudio Ritossa, che lavora presso l'Hospice Anemos che ha sede nel capoluogo piemontese. «Tutti noi oggi rimuoviamo la morte» osserva il regista. «Questo però ci priva della metà del nostro essere umani. **Girare In ultimo per me è stato un grande insegnamento: sono proprio i degenti degli hospice che a volte riescono a parlare della fine della loro vita**. Persone che hanno di fronte la morte, la guardano negli occhi in primissimo piano e hanno la capacità di lasciare un messaggio che la vita non è nera, ma un arcobaleno. E che le morte è un elemento interno al ciclo della vita, e non esterno». La direzione giusta in cui deve sforzarsi di svoltare la nostra società l'ha indicata di recente Silvia Fegetti Finzi in un'intervista su 7: **«Quando la morte viene accettata come parte della vita, come la sua conclusione, senza angoscia, si prova una grande leggerezza**. È importante fare i conti con la paura della morte, che c'è, non penso possa essere evitata, ma se viene accolta non come l'opposto della vita, ma come il capitolo conclusivo, è accettabile e rasserenante».

«SERVE UNA NUOVA VISIONE DELLA CURA. IL DOLORE DI UN MALATO È FISICO, SOCIALE, PSICOLOGICO E SPIRITUALE»

**IN SERVIZIO 750 MEDICI PALLIATIVISTI
INVECE DEI 1.600 NECESSARI
E 1.500 INFERMIERI INVECE DI 4.500**

**«BISOGNA INVESTIRE E ORGANIZZARE
UN LAVORO D'EQUIPE. UN MEDICO
DA SOLO NON VA DA NESSUNA PARTE»**



Uno spot rivolto alle donne sulla legge 194 e la gravidanza racconta solo una parte della storia

QUELLO CHE NON SI DICE DELLA FERTILITÀ E DELLE PAURE PERCHÈ «LEI» IN REALTÀ NON È COSÌ LIBERA DI SCEGLIERE



MAURIZIO PATRICIELLO

Accerra, giovedì 6 marzo. Nel teatro Italia, gremito di studenti, il dottor Luigi Montano illustra i risultati dei suoi studi sulla fertilità maschile e femminile. I dati, le immagini, la voce dello scienziato, gli interventi che si susseguono fanno capire che il problema per i giovani della "terra dei fuochi" - ma che può essere esteso a tutte le aree inquinate - è serio. La loro capacità di riprodursi è terribilmente bassa. Inquinamento e salute, inquinamento e fertilità, inquinamento e povertà.

Se dovesse continuare a scendere questa parabola, sotto il profilo della natalità, andremo incontro a tanti altri problemi. Quella demografica è una questione seria, che va affrontata sotto un profilo culturale, globale, non solo economico e personale. Il vero dramma - da quello ambientale a quello lavorativo, da quello razziale a quello della pace nel mondo - è sempre lo stesso, la difficoltà, cioè, di permettere a ciò che ritengo sia un bene per me di fare pace con quello che chiamiamo bene comune. Il mio e il nostro debbo-

no volersi bene. L'io e il noi non vanno separati. La politica interna di un Paese non può non tenere conto di ciò che accade, di bello o di brutto, al di là dei propri confini.

Le popolazioni che affondano le radici nella cultura cristiana queste verità le hanno respirate fin dall'infanzia. Da soli non si va da nessuna parte. La felicità, per sua natura, chiede di essere condivisa, sennò, come l'acqua, evapora. Soffro quando leggo di abortisti e antiabortisti. Credo che ogni essere umano, per il solo fatto di avercela fatta a non essere stato scartato, nel profondo del cuore, sia contrario all'eliminazione di un altro essere umano, che chiede solo un po' di misericordia per pochi mesi. Ancora una volta, il discorso non è solo politico, economico, ma culturale. Chi, fin da piccolo, ha avuto in casa un cagnolino o un gattino, quasi certamente nella vita sarà portato a rispettare e ad amare queste stupende creature.

Questione di sensibilità. Nulla togliendo al diritto della donna di autodeterminarsi, ci permettiamo di dissentire dalla pubblicità trasmessa sulle reti Rai "Lei è": «La legge 194 consente l'interruzione volontaria di gravi-

danza. Lei è libera di scegliere». È deviante. Non dice il vero. Non è corretto dare informazioni parziali. Alle ragazze va detta tutta la verità, compresa quella che il dottor Montano, giovedì scorso, si affannava a illustrare ai giovani; anche quella che psicologi e psichiatri tendono di affrontare nelle donne che, dopo aver fatto ricorso all'aborto, trascinano con sé un peso insopportabile; anche quella delle tante testimonianze che preti, suore, nonni, amici, associazioni diciamo "a favore della vita nascente" potrebbero raccontare.

Centinaia di donne, incerte, indecise, impaurite, che stavano per ricorrere all'aborto e che hanno desistito per il semplice fatto di aver trovato sul proprio cammino un fratello, una sorella, un medico, che ha teso loro una mano. Io non credo, non ci riesco, non ce la faccio a credere, che l'uccisione di un essere umano, nel momento della massima fragilità, possa essere l'unica soluzione a un problema vero, che nessuno si sogna di mettere in dubbio.

Penso, però, che nella vita, problemi ne abbiamo avuto e ne avremo ancora tanti. La nostra ragione, la fede per chi crede, la

fiducia nella vita, la speranza che non deve e non vuol morire, ci hanno dato e ci daranno ancora la forza per poterli affrontare. Tutti vogliamo la pace, a tutti fanno orrore le guerre, nessuno però, desidera la pace a senso unico. Ciò che prendo in più per me e non mi spetta lo sto rubando a te. Regola elementare che vale per le piccole come per le grandi imprese. Non conviene umiliare il debole: prima o poi, si vendicherà. Non conviene discutere di diritti della donna già nata - sacrosanto e intoccabile - fingendo di ignorare il diritto della figlia non ancora nata, alla vita. Non è facile, non lo sarà mai, ma dobbiamo farlo. Per noi stessi, innanzitutto.

Eravamo bambini quando, in campagna, ci imbattemmo in un nido di passerotti. Mimmo, il più scaltro degli amici, all'improvviso, prese a rompere le uova. Ne uscirono dei minuscoli uccellini senza piume e senza voce. Demmo loro degna sepoltura. Facemmo ritorno a casa in vasi dalla tristezza. La stessa tristezza che mi avvolge ogni qualvolta un animale viene maltrattato, una persona umiliata, un bambino abortito.



Nanoparticelle anche nella diagnostica

DI MAICOL MERCURIALI

L'Università di Tokyo ha sviluppato Deep Nanometry, una nuova tecnica di analisi che combina sofisticati strumenti ottici con un algoritmo di rimozione del rumore basato sull'intelligenza artificiale. Questa innovazione consente di analizzare nanoparticelle in campioni medici a una velocità senza precedenti, permettendo di individuare anche quantità minime di quelle che vengono chiamate particelle rare.

Tra i primi risultati della ricerca c'è la rilevazione di vescicole extracellulari che possono indicare precocemente il tumore al colon. Gli studiosi sperano che questa tecnologia possa essere applicata in altri ambiti medici e industriali. Il corpo umano è ricco di nanoparticelle più piccole delle cellule, tra cui le vescicole extracellulari, fondamentali per la diagnosi precoce di malattie e per la somministrazione di farmaci. Tuttavia, la loro estrema rarità rende necessarie procedure di pre-arricchimento lunghe e costose. Il team guidato dal ricercatore Yuichiro Iwamoto del Research Center for Advanced Science and Technology ha affrontato questa sfida sviluppando Deep Nanometry (DNM), un dispositivo di rilevazione delle nanoparticelle supportato da un sistema di riduzione del rumore basato sull'AI. Secondo Iwamoto, le tecniche convenzionali hanno una capacità di elaborazione limitata,

rendendo difficile individuare in tempi brevi particelle rare. La Deep Nanometry, invece, permette un'analisi ad alta sensibilità grazie alla capacità di rilevare particelle di dimensioni pari a 30 nanometri (miliardesimi di metro) analizzando più di 100.000 particelle al secondo. A differenza degli strumenti tradizionali, che catturano solo i segnali più forti e possono trascurare quelli più deboli, DNM sfrutta l'IA per filtrare il rumore di fondo e migliorare la precisione dell'analisi. I ricercatori paragonano questa tecnologia alla ricerca di una piccola barca in un oceano in tempesta: se le onde si dissipano, diventa molto più facile individuarla. L'intelligenza artificiale svolge un ruolo cruciale nel ridurre il "rumore" generato dal segnale, migliorando così la capacità di rilevamento. Le applicazioni di DNM vanno oltre la diagnostica medica. La tecnologia potrebbe rivoluzionare settori come

lo sviluppo di vaccini e il monitoraggio ambientale, oltre ad aprire nuove prospettive nell'analisi di segnali elettrici e altre tipologie di rilevazioni di precisione. Per Iwamoto, questo progetto ha anche un significato personale: «Lo sviluppo di DNM non è solo un avanzamento scientifico, ma anche un omaggio a mia madre, che mi ha ispirato a dedicarmi alla ricerca sulla diagnosi precoce del cancro. Il nostro sogno è rendere le tecnologie salvavita più veloci e accessibili a tutti».



Nuove frontiere per i vaccini



LA SALUTE

Se Kennedy pensa di curare il morbillo con la vitamina A

EUGENIA TOGNOTTI - PAGINA 23

SE KENNEDY PENSA DI CURARE IL MORBILLO CON LA VITAMINA A

EUGENIA TOGNOTTI

Perché una delle malattie più prevenibili con i vaccini come il morbillo sta aumentando in un Paese sviluppato come gli Stati Uniti dove la malattia era stata debellata nel 2000? Quanto vi ha contribuito la disinformazione e quanto è grave la minaccia che apra la strada a gravi crisi di salute pubblica? Che cosa ci si può aspettare dalla conversione vax del segretario del Dipartimento della Salute degli Stati Uniti Robert F. Kennedy?

Apostolo dell'antivaccinismo, che ha predicato per anni in varie parti del mondo, con un largo seguito tra i movimenti No vax, compresi quelli nostrani, si è prodotto due giorni fa in un clamoroso voltafaccia di cui avevano dato notizia le agenzie di stampa dell'una e dell'altra parte dell'Atlantico. Sotto l'impressione suscitata dalla morte per morbillo di un bambino non vaccinato in Texas (il primo decesso dovuto a quella malattia dopo oltre 10 anni) e spinto dall'aumento dei casi, soprattutto tra i bambini, si era spinto infatti a riconoscere ciò che aveva sempre vigorosamente contestato. E cioè che i vaccini non solo proteggono i singoli bambini dal morbillo, ma «contribuiscono anche all'immunità della comunità, proteggendo coloro che non possono essere vaccinati per motivi medici». Ma la cruciale e impegnativa dichiarazione è entrata subito in un cono d'ombra, nascosta da una serie caotica di indicazioni, consigli, informazioni su rimedi alternativi da parte di RFK Jr., a proposito del quale, ha scritto il professore di chirurgia David Gorsky, editore di Science-Based Medicine, «è corretto dire che mai prima, nella memoria vivente (o persino nella storia degli Stati Uniti)», è dato trovare al timone delle agenzie sanitarie federali qualcuno così distante dalla scienza e dalla realtà?

La sua insistenza sui trattamenti non convenzionali contro il morbillo ha alimentato le preoccupazioni sulla disinformazione. Peraltro, non ha consigliato a tutti di vaccinarsi. Ha tenuto invece a insistere sul fatto che «i genitori svolgono un ruolo fondamentale nella salvaguardia della salute dei loro figli», ma che l'opzione

della vaccinazione, «da concordare con i medici, è una decisione personale» (ci può forse dire qualcosa, a proposito, il fatto che in tempi «bui», lontanissimi dal nostro, papa Pio VII prevedesse, in un Editto del 1822, severe sanzioni per i cittadini dello Stato pontificio che, «mostrandosi più padrigni che padri», si fossero resi «riprensibili di aver trascurata la vaccinazione de' proprj figli»). Alle prime caute affermazioni, ha fatto quindi seguito una serie di consigli. A parte il trattamento con vitamina A (che non ha nessun valore preventivo e non è un sostituto della vaccinazione) ha scritto dei «buoni risultati» derivanti dall'uso dello steroide budesonide, dell'antibiotico claritromicina e dell'olio di fegato di merluzzo (che contiene elevate quantità di vitamine A e D).

Si tratta naturalmente di messaggi - si preoccupano i medici - che distolgono l'attenzione dagli sforzi per incrementare le vaccinazioni, mentre nei «social» piovono informazioni sbagliate su queste terapie, basate anche su un articolo scritto per Fox News nel quale Kennedy ha fatto riferimento a studi che dimostrerebbero che la vitamina A può «ridurre drasticamente la mortalità per morbillo». In realtà, non si stancano di ripetere medici pediatri e direttori di ospedali, è utile per il supporto al morbillo nei pazienti che hanno una carenza specifica. E sarebbe davvero importante, raccomandano, non confondere ciò che è assistenza di supporto o aggiuntiva per il morbillo con il trattamento curativo. Parlarne, infatti, diventa solo una distrazione da ciò su cui ci si dovrebbe davvero concentrare ovvero vaccinare i bambini.

Il morbillo è una malattia altamente contagiosa che si diffonde rapidamente. Richiede livelli di vaccinazione molto elevati (95 per cento), che si sono molto abbassati in alcune comunità, data la sfiducia nei vaccini e la predizione no vax. La poco convincente «conversione» del ministro della salute non sembra promettere un incremento dei tassi di vaccinazione, mentre i recenti licenziamenti nelle agenzie federali focalizzate sulla salute pubblica lascia intravedere scenari poco rassicuranti sulla capacità dell'America di rispondere alle epidemie. —



Il nostro clima

Invecchiati dal caldo

◆ Il caldo estremo può accelerare l'invecchiamento biologico nelle persone più anziane e aumentare il rischio di malattie legate all'invecchiamento, afferma uno studio a lungo termine pubblicato su *Science Advances*. I ricercatori hanno analizzato i dati genetici ricavati dai campioni di sangue raccolti tra il 2016 e il 2017 da 3.600 statunitensi di almeno 56 anni, e hanno valutato la loro età biologica attraverso tre diversi orologi epigenetici, basati sull'esame dei cambia-

menti nella metilazione del dna. Questo processo influenza l'espressione dei geni ed è stato collegato all'insorgere delle malattie dell'invecchiamento. Confrontando i risultati con i dati meteorologici raccolti vicino ai luoghi dove i soggetti avevano vissuto nei sei anni precedenti la raccolta dei campioni, hanno scoperto che per ogni duecento giorni in cui erano stati esposti a temperature superiori a 32,2 gradi la loro età biologica risultava di 3,5 mesi superiore a quella di chi aveva vissuto in

luoghi più freschi. Ricerche precedenti realizzate in Germania e in Giappone avevano già individuato un collegamento tra il caldo estremo e l'invecchiamento biologico. Ma gli orologi epigenetici non sono una misura perfetta del decadimento fisico, scrive *New Scientist*. Inoltre lo studio non ha tenuto conto di fattori come l'accesso all'aria condizionata o il tempo trascorso all'aperto, che possono influenzare l'esposizione alle alte temperature. Per valutare meglio i rischi servirebbero quindi studi più approfonditi.





Servizio Semeiotica olfattiva

La banca dati degli odori per distinguere chi è sano e chi è malato

Definire i percorsi olfattivi di quanto viene emesso dal corpo per aprire la strada a prototipi di naso elettronico sempre più efficienti e precisi

di Federico Mereta

6 marzo 2025

I nostri sensi sono davvero curiosi. Qualche volta sono estremamente oggettivi, in altri casi no. Nelle diverse persone, ad esempio il tatto avverte se tocchiamo una superficie calda. Così come gli occhi sono normalmente concordi se dobbiamo definire il cielo azzurro o la forma piramidale di una torre che si staglia verso l'alto. Quando parliamo di olfatto, però, il margine legato alla soggettività spesso si amplifica. Perché tra lo stimolo e la percezione del singolo possono crearsi variazioni significative. Insomma, la composizione chimica degli odori può a volte ingannare.

Ed allora? Allora forse c'è bisogno di una sorta di vocabolario, sotto forma di una banca dati che possa in qualche modo definire i percorsi olfattivi di quanto viene emesso dal corpo. E non solo per mera conoscenza, ma anche per aprire la strada a prototipi di naso elettronico sempre più efficienti e precisi.

E' questa una delle prospettive che apre una curiosa ricerca che prova a mettere ordine tra lo stimolo olfattivo e la percezione del singolo. L'altra, estremamente affascinante, prevede di sviluppare una specie di "semeiotica olfattiva" in grado di aiutare anche nella diagnosi di alcune malattie. Lo studio, condotto da esperti di diversi atenei, è stato pubblicato su Scientific Data e promette di portare ad una app su misura per i nasi più fini.

In cerca degli odori di base

Sostanzialmente, lo studio punta a valutare quanto e come le nostre cellule olfattive percepiscono gli odori monomolecolari, insomma gli invisibili tasselli chimici che ne costituiscono la struttura. Lo studio ha visto la collaborazione dei ricercatori delle Università di Jena e dell'Università tecnica di Dresda, che si sono uniti nell'ambito del progetto Olfactorial Perceptronics, che riunisce scienziati in psicologia, fisica, chimica, scienza dei materiali e medicina. Per costruire la banca dati hanno fatto annusare a più di 1.200 soggetti del test 74 campioni di odori monomolecolari, ovvero chimicamente strutturati in modo molto semplice. I partecipanti all'indagine hanno descritto ciò che avevano percepito con il naso con parole proprie, utilizzando anche una scala di valutazione degli odori. Insomma hanno definito anche la piacevolezza e l'intensità del singolo odore. Così si è costruito il database che potrebbe anche permettere di percepire gli olezzi che emana il nostro corpo, ancora difficili da decodificare.

Sviluppi per la diagnosi

La ricerca, in ogni modo, non si ferma a questo punto. Su Scientific Data appare anche un'altra indagine che ha visto i ricercatori di Jena collaborare con esperti di Finlandia, Israele e Repubblica Ceca per sviluppare un altro set di dati che registra gli odori corporei. Il progetto congiunto si chiama "Smart Electronic Olfaction for Body Odor Diagnostics" (Smellodi). L'iniziativa, finanziata nel 2022 dalla UE, coinvolge quindi diversi partner e punta a sviluppare sistemi di sensori elettronici intelligenti in grado di distinguere tra odori corporei sani e quelli alterati da malattie e trasmetterli digitalmente. In un periodo di tre anni e con un finanziamento di quasi 3 milioni di euro, la tecnologia sviluppata aprirà la strada alla digitalizzazione del senso dell'olfatto. Lo studio in questo senso ha costruito un vero e proprio vocabolario degli odori corporali, partendo dalle rilevazioni di oltre 2.600 soggetti in 17 paesi. A loro è stato chiesto come descriverebbero l'odore di singole parti del corpo e come questo cambia dopo uno sforzo fisico significativo o in caso di malattia. Così si è giunti al catalogo di descrizioni di vari odori, redatto in 13 lingue, che produce chiare sovrapposizioni e consente quindi di fare affermazioni generali su come odorano determinate aree del corpo. Ricordiamolo. L'olfatto umano sarebbe in grado (in teoria) di recepire quasi 10.000 odori diversi grazie all'azione dei recettori presenti nel naso che costituiscono l'epitelio olfattivo. Lo stimolo si trasforma poi in un segnale elettrico che riconoscibile dal cervello nell'area del bulbo olfattivo e della corteccia olfattiva primaria. A quel punto, in pochi attimi, l'odore viene riconosciuto e classificato. Con il dizionario virtuale, forse, potremo migliorare!

Servizio Salute mentale

Per le donne più depressione, ansia e Dca ma solo il 5% degli studi le considera

Al baratro tra i disagi mentali rispetto agli uomini non corrisponde un'attenzione mirata della ricerca scientifica: solo nel 5% degli studi si tiene conto del genere come variabile principale di analisi

di Barbara Gobbi

6 marzo 2025

Anche in psichiatria, per parafrasare un libro di successo di qualche decennio fa, "gli uomini vengono da Marte" e "le donne da Venere". Questo perché in fatto di disturbi le differenze sono davvero marcate: le donne presentano un'incidenza più elevata di disturbi depressivi, di ansia, alimentari, di stress e bipolari tra i 10 e i 54 anni mentre gli uomini sono più colpiti da autismo, disturbi dell'attenzione e iperattività così come dall'uso di droghe tra i 15 e i 54 anni, oltre ai disturbi da uso di alcol in età adulta. A questo baratro tra i disagi mentali tra l'uno e l'altro sesso non corrisponde però un'attenzione mirata nella importantissima fase della ricerca scientifica: solo nel 5% degli studi si considera il genere come variabile principale di analisi e a farne le spese sono diagnosi e terapia delle malattie.

Ad accendere i riflettori su questa tematica sono in prima battuta la Società italiana di Neuropsicofarmacologia (Sinpf) e la Fondazione Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere), che partono dalle evidenze emerse da due studi internazionali: il primo pubblicato su *The Lancet* e il secondo su *Nature*.

«Anche quest'anno festeggiamo la Festa della donna accendendo i fari sulla salute mentale, mettendo in luce una problematica che per essere affrontata necessita un approccio olistico e mirato – commenta Francesca Merzagora, Presidente di Fondazione Onda ETS –. Ampliamento dei servizi, riduzione dei costi per facilitare l'accesso alle cure, sviluppo della telepsichiatria, supporto alle vittime di violenza, sono tra le strategie da implementare. Occorre puntare sulla promozione di politiche inclusive per creare un sistema più equo per la salute mentale delle donne al fine di superare le disuguaglianze nelle cure».

«Disuguaglianze di genere nel campo della salute mentale che sono evidenti sia a livello globale che in Italia, con le donne che ne pagano il prezzo più alto – proseguono i co-presidenti della Sinpf, Matteo Balestrieri e Claudio Mencacci –. Non solo perché la popolazione femminile è più vulnerabile rispetto ad alcune problematiche neuropsichiatriche, ma anche perché la scarsa conoscenza delle differenze di genere si traduce in una pesante disparità sia nella fase diagnostica che in quella terapeutica».

Il gap di genere rilevato dagli studi scientifici

Secondo i ricercatori che a dicembre scorso su *The Lancet* hanno affrontato il nodo cruciale della disattenzione al divario di genere, analizzando i tassi di incidenza e la persistenza delle disuguaglianze nei disturbi psichiatrici su un campione di oltre 4,8 milioni di persone nate e residenti in Svezia tra 2003 e 2019, le differenze permangono nel corso della vita. Come spiegano gli Autori, «questo studio ha dimostrato come gli uomini presentino un tasso di incidenza più elevato di disturbi psichiatrici nell'infanzia (5-9 anni), mentre nelle donne la prevalenza aumenta nell'adolescenza (15-19 anni) e permane elevata fino ai 54 anni. Secondo i risultati, le donne tra i 10 e i 54 anni presentano un'incidenza significativamente più elevata di disturbi depressivi, d'ansia, alimentari, stress e bipolari. Gli uomini tra i 15 e i 54 anni hanno una maggiore incidenza di disturbi da uso di droghe e deficit di attenzione, oltre a un'incidenza più elevata di abuso di alcol in età adulta».

Come conclusione dello studio, i ricercatori sottolineano che «nel contesto delle crescenti differenze di genere nei disturbi psichiatrici nel tempo, è urgente ridurre le differenze di genere nei disturbi psichiatrici. Le nostre scoperte secondo cui le differenze di genere nei disturbi psichiatrici esistono quasi per tutta la vita hanno sottolineato l'adozione di strategie di prevenzione della salute mentale basate sul genere e una gestione coerente dei fattori di rischio nel corso della vita. Inoltre, la significativa variazione di tali differenze in base all'età e allo stato socioeconomico non solo suggerisce che le attuali conoscenze secondo cui le donne predominano nei disturbi internalizzanti e gli uomini nei disturbi esternalizzanti possono essere ulteriormente ampliate - rilevano - incorporando informazioni sull'età e sullo stato socioeconomico, ma fornisce anche una motivazione per strategie di screening e intervento mirate a gruppi di età specifici e popolazioni socialmente svantaggiate che sperimentano una significativa disparità di genere, con l'obiettivo finale di ridurre le differenze di genere nel panorama della salute mentale».

Lo studio su *Nature*: progressi ancora insufficienti

Intanto, lo studio pubblicato su *Nature* nell'aprile 2022 condotto dall'Università della British Columbia ha ripercorso dieci anni di ricerca in Neuroscienze e Psichiatria dal 2009 al 2019 evidenziando malgrado i progressi «un grave ritardo nella considerazione del genere negli studi scientifici»: solo il 19% era stato progettato per individuare differenze di genere e appena il 5% ha utilizzato il sesso come variabile di analisi. «In questo campione - scrivono gli Autori - abbiamo riscontrato un aumento del 30% nella percentuale di articoli che riportavano studi che includevano entrambi i sessi nel 2019 rispetto al 2009. Nonostante questo aumento, nel 2019 solo il 19% degli articoli nel campione ha riportato l'utilizzo di un design ottimale per la scoperta di possibili differenze di sesso e solo il 5% degli articoli ha riportato studi che analizzavano il sesso come variabile di scoperta. Concludiamo che i progressi finora non sono stati sufficienti per affrontare l'importanza delle differenze di sesso nella ricerca per la scoperta e il potenziale terapeutico delle malattie neurologiche e psichiatriche». I ricercatori si spingono ancora più in là, con un appello a tutti gli stakeholder per implementare gli studi di genere, particolarmente carenti quando si guardi alla psichiatria. «La ricerca - scrivono - ci mostra che l'uso del sesso come variabile di scoperta può portare a conoscenze fruttuose e può consentire di concludere che i diversi meccanismi tra maschi e femmine richiedono un trattamento distinto. In effetti, l'inclusione del sesso nelle analisi e nella progettazione migliorerà non solo la salute delle femmine, ma anche dei maschi. Perdiamo collettivamente, non solo nella conoscenza acquisita, ma anche nella nostra ricerca di trattamenti più efficaci quando il sesso non viene preso in considerazione nella progettazione e nelle analisi dei nostri studi. Invitiamo finanziatori, revisori e ricercatori a riconoscere che sesso e genere sono importanti in tutte le discipline», è la conclusione.

«Questi numeri parlano chiaro – aggiungono Mencacci e Balestrieri – e sottolineano l'importanza di adottare di strategie di prevenzione e screening basate sul genere, a cui dovrebbero seguire interventi mirati a gruppi di età specifici. È evidente che i progressi finora non sono stati sufficienti per affrontare l'importanza delle differenze di genere nella ricerca sulle malattie neurologiche e psichiatriche. Serve un maggiore sforzo, un'alleanza strategica all'interno della comunità scientifica e con le istituzioni, per colmare questo divario, che vede troppo spesso le donne in enorme svantaggio».

Servizio La giornata europea

Logopedia e bimbi: più ambiente e meno schermi, ecco cinque consigli per curare il linguaggio

Il 10% dei bimbi in età scolare ha difficoltà linguistiche che possono variare da un semplice ritardo del linguaggio fino a disturbi dell'apprendimento più complessi

di Laura Vanossi

6 marzo 2025

“Arricchire l'ambiente per arricchire il linguaggio” questo è il messaggio della giornata europea della logopedia che si celebra il 6 marzo, un'occasione per sensibilizzare le persone sull'importanza dell'ambiente “che gioca un ruolo chiave per l'acquisizione di vocaboli e parole – spiega Tiziana Rossetto, logopedista e presidente della Federazione logopedisti italiani (Fli) – soprattutto nei primi mille giorni di vita e negli anni della scuola, dove il cervello dei bambini è particolarmente recettivo e in rapido sviluppo, e l'interazione sociale diretta è cruciale per lo sviluppo del linguaggio, ecco perché - continua la presidente - è consigliabile limitare l'uso degli strumenti digitali a favore dei giochi con i pari e di attività sportive”. Dunque, occhio all'uso e soprattutto all'abuso dei device. “Per questo è bene stabilire limiti di tempo chiari ed evitare che questi dispositivi diventino onnipresenti, ad esempio allontanarli dalla tavola quando si mangia è una regola importante per promuovere una sana interazione” conclude Rossetto

Dati recenti infatti evidenziano che il 10% dei bimbi in età scolare ha difficoltà linguistiche che possono variare da un semplice ritardo del linguaggio fino a disturbi dell'apprendimento più complessi, una percentuale che si traduce in circa 1 milione di bambini e ragazzi. Numeri importanti che hanno contribuito a un cambio di passo che ha portato al manifesto ATLAS Think Language First, che propone un piano d'azione per aumentare la consapevolezza sui bisogni linguistici. “I colleghi inglesi – continua Rossetto – hanno proposto cinque best practice per prevenire e curare il linguaggio, cinque punti chiave che sono al centro della Giornata europea”

Le raccomandazioni: l'importanza dell'ambiente

Il primo consiglio è: favorire l'incontro “reale” con l'ambiente, limitando di conseguenza l'utilizzo di strumenti digitali. L'American Academy of Pediatrics (2024) raccomanda di ridurre il tempo trascorso davanti agli schermi specialmente per i bambini sotto i due anni. “Gli studi – sottolinea Francesco Campanella, logopedista del Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive all'Università di Trento e della Cooperativa Albero Blu – hanno evidenziato che l'uso degli schermi dovrebbe essere limitato e in qualche modo condiviso con un adulto perché si tratta di un periodo molto importante nello sviluppo delle abilità comunicative linguistiche”

Il secondo consiglio invece è: promuovere un tempo libero di qualità con iniziative che stimolino la creatività, come l'esplorazione dell'ambiente circostante. “Anche la stimolazione extralinguistica può fare la differenza – continua Campanella – ad esempio si possono fare delle passeggiate,

visitare i musei che stanno diventando luoghi accessibili a tutti, di inclusione e camminare in un parco sono ad esempio dei plus importanti per sviluppare le abilità comunicazionali” .

Stimolazione linguistica, ma anche relazioni

Terzo consiglio: includere il linguaggio e l'interazione sociale fra i determinanti di salute, ovvero tra i fattori di “vita sana” insieme all'alimentazione e al movimento. “Anche in età adulta l'ambiente influenza le competenze comunicative e cognitive, prevenendo ad esempio il decadimento cognitivo patologico. Ciò significa che accanto a un'alimentazione sana e alla pratica fisica, anche mantenere una rete di relazioni sociali in contesti ambientali positivi costituisce un ‘determinante’ di salute” precisa la presidente. Quarto consiglio: arricchire l'ambiente di stimoli per favorire la comunicazione e offrire a bambini e adulti maggiori possibilità e opportunità per il loro futuro. “Crescono inoltre le evidenze secondo cui la stimolazione linguistica, inclusa la lettura condivisa di libri, da parte della famiglia nei primi mesi e anni di vita promuova competenza e capacità comunicative presenti e future del bambino” spiega Campanella

Il ruolo del logopedista

Ultimo consiglio: sensibilizzare al ruolo del logopedista come sentinella per l'intercettazione dei disturbi del linguaggio. “Il logopedista è quel professionista sanitario che si occupa della diagnosi, della prevenzione e del trattamento dei disturbi della comunicazione e del linguaggio. Ma non è solo dedicato ai bambini. E' una figura che riguarda tutte le età. Dai neonati in neonatologia che hanno problemi di deglutizione agli adulti nella riabilitazione post-ictus per arrivare agli anziani dove il logopedista interviene con tecniche specifiche per migliorare la qualità della comunicazione e sostenere l'autosufficienza” conclude Tiziana Rossetto

Per maggiori informazioni: la Federazione dei Logopedisti Italiani (FLI) dal 3 al 7 marzo, apre le proprie linee telefoniche a cittadini e pazienti dalle 15 alle 17 al numero 345.2754760. Non solo: il 6 marzo si terrà un webinar aperto a tutti i cittadini. Le informazioni sono sul sito www.fli.it e sui social media FLI.

Tre medici a processo per avere "reciso l'aorta confondendola con un altro vaso sanguigno". La tragedia nel 2021: il racconto della mamma in tribunale

Morì a 10 mesi per un errore in sala operatoria

LA STORIA

ELISA SOLA

Parla senza rabbia, senza livore. Con un tono dolce. Usa il «noi». «Io e Tito siamo entrati in pre ricovero la sera del 14 aprile». «Io e Tito siamo saliti al quinto piano». «Io e Tito siamo scesi in sala operatoria il giorno dopo, l'ultima poppata era stata alle tre e mezza di notte, era tranquillo e io mi fidavo».

Tito non c'è più. Dal 16 aprile del 2021. Aveva dieci mesi. È stato dichiarato morto all'alba, nel reparto di terapia intensiva dell'ospedale Regina Margherita. L'operazione per asportare il pezzetto di polmone in più che Tito aveva da quando era nato, era iniziata il pomeriggio del giorno prima. Era andato tutto bene. Finché il chirurgo gli ha reciso l'aorta. L'ha confusa con un altro vaso sanguigno. «Un errore grossolano e letale», hanno detto ieri i consulenti tecnici. Nessuno, sul momento, se ne è accorto. E Tito è stato per ore nel lettino della terapia intensiva. «Ha lottato come un leone, ma non c'è stato niente da fare», quanto è stato detto alla mamma, alle sei e mezza del mattino, che lo aspettava da sedici ore.

Ieri, quattro anni dopo, la mamma di Tito ha parlato per la prima volta in tribunale. È il terzo processo su questa tragedia. Il chirurgo ha patteggiato mesi fa, a due anni. Da quando, involontariamente, ha ucciso Tito, ha smesso di operare. Il primario della chirurgia pediatrica dell'ospedale, Fabrizio Gennari, è stato assolto

in primo grado. Ma dopo il ricorso del pm Francesco La Rosa, dovrà essere giudicato di nuovo, dalla Corte d'appello.

Ieri è iniziato il processo a carico del terzo imputato, l'anestesista. È accusato di non essersi accorto che i valori del bambino stavano precipitando dopo la recisione dell'aorta. «Se avesse monitorato il bambino a dovere, e si fosse accorto dell'errore mettendo più pulsossimetri e non solo uno, Tito avrebbe potuto essere salvato», la tesi dell'accusa rafforzata da una consulenza tecnica svolta da quattro professionisti toscani. La difesa nega. «Tutto è stato svolto a norma». La storia di questo bimbo, e le sue ultime ore di vita, le ha raccontate la mamma: «Tito è nato con una malformazione congenita al polmone. Ci avevano detto che avremmo potuto scegliere se operarlo o meno per evitare rischi in futuro, entro il primo anno di vita. I chirurghi li abbiamo incontrati quando Tito aveva due giorni. Stava benissimo. Ed è sempre stato bene per tutta la sua vita». Erano sereni, i genitori. «Ci avevano assicurato che l'ospedale faceva questo tipo di interventi per prassi». Lo stesso primario, Gennari, ieri, sentito come teste, ha detto: «Nella sua complessità, l'intervento non aveva incognite particolari». La mamma di Tito ripete: «Ci avevano garantito che il primario lo avrebbe operato. Ma questa cosa non è avvenuta».

L'operazione viene rimandata più volte. Tito si ammala di Covid, restando forte e sano.

Di sesta malattia. Supera tutto.

Arriva il 14 aprile 2021. Tito e la mamma entrano in ospedale. Una delle prime cose che la madre ricorda, e che dice al giudice, è: «Nessuno ci aveva detto che il primario non c'era in sala operatoria e che al suo posto c'era un medico per adulti, ad operare un bambino di soli dieci mesi. Lo abbiamo saputo la mattina in cui è morto».

I genitori, assistiti dall'avvocata Michela Malerba, continuano a chiederselo: «Perché c'era un chirurgo delle Molinette a operare un bimbo così piccolo?». Il primario, Gennari, ieri ha detto: «Sembra paradossale dirlo adesso, ma la collaborazione tra Regina Margherita e Molinette era quello del miglioramento». L'ipotesi dell'accusa resta la stessa: «Quel chirurgo non poteva essere lasciato da solo, non era in grado, il primario doveva stare con lui».

Quel chirurgo, oggi, è un uomo disperato e profondamente segnato dalla morte di un bimbo così piccolo, da avere «un'aorta sottile come un cavo elettrico», ha detto ieri il consulente tecnico della difesa. Il primario, anche se questo non è il processo a suo carico, ha ribadito: «Con quel chirurgo da più di due anni avevamo un'abitudine collaborativa per aumentare il livello di sicurezza e competenza negli interventi toracici». Lo hanno ascoltato in silenzio.

Quel giorno sembra ieri. La mamma lo racconta con dettagli precisi, vivi. «Ho dato a Tito l'ultima poppata alle tre e mez-

za di notte. Tra le quattro e le otto di mattina ho chiesto due camomille. Tito era sereno e riposava. A mezzogiorno gli hanno dato un farmaco in gocce, così si addormentava ancora un po'. Alle 12 e 30 l'ho affidato alle infermiere. Lo hanno preso in braccio. Lui è entrato in sala operatoria. Io sono salita al quinto piano ad aspettare. Sei ore dopo è salito il primario. Ha detto che la parte vascolare era terminata. Che era andata bene e che non era stato lui ad operare. Alle 20.30 sono scesa a chiedere perché Tito non arrivava in terapia intensiva. Poi, finalmente è arrivato Tito. Mi hanno messa vicino a lui, in terapia intensiva. Aveva i valori a norma. Respirava. Sono stata con Tito per un po'. Mi sono allontanata per tirarmi il latte. Ci ho messo venti minuti. Quando sono tornata ho visto Tito più bianco. L'ho sentito freddo. Ho notato che i valori della pressione si erano modificati. Ho visto un'agitazione di medici intorno al lettino. Dicevano che l'emocromo si abbassava. Non riuscivano a capire come mai. L'anestesista, a un certo punto, ha detto: «Sta arrivando il primario». Cercava di rassicurarmi. Ma io vedevo che i valori di Tito precipitavano. Erano le due di notte. Ho scritto al mio compagno, secondo me devi iniziare a venire». La mamma piange. In aula piangono tutti. Il pm le chiede: «Sospendiamo un attimo?» Lei risponde: «No, ce la faccio». —

LA MAMMA DI TITO



Ci fidavamo dei medici, il primario ci aveva garantito che avrebbe operato Tito. Ma abbiamo saputo solo dopo la morte che al suo posto c'era un chirurgo abituato a operare gli adulti

Le tappe della vicenda

1

Il 14 aprile 2021
Il piccolo Tito, che ha una malformazione congenita al polmone, entra con la sua mamma al Regina Margherita per il pre ricovero

2

Il 15 aprile 2021
Inizia la lunga operazione chirurgica, di 12 ore, seguita da altre sei ore trascorse dal bambino in terapia intensiva

3

Il 16 aprile 2021
Alle sei e mezza, in terapia intensiva, il primario comunica alla mamma che il bambino è morto, dopo avere «lottato come un leone»



I camici bianchi fanno quadrato «Migliorare la qualità dei servizi»

► Le associazioni del settore unite per un'integrazione fra le professionalità
«Difendiamo il diritto alla salute attraverso un accesso alle cure più efficiente»

IL FOCUS

Migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni sanitarie offerte ai pazienti per cercare di ridurre quel numero di casi di aggressioni, fisiche o verbali, a medici e infermieri legate, magari all'esasperazione per attese troppo lunghe negli ospedali. Questa è una delle facce del diritto alla salute dei cittadini. E per questo, medici, infermieri e farmacisti fanno fronte comune, a Roma: i presidenti degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Antonio Magi, delle professioni infermieristiche, Maurizio Zega, e dei farmacisti, Giuseppe Guaglianone, hanno deciso di unire le forze per promuovere «un'azione sinergica» per «favorire una risposta sanitaria appropriata, finalizzata al miglioramento del sistema sanitario provinciale e regionale».

CONSIGLIO CONGIUNTO

I tre presidenti, recentemente riconfermati alla guida dei rispettivi Ordini con le loro liste accomunate dallo slogan 'Insieme', hanno annunciato un consiglio congiunto il prossimo 25 marzo. L'incontro - spiegano - rappresenta un passo avanti verso una piattaforma condivisa che avrà l'obiettivo di: promuovere una maggiore integrazione e collaborazione tra le tre professioni per una risposta più efficace e vicina ai bisogni di salute della popolazione; migliorare le condizioni di lavoro e l'efficienza operativa di medici, infermieri e farmacisti; difendere il diritto alla salute del cittadino attraverso un accesso equo e solidale ai servizi sanitari. «Siamo convinti che il nostro lavorare insieme potrà affrontare le sfide della sanità e garantire un servizio più efficiente ed imparziale per tutti i cittadini», hanno dichiarato

i tre presidenti. Il consiglio congiunto sarà l'occasione per definire le linee strategiche di intervento e avviare un percorso di collaborazione concreta tra i diversi Ordini professionali, nel segno di una sanità partecipata e inclusiva.

La questione è molto complessa e c'è anche il quarto attore al tavolo, la Regione.

Il primo elemento da esaminare emerge dall'analisi dei dati sugli accessi al pronto soccorso: il picco si registra nelle ore mattutine e, generalmente, con una grande incidenza di codici bianchi e verdi, cioè di quei pazienti affetti da patologie sicuramente fastidiose ma per le quali potrebbero essere sufficienti le cure del medico di base.

Ma è negli orari notturni che si verifica il maggior numero di aggressioni nei confronti del personale medico, degli infermieri, o degli operatori socio sanitari. Questo avviene per un fisiologico "svuotamento" dei nosocomi dal numero dei pazienti diurni ma anche per l'arrivo di una vasta platea di soggetti che, nell'ospedale, cercano più facilmente un ricovero per la notte che per veri bisogni di cure. E spesso, si tratta di persone magari con patologie psicologiche oppure sotto effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

POLIZIA

Per questo, uno dei primi atti messi in campo dall'Amministrazione Rocca è stata la riapertura di molti posti di polizia all'interno degli ospedali che, nel corso degli anni, soprattutto nell'epoca del Covid, erano stati chiusi. Il primo è stato il posto di polizia al San Camillo, riattivato e operativo 24 ore su 24. Poi, via via, sono stati riaperti i presidi al policlinico Umberto I, al

Sant'Andrea, al Gemelli, al policlinico di Tor Vergata e al San Giovanni.

LISTE D'ATTESA

L'altro elemento sul quale la Giunta Rocca ha puntato moltissimo è la riduzione delle liste d'attesa con risultati incoraggianti anche se, come lo stesso Governatore ha più volte ricordato, «non ancora del tutto soddisfacenti». La strategia seguita da Rocca è quella di incrementare il personale - 14mila fra nuove assunzioni e stabilizzazioni dei precari storici - aumentare i macchinari a disposizione - 329 grandi apparecchiature arrivate e in funzione nell'ultimo biennio - e informatizzazione dei posti letto inserendo anche quelli delle strutture private. Il risultato finale è una diminuzione di 1 ora e 44 minuti dei tempi di attesa in pronto soccorso a fronte di un aumento degli accessi del 10,2%.

Fernando M. Magliaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14mila

le assunzioni e stabilizzazioni nel settore attivate dalla Regione negli ultimi due anni per 661 milioni di investimento totale

1h 44'

è la riduzione media registrata nei tempi di attesa ai pronto soccorso del Lazio nel corso del 2024 pari a un -7,5% rispetto al 2023



Medici e infermieri sotto attacco

La denuncia dei sindacati: ogni giorno si consumano almeno due aggressioni al personale. Più del 10% dichiara di aver subito danni permanenti. Il Grassi tra gli ospedali più colpiti

Vengono accusati di incompetenza e negligenza, minacciati al suono di «te la faccio pagare», «non hai curato bene mia madre» e giù insulti nella migliore delle ipotesi. Perché poi alle offese, in un caso su tre, seguono le spinte, gli sputi, gli schiaffi come è accaduto qualche settimana fa all'ospedale Villa San Pietro e solo qualche giorno fa al San Camillo. Secondo i sinda-

cati e le associazioni ogni giorno si registrano due aggressioni e oltre il 92% avviene negli ospedali. Nel mirino anche gli infermieri: il 10% accusa danni permanenti.

Mozzetti alle pagg. 40 e 41



Emergenza sicurezza nei pronto soccorso

La vita sotto minaccia di medici e infermieri «Violenze ogni giorno»

► Da Villa San Pietro al San Camillo: il personale sanitario ogni 24 ore subisce in media due aggressioni. Mercoledì in quattro sequestrati in camera dai parenti di una paziente

IL CASO

Vengono accusati di incompetenza e negligenza, minacciati al suono di «te la faccio pagare», «non hai curato bene mia madre» e giù insulti nella migliore delle ipotesi. Perché poi alle offese, in un caso su tre, seguono le spinte, gli sputi, gli schiaffi come è accaduto qualche settimana fa all'ospedale Villa San Pietro sulla Cassia dove una madre accorsa al pronto soccorso con la figlia minorenne dopo averla recuperata

ubriaca a una festa, si è scagliata contro la dottoressa in turno accusandola di non aver visitato bene la ragazzina e che la stessa no, non era capace di ubriacarsi e perdere il controllo e che dunque la professionista aveva sbagliato nel refertare un abuso di alcol. Ancora più recentemente alcuni medici dell'ospedale San Camillo sono stati chiusi addirittura in una stanza nel reparto di Medicina Interna. In quattro sono stati aggrediti prima verbalmente e poi spinti dentro una stanza del reparto da due uomini giovani che, presentandosi come parenti di una degente, pretendevano di avere dei documenti riservati. Nello specifi-

co i due, che si sono presentati come nipoti della paziente, hanno chiesto insistentemente la cartella clinica della donna. I quattro medici hanno provato a spiegare loro che per acquisire determinati docu-



menti è necessario seguire una procedura ma i due uomini entrambi trentenni hanno insistito fino al punto di passare dall'aggressione verbale a quella fisica. Uno dei due ha anche millantato di essere un consigliere di Roma Capitale prima di spingere i quattro professionisti dentro una stanza.

I NUMERI

Un fatto gravissimo ha sottolineato l'azienda sanitaria che, come molte altre, si trova quotidianamente ad affrontare il fenomeno. Stimano i sindacati e le associazioni di categoria che in media ogni giorno nei nosocomi romani si consumano almeno due aggressioni per sito. Non tutte fortunatamente si traducono in episodi di violenza fisica anche se in alcuni ospedali - a partire dal Grassi di Ostia - la percentuale si alza. Oltre ai medici ad essere presi di mira sono anche gli infermieri. «Un quarto degli infermieri che ha segnalato di aver subito violenza riporta un danno fisico o psicologico causato dall'evento stesso. Il 10,8% dichiara

che i danni fisici o psicologici hanno causato disabilità permanenti e modifiche delle responsabilità lavorative o inabilità al lavoro. La conseguenza

professionale prevalente riguarda il "morale ridotto" (41%) e "stress, esaurimento emotivo, burnout" (33%). Il 15% infine di chi ha subito un danno dichiara che questo ha comportato un'assenza lavorativa. Conseguenza ovvia è l'abbassamento del livello di qualità di assistenza ai pazienti», commenta Maurizio Zega, presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Roma. In base alle statistiche più della metà delle aggressioni avviene quando il professionista prova a comunicare con l'assistito, che sia il paziente stesso o i suoi familiari. Nel 30,7% la "rabbia" scatta per i tempi di attesa e nel 24,7% durante la somministrazione delle terapie. Più del 92% delle aggressioni poi denunciate alle forze dell'ordine avviene in ospedale. Ma c'è dunque almeno un 8% che si verifica lontano dalle corsie dei reparti, ovvero negli ambulatori dei medici. Episodi an-

che molto gravi se si pensa a quanto accaduto nell'ottobre 2023 al professor Francesco Le Foche che fu aggredito e picchiato selvaggiamente nel suo ambulatorio. Tanti sono i medici di famiglia e pure i pediatri che devono fare i conti in primis con le aggressioni verbali di pazienti e parenti di quest'ultimi che pretendono ad esempio la prescrizione di antibiotici o farmaci anche quando non servono. «È necessario prendere provvedimenti, le Asl devono fare immediatamente denuncia e supportare poi i dipendenti nei passi successivi per evitare che in un momento di carenza di figure si arrivi a un depotenziamento del servizio - commenta Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei medici di Roma - e al contempo garantire i servizi stessi con investimenti al fine anche di evitare episodi del genere».

Camilla Mozzetti

camilla.mozzetti@ilmessaggero.it

UN QUARTO DEGLI OPERATORI CHE SEGNALANO GLI ABUSI RIPORTA DANNI FISICI COME STRESS E BURNOUT

Un intervento della polizia dopo uno dei tanti episodi di aggressione a medici e infermieri



Grassi, presidio di frontiera «È un inferno lavorare così»

IL VIAGGIO

«Non possiamo più lavorare in queste condizioni», denunciano alcuni medici e infermieri dell'ospedale Grassi di Ostia, dopo l'ennesima aggressione subita nel pronto soccorso della struttura. Sabato scorso, un uomo di 58 anni, in evidente stato di alterazione, ha preteso di visitare la madre fuori dall'orario consentito. Al rifiuto del personale sanitario, ha reagito con violenza, colpendo due medici e tre infermieri con pugni e calci. Solo l'intervento dei carabinieri ha posto fine all'aggressione, portando all'arresto dell'uomo. Questo episodio non è un caso isolato.

I PRECEDENTI

Lo scorso luglio, un giovane paziente sotto l'effetto di sostanze stupefacenti ha aggredito il personale del pronto soccorso, causan-

do lesioni a un medico e interrompendo le attività del reparto per diverse ore. Le aggressioni al personale sanitario rappresentano un fenomeno in preoccupante crescita. Secondo i dati Inail, nel 2023 si sono registrati oltre 1.200 casi di violenza nei confronti di operatori sanitari in Italia. Questa escalation di violenze ha portato a richieste sempre più pressanti per l'adozione di misure di sicurezza efficaci. Le autorità regionali hanno espresso solidarietà al personale aggredito. Il presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, ha condannato qualsiasi forma di aggressione: «Queste violenze devono finire, non smetteremo mai di dirlo a gran voce e di fare tutto il possibile per arginare l'odioso fenomeno». I

medici e infermieri del Grassi restano in prima linea e chiedono interventi concreti per garantire la loro sicurezza sul luogo di lavoro: «Il nostro è un ospedale di quartiere», è il grido che si leva dai corridoi della struttura di via

Passeroni. Le proposte avanzate includono l'istituzione di presidi fissi delle forze dell'ordine all'interno degli ospedali, l'installazione di sistemi di videosorveglianza e l'organizzazione di corsi di autodifesa per il personale sanitario. Misure che, secondo gli operatori, non sono più rinviabili per assicurare un ambiente di lavoro sicuro e dignitoso. E sono molti i residenti che hanno espresso solidarietà: «La situazione al Grassi - dicono - è emblematica di una problematica diffusa in molte strutture sanitarie. Non è giusto che ci cura venga aggredito continuamente. È fondamentale che le istituzioni intervengano con urgenza per proteggere chi ogni giorno si dedica agli altri».

Chiara Rai

**L'ULTIMO EPISODIO
POCHE SETTIMANE FA
UN UOMO DI 59 ANNI
ARRESTATO
«NON MI FACEVANO
VEDERE MIA MADRE»**



L'ingresso del pronto soccorso dell'ospedale Grassi di Ostia: medici e infermieri in prima linea. L'ultima aggressione pochi giorni fa



Il messaggio L'audio in San Pietro

La voce del Papa: «Grazie, pregate io vi accompagno»

di **Gian Guido Vecchi**

«Grazie per le vostre preghiere». Le prime parole di papa Francesco dal ricovero al Gemelli, diffuse ieri alle 21 in piazza San Pietro: un audio in spagnolo con voce fragile e affaticata. a pagina 19 **De Bac**

La voce sofferente di Francesco «Grazie per le vostre preghiere»

L'audio registrato ieri al Gemelli: «Vi accompagno da qui». I medici: condizioni stazionarie

di **Gian Guido Vecchi**

CITTÀ DEL VATICANO La voce è flebile, affannata, «*agradezco de todo corazón las oraciones que hacen por mi salud desde la Plaza, los acompaño desde acá...*», Francesco parla in spagnolo, è la prima volta che lo si sente da quando è stato ricoverato il 14 febbraio, e l'audio registrato ieri nella stanza d'ospedale viene diffuso in piazza San Pietro all'inizio della recita serale del rosario per la sua salute: «Ringrazio di cuore per le vostre preghiere per la mia salute dalla Piazza, vi accompagno da qui. Che Dio vi benedica e che la Vergine vi custodisca. Grazie» sospira il Papa, interrompendosi talvolta tra una parola e l'altra per prendere fiato, una registrazione che dice tutta la fragilità delle sue condizioni e insieme il desiderio di ringraziare i fedeli che in tutto il mondo pregano per lui da tre settimane: Francesco, spiega la Santa Sede, ha voluto inviare il messaggio vocale perché

«toccato dai numerosi messaggi di affetto che quotidianamente gli vengono inviati, e grato per le preghiere del popolo di Dio».

In piazza è il cardinale Angel Fernandez Artime, che ieri sera ha guidato la preghiera, ad annunciare «il bel dono che il Santo Padre ci ha fatto». Una sorpresa che arriva mentre si conferma che le condizioni restano «stabili», ed è il terzo giorno di fila dopo la paura di lunedì: il bollettino del Gemelli informa che Francesco non «ha presentato episodi di insufficienza respiratoria» e quindi non ha avuto altre crisi come le due che lo avevano colpito all'inizio della settimana e le altre due della settimana precedente.

La prognosi rimane riservata, Bergoglio è un uomo di 88 anni colpito da una polmonite bilaterale. Superate le tre settimane di ricovero e proprio «in considerazione della stabilità del quadro clinico», tuttavia, dall'ospedale si dice che oggi non ci sarà un nuovo bollettino e il prossimo sarà diffuso domani, anche se la Santa Sede fa sapere che saranno comunque date informazioni: «Le condizioni

sono stabili, ci vuole pazienza. Naturalmente, pur nella stabilità, resta il quadro complesso, ma non c'è sempre motivo di ripetere che il Papa è stabile».

Francesco, comunque, si è fatto sentire con buona pace delle notizie false, le teorie del complotto e i terrapiattismi assortiti che da giorni, nei social in Rete, sono arrivati a sostenere che non ci sono immagini del Papa ricoverato perché starebbe molto peggio di quanto non si voglia ammettere o addirittura sarebbe già morto da tempo. Dal Vaticano si era già chiarito che non si è più vista un'immagine del Papa dal momento del ricovero perché così ha deciso lo stesso pontefice, e del resto «ognuno è libero di scegliere se e quando farsi vedere».

L'audio è anche una dimostrazione di carattere. Ieri Bergoglio «ha continuato con beneficio la fisioterapia respiratoria e quella motoria». So-



no rimasti stabili anche «i parametri emodinamici e gli esami del sangue». Ciò che è più importante, continua a non avere febbre, segno che l'infezione non si è estesa. Anche ieri ha lavorato un po', e alternato riposo e preghiera. Dorme bene, è di umore buono, mangia cibi solidi. Di giorno prosegue «l'ossigenoterapia ad alti flussi», la venti-

lazione attraverso naselli; durante la notte continua a essere aiutato dalla ventilazione meccanica. Si continua a navigare a vista: «È l'evoluzione naturale di una polmonite sotto terapia».

La vicenda

Il ricovero per la bronchite

✓ Il 14 febbraio il Papa viene ricoverato al Gemelli di Roma per l'acuirsi della bronchite che lo affligge da giorni. Ha una bronchite su base infettiva, cioè un'«infezione delle vie respiratorie»

La polmonite bilaterale

✓ Il 18 febbraio la Tac dimostra l'insorgere di una polmonite bilaterale: una infezione «polimicrobica», causata da virus e batteri, delle vie respiratorie. Inizia una terapia cortisonica antibiotica

La crisi respiratoria del 22 febbraio

✓ Il 22 il suo quadro clinico, già critico, si aggrava: ha una crisi respiratoria di tipo asmatico e, per farlo respirare, serve l'ossigeno. Viene sottoposto anche a una trasfusione per un calo piastrinico

Il broncospasmo del 28 febbraio

✓ Il 23 insorge una lieve insufficienza renale, rientrata il 26. Il suo stato di salute migliora ma il 28 ha una crisi di broncospasmo e un episodio di vomito per inalazione: serve la ventilazione meccanica

Due nuovi episodi il 3 marzo

✓ Il 3 marzo ha altre due crisi respiratorie acute. «Non c'è una nuova infezione» e respira spontaneamente ma ritorna alla mascherina per l'ossigeno. Da allora le sue condizioni di salute sono stabili

Il bollettino

Il Papa non ha febbre, nessuna nuova crisi ma la prognosi resta riservata



La polmonite è scomparsa o no

Quanto può durare l'aiuto a respirare

Come interpretare la «stabilità»

di **Margherita De Bac**

1 Il Papa è ricoverato al Gemelli da tre settimane. Negli ultimi bollettini non c'è traccia di condizioni in miglioramento. Si parla di stabilità. Che segno è?

Non è un segnale positivo. Avremmo sperato in un decorso migliore, in una ripresa sia pur lieve ma progressiva. Teniamo conto che il Papa verosimilmente soffre di una malattia cronica respiratoria che negli ultimi tempi lo ha reso parzialmente invalido. Si è aggiunta una polmonite bilaterale.

2 Le terapie antibiotiche per la polmonite hanno efficacia al massimo entro 14 giorni dall'inizio del trattamento. Siamo

arrivati al ventunesimo giorno e non è mai stato detto che l'infezione sia estinta, solo che ha «un decorso normale». Espressione poco circostanziata?

La completa scomparsa dei focolai infettivi viene evidenziata solo dall'esame Tac a distanza di un mese. Anche se gli antibiotici hanno avuto effetto, deve passare altro tempo prima di vedere i polmoni «liberi». Ancora ieri fonti vaticane riferivano che sta proseguendo la terapia per la polmonite bilaterale e la riabilitazione.

3 Il Papa non può respirare da solo. È aiutato da ossigenoterapia ad alti flussi (con tubicini nelle nari) alternata al ventilatore meccanico che spinge aria nei polmoni. Quanto tempo possono andare avanti queste cure intensive?

Non in modo indefinito. Sono terapie necessarie ma che sottopongono l'intero organismo a uno stress notevole e andando avanti nel tempo altri apparati vitali ne risentono. Oltretutto il Papa ha dovuto superare tre broncoscopie (aspirazione di materiale dai bronchi) per riprendersi da altrettante crisi respiratorie. Sta sopportando cure molto pesanti dal punto di vista fisico e psicologico.

4 Potrebbe sostenere un livello superiore di rianimazione?

Non ci sono le premesse perché i medici la propongano anche se le sue condizioni dovessero peggiorare. La ventilazione invasiva, il livello superiore, comporta l'intubazione con sedazione che sarebbe deleteria. Poi sarebbe difficile tornare indietro per una persona tanto debole. Oltretutto si dovrebbe ottenere il consenso informato del Pontefice. Il trattamento sarebbe incompatibile con la volontà di mantenere vigilan-

za.

5 C'è sofferenza in questo stato?

La fame d'aria è una brutta esperienza. La sedazione per ridurre il fastidio significherebbe chiudere la porta alla speranza di una ripresa.

6 Si alimenta naturalmente?

Sì «con cibo solido, non c'è alimentazione assistita», replicano fonti vaticane a una delle tante illazioni circolate in questi giorni di ricovero. (Ha risposto alle domande del *Corriere della Sera* Claudio Santini, direttore reparto medicina dell'ospedale Grassi di Roma)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I tempi

L'estinzione dei focolai viene evidenziata solo dalla Tac a distanza di un mese

