

27 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

estense.com[®]

27 Marzo 2025

L'evento ha registrato la partecipazione di oltre 100 professionisti e professioniste del settore sanitario

Grande successo per il convegno nazionale San-Ita organizzato da Copma a Bologna



Si è concluso con grande successo il primo Convegno Nazionale San-Ita dal titolo "Ica, Amr e il ruolo dell'Ambiente – Le sfide verso il 2050 per Sanità, Salute e Sanificazione", organizzato da Copma presso l'Unahotels Bologna Fiera.

L'evento ha registrato la partecipazione di oltre 100 professionisti e professioniste del settore sanitario, tra cui medici, dirigenti sanitari, infermieri specializzati nel rischio infettivo, responsabili di area, direttori sanitari, farmacisti ospedalieri e rappresentanti istituzionali.

"Con questo convegno vogliamo ribadire che la sanificazione, quando fondata su basi scientifiche e approcci innovativi, è una leva strategica per il futuro della sanità. Da oltre dieci anni Copma investe in ricerca per offrire soluzioni efficaci, come il sistema Pchs, capaci di ridurre drasticamente la carica batterica e contribuire alla prevenzione delle Ica e dell'antimicrobico-resistenza. Oggi più che mai sentiamo il dovere di informare, divulgare e mettere a disposizione della sanità pubblica e privata, così come degli ambienti pubblici e collettivi, un modello operativo che può fare la differenza.", così Silvia Grandi, presidente di Copma, ha aperto la mattinata.

Hanno poi portato i saluti l'assessore regionale alla Salute **Massimo Fabi**, **Simone Gamberini**, per Legacoop, **Sara Accorsi**, consigliera della Città Metropolitana di Bologna, e **Andrea Baldini** (Anci Emilia-Romagna).



Spazio poi agli interventi tecnici, fulcro della giornata di lavori.

Walter Ricciardi, professore ordinario di Igiene e Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Salute Pubblica all'Università Cattolica del Sacro Cuore, ha denunciato con forza l'insufficienza delle misure adottate finora contro le infezioni correlate all'assistenza e l'antimicrobico-resistenza, definendo la situazione italiana catastrofica, e ha richiamato con urgenza l'attuazione di strategie strutturate, coordinate e finanziate in chiave One Health, per evitare decine di migliaia di morti evitabili nei prossimi anni.

Elisabetta Caselli, professoressa associata in Microbiologia Clinica presso l'Università di Ferrara, ha illustrato l'efficacia del sistema Pchs nel ridurre stabilmente carica batterica, resistenze antibiotiche e infezioni correlate all'assistenza, promuovendo un cambio di paradigma verso una sanificazione sostenibile e probiotica, in linea con l'approccio One Health e validata da solide evidenze scientifiche nazionali e internazionali.

Gianfranco Finzi, presidente nazionale dell'Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere (Anmdo), ha richiamato l'urgenza di un impegno concreto e strutturato delle istituzioni nella prevenzione delle infezioni ospedaliere, sottolineando la necessità di investimenti in personale, formazione, attrezzature e linee guida operative.

L'Avvocato **Maurizio Hazan**, presidente della Fondazione Italia in Salute, ha approfondito le implicazioni giuridiche delle infezioni correlate all'assistenza, evidenziando la necessità di un sistema sanitario proattivo e non più solo reattivo, fondato sulla prevenzione, sulla gestione del rischio e sull'adozione sistematica di protocolli e buone pratiche, per una "sanità responsabile" che tuteli sia il paziente che l'operatore.

Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, ha presentato una

revisione sistematica sugli interventi più efficaci per prevenire le Ica, sottolineando che solo approcci multifattoriali, sorveglianza continua, formazione del personale e implementazione strutturata delle linee guida Oms possono garantire risultati concreti e sostenibili nel controllo delle infezioni in ambito sanitario.

Veronica Vecchi, professoressa presso Sda Bocconi e Università Bocconi, ha partecipato in collegamento video direttamente da Cortina dove è impegnata nei lavori del Comitato Olimpico per Milano-Cortina 2026, evidenziando l'urgenza di un cambiamento culturale nel procurement sanitario, promuovendo il passaggio da logiche di risparmio a strategie orientate al "value for society", capaci di generare benefici ambientali, sociali ed economici attraverso acquisti pubblici responsabili, sostenibili e centrati sull'innovazione.

La vivace tavola rotonda finale, moderata dal giornalista scientifico **Ennio Battista**, ha permesso un confronto aperto e multidisciplinare, nell'ottica dell'approccio "One Health".

Sono intervenuti **Vitalia Murgia** (pediatra e membro della Giunta Nazionale di Isde Italia, ha evidenziato l'importanza dell'ambiente nella salute), **Valeria Fava** (coordinatrice delle politiche della salute di Cittadinanzattiva, ha parlato del ruolo dei cittadini nella sicurezza sanitaria), **Franco Berrino** (già direttore del Dipartimento di Medicina Preventiva e Predittiva dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano), ha discusso l'importanza della prevenzione nel contrasto alle infezioni, **Padre Virginio Bebbier** (presidente dell'Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari - **Aris**), ha offerto una prospettiva sulle sfide etiche nella sanità.

Nel foyer il corner dedicato al podcast "**Tonica**", produzione Copma Group che esplora il benessere attraverso storie ed esperienze dello "stare bene" (filo conduttore della mission di Copma Group) e che ha visto alternarsi i protagonisti della giornata intervistati da Fabiana Signorini.

Il convegno ha evidenziato l'importanza di un approccio integrato e sostenibile nella sanificazione, tema centrale per Copma, che continua a promuovere l'innovazione e la ricerca per affrontare le sfide sanitarie future.



la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



il venerdì

DOMANI IN EDICOLA

il venerdì David Cronenberg racconta i suoi incubi

Rcultura Lancini: Adolescenza parla agli adulti

di ANNALISA CUZZOCREA alle pagine 34 e 35



Giovedì 27 marzo 2025 Anno 50 - N° 73 Oggi con Salute e U Iniziale €2,50

Casa Bianca le accuse del Chatgate

Scontro aperto tra gli uomini del presidente e la rivista The Atlantic che pubblica i piani segreti di guerra contro gli Houti Bufera sui capi dell'intelligence americana

di FRANCESCINI, LOMBARDI, MASTROLILLI e RIOTTA alle pagine 2, 3 e 4

Vertice da Meloni: basta liti e in Ucraina solo con l'Onu

Pnrr, il dossier sui fondi a rischio Giorgetti alla Ue: serve un rinvio

di COLOMBO e FONTANAROSA a pagina 15

Prima un vertice a Palazzo Chigi per sedare le liti interne alla maggioranza, poi stamani Giorgia Meloni si presenterà a Parigi per il vertice dei "volenterosi" mobilitati da Emmanuel Macron. Insisterà sulla missione internazionale di pace - sotto le bandiere dell'Onu - per impiegare le truppe italiane a vigilare sulla fine delle ostilità in Ucraina.

di CIRIACO DE CICCO e VITALE alle pagine 10 e 11



IL CASO

di FILIPPO SANTELLI

Trump: dazi del 25% sulle auto incasseremo fino a un trilione

a pagina 6

Nordio si salva e per Santanchè più vicina la prescrizione

L'epica di Carlo Nordio sul caso Almasri presenta molte contraddizioni, ma il Guardasigilli incassa la fiducia. «Contro di me siamo quasi ai libelli dell'Inquisizione». E per la ministra Santanchè si avvicina la prescrizione.

di CERAMI, DI RAIMONDO e SANNINO alle pagine 12 e 13

La giustizia sfiduciata

di CARLO BONINI

Ci sono momenti in cui la forza dello svelamento è più forte di ogni dissimulazione. E ieri è stata una di quelle giornate. Il ministro di Giustizia Carlo Nordio era chiamato in Parlamento ad affrontare la mozione di sfiducia delle opposizioni (per altro dall'esito scontato) sul caso Almasri, mentre la posizione della ministra del Turismo Daniela Santanchè era all'attenzione del giudice dell'udienza preliminare di Milano che doveva e dovrà decidere sulla sua richiesta di rinvio a giudizio per truffa aggravata ai danni dell'Inps. Sappiamo come è finita. Nordio è uscito dal Parlamento così come ci era entrato.

continua a pagina 17

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



Torino, bus nel Po: muore autista aspettava una scolaresca in gita

di GIULIA D'ALEO a pagina 24

La luna, i diritti e il passo indietro dell'umanità

LE IDEE

di MELANIA MAZZUCCO

La luna è divina. Millemi prima che gli astronomi scoprissero che è un globo di roccia, condannato dalla forza gravitazionale a ruotare intorno alla terra e, insieme con essa, intorno al sole, i mortali ne avevano riconosciuto la sacralità. Maschile, nella mitologia mesopotamica, giapponese e norrena.

a pagina 17



CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/68281
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06/688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02/68707310
mail: servizioclienti@corriere.it



Federica Brignone
«Testa e velocità sono i miei segreti»
di Daniele Sparisci
a pagina 45



Domani su 7
Il mondo di Sophie: film, poesie, pudore
di Stefano Montefiori
nel magazine del Corriere



I piani rivelati dei raid nello Yemen, scontro sulla chat. Macron vede Zelensky: 2 miliardi di aiuti, Mosca vuole ancora la guerra

Dazi sulle auto, l'affondo di Trump

L'annuncio: tariffe del 25% su tutti i veicoli importati. E attacca sulla Groenlandia: la prendiamo, ci serve

TAIANE SOLO IN MISSIONI ONU

Ucraina, vertice a Palazzo Chigi: non invieremo soldati italiani

di Marco Cremonesi e Monica Guerzoni

SE LA PACE È INGIUSTA

di Paolo Mieli

È ormai evidente che gli Stati Uniti si accingono ad imporre all'Ucraina un iniquo

«accordo» con l'aggressore. A dispetto della lodevole insistenza del capo dello Stato Sergio Mattarella, del presidente della Conferenza episcopale Matteo Zuppi e di molti leader europei sul tema della «pace giusta», Donald Trump e Vladimir Putin lasciano intendere in tutti i modi possibili e all'unisono d'essere alla ricerca di un'intesa che preveda un trattamento punitivo per l'Ucraina. Accompagnata da un'umiliazione, fin dove è possibile, dell'Europa tutta, il messaggio subliminale (anzi, quasi esplicito) inviato da Washington a Zelensky e alle sue forze armate che ancora si battono palmo a palmo in regioni già formalmente annesse alla Russia, è che ogni sforzo è inutile. E, per quel che riguarda gli europei, ostentatamente esclusi dal tavolo della trattativa, si lascia intendere che è da considerare implausibile un loro ruolo, in territorio ucraino, anche solo a difesa della «pace ingiusta» che prima o poi verrà imposta. Si accorcino, gli europei, a parare semmai i prossimi colpi dei russi. Non tanto quelli da considerarsi inevitabili rivolti contro le indifese aree che un tempo appartengono all'Unione sovietica (in qualche caso interi Paesi). Quanto quelli indirizzati contro l'insieme degli Stati europei.

continua a pagina 26

Il presidente Donald Trump insiste sui dazi. E annuncia tariffe del 25% su tutte le auto importate negli Usa. Ribadita inoltre la volontà di annettere la Groenlandia: «La prendiamo, ci serve». Sulle chat con i piani dei raid nello Yemen, smentito il segretario alla Difesa Hegseth. Sul fronte ucraino, incontro tra i presidenti Macron e Zelensky: promessi due miliardi di aiuti a Kiev.

da pagina 2 a pagina 9

USA, I MESSAGGI SU SIGNAL

Quegli emoji dopo le bombe

di Viviana Mazza

alle pagine 2 e 3

GIANNELLI

TRATTATIVE PER LA TREGUA IN UCRAINA



RAI 3 HD

IL VIAGGIO NELL'ISOLA

Il silenzio infranto



di Paolo Giordano

Una coincidenza, oppure una finezza estrema del governo americano: il video in cui Usha Vance ha annunciato il suo imminente viaggio in Groenlandia è stato pubblicato proprio nel Nordic Day, il giorno dedicato all'unione delle nazioni nord europee.

continua a pagina 3

Istanbul Pamuk e l'arresto del rivale di Erdogan: democrazia a rischio



La mia Turchia che protesta per la libertà

di Orhan Pamuk

Dal giorno dell'arresto, questo mese, del principale rivale politico del presidente Erdogan, il sindaco di Istanbul Ekrem Imamoglu, dietro accuse palesemente pretestuose di corruzione e terrorismo, la piazza Taksim, centro turistico della città e cuore pulsante della protesta politica, è rimasta vuota, transennata dalla polizia.

continua a pagina 19

Giustizia Il voto sul caso Almasri

Nordio, respinta la sfiducia «Riforma avanti»

di Giovanni Bianconi e Virginia Piccolillo

Caso Almasri, la Camera ha respinto (con 215 voti) la mozione di sfiducia presentata dall'opposizione contro il ministro della Giustizia Carlo Nordio. Il gruppo di Azione ha scelto di non partecipare alla votazione. Il guardasigilli: «La riforma va avanti».

a pagina 12

L'EX AD DI ASPETTI CASTELLIUCCI PARLA IN AULA

«Morandi, non ho colpe ma mi sento responsabile»

di Andrea Pasqualetto

«Mi sento responsabile, ma non colpevole». A sette anni dal crollo del ponte Morandi ha parlato in aula Giovanni Castellucci, ex ad di Autostrade per l'Italia. «Mai risparmiato sulla manutenzione e dai tecnici nessuna segnalazione», ha detto.

a pagina 21

IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

La borsa dell'apocalisse

Dopo aver seguito il video in cui la commissaria europea per la gestione delle crisi Hadja Labbib illustra in tono fiare come affrontare le prime 72 ore di un'eventuale emergenza continentale, mi sento molto più sereno. Siamo in ottime mani. Dalla borsa della commissaria spuntano coltellini svizzeri, carte da gioco, caricatori per telefonini e barrette energetiche. Le prime cose che verrebbero in mente a tutti, nel caso in cui ci arrivasse addosso un missile o un'altra pandemia, ma era giusto ricordarcelo. Per esempio: nella mia lista di preparativi per la fine del mondo in 72 ore (non una di più), i caricatori c'erano, e anche le carte, ma le barrette no. Avevo messo i wafer, però li toglgo subito: è l'Europa che me lo chiede. Mi piace tantissimo essere tratta-



to a sessant'anni come un bambino, anche perché oggi nessun bambino si lascerebbe trattare così. Se la commissaria avesse fatto uscire dalla borsa una maglietta della salute, sarei scoppiato in lacrime per la commozone. Eh sì, queste trovate alla Mary Poppins scaldano il cuore di gratitudine. Se avesse parlato di rifugi antiatomici, difese satellitari e potenziamento delle terapie intensive negli ospedali, mi sarei tanto spaventato. Invece un'ipotesia catastrofe ridotta alle dimensioni di un pigiama party fa meno paura, vero? E poi adesso abbiamo finalmente le idee più chiare sul piano di riarmo europeo. Spaventeremo Putin agitando in faccia dei coltellini da campeggio.

© RIPRODUZIONE VIETATA

Advertisement for Edison energy featuring a wind turbine and the text 'Futuro in corso. Da oltre 140 anni, siamo impegnati per il progresso e la sicurezza energetica del Paese. Anche adesso, anche qui. EDISON Diventiamo l'energia che cambia tutto.'

50327
Per informazioni: 02/68281
9 771120 431008

LACRONACA

Torino, l'autista ha un malore e precipita con il pullman per lo

FEDERICO GENTA, GIOVANNI TURI - PAGINA 17



Salvatore Mussi fuma nervoso a due passi dall'ingresso del pronto soccorso dove i medici stanno visitando la moglie. «Ha male a un braccio, è ancora terrorizzata». Lei è una delle tre donne rimaste ferite nell'incidente che ieri pomeriggio ha sconvolto il centro di Torino.

LA SENTENZA

Assolto Muttoni, re dei concerti "Costretto a vendere l'azienda"

ANDREA RUCCI, ANDREA JOLY - PAGINA 14



LA STAMPA

GIOVEDÌ 27 MARZO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

2,40 € (CON SALUTE IN ABBINAMENTO OBBLIGATORIO) | ANNO 159 | N. 85 | IN ITALIA | SPEDIZIONE ABB. POSTALE | D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 | COMMA 1, DCB-TO | www.lastampa.it

GNN

UCRAINA, OGGI VERTICE DEI VOLENTEROSI. MELONI: PIÙ FORZA AL RUOLO DELL'ONU E AUMENTO DELLE TRUPPE NATO AI CONFINI

Trump: dazi sull'auto al 25%

Intervista a Trichet: «Tariffe, un martirio per gli alleati». Lega contro Lotlobrigida: l'Europa ci frega

IL COMMENTO

La miopia di Donald fa male all'America

GIORGIO BARBA NAVARETTI

Fa molto bene il Presidente. Mattearella a prendersela con i dazi trumpiani. «I mercati aperti corrispondono alla pace e ai nostri interessi vitali di esportazione». Giustissimo. Ma il buon consiglio non vale solo per noi. È una lezione che dovrebbe recepire anche chi i dazi li impone. «I dazi creano ostacoli ai mercati...» - PAGINA 23

BARBERA, BRESOLIN, CAPURSO, GORLA

CECCARELLI, LOMBARDO, SEMPRINI
Stangata di Trump sull'auto. Dazi del 25% sui veicoli non prodotti negli Usa, nel mirino anche i farmaci. Il presidente: «Con tutte le tariffe recupereremo cento miliardi l'anno». La delusione di von der Leyen: «Difenderemo i nostri interessi». L'Ue cerca ancora soluzioni negoziate. Ma il commissario Sefcovic ora tratta con Pechino. **CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 3-4**

I piani segreti in chat lite alla Casa Bianca

Francesco Semprini

IL LAVORO

Famiglie più povere quel buco nero italiano

CHIARA SARACENO

Non solo i salari, anche i redditi di varia fonte delle famiglie italiane non riescono a tenere il passo con l'inflazione, che brucia ogni piccolo miglioramento nominale. E aumentano le disuguaglianze. Rispetto al 2007, stima l'Istat, in termini reali, ovvero di potere d'acquisto, le famiglie hanno perso in media l'8,7%. - PAGINA 12

LA GIUSTIZIA

Nordio e la solitudine dell'azzecagarbugli

ALESSANDRO DE ANGELIS

Deve aver imparato le abitudini della casa il guardasigilli Carlo Nordio. Che, dopo una mezz'ora di incomprensibili cavilli, suona la carica sulla "madre di tutte le riforme" - quella della giustizia - con coraggio temerario rispetto alla scaramanzia semantica. L'altra "madre" - il premierato - desapa- recida. **ORIGNETTI - PAGINA 11**

L'ANALISI

E la Germania ritorna la fabbrica dei cannoni

DOMENICO QUIRICO

Abbiamo passato tanti anni a fantascarsu come dovesse essere il futuro in Europa senza la maledizione della guerra: la vita, l'arte, la politica, la letteratura, i confini... con una sorta di infatuazione giovanile come quando, da ragazzi, si fanno i progetti per il tempo in cui si diventerà grandi. Archiviata per sfimento nel 1945 la ordalia franco tedesca, caduto il Muro nell'89 che aveva prolungato la Guerra mondiale segnando la cicatrice di ferro e cemento dal Baltico all'Adriatico, era arrivato un secolo, come forse nessuno nella nostra storia, tanto pieno di avvenire. Quando si giocava al terzo millennio in questa isola del mondo si lavorava di fantasia, razionalità, tolleranza, eguaglianza, scambio. - PAGINA 7



Draghi: è un problema se si riarma solo Berlino

Alessandro Barbera

L'INTERVENTO DELLO STORICO APRE LA BIENNALE DEMOCRAZIA DI TORINO: I CONFLITTI NON SONO OBBLIGATORI



LA CHIESA E IL FINE VITA

Io, cattolico e malato, vi dico la lotta al dolore non è peccato



ENZO BIANCHI

Negli ultimi tre anni della mia vecchiaia mi ha abitato sovente l'esperienza del male fisico, il male vissuto nel mio corpo a causa di malattie e cure lunghe e gravose. - PAGINA 23

IL PROCESSO PER VIOLENZA

L'arringa di Ardant divide la Francia "Depardieu grezzo ma col cuore grande"

CATERINA SOFFICI



Erano giovani e belli, allora. Gérard Depardieu e Fanny Ardant, si sono conosciuti nel 1979 sul set del film *L'uomo dei cani*. Lui già famoso, lei una principessa da infermiera, ma già destinata a un grande futuro. Due anni dopo, diretti da François Truffaut, l'exploit di *La donna della porta accanto*. - PAGINA 19

IL DELITTO DI SPOLETO

Femminicidi, il rischio di fare passi indietro

FABRIZIA GIULIANI

Un altro uomo ha ucciso un'altra donna. È accaduto a Spoleto: lui si chiama Gianluca Romita, 47 anni, lei si chiamava Laura Papadia e ne aveva dieci di meno. Come accade spesso, lui ha avvertito altri del suo gesto: ha chiamato la ex compagna in Sardegna dicendo «ho fatto un macello», frase che abbiamo sentita ripetere molte volte da chi uccide una donna alla quale era legato. È una replica di episodi analoghi anche il tentativo di togliersi la vita dopo il fatto: la polizia ha trovato l'uomo sul Ponte delle Torri dopo averlo cercato altrove. Io ha fatto desistere, lui ha confessato ed è stato arrestato. - PAGINA 23



Le baby sette dei celibi che odiano le donne

Francesca Del Vecchio

BUONGIORNO

A Biennale democrazia di Torino, due giorni sono dedicati a Norberto Bobbio e alle sue riflessioni sulla guerra e sulla pace. Mario Baudino, che ne ha scritto per *La Stampa*, ha ammonito sulla sterilità di immaginarsi il pensiero di Bobbio davanti allo scempio di oggi. Giustissimo: bisogna sempre diffidare di chi dissotterra i morti per le contese dei vivi. Non solo: per quanto possa essere utile riprendere in mano Bobbio, temo che il suo concetto di via bloccata della guerra, formulato davanti alla minaccia e alla paralisi nucleare fra Stati Uniti e Unione Sovietica, ora sia molto indebolito. Era una via bloccata - né guerra da condannare né guerra da giustificare - perché non andava percorsa e, ancora di più, non era percorribile, se non a costo della fine dell'umanità. Mi mancano i titoli e le intenzioni

per spiegare Bobbio, ma devo dire il risaputo: nessuno dei contendenti usò il nucleare nella certezza della reazione dell'altro. Oggi questo equilibrio non esiste più. Da tre anni, Vladimir Putin prefigura scenari atomici se soltanto l'Occidente, e in particolare l'Europa, osa muovere un dito più del tollerabile, secondo i suoi volubili gradi di tolleranza. Il ricatto funziona e infatti non siamo stati capaci di difendere l'Ucraina quanto la causa meritasse. La paura dell'atomica adesso è tutta per noi e, mentre qui si discute dei dettagli lessicali di un riarmo casomai nel 2030, la Russia, secondo un rapporto dei servizi segreti americani, sta sviluppando un nuovo satellite deputato al trasporto di testate nucleari. La via è dunque sbloccata, e il nuovo motto sarà: se vuoi la pace, prepara la resa.

Via libera

MATTIA FELTRI

Carre VIP
Vuoi vendere la tua casa in COSTA AZZURRA senza spostarti in totale sicurezza?
Chiama il 0033 622 85 21 91
L'agenzia specialista della vendita con gli italiani
TI SEGUIAMO PERSONALMENTE FINO ALLA CONCLUSIONE DEL ROGITO
anna.carre@pimmogmail.com
info@carrevipimm.com - carrevipimm.com/en/

ALLARÉ
PORTE - FINESTRE - COPERTURE
www.allarcenter.it
Roma

Il Messaggero

ALLARÉ
PORTE - FINESTRE - COPERTURE
TEL 06491404

€ 1,40* ANNO 147 - N° 85
Sped. in A.P. 03/03/2025 con L.46/2024 art.1 c.1 DC 58/21

NAZIONALE

Giovedì 27 Marzo 2025 • S. Augusta

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Oggi Molto Donna
Elena Sofia Ricci:
dal no a Hollywood
a suor Angela
Un inserto di 24 pagine



Maccarani via dopo 30 anni
Choc nella ritmica
licenziata la ct
accusata di abusi
Rossetti nello Sport



Sansal, atteso il verdetto
Lo scrittore algerino
anti oscurantismo
che rischia il carcere
Ajello a pag. 24



Dazi, Trump colpisce l'auto

► L'annuncio: «Dal 2 aprile tariffe del 25% per tutti i veicoli prodotti fuori dagli Usa, farmaci e legname. Sarà il giorno della liberazione». Wall Street va giù. La Ue pronta a trattare: effetti devastanti

ROMA I dazi di Trump sulle auto: «Dal 2 aprile tariffe del 25% per tutti i veicoli prodotti fuori dagli Usa».

Pacifico, Paura e Vita alle pag. 2 e 3

L'editoriale
L'EUROPA
NON SI
È FERMATA
A VENTOTENE

Ferdinando Adornato

Stati Uniti d'Europa: è davvero un sogno realizzabile? Porsi questa domanda sarebbe stato certamente un modo più intelligente di discutere del Manifesto di Ventotene, evitando l'ennesima puntata della stucchevole guerra ideologica tra fascismo e antifascismo, con la politica perennemente prigioniera di un "passato che non passa". Viceversa, le sollecitazioni del presidente Mattarella a dimostrarsi "statiisti coraggiosi, capaci di decisioni veloci" dovrebbero obbligare tutti a cambiare i vecchi schemi mentali, per essere all'altezza degli svolgimenti che abbiamo di fronte.

All'epoca di Spinelli e di Rosi gli Stati Uniti d'Europa erano, appunto, un magnifico, visionario sogno. E guai a smarrirlo: perché è l'unico capace di evocare l'orizzonte di un'Unione "potenza tra le potenze", protagonista del governo del mondo. Però, se vogliamo (e dobbiamo) essere realisti, bisogna sapere che, allo stato attuale, esso resta ancora un sogno. Ci sono, infatti, almeno due grandi ostacoli alla sua realizzazione. Il primo riguarda l'andamento della nostra storia.

Continua a pag. 20

Macron: «Ritirare le sanzioni? È presto»

La tregua non parte: «Putin prende tempo»
E Bruxelles respinge le sue pre-condizioni

ROMA Ucraina, la tregua non parte. Trump: «Mosca prende tempo». Ancora i dubbi sull'intesa per il Mar Nero, mentre continuano a piovere droni su Kiev. Donald: «Putin tira indietro i piedi». E



Rubio avverte: «L'accordo di pace non è vicino». Il veto Ue sui negoziati: «Le sanzioni restano, le truppe russe si ritirino».
Evangelisti, Guaita e Rosana alle pag. 4 e 5

Santanchè, l'udienza rinviata di 2 mesi

Meloni: truppe italiane solo con l'Onu
Con Salvini e Tajani «salda convergenza»

dalla nostra inviata

Ileana Sciarra

PARIGI È presto, si gioca troppo d'anticipo». Ancora una volta è questa la convinzione che muove il governo italiano, con



la premier Giorgia Meloni ieri sera volata a Parigi per prendere parte alla riunione dei "volenterosi" convocata da Macron.
A pag. 7
Becbis e Errante alle pag. 8 e 9

Il caso Diabolik
LE ACCUSE
DI MAFIA
E LE SENTENZE
CORAGGIOSE

Massimo Martinelli

Maneggiare con cautela" verrebbe da pensare leggendo l'ultima sentenza che disegna la spina dorsale della criminalità organizzata a Roma. È quello che hanno fatto due giorni fa i giudici di corte d'Assise che hanno condannato il killer di Fabrizio Piscitelli, per tutti Diabolik. E hanno maneggiato con cautela il reato di associazione mafiosa, evitando di contestarla all'imputato.

Una scelta precisa, per certi versi coraggiosa, in tempi in cui l'aggrovata mafiosa diventa, per molti (...)

Continua a pag. 20

Ardant teste al processo per stupro. «A Gérard si può dire di no»



«Sono una donna, difendo Depardieu»

Fanny Ardant in tribunale in favore di Gerard Depardieu (nel tondo) (non AFP) Pierantozzi a pag. 13

Contratto scuola: per i prof aumenti fino a 150 euro

► Le cifre dell'Aran al tavolo per il rinnovo: 130 euro agli amministrativi. No di Cgil e Uil

Andrea Bassi

I conteggi sono atterrati ieri sul tavolo delle trattative per il rinnovo del contratto del comparto istruzione. Gli aumenti calcolati dall'Aran, l'Agenzia che tratta per il governo con i sindacati, vanno dai 142 euro lordi mensili per i dipendenti delle Università, ai 211 euro degli Enti di Ricerca. Per gli insegnanti, invece, l'aumento medio lordo mensile sarà di 150 euro.

A pag. 11

I conti del Mef

Fisco, cartelle record
Ma quasi 540 miliardi non sono più recuperabili

ROMA Cartelle fiscali da record: ma quasi 540 miliardi non sono più recuperabili. Meno vincoli sulle seconde case e i beni strumentali per avere più incassi.

A pag. 11

Ritratti Romani



Con i suoi camion
Cartocci ha fatto
la storia del cinema

Enrico Vanzina

La bellissima storia di Claudio Cartocci parte da lontano. Siamo nel primo dopoguerra.

A pag. 21

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA



VILLA MAFALDA Via Monte delle Gioie, 5 - Roma
Tel 06 86 09 41 - villamafalda.com

Il Segno di LUCA

PESCI, VIVA I SENTIMENTI

Tutto è predisposto per rimettere l'amore al centro della tua vita. Stamatina Venere torna nel tuo segno, dove si trattiene un mese abbondante a coccolarti, spiegarti, guidarti a esplorare insieme tutti i diversi aspetti della tua vita, guardandoli con uno sguardo nuovo. E per cominciare si congiunge da subito con Nettuno, che esalta la sensibilità e l'aspetto più romantico di questo sentimento, che intensifica e rende quasi mistico.

MANTRA DEL GIORNO
Osserva i germogli del miglioramento.

L'oroscopo a pag. 20

* Tariffe con altri quotidiani: non disponibili per i postamenti. Con la g. prov. di Mestre-Lasce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20. La domenica su Fotomessaggero € 1,40. In Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40. In Molise, il Messaggero - Pagine Primarie. Note: € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50. "L'Amore a Roma" € 0,80 (solo Roma).

Giovedì 27 marzo 2025 ANNO LVIII n° 73 1,50 € San Ruperto VESCOVO

Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

UNA FRAGOLA DI TROPPO

FRANCESCO RICCARDI

Le statistiche dell'Istat, quelle che parlano di un aumento del rischio di povertà delle famiglie italiane...

continua a pagina 12

Editoriale

LA VITA FRAGILE NON È MENO DEGNA IL DOVERE DELLA CURA

GIUSEPPE ANZANI

La Corte Costituzionale è formata tra a occuparsi di aiuto al suicidio. È la quarta volta...

continua a pagina 12

IL FATTO L'Istat segnala come le famiglie abbiano redditi inferiori dell'8,7% rispetto a quelli conseguiti nel 2007

Ancora impoveriti

Un italiano su quattro è a rischio povertà e aumenta la quota di lavoratori in difficoltà. Il 20% guadagna troppo poco, il 10% è misero. Per i giovani anche l'affitto è un miraggio



CINZIA ARENA

Il tempo passa, ma i redditi degli italiani non tengono il ritmo. Spingendo così una fetta sempre più consistente della popolazione verso la povertà e l'esclusione sociale...

Giannetti a pagina 6

IL CASO

«Costa troppo» Ad Amatrice non arrivano più i giornali

Traboni a pagina 9

STRISCIA Cortesi, come in Israele, per la tregua

Gaza contro Hamas «Basta guerra»

La speranza ha il volto di un bambino che inlatta sorridendo una bandiera bianca. «Stop the war» è scritto sul cartello di un altro ragazzo...

Broggi a pagina 4

LE FRONTI Putin chiede di rivedere i dazi, Trump li imporrà sulle auto europee

Ucraina, la tregua è virtuale L'Italia: soldati solo con l'Onu

Non è una tregua, non è in vigore, per ora non ha impattato quasi niente sulle azioni militari in corso. La trattativa a trazione americana tra Russia e Ucraina continua a generare risultati poco significativi...

Primopiano alle pagine 2 e 3

Fine vita, la Consulta ammette anche i malati

Picciarello a pagina 5

Fiducia a Nordio ma è scontro alla Camera

Spagnolo a pagina 8

POPOTUS Niente aiuti Usa colpiti i più fragili

Come un ladro

Gli insegnamenti del libro dell'Apocalisse sulla felicità fanno capolino in mezzo a grandiose descrizioni di scontri escatologici tra il bene e il male...

Quando viene la felicità Adrien Candliard

di un topo d'appartamento mentre noi ci lasciamo impressionare dagli eventi spettacolari del mondo. Eppure lo sapevamo che la sua presenza non è di quelle che si fanno notare...

Agorà

TEATRO Con Jon Fosse sulla scena l'indicibile si fa carne

Fabbi a pagina 10

STORIA Agro pontino: la città dalla palude fu un'idea di Clerici

Santamaría a pagina 10

LA STORIA Con Alex Innocenti anche la moto si apre ai paralimpici

Brambilla a pagina 21

IL GRANDE NORD Bolpagni / Lavieddu / Mussopi / Pontiggia / Zaccuri LUOGHI INFINITI

Il ministro della Sanità denuncia i trucchi in corsia per aggirare le regole senza accorciare i tempi per i pazienti

Schillaci striglia i governatori “Certe liste d’attesa sono indegne”

IL CASO

PAOLORUSSO

Sulle liste di attesa «il 27% delle strutture sanitarie ispezionate dai Nas presenta ancora irregolarità gravi. Persistono agende chiuse arbitrariamente, liste di attesa gonfiate, sistemi di prenotazione frammentati e pratiche opache che ostacolano l’accesso alle cure. È giunto il momento di accelerare». Non è la denuncia di una qualche associazione di pazienti ma il pesante j’accuse rivolto alle Regioni dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, in una lettera inviata al presidente della Conferenza delle Regioni, Massimiliano Fedriga. Un cahier de doléances composto da «medici che rifiutano di rendere disponibili le proprie agende di lavoro al sistema di prenotazione unificato; professionisti che limitano la propria attività nel servizio pubblico privilegiando quella privata in intramoenia, creando così un sistema a due velocità; dirigenti che non esercitano i dovuti controlli». Irregolarità documentate, assicura Schillaci, che

arrivano «fino alle prenotazioni gestite con elenchi cartacei invece di piattaforme digitali centralizzate». Una giungla che ha fatto saltare la pazienza al ministro quando da Nas e tavolo per il monitoraggio delle liste d’attesa sono emersi trucchi e trucchetti di ogni genere. Uno di questi è il cosiddetto “galleggiamento”. Prima illegalmente il Cup non fornisce alcuna data per ottenere una visita o una tac, poi rassicura l’assistito che verrà richiamato appena si libererà uno spazio. Così passano anche più di tre mesi prima che il paziente venga ricontattato per fissare l’appuntamento a 30 giorni, limite massimo per una visita differibile. Dalla prima chiamata sono passati 4 mesi, ma ne risulta solo uno di attesa, così si fa finta che la prestazione sia stata erogata nei termini.

Schillaci nella missiva parla anche di medici che lavorano più privatamente che nel pubblico, dal quale pure sono stipendiati. E qui l’inventario delle irregolarità scoperte dai Nas è più che mai nutrito. Una legge già troppo

benevola prevede che in intramoenia non si possano fare più visite di quante se ne facciano nel pubblico. Ma a fare affari privatamente sono soprattutto i Primari, che poi sono anche responsabili dell’organizzazione delle loro divisioni. Peccato che in più di un caso anziché calcolare le proprie ore di attività in intramoenia, finiscano per fare la media di tutti i medici del loro reparto, compresi quelli che non ne fanno proprio. Così formalmente non si supera il limite di legge, anche se il “professore” in ambulatorio pubblico ci si affaccia di rado.

Dai dati forniti da Agenas risulta poi un altro scandalo: nonostante 40mila sanitari in più assunti durante il Covid, la produttività è rimasta invariata. Con il particolare che quella nel normale orario di lavoro è in molti casi diminuita mentre è salita quella svolta nell’extra time retribuito a 100 euro l’ora dall’ultima finanziaria per abbattere le liste d’attesa. Soldi che sono finiti nelle tasche dei camici bianchi senza che aumentasse il numero di visite e accer-

tamenti in regime pubblico.

Per non parlare della piattaforma di monitoraggio nazionale delle liste d’attesa, essenziale per capire dove le cose non vanno e intervenire ma che, scrive Schillaci, «sta mostrando molti casi virtuosi ma nello stesso tempo troppe situazioni indegne». Come quelle di chi non fornisce i dati regionali sui tempi di attesa. —

Con l’espedito del “galleggiamento” gli esami sono rinviati fino a quattro mesi

ORAZIO SCHILLACI
MINISTRO
DELLA SANITÀ



Ho lavorato 30 anni come medico e conosco i disagi che derivano da tagli scellerati e sprechi

Prenotazioni frammentate e pratiche opache ostacolano l’accesso alle cure





Servizio Ssn in crisi

Scontro Schillaci-Regioni sul Piano anti liste d'attesa che resta al palo

Nella nuova lettera al presidente Fedriga il «j'accuse» del ministro su «situazioni indegne» e su un 27% di strutture ispezionate dai Nas ancora gravemente irregolari

di Claudio Testuzza

26 marzo 2025

In una lettera indirizzata al presidente della Conferenza delle Regioni, il ministro della Salute Orazio Schillaci parlava, il 15 ottobre 2024, del decreto per contrastare le liste d'attesa. Come con un grido d'allarme sottolineava «ho lavorato per oltre 30 anni come medico in ospedali pubblici, conosco bene la situazione e i disagi che derivano dalla mancata programmazione, dai tagli scellerati e dagli sprechi».

La soluzione delle liste d'attesa in grave ritardo

Adesso con una nuova lettera indirizzata al presidente Fedriga, la constatazione del ministro è che «la piattaforma di monitoraggio nazionale sta mostrando molti casi virtuosi, ma allo stesso tempo troppe situazioni indegne». Nella lettera Schillaci evidenzia come dalle ultime ispezioni dei Carabinieri del Nas il 27% delle strutture sanitarie ispezionate presenti ancora irregolarità gravi. Persistono agende chiuse arbitrariamente, liste d'attesa gonfiate, sistemi di prenotazione frammentati e pratiche opache che ostacolano l'accesso alle cure. Schillaci si dice poi dispiaciuto nell'apprendere che a tutt'oggi non sia stata ancora calendarizzata la discussione in Conferenza Stato-Regioni del decreto attuativo che prevede in caso di inadempienza regionale l'attivazione di poteri ministeriali sostitutivi e ne chiede l'immediata calendarizzazione sottolineando che «la vigilanza è e deve restare in capo a ogni regione ma la negligenza e la mancata applicazione delle leggi non possono più essere tollerate».

Stanziamenti senza effetti evidenti

Lo stesso ministro pochi giorni fa - per la realizzazione dell'interoperabilità tra le piattaforme regionali e la Piattaforma nazionale delle liste di attesa - come richiesto dalle Regioni ha autorizzato nell'ambito della quota di riserva per interventi urgenti un contributo complessivo di 27,4 mln di euro. Ma dalle sue parole sembra proprio che il processo portato avanti con decisione di tutto il Governo, continui ad avere resistenze e ostacoli.

La Piattaforma nazionale delle liste d'attesa? Una chimera

Ma la piattaforma nazionale delle liste d'attesa (Pnla), prevista dal decreto sulle liste d'attesa approvato lo scorso anno (73/2024) latita e per il cittadino l'esigibilità del diritto di avere la prestazione entro i tempi massimi resta una chimera. Alla luce dello stallo sottolineato dal ministro, i potenziali benefici previsti dal decreto Liste di attesa rimangono un lontano miraggio. Sospeso è ancora l'obbligo per le Regioni di creare un Centro unico di prenotazione integrato con

le agende delle strutture pubbliche e private accreditate. Così come l'introduzione di un sistema di disdetta delle prenotazioni, il divieto di chiudere le agende, l'attivazione dei percorsi di garanzia per cui al cittadino che non ottiene una prestazione nei tempi previsti nel pubblico, questa deve essere erogata nel privato convenzionato o tramite l'attività intramuraria.

La Corte dei Conti richiama al rispetto delle leggi

Già in novembre la Corte dei conti sottolineava i ritardi sull'uso delle risorse destinate a tagliare i tempi d'attesa e il grave fatto che i soldi promessi, per quel fine, siano stati invece girati al ripiano dei disavanzi. La questione è seria. Perché la garanzia di non dover sopportare attese bibliche per ricevere una prestazione sanitaria è una componente cruciale dei Livelli essenziali di assistenza, che più interventi normativi hanno provato a blindare per esempio con la previsione di un divieto esplicito di sospendere le attività di prenotazione introdotto fin dalla Finanziaria per il 2006 (comma 282 della legge 266/2005).

Sulle liste d'attesa un fallimento annunciato

Spiace che il ministro, che rivendica anche il suo ruolo professionale di medico, debba constatare il fallimento di quanto con caparbia ha cercato di realizzare. Ma, come molti, dimentica che la sanità si scontra con l'ampia autonomia regionale, con 20 Regioni che operano in modo indipendente e implementano politiche e tecnologie diverse, creando frammentazione normativa e inefficienze. Con bilanci per la sanità che raggiungono l'80% del bilancio dell'intera Regione, come nel caso della Lombardia, e con i relativi interessi e ostacoli a interventi esterni se pur legislativi nazionali. A tutto questo si aggiunge l'autonomia differenziata prevista dalla legge Calderoli che potrebbe neutralizzare il progetto Schillaci di una armonizzazione legislativa a livello nazionale. Essenziale per stabilire una rete di interventi sanitari unificati in Italia.

Più anziani e costi delle cure, welfare a rischio

Rapporto Enpaia-Censis

La sanità pubblica è in crisi e si registra un vero boom dei fondi sanitari integrativi

ROMA

Il sistema socioassistenziale italiano rischia di saltare sotto il peso della vertiginosa crescita della popolazione anziana, a cominciare da quella non autosufficiente, che rappresenta ormai il 13,1% degli "over 65" e il 63,2% del totale di persone con limitazioni gravi. A lanciare l'allarme sulla tenuta del nostro Welfare è un rapporto Enpaia-Censis su "Difficoltà e tenuta del Servizio sanitario e reazioni degli italiani".

Nel dossier si afferma che - «mentre il Servizio sanitario nazionale non garantisce le prestazioni richieste dai cittadini, con i costi delle cure a pagamento che si scaricano sui bilanci delle famiglie, e si registra un boom della sanità integrativa con la crescita di fondi, iscritti e prestazioni erogate - si annuncia l'arrivo di un vero e proprio tsunami che si abatterà sul sistema socio sanitario e assistenziale del nostro Paese». Anzitutto, nel report si fa notare come la popolazione anziana sia in forte crescita: da 11 milioni registrati nel 2004 a 14,4 milioni nel 2023 e si prevedono 19 milioni di "over 65" entro il 2044. Nel dossier poi si sotto-

linea che gli anziani saranno il 33,8% della popolazione entro il 2044.

L'altro fattore che rischia di minare la tenuta del sistema di welfare è il peso della non autosufficienza. Nel 2023 erano 1,8 milioni gli anziani con limitazioni gravi che ne impediscono l'autonomia, pari al 13,1% delle persone con almeno 65 anni e al 63,2% del totale di persone "non autosufficienti". Sono invece 1,4 milioni le persone con limitazioni gravi di almeno 75 anni d'età. Sempre nel 2023 erano 11,1 milioni gli "over 65" con almeno una malattia cronica, e rappresentavano il 79,4% del totale della popolazione anziana. «Dati che certificano la poderosa domanda di prestazioni sociosanitarie, che non riesce a trovare risposta dal lato dell'offerta», si afferma nel rapporto, in cui si evidenzia che di fronte a questa carica degli anziani «la famiglia resta il principale luogo di assistenza delle persone non autosufficienti, con un carico di cure che ricade in gran parte, sulla componente femminile delle reti familiari». Ma questi elementi mettono anche in crisi la sanità pubblica. Secondo il Rapporto Enpaia-Censis, il 71% degli italiani ha avuto difficoltà nell'ac-

cesso alle cure negli ultimi due anni. E lo stesso rapporto mette in evidenza il boom della sanità integrativa: gli iscritti ai fondi sanitari integrativi sono 16,3 milioni, con un aumento del 179% rispetto al 2013, mentre le risorse erogate ammontano a 3,2 miliardi (+69,5% sul 2013).

—M.Rog.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA STRATEGIA DELLA LEGA

«Debiti per la salute e non per le armi» Le 10 proposte di Salvini per la sanità

*Il ministro rivendica il numero chiuso a Medicina: «Superata la ruota della fortuna»
E bacchetta il campano De Luca: «Problemi laddove non si è all'altezza del compito»*

EDOARDO SIRIGNANO

e.sirignano@iltempo.it

••• «Mentre qualcuno pensa di spendere 800 miliardi per comprare armi, i dati ci dicono come l'Europa dovrebbe permetterci di fare debito sano, italiano, per formare medici, infermieri e sistemare gli ospedali. Penso che se dobbiamo lasciare ai nostri figli un debito, non bisogna lasciarglielo per preparare guerre, ma per salvare vite». A dirlo il vicepremier Matteo Salvini, che in una conferenza stampa, tenutasi ieri a Montecitorio, sottolinea l'importanza di destinare maggiori risorse per il comparto salute.

Non a caso il Carroccio, proprio nella giornata di ieri, presenta 10 proposte per mi-

gliorare il sistema sanitario nazionale. Per il partito di via Bellerio occorre intervenire quanto prima su valorizzazione del personale, sicurezza degli operatori, tutele legali, rilancio della medicina territoriale, governo delle liste d'attesa, Piano Marshall per nosocomi e pronto soccorso, digitalizzazione, ricerca, innovazione nelle cure, burocrazia e valorizzazione del terzo settore. «Sul tema - spiega il vicepremier - abbiamo le idee chiare che superano anche gli errori della sinistra. Un bravo professionista che lavora nel pubblico senza guardare al cartellino, ad esempio, ha il diritto e il dovere di poter operare anche nel privato, fatto salvo il suo impegno nel pubblico, altrimenti perdiamo energie e

competenze».

Il ministro, ad esempio, rivendica le scelte compiute dal suo partito sul tanto discusso numero chiuso a medicina. Superando la logica «della ruota della fortuna», la Lega, per il leader, avrebbe già mantenuto una parte delle promesse effettuate in campagna elettorale.

Allo stesso modo rivendica le buone prassi di quei territori laddove è al governo: «Hanno il più alto tasso di ingressi da altre Regioni per farsi curare, visitare, operare e salvare. È chiaro che ci sono problemi in altre realtà, dove, non si è all'altezza del compito».

Arriva, dunque, la bordata al governatore De Luca: «Ero venerdì in Campania dove ci

sono centinaia di milioni di euro sborsati dai cittadini per farsi curare in altre Regioni. Evidentemente non è colpa della sfortuna o dell'Autonomia, ma di qualcuno che non ha fatto quello che doveva e poteva».

Una cosa è certa, il Carroccio intende, ancora una volta, distinguersi per la sua politica del fare. Ai giornalisti che gli chiedevano delle tensioni all'interno della maggioranza, risponde come il soggetto di cui è alla guida si occupa della «vita reale», di quelle priorità su cui non sono ammesse distrazioni o perdite di tempo, a maggior ragione se per «retroscena irreali».



Matteo Salvini
Il vicesegretario della Lega



Ma laureare più medici non guarirà il sistema

NINO CARTABELLOTTA

Cittadini e pazienti sperimentano ogni giorno le conseguenze di un Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) sempre più in affanno: attese interminabili per una visita specialistica o un esame diagnostico, pronto soccorso al collasso, difficoltà nel trovare un medico di famiglia. Disagi che, quando possibile, vengono “tampinati” dalle famiglie, ma in un Paese dove aumenta la povertà assoluta, sempre più si traducono in rinuncia alle cure. E il filo rosso di tutti questi disservizi è la crisi del personale sanitario: in Italia manca un numero imponente di infermieri e si registrano carenze di medici in specialità cruciali per il funzionamento del Ssn, ma divenute poco attrattive: medicina d’urgenza, laboratorio e microbiologia, anatomia patologica, radioterapia. E con i medici di famiglia in via di estinzione.

In questo scenario irrompe la riforma del sistema di accesso ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, lanciata con slogan accattivanti quali “abolito il numero chiuso” o “addio ai test a crocette”. Slogan

che illudono migliaia di giovani, ma che nascondono una nuova modalità di selezione, più incerta e logorante. Il rischio? Quello di una vera e propria “macelleria generazionale” che promette cambiamenti epocali, ma perpetua le stesse storture. Una riforma gattopardesca sotto il segno del “cambiare tutto per lasciare tutto com’è”. O addirittura peggiorarlo, per l’aumento di incertezze, stress, costi e disuguaglianze.

Tre gli obiettivi che la riforma si pone: formare più medici per il Ssn, migliorare la qualità della formazione e valorizzare capacità e merito. Ma sono realistici? E, soprattutto, quali vantaggi porteranno al Ssn e ai pazienti?

Ad essere intellettualmente onesti, benvenuta l’abolizione del tanto vituperato test “a crocette”, strumento inadeguato per valutare conoscenze e attitudini dei futuri medici. Che negli anni si è trasformato in una lotteria, generando ricorsi su ricorsi e alimentando un fiorente business di corsi a pagamento.

Ma la lista dei potenziali svantaggi è ben più lunga, la-

sciando irrisolti nu-

merosi quesiti. Al cosiddetto “semestre filtro” potranno iscriversi tutti, ma viene da chiedersi se gli Atenei saranno davvero in grado di garantire qualità della

formazione e logistica adeguata, considerando che nel 2024 hanno sostenuto il test di ammissione circa 72 mila candidati e che con l’accesso libero potranno solo aumentare. Dove si terranno le lezioni nei primi sei mesi? Saremo costretti a riesumare la Dad dei tempi del lockdown? Nel frattempo, il mercato dei corsi privati cambierà pelle: da formazione ai quiz a percorsi per superare il semestre di sbarramento. E con quali criteri saranno asse-

gnati i crediti formativi? Chi garantirà valutazioni eque e trasparenti, evitando che la selezione dei migliori venga inquinata dalle “italiche discrezionalità” che da sempre affossano la meritocrazia? Anche l’equilibrio tra le varie professioni sanitarie rischia di saltare: la visione della sanità sarà sempre più medico-centrica perché l’infermieristica e le altre lauree sanitarie saranno percepite come “piani B” per chi non supera il semestre di sbarramento, svalutando professioni fondamentali per la sanità pubblica. E quale sarà il senso di smarrimento di quei

giovani che, dopo mesi di speranze, studio e investimenti, resteranno fuori dal sogno di diventare medici, senza alcuna intenzione di intraprendere altre professioni sanitarie?

Ma soprattutto, senza interventi concreti per rendere attrattiva la sanità pubblica, perché continuare a illudere i cittadini (e i giovani) che “laureare più medici” possa risolvere tutti i problemi? Perché in assenza di una chiara visione sul futuro del Ssn, questa riforma eroderà denaro pubblico solo per formare una nuova pletera medica destinata a scegliere l’estero, il privato o la libera professione.

O magari è proprio questo il vero obiettivo della riforma? Perché quelli dichiarati – aumentare i medici per il Ssn, migliorare la qualità della formazione, valorizzare capacità e merito – non sembrano raggiungibili o non rispondono affatto alle esigenze del Ssn. Né tantomeno dei pazienti. —



La bufala del numero non chiuso

Il Governo complica l'accesso alle facoltà di Medicina. Lascia i ragazzi in stand by per sei mesi. Li illude e ritarda la loro carriera

di DANIELA MINERVA



lla fine ce l'hanno fatta. A complicare inutilmente il sistema di accesso alle facoltà di Medicina e Chirurgia, Veterinaria e Odontoiatria. Il meccanismo è farraginoso e già nella sua formulazione si autodenuncia come un pastrocchio demagogico. In sintesi: oggi gli aspiranti dottori fanno un test "o la va o la spacca",

e poi sono liberi, se falliscono, di disegnare un Piano B che magari poi si dimostrerà più soddisfacente del Piano A; e comunque li mette di fronte a una realtà netta e precisa; anche se poi molti si intingano, vanno in Albania, riprovano per anni di seguito... ma è la loro libera scelta di ritardare la presa di coscienza. In futuro, invece, i/le ragazz* saranno iscritti a un corso generico di 6 mesi nel quale verranno edotti su materie che possono andare bene per i medici, i biologi, i farmacisti e chissà cos'altro. Poi, alcuni (pochi) andranno a Medicina, gli altri potranno accomodarsi in un'altra facoltà.

Palesamente questa riforma non abolisce il numero chiuso a Medicina, giacché i posti quelli sono, e potranno essere aumentati solo di poco, sennò nessuna università potrebbe garantire istruzione e tirocini ade-

guati. Ciò, a noi, non sembra un minus: la proliferazione sconsiderata di dottori non è la soluzione alle carenze di oggi dovute alla incapacità di programmare, 6/10 anni fa. Basterà farlo e le carenze non ci saranno.

Piuttosto, avere decine di migliaia di dottori male istruiti (perché, come detto, le università non sono in grado di farlo) in giro per il Paese fa danni, genera un bisogno di salute che non corrisponde al bisogno reale, fa proliferare specialità farlocche con eserciti di omeopati, medici estetici, fisio-qualunque-cosa... che faranno felici, a caro prezzo, gli ipocondriaci del Paese.

Questa riforma farà stare i ragazzi online per sei mesi (giacché le università

non saranno in grado di accoglierli in presenza) illudendoli di poter diventare tutti dottori. Poi li lascerà con un pugno di mosche in mano. A chiedersi se davvero fare il farmacista o il biologo li farà felici come fare il medico. E però quello dovranno fare perché sennò avranno perso un anno. È una riforma che li ingabbia e li deresponsabilizza. E, certo, non abolisce il numero chiuso.

La riforma finge di ammettere tutti gli aspiranti camici bianchi. Ma alla fine accederanno solo i più bravi. E gli altri? Saranno biologi, farmacisti ...



MEDICI & CO. LA BIEFFA DEL SORPASSO

Nonostante la crescita esponenziale delle dottoresse, i vertici degli ospedali e delle Asl restano appannaggio degli uomini. Anzi: nelle direzioni del Ssn dal 2018 c'è stata una vera flessione
Giovanni Migliore, presidente Fiaso: «Speriamo sia un calo momentaneo, donne essenziali nel servizio sanitario»

CARLA MASSI

È

un paradosso tutto al femminile. Che, nonostante i numeri ci rimandino un quadro così chiaro, è molto difficile, oggi, interpretare. In sintesi: da una parte abbiamo il numero delle donne medico in continua crescita tanto da aver superato i colleghi uomini e, dall'altra, i vertici negli ospedali e nelle Asl restano appannaggio del mondo maschile.

Chiaro è che, tra i camici bianchi, è in atto da anni una rivoluzione capace di terremotare le basi consolidate da tempo immemore della categoria. Che sta cambiando a grandi passi la sua fisionomia.

Donne oltre il sorpasso: se si considera la platea dei medici con meno di 70 anni, potenzialmente ancora in attività, le donne sono circa il 53%. Tra i medici italiani con meno di 50 anni, sei su dieci sono donne. E, tra quelli con un'età compresa tra i 40 e i 49 anni, la proporzione sale al 64%, quasi due su tre. Come si legge in un'indagine appena uscita della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e

degli odontoiatri, è bastato un anno, dal 2024 al 2025, per vedere un'ulteriore crescita delle donne.

Se si analizza il numero complessivo dei medici che sono iscritti agli albi (416.088 a gennaio scorso) la parità sembra lontana: questo è dovuto alla assoluta preponderanza dei dottori tra le generazioni con un'età anagrafica più alta. Tra gli over 75, ad esempio, le donne medico sono solo il 16%, il 24% tra 70 e 75.

IL FENOMENO

Ed ecco il paradosso. Per la prima volta, dal 2018, si è fermata la crescita della presenza femminile nelle direzioni delle aziende sanitarie italiane. Come fotografato dalla Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere. Le donne ricoprono oggi un terzo del totale degli incarichi di vertice, ma dal 2024 sono passate dal 34,3% al 33%. Una flessione resa ancora più singolare dal fatto che, negli ultimi anni, le posizioni di vertice nelle Asl sono cresciute. Gli incarichi sono passati da 717 a 737 mentre il numero di uomini ai verti-



ci è aumentato da 471 a 494 quello delle donne è sceso da 246 a 243.

«Speriamo che la battuta d'arresto sia solo un fenomeno momentaneo – commenta il presidente di Fiaso, Giovanni Migliore – Le donne rappresentano da decenni una componente essenziale del nostro servizio sanitario. Per questo auspichiamo che nelle prossime nomine si possa tornare a valorizzare le competenze femminili». Il fenomeno della femminilizzazione della professione medica, se guardiamo le curve in ascesa è destinato a continuare a crescere nei prossimi cinque-dieci anni. Quando andranno in pensione i medici intorno ai 70. Un dettaglio per capire che cosa è accaduto, nel pianeta Sanità, nell'ultimo secolo: nel 1924 le donne medico erano duecento, oggi arrivano a 220mila. Ernestina Paper, originaria di Odessa, fu la prima donna a laurearsi in Italia. Discusse la sua tesi all'Università di Firenze nel 1877.

L'ANALISI

«Nel nostro servizio sanitario le colleghe sono ormai, da almeno cinque anni, la maggioranza – fa sapere il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli odontoiatri, Filippo Anelli – soprattutto nelle fasce di età dove va costruita la carriera e in cui aumentano le responsabilità professionali e quelle familiari. I modelli organizzativi, gli orari di lavoro devono sempre più tener conto di questa realtà, valorizzando le professioniste e i professionisti, prevedendo modelli organizzativi che permettano a donne e uomini di conciliare i tempi di lavoro con quelli della vita privata e della famiglia e che tengano in debito conto, non facendole pesare sugli organici già ridotti, le possibili assenze per maternità. Per garantire pari opportunità, gli strumenti per affrontare questo cambiamento sono anche al centro del programma per il mandato appena iniziato del nuovo Comitato Centrale». Sandra Morano, responsabile nazionale Area formazione femminile Anaa Assomed, sindacato di medici e di di-

rigenti sanitari, segnala come dopo la pandemia «le mancate sostituzioni delle maternità all'interno del servizio sanitario siano diventate una regola. Con un clima organizzativo fatto di demansionamento e mobbing. Lavoriamo in un sistema sanitario che si guarda bene dal predisporre ad accogliere il sorpasso di genere». Cambiano anche le scelte dopo la laurea in Medicina.

Nelle chirurgie generali le donne medico sono meno del 30%, in cardiocirurgia ancora meno, intorno al 18% e in ortopedia il 16%. Ma i numeri, negli ultimi anni sono in leggera salita. Sono proprio le società scientifiche nazionali e internazionali di categoria a fare la differenza nell'affrontare la disparità di genere. Nell'Unione europea, per esempio, la Società Europea dei chirurghi e delle chirurghe toracici e l'Associazione europea per la Chirurgia cardio-toracica hanno messo a punto un questionario per valutare i dati demografici e l'impatto dei pregiudizi sulla carriera chirurgica.

IBENEFICI

D'altronde, avere anche una donna chirurgo nel team che conduce gli interventi, secondo uno studio, diminuirebbe i rischi di complicazioni e di morte tra i pazienti. Una ricerca canadese ha analizzato gli esiti di 700mila operazioni chirurgiche in 88 ospedali dell'Ontario tra il 2009 ed il 2019. L'analisi, pubblicata sul *British Journal of Surgery*, ha confrontato il tasso di complicazioni e decessi in seguito ad interventi invasivi nei casi in cui donne chirurghe o anestesisti erano parte delle équipes di intervento.

Quando erano presenti gli specialisti dei due sessi (con una percentuale di donne del 35% almeno) è stato osservato il 3% in meno di rischi di complicazioni gravi nei mesi successivi alle operazioni. Vari altri precedenti studi hanno rilevato particolari benefici, in termini di minori complicazioni, per le categorie di malati più vulnerabili trattati da medici di medicina interna donne.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

UNO STUDIO CANADESE: IN SALA OPERATORIA CON LE CHIRURGHE DIMINUISCE IL RISCHIO COMPLICANZE

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



Servizio Cassazione

Visita occasionale del medico generale, il danno parentale lo paga l'azienda sanitaria

Il cittadino ha diritto ad usufruire di un medico di base anche quando alloggia fuori dal proprio territorio di residenza

di Paola Ferrari

26 marzo 2025

Chi risponde per i danni provocati dal medico generale che accetta di visitare occasionalmente una paziente che proviene da fuori regione?

E' questo il particolare caso trattato dalla Corte di Cassazione Civile, nella sentenza n. 5673 depositata il 4 marzo scorso che accolto con rinvio il ricorso dei parenti della paziente avverso al contrario parere della Corte d'Appello di Bologna.

È principio ormai consolidato nella giurisprudenza della Corte, afferma la sentenza, che la Asl è responsabile, ai sensi dell'art. 1228 c.c., del fatto colposo del medico di base, convenzionato con il Ssn, essendo tenuta per legge - nei limiti dei livelli essenziali di assistenza - ad erogare l'assistenza medica generica e la relativa prestazione di cura, avvalendosi di personale medico alle proprie dipendenze o in rapporto di convenzionamento.

L'affermazione, prosegue, si fonda sulla norma fondamentale di cui all'art. 25, comma 3, legge n. 833 del 1978 ("l'assistenza medico generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino").

Il caso nato sulla riviera romagnola

Un medico di famiglia eseguì due visite occasionali ad una paziente ospite di una struttura alberghiera della riviera romagnola.

Risultò accertato che il medico, chiamato dal personale dell'albergo perché la signora, affetta da anni da un grave quadro di affezioni ai polmoni ed anche da una complessa patologia psichiatrica cronicizzata trattata con farmaci psicoattivi, ebbe un malore.

Si limitò, nel corso delle due visite effettuate a distanza di qualche giorno l'una dall'altra, a prescrivere alcuni farmaci senza disporre il ricovero per accertamenti diagnostici e clinici che avrebbero potuto evitare la morte della paziente, verificatasi lo stesso giorno della seconda visita, mentre era ancora ospite dell'albergo.

Proponeva appello la Ausl, che ribadiva l'eccezione di difetto di legittimazione passiva già formulata in primo grado, sostenendo che il medico aveva prestato la sua attività professionale in favore della paziente a titolo libero professionale, non all'interno della struttura sanitaria ma in

quanto chiamato ad intervenire a domicilio dai dipendenti dell'albergo e quindi in attività libero professionale.

La Corte d'Appello, sulla base delle risultanze di entrambe le consulenze confermava la responsabilità civile del medico ma, in difformità rispetto alla decisione di primo grado, esentò l'azienda sanitaria da responsabilità risarcitorie.

Le ragioni della decisione

Secondo il ricorrente, il cittadino ha diritto ad usufruire di un medico di base anche quando alloggia fuori dal proprio territorio di residenza e quindi soccorre l'applicazione dell'articolo 57 comma due dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale, vigente all'epoca dei fatti (ora art. 46 nuovo Acn), il quale prevede che i medici di base "possono prestare la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrono all'opera del medico" e stabilisce che le visite siano compensate direttamente dall'assistito sulla base di tariffe individuate dall'accordo stesso.

Sussisteva quindi, secondo il ricorrente, il diritto della vittima di fruire delle prestazioni del servizio sanitario nazionale anche nel luogo di sua temporanea dimora e di conseguenza la responsabilità civile dell'azienda sanitaria per gli eventuali danni.

Tesi accolta dalla Cassazione.

I compiti del medico convenzionato

Come poi previsto dagli Accordi Collettivi nazionali di categoria, il medico convenzionato non è obbligato a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta ai cittadini non residenti (che non siano suoi assistiti), ma se accetta di prestarla, in favore appunto dei cittadini che si trovino eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, eroga una prestazione che si inquadra nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, per la quale peraltro può ricevere anche un compenso, tariffato dall'accordo collettivo.

In ragione di questo rapporto contrattuale, la Ausl è civilmente responsabile per l'attività svolta dal medico, che si inquadra nell'ambito delle prestazioni del SSN erogate da medico con esso convenzionato in favore dei pazienti.

Attesa per la decisione della Consulta sul fine vita

Sanità

Da stabilire la punibilità dell'aiuto al suicidio assistito in assenza di sostegni vitali
Per il relatore Viganò non si può ignorare la sentenza n. 135/24

Patrizia Maciocchi

È attesa nelle prossime ore la decisione della Consulta sul fine vita. Chiusa ieri sera la discussione orale, il giudice delle leggi dovrà chiarire se sia reato l'aiuto al suicidio fornito a una persona affetta da una patologia irreversibile, ma non tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale. Un dubbio di costituzionalità – sull'articolo 580 del Codice penale per la parte in cui prevede la punibilità della condotta – sollevato dal Tribunale di Milano. Nella condizione all'attenzione della Corte costituzionale, si trovavano una paziente oncologica di 70 anni e un 82enne affetto da Parkinson, aiutati da Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, ad andare in Svizzera per ricorrere al suicidio medicalmente assistito. Un sostegno per il quale Cappato al rientro in Italia, si autodenunciò a Milano.

Da lì è iniziata la vicenda giudiziaria, finita sotto la lente della Consulta. A settembre 2023, la Procura di Milano aveva chiesto l'archiviazione ma il Gip, nel giugno 2024, ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice penale, per violazione degli articoli 2, 3, 13, 32 e 117 della Carta in riferimento agli articoli 8 e 14 della Cedu, rispettivamente sul diritto alla vita privata e familiare e sul divieto di discriminazione. Ora la decisione della Corte riguarda certo la sorte dell'attivista Marco Cappato che, indagato per il reato di aiuto al suicidio, rischia dai cinque ai 12 anni di carcere, ma investe soprattutto questioni etiche e giuridiche.

La Corte costituzionale si era espressa su un altro caso Cappato, in

relazione all'aiuto al suicidio fornito al Dj Fabo, con la sentenza 242/2019 con la quale ha fissato i requisiti per poter accedere legalmente all'aiuto medico alla morte volontaria: la persona deve essere in grado di decidere in modo libero e consapevole, essere affetta da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che reputa intollerabili e dipendente da trattamenti di sostegno vitale. Con la sentenza 135/2024 ha invece fornito una più ampia interpretazione del requisito di «trattamento di sostegno vitale».

I giudici hanno riconosciuto il diritto del paziente a rifiutare ogni trattamento sanitario praticato sul suo corpo e incluso nei trattamenti di sostegno vitale anche le procedure normalmente compiute dai sanitari, ma anche dai familiari o dai *caregiver*. Sempre che la loro interruzione determini prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo. Un verdetto quest'ultimo dal quale, non si può prescindere, ha precisato ieri mattina nella pubblica udienza il giudice Francesco Viganò, relatore nella causa insieme con Luca Antonini. Per una migliore contestualizzazione della questione, Viganò ha sottolineato che l'ordinanza del Gip è del 21 giugno 2024, quindi di circa un mese prima della sentenza 135 della Corte costituzionale.

Viganò ha ricordato alcune precisazioni della Corte, oltre all'ampliamento della nozione di sostegno vitale. A iniziare dall'articolo 32, secondo comma, della Costituzione, che consente al paziente di chiedere l'interruzione del trattamento già in atto. Dal punto di vista costituzionale si chiede che sia osservato. E che non vi si faccia alcuna distinzione fra il paziente già sottoposto

al trattamento di sostegno vitale, di cui può chiedere l'interruzione e chi per sopravvivere abbia bisogno di una valutazione medica per attivare un simile trattamento, che può rifiutare. E questo perché il paziente già si trova nelle condizioni di dire no a una "pratica" già valutata dai sanitari come necessaria. Il giudice relatore ha ricordato anche che la Consulta ha riaffermato la necessità dell'eventuale rispetto delle condizioni procedurali fissate dalla sentenza 242: il necessario coinvolgimento del Servizio sanitario nazionale e del parere del personale medico competente.

Nell'udienza pubblica le diverse posizioni sono state rappresentate dai legali dell'associazione Luca Coscioni, dall'avvocatura dello Stato e dai legali Maria Letizia Russo, Dario Mongiano e Lorenzo Moscon in rappresentanza di quattro malati - il cui caso è stato ammesso dalla Consulta - affetti da patologie irreversibili che si oppongono all'accoglimento della questione perché l'eliminazione del requisito di trattamento di sostegno vitale affievolirebbe la protezione di diritto alla vita.

Si è espressa per l'accoglimento della questione di legittimità costituzionale l'avvocata dell'Associazione Luca Coscioni, Filomena Gallo. La difesa ha chiesto che a tutti i



requisiti già previsti con la sentenza Cappato sia aggiunta, oltre al trattamento di sostegno vitale, la prognosi infausta breve per il malato dove non vi è più nessuna linea terapeutica di cura.

Su posizioni opposte l'avvocato dello stato Ruggero Di Martino in rappresentanza della Presidenza del Consiglio, che ha esortato il giudice delle leggi a bollare come inammissibile o manifestamente infondata,

la questione sollevata dal tribunale di Milano, partendo dall'assunto che non esiste un diritto al suicidio né un obbligo dei medici di concorrere a una volontà suicidaria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO

L'aiuto al suicidio

La Consulta si dovrà esprimere sulla legittimità dell'articolo 580 del Codice penale che punisce l'aiuto al suicidio di una persona affetta da patologia irreversibile ma non tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale

L'autodenuncia di Cappato

Il caso nato dall'autodenuncia del tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni Marco Cappato



Fine vita, la Consulta ammette anche i malati

Picariello a pagina 5

Diritto di vivere, la parola ai malati

Suicidio assistito: ammessi al giudizio della Corte costituzionale anche i quattro pazienti che chiedono di non indebolire le tutele di legge. La testimonianza di Maria Letizia Russo: «La mia vita è importante, proteggetemi». L'avvocato dello Stato: nessun dovere di far morire

ANGELO PICARIELLO
Roma

Esiste il diritto alla vita, non quello al suicidio. «Mi piacerebbe uno Stato che dicesse che la mia vita è importante e la difende da tutti, anche da me». Nel Palazzo della Consulta emerge la testimonianza estremamente forte di una persona estremamente debole, Maria Letizia Russo: è una dei quattro pazienti affetti da patologie irreversibili che la Corte Costituzionale ha ammesso nel giudizio sul fine vita. «Non si può fare affidamento sulla mia volontà nel momento di debolezza. L'autodeterminazione è viziata dal dolore e anche dal peso che sentiamo di essere sulle spalle delle nostre famiglie». Per Maria Letizia, intervenuta all'udienza in carrozzina, l'articolo 580 del codice penale è «una cintura di protezione, ed è importante mantenere questo paletto con cui lo Stato ci dice: la tua vita è tanto importante che io la tutelo da tutti, anche da te». La Corte, nell'udienza pubblica di ieri, ha ammesso il suo intervento, così come quelli di altri tre malati non presenti in aula. In particolare, chiedono di non accogliere la questione di legittimità sollevata dal gip di Milano nell'ambito di un procedimento a carico di Marco Cappato, indagato per aver accompagnato due persone, malate di patologie irreversibili ma non legate a trattamenti di sostegno vitale, a morire in Svizzera.

I giudici costituzionali sono dun-

que chiamati a verificare se sia o meno conforme alla Costituzione l'articolo 580 del codice penale, che condanna il suicidio assistito, «nella parte in cui prevede la punibilità della condotta di chi agevola l'altrui suicidio nella forma di aiuto al suicidio medicalmente assistito di persona non tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, e che abbia manifestato la propria decisione, formata in modo libero e consapevole, di porre fine alla propria vita». Sono, come è noto, i criteri indicati dalla Consulta a rendere non condannabile un comportamento che resta vietato dal nostro ordinamento. In attesa del pronunciamento c'è grande soddisfazione da parte dei legali dei quattro malati di patologie giudicate "irreversibili", gli avvocati Carmelo Domenico Leotta e Mario Esposito, perché per la prima volta in un procedimento sul fine vita alla Consulta vengono riconosciuti come "portatori di interesse a partecipare al processo", malati con prognosi infauste che si oppongono al suicidio assistito. Una «grande vittoria» la definisce l'avvocato Leotta, rafforzata dalla posizione espressa dall'avvocato dello Stato Ruggero Di Martino, che nel suo intervento ha ribadito che «non c'è un diritto al suicidio né un obbligo dei medici di concorrere a una volontà suicidaria». Gli avvocati Leotta ed Esposito registrano anche con favore il *fair play* processuale della difesa di Marco Cappato che non si è opposta agli inter-

venti dei loro assistiti.

Alla Corte Costituzionale ha avuto inizio così l'udienza pubblica, giudici relatori Viganò e Antonini, la quarta avente per oggetto il suicidio assistito. I casi in esame sono quelli di una donna ed un uomo, la prima paziente oncologica, il secondo malato di Parkinson, accompagnati in Svizzera a morire da Marco Cappato, l'attivista dell'Associazione Luca Coscioni a cui si erano rivolti e a cui avevano chiesto aiuto per accedere al suicidio assistito all'estero in quanto, pur essendo malati terminali, in Italia non ne avevano diritto. I due non erano infatti tenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale previsti fra criteri scriminanti dalla sentenza della Corte costituzionale 242 del 2019 sul caso Cappato-Dj Fabo. Ma altri pazienti (con Maria Letizia Russo, Dario Mongiano, Lorenzo Moscon, più un quarto che chiede di non rivelare la sua identità) partendo dall'autodenuncia di Cappato, hanno rivendicato viceversa il loro diritto alla vita anche se oberati da malattie gravi con prognosi infausta.

La prima novità quindi, come detto, è che la Corte ha ammesso i quattro intervenienti *ad op-*



ponendum fra i quali c'è Maria Letizia Russo, presente in carrozzina con la sua assistente.

Nel settembre 2023 la procura di Milano aveva chiesto l'archiviazione del caso. Ma il gip del tribunale di Milano, il 21 giugno 2024 ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice penale che punisce con la reclusione da 5 a 12 anni «chi agevola l'altrui suicidio, nella forma di aiuto al suicidio medicalmente assistito di persona non tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale» al di là, quindi, della ristretta casistica individuata dal dalla Consulta.

L'udienza, presente fra il pubblico Marco Cappato, si è aperta con gli interventi dei difensori di Cappato (gli avvocati Tullio Padovani, Maria Elisa D'Amico, Fi-

lomena Gallo). Hanno poi preso la parola gli avvocati Leotta ed Esposito a tutela dei loro assistiti che viceversa chiedono il diritto alla vita. Poi per lo Stato, è stata la volta di Ruggero Di Martino e Gianna Maria De Socio. Al centro della discussione la dipendenza dai trattamenti di sostegno vitale e la stessa portata del concetto, in assenza di un intervento del legislatore, non arrivato in questi sei anni dal pronunciamento della Consulta.

In un comunicato esprimono «piena soddisfazione» gli avvocati Leotta ed Esposito, a nome dei loro assistiti, «malati affetti da patologie irreversibili non sottoposti a trattamento di sostegno vitale. Contrari alla pratica del suicidio assistito e, a maggior ragione, al suo ampliamento». Ed esprimono «apprezzamento»

perché la loro richiesta di intervento è stata sostenuta dall'Avvocatura dello Stato; e per la scelta della difesa di Cappato che non si è opposta all'intervento dei malati contrari al suicidio assistito. «L'ordinanza ammissiva della Corte Costituzionale, al di là di quella che sarà la decisione sulla questione di legittimità costituzionale, rappresenta un segnale di lodevole attenzione da parte della Corte».

Con il parere favorevole dei legali di Marco Cappato, sono stati accolti gli interventi “ad opponendum” di chi non vuole che si estenda l'accesso alla morte assistita

IL CASO

Alla Consulta la richiesta di chi chiede la fine anticipata ma che non dipende da sostegni vitali È la quarta volta che i giudici devono esprimersi sul tema, in attesa di una legge nazionale



Maria Letizia Russo ieri alla Corte costituzionale (a sinistra) dove ha portato la sua testimonianza



PARLA MICHELE LA PUSATA, AFFETTO DA SLA

«Troppo spesso ci sentiamo soli ora ascoltate anche la nostra voce»

DANILO POGGIO

«Il dibattito sul fine vita deve iniziare da una prospettiva completamente diversa, quella dell'assistenza h24. L'abbandono da parte dello Stato è la prima causa che alimenta la cultura della morte. Dovrebbe essere un monito per la politica». Michele La Pusata è referente Aisla per la provincia di Enna e da 18 anni è affetto da Sla. Ha letto su *Avvenire* la questione posta da altri malati davanti alla Consulta sul suicidio assistito e ha voluto far sentire anche la sua voce. Per rispondere a queste domande ha usato il puntatore oculare, la tecnologia che recepisce impercettibili movimenti degli occhi, li traduce in comandi al computer e poi in parole. Nello stesso modo sta scrivendo la tesi per laurearsi in Scienze religiose presso la Facoltà teologica di Sicilia e ha scritto anche un intero libro, *La vita non è un peso (Altrimenti non riuscirei a sollevarlo)* edito da La nave di Teseo. «Ho 59 anni, di cui 18 passati in compagnia della Sla - ci racconta -, sono sposato con Stella e abbiamo tre figli di cui due sposati, siamo in attesa di diventare nonni. Basandomi sulle mie esperienze non mi sento di giudicare nessuno, io stesso mi sono sentito una zavorra per i miei

cari. In prima persona ho vissuto la paura di fronte alla fredda carezza della morte, ma col tempo ho imparato ad accogliere la mia disabilità come parte integrante della mia vita. A oggi, coccolato dalla mia famiglia, posso affermare che sono sempre più innamorato della mia vita. Sono fermamente convinto che soltanto chi non trova alternative di vita si affeziona a pensieri di morte.

Eppure si parla molto di "diritto di morire", quasi una moda...

Il nostro tempo è caratterizzato da una frenetica corsa per guadagnare quel tempo che poi non si sa in cosa impiegare. Si vuole il massimo senza neppure dare il minimo. Ma è tutta una finzione: si promuove una libertà che rende gli uomini prigionieri della moda. La "moda" di oggi è andare contro ogni morale, viviamo il tempo di Lucignolo.

Cosa pensa della questione esaminata dalla Consulta?

Ritengo che le posizioni di chi ha e di chi non ha trattamenti di sostegno vitale siano molto diverse. Per esempio, un malato di Sla che ha appena ricevuto la diagnosi è in preda al terrore. Poi, con il tempo, tutto diventa più ragionevole, le paure vengono mitigate.

Anche per chi si trova nella disabilità grave sembrano esserci poche possibilità se chiede il "diritto di vivere". Perché non trova spazio?

Il vero problema non è invogliare chi è come me a rompere il silenzio. C'è mol-

ta gente che grida "aiuto" con quel poco di fiato che ha in corpo, ma è difficile trovare qualcuno disposto ad ascoltare. Lo posso assicurare anche alla luce della mia esperienza come referente provinciale dell'Aisla.

In cosa consiste la dignità della vita?

Una vita dignitosa è quella vita che permette alla persona di realizzarsi così com'è. Bello, brutto, disabile o sano che sia. Ritengo che la promozione della vita non può normalmente coincidere con la promozione della morte, anche se questa si riferisce a una "buona morte". Platone nel *Fedone* descrive in modo eccelso la morte del suo maestro Socrate, ma trovare in queste pagine un inno all'eutanasia è quantomeno deviante. Il saggio fu condannato a bere la cicuta da un potere che si sentiva minacciato dal pensiero critico che egli predicava soprattutto fra i giovani. Poteva salvarsi rinnegando non sé stesso ma il suo messaggio di vita e di libertà. Poco meno di cinque secoli prima di Gesù Cristo, Socrate insegna all'uomo ad affrontare la paura della morte con il suo vivere fino all'ultima goccia di vita

E quando bisogna fare delle scelte?

Mi preme sottolineare la latitanza della classe politica, nonostante l'appello della Consulta a sanare il *vulnus* legislativo nel nostro ordinamento. Ed è giusto che anche la nostra voce venga ascoltata.



Michele La Pusata



Editoriale

La vita fragile non è meno degna

IL DOVERE DELLA CURA

GIUSEPPE ANZANI

La Corte Costituzionale è tornata a occuparsi di aiuto al suicidio. È la quarta volta. C'è un altro processo in sospenso, a Milano, con imputati che hanno violato l'art. 580 del codice penale (c'è persino l'autodenuncia) e il giudice dubita che quella norma non sia giusta; e dunque a Roma si deve svolgere una fase "incidentale" per stabilire se quella norma vale o non vale. Sappiamo che l'art. 580 non è già più quello di prima,

dopo la sentenza 242 del 2019. È stato ritagliato uno spazio di non punibilità per gli aiutanti del suicida, quando vi siano quattro circostanze, (che ripassiamo): piena coscienza e volontà del malato, malattia irreversibile, fonte di sofferenza intollerabile, affidato a trattamenti di sostegno vitale. Nel processo di Milano la differenza è che non c'è la dipendenza da sostegno vitale. La giustificazione essenziale della non punibilità nei casi ammessi come eccezione a una regola che resta giusta, sta nel fatto che chi aiuta il malato a darsi la morte in quelle condizioni aiuta un soggetto che già potrebbe "lasciarsi morire" rifiutando o

rinunciano proprio a quei trattamenti che lo tengono vivo. In queste tre righe della sentenza 242 sta il cardine della non punibilità. Cardine non è parola mia, sta scritto proprio così. È scritto nell'ultima sentenza della Corte sul tema, la n. 135 del luglio 2024, intervenuta dopo che a Firenze era già scoppiato il primo caso dell'aiuto a un malato condotto in Svizzera a suicidarsi senza essere dipendente da trattamenti di sostegno vitale.

...continua a pagina 12

Dalla prima pagina

IL DOVERE DELLA CURA

Il giudice fiorentino aveva sollevato questi dubbi: uno, che la Costituzione vuole l'uguaglianza (art. 3) sicché sarebbe ingiusto il diverso trattamento fra malati e malati; due, che la Costituzione sancisce la libertà e l'autodeterminazione (art. 2,13,32) e la dignità della persona, sicché sarebbe ingiusto negarla ai soggetti in questione; tre, che le norme Cedu (art. 8 e 14) vogliono rispetto della vita privata, e la Costituzione ne impone l'osservanza (art. 117).

A questi dubbi ha risposto la Corte: non è violata l'uguaglianza, perché le situazioni sono diverse in senso sostanziale (il "cardine" necessario resta l'equivalenza letale con la rinuncia al trattamento). Non è contraddetta la libertà e l'autodeterminazione, perché va bilanciata con gli altri principi costituzionali di importanza somma, in primis la tutela della vita e la protezione dei soggetti vulnerabili. Non vi è conflitto con le norme Cedu, poiché la stessa Corte di Strasburgo ha chiarito i margini di valutazione autonoma degli Stati. Per questo la Consulta ha dichiarato inammissibile la questione.

Ora si deve decidere sull'ordinanza del Gip di Milano. Scritta nel maggio 2024, prima che uscisse la sentenza 135 del luglio, porta gli stessi vecchi dubbi di Firenze, già risolti nel frattempo. Ancora l'art. 3 sull'uguaglianza, ancora gli art. 2,13,32 sull'autodeterminazione; ancora l'art. 117 in rapporto alle norme Cedu. Un déjà vu. È lecito pensare ad un giudizio di inammissibilità prenotata. L'occasione è tuttavia propizia per riflettere sulla necessità di chiarezza definitiva sui tratamen-

ti vitali, e poi sulla ostinazione di quegli attivisti, imputati volontari, la cui dottrina è il diritto di morire come e quando si vuole, che seduce l'opinione di molti. Sul primo punto, i trattamenti vitali esemplificati dalla prima sentenza erano «ventilazione, idratazione, alimentazione artificiale»; con la sentenza 135 del 2024 si sono aggiunte voci d'altro esempio come «evacuazione manuale, cateteri urinari, broncoaspirazione». Forse non è questione di elenchi o cataloghi, ma di funzione: di supplenza terapeutica a una disfunzione patologica, senza la quale si muore.

Resta urgente correggere la deriva che nell'opinione pubblica va assumendo la propaganda eutanasi come progresso libertario. C'è l'insidia di sofismi sull'ordine giuridico, e poi il rischio oppressivo di scarto dei deboli in luogo della cura solidale. Sull'ordine giuridico, qualche parola testuale può correggere l'ignoranza: scrive la Corte che dalla Costituzione discende «il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo, non quello, diametralmente opposto, di riconoscere



all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire». Ancora: non esiste un "diritto a morire", viceversa il diritto alla vita «si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona» e appartiene «all'essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana». E c'è il monito, lo scopo, il compito «di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere».

Ma poi alle evidenze giuridiche si aggiungono le "ragioni del cuore" a dar primato al rispetto d'una dignità umana indefettibile, al conforto, alla cura. Alla cura, sì, che resta come dice la Corte «il dovere della Repubbli-

ca - in forza degli artt. 2, 3, secondo comma, e 32 Cost., oltre che dell'art. 2 CEDU - di assicurare a questi pazienti tutte le terapie appropriate, incluse quelle necessarie a eliminare o, almeno, a ridurre a proporzioni tollerabili le sofferenze». Un segnale di speranza, finalmente, di attenzione ai sofferenti che chiedono aiuto per la vita. Di esso è giunta conferma proprio ieri, dove all'udienza della Corte costituzionale sono state ammesse alcune persone fisiche malate, non coinvolte nei processi di suicidio, ma protagoniste di storie di infermità vissuta e di bisogno di cura e di desiderio di vita. Testimoni d'un cuore che non cede, non si stanca di amare la vita. Siamo con loro.

Giuseppe Anzani



Il mio Google

Craig Mello

per le cellule

Dalla scoperta di un meccanismo naturale per silenziare alcuni geni alle nuove terapie contro il colesterolo. Merito delle ricerche d'avanguardia sul funzionamento dell'Rna

di ELISA MANACORDA

S

e Craig Cameron Mello è così bravo a spiegare in modo semplice cose assai complesse, è perché da sempre fa esercizio in famiglia. «Ho due genitori quasi novantenni ancora molto attivi e curiosi: una mamma artista e un padre paleontologo, che mi fanno domande e mi spingono a guardare quello che faccio in laboratorio da un'altra prospettiva», spiega il biochimico statunitense, Premio Nobel per la Medicina nel 2006, vinto insieme con Andrew Fire per aver scoperto il meccanismo di interferenza a RNA. Un processo che consente di silenziare un singolo gene, evitando che quella determinata proteina venga prodotta, e che oggi è alla base di una rivoluzione medica che sta cominciando a dare i suoi benefici a molti pazienti.

Oggi un farmaco basato sulla scoperta di Mello e Fire, inclisiran, è in grado di ridurre i livelli di colesterolo Ldl negli adulti con ipercolesterolemia familiare e malattia cardiovascolare aterosclerotica con una iniezione sottocute una o due volte l'anno. E già nel 2018 un'altra terapia, patisiran, aveva ricevuto il via libera per il trattamento dell'amiloidosi ereditaria mediata dalla transtiretina. Ma questo, all'epoca degli esperi-

menti nei laboratori della University of Massachusetts Medical School, Mello ancora non lo sapeva.

«Quando nel 1988 abbiamo pubblicato su *Nature* il nostro articolo sull'RNA a doppio filamento, non avevamo alcuna comprensione del fenomeno. Semplicemente - ricorda - avevamo descritto quello che avevamo osservato nei nostri studi su *C. elegans*», un verme spesso usato per questi esperimenti. Iniettando contemporaneamente molecole di RNA messaggero (l'mRNA) che codificano per una proteina muscolare, e molecole di RNA antisense, cioè complementari a quelle di mRNA, i due ricercatori avevano osservato che i vermi manifestavano contrazioni simili a quelle osservate in vermi con un gene difettoso per la proteina muscolare. Le molecole di mRNA e quelle di RNA antisense si erano legate tra loro, formando un RNA a doppio filamento, che aveva "silenziato" quella specifica sequenza genica e, dunque, impedito la formazione di quella proteina. È quello che si chiama "interferenza dell'RNA". Che, come hanno poi scoper-



to Mello e Fire, funziona non solo sui vermi ma anche sugli umani.

Ma come si fa a silenziare quello specifico gene e non un altro? Come rintracciare, all'interno di quella marea di informazioni alla base di ogni essere umano complesso la sequenza responsabile della proteina di cui si vuole arrestare la produzione? Bisogna usare quello che Mello chiama "il Google della cellula". «Quando vogliamo recuperare nella rete quel famoso testo di Shakespeare di cui non ricordiamo il titolo, cosa facciamo? Scriviamo nella barra di ricerca "essere o non essere", e il sistema tirerà fuori *l'Amleto*». In modo analogo, si possono sfruttare le caratteristiche di una famiglia di proteine, chiamate non a caso "Argonaute", che sono in grado di riconoscere le sequenze

desiderate. Un sofisticato sistema di ricerca - spiega Mello - che si è sviluppato negli organismi miliardi di anni fa. Così nel 1999, un anno dopo la pubblicazione su *Nature*, Mello e Fire capiscono che è possibile utilizzare un meccanismo naturale per silenziare selettivamente l'espressione genica.

I vantaggi di questo approccio sono evidenti nella gestione delle malattie cardiovascolari come l'ipercolesterolemia. «I miei livelli di colesterolo sono borderline: certo, potrei prendere le statine per tenerli sotto controllo, come fa mio padre da anni e con qualche fastidio. Ma se, invece, avessi accesso a una terapia in grado di silenziare il gene che produce il colesterolo Ldl, non ci penserei due volte», dice Mello. Il gene in questione si chiama Pcks9: la proteina codificata degrada il recettore che immagazzina il colesterolo cattivo all'interno delle cellule, rimuovendolo dal sangue. Bloccando questa azione, aumentano i recettori "spazzini" e i livelli di Ldl si riducono.

È proprio questo gene il bersaglio delle molecole di RNA interferenti. «In alcune persone questo gene è mutato e non funziona: sono donne e uomini più sani del normale, perché i loro livelli di colesterolo sono molto bassi. Uno dei rari casi in cui una mutazione ti migliora la salute», continua Mello. Sequenziando il genoma di questi individui "speciali", è stato scoperto il gene responsabile della riduzione del colesterolo cattivo.

A portare avanti gli esperimenti sul principio attivo inclisiran sono state due piccole ma agguerrite biotech, Alnylam e The Medicine Company, quest'ultima acquisita da Novartis nel 2020. Oggi, i dati dicono che la terapia con questa molecola è in grado di ridurre i livelli di colesterolo del 50% in più di quanto accada con le statine. Ma non è tutto. «Un altro fondamentale risultato è stato scoprire la durata dell'effetto di queste terapie con RNA interferente: basta una dose ogni 6-12 mesi. E questo - aggiunge Mello - rivoluziona anche il concetto di aderenza, che in caso di malattie croniche come quelle cardiovascolari è sempre a rischio.

La strategia con RNA interferenti non si ferma alle malattie cardiovascolari: questo - aggiunge il biochimico statunitense - è solo l'inizio di molte nuove terapie che, sperabilmente, avranno un impatto fondamentale su altre malattie. Una di queste, già allo studio, è la preeclampsia (la cosiddetta gestosi), una

forma di ipertensione che si sviluppa o peggiora nelle donne in gravidanza dopo la 20esima settimana di gestazione, accompagnata dalla presenza di un eccesso di proteine nelle urine. E che, mettendo a rischio la salute della futura madre, può comportare l'interruzione di gravidanza o un parto molto prematuro.

«Una delle nostre colleghe, Melissa Moore, co-fondatrice dell'RNA Therapeutics Institute, era in ospedale con la preeclampsia in attesa del taglio cesareo. Quando il medico stava per cominciare l'intervento, lei l'ha interrotto: "Sono una scienziata, voglio sapere che cosa sta succedendo", ha detto. E così ha capito che questa condizione è provocata da alcune alterazioni nello sviluppo della placenta e dei vasi sanguigni che la irrorano. Così, mentre era ancora sdraiata sul letto, Melissa ha detto al medico: "Credo di sapere come risolvere questo problema"». Ed era vero. Una delle cause di questa condizione è rappresentato da un malfunzionamento del recettore per un fattore di crescita placentare. «Melissa ha chiesto a una collega chimica di produrre dell'RNA interferente che avesse come bersaglio quella porzione difettosa del genoma. Certo, le sperimentazioni sulle donne in gravidanza non sono facili, dato che pochi investitori hanno il coraggio di lavorare su questa fetta di popolazione. Ma la Fda ha autorizzato i trial clinici con un farmaco sperimentale

sviluppato dalla Comanche Biopharma, che ha questo nome perché uno dei fondatori ha origini nativo-americane e ha ottenuto il permesso dagli anziani del suo popolo. Uno studio sui babbuini aveva già dimostrato che l'approccio è in grado di normalizzare la pressione sanguigna tre giorni dopo una dose. L'unico effetto avverso è un leggero rossore nel sito di iniezione», continua Mello. Se tutto andrà per il verso giusto, il nuovo approccio consentirebbe di risparmiare la vita di 70 mila donne e di far nascere a termine 500 mila neonati ogni anno.

Un altro obiettivo del gruppo di Mello è il cervello e le malattie che lo colpiscono e che non hanno una cura. Ma non

basta una iniezione sottocute. «I miei colleghi hanno tentato la somministrazione di un RNA interferente nel liquido cerebrospinale. Purtroppo, una volta arrivato lì, l'RNA interferente ci restava troppo poco per esercitare i suoi effetti. Così abbiamo costruito una sorta di impalcatura che lo trattenesse. Intorno a questi risultati abbiamo fondato la Atlanta Therapeutics - dice - che ha 14 programmi preclinici, di cui almeno due davvero promettenti».

Raccontare in modo semplice cose complesse ha anche un altro obiettivo, conclude il Nobel: far capire che non c'è da aver paura di queste terapie, che si basano su un approccio diverso da quello chimico dei farmaci tradizionali. «Qualunque malattia è dovuta, in definitiva, a un difetto nell'informazione genetica. Regolare l'espressione genica con gli RNA interferenti significa rimettere a posto i pezzi di informazione difettosa, senza alterare in modo permanente il DNA. Tra l'altro - conclude Mello - queste terapie sono reversibili. Il gene difettoso non viene modificato, ma silenziato, così che non faccia danni. L'importante è raccontare correttamente il processo. Perché queste terapie possono fare la differenza tra la vita e la morte per milioni di persone».

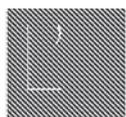


L'IA È UNA SOLUZIONE SE NON È IN MANO A POCHI COLOSSI

Le pandemie e i cambiamenti climatici richiedono soluzioni interdisciplinari, come suggerisce l'approccio One Health: l'Intelligenza Artificiale potenzia il paradigma, dalla progettazione dei farmaci alla sicurezza alimentare. Ora però è necessario estendere questa logica alla salute delle reti neurali e al loro corretto utilizzo.

Gli algoritmi possono amplificare instabilità e rischi sistemici e inquinare le menti

di FRANCESCO VACCARINO



Intelligenza Artificiale si è ormai imposta come una delle tecnologie più rivoluzionarie, con applicazioni che spaziano dalla medicina alla sostenibilità ambientale, fino alla sicurezza alimentare. Parallelamente, il paradigma One Health, che riconosce l'interconnessione tra la salute umana, animale e ambientale, sta guadagnando sempre più attenzione.

L'approccio One Health nasce dalla consapevolezza che le sfide globali - dalle pandemie ai cambiamenti climatici - richiedono soluzioni interdisciplinari. L'Intelligenza Artificiale può potenziare questo paradigma grazie alla sua capacità di analizzare enormi quantità di dati, individuare "pattern" e migliorare la capacità predittiva di modelli epidemiologici e ambientali.

Per esempio, gli algoritmi avanzati possono monitorare le zoonosi, come quella del Covid-19 dai pipistrelli all'uomo, prevedere la diffusione di nuove epidemie e migliorare la sicurezza alimentare, ottimizzando l'agricoltura. In campo medico, le reti neurali ac-

celerano la scoperta di farmaci e migliorano la diagnostica. Tuttavia, questo ruolo di abilitatore non esaurisce l'impatto dell'Intelligenza Artificiale.

Infatti, se One Health è tradizionalmente concepito come un tavolo con tre gambe - la salute umana, animale e ambientale - oggi dobbiamo aggiungere una quarta: la salute del digitale e delle sue Intelligenze Artificiali. Come simulacri della realtà, queste non sono soltanto copie sofisticate del mondo naturale, ma entità che possono avere impatti autonomi, spesso imprevedibili, e generare "spillover" dal mondo digitale alla realtà biologica e sociale.

Un esempio di "digital spillover" si è verificato a causa dell'uso dell'IA nei mercati finanziari. Il 6 maggio 2010, i mercati finanziari statunitensi furono scossi da un evento senza precedenti: il cosiddetto "Flash Crash". In pochi minuti, il Dow Jones perse quasi il 9% del suo valore, causando miliardi di dollari di perdite, per poi recuperare gran parte della perdita nello stesso giorno. L'azione incontrollata di algoritmi di trading ad alta frequenza, alimentati da Intelligenze Artificiali capaci di eseguire migliaia di operazioni al secondo era stata l'origine di questo evento. Investitori, aziende e risparmiatori videro volatilizzarsi enormi quantità di denaro in pochi minuti, generando panico, sfiducia

sociali e danni alla salute di molte persone.

Il caso del "Flash Crash" mostra che l'IA non è soltanto un "abilitatore neutrale", ma un'entità che può amplificare instabilità e rischi sistemici. Integrare la dimensione digitale in One Health significa

riconoscere che la salute del nostro ecosistema globale dipende anche dalla gestione delle tecnologie intelligenti, riducendo gli spillover e garantendo un equilibrio tra l'innovazione e la sicurezza collettiva.

Un altro aspetto critico riguarda l'Intelligenza Artificiale e la salute mentale. Gli algoritmi dei social media, ottimizzati per massimizzare l'engagement, hanno generato un'escalation di ansia e depressione, soprattutto nei giovani. Questo non è solo un



problema psicologico individuale, ma una vera e propria crisi sanitaria globale, che dovrebbe essere considerata all'interno del paradigma One Health.

Se l'Intelligenza Artificiale è una dimensione autonoma di One Health, allora la sua gestione non può essere lasciata esclusivamente nelle mani di pochi attori privati. Il mercato dell'IA è oggi dominato da pochi giganti tecnologici, come Google, Microsoft, Meta, X e OpenAI, che possiedono gli algoritmi più avanzati e le risorse computazionali necessarie per il loro funzionamento. Questa concentrazione di potere genera due problemi principali.

Il primo è l'accessibilità: se solo poche aziende controllano l'IA, il divario tecnologico tra Paesi ricchi e poveri rischia di aumentare. Il secondo problema è la trasparenza: molti modelli di IA sono opachi e inaccessibili a terzi, rendendo difficile verificare l'affidabilità delle loro previsioni e decisioni.

Infine, un'altra criticità, spesso trascurata, è l'impatto ambientale dell'Intelligenza Artificiale. L'addestramento di una IA come Chat-Gpt può consumare energia come migliaia di abitazioni in un anno.

Se accettiamo che il digitale è ormai una dimensione autonoma del paradigma One Health, allora dobbiamo trattare i modelli di Intelligenza Artificiale non soltanto come strumenti, ma come veri e propri agenti che possono generare rischi sanitari e sociali. Proprio come regoliamo le malattie infettive per evitare pandemie, dovremmo pensare a strategie di mitigazione per gli effetti negativi dell'IA sul benessere umano ed ecologico. Per garantire che l'IA sia uno strumento di progresso collettivo è quindi necessario un nuovo approccio alla sua "governance".

Regolamentare i monopoli, migliorare la trasparenza e ridurre il suo impatto ambientale sono passi fondamentali per in-

tegrare l'Intelligenza Artificiale in One Health senza compromettere il nostro futuro. Solo riconoscendola come una quarta gamba del tavolo One Health, potremo costruire un equilibrio sostenibile tra il mondo naturale e il mondo digitale.

LA TECNOLOGIA

La gestione della tecnologia non può essere data in monopolio. È in ballo la trasparenza



FRANCESCO VACCARINO

Matematico, professore presso il Politecnico di Torino, dove è titolare dei corsi di Matematica per l'Intelligenza Artificiale e Mathematics in Machine Learning. La sua ricerca riguarda gli aspetti topologici e geometrici dell'IA e dei sistemi complessi. Ha scritto con Gabriele Beccaria il saggio *Prima che accada* (2016)

CARDIOLOGIA

Gli algoritmi monitorano il cuore



«Un numero senza precedenti di innovazioni viene sviluppato grazie all'IA, ma solo una piccola parte di queste viene adattata dai servizi sanitari. Il progetto Grace colmerà la lacuna» a sostegno di Leonardo Picchi, ingegnere biomedico e coordinatore dell'iniziativa, cofinanziata dall'Usl, che mira a migliorare la diagnosi, la gestione e la cura delle malattie cardiovascolari attraverso soluzioni digitali all'avanguardia.

GENETICA

Un ChatGpt per creare il DNA



Per generare sequenze di DNA su misura per malattie specifiche o riconoscere geni finora sconosciuti: Evo 2, il più potente modello di IA in campo biologico e apre la porta alla cosiddetta biologia generativa. È accessibile liberamente ed è stato sviluppato dai ricercatori dell'Istituto Arc in California, in collaborazione con le Università di Stanford, Berkeley, San Francisco e l'azienda Nvidia. Evo 2 è stato addestrato su 128 mila genomi.

3

Salute globale

Manifestanti ad Atlanta contro i tagli agli enti di Sanità pubblica, come i Cdc, i Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie



SOLO LA SCIENZA CI SALVA DALLE PANDEMIE

di **GIORGIO PARISI**
illustrazione di **ALVVINO**

D

ue settimane fa ho partecipato a un'audizione della commissione parlamentare d'inchiesta sul Covid. Dopo una presentazione di 20 minuti, ho risposto a domande per un'ora e mezza. È stata un'esperienza molto interessante, che mi ha fatto riflettere su un aspetto cruciale: alcune informazioni importanti emerse durante la pandemia sono passate inosservate al grande pubblico, restando confinate tra gli addetti ai lavori. Eppure, questi dati sono fondamentali per rispondere a domande chiave: quanto sono stati utili i lockdown? Quanto avrebbe rischiato l'Italia senza di essi? E quanto sono stati efficaci i vaccini?

Quanti sarebbero stati i morti senza lockdown?

Partiamo da un dato essenziale: durante la prima ondata della pandemia quanti italiani sono stati infettati dal virus? Un'indagine del ministero della Salute ha stimato che, nella fase iniziale (inverno-primavera del 2020), circa 1,5 milioni di persone avevano contratto il Covid, come dimostrato dalla presenza di anticorpi nel sangue. Questo significa che, se tutti gli italiani si fossero ammalati, il numero di morti sarebbe stato 40 volte superiore a quello registrato. Considerando che i decessi ufficiali della prima ondata sono stati circa 35 mila, il totale sarebbe potuto arrivare a 1,4 milioni.

Ovviamente, non tutti si ammalano durante un'epidemia, ma possiamo fare un confronto con la provincia di Bergamo, dove il virus si è diffuso prima dell'introduzione dei lockdown. In questa zona, quasi l'1% della popolazione è morto a causa del Covid. Una stima ragionevole dei decessi in uno scenario senza misure di contenimento oscilla quindi tra 500 mila e 700 mila. Numeri che fanno riflettere e che dimostrano quanto sia stato importante agire tempestivamente.

I morti erano davvero causati dal Covid?

Durante l'audizione, qualcuno ha sollevato una domanda: i decessi erano "per Covid" o "con Covid"?

In altre parole, quante di queste persone sarebbero morte comunque, anche senza il virus? La risposta è chiara, se guardiamo ai dati. A Bergamo, durante il picco dell'epidemia, il numero totale di morti è stato fino a 10 volte superiore alla media. In molte case di riposo (Rsa) quasi il 50% degli ospiti è deceduto. È difficile pensare che questa improvvisa moria sia stata causata da qualcosa di diverso dal Covid.

A livello nazionale, nel 2020 ci sono stati circa 50 mila morti in più rispetto alla media degli anni precedenti, nonostante una stagione influenzale particolarmente mite. Questo suggerisce che i decessi direttamente o indirettamente legati al Covid siano stati circa 50 mila, di cui 35 mila confermati da tamponi positivi e altri 15 mila probabilmente non diagnosticati in tempo. Queste persone potrebbero essere decedute senza essere state testate o per mancato accesso alle cure, a causa del sovraccarico del sistema sanitario. L'Istituto Superiore di Sanità ha analizzato 5 mila schede di morte, confermando che nell'89% dei casi il Covid è stata la causa diretta del decesso, spesso aggravando patologie preesistenti. In altre parole, senza il virus, queste persone non sarebbero morte in quel momento. Anche studi britannici mostrano che i morti per Covid sono stati il 10% in più rispetto ai decessi ufficiali. La sottostima, non la sovrastima, è un fenomeno globale, soprattutto nei Paesi dove i test scarseggiavano.

I lockdown hanno funzionato?

L'efficacia dei lockdown è evidente, se si analizzano i dati epidemiologici. Sappiamo che i pazienti che muoiono di Covid vengono infettati circa 20 giorni prima. Quindi, il picco dei decessi dovrebbe arrivare 20 giorni dopo una drastica riduzione dei contagi. In Cina, il lockdown è iniziato il 21 gennaio 2020 e il



picco dei morti si è verificato il 12 febbraio. In Italia, invece, il lockdown nazionale è partito l'11 marzo e il picco è arrivato a fine marzo. Nella seconda ondata, con l'introduzione delle zone rosse al Nord, il 6 novembre, il picco dei decessi è stato il 3 dicembre.

È importante sottolineare che un'epidemia così contagiosa non si ferma da sola. Senza misure restrittive, il virus continuerebbe a diffondersi fino a quando una parte significativa della popolazione non si ammala o non cambia comportamento. L'improvviso arresto della curva epidemica a 20 giorni dall'inizio dei lockdown non può essere una coincidenza: i lockdown hanno funzionato.

I vaccini: un successo sottovalutato

I vaccini sono stati uno degli strumenti più efficaci per contrastare la pandemia. Con la variante Omicron, la loro capacità di prevenire l'infezione è diminuita, ma rimangono straordinariamente efficaci nel ridurre le forme gravi della malattia. Un report dell'Iss di aprile 2023 ha dimostrato che i vaccini riducono di cinque volte il rischio di malattia grave. Considerando che con Omicron i casi gravi sono diventati più rari, è facile sottovalutare questo risultato. Tuttavia, senza vaccini, il numero di ricoveri e decessi sarebbe stato molto più alto.

Un altro aspetto poco noto è l'effetto protettivo dei vaccini sulle malattie cardiovascolari. Molti hanno letto articoli che discutevano i rari effetti collaterali dei vaccini, ma pochi sanno che i vaccini riducono del 40% il rischio di complicanze cardiovascolari gravi. Questo perché il Covid stesso può causare danni al sistema circolatorio, anche a distanza di tempo. I vaccini, riducendo il rischio di infezione e di long Covid, hanno quindi un effetto protettivo indiretto su queste patologie. Purtroppo, questa informazione è rimasta confinata tra gli esperti, mentre avrebbe dovuto essere al centro della comunicazione pubblica.

Conclusioni

La pandemia ci ha insegnato molto. I lockdown, solo in Italia, hanno salvato centinaia di migliaia di vite, i vaccini hanno protetto milioni di persone, e i dati confermano che il Covid è stato una minaccia reale e letale. Ora, è essenziale imparare da questa esperienza per affrontare meglio le future emergenze sanitarie. La comunicazione chiara e trasparente sarà fondamentale per costruire una società più preparata e resiliente. Dobbiamo ricordare che, in una crisi globale, la scienza e la collaborazione sono le nostre armi più potenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le misure di contenimento hanno limitato le vittime. E la tempestività è stata fondamentale. L'efficacia dei vaccini è stata straordinaria. E hanno anche protetto dalle malattie cardiovascolari

L'analisi sulla lezione del Covid: i contagi e il lockdown, il numero delle vittime e i vaccini. Una serie di interrogativi per formulare altrettante risposte decisive con cui contrastare possibili future emergenze. Con un'evidenza chiara: la ricerca biomedica e la collaborazione tra istituzioni e governi sono stati gli strumenti per vincere una sfida che non aveva precedenti. Ecco i dati che spiegano l'allarme della comunità per i provvedimenti di Trump



IL NODO DEL PERSONALE E DELLE RISORSE

Mai di venerdì in sala operatoria

Più rischioso finire sotto i ferri nel fine settimana: peggiori l'esito e le complicazioni, più alta la mortalità. Il motivo? L'abbiamo chiesto all'autrice dello studio. E ai chirurghi

di GIULIANO ALUFFI

Non è solo una questione di superstizione: il venerdì, anche quando non è 13, è davvero un brutto giorno per finire sotto i ferri: sia per l'esito dell'operazione che per le eventuali complicazioni, è, infatti, un momento più critico rispetto all'inizio della settimana. E questo non succede perché - come potrebbero insinuare i più cinici - dal venerdì il chirurgo abbia già la testa in vacanza e sia quindi meno attento col bisturi.

Le vere ragioni sono suggerite da uno studio - appena pubblicato su *Jama Network Open* - che confronta gli esiti operatori di circa 430 mila pazienti canadesi: la metà di loro è stata operata di venerdì e l'altra metà di lunedì. «Abbiamo considerato i 25 interventi chirurgici più comuni, sia d'urgenza che programmati, e valutato gli effetti a 30, 60, 90 e 365 giorni. Il risultato è che il rischio di complicazioni sale: in particolare il rischio di morte è più alto del 9% a 30 giorni dall'intervento, del 10% a 90 giorni e del 12% entro un anno» spiega a *Salute* Vatsala Mundra, ricercatrice clinica presso lo Houston Methodist Hospital e coautrice dello studio. «Sul perché ciò accada abbiamo diverse ipotesi. Gli interventi del venerdì spesso richiedono che il paziente rimanga ricoverato il sabato e la domenica per le cure post-operatorie. In quei due giorni, però, molte strutture mediche tendono a subire una riduzione del personale, sia tra i medici che tra gli infermieri: questo potrebbe far sì, almeno in certi casi, che per alcuni servizi specialistici come

l'imaging o gli esami di laboratorio il paziente debba aspettare il lunedì. Più in generale la ridotta disponibilità del personale compromette la capacità di riconoscere tempestivamente eventuali complicazioni e di intervenire». Un'altra possibile soluzione è l'applicazione, alla vigilia del fine settimana, di criteri differenti nell'ammissione dei pazienti, restringendola ai casi più critici e alle emergenze, che quindi hanno già un rischio intrinseco più alto di complicazioni. «Nel nostro studio però vediamo un aumento del rischio negli interventi effettuati il venerdì soprattutto per quelli già programmati: per gli interventi di emergenza non abbiamo trovato particolari differenze tra i giorni», precisa Vatsala Mundra.

L'esistenza di un "effetto weekend", legato a questioni di personale e risorse, trova supporto in una letteratura scientifica che mostra come le complicazioni più serie abbiano maggiori probabilità di verificarsi nelle 48 ore che seguono un intervento chirurgico, con un rischio di mortalità nel fine settimana più alto per la fascia dei pazienti più fragili, quelli con maggiori comorbidità e un numero maggiore di precedenti ricoveri.

Tra le evidenze più in linea con il nuovo studio, una ricerca pubblicata su *Medical Care* che, analizzando i dati di 8 milioni di pazienti, ha stimato un aumento del 24% del rischio di morte per chi si opera di venerdì rispetto a chi lo fa di lunedì. Una meta-analisi della Johns Hopkins School of Medicine su 51 milioni di interventi, invece, ha evidenziato una mortalità superiore del 19% per

chi si opera di sabato o domenica. «È vero che in certi ambienti le prestazioni mediche interventistiche, quindi non solo gli interventi chirurgici generali, ma anche quelli urologici o di chirurgia vascolare, hanno un rischio maggiore nel fine settimana. Non tanto per un aumento delle complicazioni intraoperatorie, perché l'atto chirurgico è lo stesso in qualunque giorno lo si faccia, ma perché un'eventuale complicanza post-operatoria rischia di essere individuata in ritardo», spiega Massimo Carlini, primario dell'Ospedale Sant'Eugenio di Roma e presidente della Società Italiana di Chirurgia. «Se, per esempio, si verifica un sanguinamento post-operatorio, o una complicanza non chirurgica ma medica, come un infarto, un'embolia o un'insufficienza respiratoria, e ciò accade nel fine settimana, in alcuni ospedali più piccoli o con risorse limitate il problema potrebbe non essere individuato prontamente. Per questo, come Società Italiana di Chirurgia, insistiamo da sempre con gli amministratori affinché gli interventi di maggiore complessità, laddove programabili, vengano eseguiti all'inizio della settimana».

Proprio per gli interventi pro-



grammati, uno studio americano su oltre 300 mila pazienti sottoposti a bypass aorto-coronarico, chirurgia colorettales, riparazione di aneurisma dell'aorta addominale e rivascolarizzazione degli arti inferiori ha stimato un rischio di morte tre volte più alto in chi si opera nel weekend. Per alleviare il problema si può agire sulla programmazione dei giorni o, meglio, sull'aumento delle risorse sanitarie disponibili: «È diventata eccessiva la tendenza a ridurre la degenza post-operatoria per contenere i costi: dimettere precocemente i pazienti è una scelta economica che non sempre corrisponde a una buona pratica

clinica», sottolinea Carlini. «Le Regioni spingono le direzioni sanitarie a ridurre i tempi delle degenze: questo si può fare, ma non per tutti i pazienti. Perché quando il paziente che ha subito un intervento importante torna a casa, all'insorgere di una complicanza spesso non è in grado di capire se stia avvenendo qualcosa di importante, da trattare con urgenza. Se invece quel paziente è in ospedale, i medici esperti possono accorgersi del problema per tempo. A questo proposito, anche in Italia, una delle differenze più rilevanti tra gli ospedali di alto

livello e quelli meno attrezzati è che in questi ultimi il personale medico e infermieristico in servizio nel weekend è spesso più giovane e meno esperto».



CURIOSITÀ

È SOLO SUPERSTIZIONE?

Oltre all'effetto weekend, esiste anche un "effetto superstizione"? I ricercatori dello Houston Methodist Hospital hanno indagato anche sull'esito degli interventi chirurgici effettuati durante gli spesso temuti venerdì 13. «Sappiamo dalla letteratura scientifica che uno stato d'ansia o nervosismo più accentuato, sia nei pazienti sia nei medici, può peggiorare l'esito di un intervento», spiega Vatsala Munda. «La nostra domanda era quindi: negli interventi effettuati di venerdì 13 potrebbe verificarsi un effetto psicologico di profezia auto-avverante indotto dalla superstizione?». Così è stato valutato il tasso di complicazioni e mortalità per 19 mila interventi su pazienti canadesi. «Non abbiamo trovato alcun supporto all'idea che operarsi di venerdì 13 sia più rischioso rispetto agli altri venerdì». Giorno che, tuttavia, è comunque a rischio maggiore.



Cari neuroni, è arrivato il momento di proteggervi

di ROBERT NISTICO

Non ci voleva la bella canzone di Cisticchi a Sanremo per scoprire che le malattie neurodegenerative rappresentano e sempre più rappresenteranno la vera grande sfida della nostra Sanità. Perché alcune di queste, come l'Alzheimer, sono legate all'età e quella degli italiani è destinata a crescere ancor più negli anni. Basti pensare che nel 2040 gli ultrasessantacinquenni saliranno dal 20,3 al 31,3%, di cui circa la metà saranno ottantenni. Ciò vuol dire che da circa un milione le persone affette da demenza saliranno a un milione e mezzo, di cui 800 mila con Alzheimer. Poi ci sono i nostri ragazzi sempre più connessi a tablet e smartphone, i cui circuiti cerebrali sono continuamente stimolati in una fase critica dello sviluppo del cervello, con effetti a lungo termine che a oggi non è dato sapere.

Ma, se possiamo prevedere l'espandersi delle malattie neurodegenerative sappiamo quanto sia difficile predirle, trovando biomarcatori che consentano una diagnosi precoce e di arrivare a terapie efficaci: dato che ancora conosciamo poco i meccanismi normali di apprendimento e memoria, figuriamoci quelli che sottintendono alle singole patologie.

Sappiamo, però, che la sfida è racchiusa in un termine: medicina di precisione, declinata magari attraverso cellule staminali o terapie tarate su target ben precisi di popolazione. Farmaci intelligenti e combinati che non devono, però, far dimenticare la prevenzione. Noi siamo fatti di

genetica e influenzati dall'ambiente e oggi sappiamo che dieta, stili di vita sani e attività intellettuale possono proteggerci dall'insorgere di queste malattie o, almeno, procrastinarne la comparsa. Perché, se la tutela della salute è un diritto, la prevenzione è un dovere, il cui mancato rispetto farà rendere, di fatto, inesigibile quello stesso diritto, visti i costi sempre più alti delle terapie personalizzate.

Prevenire ma anche cercare di predire, poiché sappiamo come la somministrazione anticipata delle terapie innovative possa maggiormente rallentare il decorso della malattia. Proprio il mese scorso sono stati presentati i primi risultati del progetto "Interceptor", condotto dall'Istituto Superiore di Sanità, il Policlinico Gemelli e il San Raffaele di Roma con il finanziamento di Aifa. Gli otto biomarcatori predittivi individuati, studiando un campione di popolazione con deficit cognitivo lieve, rappresentano un primo passo in avanti, ma la strada da fare è ancora molta. Perché nessun biomarcatore, più o meno validato, è ancora utilizzato dalle Agenzie regolatorie, come l'europea Ema e la nostra Aifa, per individuare chi può trarre vantaggio dalla somministrazione di terapie costose.

A fine anno l'Ema ha approvato un anticorpo monoclonale contro l'Alzheimer, il lecanemab, in grado di rallentare il decorso della malattia, bloccando la proteina beta amiloide, che, accumulandosi nel cervello, può creare infiammazione, portando a neurodegenerazione. Ma rimu-

vera non comporta necessariamente un miglioramento del paziente. Possiamo dire che questi sono farmaci, pur con seri effetti collaterali ma rari, che rallentano il decorso della malattia, però lo fanno in maniera transitoria. L'efficacia a lungo termine è, invece, ancora tutta da scoprire.

La verità è che l'Alzheimer è una patologia così complessa che occorre aggredirla da più parti. Quando i biomarcatori ci consentiranno di fare diagnosi e prognosi più precise saranno im-

portanti le terapie target che colpiscono il bersaglio giusto, al momento giusto, per ciascun paziente. E sarà di aiuto all'individuazione di terapie mirate la comprensione dei meccanismi molecolari che sono alla base della plasticità sinaptica e, quindi, della memoria.

Un altro aspetto da approfondire è quello dell'epigenetica, che studia come i fattori ambientali possono modificare l'espressione dei nostri geni pur senza cambiarne la sequenza del DNA, che è come una fisarmonica che si apre e si chiude. I geni non si modificano, ma potremmo ottenere farmaci in grado di far usare alle cellule solo quei geni che,



appunto, contengono le istruzioni necessarie a svolgere correttamente determinate funzioni. La terza strada può essere quella delle cellule staminali, che in teoria potrebbero rimpiazzare le cellule nervose danneggiate con quelle nuove, anche se è il percorso è ancora costellato di ostacoli.

La strada verso la medicina di precisione è comunque tracciata e la politica non potrà farsi trovare impreparata su come garantire l'accesso veloce a terapie che riguardano malattie neurodegenerative e che

per questo non possono attendere i 14 mesi oggi necessari all'autorizzazione alla loro rimborsabilità. Per questo si potrebbe velocizzare l'iter, rimanendo a dopo la determinazione del prezzo. Magari premiando

quelle cure che si sono rivelate più efficaci del previsto e scontando quelle che hanno reso meno. In pratica, un sistema di bonus-malus basato su dati re-

ali di efficacia e sicurezza post-commercializzazione. Premiare, invece, quello che è solo "nuovo" significherebbe far saltare il banco, ledendo il diritto alla salute di chi certe terapie non potrà mai acquistarle di tasca propria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il progetto "Interceptor" ha individuato i biomarcatori per predire le patologie cerebrali

NUMERI

55 milioni

Nel mondo
Sono all'incirca i casi di demenza stimati. La forma più comune è sicuramente la malattia di Alzheimer

2 milioni

In Italia
Sono le persone con demenza o con disturbo neurocognitivo maggiore o con una forma di declino cognitivo lieve

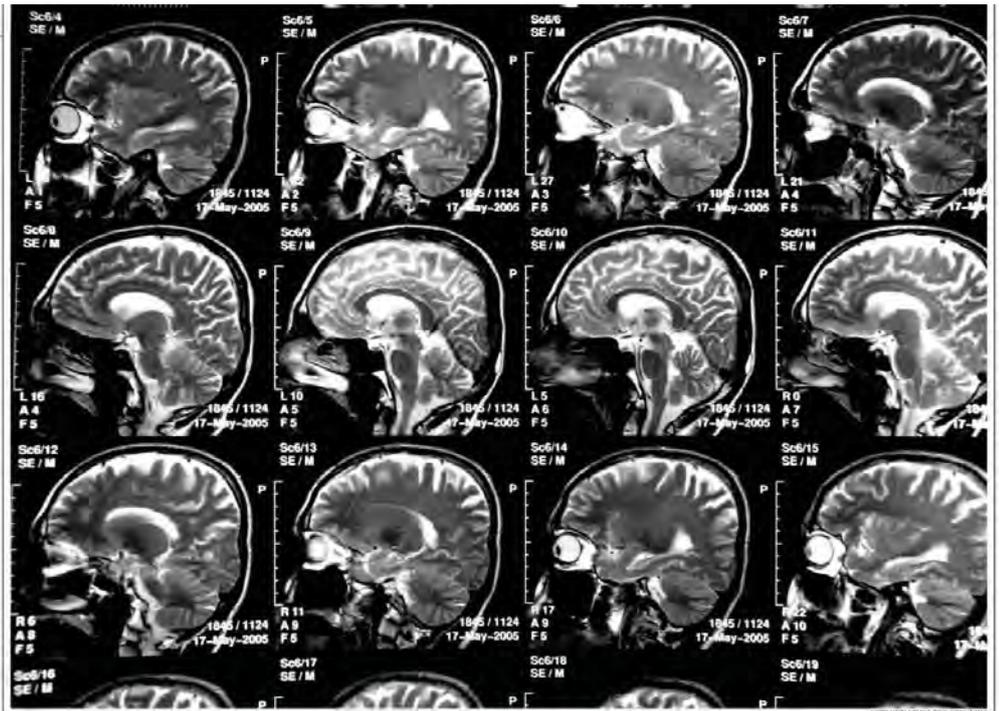
88%

Stigma
Percentuale dei malati che hanno dichiarato di aver sperimentato in prima persona lo stigma che circonda la demenza

Si devono accelerare i tempi e garantire l'accesso veloce alle terapie innovative

Più anziani significa anche più casi di demenza, mentre l'abuso del digitale minaccia il cervello dei più giovani. Ecco perché la sfida del presente consiste nel riuscire a fare prevenzione e nel puntare sempre più alla medicina di precisione e ai farmaci di nuova generazione

Tac cerebrale
È uno strumento che sfrutta i raggi X. È utile sia in fase di diagnosi, sia di intervento sia di follow-up



ROBERT NISTICÒ
Laurea in Medicina e specializzazione in Psichiatria. Da aprile 2024 è Presidente dell'Agenda Italiana del Farmaco



Sì, la memoria può migliorare (ma per poco)

di ELVIRA NASELLI

A

lzi la mano chi non vorrebbe avere una memoria un po' più smart. E non parliamo certo di situazioni patologiche ma di quella smemoratezza che arriva con l'età e che ci fa scappare di mente un nome, una data, una circostanza. E se si potesse po-

tenziare in qualche modo la nostra possibilità di tenere a mente qualcosa? Uno studio italiano durato complessivamente tre anni, condotto presso la Fondazione Santa Lucia Ircs di Roma con la collaborazione dell'Università di Ferrara, e pubblicato su *eLife*, ha dimostrato come l'unione della stimolazione magnetica transcranica (TMS) e della corrente alternata transcranica in banda gamma (tACS) - una lieve corrente alternata che regolarizza le onde gamma cerebrali - sulla zona cerebrale del precuneo riesca a potenziare la memoria in soggetti sani, con un effetto che dura fino a una settimana. L'obiettivo dello studio - coordinato da Giacomo Kock, vicedirettore scientifico della Fondazione Santa Lucia, prima firma la psicologa Ilaria Borghi - è individuare nuove strategie terapeutiche per pazienti con Alzheimer ma i risultati sono interessanti di per sé visto che le due stimolazioni hanno consentito di migliorare la memoria associativa che serve per legare nella memoria informazioni diverse assegnando per esempio un volto a un nome e a una determinata professione. Il passaggio successivo allo studio - avendo avuto un finanziamento dal ministero della Salute, nell'ambito dei bandi Pnrr - è quello di testare in un trial clinico l'efficacia di questo protocollo nei pazienti con malattia di Alzheimer in fase iniziale.

La sperimentazione ha richiesto 3 minuti di stimolazione, poi l'esecuzione dell'esercizio di memoria, ripetuto la settimana successiva senza la stimolazione. Ma come è stata misurata la memoria dei 41 partecipanti allo studio e perché ci si è fermati dopo una settimana? «La misurazione della memoria associativa - racconta il professor Kock, in Giappone per un convegno - avviene presentando

alla persona una serie di informazioni correlate, nel caso di questo esperimento un volto, un nome e una professione. Dopo un tempo prestabilito viene presentata solo una delle informazioni e il partecipante deve ricavare le altre. Per esempio viene presentato il volto e bisogna associarlo al nome e alla professione. Si tratta di una funzione mnemonica che esercitiamo continuamente e che è fondamentale per la nostra vita quotidiana e per le nostre relazioni. In questo lavoro abbiamo dimostrato che stimolando la plasticità corticale di un circuito che coinvolge il precuneo e l'ippocampo i risultati dei test di memoria miglioravano di oltre il 50%». Quanto alla durata dello studio «non è stato necessario andare oltre la settimana - continua Kock - perché oltre questo tempo limite vanno a essere interessate altre funzioni di memoria a lungo termine che non erano oggetto di questo esperimento».

La novità degli ultimi anni è proprio la TMS (vedi box accanto), tecnica di stimolazione cerebrale non invasiva che potenzia i processi fisiologici della plasticità cerebrale aumentando l'attività dei neuroni in maniera persistente mediante dei campi elettromagnetici. «In particolare, in questo studio - continua Kock - abbiamo combinato due metodiche, la stimolazione magnetica transcranica (TMS) e la stimolazione elettrica a corrente alternata (tACS) delle onde gamma, che agiscono in maniera complementare incrementando i meccanismi di plasticità delle aree stimolate».

Questo studio ha diversi caratteri di novità. Il primo - sottolinea Kock - è che è stata individuata l'area del cervello bersaglio per queste tecniche di stimolazione non invasiva, ossia il precuneo, un risultato che conferma precedenti studi ma che non era scontato. La tecnica, inoltre, apre a nuove tera-



pie destinate a pazienti con malattia di Alzheimer e altre forme di demenza.

«Già applichiamo la TMS a questi pazienti con risultati che si stanno dimostrando sempre più efficaci e abbiamo in corso numerosi studi che vanno in questa direzione - conclude - ma c'è un altro aspetto interessante: la memoria associativa è profondamente legata al processo di apprendimento e, quindi, tra gli sviluppi futuri di questa specifica metodica potrebbero rientrare anche i disturbi cognitivi dell'età evolutiva. Questa riflessione è stata

inclusa e accettata tra le conclusioni dello studio ma saranno necessari altri esperimenti per metterla alla prova».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La combinazione di due tecniche di stimolazione cerebrale permette di incrementare la memoria. Per una settimana. L'esperimento condotto alla Fondazione Santa Lucia su persone sane apre la strada a interventi in pazienti con Alzheimer alla fase iniziale

CHE COS'È LA TMS

La stimolazione magnetica transcranica, o TMS, è una tecnica non invasiva e indolore di stimolazione elettromagnetica, a corrente indotta, per stimolare o inibire alcune aree cerebrali, permettendo di studiare il funzionamento dei circuiti e delle connessioni neuronali. Di recente è stata utilizzata per trattare disturbi psichiatrici, motori e neurologici ed è stata approvata dalla Food and Drug Administration (Fda) americana per il trattamento dell'emicrania. Il suo utilizzo è consentito anche nel trattamento della depressione resistente ad altri trattamenti, sia terapeutici sia farmacologici. Allo studio la sua efficacia per trattare le dipendenze.



GETTY IMAGES



LA SCOPERTA

I tardigradi che alleviano la radioterapia

di CELESTE OTTAVIANI

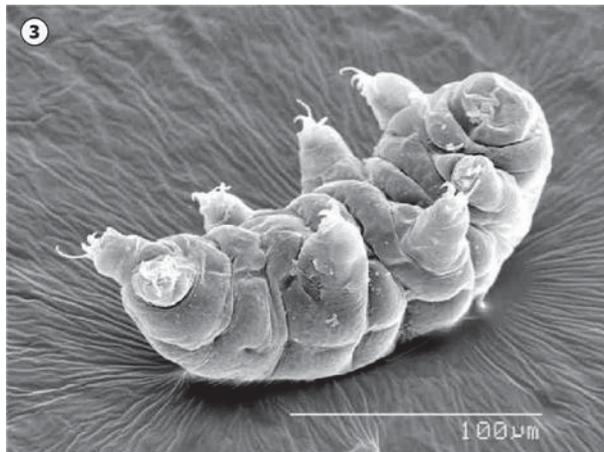
“rsi d'acqua” o “maialini del muschio”, i tardigradi sono invertebrati lunghi pochi millimetri,

diffusi in tutto il Pianeta, dagli oceani fino alle catene montuose. Capaci di sopravvivere a condizioni estreme, sono considerati dei veri e propri supereroi tra gli esseri viventi e, ora, potrebbero venire in soccorso anche dei pazienti oncologici sottoposti a radioterapia. Una delle tante caratteristiche di questi animali è, infatti, quella di riuscire a sopportare livelli di radiazioni oltre mille volte più

alti di quelli tollerati dagli esseri umani, grazie a una particolare proteina, chiamata Dsup, che si lega al DNA e aiuta a proteggerlo dai danni indotti dalle radiazioni. Ed è proprio partendo da ciò che si legge in uno studio pubblicato su *Nature Biomedical Engineering* - i ricercatori del Massachusetts Institute of Technology, del Brigham and Women's Hospital di Boston e dell'Università dell'Iowa hanno provato a introdurre nelle guance di alcuni topi affetti da tumori del cavo orale, delle nanoparticelle contenenti le istruzioni per produrre questa proteina. Durante la radioterapia, infatti, le radiazioni, oltre a colpire le cellule tumorali, possono anche intaccare i tessuti sani adiacenti, provocando lesioni o infiammazione. Pertanto, è necessario trovare soluzioni per

ridurre possibili danni. I risultati ottenuti nello studio sono promettenti: i ricercatori hanno scoperto che le cellule nelle quali viene iniettato l'RNA messaggero, che codifica Dsup, riescono a produrre la proteina in quantità tali da proteggere il DNA dalle radiazioni, con una riduzione del 50% dei danni. Gli scienziati hanno inoltre dimostrato che l'effetto della proteina Dsup non si diffonde oltre il sito di iniezione, il che è importante perché non si vuole proteggere il tumore stesso dagli effetti delle radiazioni. Se confermati anche nell'uomo, i risultati di questa ricerca potrebbero aiutare i pazienti che si sottopongono a radioterapia, migliorandone salute e qualità di vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1 Esperimento

Si utilizzano tecniche non invasive per studiare come funzionano i circuiti cerebrali

2 Pupilla

Il suo diametro può rivelare la capacità di apprendimento

3 Tardigradi

Sono piccoli invertebrati acquatici invisibili a occhio nudo



CAMPAGNA DI INFORMAZIONE

AINMO in campo per spiegare l'allarme Neuromielite ottica

La malattia rara coinvolge 2mila persone nel Paese Tra i sintomi calo della vista e difficoltà a muoversi

Camilla Golzi Saporiti

■ Fino all'ultimo e oltre. Con questo spirito l'Associazione Italiana Neuromielite Ottica (AINMO) ha messo in campo per tutto il mese di marzo una campagna di informazione concentrata sulla rara malattia di cui è portavoce. Ma, mentre campagna e marzo tra pochi giorni finiscono, continua l'impegno dell'Associazione nel comunicare e sensibilizzare persone e opinione pubblica verso questa malattia su cui ancora l'informazione generale è scarsa e confusa.

Spesso ed erroneamente associata alla sclerosi multipla, rientra nello spettro dei disordini della neuromielite ottica (NMOSD), vale a dire in quelle patologie autoimmuni gravi che colpiscono il sistema nervoso centrale, soprattutto a livello del nervo ottico e del midollo spinale, provocando una serie di eventi che comportano infiammazione, perdita della mielina (rivestimento che ricopre gli assoni) e degenerazione delle cellule nervose.

Generalmente questa malattia compare con sintomi acuti, come calo della vista (in uno o, spesso, in entrambi gli occhi), disturbi sensitivi e difficoltà di movimento, ma possono essere presenti anche debolezza, vomito, singhiozzo, prurito, paralisi facciale, vertigini e problemi all'udito.

Proprio per quest'insieme di sintomi, a diagnosticare la patologia è un team multidisciplinare di medici che, guidato in primis dal neurologo, coinvolge il neuroftamologo, l'urologo, il fisiatra, il logopedista, il fisioterapista, lo psicologo. Alla valutazione medica corale, fondata sulla base di

criteri clinici, indicativi di segni caratteristici di malattia (come neurite ottica o mielite trasversa, e presenza di lesioni tipiche), segue la diagnosi.

Per quanto riguarda, invece, il decorso della malattia, presenta un andamento altalenante nella stragrande maggioranza dei casi: in circa il 90% dei pazienti che ne soffrono i sintomi si concentrano in attacchi, ripetuti nel tempo, a distanza di mesi e anni, mentre negli altri casi si ha un andamen-

to monofasico, cioè concentrato su di un unico attacco.

I danni neurologici prodotti nelle fasi acute sono recuperati spesso solo parzialmente, e i pazienti, soprattutto se non trattati, rischiano di sviluppare disabilità importanti, perdendo la vista e la capacità di camminare, per esempio.

A essere colpiti da neuromielite ottica sono indicativamente meno di cinque persone ogni 100mila, con un'incidenza di un caso ogni 770mila all'anno. In Italia attualmente si stima che siano tra le 1.500 e le 2.000 persone a esserne interessate.

In linea di massima la malattia insorge in età adulta, per lo più tra i 35 e i 45 anni, ma può colpire a qualsiasi età, come dimostra la percentuale di circa il 20% di casi tra anziani e bambini. E tende a riguardare maggiormente le donne, per le quali, come se non bastasse, esiste un rischio maggiore non solo di sviluppare la malattia, ma anche di averla associata ad altre patologie autoimmuni, anche gravi.

Sulle cause che scatenano le

NMOSD in generale e la neuromielite ottica in particolare non ci sono ancora certezze: ricercatori ed esperti le attribuiscono a più fattori, ambientali e genetici. Sebbene non esista (ancora) una cura definitiva, diagnosi tempestiva, trattamenti adeguati e riabilitazione possono fare davvero la differenza, intervenendo sia sulla malattia di base e sia sui sintomi e, così, migliorando in modo sensibile la qualità della vita del paziente. Qualità della vita che inevitabilmente è stravolta dalla malattia per ragioni non solo fisiche, ma anche psicologiche.

I pazienti provano spesso senso di smarrimento e rabbia dopo la diagnosi, cui si accompagnano stati di ansia, depressione, unitamente a dubbi, timori e paure per i possibili risvolti imprevedibili della malattia, soprattutto per il rischio di perdere la vista e sviluppare importanti disabilità. Tanto che è importante far fronte alla malattia con un valido supporto psicologico, utile ad affrontare sia la progressione della patologia, sia il disagio sociale e lavorativo che ne consegue. Anche per questo umano bisogno di supporto e condivisione nel 2023 è stata istituita l'Associazione Italiana Neuromielite Ottica, nata proprio per dare voce, solidarietà e assistenza alle persone con neuromielite ottica. A loro e ai loro familiari l'Associazione offre sostegno a 360 gradi, informazione e orientamento, oltre che il prezioso numero verde 800 803 028, che rappresenta un primo riferimento a portata di telefono, un punto di inizio da cui partire per affrontare questa sfidante malattia.

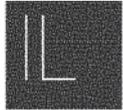


DALLA BIOLOGIA ALL'HABITAT

Un po' di caldo e si va in tilt

I cambiamenti climatici rischiano di frantumare la capacità di ragionare, rendendoci impulsivi e violenti. Ma un rimedio all'eco-ansia esiste. Parte dall'empatia e dalla creatività

di FABIO SINDICI



cambiamento climatico globale sta mettendo a rischio il normale funzionamento del cervello umano.

A lanciare l'allarme è stata *Lancet*, qualche mese fa: la prestigiosa rivista medica ha pubblicato uno studio dell'Istituto di Neurologia dello University College di Londra che mette in luce i legami tra esposizioni a temperature estreme, notti senza sonno, condizioni climatiche difficili e l'aggravarsi delle condizioni di molte patologie neurologiche e psichiatriche.

Anche se gli studi sul tema sono ancora scarsi come segnalano gli autori della ricerca (tra cui Sanjay Sisodia e Francesco Fortunato) i dati emersi sono preoccupanti. Forse lo è ancora di più l'aumento delle fioriture di cianobatteri, dovute al surriscaldamento del clima, in grado di provocare negli umani malattie neurodegenerative, dal Parkinson alla Sla. E le neurotossine che vengono a galla per lo scioglimento dei ghiacci in Groenlandia. Troviamo queste ultime, raccontate come in un thriller climatico, nel libro *Se il tempo è matto* di Clayton Page Aldern (titolo originale *The Weight of Nature*, il peso della natura).

«I dati inquietano, ma non raccontano solo una storia dell'orrore già in corso di svolgimento. Parlano anche di soluzioni e di possibilità. E di una resilienza del cervello umano di fronte alle montagne russe del cambiamento climatico», avverte Aldern, che molte di queste spaventose storie del clima che muta e delle sue conseguenze sul nostro organo ragionante è andato a raccogliere in giro per il globo, dai laboratori di ricerca della Florida ai pastori di renne dell'artico norvegese.

Aldern, che si considera un neuroscienziato in convalescenza, è passato dal creare modelli al computer sul comportamento del

cervello alle inchieste sul campo e alla ricerca negli archivi. Il risultato è un reportage scientifico sulle corrispondenze tra mutamento climatico e cervello: dirette e indirette, talora sottili, come una crosta di ghiaccio che si scioglie sotto i nostri piedi. Ne abbiamo parlato con lui.

Tra i tanti allarmi che il suo libro lancia, c'è una tesi di collegamento: il cervello umano crea un modello del mondo, sia a livello individuale sia di specie. Il cambiamento climatico, in questo senso, rischia di farci perdere la bussola?

«Il rischio è questo. La nostra bussola climatica, chiamiamola così, potrebbe non funzionare più correttamente. Pure con le più sofisticate strumentazioni potremmo non essere in grado di interpretare i dati e di trovare le soluzioni. Penso ai giudici che diventano più conservatori quando aumenta il caldo. Siamo orgogliosi del nostro libero arbitrio. Ma siamo più influenzati da fattori esterni di quello che crediamo».

Eppure, il cervello umano si è evoluto attraverso glaciazioni e siccità, migrazioni ed epidemie.

«Il nostro cervello è un organo plastico e ha una capacità di adattamento fenomenale. Penso che potrà adattarsi anche al cambiamento climatico in atto. Il punto è a quale prezzo e in quanto tempo. Il mutamento climatico è in accelerazione. Le nostre capacità cognitive con il caldo declinano. Le nostre società sono più vicine e interconnesse di quelle che ci hanno preceduto. In un certo senso, siamo più fragili anche se più tecnologicamente evoluti. In particolare, lo stress da cambiamento climatico e da inquinamento aumenta le disuguaglianze e diventa stress sociale. Innesca l'ansia, la paura, la violenza».

Alcune creature che lei cita nel libro sono spaventose, come l'ameba mangiacervello, che sta espandendo il

suo habitat dai laghi alle tubature domestiche. Ancora più preoccupanti sono le fioriture di cianobatteri: il loro proliferare potrebbe moltiplicare le malattie neurodegenerative. C'è il rischio di un'epidemia di demenza?

«Nonostante il campo di studi sia ancora poco indagato, la situazione si presenta inquietante. Tutte le specie di questi organismi producono neurotossine come la B-metallommina-ananina, la anatossina-a, la saxitossina. Queste interrompono la comunicazione tra i neuroni e le cellule muscolari. L'aumento di casi di Sla è stato messo in relazione al rilascio nell'aria proprio della prima. E sembra che le cianotossine abbiano causato anche l'insorgere di una malattia simile all'Alzheimer nei delfini. Se la *Naegleria Fowleri*, l'ameba mangiacervello, che distrugge i tessuti cerebrali, seppure spaventoso e letale, resterà a un animale raro, le colonie di cianobatteri sono più allarmanti, anche perché dobbiamo capire le sinergie delle loro neurotossine con il metilmercurio, una sostanza tossica che si accumula nell'ambiente e che viene gradualmente rilasciata dallo scioglimento dei ghiacci».

Lei cita casi di ansia climatica, con il disorientamento delle persone colpite. Ma non c'è in giro anche una "climate fatigue", una stanchezza da cambiamento climatico, che ci fa allontanare il problema?

«Ritengo che i due aspetti siano legati e parte dello stesso sconvolgimento. La bussola climatica che s'incepisce, appunto. L'ansia può provocare spaesamento e paralisi, sensazione di essere inermi, così come il rifiuto del fenomeno climatico. Uno degli effetti è l'impoverimento culturale che colpisce gli strati più deboli della società. Il rimedio, però, esiste e sta nell'empatia, nella capacità del nostro cervello di farsi specchio dei problemi dei nostri simili. E di reagire alle minacce con idee originali».



IL FUTURO DELLA SALUTE

ECCO PERCHÉ DONALD TAGLIA LE GAMBE ALLA BUONA MEDICINA

Enti federali censurati e università private dei finanziamenti da Washington: una serie di provvedimenti decisi dal Presidente ridimensionano drasticamente la ricerca pubblica, che viene messa sotto controllo politico. Dalle emergenze sanitarie ai cambiamenti climatici, l'ideologia prevale sugli studi scientifici. Con gravi effetti: la prima avvisaglia è l'attuale epidemia in Texas, causata dalla sfiducia nelle vaccinazioni. L'Amministrazione rinuncia alla tradizione liberale ed illuministica

di PAOLO VINEIS



li ordini esecutivi rilasciati da Donald Trump dall'inizio della sua Presidenza toccano molti ambiti, ma qui ci soffermiamo su quelli che interessano la ricerca scientifica e il mondo della sanità (per un elenco completo si veda: [federalregister.gov/presidential-documents/executive-orders/donald-trump/2025](https://www.federalregister.gov/presidential-documents/executive-orders/donald-trump/2025)).

Alcuni di questi "ordini" sembrano bizzarri, come quello che vieta il bando delle cannucce di plastica e la sostituzione con cannucce di carta. Altri sono molto chiari nel loro intento di difendere gli interessi americani nel mondo ("Putting America First in International Environmental Agreements"), abbandonando istituzioni internazionali che difendono l'ambiente (accordo di Parigi sul cambiamento climatico) e la salute (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Merita ricordare brevemente quali sono le radici ideologiche

di questi provvedimenti, che sono state espresse in un documento programmatico chiamato "Project 2025", finanziato dalla The Heritage Foundation. Trump sta rapidamente attuando quel programma.

Tra i tanti provvedimenti ne cito solo alcuni che mettono attualmente la scienza americana in una posizione di stallo. Sono stati congelati i comitati di revisione scientifica dei finanziamenti per la ricerca scientifica (normalmente sottoposti a una rigorosa revisione da parte di esperti). L'intento è di ridimensionare radicalmente la ricerca finanziata dal settore pubblico o (peggio) esercitare un controllo politico su che cosa va finanziato e che cosa no (a questo proposito un articolo di cui sono co-autore è stato rifiutato dalla rivista dell'Niehs, uno degli enti federali, con la dicitura "due to recent developments", cioè per la censura esercitata sul tema del cambiamento climatico). In secondo luogo, è in corso una riduzione al 15% dei fondi per le strutture e l'amministrazione degli enti di ricerca (F&A) (fondi detti anche "overheads"). Attualmente, il tasso F&A di molte università è di circa il 50-55% e questi fon-

di servono per il mantenimento delle infrastrutture e dell'amministrazione. Senza questi fondi molte università sono destinate a interrompere le attività di ricerca oppure ricorrere ai privati con i conseguenti problemi di conflitti di interesse.

Sulle politiche ambientali e l'energia si prevede la cancellazione dell'approccio Biden, abolendo l'Inflation Reduction Act e i Clean Energy Corps (oltre una dozzina di uffici del ministero dell'Ambiente, che lavorano insieme per ricercare, sviluppare e distribuire soluzioni al cambiamento climatico), revocandone i relativi finanziamenti.

Accenniamo, infine, al ritiro dall'Oms, anche se sarebbe necessario molto più spazio. Di fronte alle molteplici crisi sani-



tarie che trascendono i confini nazionali - epidemie e pandemie sempre più frequenti, resistenza antimicrobica, impatto sulla salute dei cambiamenti climatici - ora più che mai abbiamo bisogno di un'Oms rafforzata.

Gli Stati Uniti sono di gran lunga il maggiore finanziatore dell'Oms, avendo contribuito nel periodo 2022-2023 con 1,28 miliardi di dollari (il 16% delle entrate totali dell'Oms). Uno dei programmi più vulnerabili è l'iniziativa globale per l'eradicazione della poliomielite. L'amministrazione Trump ha anche ordinato ai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (Cdc) di interrompere tutte le comunicazioni con l'Oms, mettendo in pericolo - tra le altre cose - gli studi in corso tra Cdc e Oms sull'mpox (o vaiolo delle scimmie). L'avver-

sione ai vaccini sembra essere presa sul serio dall'Amministrazione e l'epidemia di morbillo in corso (in bambini non vaccinati) è la prima avvisaglia delle conseguenze.

L'insieme dell'ideologia e soprattutto della pratica in campo scientifico e sanitario, come espressa da molti atti recenti dell'amministrazione Trump, incluse le dichiarazioni di Elon Musk, sembra un ritorno al periodo storico che ha preceduto l'Illuminismo. Il motto della Royal Society inglese, fondata nel 1660, è "Nullius in verba", "non fidatevi della parola di nessuno": esprimeva la volontà dei membri della Royal Society di opporsi al dominio dell'autorità, verificando tutte le affermazioni e facendo ricorso ai fatti, possibilmente determinati da esperimenti. La

realtà, oggi, negli Usa è che i siti delle maggiori agenzie di ricerca federali (come il National Institute for Environmental Health Sciences) e le loro attività sono sottoposte a censura e controllo politico. Non è esagerato dire che l'amministrazione Trump sta rinunciando alla tradizione liberale, europea e illuministica, come espressa dalla separazione dei poteri (legislativo, esecutivo e giudiziario) e dalla libertà di opinione e di pratica della scienza.

Un editoriale della rivista *Science* parlava di recente di «caos, informazioni contrastanti, licenziamenti e retorica offensiva nell'approccio dell'amministrazione Trump alla scienza» e continuava con un appello «a lavorare insieme come mai prima d'ora per difendere la scienza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La denuncia
della rivista
Lancet:
"Approccio
basato sul caos
e sulla retorica
offensiva"**

L'EMERGENZA

Il ritorno del morbillo



"Make America contagious again?". Dietro una parafrasi del noto claim di Donald Trump crescono i timori degli esperti Usa: l'agenzia vaccinale del neo responsabile della Sanità Usa, Robert F. Kennedy Jr., potrebbe rendere l'America di nuovo contagiosa? A raccogliere queste voci è la rivista *Nature*, in un focus in cui segnala le preoccupazioni sul rischio che malattie infettive come il morbillo possano tornare. L'analisi parte da quello che sta succedendo in Texas, dove finora più di 250 persone si sono ammalate di morbillo, con un decesso (un bimbo in età scolare, non vaccinato), ma anche in Oklahoma e New Mexico, dove nelle ultime settimane sono stati registrati diversi casi. In Texas i bambini infetti che necessitano di cure critiche vengono concentrati all'ospedale pediatrico di Lubbock: da qui è partita una campagna di sensibilizzazione che prevede anche la diffusione di volantini sul morbillo negli studi medici e negli asili nido. L'emergenza, intanto, si aggrava: il mancato sostegno governativo alle vaccinazioni potrebbe causare un'ondata di malattie infettive: non solo morbillo, ma anche pertosse e rosolia.



PAOLO VINEIS

Professore ordinario di Epidemiologia Ambientale presso l'Imperial College di Londra e responsabile dell'Unità di Epidemiologia Molecolare ed Esposomica presso l'Italian Institute for Genomic Medicine di Torino. Le sue attività più recenti si concentrano sull'analisi di biomarcatori di rischio di malattia, su esposizioni complesse e su marcatori derivati dall'utilizzo di piattaforme omiche in ampi studi epidemiologici. È autore di oltre 950 pubblicazioni sulle maggiori riviste come *Nature*, *Science* e *Lancet*.

1 Stand Up for Science

La manifestazione contro le politiche di Trump organizzata a Washington di fronte al Lincoln Memorial



Servizio La ricerca

Ecco (dopo 30 anni) il nuovo antibiotico che potrebbe sconfiggere la minaccia dei super batteri

Scienziati canadesi hanno scoperto un microrganismo che produce naturalmente un nuovo potente antibiotico chiamato lariocidina

di Redazione Salute

26 marzo 2025

Da campioni di terreno potrebbe arrivare un'arma contro una delle più temute minacce alla salute globale, l'antibiotico resistenza. Scienziati canadesi hanno scoperto un microrganismo che produce naturalmente un nuovo potente antibiotico chiamato lariocidina, promettente non solo perché ha un meccanismo d'azione del tutto nuovo, ma anche perché ai primi test di laboratorio è risultato efficace contro batteri resistenti e non tossico. Resa nota sulla rivista Nature, la scoperta arriva da un cortile di Hamilton e si deve ad esperti della McMaster University guidati da Gerry Wright. Si tratta di una ventata di novità dopo anni di vuoto, infatti l'ultima volta che una nuova classe di antibiotici ha raggiunto il mercato è stato quasi tre decenni fa.

La molecola che attacca i germi in modo diverso

La lariocidina è prodotta da un tipo di batterio del suolo chiamato Paenibacillus. Wright ha spiegato che la molecola, un peptide, è un candidato forte per sfidare anche alcuni dei batteri più resistenti del pianeta, perché attacca i germi in modo diverso dagli altri antibiotici, legandosi direttamente al macchinario di sintesi proteica degli agenti infettivi e inibendone la capacità di crescere e sopravvivere. La scoperta di questa nuovissima classe di antibiotici risponde a un'esigenza critica di nuovi farmaci antimicrobici, poiché i batteri e altri microrganismi si evolvono in nuovi modi per resistere ai farmaci esistenti. Questo fenomeno è chiamato resistenza antimicrobica (o AMR) ed è una delle principali minacce alla salute pubblica globale, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. E proprio secondo un recente rapporto Oms sulle armi contro le infezioni sono 32 gli antibiotici in fase di sviluppo in tutto il mondo, ma solo 12 possono essere considerati innovativi. E appena 4 sono attivi contro almeno un patogeno "critico", cioè quelli indicati nella lista nera dell'Oms per le antibioticoresistenze.

I batteri raccolti dal suolo cresciuti in laboratorio per un anno

Secondo dati della Fondazione Gimbe le percentuali di resistenza agli antibiotici sono sempre superiori al 30%, in particolar modo su quegli agenti patogeni che, anche a livello europeo, sono direttamente o indirettamente responsabili di oltre 35mila decessi all'anno. Di questi un terzo avviene in Italia. "Ogni anno muoiono circa 4,5 milioni di persone a causa di infezioni resistenti agli antibiotici e la situazione non fa che peggiorare", spiega Wright. Per arrivare alla lariocidina il team di ricerca ha lasciato crescere in laboratorio per circa un anno i batteri raccolti dal suolo - un metodo che ha permesso di rivelare anche le specie a crescita lenta che altrimenti sarebbero potute sfuggire. Uno di questi batteri, il Paenibacillus, produceva una nuova sostanza che aveva una forte

attività contro altri batteri, compresi quelli tipicamente resistenti agli antibiotici. La lariocidina, inoltre, non è suscettibile ai meccanismi di resistenza agli antibiotici esistenti e funziona bene anche in un modello animale di infezione. Il prossimo passo sarà produrre la molecola in quantità sufficienti per consentire lo sviluppo clinico. "Sono necessari molto tempo e risorse prima che la lariocidina sia pronta per il mercato", conclude l'esperto.

Servizio Malattie del cuore

Lipoproteina (a): verso una nuova era nella prevenzione cardiovascolare

Oggi la comunità scientifica riconosce anche la Lp(a) come un determinante indipendente del rischio di eventi acuti: ecco lo stato dell'arte e le prospettive di profilassi e cura

*di Claudio Bilato **

26 marzo 2025

Negli ultimi anni, la ricerca ha messo in luce un attore spesso trascurato nella valutazione del rischio cardiovascolare: la lipoproteina (a), anche detta Lp(a). Se fino a poco tempo fa il focus principale della prevenzione cardiovascolare era incentrato su stili di vita, controllo del colesterolo Ldl e ipertensione, oggi la comunità scientifica riconosce anche la Lp(a) come un determinante indipendente del rischio di eventi acuti.

Il quadro epidemiologico

Da un punto di vista epidemiologico, 1 persona su 5 ha livelli elevati di Lp(a), vale a dire superiori a 50 milligrammi per decilitro. Le donne over 50 circa il 17% in più rispetto agli uomini, un aumento che coincide generalmente con la menopausa. Non solo. La sua concentrazione è risultata essere estremamente variabile tra le diverse popolazioni etniche: mentre i caucasici hanno livelli generalmente più bassi, i neri americani hanno concentrazioni più alte.

Scoperta nel 1963 da Kåre Berg, la Lp(a) è una particella sferica biosintetizzata nel fegato costituita da una lipoproteina simil LDL legata all'apolipoproteina(a), o Apo(a), tramite un ponte disolfuro con l'apolipoproteina B100. Questa particolare struttura la rende non solo aterogena, favorendo la formazione di placche nelle arterie, ma anche trombogena, aumentando il rischio di eventi ischemici. Diversi studi hanno dimostrato che livelli elevati di Lp(a) (>50 mg/dL) sono associati a un aumento del rischio cardiovascolare di circa il 20%, indipendentemente da altri fattori come dislipidemia, obesità e fumo. In particolare, è stata correlata a un maggior rischio di infarto miocardico, ictus ischemico e stenosi aortica.

Un parametro importante da monitorare

Sono evidenze che la rendono un parametro importante da monitorare, soprattutto nella prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. Tuttavia, nonostante la European Atherosclerosis Society (EAS) ne raccomandi la misurazione almeno una volta nella vita, specialmente in presenza di eventi cardiovascolari recenti, ricorrenti o prematuri o in caso di familiarità, la Lp(a) non è ancora inclusa negli attuali strumenti standard di valutazione del rischio. Il suo riconoscimento come fattore chiave nella ridefinizione del rischio cardiovascolare impone un cambiamento nell'approccio preventivo: la sua misurazione dovrebbe diventare un parametro di routine, che tutti gli individui dovrebbero effettuare almeno una volta nella vita.

Questo permetterebbe di definire strategie per ridurre il rischio di eventi cardiovascolari acuti. Oggi possiamo farlo con le terapie disponibili che agendo su ipercolesterolemia, ipertensione ed infiammazione sono in grado di ridurre il livello di rischio di circa il 30%.

La speranza nelle terapie innovative

Nei casi più gravi, si ricorre all'aferesi delle lipoproteine, una procedura invasiva simile alla dialisi, che rimuove fisicamente la Lp(a) dal sangue. Per il futuro attendiamo terapie innovative mirate, attualmente in fase di sperimentazione clinica, che si stima possano ridurre la concentrazione di lipoproteina (a) del 70-80%, offrendo nuove opportunità per migliorare la gestione del rischio CV.

L'auspicio è che, grazie a nuove terapie specifiche, screening dedicati e linee guida aggiornate, la Lp(a) possa diventare un fattore di rischio modificabile. Questo aprirebbe nuove prospettive nella prevenzione e nel trattamento delle malattie cardiovascolari, migliorando la prognosi di milioni di pazienti nel mondo.

** Direttore della Cardiologia degli Ospedali dell'Ovest Vicentino e Professore a contratto presso la Scuola di specializzazione in Malattie dell'Apparato cardiovascolare dell'Università di Padova*

Servizio Prevenzione oncologica

Dallo zenzero ai «supercibi»: ecco le bufale sui tumori da sventare

Dalla Lega italiana lotta contro i tumori riflettori sulle “fake news” prive di fondamento scientifico e pericolose per la salute che purtroppo circolano vistosamente in Rete

*di Francesco Schittulli **

26 marzo 2025

Non ci sono dubbi: la prevenzione è l'arma più potente ed efficace che oggi abbiamo per sconfiggere il cancro. Nonostante un annuale aumento dell'incidenza dei casi di tumore, grazie alla prevenzione, assistiamo a un lieve, ma costante declino della mortalità. Adottare uno stile di vita attento, con un regime alimentare corretto ed equilibrato, ispirato alla dieta mediterranea italiana, accompagnato da regolare attività fisica e dalla lotta al tabagismo, aiuterebbe a ridurre significativamente la probabilità di sviluppare patologie oncologiche del 40%. Questo ci fa capire chiaramente quanto le nostre scelte individuali di vita siano determinanti per il nostro benessere.

La Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt) si impegna da anni a diffondere nella comunità italiana la cultura della prevenzione come metodo di vita, fondamentale per vincere il cancro. Lo fa attraverso campagne di sensibilizzazione e operando capillarmente sull'intero territorio nazionale, con 106 associazioni e circa 400 ambulatori punti di prevenzione e diagnosi. Il nostro obiettivo è informare correttamente e creare consapevolezza su quanto i nostri comportamenti e il nostro stile di vita possano incidere. Prevenire è vivere!

La “bufala” corre sul Web (e non solo)

Parlare correttamente di prevenzione significa anche allertare ogni persona sulle cosiddette “fake news”, ossia le “bufale” prive di fondamento scientifico e pericolose per la salute, che purtroppo circolano vistosamente in Rete. Notizie distorte e ingannevoli di cui, ahimè, ormai il mondo del web è sommerso. E' stata data grande attenzione nel nuovo opuscolo distribuito in occasione della Settimana nazionale per la Prevenzione oncologica, l'appuntamento più importante del nostro calendario della salute.

Molte persone, spesso attratte da titoli sensazionalistici, attratte da scelte insolite, leggono in particolar modo sui social ma anche altrove, informazioni fasulle, fuorvianti e pericolose, che non fanno altro che ingannarli, generando disinformazione. E' importantissimo riportare ordine e far comprendere loro quali siano le maggiori “fake news” riguardanti la prevenzione e la cura dei tumori.

Le fake news da sventare

Una dieta sana non può sostituire la terapia per il cancro. Solo le opportune terapie antitumorali possono curare e prevenire le recidive. E però vero che la sinergia tra terapie, stile di vita attivo e dieta bilanciata possano favorire la guarigione ed evitare recidive. Ad esempio il latte non fa venire il cancro; è invece provato che un abuso di grassi e proteine animali esponga a un rischio aumentato di tumori ormono sensibili e loro recidive. Il miele non è un rimedio naturale contro il cancro. Ha proprietà nutritive adatte all'uso per i pazienti oncologici in sostituzione del comune zucchero e ha inoltre proprietà anti-infiammatorie che possono coadiuvare il trattamento delle mucositi da radioterapia.

Lo zenzero non è un chemioterapico e non esistono "supercibi" in grado di combattere il cancro e potenziare il sistema immunitario. Abbassare i livelli di stress, i momenti di riposo e di ricarica, una dieta a base vegetale sono fattori più potenti di qualsiasi "supercibo". Ci sono, però, alimenti in cui sono particolarmente concentrati dei componenti bioattivi e la loro presenza nella dieta favorisce la prevenzione tumorale. Tra questi: il pomodoro (licopene), i mirtilli (antociani), la cipolla (quercetina) e l'aglio (allicina).

La carne rossa non fa venire il cancro. Non vi è alcuna evidenza scientifica che quella non lavorata, assunta nelle giuste quantità e qualità e nell'ambito di una dieta varia, sia un agente cancerogeno certo. E' falso allo stesso modo che la cottura nel forno a microonde renda radioattivo il cibo e causi tumori.

Il bicarbonato di sodio non cura o previene il cancro: non cura alcuna patologia. Lo stesso per gli integratori: non esistono evidenze scientifiche che abbiano un ruolo nella prevenzione oncologica, anzi. Alcune evidenze dimostrano proprio il contrario. Bisogna, poi, fare attenzione alla cottura della carne sulla griglia: è vero che una parte di grasso durante la cottura si scioglie, ma è altrettanto evidente che si liberano dalla combustione del grasso sostanze cancerogene, capaci di favorire l'insorgenza di tumori.

Fare sport non è un lasciapassare a tavola

Chi fa sport non può mangiare quello che vuole, non ingrassando mai. Questa convinzione sarebbe vera se ognuno di noi sapesse calcolare con certezza sia la quantità di calorie che assume mangiando e bevendo, sia quelle che brucia con l'attività fisica, ma non è così. Però è innegabile che un'attività fisica regolare, o la pratica continuativa di uno sport, aiuti a mantenere il giusto peso e una buona forma fisica. In questo modo si previene sia il sovrappeso che l'obesità, importanti fattori di rischio per le malattie metaboliche croniche degenerative e per i tumori. Lo sport deve, comunque, essere sempre associato a una dieta equilibrata e varia.

** presidente Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt)*

Olimpiadi, sul piatto 50 milioni per ospedali e pronto soccorso

Milano Cortina 2026
Lo stanziamento arriva dal bilancio sanitario della Regione Lombardia

Sara Monaci

MILANO

La sanità delle Olimpiadi invernali Milano Cortina 2026 costerà alle casse della Regione Lombardia quasi 50 milioni, ma rimane il nodo delle risorse: quanti saranno i medici e gli infermieri necessari, se solo a tempo o trasferiti da qualche altro ospedale, è ancora da pianificare.

I contenuti sono stati definiti da una delibera di giunta della scorsa estate, non ancora nota. Qui sono indicati costi e strutture. Ci sarà il Policlinico Villaggio olimpico di Milano a Porta Romana; il Policlinico olimpico di Bormio e quello da campo, sempre a Bormio, cioè una struttura temporanea nell'area a parcheggio davanti all'attuale Casa di Comunità di Bormio, con «funzioni riconducibili all'area emergenza, ambulatori vari, radiologia, farmacia, laboratorio analisi, stanziamento mezzi di soccorso».

Sul territorio ci sarà poi il Policlinico olimpico Casa della sanità di Livigno, «con realizzazione di nuove strutture, dal carattere temporaneo, finalizzate ad ampliare l'attuale

capacità della Casa della Sanità, che possa assorbire il carico di emergenza dettato dalle attività agonistiche delle singole discipline olimpiche e al contempo gestire la famiglia al seguito degli atleti».

Il principale ospedale investito del ruolo di centro sanitario per le Olimpiadi sarà il Niguarda di Milano, che avrà un pronto soccorso dedicato, per il quale è «prevista una complessa attività di valorizzazione» e «abbattimento di barriere architettoniche». Qui ci sarà appunto una ristrutturazione del pronto soccorso, interventi sulle terapie intensive, adeguamenti tecnici e impiantistici finalizzati all'efficientamento energetico».

Infine l'ospedale di Sondalo, attualmente depotenziato, che verrà «valorizzato attraverso l'implementazione e l'adeguamento delle apparecchiature». Si tratta di un piccolo ospedale, ma la cui importanza è fortemente sentita dal territorio. Al momento è previsto «l'adeguamento delle apparecchiature del Polo radiologico, delle sale operatorie, il potenziamento delle attrezzature del polo riabilitativo e del cen-

tro di preparazione olimpica».

Tuttavia in questo scenario non è ancora chiaro di quanto personale ci sarà bisogno, se medici e infermieri verranno reclutati a tempo o spostati da altri ospedali, e anche dove verranno allocati. Ciò che si conosce è il fatto che il loro costo sarà di 10 milioni di euro. «È un problema da risolvere, la pianificazione delle risorse andrebbe già fatta, soprattutto in una fase in cui è così difficile trovare personale sanitario», dice la consigliera regionale Carmela Rozza.

Le risorse economiche sono coperte dal bilancio regionale, sia dalla parte relativa agli investimenti sia dall'esercizio di parte corrente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Resta da capire se medici e infermieri saranno reclutati a tempo o verranno spostati da altre strutture



L'Emilia aumenta il ticket su esami e ricette mediche

Il governatore dem De Pascale: «Disavanzo di 300 milioni, manovra inevitabile». L'opposizione: «Cittadini tartassati»

■ «L'unica cosa chiara è che la Regione ha aumentato le tasse in maniera consistente». Il giudizio del consigliere di Forza Italia, Pietro Vignali, sulla manovra di bilancio è tanto sintetico quanto implacabile. Ché se c'è una cosa certa è che l'Emilia-Romagna guidata dal dem Michele De Pascale ha scelto di alzare le imposte: Irpef, Irap, bollo auto e pure i ticket sui farmaci, aboliti nel 2020. Aumenti necessari per coprire il buco da 300 milioni di euro nei conti della sanità. Una scelta obbligata, dunque. Almeno stando al governatore: «Non è certo un'operazione simpatia, ne sono consapevole» ha detto. Dal 2 maggio verrà richiesto un contributo sull'acquisto dei farmaci tra i 2,20 euro a confezione e i 4 euro a ricetta al massimo, a eccezione delle fasce più vulnerabili per reddito o patologia, che continueranno a rimanere esenti.

Ma ci sarà anche un'altra novità con l'entrata in vigore della manovra: una decisa stretta sulle esenzioni per le famiglie con almeno due figli per le prime visite specialistiche. Nel 2019, infatti, tali esenzioni erano state introdotte per tutti i nuclei familiari residenti con almeno due figli a carico. Ora, invece, le prime visite specialistiche rimarranno gratuite solo per i figli e solo fino ai 14 anni di età. Una riforma, questa, che de Pascale e l'assessore alle Politiche per la salute Massimo Fabi hanno definito «necessaria» per continuare a «garantire la sostenibilità e la qualità del sistema sanitario regionale, pubblico e universalistico, e per far fronte ai tagli del governo». E «indispensabile» anche per far fronte all'aumento costante della spesa farmaceutica.

Nel complesso, fa sapere la Regione, dal contributo sui ticket rimarranno esentati 1 milione e 650 mila cittadini, o perché con patologie croniche o invalidanti, o perché appartenenti a specifiche fasce di reddito o ad alcune tipologie di nucleo familiare. Sta di fatto, però, che tutti gli altri dovranno pagare. «Non capisco perché in Emilia-Romagna sia stata fatta questa distinzione tra farmaci e visite» ha provato a giustificarsi de Pascale. Una famiglia con red-

dito complessivo di 100mila euro, per esempio, oggi se fa una visita paga il ticket, se fa una lastra paga il ticket, ma se prende un antibiotico non lo paga; siamo l'unica Regione in Italia che non prevede il ticket sui farmaci, ma quante scatole di antibiotico o di farmaco che non abbiamo pagato ci si ritrova in casa? Ma alla fine quella scatola di farmaco la paghiamo comunque tutti noi. Questa piccola compartecipazione prevista per i redditi alti secondo me ha sua equità e spero dissuada dall'abuso dei farmaci».

Intanto martedì, prima che iniziasse la discussione sulla manovra, la Regione ha adottato il Documento di economia e finanza regionale (Defr) 2025-2027. Un testo che fissa i punti programmatici per i prossimi tre anni. Tra le priorità, la tutela della salute delle persone e la difesa della sanità pubblica, quindi il rafforzamento delle politiche di Welfare, la sicurezza del territorio.

«Il Defr parla solo di dati generali senza dire come si vogliono gestire le politiche pubbliche» ha attaccato Vignali. Per il consigliere di Fdi, Alessandro Aragona, il testo è «la conferma delle contraddizioni delle linee di mandato del presidente de Pascale». Mentre Luca Pestelli, sempre di Fdi, sottolinea che «il Defr e il Bilancio sono il manifesto politico della maggioranza che ha deciso di gravare sui cittadini con l'aumento delle tasse, volendo tra l'altro convincere i cittadini che queste sono scelte giuste». Anche Elena Ugolini (Rete Civica), candidata governatrice per il centrodestra alle ultime elezioni, ha contestato le decisioni della giunta: «Prima di aumentare tasse e imposte sarebbe stato opportuno domandarsi come vengono utilizzate le risorse a disposizione».

M.ZAC.



Gemelli, attese tagliate al Pronto Soccorso

«Ecco l'Admission Room»

► Inaugurati nel policlinico nuovi spazi per fare fronte al servizio d'emergenza. Potenziato anche il reparto di Osservazione Breve. «Così velocizzeremo i ricoveri»

LAVORI

Il Pronto Soccorso del Gemelli si allarga con due nuove aree, "Osservazione Breve Intensiva" e "Admission Room", inaugurate ieri mattina alla presenza del sindaco di Roma Roberto Gualtieri e del presidente della Regione Lazio Francesco Rocca. L'obiettivo è quello di affrontare l'emergenza attraverso una modalità di presa in carico immediata dei reparti di ricovero così da riuscire a decongestionare il Pronto Soccorso. Esigenza, questa, di assoluta priorità anche alla luce dei numeri di quest'ultimo: nel 2024 gli accessi sono stati oltre 73.000 di cui il 7% in codice rosso, il 23% arancio, il 34% azzurro, il 35% verde e l'1% bianco. I ricoveri sono stati 17.449. «L'Admission Room è un reparto con 27 postazioni, dotato di tutti i presidi per il ricovero, al quale verranno inviati pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e già assegnati a un reparto di degenza - ha spiegato Francesco Franceschi, ordinario di Medicina interna all'Università Cattolica del Sacro Cuore e direttore della UOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso del Gemelli. Questo ha un duplice vantaggio:

da una parte va a decongestionare gli spazi del Pronto Soccorso dall'altra si possono anticipare gli accertamenti che verranno effettuati presso il reparto di destinazione per il ricovero». Il sindaco Gualtieri ha sottolineato come l'ampliamento degli spazi adibiti all'emergenza sia un intervento importantissimo per il Giubileo. «Insieme alla Regione Lazio abbiamo dedicato 160 milioni di euro al potenziamento di tutti i Pronto Soccorso di Roma e del Lazio», ha detto il primo cittadino.

LE NOVITÀ

È stato il presidente Rocca a spiegare come la realizzazione delle due nuove aree permetterà di velocizzare la permanenza del paziente dall'emergenza ver-

so le dimissioni o il ricovero in reparto, riducendo la pressione sul Pronto Soccorso. «Il nuovo reparto è misto con uomini e donne», ha detto Andrea Cambieri, direttore sanitario della Fondazione. Ogni postazione è separata dalle altre da una tenda ed è dotata di tutti i presidi compresa la ventilazione meccanica. Dispone inoltre di personale medico e infermieristico dedicato e di stanze di lavoro comune disegnate per la massima efficienza nell'ottica di una assistenza di eccellenza. «Per le sue caratteristiche l'Admission Room corrisponde a matrici orizzontali, multidisciplinari rispondendo pienamente al modello organizzativo interdisciplinare che contraddistingue la medicina moderna», così Massimo Antonelli, ordinario di An-

estesiologia e Rianimazione all'Università Cattolica del Sacro Cuore e direttore del Dipartimento di Scienze dell'emergenza, anestesilogiche e della rianimazione del Gemelli.

GLI INTERVENTI

Altre novità riguardano il Pronto Soccorso dove è stata realizzata la nuova Osservazione Breve Intensiva (OBI) da 11 letti. «Il paziente assistito in OBI non è ancora stato assegnato al ricovero presso un reparto. È ancora in gestione al Pronto Soccorso -

ha chiarito il professor Franceschi - Ogni postazione è dotata di ossigeno e di sistemi di monitoraggio e accoglie pazienti che hanno un'elevata probabilità di dimissione entro le successive 48-72 ore ma che non possono essere dimessi nell'immediato perché hanno bisogno di un'osservazione intensiva e ulteriori accertamenti e/o terapie. Lo scopo è risolvere il problema clinico del



paziente, senza generare un ricovero». Oggi al Pronto Soccorso viene chiesto di ricoverare il meno possibile ma di trovare delle vie alternative al ricovero, ha spiegato lo specialista. Il paziente deve essere ben studiato per arrivare a una diagnosi precisa, poi andrà indirizzato a un percorso che può essere il ricovero, l'OBI seguita dalla dimissio-

ne, oppure la dimissione diretta con eventuale rimando a strutture ambulatoriali. Con l'attivazione di queste nuove strutture siamo andati ad incrementare la medicina osservazionale che può evitare dei ricoveri incongrui o non necessari. Al simbolico taglio del nastro, tra i numerosi presenti anche il presidente della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS Daniele Franco, il direttore generale Marco Elefanti, il preside della Facoltà Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore Antonio Ga-

sbarrini e il vicepresidente della Fondazione Gemelli IRCCS Giuseppe Fioroni.

Barbara Carbone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI AMPLIAMENTI RIENTRANO NEL PIANO DI RAFFORZAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE CON I FONDI PER IL GIUBILEO



Più in alto a sinistra, il taglio del nastro con il sindaco Roberto Gualtieri, il presidente Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Daniele Franco, il governatore della Regione Lazio, Francesco Rocca e un'infermiera, Donatella Letizia. Qui sopra, un momento della benedizione del nuovo reparto e, a lato, una panoramica dei nuovi spazi (foto BONACCORSO/Ag. TOIATI)



La Campania a un passo dalla sua legge sul fine vita

Anche la Campania, dopo la Toscana, avrà una legge sul fine vita? Per ora no. Una proposta di legge che introduce il suicidio assistito tra i servizi offerti dalla Sanità regionale è approdata martedì in Consiglio regionale, pronta a essere messa ai voti. Ma il presidente del parlamentino campano Gennaro Oliviero l'ha rimandata indietro poiché priva del parere della Commissione Bilancio e dunque delle coperture finanziarie: «La proposta di legge manca della necessaria relazione

finanziaria e, per questo, la sua approvazione va rinviata alla prossima seduta di Consiglio regionale, invitando al contempo il presidente della Commissione Bilancio a convocarla e a deliberare in merito, in modo da approvare la norma nella prossima seduta consiliare». Non sembra dello stesso parere il governatore Vincenzo De Luca, che punta a far ripartire il dibattito sul fine vita, anche con i vescovi della regione: «Ritengo indispensabile – dice De Luca – che i presidenti delle

commissioni consiliari competenti svolgano una tornata di consultazioni con tutti i soggetti portatori di interesse. La tematica è estremamente delicata e complessa e tocca trasversalmente valori e istanze primarie dei cittadini. Invito dunque a organizzare una tornata di consultazioni dei diversi soggetti ed enti interessati, a partire dalla Conferenza episcopale campana». Già all'indomani del varo della legge sul fine vita da parte della Regione Toscana il governatore campano

aveva invitato a evitare «ideologismi» nel dibattito. Ma i promotori della proposta di legge puntano a introdurre il suicidio assistito già il mese prossimo, con una maggioranza trasversale.
Antonio Averaimo

