

13 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



CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/6821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06/688281

FONDATA NEL 1876

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

BE Rebel Pay per you

Città della Cultura Pordenone sarà Capitale nel 2027 di Paolo Conti a pagina 35

Domani su 7 Matilda De Angelis: «lo, grande a 7 anni» nel settimanale del Corriere della Sera

Guidi poco? Con noi, l'RC Auto costa meno! BE Rebel Pay per you

No della Lega al piano per la difesa. Pd spaccato, il astenuti salvano Schlein. FdI non vota il testo su Kiev: è anti Stati Uniti

Sì al riarmo Ue, l'Italia è divisa

Trump avvisa Mosca: «Tregua o sanzioni». Bruxelles: dazi agli Usa per 26 miliardi

Garlasco Le indagini su Sempio



Chiara Poggi, la svolta La Procura: indizi su scarpe e portaspone

di Cesare Giuzzi e Massimiliano Nerozzi

Si riparte da zero, come se il delitto di Garlasco con la morte di Chiara Poggi non fosse avvenuto 18 anni fa, ma da pochi giorni. I due Dna, le scarpe e le impronte, il dispenser del sapone in bagno, tutto da analizzare di nuovo. Terzi i carabinieri di Milano hanno ascoltato Marco Poggi, fratello di Chiara e amico di Andrea Sempio, che oggi dovrà sottoporsi al prelievo del Dna. Nelle prossime ore saranno sentite anche le cugine, le «Gemelle K», e altri amici. Poi toccherà a familiari e parenti. alle pagine 16 e 17

GUERRA E PACE

di Goffredo Buccini

Vogliamo scuole e ospedali o missili e cannoni? Parafrendo liberamente un archino e drammatico discorso di Mussolini, alcuni leader italiani di maggioranza e di minoranza ci hanno ricordato a questo bivio retorico dopo la svolta di Ursula von der Leyen sul riarmo europeo. Naturalmente per trarne una conclusione opposta a quella che il dittatore ottenne a Belluno il 24 settembre 1938: chi mai vorrebbe i «cannoni», oggi, potendo scegliere il «burro» incautamente disdegnato allora dall'infervorata piazza fascista? Il punto, purtroppo, sta proprio nella libertà di opzione.

La questione rimanda ai grandi temi della pace e dei mezzi per mantenerla. Con più urgenza adesso in Italia, per le fibrillazioni trasversali agli schieramenti politici che aumentano andando verso la manifestazione europeista di sabato, carica di propositi anche antitetici tra loro. Ma il destino degli italiani è comune a tutti gli europei: sbalottati in un mare procelloso che ha fatto saltare in meno di due mesi alleanze consolidate da ottant'anni. Viviamo un tempo di pericoli, per dirlo con la presidente della Commissione Ue, e la coperta sarà corta. continua a pagina 24



GIANNELLI

AMERICA, L'EXPORT IN EUROPA I veri conti del commercio mondiale

di Federico Fubini a pagina 7

CHI È L'UOMO DEI NEGOZIATI Yermak, il «Richelieu» dell'Ucraina

di Lorenzo Cremonesi a pagina 10

Il Parlamento europeo ha approvato la risoluzione del piano per il riarmo promosso dalla presidente della Commissione von der Leyen. I partiti della maggioranza di governo si sono divisi con il voto contrario della Lega e quelli favorevoli di FdI e FI. Ma è spaccatura anche all'interno del Pd con dieci favorevoli (tra questi Bonaccini) e undici astenuti. Nel frattempo l'Ue risponde ai dazi di Trump con una serie di contromisure da 26 miliardi che colpiranno i prodotti provenienti dagli Usa. Mentre il presidente americano minaccia sanzioni «devastanti» per la Russia se Putin non accetterà la tregua già accettata dall'Ucraina. da pagina 2 a pagina 11

Calcio Il portiere del Psg e i rigori neutralizzati a Liverpool in Champions



In volo sulla sinistra il portiere azzurro Gigo Donnarumma, 26 anni, para il primo dei due rigori al Liverpool (Richard Callis/ipp)

La rivincita di Donnarumma «Penso a parlare e sorridere»

di Stefano Montefiori

Donnarumma eroe di Parigi. Il portiere azzurro è stato decisivo per il passaggio ai quarti di Champions del Psg parando due rigori al Liverpool. E così, dopo tante critiche arrivate alla fine di tante partite, Gigo si è preso Parigi. E pure le scuse. alle pagine 42 e 43

La consulenza L'urto e lo schianto

La morte di Ramy: inseguimento corretto

di Pierpaolo Lio

La morte di Ramy non è stata causata dallo speronamento dell'auto dei carabinieri. Secondo la consulenza depositata dalla Procura di Milano la Giulietta che inseguiva lo scooter in fuga è stata corretta: «Operato del conducente conforme alle procedure, reazioni adeguate e controllate. Per il genite fatale lo schianto contro il palo». a pagina 19

Nel mondo Milano, ok il Politecnico

I nostri atenei ai vertici: Sapienza ancora prima

di Gianna Fregonara

La Sapienza di Roma la migliore università al mondo per gli studi classici. Lo conferma la classifica di Qs Rankings che valuta ogni facoltà. L'Italia è al settimo posto a livello globale per numero di atenei in graduatoria e seconda in Europa, dietro alla Germania. Bocconi, Normale e Politecnico in top ten. a pagina 21

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

Quando Fratolanni, leader di Sinistra Italiana, e sua moglie, la deputata Piccolotti, annunciano con orgoglio di voler vendere la loro Tesla per prendere le distanze da Elon Musk, pensano in buona fede che sia quella la notizia. E in effetti lo sarebbe, se si chiamassero Meloni, Salvini, forse anche Calenda o Gentiloni. Ma se chi guida la Tesla guida anche il più importante partito anticapitalista del Paese, la notizia non è che ha deciso di vendere un'auto da «borghesi», ma che in precedenza aveva deciso di comprarla. Piccolotti non migliora le cose quando dice «fabbiamo pagata anche poco, 47 mila euro», perché le parole «poco» e «47 mila euro» possono stare insieme in una frase della Santanchè, non in quella di chi chiede i voti a persone che

Tesla o croce

certe cifre non le vedono in anni di lavoro. Si tratta di un passaggio che sfugge agli esponenti della sinistra più ideologica, i quali si scagliano contro i beni di lusso, a meno che siano ecosostenibili e che chi li produce sostenga, oltre all'ecologia, pure la sinistra. Ma un Berlinguer (che era abbastanza ricco di famiglia da potersene permettere cento, di Tesla) non avrebbe mai commesso l'ingenuità di acquistare l'auto «fighetta» del momento. Non ne avrebbe proprio sentito il bisogno. È il «fighettismo» la vera croce di una certa sinistra italiana. Ho sempre pensato che i suoi rappresentanti non fossero mai stati a casa dei loro potenziali elettori. Ma adesso ho il sospetto che non siano mai entrati neanche in garage.

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

50818
Per ulteriori info visitate il sito www.corriere.it
9 771720 491008

L'INCHIESTA

I sei misteri dell'omicidio Poggi e il rapporto segreto su Sempio

GIANLUIGI NUZZI - PAGINA 19



LEBRE E CASCINA SPIOTTA

D'Alfonso: "Azzolini non dice tutto il suo pentimento non è sincero"

ADELLA PANTANO - PAGINA 21

I GIOCHI DI TORINO

I campioni azzurri del floorball quel filo Speciale tra due fratelli

NICCOLÒ ZANCAN - PAGINA 25



LA STAMPA

GIOVEDÌ 13 MARZO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

2,40 € CON I PIACERI DEL GUSTO II ANNO 159 II N. 71 II IN ITALIA II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

IL PRESIDENTE USA: SANZIONI DEVASTANTI SE NON ACCETTA. LA FREDDEZZA DEL CREMLINO. OGGI MISSIONE DI WITKOFF A MOSCA

Tregua, Trump minaccia Putin

Disco verde Ue al piano di riarmo. Fdi vota a favore ma il governo è diviso. Il Pd va in ordine sparso

IL COMMENTO

Per la Difesa comune non basta spendere

SERENA SILEONI

Poiché i soldi non fanno da soli né la felicità né la difesa, una questione essenziale è comprendere da dove vengono e a cosa servono in concreto gli 800 miliardi del piano ReArm Europe. Innanzitutto, sono soldi pubblici. La possibilità di agevolare la mobilitazione di investimenti privati appare, al momento, residuale. Ed è un primo spreco (di risorse e di occasione), perché si tratta di un settore comunque appetibile nei mercati finanziari e in cui si stima già un fabbisogno, prudenziale, di 4 miliardi di euro tra finanziamenti azionari e a debito solo per le piccole e medie imprese. È probabile che i finanziamenti privati si troverebbero qualora se ne facilitasse l'accesso, ostacolato, come ha scritto Mario Draghi, «dall'interpretazione data dalle istituzioni finanziarie ai quadri di riferimento dell'Ue per la finanza sostenibile e ai quadri di riferimento ambientali, sociali e di governance». - PAGINA 28



AGLIASTRO, BRESOLIN, LOMBARDO, MALFETANO, SCHIANCHI, SIMONI



Gli americani sono ripartiti da Geda con la convinzione che la palla sia nel campo di Putin. - PAGINE 2-11

IL RETROSCENA

Il messaggio dello Zar sulla via della trattativa

ANNA ZAPESOVA

Putin si mette la mimetica, per la prima volta dopo più di tre anni di guerra, per apparire in un filmato che per i media russi è girato in una centrale di comando nel Kursk. - PAGINA 3

LE IDEE

Se Schlein si isola rispetto all'Europa

Alessandro De Angelis

Così è arrivato il tempo di una Cortina europea

Luca Bottura

IL PROCESSO MARADONNA

Diego jr: "Papà ucciso ora va fatta giustizia"

ANTONIO BARILLA



Il dolore non è mai andato via, accompagna Diego Armando Maradona jr da cinque anni: una telefonata da Buenos Aires, la voce incrinata dal pianto della sorella Dalma per informarlo che papà non c'era più. - PAGINA 24

IL CASO OLD TRAFFORD

La lezione di Manchester e l'immortalità del calcio

GIULIA ZONCA

In un solo giorno Old Trafford ha cambiato faccia: è bastato far circolare il progetto da 2 miliardi di sterline e il Teatro dei sogni è immediatamente diventato quello che sarà: avvolto nel pizzo, protetto dalle antenne, illuminato di rosso, contemporaneo, funzionale, con 100mila posti per inseguire quello che la squadra, oggi, non lascia neanche immaginare. - PAGINA 29

IL REPORTAGE

L'ultima battaglia nel Donetsk martoriato "La nostra vera pace è ritrovare la libertà"

FRANCESCA MANNOCCHI



Dalle tre del pomeriggio alle undici della mattina dopo, gli abitanti di Kostantivka devono rimanere chiusi in casa o nei rifugi. La città è sotto l'attacco delle forze russe. - PAGINA 4

L'INTERVISTA

Tronchetti e i dazi "Dobbiamo trattare"

FRANCESCO SPINI

«Siamo al punto in cui c'è chi parla di armi nucleari e non accadeva dagli inizi degli anni '60. A Bruxelles si valuta un piano ReArm Europe da 800 miliardi di euro. Qualcosa di grave sta accadendo». Marco Tronchetti Provera non nega di sentirsi allarmato. «Si fanno affermazioni pericolose, l'opinione pubblica è disorientata. Si procede in un racconto chespero non sia reale». - PAGINA 11

L'ECONOMIA

Ma il protezionismo è una tattica suicida

SALVATORE ROSSI

Non sono passati neanche due mesi dall'insediamento di Donald Trump come quarantasettesimo presidente degli Stati Uniti d'America e già tutto il mondo è sottosopra. Il nuovo presidente sta menando fendenti ovunque, all'interno e all'estero. - PAGINA 29



L'ANALISI

Perché Giorgia sbaglia a non seguire Starmer

STEFANO STEFANINI

Primo serio errore di politica estera di Giorgia Meloni? La non partecipazione alla video riunione di sabato convocata da Keir Starmer isolerebbe l'Italia dall'Europa, e dagli altri alleati Nato, senza guadagnarle alcun credito con Trump. Anzi. Assumersi responsabilità per la difesa dell'Europa che è esattamente quanto egli chiede agli europei. - PAGINA 28

BUONGIORNO

Si scopre, da un divertitissimo articolo di Ginevra Leganza sul Foglio, che il capo di Sinistra italiana, Nicola Fratoianni, e la compagna di vita e di partito, Elisabetta Piccolotti, posseggono una Tesla, l'auto prodotta da Elon Musk e molto elogiata e sponsorizzata da Donald Trump. Fino a qualche mese fa non sarebbe stata nemmeno una notizia. Anzi, avrebbe definito l'irrinunciabile glamour di una coppia di indubbio pregio estetico, giovane, combattiva, progressista e adeguatamente in cammino, lungo le strade del tempo, al volante del futuro a emissioni zero. E infatti Piccolotti è affranta: eravamo così felici con l'auto elettrica! In transizione energetica e in comunione col pianeta, la Tesla l'avevano comprata quand'era l'eccezione super virtuosa, «prima che Musk diventasse nazista». L'analisi

Errore dopo errore

MATTIA FELTRI

politica qui sarà un pochino frettolosa ma politica è la questione, senz'altro. Lei, da un comizio all'altro con la sua ecologica Tesla, ci ha fatto tutta la campagna elettorale delle Europee. Ma la prossima? Può farla a bordo di un'auto comprata da un nazipazzoide? Eh no, le toccherà venderla. Nessuna ironia, eh. La faccenda è politica come dice Piccolotti e anzi, più di quanto lei pensi. Perché infatti la Tesla è una gran bella macchina, la coppia lo ammette. Non inquina e va che è una meraviglia. Ed è qui che si pone l'eterno dilemma della politica italiana, e soprattutto delo della sinistra: è ammissibile fare del bene al mondo intanto che si fa del bene al nemico? E cioè: è meglio fare le cose giuste con le persone sbagliate, o le cose sbagliate con le persone giuste? Errore dopo errore, la risposta è sempre quella.

RACETIME 24 LUXURY WATCHES

OROLOGI D'ALTA GAMMA DEI MARCHI PIÙ PRESTIGIOSI

TORINO - c.so Vittorio Emanuele II, 36
E-mail: racetime24@gmail.com
Tel: +39 011 19942802 Cell: +39 348 263276
racetime24.com



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 147 - N° 71
Sped. in A.P. 03/2020 con L.46/2004 art.1 c) DCB/04

NAZIONALE



Giovedì 13 Marzo 2025 • S. Rodrigo

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Oggi MoltoSalute
Ortoressia & Co
I nuovi disturbi
alimentari
Un inserto di 24 pagine



Contro Bilbao e Plzen
Roma e Lazio
caccia ai quarti
di Euroleague
Nello Sport



Il dopo Sanremo
Topo Gigio
superstar: per lui
musical e serie tv
Marzi a pag. 23



Dazi, la risposta di Bruxelles

► La Ue annuncia tariffe su merci americane per 26 miliardi. Trump: «Vinceremo noi»
► Donald preme su Mosca perché accetti la tregua in Ucraina: pronto a sanzioni devastanti

ROMA La Ue annuncia dazi su merci americane per 26 miliardi. Ma Trump: «Vinceremo noi». Bassi, Buconi, Evangelisti, Paura, Pierantozzi e Rosana alle pag. 2, 3 e 6

Il Mipim di Cannes
Roma torna
a sedurre:
40 miliardi
dai privati



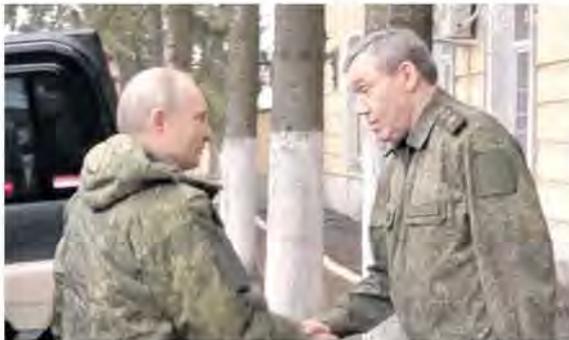
dalla nostra inviata
Roberta Amoroso

L'editoriale
SE LA PIAZZA
PRO EUROPA
DIVENTA
ANTI EUROPA

Ferdinando Adornato

C'è un concetto della filosofia politica, teorizzato per la prima volta da Giambattista Vico, noto con il nome di "eterogeneità dei fini". È cioè la possibilità che le conseguenze delle nostre azioni risultino, alla fine, del tutto opposte alle intenzioni che le avevano ispirate. Ebbene, è proprio ciò che è capitato all'annunciata mobilitazione indetta per sabato prossimo dalla sinistra con il suggestivo titolo "una piazza per l'Europa". Ricapitoliamo la vicenda. Tutto è partito da un'idea di Michele Serra (giornalista appassionatamente di sinistra ma dotato di un suo arguto equilibrio) il quale di fronte alle inquietanti turbolenze seguite alla vittoria di Trump, ha lanciato l'idea di una "piazza europea" stracolma di orgogliose bandiere dell'Unione e senza alcun simbolo di partito. Era una proposta intrigante, tanto da essere raccolta anche da persone distanti dalle opinioni di Serra. Un'iniziativa dal sapore "ecumenico" che, in quanto tale, evidenziava una contraddizione preliminare: era infatti condivisibile (...)

Continua a pag. 25



Putin (per ora) preferisce la divisa

Putin con il capo di Stato maggiore russo Gerasimov

Ventura a pag. 7

Europarlamento, passa il piano Ursula. Italiani in ordine sparso

Riarmo europeo, Pd spaccato

Meloni si sfila sul testo anti-Usa

STRASBURGO Riarmo europeo, il Pd spaccato: in dieci (su 21) votano sì e non si astengono come chiesto da Schlein. Passa il piano Ursula: italiani in ordine sparso. La Lega vota no. Pd a favore ma sulla risoluzione per l'Ucraina si astiene perché la considera "Anti-Trump".

Pigliautile e Sciarra alle pag. 4 e 5

Nordic: «Io da magistrato ho sempre lavorato»

«Sciopero incompatibile con la funzione di toghe»

Bechis a pag. 13



Il caso Fratojanni
LA SINISTRA
E IL PESO
DELLA TESLA

Vittorio Sabadin

Chi è di sinistra e non sopporta, oltre a Donald Trump, anche il suo consigliere Elon Musk, può ancora guidare una Tesla? Sembra di no. «La Tesla? Ma non è mia. È di mia moglie. Se volete sapere della Tesla, chiamate lei», si è affrettato a precisare Nicola Fratojanni, segretario di Sinistra Italiana, scaricando tutte le colpe, e la vergogna, sulla consorte. E lei, Elisabetta Piccolotti, deputata di Alleanza Verdi Sinistra: «L'abbiamo presa prima che Musk diventasse razzista. L'abbiamo presa con il leasing, e quando scadrà ce ne libereremo».

Continua a pag. 25

Analisi su Dna e impronte delle scarpe

Garlasco, oggi i nuovi test su Sempio

Il fratello di Chiara ascoltato dai pm

dalla nostra inviata

Claudia Guasco

GARLASCO (Pv) Omicidio di Chiara, il fratello dai pm. È il nuovo indagato, Andrea Sempio, ha cambiato caso: il giovane si è trasferito a Voghera. Oggi dovrà sottoporre un tam-pone salivare.

Alle pag. 10 e 11
Errante a pag. 10



Ritratti Romani



Quanti ricordi
nella cartoleria
amata da Montanelli

Enrico Vanzina

Questa è la storia del mondo meraviglioso di una cartoleria della tradizione romana. Le protagoniste sono Susanna e Roberta.

A pag. 19

VILLA MAFALDA a casa tua

ASSISTENZA MEDICA E INFERMIERISTICA

Via Monte delle Gioie, 5 Roma - Info e prenotazioni 335 141 31 03 - [villamafalda.com](https://www.villamafalda.com)

Il Segno di LUCA

VERGINE, BELLE
NOVITÀ AL LAVORO

Stanotte nel tuo segno la Luna sarà piena e ti ritroverai sorpreso da una sorta di alta marea di sensibilità che potrebbe far momentaneamente traballare la tua lucida razionalità. Aperti alle emozioni e lascia che, come le alluvioni periodiche dell'Antico Egitto, fertilizzi la tua vita riempendoti di doni. Con l'aiuto di Giove possono apparire inaspettate opportunità professionali. La fortuna ha qualcosa in serbo per te nel lavoro.

MANTRA DEL GIORNO
La confusione può portare l'ordine.

Il Segno di LUCA
L'oroscopo a pag. 25

* Tardano con altri quotidiani (non addebitati separatamente) con il servizio di Messinieri, L'Espresso, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20, la domenica con Fotomontato € 1,40, il Venerdì, il Messaggero - Corriere dello Sport - Studio € 1,40, il Museo, il Messaggero - Primi Prati. Note: € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport - Studio € 1,50, "L'Amore a Roma" € 0,90 (solo Roma).

la PORTA è di CASA Giovedì 13 marzo 2025

ANNO LVIII n° 61 1,50 € San Sabino mensile



Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

La lezione dell'Ucraina per l'isola

LA PAURA DI TAIWAN

LUCA MIELE

All'inizio la guerra in Ucraina sembrava contenere un messaggio "corroborante" per Taiwan e "deprimente" per la Cina. Una realtà, territorialmente piccola, poteva resistere a un'aggressione di un nemico ben più forte. Per Golia sconfiggere Davide, avventurandosi in una guerra aperta, non era così facile da farsi. Tre anni dopo, e con il ritorno dirimpante sulla scena del presidente Usa Donald Trump, le carte sono cambiate. La guerra, che continua a insanguinare l'Ucraina, sembra ora recapitare un messaggio completamente diverso. Ed è proprio l'inquinio della Casa Bianca ad aver rovesciato il tavolo e cambiato direzione agli eventi. La diplomazia Usa vuole trattare direttamente con gli altri attori globali "forti": Russia e Cina, mettendo in china alla lista i propri interessi. E arrivando a sacrificare, se necessario, i pezzi "incmodi". Come l'Ucraina oggi e Taiwan domani. Nasce da qui la domanda che, eternamente, tormenta Taipei. In caso di invasione dell'"isola ribelle" da parte della Cina, Taiwan potrebbe contare sulla protezione Usa? Fino a che punto gli Stati Uniti sarebbero disposti a impegnarsi? E, soprattutto, a quale prezzo? D'altronde l'atteggiamento di Trump verso l'isola è quanto meno ambivalente. Come ricorda il Global Taiwan Institute, durante la prima amministrazione Trump (2017-2021), i legami tra Stati Uniti e Taiwan si sono rafforzati. Nel giugno 2017, l'amministrazione a stelle e strisce ha approvato una vendita di armi a Taipei per 1,4 miliardi di dollari. Altra tappa nell'ottobre 2018 è altro pacchetto di armi del valore di 330 milioni di dollari, "sdogannato" dagli Stati Uniti.

continua a pagina 2

Editoriale

Riarmare così l'Europa è un errore

DA SOLI NON BASTA

RAUL CARUSO

In questi ultimi giorni il Consiglio europeo ha approvato il nuovo Euryp, un piano straordinario per garantire il finanziamento della spesa militare nei prossimi anni. Una maggiore spesa militare dovrebbe garantire la nostra capacità di deterrenza nei confronti della Russia. In altre parole, l'equazione alla base del ragionamento sarebbe semplice: maggiori armi garantiamo una maggiore sicurezza poiché instaureremmo un sistema di deterrenza efficace contro un eventuale attacco da parte della Russia. E lecito chiedersi se tale equazione sia effettivamente quella giusta. In realtà, la reale efficacia di un sistema di deterrenza non è - come erroneamente si pensa - meccanicamente identificabile nella dotazione di dispositivi d'arma. Invece, la capacità di un ordine fondato sulla deterrenza discende dalla sua credibilità. In questa prospettiva, è cruciale la credibilità che gli attori sono in grado di costruirsi nel rispondere a una minaccia. Le armi da sole non sono una componente e non quella rilevante. L'interrogativo quindi rimane. Riarmandosi l'Unione Europea acquisterà più credibilità nella sua capacità di fronteggiare la potenziale minaccia portata dal Cremlino? In realtà, la risposta a oggi sembra essere "no", poiché il riarmo in corso sta replicando - se non addirittura amplificando - le criticità diffusamente conosciute in merito alla difesa in Europa, vale a dire la sua frammentazione su base nazionale. Essa oltre a rappresentare un evidente punto di debolezza si accompagna anche a una forma di disuguaglianza. I Paesi più grandi, più ricchi e produttori di armi, hanno maggiori dotazioni rispetto agli altri.

continua a pagina 16

ANNIVERSARIO Il Papa è ancora ricoverato ma in miglioramento. Semeraro: continua il suo magistero anche attraverso la fragilità



Francesco da 12 anni Pontefice della fraternità e della verità

Il pontificato di Francesco raggiunge oggi i 12 anni, in un momento complesso della vita del Pontefice ancora ricoverato al Policlinico Gemelli. È una sorta di Cattedra della fragilità da cui continua il suo ministero, commenta il cardinale Marcello Semeraro. Un magistero, iniziato il 13 marzo 2013 e che ha avuto come bussola «il servire la verità e la fraternità». Nel bollettino medico di ieri sera la notizia che la radiografia al torace conferma il miglioramento, anche se il ricovero prosegue.

Falasca e Muolo alle pagine 6-7

IL FATTO Voto che agita i partiti e gli schieramenti all'Europarlamento. Baturi (Ce): l'Europa sia sempre per la pace

Divisi al riarmo

Approvato il Libro bianco sulla difesa Ue. Si dà Ft e Fd che si astiene su Kiev, il Pd si spacca Sulla tregua Putin prende tempo e compare nel Kursk. Lavrov critica la «Führer Ursula»

I PAESI «SATELLITI» DELLA RUSSIA

Quei ragazzi di Belgrado pronti ad «andare fino in fondo» nella rivolta contro il regime

DIARA VITALI

Fino a quattro mesi fa, Adrian e Dzejlana passavano le loro giornate sui libri, a lezione, per preparare gli esami universitari. Hanno 19 e 22 anni e studiano Scienze Politiche lui, Lingua e letteratura inglese lei. Ma oggi le loro università a Belgrado sono ferme, occupate proprio dagli studenti. È un momento storico per il nostro Paese - raccontano - Organizziamo le proteste e ci coordiniamo con gli altri studenti.

Ferrari e Ottaviani a pagina 5

MITTED MARCELLI

Il voto di Strasburgo per la difesa palesa la doppia frattura degli eurodeputati italiani, divisi nella maggioranza (con la Lega che si smarca da Fd e FI) e nel centro-sinistra, con la pattuglia dem dilaniata da più della metà degli astenuti. Un risultato, quello inteso al Pd, che vale poco più di una frangia nel voto totale dei Socialisti e Democratici, ma assume peso specifico maggiore nel partito. Ma la questione nodale è altra e altrove: alla proposta americana di tregua manca ancora l'ok di Mosca. E intanto Putin compare nel Kursk mentre gli ucraini si ritirano. Baturi (Ce): l'Europa sia per la pace.

Primoplano pagine 2-3 e 10

CASE PER L'ACCOGLIENZA

Così da Milano a Napoli le alternative al carcere passano dalle parrocchie

ELARIA BERETTA

Nella casa Don Giuseppe Nozzi - un complesso agricolo con un grande terreno e cinque strutture rimesse a nuovo - una coppia, una consacrata, tre religiosi e alcuni laici si ritrovano a fine giornata mentre, poco lontano, otto detenuti scontano la pena. Siamo a Bologna, negli spazi della parrocchia Santa Savino e Silvestro che ha scelto di aprire le porte ai carcerati, mettendo a disposizione spazi a uomini in misura alternativa alla detenzione.

Servizi a pagina 9

I nostri temi

SVILUPPO URBANO

Tra i grattacieli di Milano l'affare è per pochi

CINZIA ARENA

Un corto-circuito della speculazione edilizia. Che ha fatto di Milano una città da film (ruolo del metro quadro

Fassini a pagina 8

PAPÀ ACUTIS

«Il mio Carlo obbediente, libero e vivace»

ANDREA ACUTIS

Per una particolare Provvidenza, Carlo ha potuto beneficiare di una speciale unità e armonia interiori.

A pagina 18

È VITA

Le cure palliative in Italia? Insufficienti e sconosciute

Bellaspiga a pagina 17

TRAGICA SCOPERTA

Un campo di sterminio dei narcos messicani

Capuzzi a pagina 13



POPOTUS

Monopoli compie 90 anni

Dodici pagine tabloid

Quando viene la felicità

Adrien Candliard

Per causa mia

Nel suo discorso delle beatitudini, Gesù sembra avere tenuto il meglio per la fine. Il meglio, ossia il più inverosimile, il meno credibile: «Beati i perseguitati per la giustizia, perché di essi è il regno dei cieli». Poiché probabilmente è indovina la nostra incredulità, lo vediamo insistere, come per dimostrare che non si tratta di un semplice malinteso: «Beati voi quando vi insultano, vi perseguiteranno e, mentendo, diranno ogni sorta di male contro di voi per causa mia». Si potrebbe ammettere, al limite, che è possibile trovare un po' di felicità nella povertà o nelle lacrime - ma

nelle persecuzioni? Essenziale, tuttavia, non sta nelle persecuzioni e calunnie? Abbiamo convinzioni abbastanza profonde, legami abbastanza solidi da farceli preferire alla nostra tranquillità o alla nostra reputazione? Beati coloro che possono esserne certi, beati coloro che si donano al punto di correre il rischio della persecuzione! Perché, senza di questo, noi non abbiamo ancora amato per davvero, a parte noi stessi.

Agorà

LETTERATURA

Lo scrittore Abdolali: «La mia vera casa è la lingua dei classici»

Giannetta a pagina 20

TEOLOGIA

Il cambiamento del mondo vive nelle periferie

Castillo Mattasoglio a pagina 21

SPORT INVERNALI

Coppa del mondo di sci, Brignone ormai ad un passo dal bis

Nicoletto a pagina 23

MUSEI IN MOVIMENTO Boldriga / Cocinella / Manhanari / Tamburini / Zanchi LUOGHI INFINITI

IL PNRR DELLE COSE

Sanità, parte
solo l'8,57%
delle case
di comunità

Perrone e Trovati — a pag. 8-9



Nel Pnrr della salute case di comunità in affanno: chiuso l'8,57% dei progetti

Recovery. Il 47,2% degli interventi per le strutture territoriali sono in corso di realizzazione, ma il 44,3% è ancora alla fase di progettazione o all'appalto. Vanno meglio i lavori sugli ospedali: il 52,9% è arrivato al collaudo finale

**Manuela Perrone
Gianni Trovati**

ROMA

Nato in risposta alla pandemia e alle sue pesanti ricadute economiche, il Pnrr ha nella missione dedicata alla «salute» uno dei suoi interventi più potenti sul piano simbolico; e nella trasformazione del sistema sanitario da ospedale-centrico a rete territoriale uno dei suoi obiettivi più rilevanti sul piano sostanziale, perché le prime fasi del Covid hanno mostrato con drammatica efficacia gli effetti che si ottengono quando intorno ai grandi ospedali si trascura la ramificazione dell'assistenza più vicina ai cittadini.

A poco più di un anno dal 30 giugno 2026 che ancora oggi rappresenta la data di scadenza ufficiale del Piano, però, i numeri continuano a raccontare una storia diversa: fatta di investimenti concentrati sugli ospedali e

soprattutto su un tasso di realizzazione che continua a vedere molti progetti avviati e pochi conclusi anche se ormai quattro anni abbondanti dei sei del Piano se ne sono andati.

La questione emerge chiara dalle tabelle del ministero della Salute appena discusse dal Governo con le Regioni (si veda Il Sole 24 Ore di ieri), e si precisa ulteriormente nell'analisi per singolo Codice di progetto.

I numeri in gioco

Come accade sempre nel «Pnrr delle cose», l'iniziativa realizzata da Ifel e Sole 24 Ore per indagare le ricadute concrete degli investimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza sulla vita reale di cittadini e comunità locali, l'analisi guarda al contenuto di ogni progetto a prescindere dalla divisione per linee di finanziamento e dall'organigramma formale articolato in

milestone e target. Questo, insieme al piccolo disallineamento temporale fra l'ultimo rilascio di Italia Domani relativo a dicembre 2024 e i dati del ministero della Salute aggiornati a gennaio 2025, spiega alcune marginali differenze nei numeri. Che non cambiano però la sostanza di un panorama ancora avaro di realizzazioni.

Nel filone sanitario la pesca effettuata con tool statistici e intelligenza artificiale ha individuato 9.300 misu-



re, che cumulano un finanziamento complessivo di 10,4 miliardi. La sanità, quindi, abbraccia il 3,03% dei progetti censiti da ReGis e assorbe il 5,35% delle risorse del Pnrr.

In affanno

Come accaduto a partire dalla scorsa puntata dedicata al trasporto pubblico locale, la novità principale offerta dai dati messi a disposizione in forma aperta dal portale governativo Italia Domani si incontra però negli «iter di progetto», cioè il punto raggiunto da ogni intervento nel cammino che dalla progettazione porta alla realizzazione e poi all'utilizzo dell'opera.

Nella sanità, le cifre di Ifel mostrano che a fine 2024 il 27,9% degli investimenti, quota che sale al 35% se si guarda al loro valore finanziario, ancora non aveva raggiunto l'aggiudicazione dell'appalto, e quindi l'avvio dei lavori: condizione, questa, che a questo punto non offre troppi margini di sicurezza sul completamento in tempo degli investimenti.

Ospedali e case di comunità

Friuli-Venezia Giulia

Nel parco di Trieste la più grande struttura ultimata

Per vedere la più grande casa di comunità realizzata con i fondi del Pnrr bisogna andare a Trieste, nella struttura di via Sai 5 che sorge in un lembo del Parco di San Giovanni. Lì, ai margini dell'area verde che si allarga per circa 22 ettari nella zona est della città, sono già stati completati i lavori di manutenzione straordinaria che in pratica hanno fatto rinascere l'edificio sotto forma di casa della salute, con 4,8 milioni di euro di finanziamento dal Next Generation Eu.

La struttura è stata predisposta per fungere da hub delle cure su quella porzione del territorio, con un rifacimento integrale che ha rivisto dimensioni, distribuzione e allestimento degli spazi. Dopo l'ingresso comune, peraltro, i percorsi si differenziano tra il pubblico, che dall'atrio dove c'è l'area di accoglienza e il centro unico prenotazioni può distribuirsi a seconda delle diverse esigenze terapeutiche, il personale sanitario e quello del supporto tecnico e logistico. Una lezione del Covid, che però aumenta la funzionalità della struttura.

Ma più delle caratteristiche del singolo intervento, a determinarne la fortuna c'è probabilmente il fatto che la casa di comunità di via Sai, con il suo assegno pesante firmato dal Pnrr, rientra in un progetto complessivo che la Regione ha portato avanti con risorse proprie e del Por Fesr (il piano operativo dei fondi europei per lo sviluppo regionale) oltre che con il debito comune nato dalla pandemia.

In tutto, questo complesso di progetti ha mobilitato risorse per 34,6 milioni di euro (28,4, cioè l'82%, sono soldi della Regione) per in Porto Vecchio, realizzare fra le altre cose una rete di case di comunità con sedi anche a Roiano, Valmaura, Muggia e Duino e ristrutturare ed efficientare un'ampia lista di strutture sanitarie esistenti. Cuore del piano sono gli 8 milioni per il nuovo 118 in Porto vecchio, mentre sono stati 7,6 i milioni destinati all'efficientamento energetico e antincendio dell'Ospedale maggiore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il quadro è peraltro addolcito dalla presenza di 871 progetti di corsi di formazione o attività di ricerca, che ovviamente presentano una fase di decollo più leggera e sono quindi per l'84,8% in fase di realizzazione o già conclusi. Quando ci sono di mezzo strutture, mattoni e macchinari, l'orizzonte peggiora; e si fa scuro proprio per le case di comunità.

I codici unici di progetto che le riguardano, individuati dall'analisi Ifel, sono 899 (per 1,689 miliardi di euro), un numero inferiore alle 1.420 case attive alla fine del Pnrr secondo gli obiettivi perché non abbraccia i casi di realtà già esistenti. Il 44,2% di questi progetti, che cumulano in tutto il 45,3% delle risorse del capitolo, sono a fine 2024 ancora invischiati nella progettazione o nell'appalto. Fra gli interventi strutturali su poli ospedalieri, invece, queste tappe iniziali coinvolgono il 27,58% degli interventi, in cui si concentra il 37,57% dei fondi a disposizione. Molto differente anche il panorama delle opere concluse: negli ospedali sono il 52,93%, e hanno comportato una spesa pari al 23,49% delle risorse del filone, men-

Toscana

La riforma passa dagli hub sul territorio

A Montignoso, poco più di 10mila abitanti a Sud di Massa senza in pratica soluzione di continuità rispetto al tessuto urbano del capoluogo, la casa della salute già c'era. Ma il tempo che aveva consumato le strutture mentre cresceva e si evolveva la domanda di salute del territorio l'ha resa inadeguata. La sua demolizione e ricostruzione, finanziata con 4,17 milioni in larga parte dal Pnrr, rappresenta il secondo intervento nella classifica nazionale degli investimenti in case di comunità finanziati dal piano e già arrivati al traguardo del collaudo.

A un anno esatto dall'avvio ufficiale dei lavori, il collaudo completa un intervento che ha ripensato integralmente la casa della salute diventata casa di comunità, e fondata ora su 1.250 metri quadri dedicati ad ambulatori su due livelli.

Al piano terra quelli specialistici per le patologie più frequenti, dalle cardiologiche alle ortopediche, dall'oculistica all'otorino a fianco dei punti per i prelievi e le vaccinazioni, e al primo piano le sale di medici di famiglia e pediatri.

Come a Trieste, anche in Toscana l'arrivo dell'intervento alla fase finale in tempi certi si spiega con il fatto che l'opera è inserita in un contesto strategico più ampio e articolato, che nell'intera regione prevede il completamento o la ristrutturazione di 77 case di comunità, i tre quarti delle centro strutture di questo tipo presenti su tutto il territorio.

Una sorta di "riforma della sanità" portata avanti sul piano delle strutture, insomma, che nella stessa Massa prevede fra le altre cose un ospedale di comunità con 20 posti letto che ha assorbito l'intera quota di finanziamento sanitario del Pnrr in città.

La revisione dei costi, infatti, ha cambiato i progetti iniziali, portando a dirottare su fondi ordinari la copertura per la realizzazione dell'altra casa di comunità nella città toscana, che richiederà più tempo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

tre nelle case di comunità si fermano all'8,57%, e all'1,88% se si volge lo sguardo alle risorse. Sia per gli ospedali sia per le case di comunità, il disallineamento tra la percentuale di opere chiuse e la quota di fondi spesi è fisiologica, perché sono gli interventi più piccoli ad arrivare per primi al traguardo. Ma soprattutto per le case di comunità sono entrambi gli indicatori a mostrare un tasso di realizzazione piuttosto basso nel confronto con il calendario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PNRR DELLE COSE



L'iniziativa

- Il monitoraggio sul «Pnrr delle cose» punta all'obiettivo di arricchire il racconto sulle realizzazioni reali del Pnrr, sulle opere pubbliche e sull'impatto effettivo che gli investimenti finanziati dal Next Generation Eu avrà sui territori.
- L'iniziativa, realizzata dal Sole 24 Ore e da Ifel (l'Istituto per la Finanza e l'economia locale dell'Anici), si traduce in reportage mensili con approfondimenti verticali per Missione (Digitalizzazione, Transizione ecologica, infrastrutture e mobilità, Istruzione, Inclusione e coesione, Salute e RepowerEu) in cui sono illustrati l'avanzamento finanziario dei singoli filoni, le principali realizzazioni e l'effetto di questi investimenti sull'economia e sui servizi realizzati a livello territoriale.



Sicilia

Nell'Isola decolla la piattaforma di telemedicina

Nel filone degli interventi sugli ospedali in fase di collaudo, è la Sicilia a spiccare per il progetto più consistente dal punto di vista finanziario: la piattaforma regionale di telemedicina, che impegna risorse Pnrr per 38,39 milioni di euro e rientra nella Missione 6, Componente 1, investimento 1.2.3 del Piano, con l'Agenas (l'Agenzia per i servizi sanitari regionali) come soggetto attuatore. La piattaforma è realizzata seguendo le indicazioni fornite dal ministero della Salute con Dm 30 settembre 2022 e le linee guida nazionali che hanno fissato i requisiti funzionali e tecnologici, con Lombardia e Puglia individuate come capofila e un obiettivo macro: abbattere le barriere di distanza e di tempo, garantendo ai pazienti cronici diagnosi precoci e interventi tempestivi. Cruciali in un'Isola che registra un tasso di mortalità più alto del resto d'Italia a causa di una maggiore incidenza di patologie cardiovascolari e di diabete, associata - si legge nel documento regionale sul progetto - «a uno scenario socioeconomico peggiore rispetto ai dati nazionali». Da qui la scelta di potenziare i servizi di telemedicina, che nel 2023 risultavano forniti sulla base di singole iniziative (come il progetto Trinacria per le isole minori o "Eolienet" per le Eolie) a 50mila persone su un totale di 4,84 milioni di abitanti.

La nuova piattaforma, interfacciata con quella nazionale (che dovrà raggiungere almeno 300mila pazienti entro fine anno), prevede «servizi minimi abilitanti» uguali per tutta Italia (raccolta dati, business glossary, gestione delle soluzioni, motore di workflow) e una strumentazione ad hoc che consenta il dialogo a distanza tra medici di base, assistiti e specialisti: una «cartella domiciliare», più dispositivi e sensori per lo scambio e l'archiviazione di dati e parametri. Prevista anche la teleassistenza da parte di infermieri, fisioterapisti, logopedisti o altre professioni sanitarie, nonché il telemonitoraggio di parametri vitali e clinici.

Secondo i calcoli della Regione, la piattaforma coinvolgerà tutte le nove aziende sanitarie e una platea iniziale di pazienti per il livello 1 di telemonitoraggio pari a 2.500 affetti da diabete di tipo 1, 22.500 da diabete di tipo 2, 18.500 da broncopneumopatia cronico-ostruttiva e 7mila da scompenso cardiaco.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SPESA
Per le case di comunità lo stato di avanzamento finanziario è al 14,59% dei due miliardi messi a disposizione

LA RETE
Sia in Friuli-Venezia Giulia sia in Toscana la forza dei progetti sta nella rete in cui sono inseriti



Il progetto. Render della casa della comunità di via Sai 5 a Trieste

52,93%

INTERVENTI FINITI NEGLI OSPEDALI

È del 52,93% (contro l'8,57% delle case di comunità) la quota di progetti chiusi che riguardano gli ospedali, sul totale di 6.237 censiti sul ReGis.

1,41 miliardi

LA DOTE LOMBARDA

Ammontano a 1,41 miliardi i finanziamenti messi a disposizione della Lombardia per il filone sanitario del Pnrr. È la prima Regione per risorse assegnate (il

13,6% della torta) e per numero di progetti (1.321, il 14,4% del totale). A seguire ci sono la Campania (1.216 interventi da 1,28 miliardi) e il Lazio (972 iniziative per 1,25 miliardi).



Il punto sulle Regioni

Lombardia, Lazio e Campania cubano il 38% di progetti e fondi. Al Sud la spesa è più lenta

Nelle aree interne la metà delle risorse ma a Roma piatto ricco da 1,04 miliardi

È una formazione a tre punte quella che gioca la partita del filone sanitario del Pnrr. Parlano i dati elaborati da Ifel- Il Sole 24 Ore: la maggior parte dei 9.177 progetti - al netto dei 123 classificati come afferenti all'«ambito nazionale» - è in Lombardia (1.321, il 14,4%), Campania (1.216, il 13,3%) e Lazio (972, 10,6%), che ospitano il 38,2% degli interventi e assorbono il 38,1% dei 10,35 miliardi dei fondi Pnrr "mappabili" a livello regionale. Una distribuzione che si spiega con la presenza, nelle aree considerate, di tanti ospedali, dove si concentra il 70% dei progetti (6.426).

Quarta per numero di interventi è la Sicilia: ne conta 818 (l'8,9%) e assieme alle prime tre Regioni copre il 47,2% del totale, ma cede il passo per risorse assegnate al Veneto, che con 495 progetti (il 5,4% del totale) copre il 9,1% della torta, ossia 945,57 milioni contro gli 870,32 siciliani. Segno che nell'Isola gli interventi sono più leggeri. Subito dopo si piazza la Puglia (prima dell'Emilia-Romagna) con 797 progetti (l'8,7%) per 700,72 milioni (il 6,8% dei fondi). Il finanziamento regionale medio è di 517,99 milioni.

Guardando alle macroaree, Nord e Sud non sono distanti per numero di progetti: rispettivamente 3.438 (37,46%) e 2.995 (32,64%). Sui fondi assegnati, però, la forbice è ampia: 4,26 miliardi (il 41%) contro 2,69 (il 26%). Nonostante questo, la marcia della spesa nel Mezzogiorno è più lenta, come emerge dalle informazioni del ministero della Salute condivise nella cabina di regia del 6 mar-

zo. Per le case di comunità lo stato di avanzamento finanziario è al 14,59% dei due miliardi messi a disposizione, ma tutto il Meridione tranne la Basilicata si ferma sotto il 10%, con la Sicilia al 4,99%, la Puglia al 6,69% e il Molise all'1,85%. Stesso gap si registra per il filone dell'«ospedale sicuro e sostenibile» da 638,85 milioni: l'avanzamento medio è al 10,7% e anche la Lombardia è al palo con il 7,65%, ma nel Meridione solo la Campania arriva al 12,62%; la Calabria è ferma allo 0,87%, la Puglia all'1,77%. Più disomogeneo il quadro relativo a digitalizzazione dei Dea (1,45 miliardi, spesa al 17,63%) e soprattutto grandi apparecchiature (budget 1,18 miliardi, progresso al 47,73%).

Ma chi dovrebbe fare cosa? Torniamo alla fotografia Ifel-Il Sole 24 Ore: la Lombardia assorbe 1,41 miliardi, il 13,6% della torta, destinati in primo luogo ai poli ospedalieri (1,06 miliardi per 852 interventi) e soltanto marginalmente a case di comunità (248,7 milioni per 118 progetti) e formazione-ricerca (103,27 milioni per 351 corsi). In Campania arriva il 12,4% dei fondi (1,28 miliardi): 1,06 miliardi agli ospedali per 820 interventi, 129,21 milioni alle case di comunità con 65 progetti e 97,96 milioni a 331 iniziative per formazione e ricerca. Poco distante il Lazio, con il 12% dei finanziamenti (1,25 miliardi) e una dote maggiore di quella campana per le strutture ospedaliere (1,08 miliardi per 715 interventi), 121,3 milioni per 92 progetti relativi alle case di comunità e 41,3 milioni a 165 tra corsi o ricerche.

Da sottolineare come Puglia e Ve-

neto vantino una quota di risorse destinata alle case di comunità (rispettivamente 170,67 milioni per 91 interventi e 164,89 milioni per 73 progetti) che le collocano al secondo e terzo posto dopo la Lombardia per ammontare di investimenti su questo fronte, strategico per lo sviluppo della sanità territoriale.

Scendendo a livello provinciale spicca la Capitale, destinataria di ben 1,04 miliardi, undici volte il finanziamento provinciale medio pari a 95 milioni. Più in generale, il 47,65% dei progetti insiste sulle aree interne (il gruppo intermedio, periferico e ultraperiferico), che a livello di finanziamenti cuba il 50,12% dei fondi complessivi: 5,21 miliardi.

—M.Per.
—G.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IERI LA GIORNATA DI SENSIBILIZZAZIONE

Sanità, in un anno 18mila aggressioni

Ogni Asl ha subito, in media, 116 episodi di violenza. Smartwatch e bodycam negli ospedali

VITO SALINARO

Il dato che forse rende di più la drammaticità della situazione è quello contenuto nel terzo rapporto Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei medici) e Censis: oltre 18mila operatori sanitari aggrediti in un anno. Periodo in cui, ha rivelato la Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) in occasione della Giornata contro la violenza sugli operatori sanitari di ieri, ogni azienda sanitaria italiana ha subito, in media, 116 episodi di violenza, con un incremento del 5,5% rispetto ai 12 mesi precedenti. Per otto Asl su 10, alla base della violenza verbale e fisica ci sono soprattutto l'eccesso di pressione su Pronto soccorso e ospedali, insieme alla perdita di fiducia nel Servizio sanitario nazionale (Ssn) e alle notizie su media e social network concentrate prevalentemente sulla malasanità.

Un clima di sfiducia e tensione che, secondo Fiaso - che ha tenuto sull'argomento un evento a Pisa dedicato alla psichiatra Barbara Capovani, aggredita e uccisa all'uscita dal lavoro nell'aprile di due anni fa - rende ancora più urgente incrementare le politiche di prevenzione e protezione a tutela degli operatori.

Le aziende sanitarie stanno reagendo. Tutte le Asl hanno attivato programmi di formazione per il personale e potenziato i sistemi di tutela legale. In Veneto la Regione ha annunciato la sperimentazione di dispositivi indossabili, simili in tutto e per tutto a dei moderni smartwatch e body cam. Il "bracciale", in particolare, permetterà di fornire informazioni che riguardano lo stato vitale di chi lo indossa, un'eventuale caduta a terra, la geolocalizzazione, oltre a garantire un sistema di allarme. Mentre in Lombardia le ultime iniziative riguardano i pulsanti Sos collegati con le forze dell'ordine negli ospedali, e il test, iniziato all'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e all'Asst di Pavia, di un orologio con pulsante Sos.

«Siamo impegnati a rafforzare le attività di prevenzione e formazione per gli operatori sanitari e sociosanitari - ha detto il ministro della Salute, Orazio Schillaci che ha preso parte ad un appuntamento a Foggia -: con Fiaso e Federsanità abbiamo firmato un protocollo d'intesa per garantire percorsi formativi omogenei su tutto il territorio nazionale». La violenza contro il personale della sanità, ha aggiunto Schillaci, «è un fenomeno inaccettabile, che mina le basi del nostro sistema sanitario e colpisce donne e uomini che con professionalità e dedizione

si prendono cura di tutti noi. Per garantire più sicurezza abbiamo adottato misure severe e concrete, tra cui, in ultimo, l'arresto in flagranza di reato anche differita, provvedimento che ha già trovato puntuale applicazione in diversi casi di recenti aggressioni». Per Schillaci serve «promuovere un profondo cambiamento culturale, a radicare la cultura della fiducia e del rispetto che è un pilastro del Ssn». Anche per questo, il ministero della Salute ha appena lanciato la campagna «Ti ha salvato la vita. Ti salverà ancora. Rispetta chi si prende cura di te e dei tuoi cari. La violenza non è mai la soluzione».

Alla base delle intolleranze ci sono soprattutto la pressione nei Pronto soccorso e la sfiducia nel Ssn. Schillaci: così si minano le basi del Sistema sanitario



Servizio Aggressioni in corsia

Violenza contro i medici: 18mila casi in un anno e nel 69% è il paziente a colpire

La "Giornata" celebrativa è l'occasione per lanciare l'allarme sul fenomeno che contrappone operatori sanitari e cittadini. La richiesta unanime al ministro Schillaci: potenziare il Ssn partendo dal personale

di Barbara Gobbi

12 marzo 2025

Quel 98% dei medici di Pronto soccorso che durante la carriera hanno ricevuto almeno un'aggressione - di cui oltre la metà (il 54%) una violenza fisica - praticamente tutti, sono solo la parte più esposta di un Servizio sanitario dove l'attacco al personale è ormai quotidiano. Supera i 18mila sanitari (per la precisione 18.213), con + 2mila episodi tra 2023 e 2024, la cifra degli operatori coinvolti in aggressioni: è il bilancio fatto dal Rapporto Fnomceo-Censis appena presentato a Foggia, dove il 4 settembre scorso al Policlinico Riuniti si consumò un'aggressione di gruppo da parte di una cinquantina di parenti e amici di una giovane deceduta in ospedale dopo essere stata investita in monopattino. Secondo l'indagine, il 66% dei medici, di fronte alle richieste di attenzioni di pazienti e familiari, non ha mai abbastanza tempo per dialogare o dare informazioni e spiegazioni. Del resto, il 66% lavora in strutture o servizi con forti carenze di personale e il 51,8% deve ricorrere a attrezzature obsolete o non perfettamente funzionanti. Non sorprende che per il 90,4% dei medici per rilanciare il Servizio sanitario non basteranno ritocchi, per quanto apprezzabili, come nel caso dell'aumento di spesa sanitaria pubblica. Ritengono ineludibili investimenti massicci, prolungati, dando priorità alle condizioni del personale. Dal canto loro, come emerge da un focus dell'Istituto Piepoli sempre per Fnomceo, l'85% degli italiani è spaventato dalle aggressioni ai medici e quindi ritiene importante contrastare questo fenomeno, tanto che due su tre dei 500 intervistati sarebbero pronti a "scendere in piazza" a difesa dei medici.

Intanto, numeri e percentuali si inseguono, tanto che come denuncia la Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), ogni Asl nel 2024 ha subito almeno 116 episodi violenti con un aumento del 5,5%. L'attacco è trasversale e non risparmia nessuno, a cominciare dagli infermieri colpiti nel 60% dei casi (con le donne sempre più esposte), né i volontari della Croce Rossa Italiana (nel 47% dei casi aggrediti da un utente e nel 67% dei casi durante il trasporto in ambulanza) e addirittura non "salva" i veterinari con la Fnovi che denuncia attacchi in aumento.

I medici «hanno paura»

Lungi dall'essere meramente celebrativa, la Giornata nazionale contro la violenza sugli operatori sanitari e sociosanitari del 12 marzo è una sequela di allarmi e denunce che si rincorrono da Nord a Sud del Paese ed emerge non soltanto la preoccupazione ma anche l'appello alle istituzioni ad agire per recuperare, al netto dei giri di vite sulla sicurezza (con da ultimo l'introduzione dell'arresto in flagranza di reato), quel rapporto incrinato di fiducia con gli operatori e i luoghi di cura che per

tutti è all'origine delle frustrazioni da cui originano le aggressioni. Tutti, nessuno escluso, parlano di cifre in aumento e di scenari allarmanti. Nel 2024 le aggressioni si verificano soprattutto in Pronto soccorso, nei servizi psichiatrici e nelle aree di degenza mentre gli autori sono prevalentemente i pazienti, seguiti da familiari/caregiver e si conferma, come nel 2023, una netta prevalenza di aggressioni verbali (70%) rispetto a quelle fisiche (24%) e contro la proprietà (6%). I medici, gli infermieri e i loro colleghi hanno paura innanzitutto nelle corsie che dovrebbero essere luoghi di cura e di rispetto reciproco: come rileva un sondaggio del sindacato dei medici ospedalieri Cimo-Fesmed, il 71% dei camici bianchi in ospedale teme di subire un'aggressione sul posto di lavoro e la percentuale cresce al 76% tra le dottoresse. E si parla di "emergenza nazionale", tanto che per la Simeu, la Società di medicina dell'Emergenza-urgenza, il 10% degli intervistati abbandonerebbe immediatamente quell'ambiente di lavoro. Stressato non solo dai turni massacranti imposti da una professione che è in caduta libera per appeal, il 64% dei medici di Pronto soccorso dichiara di aver cambiato atteggiamento nei confronti dei pazienti come reazione. Un circolo vizioso, come ricorda il presidente Simeu Alessandro Riccardi: «Gli episodi violenti portano a un inevitabile peggioramento del servizio e quando un cittadino aggredisce anche solo verbalmente un operatore, non fa altro che danneggiare se stesso».

Sempre per il Rapporto Fnomceo-Censis, il 41,2% dei medici non si sente più sicuro nello svolgere il suo lavoro a causa delle violenze, il 18% ha paura di lavorare di notte, l'11,8% ha paura di recarsi nel suo luogo di lavoro. Per il 91,2% dei medici è sempre più difficile e stressante lavorare nel Servizio sanitario. Inoltre, il 74,6% dei medici sente di lavorare troppo e si sente psicologicamente a rischio burn-out, (il 78,4% tra chi lavora negli ospedali).

Schillaci: la sicurezza del personale è prioritaria

«Dai dati dell'Osservatorio del ministero sulla sicurezza dei professionisti sanitari e sociosanitari emerge che nel 2024 sono state segnalate oltre 18mila aggressioni a livello nazionale, coinvolgendo circa 22mila operatori. L'altro fenomeno veramente triste è che sono le donne a essere le più colpite – oltre il 60% delle segnalazioni – così come il personale infermieristico per oltre il 55%», ha riepilogato il ministro della Salute Orazio Schillaci intervenendo a Foggia. «La sicurezza del personale sanitario e sociosanitario non è un mero slogan, è una vera priorità - ha aggiunto -. Abbiamo approvato norme per non lasciare impuniti gli aggressori, con la procedibilità d'ufficio e pene più severe, e potenziato la vigilanza con più presidi di polizia negli ospedali. Fino ad arrivare all'ultima legge che ha introdotto l'arresto in flagranza di reato anche differita: in questi mesi abbiamo letto di arresti in seguito ad atti di violenza nei confronti di personale sanitario, questo significa che la norma viene applicata. Sono state inasprite anche le sanzioni per chi danneggia strutture pubbliche e abbiamo previsto che parte dei fondi del Pnrr possano essere utilizzati per potenziare i sistemi di sorveglianza». Ma dal ministero - che in occasione della Giornata 2025 ha lanciato una campagna di comunicazione - arriva anche la promessa "non ci fermeremo qui". «Sul fronte della prevenzione - ha annunciato infatti Schillaci - si sta avviando a conclusione l'aggiornamento della Raccomandazione ministeriale numero 8 per la prevenzione degli atti di aggressione e violenza per una migliore e più agevole applicazione. E abbiamo raccolto 23 buone pratiche regionali». Poi bisogna agire sulla formazione: «un'altra leva essenziale di prevenzione ed è stata inserita come tematica di interesse nazionale della Commissione Ecm con 133 tra corsi nazionali e regionali tra 2023 e 2024 che hanno coinvolto tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie».

La stoccata del ministro alla medicina generale

Anche davanti all'ospite della giornata Filippo Anelli, strenuo oppositore della riforma della medicina generale con il passaggio dal convenzionamento alla dipendenza, il ministro della Salute

ha riaperto i riflettori sulla principale e più imminente (sulla carta) riforma annunciata: «Un pronto soccorso ingolfato - ha sottolineato Schillaci - diventa più facilmente un luogo dove si possono innescare situazioni di conflitto, dove il carico di lavoro e di stress sul personale non agevola la gestione di questi odiosi fenomeni. E' una realtà che non nasce oggi e che vogliamo risolvere portando a compimento la riforma dell'assistenza territoriale per alleggerire la pressione in quegli ambiti dove più di frequente si registrano segnalazioni di violenza. I grandi cambiamenti non si fanno in poco tempo; noi siamo impegnati senza sosta nella riorganizzazione del servizio sanitario e anche per migliorare le condizioni economiche e di lavoro del personale».

Anelli (Fnomceo): Ssn da rafforzare e una strategia anti-violenze

«Vogliamo ripartire da Foggia, violata da un grave episodio di violenza a settembre scorso, per chiedere al Governo e agli amministratori di rafforzare questo servizio sanitario nazionale che è l'istituzione più amata dagli italiani ed elemento distintivo di questo Paese attraverso un forte investimento sui medici e sui professionisti sanitari - ha spiegato il presidente della Fnomceo Filippo Anelli - . Investire in sanità conviene, produce ricchezza, produce occupazione e ricerca, assicura stabilità sociale e progresso. Teniamoci stretto il nostro servizio sanitario nazionale».

Poi, la proposta di 12 misure contro la violenza, messe in fila dal presidente Fnomceo: investire sui professionisti aumentandone il numero e tutelando il loro ruolo professionale; concludere l'aggiornamento della Raccomandazione ministeriale n. 8 del 2007 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari; rafforzare i sistemi di gestione del rischio clinico e risk management con audit per eventi sentinella implementando le misure che consentono la riduzione dei fattori di rischio anche strutturali, tecnologici e organizzativi; prevedere la presenza di mediatori culturali nei pronto soccorso, negli ospedali e strutture sanitarie al fine di migliorare la comunicazione con i pazienti o i parenti; migliorare il "pacchetto sicurezza" con telecamere, dispositivi di sicurezza (uomo a terra – geolocalizzazione) e di allarme rapido, coordinamento con le questure per l'intervento delle forze dell'ordine, presenza di personale di vigilanza nei pronto soccorso e nei luoghi ad alto rischio; riorganizzare l'accesso nelle strutture sanitarie attraverso misure organizzative e tecnologiche quali ad esempio il telecontrollo dei visitatori; rendere sicuri i presidi sanitari ad alto rischio, come guardie mediche isolate, monitorando l'applicazione delle prescrizioni previste dal documento di valutazione del rischio per la prevenzione della violenza (Legge 81 /2008); fornire il supporto psicologico e legale agli operatori vittima di violenza; predisporre percorsi di formazione per il personale al fine di migliorare la comunicazione e gestire gli episodi di violenza; promuovere campagne di sensibilizzazione pubblica periodiche nazionali e locali, anche in collaborazione con le associazioni dei cittadini; adottare i regolamenti per l'attuazione della normativa sulla procedibilità d'ufficio prevista dalla legge 113/2020; istituire un fondo speciale dedicato al contenimento del fenomeno della violenza contro i professionisti sanitari.

I numeri: pesa la frustrazione dei cittadini

Dei 18.213 operatori sanitari coinvolti in aggressioni, secondo i dati del terzo Rapporto Fnomceo - Censis il 26% sono state aggressioni fisiche, circa il 68% verbali e il 6% contro la proprietà. Tra i sanitari coinvolti, il 64% sono uomini e il 36% donne. Il 60% delle aggressioni ha riguardato infermieri, il 15% chirurghi, il 12% operatori sociosanitari e il 3% altri come personale non sanitario. Le aggressioni sono state perpetrate nel 69% dei casi da pazienti, nel 28% da parenti, caregiver e nel 3% da una persona non legata a pazienti. Il 78% delle aggressioni ha avuto luogo in ospedali e il 22% nella sanità del territorio.

Pesano, anche se non sono certo giustificabili, le frustrazioni dei cittadini in sanità: l'87,3% degli italiani quando sta male vorrebbe tempo per dialogare con il medico, informazioni per capire la

diagnosi, le terapie, la prognosi. Nell'esperienza concreta però al 48,4% il medico ha potuto concedere troppo poco tempo, al 47,8% non hanno dato le informazioni di cui aveva bisogno. Il 52,2% ha vissuto, per sé o per un parente, un'esperienza negativa nel Pronto soccorso, con lunghissime attese e carenza di informazioni. In sintesi: al 35,1% dei cittadini è capitato di non sentirsi rispettato nel rapporto con la sanità. Poi, il 66,4% dei cittadini ha verificato la forte carenza di medici e infermieri nelle strutture sanitarie e il 72,3% un peggioramento nel Servizio sanitario nel tempo. Il 90,4% degli italiani apprezzerrebbe nei Pronto soccorso e negli ospedali mediatori, persone di riferimento competenti che informano, si relazionano con pazienti e familiari.

Le cure palliative in Italia? Insufficienti e sconosciute

Bellaspiga a pagina 17

«Cure palliative ancora sconosciute»

LUCIA BELLASPIGA

«**L**a legge 38 del 2010 ha fatto una rivoluzione: ha sancito nero su bianco il diritto di accedere alle cure palliative per tutti i cittadini italiani che ne hanno bisogno. Da allora le cose sono molto cambiate in Italia, sarebbe ingiusto non riconoscerlo... ma le criticità che persistono sono tante». La legge 38 porta la data del 15 marzo, e a tracciarne un bilancio nell'anniversario dei tre lustri è Tania Piccione, presidente della Federazione Cure Palliative, realtà che coordina 110 enti del terzo settore impegnati a diverso titolo in tutto il territorio nazionale: «Alcuni erogano i servizi domiciliari o residenziali, altri svolgono attività di diffusione della cultura delle cure palliative, altri ancora mirano alla raccolta fondi o alla promozione nelle scuole... Negli enti che erogano le cure palliative operano *équipe* multiprofessionali costituite da medici palliativisti, infermieri, psicologi, assistenti sociali... Il 66% degli enti erogatori di cure palliative in Italia afferisce al privato convenzionato con il Servizio sanitario regionale, e lo stesso si può dire degli hospice; significa che il terzo settore oggi per le cure palliative è una risorsa indispensabile».

Qual è il bilancio a 15 anni dalla legge 38?

A fronte di un fabbisogno di cure palliative di 590mila adulti e 35mila minori, l'accesso è limitato a un adulto su tre e a un minore su quattro. Ma poi sussistono ancora barriere fortissime per i pazienti non oncologici, ovvero per tutte le patologie croniche degenerative, le demenze, l'insufficienza cardiaca e respiratoria, che pure ne hanno diritto per legge. Altra criticità: le cure palliative spesso vengono attivate molto tardi, negli ultimi giorni di vita dei malati, quando invece l'intervento palliativo dovrebbe migliorare il loro benessere per mesi o anni, visto che la legge 38 parla di «presa in carico precoce». Tutto questo determina un grande impatto non solo sulla qualità della loro vita ma anche su quella dei familiari. Infine si registra una grande disomogeneità tra Nord, Centro e Sud Italia, con differenze addirittura entro la stessa regione.

Su cosa si deve agire più urgentemente?

Sulle cure domiciliari, che secondo il Ministero della Salute registrano un lieve miglioramento delle *performance* medie, ma in alcune Regioni restano molto lacunose, come al Sud. Sebbene la cura domiciliare e in hospice sia un *Lea* (Livello essenziale di assistenza), intere aree del Paese ne sono sprovviste, così come insufficienti sono i posti letto in hospice.

Hospice ancora visti solo come un posto in cui si va a morire. Stesso fraintendimento delle cure palliative...

La disinformazione regna su entrambi i fronti. La legge 38 aveva previsto campagne informative del Ministero, ma dopo una prima iniziativa nazionale nessuna campagna istituzionale è più stata organizzata.

Nemmeno rivolta al personale sanitario... In università non esiste un esame di cure palliative, e i corsi post laurea latitano.

Anche la formazione del personale sanitario è lacunosa. Un passaggio cruciale è stata l'istituzione della Scuola di specializzazione in Medicina palliativa, che ha definito il profilo professionale del medico palliativista, ma purtroppo a tre anni dall'avvio solo 16 Scuole sono state attivate su 26 e addirittura nell'anno accademico 2023/24 è stato coperto solo il 18% dei posti disponibili. È necessario inserire le cure palliative già nelle facoltà universitarie. Proprio la poca preparazione professionale fa sì che le cure palliative vengano erogate solo alla fine della vita. Se l'obiettivo delle cure palliative è «migliorare la qualità di vita e preservare fino alla fine la dignità del malato», come possiamo raggiungere tali obiettivi se ci attiviamo quando ormai sta morendo?

È così lampante...

Lo è, ma perché sia intercettato precocemente il bisogno dei pazienti dovremo concentrare tutti gli sforzi sulla formazione del personale sanitario e dei medici di medicina generale (di famiglia), affinché *qualunque* sanitario in *qualunque* fase assistenziale sappia cogliere precocemente che *quel* malato ne ha bisogno e diritto. Tra l'altro la letteratura ci dice che le cure palliative possono influenzare positivamente il decorso della malattia. Secondo la legge 38 sono «l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici, assistenziali», ed è importante che includono «la prevenzione, la diagnosi preco-



ce, la gestione dei problemi non solo fisici come il dolore ma anche il disagio psicologico, la sofferenza spirituale, i bisogni sociali».

Delle cure palliative fanno parte anche azioni semplici, come l'ascolto, una posizione non dolorosa, la fisioterapia, l'ascolto... Ma non dovrebbe essere l'abc per qualsiasi medico anche non palliativista?

È quello che più spesso lamentano i pazienti e i loro familiari: la mancanza delle attenzioni più semplici ma percepite come vitali. Gli inglesi dicono che le cure palliative sono *low tech high touch*, "a basso livello tecnologico e ad alto impatto di tocco". Sia chiaro, l'azione tecnica è importantissima, ma spesso ciò che manca nella cura medica è la disponibilità alla relazione. Il paradigma delle cure palliative oltre al controllo del dolore e dei sintomi è lo sguardo globale a tutti i bisogni del malato di qualsiasi età con gravi sofferenze, allo scopo di migliorare il più possibile la sua vita e quella dei *caregiver*. Sempre che ci siano, perché oggi lo scenario sociale è di grande fragilità: cresce il numero di persone che affrontano da sole l'ultima parte della loro vita: non a caso ben il 47% della popolazione italiana muore in ospedale e non a casa sua. Perché? Non certo per scelta, ma perché manca una continuità assistenziale dall'ospedale al territorio, e qui emerge di nuovo la mancata attuazione della legge 38: tranne in alcune eccellenze, spesso negli ospedali i palliativisti non ci sono proprio, e il personale ospedaliero è poco preparato a rendersi conto del bisogno di cure palliative, con il risultato che all'atto della dimissione del paziente nessuno attiva i servizi del territorio e le adeguate cure domiciliari. Aumentare gli hospice

e l'assistenza domiciliare ridurrebbe sensibilmente i ricoveri ospedalieri e quindi anche i costi.

È vero che resiste una diffi-

denza verso i farmaci della palliazione in quanto "droghe"? Soprattutto se diretti ai bambini?

Il tabù lo registriamo ancora.

Da un'indagine che abbiamo condotto l'anno scorso con Ipsos è risultato che 4 cittadini su 10 pensano che le cure palliative non possano riguardare i bambini, ma la cosa peggiore è che il 35% dei pediatri intervistati ammette di non essere sufficientemente informato. Significativi passi avanti ci sono stati: l'accesso alle cure per i bambini è passato dal 18% al 25%, con punte di eccellenza in alcune regioni, per esempio in Veneto. Ma questo 25% non è equamente distribuito: nella mia Sicilia non esiste rete di cure palliative pediatriche.

Cosa si augura per il prossimo lustro?

Soprattutto il potenziamento al domicilio: il 38% delle Asl italiane è privo di équipe di cure palliative, significa che oggi un'enorme fetta di popolazione non riceve assistenza. Sogno che questa legge venga davvero completata per rendere giustizia a un diritto universale: garantire a ogni persona di vivere il meglio possibile la propria vita sebbene in una condizione di malattia, e a ogni famiglia di non essere lasciata sola.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERVISTA

Quindici anni fa entrava in vigore la legge 38, che ha introdotto un diritto ancora troppo spesso negato nei fatti, sia in ospedale che a casa. «Oggi la gran parte della popolazione non riceve l'assistenza di cui ha bisogno»

La denuncia di Tania Piccione, a capo della Federazione italiana: pregiudizi, disinformazione, impreparazione dei medici. E disponibilità insufficiente



Sopra, Tania Piccione, presidente della Federazione cure palliative



«IL PARLAMENTO FU UNANIME. E ADESSO?»: LA TESTIMONIANZA DELLA RELATRICE

Un argine contro solitudine e dolore, usiamolo

PAOLA BINETTI

Le Cure palliative sono al centro del dibattito al Senato in vista della nuova legge sul fine vita. La domanda chiave è: sono un diritto o un dovere? E per chi? Sono trascorsi 15 anni dal varo della legge 38, approvata all'unanimità dal Parlamento mentre era ancora vivissima la vicenda Englaro. Si volevano garantire cure palliative a tutti i pazienti e si auspicava la creazione di centri per la cura contro il dolore in tutti gli ospedali. L'intenzione del legislatore era chiarissima. Con un'unica legge si volevano abbattere due rischi che potevano indurre le persone all'eutanasia: la solitudine e il dolore. Da un lato c'è la paura di essere lasciati soli e senza cure, quando una grave disabilità fisica ed emotiva compromette l'autonomia personale e diventa un tarlo fisso, rende difficile addormentarsi, il cuore si riempie di malinconia e di rimpianti senza nome. E ci si chiede se valga ancora la pena vivere. Anche un dolore insopportabile, che resiste ai trattamenti ordinari e che i medici non sono in condizione di controllare, può generare deside-

rio di morire. Un dolore fisso, acuto, spesso cronico e senza speranza, perché niente e nessuno riescono a mitigarlo. Una tentazione costante di mettere fine alla propria vita perché con la sua presenza è impossibile vivere. La legge 38 voleva intervenire su questo duplice piano per offrire al malato, attraverso le cure palliative, una nuova prospettiva di vita per non far sentire solo né lui né la sua famiglia e per liberarlo dal dolore, attivando una serie di farmaci che avrebbero potuto migliorare in modo significativo la sua qualità di vita. Lo ricordo perfettamente, perché ero relatrice della legge in Aula. Una norma di civiltà, prima in Europa, in linea con la nostra cultura dalle profonde radici cristiane, ma anche con la Costituzione attenta ai diritti della persona, senza discriminazioni tra sano e malato, o tra malato più o meno grave: tutti hanno diritto a ricevere le cure necessarie, secondo l'articolo 32 della Costituzione. Una legge straordinaria, il cui unico torto è stato di non essere finanziata in modo sufficiente e di non essere stata accompagnata da un programma di formazione rivolto al personale sanitario e a tutti i cittadini, compresi *caregiver* e pazienti. Oggi, davanti a un cambiamento nell'opinione pubblica frutto di un martellamento

ideologico, si è perso di vista il senso e il valore di questa legge, baluardo contro la deriva eutanasi. Per cui il diritto alle cure palliative si intreccia con una sorta di dovere che ne rendono obbligatorio il trattamento, mettendolo in un conclamato contrasto con la legge 219/2017 che prevede il rifiuto delle cure, anche quelle comunemente considerate salva vita. E se si possono rifiutare nutrizione e idratazione, perché non si dovrebbero rifiutare le cure palliative...

Ricordo il dibattito in Parlamento. Davanti al rifiuto di un qualsiasi trattamento da parte del paziente - articolo 1, comma 5 - comunque non veniva meno l'obbligo del medico di continuare a prestargli le cure necessarie. Tutto ciò poteva essere sintetizzato con l'espressione "cure palliative", che anche nella legge 219 venivano garantite sotto forma di azioni di sostegno e di assistenza. Da allora invece di rafforzare l'opzione di tutela della vita di ogni singola persona, soprattutto delle più fragili, attraverso le cure palliative, è subentrata un'altra interpretazione della legge 219, diversa e divergente rispetto alla legge 38, con un pressing mediatico per cui al centro del dibattito non c'è la sofferenza del malato ma il principio di autodeterminazione, che ha come orizzonte la

morte. Il diritto alle cure è diventato il diritto alla morte e paradossalmente le uniche "cure" ritenute desiderabili dal malato sono quelle che lo portano alla fine. Il paradigma della cura ha subito un capovolgimento diventando "cura per morire", quando e come voglio, e non una cura di accompagnamento alla morte, con i suoi tempi, con la compagnia e la vicinanza delle persone care. Con la legge 38 si va incontro alle persone che vogliono imparare ad accettare la morte ma anche vivere la loro vita attimo per attimo nel miglior modo possibile, senza rimanere soli; sanno che qualcuno, a casa o in hospice, li aiuterà. Quindici anni di legge 38 hanno ancora molto da insegnarci sull'arte di accompagnare le persone fino alla fine, addolcendo la sofferenza e senza mai farle sentire di peso. Siamo tutti coinvolti in questa rete di profonda umanità, professionisti e familiari, in una dinamica di solidarietà in cui anche la scienza, oltre che l'assistenza, devono scoprire nuove modalità per alleviare il dolore fisico e psicologico e rendere la vita più serena e accettabile.



L'analisi

SERVONO SOLUZIONI NON SCORCIATOIE

LIl dibattito sul suicidio medicalmente assistito è sempre più acceso e la Medicina si trova inevitabilmente al centro della questione. Il termine stesso – “medicalmente” – suggerisce un coinvolgimento diretto dei medici e delle strutture sanitarie, in un atto che va ben oltre la cura. Ma è proprio qui che nasce un equivoco: si rischia di confondere il compito di alleviare la sofferenza con quello di interrompere la vita. La Medicina ha sempre avuto un ruolo chiaro: curare, sostenere, accompagnare la vita – non accelerare la morte; non è una questione ideologica ma una distinzione essenziale. La Medicina esiste infatti per prendersi cura della vita, fino alla fine: già Ippocrate, nel suo giuramento, esortava i medici a non somministrare sostanze letali, nemmeno su richiesta, segno che il desiderio di morire non è un’invenzione moderna né un’espressione di libertà contemporanea, ma il sintomo di una sofferenza profonda e antica – e, alla sofferenza, la Medicina ha sempre risposto cercando soluzioni, non scorciatoie. All’interno di questo confronto, si discute persino se le Cure palliative non solo debbano accogliere i pazienti in un percorso di assistenza, magari precedente al suicidio assistito, ma anche diventare il luogo in cui questo si realizza; è un’ipotesi che suscita interrogativi etici profondi e rischi di stravolgere la missione stessa di questa disciplina. Le Cure palliative nascono con uno scopo preciso: migliorare

la qualità della vita dei pazienti fino alla fine, rifiutando esplicitamente di accorciarne il percorso. Pensare che possano diventare il luogo in cui si pratica il suicidio assistito significa fraintenderne il senso più profondo e rischiare di compromettere la fiducia di chi ne ha bisogno. Molti pazienti, infatti, temendo di essere considerati “senza speranza”, potrebbero rifiutare la proposta di ricovero in hospice, o di essere assistiti da équipe domiciliari. Già oggi nelle unità di Cure palliative capita di dover rassicurare pazienti e familiari che l’accompagnamento non significa abbreviare la vita ma rendere il tempo rimanente il più dignitoso e sereno possibile. Inoltre, chi lavora nelle Cure palliative percepisce che la richiesta di anticipare la morte spesso non è un atto di libertà ma un segnale di sofferenza, , quando un paziente esprime il desiderio di morire il compito della medicina non è acconsentire ma comprendere le cause di quella richiesta e intervenire per alleviare il dolore, la paura, il senso di solitudine. La sofferenza non va ignorata ma affrontata con competenza e umanità. Per questo le Cure palliative non possono diventare il luogo del suicidio assistito. Se la Medicina si fosse arresa davanti alle malattie inguaribili oggi non avremmo trattamenti oncologici avanzati, cure per il dolore o terapie che migliorano la qualità della vita. Ogni progresso è nato dalla volontà di non accettare la sofferenza come inevitabile ma

di trovare soluzioni per alleviarla. Le Cure palliative devono seguire questa strada. Investire nella ricerca, nella formazione degli operatori e nello sviluppo di nuove terapie significa garantire una Medicina che accompagna e sostiene, non che abbandona, come chiaramente sostenuto nel parere del Comitato nazionale per la Bioetica del dicembre 2023. Se una società dice a chi soffre, anche senza dichiararlo apertamente, che la morte è una soluzione accettata, sta implicitamente affermando che non vale la pena cercare risposte migliori. Ma la vera libertà non è scegliere la morte: è poter vivere senza dolore, senza paura, senza solitudine e senza inutili forme di accanimento terapeutico. Ed è per questo che le Cure palliative, come tutta la Medicina, devono restare dalla parte della vita.

Giuseppe Casale (Presidente Fondazione Antea Cure palliative Roma)

Maria Grazia De Marinis (Ordinario di Scienze Infermieristiche Università Campus Biomedico Roma)

Andrea Manazza (Dirigente medico Cure palliative Asl TO04 Chivasso)

Marcello Ricciuti (Direttore Uoc Hospice e Cure palliative Azienda Ospedaliera S. Carlo Potenza)

Componenti del Comitato nazionale per la Bioetica



SPERANZA E CURA: L'INIZIATIVA DELL'UNIVERSITÀ CATTOLICA

Se la malattia è un “errore” i fragili vengono abbandonati

Non esiste il diritto di morire. E di certo nessuno pensa di farla finita se gli viene garantita la speranza di vivere con dignità. Perché se è vero che guarire non sempre è possibile, la gestione del dolore, la cura e la presa in carico da parte di un team multidisciplinare possono davvero fare la differenza. Sempreché ci si trovi in una regione con centri di eccellenza, e che il Ssn non imploda per mancanza di risorse. Nella due giorni promossa fino a oggi dall'Università Cattolica di Roma – “La Speranza nella cura: un percorso di Fede, Scienza e Umanità”, terzo appuntamento dell'iniziativa di Ateneo sulla Speranza nell'Anno giubilare – gli esperti mettono in guardia dai rischi delle disuguaglianze nell'accesso alle cure e dalle conseguenze che ne derivano quando non ci sono medici formati o strutture attrezzate in grado di fornire le cure palliative. «Chi si occupa di sanità – dice Antonio Gasbarrini, preside della Facoltà di Medicina della Cattolica – per definizione cura non gli organi ma le persone, nel contesto in cui crescono e sono cresciute». In sostanza, «la vera cura – ribadisce monsignor Claudio Giuliodori, assistente generale dell'Ateneo – è frutto dell'alleanza tra la scienza e la sapienza, poste a servizio del bene integrale di ogni persona». Eppure, spesso la persona fragile diventa quasi un peso per la società. «Le innovazioni tecnologiche, l'intelligenza artificiale, anche gli annunci prometeici del superamento di ogni limite, lasciano poco spazio alla consapevolezza della vulnerabilità della condizione umana – spiega monsignor Nunzio Galantino, presidente emerito dell'Amministrazione del patrimonio della Sede Apostolica –. Non è difficile imbattersi in chi si ribella all'invecchiamento, alla malattia, alla morte. Le varie forme di malattia vengono viste

come un errore di calcolo della modernità efficiente. Quando questo quadro diventa rilevante, i fragili vengono abbandonati». Troppo costoso persino prendersene cura. «Parte della cultura neo-liberista – denuncia Galantino – preme per stabilire i criteri in base ai quali una vita ha valore. Questo può portare a forti ingiustizie e disuguaglianze, laddove ci si lascia guidare dalla logica del profitto e dell'efficienza». Demandando magari le scelte di cura all'intelligenza artificiale. «Se chiediamo a ChatGpt cosa farebbe con un paziente di 84 anni con un tumore – riflette Gasbarrini – risponderebbe che non ha senso prendersene cura perché sarebbe uno spreco di risorse. Noi invece dobbiamo considerare ogni paziente anziano come se fosse nostro padre». «Spesso il suicidio viene interpretato come ultima speranza – rimarca Antonio G. Spagnolo, direttore del Centro di ricerca in Bioetica clinica della Cattolica –. Invece dobbiamo privilegiare la speranza di morire bene». E per farlo, secondo Marco Rossi, direttore di Anestesia delle chirurgie specialistiche e Terapia del dolore del Policlinico Gemelli, «bisogna dare sempre una risposta al paziente, mai lasciarlo solo».

Graziella Melina



“Archiviare Cappato per Massimiliano” Il processo che può riscrivere il fine vita

Tre anni fa il viaggio in Svizzera per consentire il suicidio assistito al malato di sclerosi multipla
Dopo il pronunciamento della Cassazione il pm torna a chiedere di non procedere

VALENTINA PETRINI

Archiviazione per Marco Cappato, Chiara Lalli e Felicità Maltese che nel dicembre del 2022 accompagnarono Massimiliano in Svizzera per consentirgli di morire con il suicidio assistito come da sua volontà. È questa la richiesta depositata nuovamente ieri al Tribunale di



Firenze dal pubblico ministero dopo che la giudice per le indagini preliminari l'aveva già respinta il 23 novembre 2023 perché Massimiliano per lei non era in possesso di uno dei 4 requisiti necessari per poter usufruire del suicidio medicalmente assistito in Italia (stabiliti dalla sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale): non era cioè dipendente da trattamenti di sostegno vitale. La gip ha ritenuto quindi di non poter accogliere la richiesta di archiviazione perché la condotta degli indagati non ricadrebbe nelle ipotesi di non punibilità.

Contestualmente, sempre la gip Agnese Di Girolamo, ha deciso però anche di sollevare la questione di legittimità costituzionale chiedendo alla suprema Corte di chiarire la definizione di trattamenti di sostegno vitale. A luglio scorso è arrivata la risposta con la sentenza n. 135/2024 che non solo ha ribadito che il suicidio assistito è un diritto e va tutelato, ma ha anche ampliato l'interpretazione. Vanno considerati trattamenti di sostegno vitale

anche procedure come l'evacuazione manuale, l'inserimento di cateteri o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali, la dipendenza da terzi, personale sanitario, familiari o "caregivers", senza i quali Massimiliano sarebbe morto in breve e tra atroci sofferenze. Non riusciva più a muoversi, piegato dai dolori, si sentiva in gabbia, senza alcuna prospettiva. Mercoledì - alla luce di questo nuovo pronunciamento della Corte - a Firenze sono tornati a riunirsi avvocati, pm e gip.

Acquisita la sentenza n. 135, il pubblico ministero ha confer-

mato la sua richiesta di archiviazione. Anche se Massimiliano non aveva fatto domanda alla sua Asl e non aveva ottenuto un diniego, era suo diritto scegliere di andare in Svizzera e da solo non poteva arrivarci. Ma perché non si era rivolto alla sua Asl? Perché nonostante il suicidio assistito sia stato introdotto nel nostro ordinamento dal 2019, in molte regioni non è applicato, non ci sono protocolli che definiscono tempi e modalità uguali per tutti, ci sono regioni che non rispondono nemmeno ai solleciti dei pazienti. Ecco perché Massimi-

liano aveva chiesto aiuto a Cappato per arrivare in Svizzera, prima che non fosse più capace di autodeterminarsi.

La gip di Firenze deciderà nei prossimi giorni cosa fare: accogliere la richiesta di archiviazione questa volta o rinviare a giudizio in assenza di una

legge quadro nazionale sul fine vita? Sia in un caso che nell'altro il pronunciamento avrà ricadute a livello nazionale. «Da anni siamo impegnati in azioni di disobbedienza civile sul fine vita perché il Parlamento è stato incapace di occuparsene e indifferente alle sol-

lecitazioni di cittadini e malati. L'obiettivo non è continuare ad autodenunciarci, noi vogliamo uscire dai tribunali e portare il tema in Parlamento. Ma deve essere chiaro che se il Parlamento o il governo intendono legiferare per fare passi indietro rispetto alle regole già stabilite dalla Corte Costituzionale, ottenute grazie alla lotta nonviolenta, allora è molto meglio che non facciamo nulla. Se dobbiamo continuare a rivolgerci ai giudici, lo faremo». Marco Cappato ieri al termine dell'udienza ha commentato così la richiesta di archiviazio-

ne condivisa dalla Procura di Firenze. «Se la gip di Firenze deciderà per l'archiviazione, la sentenza, pur non avendo la portata di un pronunciamento della Corte, costituirà comunque un precedente e potrà essere richiamata da altri giudici in procedimenti analoghi».

Sono 6 i procedimenti giudiziari in corso. Marco Cappato, insieme ad altri 13 disobbedienti, è indagato presso i tribunali di Firenze, Milano, Roma, Bologna. Tutti sono seguiti dal Collegio legale coordinato dall'avvocata Filomena Gallo, segretaria nazionale dell'Associazione Luca Coscioni. Il prossimo 26 mar-



zo inoltre la Corte Costituzionale tornerà a riunirsi ancora una volta sul suicidio assistito, questa volta sollecitata dal Tribunale di Milano ad esprimersi su un'altra discriminante che sta emergendo dalle denunce presentate: l'aiuto al suicidio assistito per malati con patologie diverse da Massimiliano, i pazienti oncologici come Sibilla Barbieri che stanno ricevendo in Ita-

lia solo dinieghi a procedere.

Al rientro dalla Svizzera Cappato, Lalli e Maltese si sono autodenunciati per l'aiuto fornito a Massimiliano. Sono finiti sotto indagine sia per l'ipotesi di "omicidio del consenziente" (articolo 579 del codice penale), sia per "aiuto e istigazione al suicidio" (articolo 580 del codice penale). Il 19 otto-

bre 2023, però, i pm avevano escluso entrambi i capi di imputazione e chiesto per gli indagati l'archiviazione. —

Cosa dice la Corte Costituzionale

1

Eccezioni alla punibilità
Queste sono previste se la persona aiutata è affetta da una patologia irreversibile che provano sofferenze assolutamente non tollerabili

2

Decisione consapevole
Il malato, tenuto in vita grazie a macchinari e trattamenti medici, deve restare capace di prendere decisioni consapevoli

3

Modalità di esecuzione
La procedura deve essere in ogni caso verificata da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale

Oggi sono 61 i procedimenti penali in corso a carico di 13 "disobbedienti"



I protagonisti
Marco Cappato e, a destra insieme al padre Bruno, Massimiliano: il 44enne toscano affetto da sclerosi multipla fece ricorso al suicidio assistito in Svizzera

Nel 2023 la gip aveva respinto la richiesta: la sopravvivenza non dipendeva dalle cure



“

Da anni siamo impegnati in azioni di disobbedienza civile sul fine vita

Il nostro obiettivo è uscire dai tribunali e portare il tema in Parlamento



L'ISTANZA

AUMENTARE I TRIAL DI FASE 1 PER GIOCARE D'ANTICIPO IN ONCOLOGIA

FRANCESCO PERRONE*

L'

Italia si colloca dietro ad altri importanti Paesi europei per numero di studi di Fase I in oncologia. Da inizio 2012 a fine 2021, sono state 500 le sperimentazioni di questo tipo nel nostro Paese, mentre nello stesso periodo sono state 960 in Spagna, 873 in Francia, 812 nel Regno Unito e 597 in Germania.

Va affrontata l'assenza di organizzazione e di risorse, che spiega la posizione dell'Italia nel confronto europeo. Il Network dei centri di Fase I (POINTs, Phase One Italian Network for transfer and share), istituito dall'Agenzia italiana del Farmaco nel 2023, è il primo passo per favorire il dialogo e l'interconnessione fra le strutture che possono condurre questi trial e aumentarne il numero. Perché può migliorare la capacità di arruolamento dei pazienti per offrire nuove cure, la condivisione di esperienze specifiche, le occasioni di formazione, procedure, competenze, professionalità e personale.

È quanto emerge dalla XXII Conferenza nazionale dell'Associazione italiana di Oncologia medica, dedicata proprio agli "Studi di Fase I".

Gli studi di Fase I sono condotti dopo che un trattamento ha già dimostrato il proprio potenziale in laboratorio. Di solito coinvolgono pochi pazienti, spesso

meno di 30. L'arrivo della medicina di precisione e dei più innovativi trattamenti anticancro, come l'immunoterapia e le terapie a bersaglio molecolare, ha determinato un profondo cambiamento nel programma di sviluppo dei nuovi farmaci oncologici, in particolare per quanto riguarda la natura e le finalità degli studi di Fase I.

Oltre allo studio del profilo di sicurezza, tra gli obiettivi di queste sperimentazioni si è affermata la valutazione dell'attività antitumorale e, in qualche caso, si possono osservare benefici clinici anche rilevanti.

In un ventennio è aumentato il valore terapeutico degli studi di Fase I in oncologia, perché è possibile definire il profilo

molecolare e genetico delle neoplasie e vengono coinvolti pazienti in cui si presume che le nuove molecole possano essere efficaci.

Pertanto, questi studi sono fondamentali per comprendere meglio la biologia dei tumori, identificare nuovi bersagli terapeutici e sviluppare trattamenti più efficaci. Rappresentano, quindi, il primo passo dei trial condotti sulle cure anticancro e sono un importante volano per la ricerca clinica in oncologia.

Gli studi di Fase I rappresentano oggi per i pazienti oncologici una possibilità di accedere precocemente a trattamenti



efficaci, in grado di migliorare la loro sopravvivenza e qualità di vita. Nel 2024, in Italia, sono state stimate 390.100 nuove diagnosi di tumore. La metà dei cittadini che oggi si ammalano è destinata a guarire, perché avrà la stessa attesa di vita di chi non ha sviluppato il cancro.

È proprio grazie alla ricerca scientifica se siamo riusciti a ottenere, in molte neoplasie, tassi di sopravvivenza e guarigione impensabili fino a pochi anni fa. Dobbiamo perciò impegnarci per incrementare il numero dei trial di Fase I, che al momento sono ancora troppo pochi rispetto a quelli condotti in altri Paesi europei.

Desideriamo, inoltre, rendere i giovani ricercatori protagonisti della progettazione di studi clinici. L'insegnamento della metodologia stimola la capacità di svolgere la ricerca indipendente, che può maturare soprattutto nelle fasi tardive delle sperimentazioni, come quelle "real

world".

Purtroppo, per fare un esempio, dal 2021 al 2022, nel nostro Paese, gli studi clinici non sponsorizzati dall'industria farmaceutica sono diminuiti di circa il 7%. Mancano data manager, infermieri di ricerca, bioinformatici, esperti in revisione di budget e contratti e il finanziamento pubblico in questo settore è da sempre sottodimensionato in Italia.

Senza il sostegno delle Istituzioni, molti aspetti centrali della ricerca indipendente, come la qualità di vita dei pazienti, resteranno ai margini della conoscenza scientifica.

**Presidente Associazione italiana di Oncologia medica*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MANCANO
DATA MANAGER,
INFERMIERI DI RICERCA,
BIOINFORMATICI
SERVE IL SOSTEGNO
DELLE ISTITUZIONI



Francesco Perrone,
presidente
dell'Associazione
italiana
di Oncologia
medica



«MARCATORI RISCHIO CANCRO NELLA SCLEROSI SISTEMICA»

La ricercatrice della Fondazione Humanitas: «Nei pazienti affetti dalla rara malattia autoimmune individuati alcuni autoanticorpi collegati ai tumori»

VALENTINA ARCOVIO

N

el nostro Paese ci sono 25 mila persone che convivono con la cosiddetta malattia della «pelle dura» che, nelle forme più gravi, può indurire i polmoni e «rubare» anche il respiro. «Si tratta della Sclerosi Sistemica, una patologia rara autoimmune del tessuto connettivo, caratterizzata da alterazioni del sistema immunitario con produzione di autoanticorpi, che coinvolge la cute, indurendola, il sistema vascolare e altri organi interni. E che sappiamo espone chi ne soffre a un maggior rischio di cancro», spiega Maria De Santis medico specialista dell'Irccs Humanitas, nonché una delle autrici di uno studio finanziato dalla Fondazione Humanitas per la Ricerca. I risultati, pubblicati sulla rivista *Rheumatic & Musculoskeletal Disease Open Journal*, hanno portato all'individuazione di marcatori nei pazienti con Sclerosi Sistemica che sembrano collegati a un maggior rischio cancro.

Professoressa, quanto è difficile convivere con la Sclerosi Sistemica e con la paura di ammalarsi di cancro?

«Convivere con la Sclerosi Sistemica non è certamente facile. Anche se esistono diversi livelli di gravità, i sintomi della malattia, se non adeguatamente controllati, possono compromettere significativamente la qualità della vita. All'inizio, molto spesso, la malattia si manifesta con il cosiddetto fenomeno di Raynaud in cui le dita delle mani e dei piedi diventano prima pallide e poi viola provocando formicolio intenso e dolore. Questo cambiamento di colore è causato da una riduzione del flusso di sangue alle estremità del corpo ed in alcuni casi evolve con il tempo nella Sclerosi Sistemica. Vi sono poi altre alterazioni come la tumefazione delle dita, l'insorgenza di ulcere, debolezza muscolare, infiammazione e dolori delle articolazioni e altri sintomi. A seconda degli organi che colpisce la



fibrosi causata dalla malattia può dare origine a complicanze anche gravi, come nel caso dei polmoni, dove se si sviluppa fibrosi, viene compromessa la funzione respiratoria. Inoltre, i pazienti con Sclerosi Sistemica hanno anche un rischio aumentato di ammalarsi di cancro e questo li porta a doversi sottoporre a controlli frequenti».

Cosa c'entra il cancro con questa malattia autoimmune?

«Non lo sappiamo, così come ancora oggi non sono chiare le cause stesse di questa

malattia. Ipotizziamo vi sia una predisposizione genetica e che una serie di fattori ambientali, come uno stress o un lutto o l'esposizione a sostanze tossiche, possono scatenare la malattia. Non a caso, dopo la pandemia abbiamo registrato un aumento dei casi. Anche se poco chiara, la relazione tra i tumori e le connettiviti, di cui fa parte appunto la Sclerosi Sistemica, è nota da tempo. Tanto che le prime linee guida indicano ai reumatologi di stare più attenti allo screening oncologico dei propri pazienti».

Cosa avete scoperto nel vostro studio?

«In sostanza abbiamo individuato nei pazienti con sclerosi sistemica alcuni autoanticorpi, come anti-Ro52 e anti-U3-Rnp, che sembrano essere collegati a un maggior rischio di tumore. Questo significa che potremmo avere a disposizione dei marcatori che possono aiutare i reumatologi a identificare i pazienti a rischio che meritano uno screening oncologico più assiduo».

Quali sono i tumori più frequenti in questi

«LE PRIME LINEE GUIDA
INDICANO
AI REUMATOLOGI
DI PRESTARE
ATTENZIONE
AGLI SCREENING
SPECIFICI»

pazienti?

«Il tumore della mammella, che rappresenta comunque la forma di cancro più diffusa tra le donne, che sono poi quelle maggiormente colpite dalla Sclerosi Sistemica. Ma anche altri tumori, tra cui quello al polmone. Non abbiamo però trovato differenze nella prognosi rispetto alla popolazione generale, tuttavia i pazienti oncologici che hanno anche malattie autoimmuni come la Sclerosi Sistemica vengono spesso esclusi dai trattamenti con l'immunoterapia, oggi tra i trattamenti oncologici più innovativi, a causa del loro effetto stimolante sul sistema immunitario».

Quali terapie?

«In generale, è più complicato pianificare le terapie anticancro nei pazienti con Sclerosi Sistemica: i farmaci immunosoppressori devono essere sospesi in corso di malattia oncologica attiva, ma per fortuna alcuni chemioterapici e farmaci biologici usati per i tumori possono curare entrambe le malattie. D'altra parte, alcuni schemi terapeutici oncologici che includono il cortisone possono mettere il paziente sclerodermico a rischio. Un dato interessante che abbiamo scoperto nella nostra ricerca, che va però validato in studi più ampi, è che il farmaco immunosoppressore più usato nella Sclerosi Sistemica, il micofenolato, non si associa ad una aumentata incidenza di tumori, anzi sembra un fattore protettivo; quindi forse non deve essere necessariamente sospeso in caso di neoplasie».



Sopra, Maria De Santis, medico specialista dell'Ircs Humanitas



Servizio Epidemiologia

Cancro, nel 2025 calano i tassi di mortalità

Le previsioni dei decessi in Europa per tumori indicano una diminuzione del 3,5% circa negli uomini e dell'1,2% nelle donne

di Francesca Cerati

12 marzo 2025

In Europa, nel 2025, i tassi di mortalità per tumori indicano una diminuzione del 3,5% circa negli uomini e dell'1,2% nelle donne, in tutte le fasce d'età. Un andamento positivo stimato anche per il tumore della mammella, a eccezione delle pazienti ultraottantenni, per le quali si prevede un aumento del 7% circa rispetto ai tassi osservati nel periodo 2015-2019. Secondo gli autori dello studio - coordinati da Carlo La Vecchia, docente di Statistica medica ed epidemiologia dell'Università di Milano e pubblicato sulla rivista *Annals of Oncology* - le ragioni di questa controtendenza è probabilmente per mancanza di screening regolari, diagnosi tempestive e utilizzo di terapie innovative.

Tumore al seno

«Le donne anziane non sono incluse nei programmi di screening e probabilmente, rispetto alle donne più giovani, hanno minore giovamento dagli importanti progressi nella diagnosi e nella gestione del tumore della mammella, compresi i miglioramenti nella chemioterapia, nella terapia ormonale e nell'immunoterapia, ma anche nella radioterapia e nella chirurgia», ha dichiarato La Vecchia.

L'aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità osservato negli ultimi decenni nella maggior parte dell'Europa settentrionale e centrale ha portato a un aumento del rischio di tumore della mammella. Questo fenomeno, però, non è stato controbilanciato da un miglioramento della diagnosi e della gestione della malattia nelle donne anziane e, di conseguenza, potrebbe spiegare l'aumento della mortalità stimato.

Il gruppo di ricercatori prevede una diminuzione dei tassi di mortalità per tumore della mammella a tutte le età pari al 3,6% nell'Ue e allo 0,8% in Italia nel 2025 rispetto al 2020. Il tasso di mortalità standardizzato per età è 13,3 per 100.000 donne nell'Ue (per un totale di 90.100 decessi) e di 14,0 per 100.000 donne in Italia (per un totale di 13.660 decessi).

«Stimiamo che tra il 1989 e il 2025 siano stati evitati 373.000 decessi per tumore della mammella nell'Ue. La maggior parte di questi decessi evitati è dovuta al miglioramento della gestione della malattia e all'introduzione di innovazioni terapeutiche, ma il 25-30% è probabilmente attribuibile a una maggiore diffusione della diagnosi precoce e del programma di screening. Poiché oggi il tumore della mammella può essere curato efficacemente grazie ad approcci innovativi, è essenziale che tutte le pazienti alle quali viene diagnosticato vengano indirizzate a centri oncologici in grado di offrire tutte le terapie necessarie. Inoltre, come indicato dagli andamenti sfavorevoli per le donne ultraottantenni, il controllo del sovrappeso e dell'obesità rimane una priorità, non solo per

le malattie cardiovascolari, ma anche per i tumori, compreso il quello della mammella» ha aggiunto La Vecchia.

I ricercatori hanno analizzato, per il quindicesimo anno consecutivo, i tassi di mortalità per tumore in Europa e nel Regno Unito, esaminando separatamente i tassi di mortalità per tumore dello stomaco, colon-retto, pancreas, polmone, mammella, utero (compresa la cervice), ovaio, prostata e vescica, nonché i tassi di mortalità per leucemie, per entrambi i sessi. Sono stati raccolti i dati di mortalità dai database dell'Organizzazione mondiale della sanità e delle Nazioni Unite, relativi al periodo 1970-2020. Tali stime si sono dimostrate affidabili nel corso degli anni.

Nei Paesi della Ue si prevede un calo del 3,5% circa dei tassi di mortalità per tutti i tumori: si passerà da 125/100.000 nel 2020 a 121/100.000 nel 2025 per gli uomini, e da 80/100.000 a 79/100.000 per le donne. In totale si stima che nel 2025 circa 1.280.000 persone moriranno di tumore nell'Ue e circa 176.000 in Italia. In Italia il tasso di mortalità per tutti i tumori diminuirà per gli uomini, passando da 112 nel 2020 a 96/100.000 nel 2025, e per le donne, passando da 75 a 71/100.000.

Secondo le stime dei ricercatori, dal 1988 al 2025 nell'Ue si sono evitati 6,8 milioni di decessi per tutti i tipi di tumore (4,7 milioni negli uomini e 2,1 milioni nelle donne), ipotizzando che i tassi di mortalità rimanessero costanti rispetto a quelli del 1988.

Tuttavia, a causa del crescente numero di anziani nella popolazione, il numero di decessi per tumore aumenterà da 671.963 nel 2020 a 709.400 nel 2025 tra gli uomini nell'Ue e da 537.866 a 570.500 tra le donne. In Italia, invece, il numero di decessi passerà da 97.866 a 94.740 per gli uomini e da 79.991 a 81.740 per le donne.

Il pancreas fa eccezione

Si prevede che i tassi di mortalità per la maggior parte dei tumori diminuiranno quest'anno nell'Ue, a eccezione del tumore del pancreas, che mostrerà un aumento del 2% negli uomini e del 3% nelle donne. Per le donne si prevede un aumento del 4% del tumore del polmone e del 2% del tumore della vescica.

In Italia gli unici tassi di mortalità previsti in lieve aumento sono quelli per il tumore del pancreas e della vescica nelle donne. I tassi di mortalità per tutti gli altri tipi di tumore sono in calo per entrambi i sessi.

«Il fumo rimane di gran lunga la principale causa nota di tumore del pancreas, causando dal 20 al 35% dei casi in varie fasce di età, a seconda delle diverse abitudini di fumo. Il diabete, il sovrappeso che portano allo sviluppo della sindrome metabolica sono responsabili di circa il 5% dei tumori al pancreas in Europa. Questo aspetto sta diventando sempre più importante a causa della crescente prevalenza dell'obesità, ma il controllo e la prevenzione del fumo rimangono la priorità per il controllo anche del tumore del pancreas», ha spiegato Eva Negri, docente di Epidemiologia ambientale e medicina del lavoro dell'Università di Bologna e co-leader della ricerca.

Lotta al fumo

Il tumore del polmone, in Europa, rappresenta la principale causa di morte per tumore tra gli uomini (151.000 casi) e in Italia (19.600 casi). Nel nostro Paese, così come nella Ue, il tumore della mammella è la prima causa di morte per cancro fra le donne. Tuttavia, si stima che il tasso di mortalità per il tumore del polmone supererà quello della mammella nel 2025. Infatti,

l'andamento della mortalità per tumore del polmone è ancora in aumento tra le donne (+3,8% rispetto al 2020).

Conclude Carlo La Vecchia: «Gli andamenti di mortalità per tumore continuano a essere favorevoli in tutta Europa. Tuttavia vi sono anche aspetti negativi: uno di questi sono i decessi per tumore del colon-retto nelle persone di età inferiore ai 50 anni, che hanno iniziato ad aumentare nel Regno Unito e in diversi Paesi dell'Europa centrale e settentrionale, a causa dell'aumento della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità nei giovani che, per età, non sono coperti dallo screening del tumore coloretale.

Inoltre i tassi di mortalità per il tumore del pancreas non sono in diminuzione nell'UE ed è ora la quarta causa di morte per tumore dopo il cancro del polmone, del colon-retto e della mammella. I tassi di mortalità per tumore del polmone stanno iniziando a stabilizzarsi, ma non ancora a diminuire nelle donne dell'Ue. Le tendenze del tumore del pancreas e del polmone nelle donne sottolineano l'urgenza di attuare un controllo ancora più rigoroso del tabacco in tutta Europa».

Il progetto è stato sostenuto dalla Fondazione Airc e dall'iniziativa Next Generation Eu -Mur Pnrr Extended Partnership Inf-Act.



Servizio Call to action

Tumori: Manifesto per umanizzare le cure, ruolo chiave per lo psico-oncologo

In Parlamento attivo un fronte trasversale per il riconoscimento dei caregiver, l'innovazione farmaceutica e l'estensione dell'oblio oncologico

di Ernesto Diffidenti

12 marzo 2025

L'umanizzazione delle cure in oncologia passa anche attraverso l'attivazione di un percorso psicologico dedicato, adeguatamente strutturato e, soprattutto, personalizzabile. I numeri parlano chiaro: ogni anno, in tutto il mondo, vengono effettuate oltre 20 milioni di diagnosi di cancro, un numero considerevole che le proiezioni al 2050 stimano crescere fino a 35 milioni. E anche se l'innovazione terapeutica ha fatto grandi progressi, resta il forte impatto emotivo della patologia, che spesso porta i pazienti a sviluppare ansia e depressione, con conseguenze sfavorevoli sulla prognosi complessiva.

Adesioni ampie e trasversali in Parlamento

Questi temi sono al centro del Manifesto per l'umanizzazione delle cure in oncologia, realizzato da Merck in collaborazione con le associazioni di pazienti Ailar, Walce e Palinuro e con i clinici di riferimento in ambito oncologico. Ampio e trasversale il fronte politico che ha sottoscritto il Manifesto nel corso di un evento promosso alla Camera da Simona Loizzo (Lega) che ha visto l'adesione, tra gli altri, di Luciano Ciocchetti (Forza Italia), di Ilenia Malavasi (Pd) e del presidente della commissione Lavoro di Montecitorio, Walter Rizzetto (Fdi). Tutti impegnati sui fronti cruciali non solo della psico-oncologia ma anche dell'inserimento dello psicologo di base nelle nascenti Case di comunità promosse dal Pnrr, del riconoscimento e del sostegno dei caregiver, dello sviluppo dei farmaci innovativi e dell'estensione dell'oblio oncologico.

Il ruolo centrale delle associazioni dei pazienti

“L'obiettivo - spiega Simona Loizzo - è quello di inserire all'interno dei percorsi di cura gli stessi pazienti con un ruolo da protagonisti. Non è un caso che abbiamo presentato un emendamento che punta a coinvolgere le associazioni di pazienti nei processi decisionali relativi alle cure. Non possiamo infatti dimenticare l'impatto psicologico devastante che una malattia oncologica può avere sulla persona, ed è per questo che è urgente inserire la figura del psico-oncologo nel sistema sanitario, come già proposto dalla nostra legge”.

Otto priorità e call to action

Sono otto le priorità messe a fuoco dal Manifesto che sollecita una call to action: garantire il benessere psicologico del paziente, eliminare le discriminazioni, riconoscere e valorizzare il ruolo dei caregiver, creare un percorso di specializzazione per gli psico-oncologi, garantire la presenza degli psico-oncologi nei team multidisciplinari, rafforzare la rete di supporto territoriale,

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

sensibilizzare la società per ridurre lo stigma, promuovere una comunicazione medico -paziente chiara ed empatica.

Necessaria un'azione comune di tutti gli attori pubblici e privati

Per realizzare pienamente l'obiettivo di umanizzazione dei percorsi terapeutici è, tuttavia, necessario un rinnovato impegno che veda la piena adesione di tutti gli attori, pubblici e privati, del sistema salute. "Grazie ai notevoli progressi compiuti dalla ricerca, nel giro di pochi anni i pazienti oncologici hanno visto moltiplicarsi le opportunità di guarigione – dichiara Ramon Palou de Comasema, presidente e amministratore delegato Healthcare di Merck Italia - ma non va trascurata l'importanza di tutelare il benessere complessivo del paziente, come parte integrante del percorso terapeutico. Il Manifesto per l'umanizzazione delle cure in oncologia parte proprio da questo presupposto e mira a mettere a punto azioni specifiche e concrete, attuate grazie all'a collaborazione di tutti noi firmatari. E' un grande impegno, ed è solo l'inizio di un percorso".

TRAPIANTI IL GRAN CUORE DEGLI UOMINI E DI ALTRI ANIMALI

Crescono le donazioni di organi. Il direttore del Centro nazionale dell'Iss, Giuseppe Feltrin: «Numeri da record, soprattutto al Sud. Ma in attesa ci sono ancora 8mila pazienti. La Fda apre agli xenotrapianti, in particolare dai maiali. Prospettiva interessante ma strada lunga»

GIAMPIERO VALENZA

C

resce il cuore grande degli italiani. Lo dimostrano i numeri: le donazioni degli organi nel 2024 sono aumentate del 2,7% rispetto a quelle del 2023. E sono stati realizzati 4.692 trapianti, 226 in più (il 5,1%) rispetto all'anno precedente.

Risultati da record, mai raggiunti, con un tasso nazionale di donazione che arriva a 30,2 donatori per milione di persone (tra i primi posti in Europa, secondo un'analisi del Centro nazionale trapianti dell'Istituto superiore di sanità). Crescono del 13% gli interventi che portano a un cuore nuovo. E poi del 6,6% quelli di rene, dell'1,8% di fegato. Tra le novità che hanno permesso questo successo, la crescita (con un +30%) della donazione a cuore fermo, cioè quella fatta in pazienti la cui morte viene accertata dopo un arresto cardiaco da più di 20 minuti. I centri ospedalieri che effettuano questo tipo di donazione sono attualmente 85, mentre dodici mesi fa erano 72. Nel 2024 quelli da donazione a cuore fermo hanno rappresentato il 13,2% di tutti

i trapianti realizzati: nel 2023 erano il 9,9%, due anni fa solo il 5,7%.

«Sono risultati di cui siamo orgogliosi. L'Italia ha fatto un bellissimo lavoro - dice il direttore del Centro, Giuseppe Feltrin - C'è stata una crescita della donazione che ha riguardato il Nord ma anche, in maniera storicamente più significativa, il Sud». Chi vuole avvicinarsi alla donazione può farlo in Comune, comunicandone la volontà quando chiede la Carta d'identità, oppure iscrivendosi alle associazioni di volontariato che se ne occupano (come l'Aido, per esempio) o firmando un modulo alla Asl o compilando il tesserino del Centro trapianti. Oppure, con un atto olografo da conservare e che conferma l'intenzione. Donare, come spiega Feltrin, è un «gesto d'a-

more verso gli altri». «Ogni anno ci sono ottomila italiani in lista d'attesa e una parte di loro non ce la fa proprio perché sono necessari più donatori», prosegue. Oggi è possibile donare organi e tessuti dopo la morte e, in vita, il



rene, una parte del fegato e le cellule staminali. Per legge si possono donare in vita anche parti di polmone, pancreas e intestino, ma non sono ancora state praticate.

LA QUESTIONE

Resta in piedi proprio questo tema, quello delle liste d'attesa, perché un trapianto salva la vita ma c'è bisogno di qualcuno che dia l'organo. E in futuro si aprirà sempre di più la strada agli xenotrapianti, cioè a quei trapianti d'organo da un'altra specie animale a un essere umano. In questo caso di un suino, che per compatibilità è vicinissimo a uomini e donne. Un'opportunità per evitare il più possibile il rischio di rigetto che, nella storia, è stato forse l'ostacolo più grande. Dall'Fda (l'autorità sanitaria Usa), ora, arriva l'ok a una sperimentazione di trapianti di rene dai maiali all'uomo su sei pazienti in condizioni gravissime. Una frontiera dunque attuale per la scienza. Gli studi continuano e le autorità sanitarie si rendono sempre più conto che è una prospettiva da seguire per avere una nuova, ulteriore, risposta concreta al problema delle liste d'attesa. Si preferisce il maiale e non i primati non umani (come scimpanzé od oranghi) perché vengono già allevati per scopi alimentari e perché sono in grado di riprodursi molto rapidamente. In linea teorica, sarebbero in grado di dare più organi come specie-donatrice.

LA STORIA

Sono lontani i primi casi di xenotrapianto d'organo: erano gli anni della Belle Époque. Nel 1905 fu il dottor Princeteau, a Parigi, a documentare il suo intervento storico: pezzi di rene di coniglio in un ragazzo affetto da insufficienza renale. Sedici giorni dopo il ragazzo morì per un edema polmonare. Nel 1964 il chirurgo dell'Università del Mississippi, James Hardy, tentò un trapianto di un cuore di uno scimpanzé su

un sessantottenne, ma l'operazione non andò bene: morì dopo sole due ore. Venti anni più tardi, nel 1984, si tentò la strada dello xenotrapianto per aiutare Stephanie Fae Beauclair (rimasta alla storia come Baby Fae), nata con la sindrome del cuore sinistro ipoplastico. Sopravvisse con un cuore di babuino per 21 giorni prima che il suo corpo rigettò l'organo.

La ricerca non si è però fermata in tutti questi anni. Un salto nel tempo e poi il cambio di passo. Nel 2021 la Food and drug administration degli Usa concesse l'autorizzazione di emergenza, a scopo compassionevole, di uno xenotrapianto di cuore. E nel 2022 il passaggio storico passò dall'Università del Maryland, quando il dottor Bartley Griffith realizzò con successo il primo trapianto di un cuore di un maiale su David Bennett, che però morì giusto due mesi dopo. In questo caso l'autopsia non trovò rigetto ma un ispessimento e un irrigidimento del cuore. Il tempo passa e la medicina non si ferma.

A marzo dello scorso anno un paziente ha ricevuto un rene di un maiale al Massachusetts General Hospital. L'intervento è andato bene, senza rigetto, ma due mesi dopo è morto per un problema cardiaco. E l'autopsia ha accertato che l'episodio non aveva avuto alcun legame con il trapianto. A novembre è Towana Looney a sottoporsi a un intervento per impiantarle un rene suino sottoposto a una rigida modifica genetica per renderle l'organo più simile a quello umano (un'operazione che è sempre necessaria per ridurre il rischio di un rigetto). Dopo undici giorni Towana è stata dimessa dall'ospedale, il Nyu Langone Health. Non ci sono solo gli organi interi, ora ancora a una fase sperimentale. Oggi gli animali allungano la vita degli umani quando serve reimpiantare una valvola cardiaca. E i tendini, sempre di maiale, vengono usati in ortopedia. Oltre alla pelle, per i grandi ustionati. In sostanza, sono passati 120 anni da quel primo intervento del dottor Princeteau. E sembra di essere davanti a un'altra storia. «È una prospettiva interessante e in valutazione, ma ancora la strada da fare è tanta. Non è oggi, non sarà domani ma sarà in un lungo dopodomani», conclude Feltrin.



**EMANUELE
COZZI**

«ORGANI DA SUINI INGEGNERIZZATI OPPURE ARTIFICIALI IL FUTURO È GIÀ IN SALA OPERATORIA»

L'immunologo dei trapianti per l'Iss traccia le nuove frontiere del settore «Abbiamo ancora pochi donatori. Lo xenotrapianto? In Italia ci vorranno anni ma negli Stati Uniti e in Gran Bretagna esperimenti senza rigetto da tempo»

NICOLETTA COZZA

E

manuele Cozzi è uno dei massimi esperti internazionali di compatibilità tra donatore e ricevente, ma è pure uno dei ricercatori più autorevoli sulle nuove frontiere del settore, come xenotrapianto, organi ingegnerizzati e cuore artificiale. Immunologo dei trapianti dell'Istituto superiore di Sanità, presso il Centro Nazionale Trapianti, lavora all'Università di Padova mentre all'Azienda Ospedale di Padova dirige un'unità operativa. Fa parte della

delegazione italiana del Comitato dei Trapianti del consiglio d'Europa a Strasburgo del quale è stato anche presidente.

Professore, qual è lo scenario generale sul fronte trapianti?

«Purtroppo in Italia una famiglia su 3 non dà l'ok alla donazione e quindi perdiamo il 30% degli organi utilizzabili. Nel Veneto siamo più fortunati, perché solo in un caso su 5 arriva il divieto dai parenti».

Lo xenotrapianto potrebbe essere l'alternativa?

«In Italia nei prossimi 5 anni non si farà, se non in casi eccezionali e in pochissimi centri dove lavorano colleghi esperti. Pe-



rò ci sono tre laboratori nordamericani, dove tre primati, il modello più vicino al nostro, vivono con un rene di maiale da più di un anno, e addirittura uno da un triennio, dati che attestano che si può passare all'uomo, essendo certa l'efficacia. Ed è quello che si fa negli Usa, e non solo per uso compassionevole, cioè su pazienti consenzienti senza alternative».

Quali sono le altre novità?

«Ad Harvard poche settimane fa un rene di maiale ingegnerizzato è stato impiantato su un uomo che ora sta bene, come una donna che a metà novembre aveva subito il medesimo intervento a New York. D'altro canto il primo trapianto di cuore fatto da Barnard permise al malato di sopravvivere 18 giorni, per cui la "curva di apprendimento" va accettata. Io dico che lo xenotrapianto si deve fare, in pochi casi, non in età pediatrica, e in centri specializzati per-

ché è una strada non priva di difficoltà, tra cui la biosicurezza, in quanto i maiali donatori nel genoma hanno dei retrovirus e non c'è la certezza assoluta che l'ingegnerizzazione sia risolutiva. Intanto negli Usa è arrivato il via libera per procedere su 50 pazienti ed è un peccato che l'Europa sia indietro».

In Italia qual è il quadro?

«In lista di attesa per un organo abbiamo 8 mila pazienti, di cui 1.200 nel Veneto. Ma se per quelli con problemi renali supplisce la dialisi, e attualmente sono 48 mila i soggetti che la effettuano dei quali 5 mila in attesa di trapianto, chi ha patologie cardiache, epatiche o polmonari muore se non arriva un cuore, un fegato, o un polmone».

Quali le alternative?

«L'organo meccanico, cioè il cuore artificiale, c'è e costa moltissimo, e come può dire meglio il collega Gino Gerosa, direttore della Cardiocirurgia di Padova, si usa in pochi casi. Le uniche possibilità, restano lo xenotrapianto, l'organo umano, o quello ingegnerizzato in laboratorio. A quest'ultimo si sta lavorando e la tecnica consiste nel levare a un cuore di maiale tutte le cellule lasciando solo la struttura di supporto, e poi questa sorta di "impalcatura" costituita da fibre e pro-

teine viene ripopolata con cellule del ricevente. Fra qualche anno sarà un'opzione, però la ricostruzione di un organo, che può essere pure il rene, è un percorso impegnativo».

Come mai è stato scelto il maiale?

«La scimmia sarebbe più compatibile, ma c'è un problema etico, oltre che sono insufficienti gli esemplari disponibili. Si è optato per i suini, di cui c'è una presenza massiccia anche per l'industria alimentare e nel nostro Paese abbiamo centri efficienti per l'ingegnerizzazione».

E poi la ricerca su cosa si sta focalizzando?

«Sulle cellule staminali. Se un soggetto che ha avuto un infarto ha il 10% della funzionalità del muscolo cardiaco, ipoteticamente con l'ingegnerizzazione si potrebbe "riparare" il danno ed è questo che si sta studiando».

Il rigetto è ancora uno spauracchio?

«Dopo il primo anno è la causa principale che determina la perdita del rene trapiantato ed è un problema immunologico. Perché un malato su 2 in Italia ha gli anticorpi contro un potenziale donatore».

Quali sono i fattori di rischio?

«Le gravidanze, perché le donne vengono a contatto con le proteine del partner, le trasfusioni e precedenti trapianti. Abbiamo pazienti che riconoscono addirittura il 99% dei donatori. In un caso su 2 entro 20 anni compare il rigetto e il malato torna in sala operatoria. Si sta cercando di migliorare la compatibilità tra donatore e ricevente, ma fondamentale è disporre di una grande "popolazione" di organi, perché così aumentano le possibilità di trovare quello ideale. È appena partito un progetto europeo per facilitare lo scambio. Il secondo versante su cui si stanno concentrando gli studi sono i farmaci immunosoppressori che sono migliorabili».



Infine, la perfusione.

«Consente di mantenere efficienti a lungo organi da trapiantare e quindi contiamo di poter utilizzare quelli messi a disposizione in un posto lontano. Con la precedenza che va sempre data a chi sta peggio».

LA SCHEDA

Per il Wef è l'unico italiano nella top 10 per la tecnologia

Emanuele Cozzi, del Dipartimento di Scienze cardio-toraco-vascolari e Sanità pubblica dell'Università di Padova, delegato del Centro nazionale Trapianti presso il consiglio d'Europa a Strasburgo, è l'unico ricercatore italiano inserito tra le eccellenze dal World Economic Forum per i suoi studi sulla genomica dei trapianti. Il Wef ha stilato la lista dei 10 topics più importanti (Top 10 Emerging Technologies of 2024) che nei prossimi 3/5 anni sono destinati ad avere un peso sostanziale per l'umanità e lo sviluppo delle tecnologie. Tra questi argomenti c'è

quello denominato Genomics for transplants: i trapianti di organi salvano vite umane, ma la richiesta supera la platea di donatori disponibili. Solo negli Stati Uniti, più di 100.000 pazienti sono in attesa di un organo, eppure saranno solo circa 30.000 gli organi disponibili.



EMICRANIA

LA SPERANZA LEGATA A UN PALLONCINO PLACA GLI ATTACCHI E SI TORNA ALLA VITA

Uno studio su Neurology conferma l'efficacia di un sistema basato sulla stimolazione nervosa per alleviare la più invalidante forma di cefalea
Il neurologo Barbanti: «Trattamento utile per chi non può prendere farmaci»

GIAMPIERO VALENZA



La testa inizia a pulsare in modo sempre più intenso. Fa male, tanto. Si innerva praticamente su tutto il capo. Diventa difficile stare in un luogo con le luci accese: in ufficio, ma anche a casa. E i rumori - specie quelli improvvisi, in città - diventano insopportabili. L'emicrania è una malattia invalidante. Ed è una patologia di genere: colpisce il 12% delle persone di tutto il pianeta e tre volte di più le donne. È così fastidiosa che l'Istituto superiore di sanità per descriverne il quadro clinico dice che è una «tempesta che dura diversi giorni».

COSA ACCADE

Ventiquattrore prima del dolore si sperimenta stanchezza, irritabilità, depressione, una

particolare voglia di dolci (in particolar modo di cioccolato, che però per gli emicranici è veleno). In molti casi arriva una fase specifica, l'aura: si vede male, si altera la sensibilità a un braccio e alla corrispondente metà del volto, si ha difficoltà a convertire il pensiero in parole). Poi, nell'arco di 30 minuti, arriva l'attacco vero e proprio: dolore, nausea e vomito che dura dalle 4 alle 72 ore. Momenti interminabili che a valanga colpiscono anche il comportamento della persona, costretta a isolarsi. Poi, per altre 24-48 ore, l'umore va giù, ci si sente insofferenti, si ha più spesso lo stimolo di andare al bagno.

IFATTORI

Una malattia, due grandi distinzioni: l'emicrania episodica (quando dura fino a due settimane ogni mese) e quella cronica (quando supera i quindici giorni al mese per almeno tre mesi). Ma quali sono i fattori di cronicizzazione? L'eccessivo uso di caffeina, di analgesici, l'ansia, la depressione, la percezione del dolore al tatto, il

russamento, l'obesità, lo stile di vita. Poi, però, ci sono anche

fattori non modificabili: essere donna, avere più di 40 anni, un basso livello socio-economico, vivere una separazione, un divorzio, un distacco verso una persona cara oppure traumi stressanti.

IL COSTO

Nell'Unione europea tra gli emicranici il 28% delle donne e il 17,7% degli uomini riferisce di aver perso più di dieci giorni di attività in un trimestre. La malattia ha un impatto economico enorme: ogni anno nei 27 Paesi Ue costa 111 miliardi di euro con Italia, Francia, Germania e Spagna che han-



no le spese maggiori tra visite mediche, esami diagnostici, calo di produttività. Un costo che arriva a 1.222 euro l'anno a testa, di cui 765 di riduzione di operatività sul posto di lavoro.

LE TERAPIE

I malati di emicrania hanno vissuto, di recente, due grandi rivoluzioni: una nel 1991 con l'arrivo dei triptani, gli agonisti della serotonina che inibiscono il rilascio di neuropeptidi infiammatori. L'altra, nel 2019, con gli anticorpi monoclonali. Una recente ricerca pubblicata sull'autorevole rivista scientifica *Neurology* e condotta a livello internazionale da diversi studiosi (tra cui quelli del King's College di Londra e dell'Università di Rostock, in Germania), ha descritto gli effetti di un trattamento che non passa attraverso i farmaci, ma un sondino, il Kos, la stimolazione cinetica oscillante, che era stata già

studiata dal Karolinska Institutet per la rinite non allergica. In pratica, viene inserita una sonda nel naso che ha alla sua estremità un palloncino. Non appena entrato, si gonfia e viene fatto vibrare in ciascuna narice.

L'ANALISI

«Il sistema va a stimolare il ganglio sfenopalatino, stazioni intermedie che raccolgono le fibre nervose che vanno verso il cervello. Proprio questa stimolazione porta a una sorta di reset del computer e a far passare l'emicrania - dice Pierfrancesco Dauri, primario di anestesia e rianimazione all'ospedale Cto di Roma, esperto di terapia del dolore e tra i primi ad aver portato in Italia questo sistema - Tratto casi con pazienti che da molti anni soffrono di una sindrome emicranica e hanno provato parecchi farmaci. Una persona, tra loro, teneva persino un diario giornaliero che è stato uti-

le per capirne l'evoluzione. Il trattamento è durato per sei volte, una a settimana per sei settimane. Gli attacchi sono durati sempre meno fino a sparire». Piero Barbanti, è docente di neurologia di Neurologia all'Università San Raffaele, past president di Anircef (l'Associazione neurologica italiana per la ricerca sulle cefalee) e direttore dell'Unità per la Cura e la ricerca su Cefalee e Dolore dell'Irccs San Raffaele. Sta conducendo uno studio proprio su questo e, insieme ad altri suoi colleghi, ha sottoposto il lavoro alla revisione scientifica. «È un trattamento assolutamente innocuo utile per chi non può prendere farmaci - spiega - Allarga l'armamentario terapeutico nella lotta all'emicrania e rinforza l'efficacia dei trattamenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANESTESISTA
DAURI, ESPERTO
IN TERAPIA
DEL DOLORE:
«LA CEFALGIA
SPARISCE»



Sopra
l'anestesista
e terapeuta
del dolore
Pierfrancesco
Dauri
A sinistra
il neurologo
Piero Barbanti,
docente
all'Università
San Raffaele



L'ALLARME

AVVILITI O SCORAGGIATI A CIASCUNO LA SUA PILLOLA MAGICA

La previsione dell'Oms: entro il 2030 la depressione sarà la malattia più diffusa. In Italia mercato dei farmaci in aumento, in un anno venduti 49 milioni di confezioni per un valore di 525 milioni di euro

A

ll'inizio è stata la fluoxetina. Il principio attivo del Prozac, l'antidepressivo arrivato in Italia nel 1988. Che ha aperto la strada a un lungo elenco di farmaci, alle cosiddette "pillole della felicità". Destinate, da noi, a quasi 4 milioni di pazienti. Negli ultimi anni le diagnosi e le prescrizioni sono aumentate del 30%.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato un allarme globale: la depressione sarà la principale causa di disabilità nel mondo e, entro il 2030, diventerà la malattia mentale più diffusa. Eppure, tre italiani su quattro, secondo un'indagine Swg, sono ancora convinti che la depressione non sia una malattia, ma uno "stato temporaneo" e che "capiti a tutti di sentirsi depressi di tanto in tanto", sottovalutando la gravità del disturbo. Due italiani su tre pensano infatti che sia sufficiente distrarsi e fare qualcosa di divertente e coinvolgente, mentre il 67% degli intervistati crede che cambiare lo stile di vita, eliminando i possibili fattori scatenanti, sia una soluzione per affrontare la depressione.

INUMERI

La "rivoluzione felicità" si deve a un gruppo di molecole anco-

ra tra le top ten dei farmaci più venduti nel mercato americano e europeo: fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram e fluvoxamina, tutti inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina. Un mercato in aumento: le vendite nel periodo novembre 2023-ottobre 2024 risultano pari a 49 milioni di confezioni per un valore al pubblico di 525 milioni di euro.

L'arrivo di questa pillola è stato considerato un'autentica rivoluzione sia medica che sociale. Dalla cura alla diversa considerazione generale della malattia. Una rivoluzione culturale, per cui le persone si sono sentite libere di raccontare di essere in cura da uno psichiatra o con antidepressivi.

Non a caso uno dei volani di questo farmaco progenitore è stato un libro, "Prozac Nation". La scrittrice Elizabeth Wurtzel è stata una dei più potenti e influenti, perché nel 1994 raccontò in modo nuovo, brutale, ma anche spiritoso, le esperienze di una ragazza problematica: droghe, genitori divorziati, prime esperienze sessuali e, soprattutto, la depressione. Parlando apertamente di problemi condivisi da moltissime persone negli Usa di quegli anni che, come li chiamava la scrittrice, erano "the United States of Depression". Il suo libro ha cambiato il modo in cui le persone considerano e raccontano la malattia. Soprattutto tra le giovani.

LE PUBBLICAZIONI

E ora, a distanza di 30 anni da "Prozac Nation", la ricerca della felicità viene di nuovo narrata come fenomeno sociale. Un lavoro che si divide tra un libro, un video e una mostra fotografica. Arnaud Robert, giornalista, scrittore e regista svizzero con Paolo Woods, fotografo olandese che vive in Italia, hanno viaggiato per 5 anni hanno viaggiato in tutto il mondo alla ricerca delle "Happy Pills" (titolo del lavoro). Una risposta al male di vivere, all'impossibilità ad essere felici.

È stato lungo il loro percorso, dalla Nigeria agli Stati Uniti, a Haiti, Israele, Svizzera, India, Amazzonia. Un'immersione profonda nel mercato della felicità in pasticche. Dalla farmacia legale all'ambulante di Haiti che nella sua cassetta legata al collo sorregge una Torre di Babel fatta di blister con le pasticche.

Una risposta standardizzata alla facile ricerca della felicità. Uno stravolgimento del sostegno terapeutico ragionato e dosato. Immagini e testi raccontano dove le popolazioni vanno a bussare per tamponare il malessere. E provare a sconfiggere il male oscuro. Solo mandando giù una pillola.

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nicotina da succhiare

Lo Snus e il suo equivalente legale
si diffondono tra i giovani
In bustine o in polvere
con o senza tabacco

Due ragazze finiscono in ospedale
e gli esperti lanciano l'allarme
“Vanno ritirati, sono pericolosi”

IL DOSSIER**PAOLO RUSSO**
ROMA

Snus, come chiamano in Svezia il tabacco in polvere da succhiare. O nicotina “pouches”, in bustina, al gusto di frutta, vaniglia, menta o liquirizia. Il primo si vende illegalmente nel web anche sotto forma di tabacco umido da inserire poi tra il labbro superiore e la gengiva. La seconda si può usare con il placet dello Stato solo perché non contiene tabacco ma micro cristalli di nicotina. Come denunciano gli esperti dell'Iss (Istituto superiore di san entrambi inducono però alla dipendenza e sono pericolosi per la salute. Tant'è che lunedì due studentesse di una scuola media in provincia di Ferrara, dopo aver succhiato nicotina per tutto l'orario di lezione, sono finite in ospedale.

E non è che si tratti di un caso isolato, perché la moda dello Snus, come a volte impropriamente viene chiamata la nicotina “pouches”, sta dilagando anche in Italia. Secondo un recente studio Espad del Cnr, il 4% dei nostri studenti ne avrebbe fatto uso nel

corso dello scorso anno. Un mercato in costante crescita proprio nei Paesi che hanno dichiarato guerra alle “bionde”: secondo il Rapporto di Research and Markets, infatti, il fatturato complessivo della nicotina in bustina passerà a livello globale dai 763 milioni di dollari del 2022 a un milione e 230 milioni nel 2030.

«Un business che punta a creare dipendenza da nicotina soprattutto tra i giovanissimi, che saranno poi i fumatori di e-cig e sigarette tradizionali del domani. I prodotti che stanno a cuore alle big del tabacco», spiega Simona Pichini, direttrice del Centro nazionale dipendenze e doping dell'Iss. Non a caso tra i produttori delle bustine di cristalli c'è la British American Tobacco, la più grande azienda di sigarette del mondo.

E se il fumo miete vittime anche la nicotina “pouches” fa però i suoi danni alla salute, «che sono poi quelli propri di questa sostanza, che genera aumento della pressione sanguigna, della respirazione e tachicardia, con alla lunga danni al sistema cardiocircolatorio. Per non parlare del pe-

ricolo di tumori alla bocca o all'esofago», spiega sempre Pichini. Il problema poi è che «la quantità di nicotina nei sacchetti è molti superiore a quella delle sigarette - spiega sempre l'esperta dell'Iss - ed è facile, specie per i più giovani, arrivare a un dosaggio eccessivo con malesseri da overdose. Cosa poi possa succedere nel lungo periodo in un'area così delicata come quella della bocca - prosegue - non è dato saperlo, visto che parliamo di prodotti ancora da poco sul mercato. Certo è che la nicotina è una sostanza psicoattiva che dà elevata dipendenza, il che rende questi prodotti particolarmente pericolosi». Anche perché, come dimostra una recente indagi-



ne di Altroconsumo, nel web vengono offerti sacchetti di tabacco o di cristalli con quantità di nicotina che arrivano a 50 milligrammi per grammo di prodotto contro il limite di 20 fissato per le sigarette elettroniche e quello di un milligrammo per le bionde tradizionali, mentre per le pillole che aiutano a smettere di fumare non si va oltre i 4 mg.

«Il consumo del sacchetto di nicotina - afferma Elena Munarini del Centro antifumo dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano - è molto simile a quello del tabacco snus. Non c'è fumo, né odore e nemmeno cenere. È facilissimo da usare e quindi viene utilizzato anche in tutti i luoghi dove è vietato fumare, con l'aggravante che così la dipen-

denza da nicotina è ancora più dura da sconfiggere. Questo perché gli effetti acuti si dissolvono dopo pochi minuti, come la sensazione di benessere. In questo modo - conclude l'esperta, che è anche psicoterapeuta - impone di continuare a farne uso per mantenere gli effetti desiderati e prevenirne l'astinenza».

Me se lo Snus a base di tabacco è vietato in base a una direttiva europea del 2014, che parlava di dipendenza ed effetti avversi alla salute, la "nicotine pouches" sponsorizzata delle big tobacco è stata legalizzata da un decreto milleproroghe di tre anni fa, con un emendamento che ha approfittato del vuoto normativo generato a sua volta dal fatto che la direttiva si riferiva so-

lo a prodotti a base di tabacco. Questo nonostante il ministero della Salute, spalleggiato da Iss e Consiglio superiore di sanità, ne avesse chiesto all'epoca il ritiro dal commercio. Richiesta rilanciata recentemente anche dall'Istituto farmacologico Mario Negri, dalla Fondazione Veronesi e dall'associazione culturale dei pediatri Sitab. Uno schiarimento di scienziati e istituzioni sanitarie raramente così compatto, uscito però ancora una volta con le ossa rotte dal confronto con le potenti multinazionali del tabacco. —

Pichini (Iss)
“Quantità maggiore di quella che si trova in e-cig e sigarette”

LA CARTA D'IDENTITÀ

<p>SNUS Tabacco umido in polvere per uso orale. Il tabacco grezzo viene miscelato con acqua, carbonato di sodio e aromi e viene essiccato con getti di vapore.</p> <p>Si può trovare in scatole di latta sfuse, in polvere, da prendere con le dita, oppure già porzionato in piccole bustine.</p> <p>Tenendolo in bocca tra il labbro e la gengiva superiore, per un periodo di tempo che può variare da qualche minuto a diverse ore.</p> <p>È illegale in tutta l'Unione Europea, eccetto la Svezia, ma è facile procurarselo via web.</p> <p>Per le alte concentrazioni di nicotina e perché può risultare cancerogeno.</p>	<p>SACCHETTI DI NICOTINA (NICOTINE POUCHES)</p> <p>Non contengono tabacco, a differenza dello snus. Al loro interno ci sono dosi variabili di nicotina in sali, oltre a riempitivi e aromi.</p> <p>In bustine traspiranti.</p> <p>Come lo snus, vengono inseriti tra il labbro e la gengiva, dove una volta bagnati dalla saliva favoriscono un rilascio di nicotina nella mucosa orale.</p> <p>Anche in Italia, ai soli maggiorenni.</p> <p>Per le alte concentrazioni di nicotina e perché può risultare cancerogeno.</p>
COS'È	COME È CONFEZIONATO
COME SI CONSUMA	DOVE VIENE VENDUTO
PERCHÉ È PERICOLOSO	



Il 4% degli studenti ha fatto uso di Snus o sacchetti di nicotina nel 2024



Servizio Disturbi dell'alimentazione

Anoressia, dai neuropsichiatri allarme su aumento dei casi e gap di assistenza

Nelle "Raccomandazioni" degli esperti la priorità a interventi precoci, personalizzati, adeguati al livello di intensità necessario alla gravità della condizione e centrati sulla specificità dell'età evolutiva

*di Elisa Fazzi **

12 marzo 2025

Subdoli e spesso sottovalutati, persino da occhi più attenti. I disturbi della nutrizione e alimentazione, i cosiddetti Dna, rappresentano un fenomeno allarmante, con un esordio sempre più precoce e in aumento in Italia e a livello mondiale: nel nostro Paese si registrano oltre 3 milioni di casi di Dna ogni anno, oltre il 5% della popolazione, e tra questi soffrono di anoressia o bulimia in particolare quasi il 10% delle ragazze e l'1% dei ragazzi. La pandemia ha peggiorato ulteriormente la situazione, con un incremento di casi stimato di almeno il 30-35% e un abbassamento dell'età di esordio soprattutto tra i giovanissimi, le ragazze in particolare tra gli 11-12 e i 15 anni, e in alcuni casi, anche prima verso gli 8-9 anni.

La co-presenza con altre condizioni psichiatriche

Anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder) ma anche disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, pica e disturbo da ruminazione, sono solo alcuni dei Dna, un capitolo ampio della psicopatologia che interessa da vicino l'età infantile e adolescenziale, un gruppo eterogeneo e variegato di condizioni, che includono quadri più tipici della prima infanzia, fino a quadri più chiaramente caratterizzanti l'adolescenza e la giovane età adulta. Il tasso di co-occorrenza con altre condizioni psichiatriche appare alto e spesso risulta complesso distinguere una linea di confine tra le manifestazioni di differenti disturbi, soprattutto in riferimento ai quadri legati a un neurosviluppo atipico.

Per l'anoressia nervosa cure in ordine sparso

Più in particolare, l'anoressia nervosa (An) rappresenta tra i Dna il disturbo che ha subito maggiori modifiche in termini di incidenza, prevalenza, abbassamento di età di esordio e complessità di presentazione clinica, sia medica che psichiatrica, a partire dall'ultimo decennio. Sempre di più l'anoressia nervosa si presenta in concomitanza con altre condizioni psicopatologiche gravi e in associazione con problematiche inerenti la sfera della suicidalità. Se non tempestivamente e adeguatamente trattata, l'An può segnare in maniera indelebile il percorso evolutivo, diventando una causa importante di disabilità e di interruzione del percorso di crescita, con conseguenze che possono essere significative anche a lungo termine, sia da un punto di vista psichico che fisico. Non da ultimo, è bene menzionare che si tratta del disturbo psichiatrico che è accompagnato dai più alti tassi di mortalità.

La presa in carico delle ragazze e dei ragazzi con An in Italia è caratterizzata da una eterogeneità marcata, con realtà connotate da risorse ampie, articolate, facilmente accessibili e ad alta specializzazione, e altre realtà più carenti e meno strutturate. A fronte di questo, anche l'offerta terapeutica è molto variabile, con diversi professionisti, in ambito pubblico e privato, che si propongono come case manager senza necessariamente presentare una competenza specifica rispetto alla salute mentale in età evolutiva.

Le "raccomandazioni" e la mappatura dei servizi

È proprio per queste ragioni, da un lato epidemiologiche e spiccatamente cliniche, dall'altra organizzative, più proprie dei percorsi di cura, che, come Sinpia, abbiamo sentito l'esigenza di dedicare un gruppo di lavoro, coordinato da Chiara Davico, neuropsichiatra infantile dell'Università di Torino e Maria Pia Riccio, neuropsichiatra infantile dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, che si occupasse dei Dna. Sono state maggiormente coinvolte le sezioni scientifiche di "Psichiatria dell'Età Evolutiva" ed "Epidemiologia ed Organizzazione dei servizi" con il contributo di numerosi neuropsichiatri infantili di tutto il Paese, esperti di Dna, provenienti da servizi ospedalieri, universitari, territoriali e da Irccs. Il lavoro è stato improntato con un focus specifico sull'An ed è stato suddiviso in una parte dedicata alla stesura di raccomandazioni e un'altra dedicata a integrare la mappatura già esistente, riguardante l'organizzazione dei servizi inerente specificamente l'età evolutiva sul territorio nazionale. Abbiamo sentito l'esigenza di questo documento per porre l'accento sulla specificità, preziosa e ineludibile, di chi lavora esclusivamente con l'età evolutiva, con un approccio centrato sulla famiglia.

Lo sguardo ai sintomi in ottica evolutiva, nella prospettiva delle varie fasi del neurosviluppo, la vulnerabilità della strutturazione identitaria nei bambini e negli adolescenti anche in relazione al corpo che affronta la crescita puberale, la necessità del coinvolgimento delle famiglie come elemento determinante nella cura, l'attenzione alla scuola e alla socialità, sono solo alcuni degli aspetti che distinguono in maniera significativa la clinica e gli interventi terapeutici nell'età evolutiva. Abbiamo, inoltre, voluto sottolineare e raccogliere, con queste raccomandazioni, la competenza clinica, l'expertise operativo che caratterizzano la pratica quotidiana di centinaia di neuropsichiatri infantili che, coordinando equipe multiprofessionali, da anni in Italia accompagnano ragazze, ragazzi e famiglie nel faticoso, doloroso percorso di chi attraversa un disturbo alimentare.

Cruciale la diagnosi precoce

Nel documento abbiamo sottolineato la fondamentale importanza della diagnosi precoce, che si realizza attraverso una rete di operatori, tra cui in particolare il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale, formati a intercettare gli esordi, che hanno un ruolo fondamentale per avviare tempestivamente le ragazze e le loro famiglie verso una presa in carico adeguata.

Ci siamo soffermati sulla necessità che il trattamento dell'An preveda un sistema di cura basato su diversi livelli di intensità di intervento che possano essere modulati a seconda delle condizioni cliniche del soggetto e del momento terapeutico: ambulatorio, day hospital, ricovero ospedaliero. Abbiamo voluto sottolineare come sia indispensabile che il neuropsichiatra infantile esperto in Dna possa essere il "case manager", ossia il referente del caso e coordinatore degli interventi, ma al tempo stesso che le ragazze e i ragazzi possano essere seguiti da un'equipe multidisciplinare dedicata che includa diverse figure professionali con formazione specifica per l'età evolutiva.

L'auspicio è che questo documento possa ulteriormente sottolineare come l'intervento debba essere precoce, personalizzato e adeguato al livello di intensità necessario alla gravità della condizione e centrato sulla specificità unica dell'età evolutiva.

Intento ultimo è anche fornire una guida ai professionisti del settore per garantire uniformità di presa in carico e dei percorsi di cura su tutto il territorio nazionale, ma anche quello di favorire un dialogo proficuo con altri professionisti coinvolti nella cura di questi soggetti e naturalmente con le istituzioni.

La Sinpia, con il gruppo di lavoro sui Dna, proseguirà nel suo operato con l'intento di produrre raccomandazioni sulla gestione e presa in carico in età evolutiva anche di altri quadri clinici dei Dna, con una prospettiva prossima di un focus sul Disturbo Evitante/Restrittivo di assunzione di cibo, che rappresenta un altro emergente capitolo dei disturbi della nutrizione e alimentazione, con peculiare specificità nell'età infantile.

** Presidente della Società italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Sinpia),
Direttrice Uo Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Asst Spedali Civili,
Professoressa Ordinaria dell'Università di Brescia*



Servizio Malattie neurodegenerative

Settimana del cervello, un'«alleanza» e un decalogo per la salute e il benessere

Il vademecum degli esperti per prevenire le patologie e mantenere il cervello in buona salute a cominciare da attività fisica, alimentazione, sonno adeguato, vita sociale e contrasto delle malattie croniche

*di Alessandro Padovani **

12 marzo 2025

In un Paese in cui la popolazione continua a invecchiare a un ritmo sempre più sostenuto, il pericolo di un forte aumento di patologie neurodegenerative è dietro l'angolo. Basti pensare che in oltre il 10% delle famiglie italiane una persona soffre di malattie neuro psichiatriche e che secondo un ampio studio pubblicato su *The Lancet Neurology*, con il contributo dell'Organizzazione mondiale della Sanità, circa 3,4 miliardi di persone in tutto il mondo – cioè il 43% della popolazione mondiale – convivono con una condizione neurologica, in primis ictus, encefalopatia neonatale, emicrania cronica, demenza, neuropatia, meningite, epilessia e tumori del sistema nervoso centrale.

La salute non prescinde dal cervello

Ecco perché, in occasione della Settimana mondiale del cervello 2025, che si celebra in tutto il mondo dal 10 al 16 marzo, come Società Italiana di Neurologia (SIN), abbiamo "battezzato" l'Alleanza italiana per la Salute del Cervello, un'organizzazione strutturata a firma "One Brain One Health" e "Italian Brain Health Strategy" nata per garantire un'azione efficace nell'ambito della programmazione sanitaria, della prevenzione, della ricerca, della diagnosi, della cura, della riabilitazione e del sociale. Sono infatti convinto che, benché le malattie siano tante, il cervello è uno solo e che non possa esistere un concetto di salute che non tenga conto, appunto, della salute generale di questo organo.

Il decalogo della salute

E con la stessa finalità abbiamo messo a punto un decalogo con una serie di raccomandazioni pratiche per aiutare a realizzare questo obiettivo. Come fare attività fisica regolare: l'esercizio migliora il flusso sanguigno cerebrale, riduce l'infiammazione e promuove la plasticità neuronale. Poi, da prediligere sempre la dieta mediterranea, ricca di verdure, frutta secca, cereali integrali e grassi sani, che supportano la funzione cognitiva e gli acidi grassi Omega-3 e Omega-6 che proteggono i neuroni. Evitare il più possibile lo stress, meditazione, yoga e respirazioni profonde possono aiutare in tal senso mentre è fondamentale dormire circa 7-9 ore a notte per aiutare la memoria e la plasticità cerebrale. Stimolare la mente con attività costanti, come leggere e imparare nuove lingue, suonare e ascoltare musica. Cercare, inoltre, di mantenere una vita sociale attiva e fare grande attenzione alla salute cardiovascolare, uditiva e visiva. Ipertensione, diabete, obesità e

colesterolo sono nemici pubblici della salute del cervello. Infine, usare sempre il casco per prevenire traumi cranici, evitare ogni tipo di sostanza stupefacente, smettere di fumare e limitare l'assunzione di alcol.

** Presidente Società italiana di Neurologia*



Servizio Giornata mondiale

Prevenzione, le 5 lettere per salvare il rene

Come riconoscere la malattia renale cronica che difficilmente dà segni e sintomi clinici chiari fino a quando il danno è avanzato

di Federico Mereta

12 marzo 2025

Apcde. Tenete presente questa sigla, se volete proteggere i reni e cogliere presto i primi segnali di sofferenza di questi organi basilari per il benessere. Il significato dell'acronimo è semplice. La A sta per la valutazione dell'albumina nelle urine, la P per il controllo regolare della pressione arteriosa. Per la C, sono due i parametri da considerare, ovvero i valori di colesterolo (con particolare attenzione all'Ldl) e creatinina. Passando a D ed E, le lettere indicano la necessità di monitorare la glicemia (e quindi un eventuale diabete) e la velocità di filtrazione glomerulare stimata o eGfr.

A rilanciare l'importanza di questa sorta di "check-up" dedicato, segnalando anche la necessità di controlli di approfondimento ulteriore in base alle indicazioni del medico, sono gli esperti della Fondazione Italiana del rene (Fir) e della Società Italiana di nefrologia (Sin) in occasione della Giornata mondiale del rene, in programma il 13 marzo. Nell'occasione, sono previste molte iniziative di screening gratuite e di sensibilizzazione.

L'obiettivo è semplice. Occorre impegnarsi tutti per arrivare presto per riconoscere e fronteggiare la malattia renale cronica, che sta diventando una vera e propria epidemia non infettiva anche perché questi organi, pur soffrendo, difficilmente danno segni e sintomi clinici chiari fino a quando il danno è avanzato. La patologia appare in costante aumento per il trend demografico che vede crescere in Italia l'età media della popolazione ma non solo. I dismetabolismi, in particolare sovrappeso e obesità, rappresentano un fattore che mette a rischio anche i reni, così come i mutamenti climatici tendono a ripercuotersi sul benessere di questi reni.

Le cifre sono chiare: i nuovi casi di dialisi sono aumentati del 43% negli ultimi 30 anni ed è cresciuta del 41% la mortalità legata alla malattia renale cronica. Le stime dicono che nel 2040 sarà la quinta causa di morte nel mondo.

L'importanza della diagnosi precoce

La malattia renale cronica, che un tempo si definiva insufficienza renale, viene spesso diagnosticata tardivamente, quando è già in stadio avanzato. Ed è purtroppo molto diffusa. «In Italia e nel mondo, circa il 10% della popolazione adulta è affetta da questa condizione – spiega Massimo Morosetti, presidente della Fondazione italiana del rene e direttore del Reparto di Nefrologia e dialisi presso l'Ospedale Grassi di Roma -. Purtroppo la maggior parte delle persone non ne è consapevole. Si può perdere fino al 60-80% della funzionalità renale prima che si manifesti qualsiasi sintomo, momento in cui l'efficacia terapeutica si riduce notevolmente e la terapia sostitutiva diventa sempre più probabile».

Insomma. il rene può soffrire, senza mostrarlo. Soprattutto in presenza di altre cronicità come l'ipertensione, il diabete oppure gravi quadri di aterosclerosi a carico delle arterie che nutrono questi organi. E non bisogna sottovalutare le infezioni che possono creare un danno tale da non poter essere riassorbito. Col tempo, quindi, l'attività dei reni cala e con essa la possibilità di assicurare i normali meccanismi di controllo dei liquidi del corpo, producendo quindi urine che non rispondono alle reali necessità dell'organismo. E a questo punto che possono comparire segnali che mettono in guardia: inizialmente si può riscontrare un aumento della quantità di urina prodotta, per la scarsa concentrazione, poi, più avanti, la produzione di urina cala drasticamente, per l'impossibilità degli organi di fare il loro lavoro. Nel frattempo, ricordate sempre di verificare se il colore dell'urina si fa più scuro e se compare una spiccata astenia, con prurito e inappetenza, oltre agli edemi, cioè ai gonfiori che si localizzano soprattutto alle gambe. Possono essere segnali che i reni faticano a eliminare i liquidi in eccesso. Ma quando si manifestano queste situazioni il danno può essere già marcato. Per questo occorre arrivare prima puntando sulla prevenzione e sull'attenzione costante alla salute renale.

Il peso economico della patologia

Il conto economico della malattia renale cronica, oltre alle condizioni di salute del singolo e all'impegno dei caregiver, basta da solo a offrire i contorni di una patologia che pesa. A fronte di quadri più o meno definiti per circa un italiano su dieci, la malattia assorbe circa il 3% delle risorse del Fondo sanitario nazionale. In particolare sono pesanti le conseguenze legate alla patologia in fase avanzata. Per chi presenta quadri di questo tipo, con necessità di dialisi, il costo diretto annuo per paziente in dialisi è stimato tra i 30.000 euro per la dialisi peritoneale e i 50.000 euro per l'emodialisi.

Anche il trapianto renale, pur rappresentando la prima scelta terapeutica nei pazienti con insufficienza renale severa, comporta spese considerevoli, tra intervento, farmaci immunosoppressori e follow-up a lungo termine. A questi costi diretti, si aggiungono anche dei costi di difficile quantificazione legati alla gestione dei pazienti con malattia renale cronica avanzata, ma non ancora in dialisi, oltre ai costi indiretti derivanti da ridotta produttività e necessità di assistenza continua.

Sulla base di questi dati, è stato stimato che ritardare di almeno cinque anni la progressione del danno renale nel 10% dei pazienti con malattia in stadio moderato-grave procrastinando, sempre di cinque anni, l'inizio della dialisi, permetterebbe un risparmio di centinaia di milioni di euro ogni anno.

«La malattia renale cronica ha un impatto crescente sulla spesa sanitaria – commenta Luca De Nicola, presidente della Società italiana di nefrologia (Sin), e ordinario di Nefrologia presso l'Università L. Vanvitelli di Napoli -. Investire in prevenzione e diagnosi precoce è essenziale per contenere i costi e migliorare la qualità di vita dei pazienti».

Insomma, grazie alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al controllo delle possibili complicanze si potrebbe disporre di risorse da reinvestire in questi settori, strumenti chiave per contenere l'impatto della malattia sui pazienti e sulla spesa sanitaria.

«Come Sin ci impegniamo a promuovere strategie concrete per migliorare la gestione della salute renale nel nostro Paese e contenerne l'impatto economico – riprende De Nicola -. Abbiamo infatti lavorato al progetto di legge presentato alla Camera, che punta a integrare lo screening della patologia nella medicina generale con successivo riferimento guidato ai nefrologi. Inoltre, insieme al ministero della Salute, abbiamo contribuito alla definizione del nuovo Pdta della Mrc (malattia renale cronica, ndr), ora all'esame della conferenza Stato-Regioni. Queste azioni potranno condurre a una svolta epocale per la gestione della malattia, migliorando prevenzione, presa in carico e accesso alle cure, con particolare attenzione agli stili di vita e all'aderenza terapeutica».



Servizio Critical Medicines Act

Carenza farmaci, da Bruxelles la svolta per aumentare la produzione in Europa

Al centro del nuovo regolamento comunitario c'è una radicale revisione delle norme sugli appalti pubblici

di Natascia Ronchetti

12 marzo 2025

Sono oltre 200, tra insulina, alcuni tra i principali antibiotici, antiepilettici, paracetamolo, anestetici, vaccini, ansiolitici. E sono essenziali per garantire l'erogazione e la continuità dell'assistenza sanitaria e per assicurare un adeguato livello di protezione della salute pubblica in Europa. Ora da Bruxelles arriva l'attesa svolta per incentivare la produzione dei farmaci critici.

La Commissione europea ha infatti approvato il Critical Medicines Act, nuova proposta legislativa per aumentarne la disponibilità nell'area Ue, tra incentivi all'industria farmaceutica e un nuovo coordinamento tra gli Stati membri con la costituzione di un gruppo che avrà il compito di scongiurare il rischio di carenze e di dipendenza da un unico produttore. Ogni Paese dovrà mettere a punto un piano nazionale per assicurarsi l'approvvigionamento di questi farmaci, anche attraverso la revisione dei requisiti per gli appalti pubblici e l'individuazione di progetti strategici sui quali concentrare i finanziamenti. Un modo per sganciare l'Europa dalla dipendenza da Cina e India, Paesi da cui proviene circa il 60-80% della produzione dei principi attivi dei farmaci essenziali.

Primo obiettivo: aumentare la capacità produttiva nella Ue

Al centro del nuovo regolamento comunitario, che dovrà essere approvato dal Parlamento europeo e dal Consiglio Ue, c'è una radicale revisione delle norme sugli appalti pubblici per questi farmaci. I nuovi criteri non saranno più agganciati al prezzo più basso disponibile. Prevarranno altre priorità, come la diversificazione della produzione dei principi attivi. Infatti, in caso di dipendenza da un singolo Stato o da un ristretto numero di Stati, i Paesi membri dovranno anche adottare requisiti di appalto che favoriscano il "made in Europa".

Oltre alla diversificazione della filiera e agli incentivi per incrementarne la produzione, il nuovo regolamento punta anche a migliorare l'accesso ad altri farmaci di interesse comune. Inoltre, sarà possibile esplorare partnership internazionali con nuove nazioni e regioni, sulla base della richiesta di tre o più Stati membri. «La priorità sarà data ai Paesi candidati e a quelli del vicinato per riportare la produzione in Europa», spiega il commissario europeo alla Salute, Oliver Varhely.

Gli obblighi per gli Stati membri

Il regolamento prevede che il governo di ogni Paese individui progetti verso i quali incanalare i finanziamenti statali ed europei. Progetti che dovranno avvalersi di autorizzazioni e iter amministrativi accelerati, per snellire la burocrazia, e che saranno considerati strategici se in grado

di garantire “un contributo alla sicurezza dell’approvvigionamento dei medicinali critici nell’Unione europea”.

Il gruppo di coordinamento previsto dalla nuova normativa sarà costituito dai rappresentanti dei Paesi comunitari (massimo due per ognuno) e dell’esecutivo Ue. Oltre a fornire sostegno ai vari governi coordinerà le politiche nazionali, assicurando orientamento anche in caso di eventuali nuove forme di partenariato.

L’appello di Egualia

Egualia, l’associazione che riunisce le industrie dei farmaci generici equivalenti e biosimilari, attendeva da tempo la nuova normativa. «Ora serve fare presto e rendere operativo il piano prima che sia troppo tardi – dice il presidente Stefano Collatina -. Per questo facciamo appello al governo affinché sostenga e migliori il regolamento Ue e dia risposta a ciò che la nostra industria chiede da cinque anni: un coordinamento delle politiche economiche, industriali e di salute per assicurare tutti i farmaci critici necessari».

La necessità di investire su questi principi attivi aveva cominciato a manifestarsi durante la pandemia, a fronte di carenze che anche in Italia avevano messo in difficoltà il servizio sanitario nazionale. «Ora – sottolinea Collatina – il Critical Medicines Act promuove il rilancio e la rilocalizzazione della produzione farmaceutica nella Ue, per ridurre la dipendenza dai produttori di Paesi extracomunitari». Il primo elenco di farmaci essenziali varato dalla Ue è del 2023.

Aumentano le violenze contro medici e infermieri: le subisce il 98% di chi lavora nelle emergenze

In ogni Asl oltre 100 aggressioni all'anno E in Veneto arrivano bodycam e orologi-sos

IL CASO

LAURA BERLINGHIERI
VENEZIA

Di fronte alla minaccia sarà sufficiente premere un pulsante dello smart watch, capace di geolocalizzare la persona che lo porta al polso e rilevarne un'eventuale caduta a terra. Ma anche lanciare un allarme, registrare suoni, far partire una chiamata immediata alla centrale operativa e instaurare una vera e propria comunicazione. Con quattro milioni di euro stanziati con una delibera di giunta questi dispositivi potrebbero arrivare al polso di circa 7 mila operatori sanitari del Veneto: quelli collocati nei settori più a rischio, e quindi accettazione, triage, pronto soccorso e centri di

salute mentale. Si pensi che - dati di un sondaggio Simeu (Società italiana di medicina di emergenza urgenza) - il 98% degli operatori di pronto soccorso italiani sostiene di essere stato aggredito almeno una volta nella propria carriera.

«È la nostra risposta al fenomeno odioso delle aggressioni negli ospedali - ha spiegato ieri, Giornata contro la violenza sugli operatori sanitari, il presidente veneto Luca Zaia -. Inasprire le pene non basta».

Perché i numeri delle aggressioni, verbali e fisiche, sono talmente importanti da sostanziale l'esistenza di un fenomeno: una media di 116 episodi registrati nel 2024 da

ciascuna Azienda sanitaria italiana e 25.940 violenze denunciate nell'arco dei 12 mesi, pari al 33% in più rispetto all'anno prima. E non sono che la punta dell'iceberg, dato che si stima che il 69% delle aggressioni in ospedale non venga denunciato.

E quindi i braccialetti, che funzionano come veri e propri smart watch. Un'iniziativa che si accompagnerà a una sperimentazione, che verrà avviata negli ospedali del Veneto orientale. Non solo i semplici braccialetti, ma vere e proprie bodycam capaci di registrare le immagini e "inviarle" istantaneamente nel cloud. In questo caso, si provvederà con un paio di dispositivi a ospedale, tra pronto soccorso, accettazione e triage. E poi c'è

l'avvenirismo. L'intelligenza artificiale predittiva, capace di "leggere" i comportamenti degli utenti che mettono piede negli ospedali, anticipandone le eventuali intenzioni violente. «L'Asfruttata dalle telecamere? Certo che ci stiamo lavorando» gongola Zaia. —



Sulla divisa
Andrea
Simonetti e
Laura Maurutto,
infermieri
dell'ospedale
di San Donà
di Piave (Ve),
con le bodycam



IL BOLLETTINO DEI MEDICI

La radiografia al torace ha confermato i miglioramenti registrati nei giorni scorsi

«Condizioni cliniche stabili ventilazione meccanica la notte»

••• «Le condizioni cliniche del Santo Padre, nella complessità del quadro generale, sono rimaste stazionarie». È quanto specificato ieri sera dalla sala stampa della Santa Sede nel bollettino emesso a 48 ore dal precedente come avviene ormai da qualche giorno a questa parte. D'altronde il portavoce Bruni lo aveva giustamente sottolineato: «Inutile scrivere ogni sera che le condizioni del Papa sono stabili». Quindi adesso lo si comunica ogni due. Dalla nota di ieri si è saputo però che il pontefice è stato sottoposto ad un esame radiologico nella giornata di martedì e che «la radiografia del torace eseguita ha confermato i miglioramenti registrati nei giorni

precedenti». Nessun riferimento, anche stavolta, alla polmonite bilaterale che ha colpito il pontefice, come pure non c'è alcun cenno all'infezione polimicrobica riscontrata nei primissimi giorni di ricovero. Ciò che viene ancora rimarcato è che «il Santo Padre continua ad effettuare l'ossigenoterapia ad alti flussi durante il giorno e la ventilazione meccanica non invasiva durante il riposo notturno», segno che la riabilitazione respiratoria a cui da giorni si sottopone l'augusto paziente non ha ancora avuto gli effetti desiderati e che per precauzione durante il riposo notturno si preferisce un livello più alto di ossigenazione rispetto ai naselli diur-

ni. Anche ieri, infine, è stata confermata la partecipazione del pontefice, sempre mediante collegamento in video a circuito chiuso, agli esercizi spirituali della Curia romana che si tengono da domenica scorsa nell'aula Paolo VI. Il predicatore della Casa Pontificia, il cappuccino frate Roberto Pasolini, succeduto nei mesi scorsi al celebre e raffinatissimo teologo Raniero Cantalamessa, creato cardinale da Francesco nel Concistoro del 2020, ha scelto come tema per la prima sessione di questi Esercizi "la vita eterna". Sono ovviamente già piovute critiche da ogni parte nei confronti di Pasolini perché, soprattutto in questo momento e con lo sguardo del

pontefice dal letto d'ospedale, «si potevano certamente scegliere altri argomenti di riflessione».

FRA. CAP.

