

20 febbraio 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

ARIS



20/02/2025

A voi la parola

Avvenire, Piazza Carbonari, 3 - 20125 Milano. Email: lettere@avvenire.it

Istituti sanitari religiosi e scuole paritarie: serve un vero sostegno dello Stato

Gentile direttore,
ho letto su "Avvenire" del 9 febbraio l'articolo relativo al mancato rinnovo contrattuale per le strutture sanitarie non profit dell'**Aris** (Associazione religiosa istituti socio-sanitari). Le precisazioni di padre Virginio Bebber e dell'avvocato Giovanni Costantino dell'**Aris** sono ben chiare e motivate. Annoto con delusione che la questione si trascina da decenni; e sono altresì deluso per il comportamento dei sindacati che a ben vedere dovrebbero protestare con le vere controparti responsabili (Stato e Regioni). Si pone lo stesso annoso problema delle scuole paritarie, non profit anche quelle. Tutte realtà (socio-sanitarie ed educative) che svolgono un fondamentale servizio pubblico nel solco dell'antica tradizione della Chiesa, ma è come se dovessero correre i 100 metri piani con uno zaino da 25 kg sulle spalle. È ovvio che assistiamo alla presa in giro di uno dei principi basilari della nostra Costituzione: quello della sussidiarietà. A quando, quindi, una sanità e una scuola non "pubbliche" ma "della Repubblica"? Non è la stessa cosa! Un sistema cioè dove realtà socio-sanitarie seriamente accreditate e scuole seriamente paritarie possano "correre" libere, assieme alle altre strutture pubbliche del nostro Paese. Dovrebbero esserne felici, in primis, proprio i sindacati. Ma sarebbe certamente un grande guadagno per tutto il nostro Paese: a cominciare proprio dai più poveri. Se i lodevoli incontri che seguono alla Settimana sociale dei cattolici (Trieste, luglio 2024) riuscissero con tenacia a perse-

guire un concreto risultato anche su queste non banali questioni, beh, siano ora e sempre benvenuti.

Matteo Parodi
Sori (Ge)

Ho un solo appunto da fare al suo ragionamento, gentile signor Parodi. È la legge del nostro Stato (Legge n. 62 del 2000) a riconoscere il carattere di "scuola pubblica" agli istituti paritari, e discorso analogo vale per le realtà socio-sanitarie dell'Aris**. Il problema, tante volte denunciato, sta nel continuare a usare impropriamente il termine "pubblico" come sinonimo di "statale". Sia la scuola statale che quella paritaria svolgono una funzione "pubblica", sono a tutti gli effetti "pubbliche", come le 265 strutture socio-sanitarie che aderiscono all'**Aris**. Ciò che in larga misura continua a mancare, come anche la vicenda contrattuale che coinvolge l'**Aris** dimostra, è l'equo e adeguato sostegno da parte dello Stato. (M.Gir.)**

19/02/2025

Chi paga le rette nelle Rsa?

Non autosufficienza: i nodi vengono al pettine, ma il Governo si gira dall'altra parte

Sono ormai centinaia le sentenze che sanciscono il principio che il costo delle rette delle residenze sanitarie assistenziali per chi soffre di Alzheimer o di demenza debba essere completamente a carico del Servizio sanitario nazionale. Serve però una norma regolamenti un sistema che altrimenti rischia di implodere sotto i colpi giudiziari delle famiglie che ricorrono nei confronti dei gestori che a loro volta si rivalgono sulle aziende sanitarie locali

di [STEFANO ARDUINI](#)



La Cassazione con la sentenza 33394 dello scorso dicembre ha, ancora una volta (non esiste una conteggio ufficiale, ma i casi sul territorio nazionale ormai sono centinaia), sancito il principio in base al quale le rette di degenza in Rsa per i malati di Alzheimer sono a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale in caso di inscindibilità delle prestazioni sanitarie da quelle sociali.

Succede quindi che gli enti gestori «in quanto accreditati e componenti del sistema dei Lea, essendo chiamati ad applicare le normative regionali, vengono chiamati in giudizio dagli utenti, con richieste di rimborso di rette già pagate, o per rifiuto di pagamento delle quote di compartecipazione “sociale”, ritenute non dovute. I gestori, che non possono rispondere direttamente dell’applicazione di dette normative, subiscono gli immediati effetti economici negativi, cui possono porre rimedio solo attraverso ulteriori azioni legali di recupero nei confronti dei Comuni, delle Aziende Sanitarie Locali o delle Regioni», come hanno scritto le organizzazioni di gestori Aiop, [Aris](#), Ansdipp, Anaste, Airs, Confapi Sanità, Diaconia Valdese, Legacoop sociali e Uripa, Uneba in una lettera aperta **chiedendo, per l’ennesima volta, un**

incontro al ministro della salute Orazio Schillaci, al viceministro delle politiche sociali Maria Teresa Bellucci e al presidente della Conferenza delle Regioni Massimiliano Fedriga affinché si apra un tavolo di confronto per affrontare il nodo che rischia di far saltare il banco dell'assistenza agli anziani in autosufficienti nel nostro Paese.

I conti li fa l'avvocato Luca Degani, presidente di Uneba

Lombardia: «Pensare che una patologia degenerativa cronica determini la totale gratuità del ricovero nell'ultimo periodo della vita rischia di "far saltare" il sistema sanitario nazionale. Noi abbiamo in Italia circa 300mila posti letto residenziali (e ne sarebbero necessari 600mila), destinati a ultraottantacinquenni con tre o più patologie. Il costo di un anno di ricovero per la quota sociale è, ipotizzando 80 euro di retta, di circa 30mila euro, traslandoli quali costi sanitari diverrebbero 10 miliardi di euro di maggiore spesa sanitaria per i posti letto attuali e 20 per quelli ritenuti necessari».

«Il riconoscimento del diritto del cittadino alla gratuità delle cure all'interno dell'assistenza ricevuta nelle Rsa– **rincara Massimo Ascari, presidente nazionale Legacoopsociali** – per determinate patologie, nello specifico l'Alzheimer e le altre demenze, che sembra affermarsi in queste sentenze, deve accompagnarsi a una legge che individui le risorse necessarie, a carico del Sistema Sanitario Nazionale, norma che ad oggi non esiste. In assenza di un quadro normativo ben definito, l'intero settore rischia di subire le conseguenze: per sostenere i costi della cura, in primis quello legato a quello del personale impiegato, i gestori delle Rsa devono avere la naturale evidenza che la retta del servizio erogato sarà corrisposta. Allo stesso modo, riconosciuta la gratuità del servizio per l'utente, è necessario attuare al più presto l'applicazione di questo diritto». Insomma il decisore politico si faccia sentire. Rimarca Ascari: «Il Governo non si volti dall'altra parte, non è pensabile voltarsi dall'altra parte e gestire una questione sociale di questa portata per via giudiziaria».

Anche perché, **interviene Pietro Segata presidente di Società Dolce di Bologna, una delle maggiori cooperative sociali italiane che gestisce diversi servizi residenziali per anziani «la coperta è corta».** Dal suo punto di vista di ci sono due strade che portano allo stesso punto. La prima «è l'aumento della spesa sanitaria per far fronte a quanto stabilito dalle sentenze attraverso fondi statali o l'addizionale Irpef come ha coraggiosamente fatto la Regione Emilia Romagna». Se così non dovesse essere, «a fronte di un costante aumento dei bisogni di assistenza degli anziani e dell'aumento delle povertà cresceranno le richieste di assistenza indiretta ai Comuni di residenza, come già sta avvenendo da 2/3 anni a questo parte». In ogni caso un aumento della spesa pubblica per rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più vecchia e sempre meno abbiente.

BZ Rebel Pay per you

la Repubblica

BZ Rebel Pay per you

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo



Associazione Nazionale Giornalisti - SNIG

Giovedì 20 febbraio 2025

€ 1,70

LA GUERRA

Trump insulta Zelensky

"Dittatore mai eletto e comico mediocre. Il conflitto? Non doveva cominciarlo". Anche Musk attacca e Mosca applaude il presidente ucraino: "Vive solo di disinformazione russa". Macron e Starmer: "Da Washington parole inaccettabili"

Conte si schiera con la Casa Bianca: smascherata la propaganda bellicista

Donald Trump insulta Volodymyr Zelensky come mai successo prima. Lo apostrofa con "dittatore mai eletto e comico mediocre". E prova a riscrivere la storia: Kiev non avrebbe dovuto iniziare la guerra tre anni fa. Il presidente ucraino accusa il tycoon di vivere di "disinformazione russa". E Elon Musk su X chiede che Zelensky indichi nuove elezioni. Mosca applaude. L'Europa si schiera con Kiev: il presidente francese Macron e il premier inglese Starmer andranno a Washington. Conte, leader dei 5S, approva il nuovo corso trumpiano: "Smascherata la propaganda bellicista".

di Brera, Cerami, Ciriaco, De Cicco, Ginori Guarrera e Tonacci da pagina 2 a pagina 7

Kiev tradita dall'alleato

di Gianluca Di Feo

Per 1091 giorni agli ucraini è stato ripetuto che non combattevano soltanto la loro guerra: ogni leader che si recava a Kiev gli ha detto che stavano lottando per la libertà di tutto l'Occidente. E queste parole non sono state recepite come uno slogan retorico, ma come un impegno concreto a essere al loro fianco. Ieri Donald Trump ha spazzato via la promessa che li ha sorretti in tre anni di sacrifici.

continua a pagina 31

L'Italia divisa e spiazzata

di Stefano Folli

È senz'altro il passaggio più difficile della storia recente: non solo per l'Italia, ma per l'intera Europa. Siamo al bivio che deciderà il riassetto dell'area occidentale, il che riguarda la Nato e il rapporto con Stati Uniti e Russia. Per il governo di Roma, qualunque sia il suo colore, è una prova determinante e in altri tempi sarebbe parso naturale parlare di solidarietà nazionale, di convergenza parlamentare intorno ad alcune priorità.

a pagina 31

Il caso

Paragon, il governo sotto accusa

di Candito, Foschini e Sannino alle pagine 16 e 17

Vaticano

I medici: il Papa in lieve miglioramento La visita di Meloni: era di buon umore



ALBERTO PIZZOLI/AGF

La pastorale del corpo

di Luigi Manconi

L'ansia diffusa per le condizioni di salute di Papa Francesco esprime solo l'antica curiosità popolare per la sorte terrena degli uomini illustri oppure rivela qualcosa d'altro? Penso che in quel sentimento di apprensione di una parte dell'opinione pubblica conti molto la particolare personalità dell'attuale pontefice. E la particolare situazione della Chiesa cattolica oggi. Questa non è certo la Chiesa trionfante, che pure - va detto - la teologia cattolica colloca nel Regno dei Cieli. E, piuttosto, la Chiesa dolente e angosciata. E il corpo vulnerabile di Francesco ne rappresenta l'icona sacra e, allo stesso tempo, la reliquia vivente.

continua a pagina 31 Servizi alle pagine 8, 9 e 10

Riduci i costi, aumenta il risparmio. Scopri la polizza auto a CONSUMO.



BZ Rebel Pay per you

L'universario

Il paziente I "La seconda vita dopo il Covid"

dal nostro inviato Giampaolo Visetti

CODOGNO

Il coronavirus, Codogno, non sa nemmeno dov'è. Mercoledì 19 febbraio 2020 Mattia Maestri entra per la seconda volta nel pronto soccorso della cittadina del Lodigiano, prossima a diventare la Wuhan dell'Europa. Ha la febbre alta. Gli antibiotici per «una forma leggera di polmonite» non funzionano.

alle pagine 24 e 25. Servizio di Corica

Domani in edicola



Sul Venerdì i segreti del Cirque du Soleil

La lettura

Salviamo i cinema per ripensare le nostre città

di Renzo Piano

Caro direttore, questo è un mio accorato appello affinché i cinema, questi preziosi "luoghi per la gente", siano preservati nel tessuto urbano delle nostre città, e in particolare quelli di Roma. Un'amica un giorno mi disse che, se sta bene Roma, sta bene anche l'Italia. Lo stesso vale anche per Parigi e la Francia. Stesso destino.

a pagina 37

Sebb: 00147 Roma, via Cristoforo Colombo, 90 Tel. 06/49821, Fax 06/49822923 - Sped. Abb. Post. Art. 3, Legge 48/04 del 27/02/2004 - Roma

Concessionaria di pubblicità: A. Manzoni & C. Milano - via F. Aporti, 8 - Tel. 02/574941, e-mail: pubblicita@almazzone.it

Prezzi di vendita all'ingrosso: Francia, Monaco P., Slovenia € 3,00 - Grecia € 3,50 - Croazia € 3,50 - Svizzera Italiana CHF 3,50 - Svizzera Francese e Tedesca CHF 4,00

con Roald Dahl €9,60

REC

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 39 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

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

BE Rebel Pay per you



Champions amara
Dopo Milan e Atalanta fuori anche la Juventus
di Alessandro Bocci e Massimiliano Nerozzi a pagina 34



Domani su 7
Hugh Grant: anche io sono diventato cattivo
di P. De Carolis e De Giovanni nel settimanale del Corriere

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

Berlino: sconcerto per le frasi del presidente. Che attacca anche l'Europa: in Ucraina ha fallito. Putin: in Arabia colloqui positivi

Assalto di Trump a Zelensky

Scontro sulle cause del conflitto. Poi gli insulti del leader Usa: dittatore e comico mediocre

DOPO IL CASO BRACCO
Anziani e truffe, migliaia colpiti
I clan in azione
Come difendersi

LA FORZA, I DIRITTI

di Massimo Gaggi

Nel sistema americano un presidente ha pochi limiti: all'interno gode della presunzione di immunità per tutti gli atti ufficiali, ha ampi poteri per attuare la sua agenda e può perdonare chiunque (compreso Elon Musk in caso di illegalità della sua task force). Certo, ci sono la Costituzione e la separazione dei poteri: ma con diversi ordini esecutivi Donald Trump ha già invaso l'area di competenza del Congresso, cioè del potere legislativo, mentre quello giudiziario, che reagisce sospendendo alcuni suoi atti, viene tenuto a bada con quel «chi salva il Paese non viola alcuna legge» che sa di presidenza imperiale: parole paragonate a quelle di Napoleone.

Mentre l'America si chiede se sia ancora possibile attivare il sistema di contrappesi creato per bilanciare i vasti poteri esecutivi che il presidente tende a rendere assoluti sostenendo che la vittoria elettorale gli dà carta bianca, Trump usa in modo ancor più brutale la sua forza nell'arena della politica estera. Qui la Costituzione gli lascia poteri pressoché assoluti. Gli argini dovrebbero essere le alleanze, i trattati, il diritto internazionale. Ma, sganciata la forza dal diritto, Trump non si pone più limiti: se ancora di recente riconosceva a Zelensky una volontà di pace e ammoniva un recalcitrante Putin, oggi capovolge tutto.

continua a pagina 22

Scontro sempre più acceso fra il presidente ucraino e quello americano. Trump ha definito Zelensky «un dittatore mai eletto e un comico mediocre», poi ha attaccato anche l'Europa («in Ucraina ha fallito»). E Zelensky di Trump ha detto: «Vive nella bolla di disinformazione russa».

da pagina 2 a pagina 9

LE POSIZIONI ANTI KIEV
E Conte riscrive la storia di questi anni

di Francesco Verderami a pagina 9

GIANNELLI
EUROPEI LIMITI IN ORDINE SPARSO



di Marco Calabresi a pagina 17

LA PETROLIERA IN LIGURIA E I PRECEDENTI
La guerra segreta sui mari

di Guido Olimpio e Andrea Pasqualetto

Esplorazione sulla petroliera Seajewel nelle acque tra Vado e Savona, aperta inchiesta per terrorismo: si cercano tracce di esplosivo sui pesci morti nelle vicinanze della nave.

a pagina 5

GLI AFFARI, IL DISGelo TRA RUSSIA E AMERICA
Sanzioni, cosa accadrà?

di Federico Fubini

Ribus sanzioni alla Russia, l'Ue ne propone di nuove. Mosca insiste per cancellarle e apre agli investimenti americani.

a pagina 6

Il caso Il dramma di Emma Raducanu a Dubai. L'uomo è stato allontanato



La tennista inglese Emma Raducanu, 22 anni, in campo a Dubai vede il suo stalker sugli spalti durante il match e scoppia in lacrime

di Marco Calabresi a pagina 17

Vede lo stalker fra gli spettatori
Lo choc e il pianto della tennista

I medici «Lieve miglioramento»
Francesco si alza e riceve Meloni:
«È vigile, scherza»

di Virginia Piccolillo e Gian Guido Vecchi

«Lieve miglioramento, in particolare degli indici infiammatori». L'ultimo bollettino sullo stato di salute del Papa, ieri sera al Gemelli, rassicura i fedeli. La situazione resta delicata, ma Francesco ha potuto anche intrattenersi con la premier Meloni: «Abbiamo scherzato, non ha perso il suo proverbiale senso dell'umorismo».

alle pagine 10 e 11 De Bac

NOTA DELLA CEI - NON SMARRIRE L'UMANITÀ

I vescovi: preoccupazione per le leggi sul fine vita

di Adriana Logroscino e Cesare Zapperi

La preoccupazione della Cei per le iniziative regionali sul fine vita: «No a polarizzazioni o a giochi al ribasso, non si faccia di questo tema una questione di schieramento. Il primo compito è aiutare, non procurare la morte».

a pagina 18

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini

Davvero Trump ha detto di Zelensky che è un «comico mediocre», dove l'aggettivo mira a fare ancora più male del sostantivo? Pare di sì e, per non essere da meno, anche Gasperini — l'allenatore dell'Atalanta — ha spiattellato in conferenza stampa che il suo giocatore più forte, Lookman, è «uno dei peggiori rigiristi che abbia mai visto». Aggiungendo, in piena sintonia con la Casa Bianca: «Lì cala veramente male». Zelensky e Lookman se la sono presa parecchio: uno dei due minaccia addirittura di andarsene e non è Zelensky. Resta il mistero del perché di tutta questa cattiveria, apparentemente gratuita. Nel senso che tu puoi dire quel che ti pare su Lookman e Zelensky, e puoi dirlo persino a loro. In privato, però. In pubblico esiste un prontuario di frasi fatte alla vaselina,

Donald Gasp

a cui gli uomini attingono da decine di secoli: forse l'ultimo a sgarrare fu il gallo Brenno quando bullizzò i senatori dell'antica Roma al grido di «Guai ai vinti!». Da lì in avanti persino i peggiori tangheri hanno fatto ricorso all'arma dell'allusione, dell'eufemismo, in qualche caso dell'ironia, più spesso della fumisteria. Frasi come «Zelensky è un professionista da valorizzare anche in campi diversi dalla politica» o «Lookman va comunque elogiato per essersi assunto la responsabilità di tirare il rigore». Macché. Si direbbe che da quando il politicamente corretto si è eretto a difesa dell'onorabilità di tutte le minoranze, gli unici che si possono ancora attaccare impunemente sono gli individui.

ENERGIA FISICA E MENTALE
SUSTENIUM PLUS 50+
FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+
Alto contenuto di VITAMINA B12
Complesso antiossidante actiVIT
NOVITA' FALCONE INI AGITA BOTT
MILANO

IL DIBATTITO

Ma i libri leggeri non sono vuoti così stanno sopra alle frasi fatte

VIOLA ARDONE - PAGINE 22 E 23



L'INTERVENTO

Perché vanno spezzate le catene di chi "disabilita" con le parole

IACOPO MELIO - PAGINA 21



IL NIPOTE DELLA FALLACI

"I due rimpianti di zia Oriana l'amore e quel flop con Marilyn"

GIUSEPPE DI BLASIO - PAGINA 23



LA STAMPA

GIOVEDÌ 20 FEBBRAIO 2025



QUOTIDIANO FONDATAO NEL 1867



1,70 € II ANNO 159 II N. 50 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it



WASHINGTON CHIEDE ELEZIONI A KIEV. IL PRESIDENTE UCRAINO: "LUI VIVE IN UNA BOLLA DI DISINFORMAZIONE RUSSA"

Trump, guerra a Zelensky

Il leader Usa: "Dittatore mai eletto e comico mediocre". Reportage da Odessa: "Putin bombarda gli ospedali"

L'ANALISI

Accordo tra imperi Kiev come una colonia

NATHALIE TOGCI

Non sappiamo se le trattative tra Stati Uniti e Russia produrranno un accordo. Né sappiamo se sarà un accordo che riguarderà solo l'Ucraina oppure anche la sicurezza europea a più ampio spettro, o ancora le relazioni diplomatiche, economiche e di sicurezza tra Washington e Mosca.

Sappiamo solo che questa è una trattativa imperialista. Lo è perché è condotta tra potenze che si credono imperi, determinate a escludere i più piccoli - oggetti ma non soggetti dei negoziati. Lo è perché è volta a far accettare l'idea che questi imperi possano decidere le sorti politiche delle proprie colonie, come si evince dal messaggio di Donald Trump, che, assecondando una vecchia richiesta di Vladimir Putin, punta alla rimozione di Volodymyr Zelensky. E lo è perché sottostante il negoziato tra Mosca e Washington c'è la volontà di spartirsi le risorse naturali delle colonie, e più in generale di disporre di sfere di interesse, costituite dai Paesi europei.

CONTINUA A PAGINA 6

LE IDEE

Ma la difesa del Colle valeva un atto ufficiale

Montesquieu

"Io, scampato ai lager urlo il mio no all'Afd"

Letizia Tortello

AUDINO, BRESOLIN, CARRATELLI SEMPRINI, SIMONI



Se per un italiano su due il tycoon è pericoloso

Alessandra Ghisleri

IL COMMENTO

Casa Bianca in mano al re della menzogna

NICOLETTA VERNA

In Trump la dialettica bugia/verità (e, in particolare, l'uso disinvolto che fa della prima e la costante strumentalizzazione che attua della seconda) è fulcro della sua strategia politica. Sceglie parole che fanno riferimento a quella sfera semantica. Usa la menzogna come norma. - PAGINA 7

IL RETROSCENA

Così ora Meloni sceglie la platea di The Donald

CAPURSO, MALFETANO

Le stanze di Palazzo Chigi sono animate fin dal mattino dalle telefonate e dai contatti con le cancellerie europee. L'iniziativa sull'Ucraina promossa lunedì scorso a Parigi da Emmanuel Macron non è stata apprezzata da Giorgia Meloni. Questo è noto. O almeno, questo è trapelato. COME TACCINO DI SORGI - PAGINE 4 E 5

L'AUDIZIONE AL COPASIR

Caso Caputi, la versione del procuratore Lo Voi: noi sempre corretti quanto fango mediatico

IRENE FAMA



Nella bufera istituzionale, Francesco Lo Voi si trova sotto assedio su più fronti. Uno tra tanti è il caso Caputi. I servizi segreti italiani lo accusano di non aver gestito correttamente un'informazione riservata e hanno presentato un esposto a Perugia. «Una denuncia firmata dagli 007 è un unicum». - PAGINA 11

LO STRISCIONE A TORINO

La lode a Mattarella di lady Costituzione

CATERINA STAMIN



«Quello è il mio angolo di contestazione». La signora Nelda apre il portone al quarto piano di un nobile palazzo affacciato nientemeno che su Piazza San Carlo, il cuore di Torino. Ed è un fiume in piena. - PAGINA 12

IL RACCONTO

La nostra Davos della sostenibilità

CARLO PETRINI

Domenico De Masi mi disse che se si vogliono cambiare le cose, basta radunare i più grandi pensatori due o tre giorni l'anno. - PAGINA 17

BIANCONERI SCONFITTI DAL PSV 3-1 AI SUPPLEMENTARI. PLAYOFF CHAMPIONS, BOCCIALE LE TRE ITALIANE



LA NUOVA MACCHINA Lewis-Charles a tutto gas "Ferrari, ricetta vincente"

JACOPO D'ORSI



LE LACRIME DI EMMA RADUCANU La campionessa ferita e l'incubo degli stalker

CATERINA SOFFICI

BUONGIORNO

Non sono un acceso fan di Elly Schlein, ma la riconosco perlomeno un notevole successo, sebbene molti lo considerino il più notevole degli insuccessi, e tale è, probabilmente, per lei stessa: al suo Partito democratico appartiene il record mondiale di correnti, dieci. Tante sono, secondo la più fresca ma probabilmente non esaustiva contabilità. Abbiamo i Dem's, i Giovani turchi, Energia popolare, Crea, Area dem, persino una corrente che si chiama Compagno e il mondo, e fra le dieci è annoverata pure la corrente di Schlein, la cosiddetta corrente dei Fedelissimi. Sebbene sia un po' truffaldino chiamare corrente quella che esprime la linea della segreteria, visto che la segreteria dovrebbe esprimere la linea del partito e le correnti le linee in competizione. Ma vabbè. Con umorismo maramaldesco,

Malgrado Schlein

Mattia Feltri

In questi giorni si tirano fuori le tambureggianti dichiarazioni di Schlein al tempo della campagna delle primarie, quando prometteva, una volta innalzata alla leadership, di radere al suolo le correnti e spargerle sopra il sale. E però tutti quelli che ridono della profusione correntizia del Pd sono intimamente e inconsciamente puttiniani, perché sognano la donna (o l'uomo) forte anche a capo del loro partito, finalmente in stivali neri. E, stravagante, sono gli stessi che si scandalizzano per i partiti personali altrui, nei quali il capo è indiscutibile e indiscusso. Se c'è qualcosa che ancora rende il Pd interessante è proprio la presenza delle correnti - al netto di qualche eccesso d'anarchia - che animano il dibattito interno e amano le sane lotte di potere. E dunque viva Schlein, malgrado Schlein.

ODONTOBI
Dir. Sanitario - Dott.ssa Emanuela Bianca



ODONTOBI S.r.l.
Castelletto Ticino (NO) - Tel. +39 0331 962 405 / 971 413
odontobi@odontobi.it - www.odontobi.it



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 147 - N° 50
Sped. in A.P. 03/03/2025 con L.46/2024 art.1 c.1 DCB/M

NAZIONALE



Giovedì 20 Febbraio 2025 • S. Eleuterio

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Oggi MoltoFuturo
Climate change, sorpresa: gli animali stanno mutando

Un inserto di 24 pagine



Hamilton accende Fiorano
Delirio Ferrari per le prime prove
«Possiamo vincere»

Ursicino nello Sport



Europa League (18.45)
C'è Roma-Porto, la spinta Olimpico per gli ottavi

Nello Sport



L'editoriale
LE ELEZIONI IN GERMANIA E IL FUTURO DELL'EUROPA

Paolo Balduzzi

Quando, tra pochi, giorni, molti paesi del mondo saranno spensierati festeggiando il Carnevale, nel cuore dell'Europa si terrà un voto il cui esito potrebbe avere effetti rilevanti e drammatici, anche ben oltre i suoi confini nazionali. Facciamo riferimento, è chiaro, alle elezioni federali tedesche, programmate per il 23 febbraio prossimo. Un turno elettorale molto particolare già nella sua origine. Si tratta di elezioni anticipate: quasi una regola, per paesi come il nostro, ma al contrario una vera e propria eccezione per uno stato che ci ha abituati a estrema stabilità. Basti pensare, per esempio, che negli ultimi 43 anni in Germania si sono alternati solo 12 governi (in pratica, uno per legislatura) e addirittura quattro cancellieri, con i notabili casi di Helmut Kohl e Angela Merkel, che hanno servito, ciascuno, per ben 16 anni. Oltre a ciò, il prossimo turno elettorale tedesco ci interessa soprattutto per le sue conseguenze. In meno di un anno, sono state rinnovate sia le istituzioni europee sia l'amministrazione statunitense. E, come risultato, l'Unione europea appare molto più isolata.

Per quanto riguarda le future sfide internazionali, ci troviamo innanzitutto di fronte al pericolo di guerre commerciali, dovute alla possibile introduzione di nuovi dazi da parte di Donald Trump; inoltre, si fa dirimente la necessità di recuperare materie prime e fonti energetiche fondamentali per la produzione, in alternativa anche a quelle fornite fino a pochi anni fa dalla Russia.

Continua a pag. 24

Trump-Zelensky, è scontro

► Il leader ucraino: Donald vive nella disinformazione russa. La replica: dittatore e comico mediocre
Putin: «Da Kiev una reazione isterica». Macron e Starmer alla Casa Bianca la prossima settimana

ROMA Zelensky accusa Trump di vivere «in una bolla di disinformazione russa». E lui reagisce: «Comico mediocre, che non vuole le elezioni». Evangelisti, Paura e Ventura da pag. 2 a pag. 4

Al largo di Savona

La petroliera esplosa legami con la Russia
Si indaga per terrorismo

MILANO Sulla petroliera Seajewel, al largo di Savona, squarciata da un'esplosione, la Dda di Genova indaga per naufragio aggravato dal terrorismo. Si sospetta che portasse petrolio russo in Europa. Guasco a pag. 4

Finanziate le forze d'intervento rapido

Meloni in video al comizio di Donald
E più fondi per le missioni all'estero

ROMA Giorgia Meloni è al lavoro per il videocollegamento di sabato al Cpac, la storica kermesse repubblicana a Washington, con Trump e Vance. E intanto il governo italiano dà un segnale



sul fronte difesa. Aumentando i fondi per le missioni internazionali. Fondi che, in parte, serviranno a finanziare le "Forze ad alta e altissima prontezza operativa". Bechis e Sciarra pag. 5

Colloquio di venti minuti nella sua stanza

Il Papa è in «lieve miglioramento»
La premier va a trovarlo: scherzava

CITTÀ DEL VATICANO «Ho trovato il Papa vigile e reattivo. Non ha perso il suo proverbiale senso dell'umorismo». Lo ha detto la premier Meloni, che gli ha fatto visita (per 20 minuti) al Ge-



melli. «Abbiamo scherzato come sempre», ha aggiunto. Condizioni cliniche stazionarie per il Papa, ma con «un lieve miglioramento». Giansoldati e Troili alle pag. 6 e 7

La tennista vede il suo persecutore in tribuna e scoppia in lacrime: espulso



«C'è il mio stalker!». E Raducanu si ferma

La tennista britannica Emma Raducanu in lacrime al torneo di Dubai. Martucci nello Sport

Hub della droga in un centro per i rifugiati

► Roma, una banda albanese usava un campo per migranti come magazzino: 27 arrestati

Luisa Urbani

Il centro di accoglienza non ospitava solo richiedenti asilo e rifugiati. Nella struttura, a Roma, erano nascosti anche ingenti quantitativi di droga pronti per essere smerciati sulle piazze italiane ed europee grazie ai corrieri, reclutati sempre all'interno dei centri. Erano tutti migranti di origine nigeriana, sfruttati da loro connazionali in accordo con gruppi di trafficanti albanesi. Disposti 27 arresti. A pag. 11

I giornalisti spiati Nordio (a sorpresa): Paragon mai usato dalla penitenziaria

ROMA Alla fine Carlo Nordio parla del caso Paragon. E, in Aula a Montecitorio, assicura: né il ministero della Giustizia, né la Polizia penitenziaria hanno avuto finora in uso lo spyware "Gasphite". A pag. 8

Il bimbo rapito negli Usa



Il ritorno di Ethan
Ma la mamma: «Ho ancora paura»

ROMA Il piccolo Ethan torna in Italia. Oggi atterrerà a Napoli, con la sua mamma. Il 30 agosto era stato portato negli Usa dal padre, poi resosi irreperibile. La madre: «Sono preoccupata, lui sa dove abito e temo un colpo di mano». Pace a pag. 12

CERCA QUESTO SIMBOLO NEL TUO NEGOZIO PEWEX PREFERITO E SCOPRI I PREZZI PIÙ BASSI DEL MERCATO SU TANTI PRODOTTI

IL PREZZO PIÙ BASSO DEL MERCATO

Il Segno di LUCA

SEGNO DEL CANCRO AL GIRO DI BOA

La presenza di Marte nel tuo Segno tende a farti vivere con intensità, rendendo più estreme le tue reazioni ma dandoti anche energia per affrontare le diverse situazioni. Adesso inizi a capire meglio come approfittare di questo potenziale, che in questi giorni favorisce la tua creatività e ti consente di mettere la fantasia al servizio del successo. Oggi nel lavoro c'è anche qualcosa in più, stai per fare una sorta di giro di boa! **MANTRA DEL GIORNO** Ogni cambiamento nasce da un seme.

L'oroscopo a pag. 24

* Tandem con altri quotidiani non disponibili nei punti vendita di Mestre, Lucca, Brindisi e Taranto. Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20. La domenica Fotomessaggero € 1,40. In Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40. In Molise, il Messaggero - Pagine Pagine * € 1,50. In Valle d'Aosta, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20. L'Amore a Roma* € 0,90 (solo Roma)

NOVITA
 ANNO LVIII n° 43
 1,50 €
 San Leone di Catania
 ministro
 256 pagine € 33,00
 www.queriniana.it

Giovedì 20 febbraio 2025

Avvenire



NOVITA
 ANNO LVIII n° 43
 1,50 €
 San Leone di Catania
 ministro
 256 pagine € 33,00
 www.queriniana.it

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

LA PRECARIETÀ CHE DIVENTA ALBA

ALESSANDRO DEHO

«**S**aperi nominare le cose più strane con un'astuzia e una bellezza quasi irripetibili», queste le parole che anni fa Alessandro Baricco, in un suo prezioso contributo televisivo, accompagnava alla lettura delle ultime righe de "La orgogliosa del dottor", capolavoro di Carlo Emilio Gadda. E sarà chi anche l'autore torinese in questi ultimi tempi ha dovuto confrontarsi con l'esperienza della precarietà dovuta a una malattia, saranno le notizie sul ricovero di papa Francesco, non so esattamente il motivo ma ho sentito il bisogno di tornare alla bellezza e all'esattezza di quelle righe. Parole con cui Gadda ricama la nascita di un'altra sulle pareti di un dolore. Che è per me la definizione esatta di quella cosa strana che va sotto il nome di "precarietà", la possibilità, solo la possibilità conseguita alla nostra sensibilità, di suscitare alba dall'ombra.

«Lasciatela tranquilla, disse il dottore, andate, lasciate». Gadda ci prende per mano e ci porta al cospetto del dolore, taglia il velo per mostrare un corpo di donna adagiato in un letto, una deposizione, una figlia staccata dal rasoio, l'emblema della precarietà. Personalmente non credo esista immagine più bella per definire la Chiesa, un corpo ferito e adagiato tra le braccia del Miserevo, una vita in attesa della consegna definitiva di sé. Proprio all'inizio di un cammino giubilare ricco di eventi ecco la dolcezza di un corpo fragile e ricollocarsi nel cuore dell'evento cristiano, che è poi il senso profondo della Vita. «Lasciatela tranquilla, andate, lasciate», avviate ancora piazza San Pietro come quel giorno di pentecoste, lasciate a un uomo segnato dal limite di essere pontefice tra visibile e invisibile, lasciate a un uomo solo in preghiera di mostrare il vero volto della comunità cristiana nell'atto dell'abbandono in Dio.

continua a pagina 14

Editoriale

LA PACE VIENE DAI POPOLI

ANGELO MORETTI

Un anno dopo la sua prima uscita, «Innamorati», il filosofo ha scritto un articolo al suo Trattato per la Pace Perpetua: «Le massime dei filosofi circa le condizioni che rendono possibile la pace pubblica devono essere prese in considerazione dagli Stati armati per la guerra». Non è una disposizione di poco conto, è una delle prime formule giuridiche «del diritto ad essere ascoltati», fattispecie diversa dal «diritto di parlare». L'obiettivo di Kant era chiaro: andare oltre le tregue e gli armistizi, che non hanno capacità di annullare le cause da cui hanno origine le guerre, e sancire un impegno degli Stati a trasformare la cessazione dei conflitti armati in pace ampia e duratura.

Con il linguaggio di oggi potremmo dire che il filosofo si premurò di aggiungere quel principio per precisare che, senza «un pensiero divergente», la pace fondata solo su interessi e rapporti di forza genera altri conflitti. Dov'è, oggi, il pensiero kantiano nello scenario ucraino? Non è certamente nella volontà di potenza di Putin, che pretende con la forza militare territori che non gli appartengono; e non è nella forza di mercato degli Usa, che intendono barattare la sicurezza di una nazione aggredita con la cessione delle sue terre rare. Tanto meno nella "non verità" di Trump su Kiev quale primo motore della guerra. Ma Kant non è neanche nelle parole pur nette della presidente Von der Leyen e dei Capi di Stato che si sono dichiarati solidali con il popolo ucraino. Non si scorge, da nessuna parte, nemmeno una residua vestigiale di quel trattato.

continua a pagina 14

IL FATTO La Casa Bianca accelera sulla soluzione negoziata solo con Mosca. Europa ancora in ordine sparso

Schiaffo all'Ucraina

Da Trump pesante attacco a Zelensky: «Un comico-dittatore che ha cominciato la guerra» I vescovi Usa citano in giudizio l'amministrazione per lo stop ai fondi destinati ai rifugiati

AL GEMELLI Infiammazione in miglioramento



Tutti con il Papa Meloni in visita

È soprattutto nella preghiera che l'abboccio si fa prossimo al Papa, ricoverato al Gemelli, ieri un'altra valanga di messaggi e di affetto, a cui si è aggiunta la visita nel pomeriggio della premier Giorgia Meloni, che si è trattenuta 20 minuti e lo ha trovato «vigliante e reattivo». In effetti anche la nota serale della Sala stampa volgarizza parole di «condizioni stazionarie» ma segnala però che «gli esami del sangue, valutati dallo staff medico, dimostrano un lieve miglioramento, in particolare degli indici infiammatori».

Muolo e Rizzi a pagina 4

AFRICA

Profughi sudanesi, emergenza in Ciad E i tagli a Usaid li riducono alla fame

PAOLO LAMBRUSCHI

inviato ad Adre (Ciad)

Al centro di smistamento di Adre si resta 24 ore poi si parte per uno degli 11 campi sparsi per il Ciad dove i rifugiati si costruiscono una capanna e viene distribuita la razione di cibo giornaliera. Ora messa a rischio dal congelamento dei fondi dell'agenzia umanitaria governativa Usaid voluto da Trump e Musk. Che si prepara a fare «vittime» in mezzo mondo.

Il reportage

a pagina 3

ELENA MOLINARI

New York

Con una svolta di 180 gradi rispetto agli ultimi tre anni di politica estera americana, Donald Trump si allinea alla posizione russa sulla guerra in Ucraina e liquidò Volodymyr Zelensky come un «dittatore mai eletto» e un «comico mediocre» che è riuscito ad ottenere centinaia di miliardi dagli Stati Uniti per «una guerra che non avrebbe mai vinto». Una reazione, quella del presidente Usa, al no ricevuto la settimana scorsa da Kiev sulla proposta di consegnare agli Stati Uniti la metà delle terre rare ucraine in cambio del sostegno militare. Intanto la Conferenza episcopale americana ha citato in giudizio l'amministrazione per lo stop ai fondi destinati all'accoglienza dei rifugiati.

Napolelano a pagina 2

I nostri temi

TRIESTE Una sala solida per soccorrere i migranti

FRANCESCO DAL MAS

«Abbiamo creato, vicino alla stazione, una sala d'aspetto, solida, che è aperta a chi transita e a chi ha bisogno di uno spazio protetto», ha spiegato il vescovo di Trieste Enrico Trevisi.

A pagina 5

RICERCA IPSOS Tra gli anziani la fede si è «sdoppiata»

ELISA CAMPISI

Una ricerca Ipsos ha coinvolto mille over 65 per indagare la fede degli anziani in Italia. «La religiosità in età matura è caratterizzata da una sorta di "sdoppiamento"».

A pagina 16

DOPO LA LEGGE TOSCANA L'auspicio di un «ampio confronto parlamentare»

Fine vita, vescovi preoccupati «Evitare i giochi al ribasso»

ALESSIA GUERRIERI

Non diventi un tema politicamente orientato, né tanto meno sottoposto a polarizzazioni o giochi al ribasso. Perché «la dignità non finisce con la malattia». La Cei interviene nel dibattito scaturito dall'approvazione della legge regionale toscana sul suicidio medicalmente assistito esprimendo «preoccupazione per le recenti iniziative regionali sul tema del fine vita». In una nota la Presidenza Cei ricorda i binari etico-cattolici della vita e del destino. «Primo compito della comunità civile e del sistema sanitario - sottolinea - è assistere e curare, non anticipare la morte».

A pagina 6

L'ESPERIENZA

«Cure palliative? Non siamo attrezzati...» In corsia, tra disinformazione e pregiudizi

Le cure palliative non si attivano solo in prossimità della morte ma durante la vita, per mesi o anni, allo scopo di curare i sintomi di una malattia ormai inguaribile (mai incurabile). C'è differenza tra affrontare la malattia nella sofferenza non trattata e ricevere le cure di un'equipe che si fa carico del «dolore totale» del paziente. L'esperienza di un recente ospedale rivela la carenza e l'omocrazia verso delle cure palliative tra i sanitari e la loro inaccessibilità di fatto. Con effetti drammatici sulla qualità di vita del malato (e sulle possibilità scelte).

Bellaspiaga

a pagina 15

IL GOVERNO: C'È IL SEGRETO

Spionaggi: Nordio difende la penitenziaria, ma è caos

Spagnolo a pagina 7

CAMPI FLEGREI

Scosse, paura e disagi «Tutto è sotto controllo»

Averlino a pagina 9



POPOTUS

Cinque anni fa arrivò il Covid

Dodici pagine tabloid

Il giubileo dell'asino e del bue

Nelle catastrofi che punteggiano il suo tempo, il profeta Isai crede tuttavia di poter annunciare tempi migliori, i quali nasceranno dall'effusione dello Spirito di Dio: «Ma infine in noi sarà infuso uno spirito dall'alto; allora il deserto diventerà un giardino e il giardino sarà considerato una selva». La descrizione di una simile vita idilliaca si conclude con una beatitudine: «Beati voi! Seminerete in riva a tutti i ruscelli e lascerete in libertà buoi e asini» (Is. 32,15-20). In questo scenario paradisiaco, la felicità promessa si lega a due elementi che hanno di che sorprendere: il lavoro umano

Quando viene la felicità

Adrien Candiant

e la libertà degli animali. Possiamo capire che una prospettiva di secondo del suolo sia appropriata di felicità, se può così cessare un ingrato in cui lo sforzo dell'uomo non produce frutto, ma è toccante constatare come ciò si accompagni al mettere a riposo le bestie da soma, come se la felicità dell'uomo fosse inseparabile da quella degli animali. In questa visione di prosperità, il bue e l'asino si trovano liberati dal lavoro umano: cessano di essere strumenti di produzione per ritrovare il loro valore intrinseco, che non si misura con la loro produttività. Eccoli, infine, liberi di vivere come meglio credono, liberi di recarsi di propria iniziativa alla mangiatoia per adorare il loro Creatore.

Agorà

SPIRITUALITÀ

Anselm Grün: «Depressione, grido di aiuto dell'anima»

Santamaría a pagina 18

AMBIENTE

Anche il sottosuolo è un paesaggio Ricco di vita

Servadio a pagina 19

SPORT INVERNALI

Alba De Silvestro: «Portiamo lo sci alpinismo ai Giochi»

Nicollello a pagina 21

In edicola con Avvenire a 4 euro

PELLEGRINI E PELLEGRINAGGI
 Cardini / Montesano / Musarra / Ravasi

LUOGHI INFINITI

MANCA ANCHE IL PERSONALE E IL TETTO ALLE ASSUNZIONI È TUTTORA IN VIGORE

Pnrr, case e ospedali di comunità al palo: completato solo il 2%

ANDREA CAPOCCI

■ Il piano di rilancio della sanità territoriale sembra destinato al fallimento. Non manca solo il personale: anche le case e gli ospedali di comunità, alla cui costruzione erano destinati i fondi europei del Pnrr, sono ancora un miraggio. Alla conclusione del piano manca poco più di un anno eppure quelli pronti e collaudati sono appena qualche decina. Nel complesso, dei quasi 20 miliardi stanziati per la missione Salute del Pnrr, finora ne risultano spesi meno di 3 e mezzo, il 18% del totale.

I numeri sono in un report della Cgil basato sulla piattaforma di monitoraggio dell'avanzamento del Pnrr predisposta dal ministero dell'Economia e aggiornata a dicembre 2024. Delle 1.350 case di comunità, solo 25 (l'1,8% del totale) risultano realizzate e collaudate. Quelle in cui i lavori di esecuzione sono ultimati sono 53, il 3,8%. Risultano in ritardo rispetto alla tabella di marcia prevista 885 progetti, il 62% del totale, di cui 454 devono ancora iniziare i lavori. Le regioni più indietro sono tutte al Sud, e in particolare Molise,

Sardegna, Calabria e Campania, dove la percentuale di progetti in ritardo sui tempi avvicina o è superiore all'80%. Friuli-Venezia Giulia, Veneto e Emilia-Romagna sono le sole ad aver fatto i compiti.

Altrettanto critica è la situazione degli ospedali di comunità, le strutture di ricovero per pazienti cronici o bisognosi solo di cure infermieristiche. Su 427 progetti finanziati con il Pnrr, solo 10 (il 2,3%) sono stati ultimati, mentre per 193 ospedali (quasi la metà) i lavori non sono ancora partiti. «Risulta davvero difficile credere che il governo possa immaginare seriamente di riuscire a terminare tutti i lavori per collaudare le strutture entro giugno 2026, data prevista per la scadenza definitiva», osservano gli autori del report. «C'è anche il rischio di concluderli solo sulla carta, ma non nella reale capacità del Ssn di migliorare l'assistenza alle persone». Per far funzionare le infrastrutture in costruzione manca il personale. Il nodo principale è quello dei medici di medicina generale. Nelle scorse settimane si è infiammato lo scontro tra il ministero, che preferirebbe tra-

sformare i medici in dipendenti del Ssn per inserirli nelle case di comunità, e i principali sindacati di categoria, disposti a tutto pur di non perdere lo status di lavoratori autonomi.

Qualunque sarà la scelta finale, tuttavia, i nuovi medici da reperire in tempi rapidi sono tanti. «Senza prendere in considerazione i possibili e auspicabili sviluppi della figura dei medici di medicina generale alle dipendenze del Servizio sanitario - scrive la Cgil - è necessario assumere 33 mila unità di personale solo per case e ospedali di comunità ma non si vedono atti di interessamento concreto da parte del ministero della Salute». In ospedali e case di comunità opereranno anche fino a 18 mila infermieri e 14 mila tra impiegati e operatori socio-sanitari.

Il governo, a parte le dichiarazioni, ha fatto poco o nulla per trovarli. Il tetto finanziario imposto per limitare le assunzioni di personale imposto alle regioni (da cui dipendono le Asl) è tuttora in vigore e l'investimento economico nell'ultima finanziaria si sta rivelando insufficiente anche per sostenere le spese correnti. Lo ha spie-

gato lunedì il presidente leghista del Friuli-Venezia Giulia Fedriga (a nome della Conferenza Stato Regioni) in una lettera in cui ha chiesto al ministero di rimandare l'accantonamento dei fondi per i rinnovi contrattuali dal bilancio 2024 a quello del 2025. Senza il rinvio, ha scritto Fedriga, «alcune regioni si potrebbero trovare nella condizione di dover presentare bilanci che non garantiscono un equilibrio finanziario».



L'ingresso di una casa di comunità



Non profit, sanità da 96 mila dipendenti

Sono oltre 96mila i dipendenti di organizzazioni non profit che operano nella sanità, oltre 437mila nell'assistenza sociale, rappresentando il 60% dei lavoratori (esclusi i volontari) attivi nel comparto. Gli enti che occupano questi lavoratori sono circa 12.200 nella sanità e 35.200 nell'assistenza sociale, con una crescita di circa il 39% dal 2011. È quanto emerso ieri dalla tavola rotonda «Sanità tra pubblico e privato. Il ruolo del terzo settore», organizzato da Argis (Associazione di ricerca per la governance dell'impresa sociale) con il patrocinio di fondazione Deloitte.

Al centro del convegno anche la ricerca e sperimentazione clinica, che presentano «dati significativi». Secondo il 21° rapporto «La sperimentazione clinica dei medicinali in Italia», pubblicato dall'Agenzia italiana del farmaco, la ricerca non profit, quella condotta da enti e istituzioni non avente fini commerciali, ha registrato un calo rispetto al 2020, passando dal 25,4% al 17,3% delle sperimentazioni cliniche. «Questo trend è probabilmente influenzato dagli effetti della pandemia e dall'introdu-

zione di nuove normative, come il regolamento Ue e le disposizioni sui comitati etici», fanno sapere gli analisti. Anche a fronte di questo calo, «il ruolo del terzo settore nella ricerca e nella sperimentazione clinica rimane molto significativo, soprattutto in ambiti cruciali come l'oncologia e le malattie rare». «In un momento in cui il Sistema sanitario è in affanno, il settore privato non può essere la risposta a tutte le esigenze dei cittadini e diventa sempre più prezioso il contributo del terzo settore», le parole di Guido Borsani, presidente di fondazione Deloitte. «Secondo l'ultima edizione del nostro Outlook salute Italia, nel nostro paese circa un italiano su tre rinuncia alle cure, soprattutto nelle fasce più deboli e nel Sud. In questo contesto, il terzo settore sempre più spesso svolge un ruolo chiave».

-----© Riproduzione riservata-----■



Pandemie, il nuovo piano anti Dpcm «No a misure che limitano le libertà»

Le linee guida: decreti solo in estrema necessità. Mascherine, scontro FI-FdI

di **Margherita De Bac**

ROMA Un piano pandemico senza misure calate dall'alto «con atti amministrativi che possano essere coercitivi della libertà personale o compressivi dei diritti civili e sociali». Questa la filosofia del nuovo testo trasmesso alle Regioni dal ministero della Salute. Avrà una durata quinquennale, dal 2025 al 2029. Il precedente era scaduto nel '23 e si limitava a prendere in considerazione l'aggressione da virus influenzali. Qui viene esteso «il perimetro delle minacce» da respingere.

Limati i punti più indigesti alla maggioranza, quelli che hanno caratterizzato la strategia del governo Conte. No ai Dpcm (decreti del presidente del Consiglio) come strumenti di azione. Negli anni del Covid se ne abusò per lockdown, chiusure, obblighi. Si procederà con decreti aventi forza di legge «in casi di estrema necessità». Si insiste molto sui concetti di gradualità e proporzionalità e sulla chiara

comunicazione ai cittadini. Messaggio implicito «no imposizioni». Sì ai vaccini, ovviamente, ma come «uno dei presidi su cui puntare».

«A differenza del passato, ora sappiamo come muoverci. Abbiamo tenuto conto delle raccomandazioni di società scientifiche e agenzie internazionali», insiste sul concetto della collaborazione e sull'importanza delle reti, Maria Rosaria Campitiello, capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie del ministero della Salute. «Finalmente c'è un piano finanziato da subito, con la attuale legge di Bilancio, con uno stanziamento che progressivamente raggiungerà 300 milioni nel 2027. Un piano robusto scientificamente condiviso, sostenibile e che mette nero su bianco un approccio metodologico». Ecco alcuni punti.

Informazione: gli interventi sono guidati da principi di precauzione, responsabilità, proporzionalità e ragionevolezza. Ogni persona va informata sulla base delle evidenze scientifiche in modo da comprendere il significato delle

azioni ed essere pienamente consapevole.

Discriminazioni: se le risorse dovessero diventare insufficienti, ogni scelta sul loro impiego deve essere trasparente ed esente «da ogni discriminazione», basata sul principio di equità in coerenza con tutte le azioni del Servizio sanitario nazionale e con il diritto alla salute sancito dalla Costituzione. Ogni intervento va proporzionato alle condizioni cliniche del paziente. Al centro dell'attenzione, i soggetti fragili e vulnerabili.

Vaccini: vanno individuati protocolli di cura efficaci. I vaccini approvati e sperimentati sono efficaci, hanno un rapporto rischio beneficio favorevole ma vanno «considerati gli unici strumenti».

Misure: test, isolamento dei casi, tracciamento dei contatti e messa in quarantena dovranno essere combinati in caso di grave e reale rischio per la salute pubblica.

Normativa: si può «presentare la necessità» di intervenire «in ogni settore con un coordinamento centrale valutando lo strumento normativo migliore e dando priorità

ai provvedimenti parlamentari. È escluso l'uso di atti amministrativi coercitivi».

Ieri in una conferenza stampa i parlamentari di FdI hanno denunciato lo scandalo emerso durante i lavori della commissione di inchiesta sul Covid: «Gli 880 milioni di mascherine contraffatte, pagate 1,25 miliardi, acquistate dall'ex commissario Arcuri a 3-4 volte il prezzo di mercato». Sorpresa FI per l'iniziativa: «Questa è una commissione d'inchiesta, non uno strumento a uso di un singolo gruppo». E il Pd attacca FdI per il «comportamento scorrettissimo in commissione».

Chi è



● Orazio Schillaci, 58 anni, medico, specialista in medicina nucleare, è stato rettore dell'Università Tor Vergata di Roma

● Come indipendente di centrodestra, dal 2022 è ministro della Salute



DA CODOGNO AL NUOVO PIANO ANTI-VIRUS

Covid, 5 anni dall'incubo Ma restiamo vulnerabili

Maria Sorbi

■ «Mai più così impreparati». Quante volte ce lo siamo detti nel 2020? E lo diciamo ancora oggi a 5 anni esatti dal primo paziente positivo. L'ondata di Covid ci aveva colto inermi.

con Manti alle pagine 14-15

C'è il nuovo piano anti-virus (ma mancano fondi e medici)

Il paziente zero di Codogno isolato il 20 febbraio del 2020
Ora il protocollo d'emergenza è pronto: ecco i nodi critici

Maria Sorbi

■ «Mai più così impreparati». Quante volte ce lo siamo detti nel 2020? E lo diciamo ancora oggi a 5 anni esatti dal primo paziente positivo. L'ondata di Covid ci aveva colto inermi. Mancava tutto: mascherine, posti letto, respiratori, protezioni per i medici. E i protocolli emergenziali erano vecchi e pura teoria. Del resto, chi si poteva immaginare di trovarsi immersi in un film di fantascienza? Ora che sappiamo cosa vuol dire, non possiamo permetterci la minima sbavatura. Magari non ci servirà mai, ma se dovesse scoppiare una nuova epidemia (gli scienziati la chiamano malattia X) sarebbe paradossale ricalcare gli errori già commessi. Troppo dolorosi per essere archiviati. La buona notizia è che un piano pandemico aggiornato c'è ed è valido fino al 2028. Ovviamente è ancora da finanziare. In 218 pagine il governo descrive le misure da adottare per mettere in sicurezza l'Italia. Ma, dopo l'approvazione di una prima

bozza e l'accordo in Conferenza Stato-Regioni, tutto si è arenato.

CHIUSURE E RESTRIZIONI

Tra gli interventi «non farmacologici» ci saranno la chiusura delle attività lavorative non essenziali, la chiusura delle scuole, il distanziamento fisico, la limitazione degli assembramenti e degli spostamenti, l'uso di mascherine. Ovviamente con parecchi dubbi sul concetto di «restrizioni», ancora mal digerite dopo il susseguirsi di Dpcm ai tempi di Conte e dopo i lockdown, tanto necessari quanto devastanti.

IL PIANO MONDIALE

Altro nodo «politico» riguarda il piano pandemico mondiale, da cui l'Italia ha preso le distanze. Il ministro alla Salute Orazio Schilacci ha sollevato dubbi sul rischio di un possibile «at-

tacco» alla sovranità nazionale, cioè alla possibilità di intervenire con decisioni sulla salute dei cittadini in caso di allerta. E non convince nemmeno il green pass globale, una sorta di fascicolo sanitario elettronico valido in tutto il mondo e utile a verificare l'avvenuta vaccinazione. Detto questo, il piano pandemico tiene conto delle indicazioni pubblicate dall'Oms nel 2023.

VACCINI ARMA DI PUNTA

Si riconoscono i vaccini come la misura «più efficace». La gestione dell'emergenza si appoggia su un'organizzazione territoriale nuova rispetto a 5 anni fa: una rete più capillare di Case della Comunità, ospedali



di comunità, centrali operative territoriali in cui individuare posti letti in più oltre a quelli ospedalieri. In generale i posti letto saranno potenziati in terapia intensiva: erano 5.179, arriveremo ad averne 8.700.

I MEDICI (CHA MANCANO)

Altro punto fondamentale è poter contare su una forza lavoro adeguata. Il guaio è che non è tale nemmeno ora. Facciamo i conti con medici pensionati e mai rimpiazzati, medici di famiglia con numeri di assistiti del tutto sproporzionati, personale sanitario costretto a doppi e tripli turni pur di far funzionare reparti e pronto soccorsi. Carenze che vanno assolutamente

sanate, ben prima dell'ipotetico paziente zero.

IL QUARTIER GENERALE

Rispetto alla scorsa pandemia, per il futuro siamo più organizzati. A Siena è nata la Fondazione Biotechpolo, il primo centro anti pandemico nazionale. È diretta da Rino Rappuoli e, in caso di nuova emergenza, sarà in quartier generale da cui gestire tutto. Ora studia i potenziali virus pandemici, i nuovi vaccini e la resistenza agli antibiotici, che potrebbe essere la nuova emergenza sanitaria mondiale.

I LABORATORI

«Il piano - precisa il ministero della Salute - rappre-

senta un'evoluzione rispetto a quello precedente, indirizzato alla prevenzione di una pandemia influenzale. Potrà implementare misure come il potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione, l'ampliamento della rete dei laboratori di microbiologia e virologia, il potenziamento della ricerca». Decisioni sacrosante se si vuole costruire un meccanismo di sicurezza che risponda velocemente e sia ben oliato. E soprattutto se si vuole evitare - come abbiamo già vissuto - che l'isolamento di un virus arrivi «in differita», troppo tardi per poter realmente contenere i focolai.

Le linee guida saranno valide fino al 2028: più letti e più medici. L'Italia prende le distanze dalle procedure internazionali

I GIORNI DELL'APNEA
In senso orario: le bare di Bergamo, il paziente 1 Mattia Maestri, gli abbracci al plexiglas nelle Rsa, l'infermiera simbolo del Covid crollata sulla scrivania e la prima vaccinazione



20

Febbraio 2020 è il giorno in cui viene individuato il paziente 0, Mattia Maestri. In realtà il virus circolava già da tempo. La data ufficiale dell'inizio dell'epidemia è il 30 gennaio 2020

197mila

Le persone morte in Italia per Covid durante la pandemia, cioè dal 2020 fino al 5 maggio 2023, giorno in cui l'epidemia è stata dichiarata «ufficialmente» finita

27

I milioni di persone che si sono ammalate di Covid. Tra queste 513.845 erano operatori sanitari. L'età media dei contagiati era 45 anni. Il numero dei guariti è stato 25,4 milioni

50

Milioni le persone vaccinate, pari all'87,7% della popolazione. Tra queste, oltre 40 milioni quelle che hanno ricevuto la terza dose e 6,7 milioni quelle che hanno ricevuto la quarta



LA GIORNATA DEL PERSONALE SANITARIO

Ricciardi: «Ci siamo dimenticati degli eroi in prima linea»

L'ex consulente del ministero: «Camici bianchi pagati malissimo e sotto stress»

■ A cinque anni dal primo caso di Covid «serve ricordare di non dimenticare. Conservare la memoria è il primo passo per non ripetere l'esperienza».

L'appello arriva da Walter Ricciardi, docente di Igiene all'università Cattolica di Roma, nel 2020 consulente del ministero della Salute di Roberto Speranza. «È importante tenere presente che la lezione principale che deriva dalla pandemia è la necessità di investire in sanità. In particolare sul personale: quindi far la-

vorare bene le persone, farle lavorare in sicurezza, pagarle bene. Questi elementi rappresentano una spia di salute e di qualità per tutti i cittadini». «Il mondo - sottolinea - può essere un posto pericoloso in cui però, se si interviene in tempo, se si è previdenti, se si è attenti e si seguono le indicazioni della scienza, si può in qualche modo gestire, anticipare, risolvere problemi».

Oggi si celebra la Giornata del personale sanitario, istituita in pandemia per dare merito all'impegno di chi ha affrontato il Covid in prima linea.

«E anche in questo caso servirebbe esercitare la me-

moria - rimarca Ricciardi - perché purtroppo quelli che erano stati osannati come dei salvatori oggi sono dimenticati. Sono sostanzialmente persone che vivono il loro lavoro in grandissima difficoltà, pagati malissimo, in condizioni di grande stress, molto stanchi e demotivati. Investire su queste persone e valorizzarle significherebbe aver colto la lezione della terribile esperienza che abbiamo vissuto.

Quando invece si perde la memoria e non si valutano adeguatamente le cose attraverso la lente della scienza e delle conoscenze consolidate, il mondo, ripeto, diventa pericoloso».

Gli infettivologi della So-

cietà Italiana di Malattie Infettive e Tropicali ragionano sull'«occasione» che la pandemia ci ha dato. «Uno degli insegnamenti principali è il ruolo strategico dei vaccini, che ci hanno permesso di superare l'emergenza in tempi impensabili in passato - evidenzia Emanuele Nicastrì, segretario SIMIT - Questo risultato rappresenta un impulso alla ricerca, visto che la tecnologia a mRNA si è rivelata straordinaria e con ulteriori potenzialità, e ha ribadito il ruolo strategico dei vaccini come strumento eccezionale per prevenire le malattie infettive in maniera sicura ed efficace».



Lite a destra sulla commissione Covid FI contro FdI: “No all’uso politico”

I meloniani attaccano sullo “scandalo” delle mascherine. “Sorpresa” dei forzisti. Il Pd: “Uscite delinquenti”

di **Giovanna Vitale**

ROMA – Dispetti e sgambetti. Segna burrasca il barometro interno alla maggioranza di governo, ormai ostaggio dell’eterna gara a chi è più bravo a piantare bandierine di partito, meglio se a scapito degli alleati.

L’ultimo frontale, suggellato da una telefonata di fuoco fra il capogruppo di FdI Galeazzo Bignami e la forzista Licia Ronzulli, si è consumato sulla commissione Covid. Ennesimo capitolo di una guerra intestina che, nelle ultime settimane, non ha risparmiato neppure la Lega. Spaziando sui temi più vari, a riprova di quanto – al giro di boa di metà mandato – sia la sopportazione il sentimento prevalente nel centrodestra. Costretto a stare insieme, ma in disaccordo su tutto: dalla politica estera al fine vita, dal fisco alle modifiche sull’autonomia differenziata.

Ad accendere la miccia, la conferenza stampa convocata da FdI per denunciare «la gravissima colpa politica di Giuseppe Conte» nella gestione della pandemia. I capigruppo Bignami (per la Camera) e Lucio Malan (per il Senato) non avevano neanche finito di illustrare «lo scandalo» a loro dire emerso nella Bicamerale istituita per indagare sulle misure adottate per contrastare il Coronavirus – «Milioni di mascherine pagate e distribuite, pur non essendo idonee: c’è chi ha approfittato di questa

drammatica emergenza per fare probabilmente affari» – che ecco arrivare l’affondo dei berlusconiani. Ferocissimo.

«Apprendiamo con sorpresa dalle agenzie che FdI sta tenendo una conferenza stampa per commentare l’andamento dei lavori della commissione Covid, tra l’altro anticipando come già accertati e conclusivi i contenuti di alcune audizioni fin qui svolte», attaccano Licia Ronzulli, Stefano Benigni e Annarita Patriarca, componenti azzurri dell’organismo parlamentare. «Vorremmo ricordare che questa è una commissione d’inchiesta, non uno strumento ad uso di un singolo gruppo politico», lo schiaffo, «chiamata a mantenere uno sguardo obiettivo, fare un’attività istruttoria e alla fine, dopo un’accurata riflessione, approvare una relazione». Che ancora non c’è. E dunque la fuga in avanti dei meloniani è quanto meno prematura. Sintomo della macroscopica diversità di vedute sui vaccini, che già a suo tempo li fece litigare: da un lato i forzisti, più che favorevoli, dall’altro i “fratelli”, insieme ai leghisti contrari, se non addirittura ostili.

Appena Bignami legge il comunicato va su tutte le furie. Afferra il telefonino e chiama Ronzulli. I toni si alzano. Ma la senatrice azzurra non si fa intimidire. «È una questione di metodo», contesta, accusando l’alleato di «scorrettezza», di avergliela fatta alle spalle. La conversazione si interrompe senza un saluto.

Una scena destinata a ripetersi. Non solo FI, giusto ieri, ha presenta-

to alla Camera un ordine del giorno al decreto Milleproroghe, firmato da Paolo Emilio Russo, per riaffermare «come priorità di sanità pubblica gli obiettivi del calendario vaccinale e del Piano nazionale di prevenzione nazionale». Anche sul fine vita le posizioni restano distanti. Con quelli di FdI decisi a ostacolare le proposte di legge dormienti in Parlamento; i berlusconiani a spingere – insieme alle opposizioni – perché vengano calendarizzate e infine approvate, sulla scorta di quanto la Consulta chiede da anni.

Intanto il centrosinistra, che già sull’istituzione della commissione Covid aveva dato battaglia, convinto che la maggioranza l’avrebbe usata per vendicarsi, sale sulle barricate. «Comprendiamo la sorpresa di FI: tenere una conferenza stampa per commentare l’andamento dei lavori, tirando conclusioni ed emettendo giudizi politici, è indecente, al limite del delinquenziale», tuona il dem Francesco Boccia. «Una commissione d’inchiesta non può essere usata come una clava, fra l’altro attraverso audizioni di personaggi poco credibili, passati come ospiti alla festa di FdI». Durissimo pure il M5S: «Per la brama di attaccare Conte, i “fardelli” d’Italia finiscono per bacchettare Meloni, che nel 2020 aveva girato un video davanti al Colosseo per invitare i turisti in Italia, e spaccare la loro stessa maggioranza». Un autentico boomerang.



LA COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INDAGINE

Effetto "long Covid", la maggioranza si spacca

FdI convoca la stampa per denunciare lo «scandalo» delle mascherine non idonee. FI: no all'uso politico dell'inchiesta

MATTEO MARCELLI
Roma

Dopo la scaramuccia interna sulla sanatoria per le multe ai no-vax, il Covid-19 torna a dividere la maggioranza a 5 anni dall'emergenza. Il terreno di scontro è la commissione d'inchiesta sulla gestione della pandemia e la nuova frattura si consuma tra il partito della premier e Forza Italia. A innescare la miccia è una conferenza stampa convocata da alcuni parlamentari di FdI che, senza concordare l'iniziativa, hanno pensato bene di diffondere il contenuto di una recente audizione. «Sta emergendo uno scandalo» che «dimostra la sciatteria o la malafede di chi doveva garantire la sicurezza degli italiani», ma che invece - è l'accusa dei meloniani - «ha garantito tutt'altro». Il punto sarebbero gli «880 milioni di mascherine contraffatte, pagate 1,25 miliardi, acquistate dal commissario Arcuri a 3-4 volte il prezzo di mercato». Informazioni dedotte dall'audizione di Miguel Martina, già funzionario dell'Agenzia delle Dogane e dei monopoli, il quale, ha spiegato Alice Buonguerri, «ha confermato che le mascherine sono risultate non idonee e potenzialmente nocive per la salute». Lucio Malan, capogruppo FdI alla Camera, ha poi attaccato le opposizioni, il cui «atteggiamento ostruzionistico», fatto «più di interventi

che di domande», è «una cosa insolita. Noi proseguiamo con determinazione. La presidente del Consiglio ha messo la commissione nelle sue dichiarazioni programmatiche alle Camere nel 2022 - ha continuato -. E in ottobre l'ufficio studi diretto da Francesco Filini produsse un approfondito dossier su cose già emerse: aspetti poco chiari, un uso disinvolto delle prerogative che furono date all'epoca». Insomma, ha concluso Malan, l'idea di facilitare i lavori di chi era chiamato alla gestione dell'emergenza «non è mai stata un'autorizzazione a fare quello che si vuole e a non fare i control-

li di idoneità»; e «al di là delle questioni erariali, una mascherina non idonea negli ospedali non svolge la sua funzione».

La mossa di FdI non è piaciuta ai componenti di Forza Italia in commissione (Licia Ronzulli, Stefano Benigni e Annarita Patriarca), che in una nota congiunta hanno rappresentato la loro «sorpresa» nell'apprendere «dalle agenzie» i contenuti della conferenza stampa, peraltro resi noti «anticipando come già accertati e conclusivi i contenuti di alcune

audizioni». Poi la stoccata finale: «Vorremmo ricordare che questa è una commissione d'inchiesta, non uno strumento ad uso di un singolo gruppo. Un organismo che è chiamato a mantenere uno sguardo obiettivo, svolgere audizioni, fare un'attività istruttoria e alla fine dei lavori, dopo un'accurata riflessione, ad approvare una relazione».

L'irritazione di FI non si è limitata a questo comunicato e ha trovato sfogo anche nell'odg firmato da Paolo Emilio Russo. La proposta, proprio in virtù delle norme che «abrogano le sanzioni pecuniarie per inosservanza dell'obbligo vaccinale e dispongono l'estinzione dei relativi procedimenti sanzionatori», impegna il governo a «individuare gli strumenti più adatti per riaffermare come priorità di sanità pubblica gli obiettivi del calendario vaccinale e del Piano nazionale di prevenzione».

Sul fronte politico va segnalata la reazione del Pd che, con una nota del presidente dei senatori, Francesco Boccia, e della senatrice Ylenia Zambito, ha definito «al limite del delinquenziale» l'idea di «tenere una conferenza stampa per commentare l'andamento dei lavori della stessa commissione». Mentre il senatore M5s Stefano Patuanelli ha parlato di una «maggioranza in frantumi, così come la credibilità di un carrozzone messo in piedi per regolamenti di conti e per fare propaganda».

Mossa dei meloniani a lavori in corso:
la sicurezza non fu garantita
Gli azzurri rispondono con un odg per
chiedere che le sanzioni abrogate non
pregiudichino il Piano di prevenzione



Aggressioni al personale, azienda sanitaria colpevole

Azienda sanitaria responsabile per l'aggressione subita da un professionista e condannata al risarcimento di 22 mila euro. È quanto ha disposto la pronuncia della corte di appello di Ancona dello scorso 13 febbraio, come riportato ieri dal sindacato degli infermieri Nursind, che parla di «prima sentenza in Italia che coinvolge le aziende sanitarie sul tema delle aggressioni al personale». Una decisione «che speriamo possa fare scuola affinché tutte le aziende sanitarie adottino adeguate misure contro le aggressioni al personale sanitario, un fenomeno purtroppo in costante aumento», il commento del segretario nazionale Nursind, Andrea Bottega.

La Corte, come detto, ha stabilito un risarcimento del danno morale soggettivo e di un danno biologico, per un totale di oltre 22 mila euro, a favore di una infermiera aggredita nel 2017 mentre lavorava al triage del pronto soccorso dell'ospedale di Ascoli Piceno. Sull'infermiera, raccontano dal Nursind, «si era scatenata la furia di una paziente in attesa di visita, circa un'ora prima dell'inizio del servizio di vigilanza notturna». La Corte d'ap-

pello ha stabilito che «c'è una responsabilità (seppure indiretta) dell'azienda nella determinazione dell'evento lesivo», come si legge nella sentenza. Secondo i giudici sussistono «specifiche omissioni datoriali nella predisposizione di quelle misure di sicurezza suggerite dalla particolarità del lavoro, dall'esperienza e dalla tecnica, necessarie ad evitare il danno».

Secondo Bottega, da parte dell'ente sanitario è mancata «la dovuta attenzione non solo alla formazione, ma anche alla predisposizione di procedure di gestione di possibili atti di violenza. Se fossero stati messi in campo, l'episodio non sarebbe degenerato. Ecco perché è inaccettabile che i professionisti non vengano adeguatamente preparati. In barba, tra l'altro, al lavoro e agli obiettivi dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie (Onseps), tanto caro al ministero».

—© Riproduzione riservata—



■ LE RICHIESTE CHE STANNO PIÙ A CUORE ALLA CITTADINANZA

Nella riforma della medicina di base garantire vicinanza e presa in carico

Nel dibattito sulla ridefinizione della medicina generale colpisce che il focus dell'attenzione riguardi la fine di un eventuale percorso di riforma, cioè la tipologia del contratto di lavoro. Quanti difendono il modello attuale sottolineano la scelta fiduciaria e la soluzione sartoriale di un medico che si adatta alle esigenze del paziente, piuttosto che timbrare il cartellino; quelli che propendono verso il modello della dipendenza puntano sulla continuità della presenza dei medici di medicina generale, che sarebbe garantita dalla loro disponibilità all'interno delle Case della comunità. Dal punto di osservazione di un cittadino, la forma contrattuale non ha la stessa centralità, mentre due sono le garanzie delle quali avrebbe bisogno nel rapporto con il medico di medicina generale: una è la garanzia della vicinanza, in particolare per gli anziani spesso malati o plurimalati; e l'altra di una presa in carico adeguata rispetto al suo bisogno di salute, che dovrebbe essere anche preventivo come è il caso della popolazione giovane. Riguardo alla questione della vicinanza, nel proporre un passaggio dei medici di medicina generale alla dipendenza nelle Case della comunità, occorrerebbe rispondere innanzitutto alla domanda di che ne sarebbe di quei cittadini - tanti, vista la morfologia del nostro Paese, la desertificazione dei servizi nelle aree

interne, il fatto che le Regioni abbiano collocato solo il 16% di Case della comunità in aree classificate periferiche e ultra-periferiche - che non avranno vicina una Casa della comunità. Ricordiamo che ne è prevista una ogni 40-50.000 cittadini, mentre in questo momento già si è in sofferenza quando i medici di medicina generale superano il massimale dei 1.500 assistiti. Detto in altre parole, l'obiettivo non può essere spostare i medici di medicina generale, attuali e futuri, nelle Case della comunità, ma aggiungerne altri e distribuirli omogeneamente nei territori. Questa è una domanda che dovrebbe essere posta e risolta per prima, se si vuole che il cambiamento sia tagliato sugli interessi dei cittadini. Una seconda domanda è come fare a garantire condizioni di uguaglianza a cittadine e cittadini che vivono in aree difformi del Paese: si parla delle Case della comunità come se già esistessero ovunque, mentre troppo spesso sono dei progetti sulla carta. È chiaro che i presidenti di alcune Regioni possano ipotizzare un passaggio di questo tipo molto più a cuor leggero di quanto possano fare i presidenti di altre. Su questi aspetti la voce di chi governa le Regioni meridionali dovrebbe emergere con maggior chiarezza, ed esigere che le riforme della sanità pubblica avvengano assumendo come punto di partenza la fragilità di molte Regioni, piuttosto che l'eccellenza,

seppure relativa, di alcune. Ciò che si è detto finora sembrerebbe portare a concludere che il modello attuale sia da preservare tout court. Così ovviamente non è, perché è il meccanismo della presa in carico che già da tempo rischia di saltare: per la diminuzione del tempo di cura, che nelle segnalazioni ricevute da Cittadinanzattiva è al primo posto nelle richieste dei cittadini; per il carico burocratico che pesa sul medico di famiglia; infine, ma non per ultimo, per l'essere la sanità, anche nell'ambito della medicina generale, focalizzata sulla prescrizione di prestazioni, piuttosto che sull'attenzione alla persona nella sua interezza. Su questo andrebbero aggiornati completamente percorsi formativi, pratiche professionali, modelli organizzativi, e anche atteggiamenti culturali di operatori e cittadini.

Segretaria generale Cittadinanzattiva
ANNA LISA MANDORINO





Servizio Cure primarie

La trasformazione della medicina generale: così l'AI può conciliare prossimità e digitalizzazione

L'uso della tecnologia non deve limitarsi a un semplice canale di comunicazione ma dare supporto concreto all'attività clinica: un sistema basato sull'intelligenza artificiale potrebbe aiutare i Mmg nella definizione di diagnosi e terapie

*di Giulia Broccolo *, Francesca Guerra *, Francesco Longo *, Angela Zazzera **

19 febbraio 2025

La medicina generale italiana sta affrontando una trasformazione profonda, spinta da sfide strutturali che ne stanno ridisegnando i confini. Tra la riduzione del numero di medici di famiglia, l'incremento dei pazienti cronici e l'esplosione della domanda di assistenza, il settore si trova a un bivio cruciale. Quali strategie possono garantire la sostenibilità del sistema? E quale ruolo avranno le nuove tecnologie nel processo di riorganizzazione?

Negli ultimi anni, il numero di medici di medicina generale (Mmg) si è progressivamente ridotto: dai circa 46.000 professionisti attivi nel 2009 si è scesi a meno di 40.000 nel 2022. Nel frattempo, la popolazione invecchia e cresce la percentuale di persone con patologie croniche, che necessitano di un supporto continuo. Oggi, su una media di 1.500 assistiti per medico, circa 600 sono pazienti cronici che richiedono monitoraggi frequenti, prescrizioni e consulti periodici.

Boom di contatti: da 50 a 100 giornalieri

Questa situazione ha portato a un aumento esponenziale dei contatti giornalieri: ogni medico gestisce in media 50 pazienti al giorno, ma in alcuni casi il numero supera i 100. Mantenere questi ritmi con le modalità tradizionali basate sull'accesso fisico agli ambulatori sarebbe insostenibile, e proprio per questo è emersa la necessità di una nuova organizzazione del lavoro.

Per far fronte ai crescenti ritmi di lavoro, i Mmg hanno adottato un modello multicanale di assistenza che combina visite in studio con strumenti remoti. L'accesso alla medicina generale oggi passa sempre più attraverso strumenti remoti che siano sincroni (telefonate, videochiamate) o asincroni (e-mail, messaggi su piattaforme dedicate), permettendo di distribuire il carico di lavoro e garantire una risposta alle richieste dei pazienti.

Il 76% delle interazioni avviene da remoto

I dati raccolti da uno studio del Cergas SDA Bocconi in tre contesti italiani differenti (Lecco, l'Emilia-Romagna e Scampia) mostrano che circa il 70% delle interazioni avviene da remoto, indipendentemente dalla regione di appartenenza, dalle caratteristiche del medico (età, genere, forma associativa, numero di pazienti iscritti) o dalle caratteristiche dei pazienti (età, genere, condizione cronica, condizione di invalidità, reddito). Questo fenomeno non è il risultato di una strategia centralizzata, ma di un adattamento spontaneo da parte dei medici e dei cittadini, che hanno progressivamente integrato nuove modalità di interazione.

L'introduzione massiva dei canali remoti ha posto una questione cruciale: come conciliare la necessità di garantire una medicina "vicina" ai cittadini con la crescente digitalizzazione dei servizi? Tradizionalmente, la prossimità è stata intesa come presenza fisica del medico sul territorio, ma oggi questa definizione è sempre più sfumata. I pazienti non vogliono rinunciare al contatto con il proprio medico, ma al tempo stesso privilegiano strumenti che rendano l'accesso alle cure più rapido ed efficiente.

I dati raccolti confermano che non esiste più un unico modello valido per tutti. L'anziano di oggi non è più quello di vent'anni fa: viaggia, si sposta frequentemente e ha familiarità con strumenti digitali. Per molti, la possibilità di gestire le proprie necessità sanitarie senza dover andare fisicamente in ambulatorio rappresenta un vantaggio. Tuttavia, rimane una fetta di pazienti che preferisce o necessita di un'interazione diretta, ed è su questa categoria che bisogna concentrare le risorse fisiche.

L'adozione dei canali digitali ha portato con sé un'altra sfida: la gestione del carico di lavoro dei Mmg. I medici più disponibili e attenti alle esigenze dei pazienti sono spesso quelli che si trovano maggiormente sotto pressione, perché hanno scelto strumenti sincroni come WhatsApp o il telefono per rispondere rapidamente ai loro assistiti. Questo, però, ha generato un sovraccarico che va oltre i tempi di lavoro ordinari, portando in alcuni casi a situazioni di stress e burnout.

L'intelligenza artificiale in campo

Per evitare che l'efficacia della telemedicina si trasformi in un boomerang per i professionisti, è fondamentale regolamentare e ottimizzare l'uso dei vari strumenti. L'integrazione di piattaforme digitali che centralizzino le richieste, privilegiando modalità asincrone e strutturate, può ridurre il carico cognitivo e migliorare la qualità del servizio. L'uso della tecnologia non deve limitarsi a un semplice canale di comunicazione, ma può diventare un supporto concreto all'attività clinica. Un passo decisivo in questa direzione potrebbe essere l'adozione di un Clinical Decision Support System (CDSS), ovvero un sistema basato su intelligenza artificiale in grado di aiutare i Mmg nella definizione delle diagnosi e delle terapie.

Un'iniziativa in questa direzione è già in corso: l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) ha avviato un progetto finanziato dal Pnrr per sviluppare una piattaforma di supporto all'assistenza primaria. Un sistema di questo tipo consentirebbe di uniformare i comportamenti prescrittivi, ridurre la variabilità tra professionisti e garantire ai pazienti trattamenti sempre coerenti con le migliori evidenze scientifiche.

La medicina generale sta attraversando una trasformazione epocale. Il modello tradizionale basato sull'accesso fisico esclusivo agli studi medici non è più sostenibile, e il futuro sarà sempre più orientato verso un'integrazione tra presenza e remoto. Se gestita in modo efficace, questa rivoluzione può non solo migliorare l'efficienza del sistema sanitario, ma anche garantire ai pazienti un servizio più flessibile e personalizzato. La sfida sarà trovare il giusto equilibrio tra prossimità, innovazione e sostenibilità operativa per i professionisti della salute.

* *Cergas SDA Bocconi*

L'ESPERIENZA
**«Cure palliative? Non siamo attrezzati...»
In corsia, tra disinformazione e pregiudizi**

Le cure palliative non si attivano solo in prossimità della morte ma durante la vita, per mesi o anni, allo scopo di curare i sintomi di una malattia ormai *inguaribile* (mai *incurabile*). C'è differenza tra affrontare la malattia nella sofferenza non trattata e ricevere le cure di un'équipe che si fa carico del "dolore totale" del paziente. L'esperienza di un ricovero ospedaliero rivela la non conoscenza vera delle cure palliative tra i sanitari e la loro inaccessibilità di fatto. Con effetti drammatici sulla qualità di vita del malato (e le sue possibili scelte).

Bellaspiga

a pagina 15

«Cure palliative? Siamo impreparati»

LUCIA BELLASPIGA

«**C**ure palliative? Non siamo attrezzati. Ma poi, perché le chiede? Sua madre non è in punto di morte...». Profondo nord, la Lombardia è il "fiore all'occhiello" della Sanità italiana, si dice... Ma pur sempre "a macchia di leopardo". E così, se càpiti nella macchia sbagliata, anche in Lombardia ti toccano le sofferenze, quelle che rendono la malattia invivibile e la morte indignitosa. Lo denunciavamo da tempo su *Avvenire*, e ora lo abbiamo vissuto. L'Italia sfoggia da 15 anni la legge 38/2010 sulle cure palliative, all'avanguardia quanto inapplicata e, quel che è peggio, sconosciuta a molti medici. E questo è imperdonabile. Chiariamo subito il concetto principale: le cure palliative *non* si attivano (necessariamente) in prossimità della morte ma durante la vita, per mesi, anche per anni, allo scopo di curare i sintomi di una malattia (inguaribile, che non risponda più ai trattamenti specifici). Un esempio: il malato di Sla non sta morendo, può durare anni, durante i quali ha estrema necessità di terapie farmacologiche, strumentali, psicologiche, riabilitative, spirituali. Se non le riceve, la sua vita è un inferno. Altri esempi: il grande anziano, un ragazzo rimasto in stato di minima coscienza dopo un incidente, un adulto con demenza, un bambino nato con grave disabilità, sono tutte persone non terminali ma che senza la protezione palliativa soccomberebbero alla complessità dei sintomi. Crediamo sia ovvia per tutti la differenza tra l'affrontare la malattia disperandosi per il dolore e invocando la morte o invece ricevendo da un'équipe multiprofessionale le cure che affrontano globalmente tutti i bisogni della persona ammalata e supportano i familiari. In pratica la legge 38 è la risposta concreta alle istanze eutanasiche: dal 2010 per legge il paziente ha diritto a vivere e a morire mantenendo la migliore qualità possibile della propria esistenza.

Lo dice la parola stessa: in latino il *pallium* è il

mantello, la protezione avvolgente, che "abbraccia" il malato nei suoi bisogni fisici, psicologici, spirituali, sociali.

Secondo concetto fondamentale: le cure palliative (e la terapia del dolore, che ne fa parte) *non* guariscono una malattia, ne governano solo i sintomi. In altre parole, se ho un tumore non me lo risolvono ma eliminano la sofferenza che ne deriva.

Torniamo allora al nostro ospedale lombardo e alla richiesta che ci era sembrata logica, avendo ricoverato una madre di 98 anni per scompenso cardiaco e lieve infezione polmonare dovuta a un Covid non troppo aggressivo (diagnosi ricevuta l'8 dicembre al pronto soccorso). La sera prima, sant'Ambrogio per i milanesi, aveva seguito alla tivù la Prima della Scala cantando a memoria l'opera dall'inizio alla fine, musica e libretto. Una settimana dopo era una donna distrutta dalle sofferenze, che invocava la morte e riassumeva il suo nuovo stato con una sola parola, "scempio". In mezzo cos'era accaduto? A quell'età è frequente che il ricovero prolungato provochi un *delirium* dovuto a spaesamento, posizione dolorosa nel letto, mancanza delle proprie abitudini, immobilità... Invano ha supplicato dal primo giorno di essere messa a sedere come avveniva a casa, dove bastava la sua poltrona per eliminare i dolori lancinanti che altrimenti lo stare distesa le avrebbe causato.



Non a caso, delle cure palliative fanno parte anche operazioni banali e richieste facilmente accettabili, come scegliere la posizione giusta. Chi di noi resisterebbe giorni in una posizione dolorosa? Le abbiamo portato da casa la sua poltroncina, ma nonostante la nostra presenza 24 ore su 24 ha dovuto resistere supina giorni e notti, “non ci prendiamo la responsabilità”. La vedi piangere e lamentarsi, tu sai cosa basterebbe fare ma nessuno ti dà retta: sei “solo” il familiare. E comunque con i medici è un’impresa parlare. Cito dal sito della Federazione italiana Cure palliative: «Stimolare il paziente a muoversi è molto importante sul piano psicologico ed è utile per mantenere le capacità funzionali e cognitive, prevenire complicanze da immobilità e ridurre la sintomatologia dolorosa...». Sarebbe bastata qualche ora in poltrona, e magari un fisioterapista che le muovesse gli arti. A letto anche i polmoni soffrono, e parte la polmonite. Per nostra mamma è iniziato il precipizio e contemporaneamente il nostro senso di impotenza di fronte alla sua disperazione.

Ma cosa la faceva stare tanto male? Qual era il motivo scatenante? L’iter delle cure palliative prevede che prima si individui la causa della sofferenza e poi si agisca di conseguenza: se ad esempio il dolore è fisico occorreranno antidolorifici e cambi di posizione, se invece è psicologico saranno necessari farmaci psichiatrici, eccetera. Abbiamo chiesto fin dall’inizio il colloquio con il palliativista (la normativa della Regione Lombardia dal 2016 lo garantisce «entro 48 ore dalla richiesta dei familiari»), lo abbiamo ottenuto dopo due settimane e a forza di insistenze. «Sua madre non è terminale, a cosa ser-

ve il palliativista?», ci dicevano i medici, come fosse una nostra fissazione. Una volta spiegato (noi a loro) che serve *per vivere bene* quel che le resta, non per morire, la risposta è stata «non siamo attrezzati». A 15 anni dalla legge 38 che definisce «le cure palliative e la terapia del dolore obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale» e ne garantisce «l’accesso in tutti gli ambiti assistenziali perché *la sofferenza non è più un aspetto inevitabile* ma una dimensione che va affrontata con serietà *in tutte le fasi della vita*» (sempre dal sito www.fedcp.org), tale risposta non è accettabile. Ancor più perché un ottimo reparto di medicina palliativa in realtà c’era, dislocato nel vicino ospedale della stessa Azienda sanitaria, a 7 chilometri di distanza. Dove infatti il 24 dicembre ci hanno finalmente indirizzati per il tardivo consulto con i palliativisti: medici competenti, umanissimi, appassionati. Ma immobilizzati da una burocrazia kafkiana, «non possiamo visitare sua madre, per legge dovremmo farlo, ma non abbiamo l’autorizzazione». Di chi? «Dell’Azienda sanitaria».

Sono molti anni che ad *Avvenire* i palliativisti spiegano che «in Italia veniamo coinvolti solo quando il paziente sta morendo: allora ci chiamano per sedarlo». E prima? «Lo si lascia soffrire. La classe medica non è preparata, all’università non si studia quasi nulla sulle cure palliative e i corsi di aggiornamento previsti dalla legge per tutto il personale curante non si realizzano se non in rari casi... Tutto ciò che c’è prima della “sedazione termina-

le”, dunque, non esiste.

Quando per nostra madre, infine, la sofferenza non è stata più gestibile, dosi minime di morfina l’hanno sopita, almeno è spirata senza più gridare allo “scempio” (anche se per noi ha significato perdere ogni contatto con lei dal giorno di Natale fino alla morte, il 29 dicembre). La sedazione terminale non abbrevia la vita e non è eutanasia, è un diritto inalienabile, ma lo erano anche le fasi precedenti della palliazione, che a lei sono state negate – non per dolo ma per ignoranza, chissà cosa è peggio – e che sicuramente le avrebbero permesso una miglior qualità di vita nelle ultime settimane: alla fine, dal Covid era guarita, i polmoni risultavano “puliti”, dell’ossigeno non aveva più bisogno, i valori dello scompenso erano “molto migliorati”. Di cosa è morta nostra madre? Ma soprattutto come? Avere 98 anni è motivo sufficiente per giustificare una morte inutilmente dolorosa? A chi di noi piacerebbe morire in questo modo?

Ospedali non attrezzati, personale all’oscuro, disinformazione, pregiudizi: la prestazione clinica lungamente negata in un’esperienza raccontata dal vivo

Un’anziana madre improvvisamente peggiorata dopo il contagio del Covid, il ricovero. E la scoperta che in corsia la palliazione come presa in carico del paziente per alleviarne la sofferenza è pressoché sconosciuta



Nella pratica clinica le cure palliative restano le “grandi sconosciute”



DOPO LA LEGGE TOSCANA L'auspicio di un «ampio confronto parlamentare»

Fine vita, vescovi preoccupati «Evitare i giochi al ribasso»

ALESSIA GUERRIERI

Non diventi un tema politicamente orientato, né tanto meno sottoposto «a polarizzazioni o giochi al ribasso». Perché «la dignità non finisce con la malattia». La Cei interviene nel dibattito scaturito dall'approvazione della legge regionale toscana sul suicidio medicalmente assistito esprimendo «preoccupazione per le recenti iniziative regio-

nali sul tema del fine vita». In una nota la Presidenza Cei ricorda i binari entro cui il tema del fine vita va declinato: «Primo compito della comunità civile e del sistema sanitario - sottolinea - è assistere e curare, non anticipare la morte».

A pagina 6

Fine vita, la preoccupazione della Cei «No a polarizzazioni o giochi al ribasso»

Il suicidio medicalmente assistito «contrasta radicalmente con il valore della persona»

L'auspicio di «un ampio confronto parlamentare» e di interventi «a livello nazionale che favoriscano l'accompagnamento e la cura»

ALESSIA GUERRIERI

Roma

Non diventi un tema politicamente orientato, né tanto meno sottoposto «a polarizzazioni o giochi al ribasso». Perché «la dignità non finisce con la malattia». Ogni azione che riguarda il fine vita, infatti, va inteso come tutela della vita stessa, accompagnando e curando nella malattia. E ciò non significa «accanimento», ma semplicemente «non smarrire l'umanità». La Conferenza episcopale italiana interviene nel dibattito scaturito dall'approvazione, nei giorni scorsi, da parte del Consiglio regionale della Toscana di una legge sul suicidio medicalmente assistito esprimendo «preoccupazione per le recenti iniziative regionali sul tema del fine vita». La Toscana, infatti, ha provveduto in autonomia - e altre Regioni stanno se-

guendo il suo esempio - a rispondere alle questioni sollevate dalle sentenze della Corte costituzionale, in cui i giudici sollecitavano a legiferare in tema di fine vita.

In una nota la Presidenza della Cei però ricorda i binari entro cui il tema del fine vita va declinato. «Primo compito della comunità civile e del sistema sanitario - sottolinea - è assistere e curare, non anticipare la morte. Anche perché - proseguono i vescovi - «procurare la morte, in forma diretta o tramite il suicidio medicalmente assistito, contrasta radicalmente con il valore della persona, con le finalità dello Stato e con la stessa professione medica».

Ecco perché la presidenza della Cei invita «a non fare di questo tema una questione di "schieramento", ma un'occasione per una riflessione profonda sulle basi della propria concezione del pro-

gresso e della dignità della persona umana». Il percorso da seguire è perciò quello di «un ampio confronto parlamentare che rappresenti il Paese e le reali necessità dei suoi cittadini, scevro da logiche di parte e possibili strumentalizzazioni».

L'auspicio della Cei, pertanto, è che si giunga, «a livello nazionale, a interventi che tutelino nel miglior modo possibile la vita, favoriscano l'accompagnamento e la cura nella malattia, sostengano le famiglie nelle situazioni di sofferenza». Una sottolinea-



tura che si inserisce nel percorso legislativo che il Parlamento ha intrapreso da tempo - non senza ostacoli - per arrivare ad una legge il più possibile condivisa sul suicidio medicalmente assistito. Dopo il ciclo di audizioni che ha impegnato le commissioni da maggio a novembre, il 3 dicembre scorso è stato istituito il comitato ristretto chiamato a redigere un testo base rispetto ai cinque ddl presentati. Entro fine mese, infatti, i due relatori Pierantonio Zanettin (Fi) e Ignazio Zullo (Fdi) dovranno sottoporre al comitato ristretto delle Commissioni Sanità e Giustizia del Senato un testo che possa fare sintesi delle diverse posizioni dei partiti, su cui ini-

ziare la discussione in Aula. Parallelamente alla speranza di avere presto una legge a salvaguardia della vita, però, i vescovi italiani ribadiscono anche la necessità di dare piena attuazione alle leggi che ci sono già, a cominciare da quella sulle cure palliative che - ricordano - «non ha trovato ancora completa attuazione: queste devono essere garantite a tutti, in modo efficace e uniforme in ogni Regione, perché rappresentano un modo concreto per alleviare la sofferenza e per assicurare dignità fino alla fine, oltre che un'espressione alta di amore per il prossimo». Sulla vita insomma - la loro conclusione - «non ci possono essere polarizzazioni

o giochi al ribasso. La dignità non finisce con la malattia o quando viene meno l'efficienza. Non si tratta di accanimento, ma di non smarrire l'umanità».

Una nota, quella della Presidenza della Cei, considerata dal network di oltre cento associazioni "Ditelo sui tetti" «un giudizio che chiede a tutti un paragone sincero e affrancato dai troppi condizionamenti dei luoghi comuni che in questi giorni stanno travolgendo persino quella prudenza che dovrebbe essere il primo dovere dei decisori politici». A ognuno di noi, ma soprattutto ai decisori politici - conclude il coordinatore Domenico Menorello- «vengono offerte ragioni inoppugna-

bili, di fronte alle quali siamo chiamati a scegliere se sia più adeguato alla nostra «umanità» curare o annientare la fragilità».

IL TEMA

Dopo l'approvazione della legge regionale toscana, la Conferenza dei vescovi italiani ricorda che «primo compito della comunità civile e del servizio sanitario è assistere e curare, non anticipare la morte»



Mulè “Fine vita senza ipocrisie non ci sono vincoli di maggioranza Da Marina un monito al partito”

di **Gabriella Cerami**

ROMA – «Si faccia una legge sul fine vita senza paura e senza ipocrisie». Il deputato di Forza Italia, Giorgio Mulè, vicepresidente della Camera, condivide «il monito» di Marina Berlusconi, secondo la quale porre fine alla propria esistenza «con dignità» è «per i malati incurabili un diritto».

Nella maggioranza, ma anche in Forza Italia, ci sono posizioni e sensibilità diverse. Su che basi si può trovare un accordo?

«Sicuramente ci sono e ci saranno dissensi in Forza Italia, così come ci saranno anche posizioni nettamente diverse tra noi, la Lega e Fratelli d'Italia. Ma non c'è un vincolo di maggioranza sui temi etici perché questo, in particolare, è un tema che viene imposto dai tempi che viviamo».

Quindi la maggioranza si spacca?

«Fare la legge è un atto di responsabilità e ognuno voterà come crede, secondo la propria coscienza e non secondo le regole o la coscienza di partito».

Come interpreta le parole di Marina Berlusconi, che ha parlato anche di matrimoni gay? Sono un richiamo al partito affinché faccia di più?

«Le parole di Marina interrogano e sono un altro campanello che suona nella coscienza degli uomini e delle donne che si dicono liberi nella scelta e forti nella determinazione del loro pensiero. E non solo di Forza Italia. Bisogna seguire quella coscienza che oggi Marina rilancia e

che già il padre aveva più e più volte rimarcato e sottolineato in occasione di altre discussioni su temi etici».

Quindi bisogna approvare la legge sul fine vita per rendere omaggio a Silvio Berlusconi?

«Ancora una volta sul fine vita io mi rifaccio a Silvio Berlusconi che sul tema sosteneva la necessità di conciliare l'etica della convinzione con quella della responsabilità. E aggiungeva: la vita è un bene che difendiamo e se è vero che il mondo cattolico ha molto da insegnarci su questo, è vero anche che l'intangibilità della persona è un valore non negoziabile anche per i laici».

Torniamo alle parole di Marina Berlusconi. Secondo le opposizioni, vuole commissariare Antonio Tajani. Che ne pensa?

«Questo discorso glielo appiccicano addosso quelli che vedono nelle sue parole un preannuncio di discesa in campo. Ma solo chi conosce la libertà e la storia di Marina sa che quelle parole interpellano i liberali in senso lato che non sono patrimonio esclusivo né del centrodestra né del centrosinistra».

Allora di cosa si tratta?

«Marina non è persona che le manda a dire quindi, se ci fosse stata una sorte di sfiducia nei confronti di Tajani, sarebbe stata chiara nelle parole. Leggere con gli occhiali della politica le sue frasi come se fossero un messaggio nella bottiglia significa non cogliere l'altezza e l'ampiezza delle sue riflessioni su Donald Trump come sul fine vita».

Quale sarà la proposta di Forza Italia sul fine vita?

«Prima di tutto dobbiamo uscire da un equivoco. Il fine vita non può essere paragonato a un fine pena

mai, perché altrimenti la vita diventa una condanna. Dobbiamo discutere e sbrigarci sull'ultimo tratto che riguarda la vita delle persone».

In che modo?

«Dobbiamo ripartire dal concetto di uscire da una grande ipocrisia: in ogni famiglia italiana c'è un parente che è stato accompagnato, nell'ultimo tratto della vita, dalla volontà di evitare l'accanimento terapeutico. Per accompagnarlo alla morte gli sono state somministrate dosi di morfina ed è stato evitato di insistere su cure che di palliativo non avevano nulla».

La Cei ha detto che è meglio un dibattito in Parlamento che leggi regionali come ha fatto la Toscana. Come FI vi farete portavoce di questa istanza nella maggioranza?

«Il perimetro della legge c'è già e risiede nella sentenza della Consulta del 2019. Noi dobbiamo legiferare su questo partendo dal concetto che già la Camera ha approvato una legge del Pd con i voti anche di nostri nel marzo 2022. Poi si è arenata al Senato. Se lo stesso monsignor Paglia ha indicato come obbligato il percorso che parte dalla sentenza della Corte, non abbiamo più alibi».



IL DEPUTATO
GIORGIO MULÈ
56 ANNI, ELETTO
PER FORZA ITALIA

La Camera ha varato una proposta del Pd con i voti anche nostri nel marzo 2022. Poi si è arenata al Senato



L'intervista

Mantovani "Salvati dai vaccini ma oggi troppi li snobbano"

di **Alessandra Corica**

MILANO – «Il primo ricordo che ho di quei giorni è il viso di un'infermiera, al lavoro nella Terapia intensiva dove era ricoverato un mio amico, che purtroppo non ce l'ha fatta. Ricordo la fatica e la dedizione sul suo volto. Una dedizione che, purtroppo, oggi molti hanno dimenticato». Alberto Mantovani, lo scienziato italiano più citato al mondo, è il presidente della Fondazione Humanitas per la Ricerca e professore emerito dell'Humanitas University di Rozzano. A cinque anni da quel 20 febbraio che ha segnato, per molti, un prima e un dopo, scuote la testa: «Oggi tanti non ricordano più quei volti in prima linea davanti a un virus contro cui oggi abbiamo delle armi. Ma che, all'epoca, era l'ignoto».

Cos'altro ricorda?

«Ricercatori che di solito stanno in laboratorio, scegliere di andare in prima linea con i pazienti. E la connessione con scienziati da tutto il mondo: poche settimane dopo l'inizio di tutto, nel marzo del 2020, venne organizzato un webinar online. Lo realizzò Maurizio Cecconi, il responsabile della Terapia intensiva qui in Humanitas, che poi la rivista scientifica Jama ha individuato come uno dei tre eroi della pandemia. Ecco, a questo webinar di 24 ore, pensato per condividere quanto fino ad allora si era appreso, si collegarono oltre 100 mila specialisti da tutto il mondo: non dobbiamo dimenticare che siamo stati la "frontiera" dell'Occidente di fronte a questo virus. Quella condivisione di conoscenza è un'altra delle cose che porto con me, come la collaborazione tra ospedali pubblici e privati. E infine un'ultima cosa».

Quale?

«La sensazione di trovarsi di fronte al non sapere, che per chi fa il mio mestiere vuol dire iniziare ad attraversare l'ignoto e cercare risposte, per metterle al servizio

della comunità».

Quel 20 febbraio 2020 cambiò tutto.

«È stato qualcosa di epocale, anche se in un certo senso atteso, visto che di una nuova possibile pandemia nella comunità scientifica si parlava da tempo, dato l'andamento ciclico di questi eventi. Prima quella più grave di cui ancora qualcuno aveva memoria, era stata la Spagnola, che provocò in tutto il mondo tra 50 e 100 milioni di vittime, un numero impressionante se si considera che stiamo parlando dell'inizio del Novecento, quando nel mondo viveva poco più di un miliardo di persone e i collegamenti aerei erano pressoché inesistenti. Se avessimo affrontato il Covid 19 privi di difese come 100 anni prima, avremmo avuto milioni di morti in più».

Cosa lo ha evitato?

«L'impegno profuso da tutta la comunità scientifica e medica. E la condivisione dei saperi di cui parlavo prima, una delle eredità della pandemia di cui oggi ancora raccogliamo i frutti».

Cosa invece non è andato come avrebbe dovuto?

«Io uso sempre un motto latino che è stato fatto proprio dallo scoutismo, *estote parati*, siate pronti. Per esserlo di fronte all'eventuale arrivo, un domani, di un nuovo virus, dobbiamo puntare sulla ricerca. Per questo avrei auspicato che il Biotecnopolo a Siena, sotto la direzione del professor Rino Rappuoli, fiorisse molto più velocemente: la pandemia ci ha dimostrato che la ricerca è una cintura di sicurezza per l'umanità, su cui si deve investire».

Oggi sembra che tanti l'abbiano dimenticato, con una sorta di rimozione collettiva.

«Purtroppo sì. Basta guardare ai dati sulle coperture vaccinali, i cui livelli tornano a essere preoccupanti. Con effetti precisi: in Italia nell'ultimo anno abbiamo avuto di nuovo un migliaio di contagi da morbillo,

mentre a livello europeo i casi di pertosse tra i bimbi di pochi mesi, evitabili vaccinando le madri durante la gravidanza, sono anch'essi in crescita. Assistere al rifiorire di teorie antiscientifiche, come l'infondata correlazione tra vaccini e autismo, è sconcertante».

Il governo ha anche deciso di "cancellare" le multe ai sanitari che decisero, durante la pandemia, di non vaccinarsi contro il Covid.

«Sono un membro della commissione Salute, presieduta da Carlo Patrono, dell'Accademia dei Lincei, che ha assunto una posizione chiara in merito: c'è grande preoccupazione per queste scelte, che non vanno nella direzione auspicata, ovvero "vaccinare" la società contro l'anti-scienza e le fake news».

Sono passati cinque anni da quando la Lombardia, e poi l'Italia e il mondo intero si fermarono: quando le restrizioni furono allentate, quale fu la prima cosa che fece?

«Tornai in montagna, di cui sono da sempre grande appassionato. Respirai l'aria pura e il senso di libertà, cui purtroppo per tutelare la salute della collettività avevamo dovuto rinunciare: lo ricordo come se fosse oggi. Ed è anche questo che mi spinge ad andare avanti e a sottolineare ancora l'importanza della ricerca e della divulgazione scientifica, a partire dai ragazzi delle scuole».

—“—
Il rifiorire di teorie antiscientifiche è sconcertante. La pandemia ci dice che la ricerca è una cintura di sicurezza su cui si deve investire
 —”—



SANITÀ

Giorlandino (Uap) in audizione a Palazzo Madama

«Farmacie dei servizi» I dubbi dei privati in Commissione al Senato

••• «Le strutture sanitarie private accreditate chiedono procedure e percorsi chiari per tutti e parità di erogazione». Questa la richiesta avanzata ieri da Mariastella Giorlandino, presidente dell'Unione nazionale ambulatori, poliambulatori, enti e ospedalità privata (Uap), davanti alla Commissione Affari Costituzionali del Senato. Dove si discuteva del disegno di legge Semplificazioni e il via libera all'attuazione di analisi ed esami nelle nuove «farmacie dei servizi». Ma l'Uap contesta «l'articolo 25 per le farmacie, perché esula dal rispetto della legge 502 del 1992. Una norma che fissa requisiti e protocolli per poter effettuare l'attività medica e diagnostica, che sono a garanzia del paziente. Non capiamo perché questa legge non debba essere rispettata anche dalle farmacie. Le quali, peraltro, non sono strutture sanitarie, ma operano con un'autorizzazione comunale alla ven-

data. Eppure quest'anno il Ministero ha promosso la deospedalizzazione proprio nelle farmacie: ma con quali medici?», ha domandato la presidente dell'Uap. La quale ha poi rincarato la dose: «Dicono che la lobby farmaceutica sia molto forte, ma noi non vogliamo le lobby. Perché l'attività medica non è business. Invece in Lombardia i gruppi cinesi hanno già comprato 500 farmacie perché hanno visto il business». In tutta Italia, ha quantificato la presidente Giorlandino, «ci sono 19 mila farmacie con una media di 2 o 3 dipendenti: se vogliono fare attività sanitaria seguano i protocolli sanitari. Perché per accreditare una struttura medica occorrono 4 anni e il rispetto di ben 320 requisiti: noi operiamo con un'autorizzazione regionale e dobbiamo avere strutture di almeno 100 metri quadri con direttore sanitario e attrezzature di primo soccorso. E allora si chiedi il rispetto di questi requisiti pure alle farmacie.

Se non lo si vuol fare allora venga liberalizzato tutto, ma per tutti: in questo caso - ha concluso la presidente dell'Uap - anche le nostre strutture, allora, si metterebbero a vendere farmaci».

ANT. SBR.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Humanity 2.0

Gli algoritmi clinici sanno rispettare i diritti dei pazienti?



PAOLO BENANTI

Una recente ricerca del Max Planck-Institut (Artificial Intelligence, Patient Autonomy and Informed Consent) guidata da Christian Günther ha utilizzato casi di studio provenienti da Regno Unito e California per analizzare se e come la legge può contrastare la minaccia che l'uso di intelligenze artificiali (IA) in medicina fa all'autonomia del paziente. Il giurista conclude che la legge ha una dinamica proattiva che le permette di reagire molto bene alle innovazioni, e persino meglio degli approcci normativi extra-legali. «Contrariamente a quanto si pensa, la legge non è un ostacolo che si limita a impedire lo sviluppo e l'uso di tecnologie innovative - spiega Günther -. Al contrario, plasma attivamente questo sviluppo e svolge un ruolo centrale nella *governance* delle nuove tecnologie». Abbiamo più volte analizzato come l'IA stia trasformando la prassi clinica, offrendo strumenti avanzati per migliorare la diagnosi, il trattamento e la gestione dei pazienti. Tuttavia, la sua integrazione solleva anche questioni etiche, antropologiche e pratiche che richiedono un'attenta riflessione. Attualmente una moltitudine di sistemi di IA clinica è in fase di approvazione per l'uso nei sistemi sanitari di tutto il mon-

do. Soprattutto l'apprendimento automatico (*machine learning*) è stato un fattore chiave nello sviluppo dell'IA clinica con tali capacità. Tuttavia, nonostante tutti i vantaggi, i sistemi di IA possono rappresentare una minaccia per il consenso informato dei pazienti richiesto dalla legge. Da un punto di vista bioetico e giuridico, quest'obbligo richiede la comunicazione al paziente di informazioni da parte del medico, al fine di colmare lo squilibrio di competenze e ridare al paziente la capacità di partecipare alla decisione nell'alleanza terapeutica.

Nella sua ricerca Christian Günther identifica quattro problemi specifici che possono verificarsi. In primo luogo, l'uso dell'IA clinica crea un grado di incertezza connessa alla natura della conoscenza generata dall'IA e sulle difficoltà di verificare scientificamente tale conoscenza. Bisogna considerare poi il fatto che lo scopo di investire in queste forme di tecnologia è la loro capacità di automazione, cioè di poter compiere azioni senza la supervisione o con una minima supervisione umana. Questo significa che alcune decisioni eticamente significative potrebbero essere prese in modo relativamente indipendente dal rapporto medico paziente e dalla struttura del consenso informato, cioè senza un significativo coinvolgimento del paziente.

Un ulteriore elemento messo in luce

dallo studio di Günther è che l'utilizzo di questi sistemi può avere un significato cognitivamente rilevante sulla capacità dei pazienti di prendere decisioni razionali nel processo decisionale medico. Da ultimo, lo studio mostra come sia tutto da approfondire il carico emotivo indotto nei pazienti da questa trasformazione: i pazienti potrebbero non essere in grado di rispondere in modo appropriato a sostituzioni non ovvie delle competenze umane da parte dell'IA. Per affrontare questi problemi Günther, da giurista, ha esaminato le norme alla base del principio del consenso informato nel Regno Unito e in California e, utilizzando una proposta normativa specifica, dimostra come le norme giuridiche possano essere sviluppate in modo mirato per promuovere il progresso tecnologico e proteggere i diritti dei pazienti. Sono convinto che la questione oltre che giuridica deve essere affrontata eticamente: solo un opportuno design etico degli strumenti algoritmici consentirà una corretta comunicazione tra medico e paziente e un adeguato spazio di autonomia per i pazienti di questa nuova stagione della medicina. Anche questi sono elementi che compongono i confini dell'algoritmica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



STATI UNITI

Malattie infantili in crescita dove ci sono pesticidi

Uno studio molto approfondito condotto nel Nebraska, cuore agricolo degli Stati Uniti d'America, rivela il legame tra l'esposizione multipla ai pesticidi e l'incremento dei tumori pediatrici. L'allarme è stato lanciato dagli scienziati dell'Università del «Nebraska Medical Center» che hanno studiato non il singolo composto chimico - spesso rilevato da altri studi al di sotto del presunto livello di pericolosità - ma l'effetto combinato di 32 pesticidi

diversi. I risultati sono stati pubblicati su «GeoHealth» e sono molto preoccupanti: l'esposizione al «cocktail» di pesticidi è correlato a un aumento del 10% delle patologie tumorali che colpiscono i bambini (+36% di tumori al cervello e al sistema nervoso centrale, +23% di leucemie infantili). Il Nebraska, forse il simbolo dell'agricoltura intensiva negli stati centrali degli Usa, ha un tasso molto elevato di tumori infantili rispetto agli altri stati. Gli scienziati hanno anche pubblicato un elenco

dei pesticidi e degli erbicidi più pericolosi per la salute dei bambini: dicamba, glifosato, paraquat, quizalofop, triasulfuron e teflutrin. I ricercatori per correttezza hanno anche evidenziato alcuni limiti della loro ricerca: la popolazione sottoposta ad analisi è per il 90% bianca e i dati si riferiscono al 2015.





La fortuna delle iniezioni che fanno dimagrire

Qualsiasi discorso sull'antidiabetico Ozempic non può prescindere dai concetti di fame compulsiva e di moda, né dalla cognizione della loro affinità. Si tratta di dipendenze, di alterazioni del desiderio e del comportamento che possono diventare patologiche.

Il farmaco Ozempic, celebrato da The Economist come «The everything drug» e osannato pubblicamente da Elon Musk per le sue doti benefiche, sembra configurarsi prima come trend inarrestabile e, solo in secondo luogo, come terapia. Sui social, infatti, spopolano video di ragazzi sani e normopeso che esaltano le capacità anoressizzanti del farmaco e raccontano la loro esperienza con le iniezioni anti-fame.

Ma facciamo un po' di chiarezza. Ozempic e Wegovy, contenenti semaglutide, sono stati commercializzati dalla Novo Nordisk per il trattamento del diabete di tipo 2 e hanno poi ricevuto l'approvazione anche per l'obesità. Su queste patologie si sono rivelati sorprendentemente efficaci. Quello che preoccupa, più che altro, è il loro utilizzo off-label. È facilissimo, ormai, farsi prescrivere questi farmaci per perdere qualche chilo senza soffrire la fame, anche se non si ha alcuna patologia metabolica. La semaglutide è un farmaco agonista del recettore del GLP-1; in altre parole è in grado di simulare il senso di sazietà. Numerosi studi hanno confermato

che, durante la terapia con Ozempic, i pazienti mangiano un terzo del cibo che consumano solitamente. È risaputo, però, che una volta sospeso il trattamento i chili persi si riprendono con facilità. È una terapia per la vita di cui, tuttavia, non sono noti gli effetti a lungo termine. Le associazioni di pazienti diabetici, inoltre, hanno puntato i riflettori su un'altra grave conseguenza dell'utilizzo off-label del farmaco: il principio attivo non è più facilmente reperibile e i pazienti cronici hanno grandi difficoltà nel seguire la terapia. Il successo di Ozempic dovrebbe farci riflettere su quanto siamo esposti alle mode, alla dipendenza dalle novità e al bisogno di essere accettati, anche quando tutto questo può avere gravi ripercussioni sulla nostra salute.



Servizio Progetto Resistimit

Antibiotico resistenza: scovato il batterio killer che colpisce in ospedale

Falcone (Simit): una terapia inappropriata nelle prime 48 ore aumenta la mortalità. Tratto urinario e respiratorio i focolai più comuni

di Ernesto Diffidenti

19 febbraio 2025

Morire in ospedale per un patogeno resistente agli antibiotici è sempre più frequente in Italia. Per la precisione, secondo i dati raccolti dalla Società italiana di malattie infettive e tropicali con il progetto Resistimit, in caso di alcuni batteri, la probabilità può spingersi oltre il 40%. L'antibiotico resistenza è un'emergenza in tutto il mondo. L'Organizzazione mondiale della sanità sostiene che sia una delle 10 principali minacce per la salute pubblica. E anche la Commissione europea ha individuato nell'antibiotico resistenza una delle tre principali minacce sanitarie. I dati non lasciano spazio ai dubbi: in Europa si verificano ogni anno più di 670mila infezioni da germi antibiotico-resistenti, che causano oltre 35 mila decessi, di cui quasi un terzo in Italia (12mila), che risulta così essere il primo Paese colpito a livello europeo. Ci si ammala di più e si spende in misura sempre maggiore (1,5 miliardi di euro l'anno, secondo i dati dell'Ecdc) a causa dei super batteri.

I dati allarmanti di Resistimit sull'antibiotico-resistenza

Circa il 70% dei casi di infezioni da batteri resistenti agli antibiotici è costituito da infezioni associate all'assistenza sanitaria. "Il lavoro avviato con Resistimit ha consentito di analizzare circa mille pazienti collocati in oltre 40 ospedali italiani di tutto il territorio nazionale colpiti da infezione grave da batteri gram negativi – spiega Marco Falcone, Consigliere Simit, responsabile progetto Resistimit nonché presidente Comitato scientifico dell'Intergruppo parlamentare per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive e tropicali –. Globalmente la mortalità a 30 giorni è risultata pari al 17,6%, ma con importanti variazioni a seconda della specie batterica causa dell'infezione. Per alcuni batteri resistenti come *Klebsiella pneumoniae* produttrice di KPC o NDM la mortalità sale al 22-23%; si giunge a una mortalità del 37% per *Acinetobacter baumannii* e addirittura al 43% per *Stenotrophomonas maltophilia*". I pazienti considerati nello studio hanno un'età mediana di 71 anni e nel 20% dei casi risultano ricoverati nelle Unità di Terapia Intensiva. Molti sono affetti da neoplasia solida (il 27%) o da neoplasie ematologiche (9%) e il 6,3% dei pazienti è stato sottoposto a trapianto d'organo. I focolai d'infezione più comuni sono il tratto urinario, l'addome, i dispositivi intravascolari e il tratto respiratorio. Dai dati preliminari emerge come le infezioni da microrganismi multiresistenti si associano a una terapia più spesso inappropriata nelle prime 48 ore e ciò causa un aumento della mortalità".

L'impegno dell'Intergruppo parlamentare

I dati sono stati presentati al Senato in occasione dell'incontro "Strategie su One Health, antimicrobico resistenza e malattie infettive", organizzato su iniziativa di Fausto Orsomarso,

presidente dell'Intergruppo parlamentare per la prevenzione e controllo delle malattie infettive e tropicali. Un'occasione per stringere un patto tra comunità scientifica e istituzioni con l'obiettivo di definire le strategie con cui affrontare le emergenze infettivologiche. Punto centrale di questa strategia è la piattaforma clinica Resistimit: da una parte vi è un registro dinamico nazionale finalizzato a creare un solido sistema di sorveglianza e condivisione di dati su trend epidemiologici, caratteristiche delle infezioni, mortalità associata all'infezione e altri parametri utili. Dall'altra, un software per la messa in rete di questi dati, che tramite intelligenza artificiale diventeranno utile strumento anche per definire futuri scenari. "Stiamo portando avanti un lavoro cruciale, volto a identificare i pazienti più vulnerabili e le condizioni che li espongono maggiormente al rischio – aggiunge Falcone –. Con Resistimit, per la prima volta, un progetto fornisce una visione concreta dell'impatto devastante della resistenza agli antimicrobici".

Dalla manovra 100 milioni per i nuovi antibiotici

"L'obiettivo dell'Intergruppo parlamentare - ha spiegato Orsomarso - è quello di accogliere le istanze promosse dalla comunità scientifica, con cui lavoriamo a stretto contatto, e di sviluppare un ruolo propositivo anche del legislatore. Il tema dell'antimicrobico resistenza rappresenta una delle minacce più incombenti e ci stiamo occupando di sensibilizzare in tal senso la politica e i cittadini, senza allarmismi ma con consapevolezza. L'approvazione nell'ultima manovra finanziaria di un fondo di cento milioni di euro per antibiotici di ultima generazione rappresenta un primo risultato importante".

Il ruolo della medicina generale

Secondo Claudio Cricelli, presidente emerito della Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg) è fondamentale il ruolo dei medici di famiglia. "Confermiamo l'impegno nel contrastare l'antibiotico resistenza attraverso una continua attenzione alla corretta prescrizione - ha sottolineato - e all'uso corretto degli antibiotici nella popolazione del nostro Paese. Un impegno che parte dai medici di medicina generale ma che deve coinvolgere in pieno anche i cittadini e i caregiver".



Servizio Innovazione

Chirurgia della colonna, Italia leader in Europa. Ecco i numeri, dove e perché vince la «cobotica»

Se la robotica ha ridefinito gli standard di sicurezza e precisione, l'intelligenza artificiale nella pianificazione chirurgica consente la personalizzazione degli interventi. Un quadro completato dall'impiego della telemedicina nel post operatorio

*di Massimo Cardali **

19 febbraio 2025

Le malattie degenerative della colonna colpiscono il 27% degli over 65 e il dolore alla schiena è destinato a crescere con l'invecchiamento della popolazione e la diffusione di stili di lavoro sempre più sedentari. Attualmente, le patologie degenerative della colonna vertebrale colpiscono più di 5.100 persone ogni 100.000 abitanti in Europa – oltre 51 milioni di persone – e un numero equivalente negli Stati Uniti.

L'evoluzione tecnologica nella chirurgia vertebrale non ha solo aumentato la precisione e l'efficacia degli interventi, ma ha avuto un impatto significativo sulla qualità di vita dei pazienti: procedure mininvasive hanno ridotto la durata media della degenza ospedaliera e velocizzato il recupero post-operatorio. D'altro canto, l'adozione di soluzioni robotiche e di imaging avanzato ha ottimizzato l'organizzazione delle sale operatorie, ridotto le complicanze, migliorato gli indici di efficienza. Il tutto si traduce in un abbattimento dei costi sanitari a lungo termine, beneficiando sia il sistema sanitario che i pazienti stessi.

L'esperienza del Papardo di Messina

Grazie a investimenti costanti in formazione e tecnologia di ultima generazione, la neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina è divenuta un punto di riferimento internazionale: unico centro europeo a disporre di due sistemi robotici differenti per la chirurgia vertebrale, con un numero di interventi cerebrali e spinali in continua crescita (sono diverse migliaia le procedure effettuate negli ultimi anni), hub per il training di specializzandi e medici.

Al Papardo l'équipe neurochirurgica è stata pioniera nell'utilizzare la robotica per l'inserimento delle viti transcorticali, una tecnica che incrementa la stabilità delle strutture vertebrali e ottimizza la biomeccanica degli impianti, nel trattare le metastasi vertebrali con termoablazione robot-guidata, un approccio che consente una maggiore selettività nel trattamento delle lesioni, riducendo al minimo l'invasività e migliorando i risultati post-operatori. In più ha siglato, recentemente, una Convenzione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, introducendo il trattamento delle deformità, tra cui le scoliosi degenerative dell'anziano.

Italia punto di riferimento internazionale

L'innovazione in ambito chirurgico non riguarda solo il Papardo di Messina, ma riflette una tendenza nazionale. L'Italia si distingue, in effetti, per la capacità di recepire e implementare le

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

tecnologie più avanzate a livello mondiale. Grazie a una sinergia tra ospedali, università e centri di ricerca, il nostro Paese ha saputo posizionarsi come un riferimento internazionale nel settore. Tra le tecnologie che hanno trasformato profondamente la chirurgia vertebrale vi è la neuronavigazione che permette ai chirurghi di operare con una precisione millimetrica grazie alla ricostruzione tridimensionale delle strutture anatomiche. Ciò ha ridotto il margine di errore e diminuito le complicanze post-operatorie.

Vi è poi un più evoluto imaging radiologico pre e intraoperatorio che ha elevato gli standard della chirurgia vertebrale, e offerto soluzioni a più bassa emissione di radiazioni per il personale sanitario e per gli stessi pazienti.

Il valore aggiunto della “cobotica”

Su tutte le tecnologie, però, negli ultimi anni si è affermata la robotica, o meglio la “cobotica”, ossia sistemi ultra avanzati in cui è centrale la collaborazione tra chirurgo e macchina. Se la robotica ha ridefinito gli standard di sicurezza e precisione, l’intelligenza artificiale nella pianificazione chirurgica consente oggi una vera personalizzazione degli interventi. Nel 2019, in Italia, sono stati eseguiti circa 24.000 interventi di chirurgia robotica, evidenziando una crescita nell’adozione di queste tecnologie.

Tra le altre innovazioni c’è la telemedicina, la quale sta giocando un ruolo cruciale nell’offrire ai pazienti la possibilità di essere monitorati a distanza e, con questo, ottimizzando la gestione del recupero post-operatorio. La telemedicina in Italia è in crescita, con un incremento del 28% delle prestazioni erogate presso le farmacie.

Il progresso tecnologico, dunque, assieme a un approccio orientato alla sicurezza, alla formazione e alla ricerca, costituisce la chiave per garantire un futuro e sostenibile alla chirurgia.

** Professore ordinario di Neurochirurgia Università degli Studi di Messina
Direttore Unità operativa Neurochirurgia Azienda ospedaliera Papardo, Messina*



Servizio Studio europeo

Stili di vita sbagliati e Covid riducono la vita degli italiani di 0,36 anni

Dal 2011 i rischi come obesità, ipertensione e colesterolo alto sono aumentati: il Nord Europa non accusa colpi grazie a investimenti e prevenzione

di Redazione Salute

19 febbraio 2025

Prevenzione e servizi sanitari accessibili. Sono queste le parole chiave per garantire la longevità alle popolazioni europee. Secondo uno studio pubblicato su *The Lancet Public Health* da un team internazionale guidato dall'Università dell'East Anglia nel Regno Unito, l'incidenza delle malattie cardiovascolari e delle neoplasie, accompagnate da diete dannose e scarsa attività fisica, hanno rallentato l'aumento dell'aspettativa di vita in Europa a partire dal 2011. L'analisi ha preso in esame i dati del *Global Burden of Disease 2021*, la ricerca più ampia e completa per quantificare la perdita di salute, stilata dall'*Institute of Health Metrics and Evaluation* sulla base del lavoro di quasi 12mila collaboratori in oltre 160 Paesi e territori.

La frenata più brusca si è registrata in Inghilterra

I ricercatori hanno confrontato in particolare i cambiamenti nell'aspettativa di vita, nelle cause di morte e nell'esposizione della popolazione ai fattori di rischio in tutta Europa tra il 1990 e il 2011, il 2011 e il 2019 e il 2021. Ebbene, negli ultimi tre anni presi in esame hanno inciso sul trend soprattutto gli stili di vita scorretti e ovviamente il Covid-19: la frenata più brusca si è avuta in Inghilterra, ma anche l'Italia, un tempo leader in fatto di longevità, ha fatto registrare negli anni della pandemia uno dei cali più significativi, con una riduzione media annua di 0,36 anni. Non accusano colpi solo alcuni Paesi del Nord Europa, dove sono stati maggiori gli investimenti in sanità pubblica e prevenzione.

L'incidenza delle malattie cardiovascolari

"I progressi nella salute pubblica e nella medicina nel XX secolo hanno fatto sì che l'aspettativa di vita in Europa migliorasse anno dopo anno, ma non è più così - osserva il primo autore dello studio, Nick Steel dell'Università dell'East Anglia -. Dal 1990 al 2011, la riduzione dei decessi per malattie cardiovascolari e tumori ha continuato a portare ad aumenti sostanziali dell'aspettativa di vita, ma decenni di miglioramenti costanti hanno infine rallentato intorno al 2011, con marcate differenze internazionali. Abbiamo scoperto che i decessi per malattie cardiovascolari sono stati il principale motore della riduzione dei miglioramenti dell'aspettativa di vita tra il 2011 e il 2019. Prevedibilmente, la pandemia di Covid è stata responsabile delle diminuzioni dell'aspettativa di vita osservate tra il 2019 e il 2021. Dopo il 2011 - continua l'esperto - i principali rischi come obesità, ipertensione e colesterolo alto sono aumentati o hanno smesso di migliorare in quasi tutti i Paesi. Migliori trattamenti per il colesterolo e la pressione sanguigna non sono stati sufficienti a compensare i danni causati dall'obesità e da diete povere".

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

In Italia pesa la riduzione della spesa sanitaria

I Paesi con la diminuzione più marcata della longevità sono Grecia, Inghilterra, Scozia, Italia, Irlanda del Nord, Portogallo, Galles, Francia, Austria, Paesi Bassi, Spagna, Germania, Lussemburgo e Finlandia. Per quanto riguarda il calo dell'Italia, in particolare, gli autori dello studio ritengono che possa essere 'associato a una riduzione della spesa in sanità pubblica e misure preventive'. Miglioramenti marginali si sono avuti invece in Irlanda, Norvegia, Islanda, Svezia e Danimarca, probabilmente per un mix di fattori tra cui politiche di sanità pubblica più incisive e maggiori investimenti nell'assistenza sanitaria. "Confrontando i Paesi - continua Steel - le politiche nazionali che hanno migliorato la salute della popolazione sono associate a una migliore resilienza agli shock futuri. Paesi come Norvegia, Islanda, Svezia, Danimarca e Belgio hanno mantenuto una migliore aspettativa di vita dopo il 2011 e hanno visto una riduzione dei danni derivanti dai principali rischi per le malattie cardiache, aiutati dalle politiche governative".



Servizio Network europeo

Invecchiare in salute, l'Italia alla guida dello studio europeo

L'obiettivo del progetto è individuare i segnali biologici che portano a una senescenza accelerata e intervenire per rallentare questo processo

di Michela Moretti

19 febbraio 2025

«Negli ultimi 50 anni, la nostra aspettativa di vita è aumentata enormemente, ma non la qualità degli anni finali», afferma Claudio Mauro, professore ordinario di Metabolismo e infiammazione all'Università di Birmingham e ideatore del consorzio europeo Union di cui è coordinatore per il Regno Unito. Union è un doctoral network internazionale, finanziato con 3,4 milioni di euro e 1,1 milioni di sterline attraverso il programma Marie Skłodowska-Curie Actions: riunisce esperti di fragilità, biologia dell'invecchiamento, immunometabolismo e cellule staminali che formeranno nei prossimi 4 anni 17 giovani dottorandi (13 in Eu e 4 in Uk) nell'ambito di progetti volti a identificare strategie per rallentare l'invecchiamento. Il problema, afferma Mauro, è che «se guardiamo i dati, gli ultimi 15-20 anni di vita sono spesso un disastro, sia per l'individuo che per il sistema sanitario».

«L'età è l'unico fattore di rischio che non si può modificare - ricorda Massimiliano Ruscica, professore associato di Patologia generale all'Università di Milano e coordinatore di Union per l'Eu - ma possiamo individuare i cosiddetti "red flag", quei segnali biologici che indicano che un organismo sta entrando in una fase di senescenza accelerata. Una volta individuato questo stato, possiamo intervenire per rallentare il processo».

Secondo Davide Vetrano, uno dei principal investigator di Union e professore associato in Geriatria ed epidemiologia dell'invecchiamento al Karolinska Institute di Stoccolma, il fulcro di questa sfida è la fragilità. «Il problema è la perdita progressiva di riserve fisiologiche e funzionali del nostro organismo, che porta a una condizione di fragilità, aumentando il rischio di malattie croniche. Comprendere i meccanismi che sottendono lo sviluppo della fragilità equivale a poter prevenire o ritardare la fragilità stessa».

I tre grandi assi della ricerca

Il progetto si sviluppa attraverso tre grandi assi di ricerca. Il primo si concentra sulla biologia molecolare dell'invecchiamento, analizzando cellule immunitarie e staminali per individuare i meccanismi che accelerano o rallentano il deterioramento dell'organismo. Il secondo riguarda le vescicole extracellulari, piccole particelle prodotte dalle cellule che trasportano segnali biologici, che potrebbero rivelarsi promettenti biomarcatori di invecchiamento. Il terzo, infine, si focalizza su studi clinici e intelligenza artificiale, analizzando dati raccolti da pazienti anziani fragili e sperimentando strategie anti-aging.

Il sistema immunitario

Il sistema immunitario invecchia e diventa meno efficiente nel rispondere alle infezioni e nel rigenerare i tessuti, un fenomeno noto come immunosenescenza, fattore chiave nel declino generale dell'organismo. «Se riusciamo a mantenere giovane il sistema immunitario, possiamo cambiare radicalmente il modo in cui invecchiamo, perchè significa ridurre l'infiammazione cronica e prevenire molte delle malattie associate all'età - aggiunge Mauro -. Abbiamo dimostrato che alcuni metaboliti, come il lattato o alcuni acidi grassi, non sono semplici sottoprodotti del metabolismo, ma vere e proprie molecole di segnalazione che regolano la funzione delle cellule immunitarie e staminali». Vetrano guiderà due progetti specifici all'interno di Union, ciascuno con un dottorando dedicato. «Uno dei nostri obiettivi è comprendere il ruolo della multi-morbilità, ovvero la presenza di più malattie croniche contemporaneamente, nella progressione della fragilità fisica e cognitiva. Non tutte le combinazioni di malattie presentano gli stessi esiti avversi».

I biomarcatori

Il secondo progetto si concentra sui biomarcatori: «andremo a indagare i segnali biologici alla base di determinate combinazioni di malattie croniche – infiammazione, metabolismo, neurodegenerazione – per individuare potenziali target terapeutici». L'idea alla base si rifà alla geroscience hypothesis: «Gli stessi meccanismi che causano l'invecchiamento sono alla base delle malattie croniche. Se identifichiamo questi processi alla radice, potremmo rallentare l'invecchiamento e prevenire molte patologie legate all'età», spiega Vetrano.

Se la popolazione anziana è in crescita esponenziale, l'invecchiamento sano è destinato a diventare una priorità globale, e la ricerca italiana è molto attiva in quest'ambito. Basti pensare che nel progetto Union il 60% dei principal investigators sono italiani. Nel nostro Paese, oltre all'Università di Milano, sono molto attivi diversi gruppi di ricerca, tra cui spiccano l'Ospedale San Raffaele/Università Vita-Salute San Raffaele e l'Università del Salento.

L'anniversario

Il paziente 1
“La seconda vita
dopo il Covid”

dal nostro inviato
Giampaolo Visetti

CODOGNO

Il coronavirus, Codogno, non sa nemmeno dov'è». Mercoledì 19 febbraio 2020 Mattia Maestri entra per la seconda volta nel pronto soccorso della cittadina del Lodigiano, prossima a diventare la

Wuhan dell'Europa. Ha la febbre alta. Gli antibiotici per «una forma leggera di polmonite» non funzionano.

● alle pagine 24 e 25. Servizio di Corica

2020-2025

Mattia, il paziente 1
“Dopo il Covid
la mia seconda vita”

Il primo europeo a cui fu diagnosticato il virus il 20 febbraio di 5 anni fa: “Io, simbolo per sbaglio, giurai a mia moglie incinta che avrei visto nostra figlia”

dal nostro inviato **Giampaolo Visetti**

CODOGNO – «Il coronavirus, Codogno, non sa nemmeno dov'è». Mercoledì 19 febbraio 2020 Mattia Maestri entra per la seconda volta nel pronto soccorso della cittadina del Lodigiano, prossima a diventare la Wuhan dell'Europa. Ha la febbre alta. Gli antibiotici prescritti in ospedale due giorni prima, per curare a casa «una forma leggera di polmonite», non funzionano. Il ricercatore

dell'Unilever di Casalpusterlengo, 38 anni, maratoneta in perfetta forma, intercetta un sanitario e fa una strana domanda: «Sarà mica il Covid?». La risposta lo esclude con una battuta in dialetto diventata storia.



Passano poche ore e la situazione precipita: la leggera polmonite sta per uccidere un giovane che fino a domenica 16, quando la febbre ha iniziato a salire, stava bene e giocava a pallone con gli amici. «Nessuno sapeva dirmi qualcosa - è il ricordo di Mattia - non ero mai stato così male, senza sapere perché». L'anestesiista di turno al pronto soccorso, Annalisa Malara, non si rassegna. Interroga la moglie del malato, Valentina, al settimo mese di gravidanza. Scopre che il 20 gennaio Mattia aveva cenato con un amico appena rientrato dalla Cina. Non può sapere che quell'uomo non era infetto. Il riferimento le basta per infrangere il protocollo e chiedere il tampone capace di individuare il Covid-19. «Il referto positivo è arrivato la sera del 20 febbraio - ricorda Giorgio Milesi, allora coordinatore degli infermieri della terapia intensiva - e l'ho riletto sei volte incredulo. Da quell'istante il mondo è cambiato per tutti».

Mattia Maestri, originario di Castiglione d'Adda ma residente a Codogno, diventa il "paziente 1": primo europeo a cui il coronavirus viene ufficialmente diagnosticato, primo caso fuori dalla Cina. «All'improvviso mi dissero - sono ancora i ricordi di Mattia - che per curarmi meglio dovevano intubarli e mettermi in coma farmacologico. Ero a un passo dalla morte, disperato, non avevo alternative. Ho perso conoscenza il 20 febbraio a Codogno, convinto di avere la polmonite. Mi sono risvegliato tre settimane dopo nel policlinico San Matteo di Pavia. Per alcuni giorni nessuno mi disse dov'ero, da cosa mi ero salvato, che cosa stava succedendo».

L'epopea della pandemia, in Italia, comincia grazie a una deduzione sbagliata e a un'ipotesi inverosi-

mile. L'amico rientrato dalla Cina, con cui Mattia aveva cenato, non era all'origine del suo contagio. Il fatto che gli antibiotici non facessero effetto su un giovane sportivo non era spiegabile se non credendo in ciò che allora era l'incredibile. «Non si è mai scoperto da chi ho contratto il Covid, nei mesi prima di ammalarmi ho sempre fatto la solita vita, qui nel Lodigiano». Certo è che cinque anni fa per lui sono iniziate le riprese di quello che definisce «molto più di un film». «In un mese e mezzo - dice - ho preso un virus che fuori dalla Cina allora nessuno conosceva. Non sono morto grazie a medici e infermieri eccezionali. Ho scoperto che anche mia moglie e mia madre erano rimaste infettate ed erano guarite. Ho saputo che mio padre Moreno, il 19 marzo, è morto in ospedale a Varese. Appena dimesso, ai primi di aprile sono riuscito ad assistere alla nascita di mia figlia Giulia, nata a Milano. Attorno a noi un'umanità devastata, migliaia di morti, il lockdown». A salvare Mattia, oltre alle dottoressa Malara, è Raffaele Bruno, direttore del reparto di malattie infettive del San Matteo di Pavia: «Il mio secondo papà, perché mi ha donato una seconda vita».

«Quei giorni tragici - ricorda Bruno - mi hanno insegnato due cose: la normalità è un privilegio, prima eravamo felici e non lo sapevamo». Il 23 febbraio dieci Comuni del Lodigiano vengono isolati dentro la prima "zona rossa", assieme a Vo' Euganeo, istituita in Occidente: 50 mila le persone di fatto in quarantena, chiusi uffici, scuole e negozi. In soli due giorni i casi di Covid nella zona salgono a 16, il 23 febbraio sono già 60. La scoperta del Covid in Mattia Maestri e la zona rossa del Lodigia-

no salvano Milano da una strage ancora peggiore, che non risparmia invece Bergamo e la Val Seriana. «Non mi sono mai vergognato di essere impropriamente identificato come paziente 1 - sono ancora i ricordi di Mattia - evitare il contagio per me era impossibile. Un simbolo serviva. La guarigione del primo diagnosticato ha dato fiducia. I malati non hanno smesso di lottare. Medici e infermieri sono stati incoraggiati a moltiplicare i sacrifici per un'impresa che ha restituito a scienza e senso del dovere un ruolo centrale nella vita». Per rimettersi in piedi, dopo un mese di ospedale, gli serve un altro mese. Un anno per riprendere in pieno tono muscolare e controllo delle gambe. Decisiva, la disciplina appresa grazie alla passione per lo sport.

«Nel 2022 - dice Mattia - gli allenamenti mi hanno spinto perfino a partecipare all'IronMan, competizione che somma nuoto, corsa e bicicletta. Sono un miracolato fortunato e un simbolo per sbaglio: accetto il dovere di non sparire, ma è tempo di vedermi riconosciuto anche il diritto di rientrare in un normale anonimato». Cosa resta, cinque anni dopo? «Il Covid ha insegnato due cose. La prima è che la vita è imprevedibile e che per questo ogni istante va goduto senza restare sempre ad aspettare qualcosa. La seconda è che ci salva l'amore: prima di essere intubato ho accarezzato il pancione di mia moglie e le ho promesso che sarei tornato per vedere nascere nostra figlia. Nulla di razionale, ma è questo impegno che per me ha fatto la differenza tra la vita e la morte».

198.877

I morti

Dal 21 febbraio 2020, quando morì di Covid il primo italiano, Adriano Trevisan, il numero dei deceduti nel nostro Paese sfiora quota 200 mila



Maratoneta e ricercatore

Mattia Maestri, maratoneta e calciatore, oltre che volontario alla Croce Rossa e ricercatore per una grande multinazionale, fu il paziente 1 di coronavirus in Europa

L'immagine

La foto dell'infermiera Elena Pagliarini scattata nella notte tra il 7 e l'8 marzo del 2020





Dir. Resp.: Marco Girardo

Il sindaco Sala: «Vedo con favore l'attivismo sull'argomento»

Beppe Sala torna a battere un colpo sul tema del fine vita: «Io sono a favore di una regolamentazione - ha detto ieri il sindaco di Milano -. Capisco chi dice che deve essere una regolamentazione statale, però non si può continuare a

rinvviare a un'azione che non viene presa a livello governativo». Così Sala ha commentato le polemiche sul primo caso in Lombardia di suicidio assistito. «Io vedo solo con favore l'attivismo che c'è in parecchie parti d'Italia per andare incontro a tanti che, a

mio giudizio in modo legittimo, chiedono di porre fine alla propria vita - ha aggiunto -. Poi questo non vuol dire che si possa fare senza regole».



LA STORIA DEL TETRAPIEGICO MARCHIGIANO CHE SUPERA OGNI OSTACOLO. CON GLI ALTRI

Tutti attorno a Tonino, più forte della malattia

VINCENZO VARAGONA

«**N**on voglio giudicare nessuno, ma, leggendo le vite di chi sceglie l'eutanasia, secondo me solitudine e scarsissimi servizi portano alla disperazione». Tonino non ha più l'uso degli arti dopo un'infezione che lentamente lo ha reso tetraplegico. Una vicenda cominciata 23 anni fa, ancora senza una diagnosi certa. Il protagonista vive nelle Marche. Nasce subito dopo la seconda Guerra mondiale, cresce in una famiglia cristiana e mentre frequenta l'università, dove si laurea con una tesi sulla libertà di stampa, collabora con il settimanale e la radio della diocesi. Ama musica, arte e fotografia. Grazie all'amore per la poesia, conosce Valentina, che abita a 30 chilometri da lui. «Le scrivevo una lettera al giorno e una volta alla settimana la raggiungevo in bici». Diventa impiegato statale. Si sposa, nascono due figli. Nel 2002, una domenica Tonino si sveglia con la febbre alta. Sembra un'influenza ma non risponde ai farmaci, e mentre sta andando in ospedale si

accascia e non riesce a rialzarsi. Cominciano gli esami, un mese e mezzo prima di iniziare la peregrinazione tra centri di riabilitazione in tutta Italia. «Lui - racconta Valentina - continua a sorridere, a socializzare con chi incontra in corsia. Ascolta, conforta, telefona, racconta di sé». Mesi dopo rientra a casa. Ormai è paraplegico, si sposta con una carrozzina. Lavora da casa, per entrare e uscire deve superare 53 gradini. La vita è fisioterapia, piscina, lavoro e ricerca di diagnosi e

nuove soluzioni per affrontare la quotidianità. La disabilità non gli impedisce di insegnare in università. Complicazioni cliniche rendono necessario un nuovo ricovero, in un'unità spinale. Quando viene dimesso Tonino non riesce più a muovere né braccia né mani: è tetraplegico. Torna a casa dopo otto mesi, a Natale. È successo di tutto, ma è felice: durante il viaggio nevicava, si ferma con Valentina in cima a un valico, lo stesso che superava in bici. A casa Tonino si fa costruire un supporto per la penna da afferrare

con i denti. La

prima parola che scrive è "grazie". Usa il computer con l'aiuto di una telecamera a raggi infrarossi: manda email, legge giornali online, ascolta musica, scrive documenti, cerca informazioni. Si sposta con una carrozzina elettrica che guida con le labbra. Nel 2016 arriva il terremoto e la sua casa diventa inagibile. Per due mesi dormono tutti in una camera sola,

in un alloggio sulla costa, per poi essere ospitati in una struttura alberghiera, riprogrammando le esistenze, fino all'estate, quando l'albergo va la-

sciato. Dopo lunghe ricerche, trovano un appartamento accessibile in un borgo isolato di campagna. La neve invernale causa l'interruzione dell'energia elettrica. Con fatica interviene la protezione civile con un generatore di corrente. Poi arrivano il Covid e un nuovo trasloco, finalmente nella casa risistemata dopo il sisma. Tonino, nono-

stante tutto, ci accoglie con il sorriso e continua a dire che «la vita è un'avventura».

Ricorda la paura di un Venerdi Santo. Non si svegliava. In ospedale gli dicono che ha una polmonite: non riesce a parlare, ha difficoltà di deglutizione. Gli preparano cartelli colorati con le frasi e le richieste ricorrenti: Tonino dice "sì" con un doppio battito di ciglia e "no" chiudendo gli occhi. Gli viene applicata la Peg per alimentarlo, non c'è neanche più il piacere di mangiare. Torna ancora in ospedale per complicazioni, il personale sanitario è stupito della forza con cui affronta tutte le emergenze. Rientra a casa e anche ricevere la Comunione diventa un problema, finché un sacerdote amico trova una soluzione che gli permette di non sentirsi escluso dai sacramenti. E Tonino ringrazia, per la vita e per l'amore.

Grazie al supporto della ventilazione polmonare notturna il tono di voce è migliorato. La sua è una condizione di vita, probabilmente, comune a tante persone, ma - osserva Valentina - «è molto difficile trovare tanta forza e serenità». Tonino guarda lei e i figli: «Se non ricevi affetto e sostegno, fai fatica ad avere voglia di vivere ed essere sereno».



Tonino a Natale con la famiglia



Rocca: con noi una sanità migliore

► Il bilancio di due anni alla guida della Regione: «Tempi di attesa delle visite ridotti del 70% Chiederò al governo di farci uscire dal piano di rientro. Punto ad ottenere il secondo mandato»

Francesco Rocca traccia il bilancio dei primi due anni di mandato, riservando una parte importante della conferenza alla situazione della sanità. Ma annunciando anche la sua volontà di ricandidarsi e puntare a un secondo mandato e di risolvere, «entro pochi giorni» la querelle politica che fa fibrillare la maggioranza dalla fine della scorsa primavera. A giorni, dunque, è atteso un

rimpasto di giunta con la delega all'Urbanistica che passa a Forza Italia dalla Lega che incamera quella della Protezione civile. Per Rocca, la sanità nel Lazio è migliorata ma «c'è ancora un 5 per cento di persone che non riusciamo a seguire e quel 5% rappresenta per me un cruccio».

Magliaro a pag. 54



Il lavoro della politica

I primi due anni di Rocca «Con noi una sanità migliore punto al secondo mandato»

► Il bilancio del presidente della Regione: «Tempi di attesa ridotti del 70 per cento grazie alla riforma del Recup. Chiederò al governo di farci uscire dal piano di rientro»

IL RAPPORTO

«L'obiettivo per quanto mi riguarda personalmente, a fronte di fantasie creative che leggo, è essere rieletto per un secondo mandato. L'unica cosa che potrà impedirlo è la salute, motivo in più per fare bene nella sanità». Francesco Rocca, presidente della Regione Lazio, traccia il bilancio dei primi due anni di giunta e annuncia anche l'intenzione di ricandidarsi per un secondo mandato.

FIBRILLAZIONI

Il governatore affronta anche il nodo delle fibrillazioni interne alla maggioranza di centro-destra che, da giugno scorso, van-

no su e giù con Forza Italia oggi o la Lega domani che punta i piedi, chiede più peso, maggior dialogo e condivisione delle decisioni politiche.

Rocca annuncia: «In questa settimana, nei prossimi giorni, nella giunta del Lazio ci sarà l'avvicendamento per la delega all'Urbanistica che passerà dall'assessore della Lega, Pasquale Ciacciarelli, a Forza Italia».

In lizza per occuparsi della nuova delega ci sono l'attuale assessore forzista a Lavoro e Scuola, Giuseppe Schiboni, oppure due nomi fra gli uomini di Taja-

ni: Alessandro Calvi, candidato sindaco di Latina, o l'ex consigliere regionale, Giuseppe Simeone.

SOTTOSEGRETARI



Sembra avviarsi invece al tramonto l'idea che l'imposte politica interna in Giunta si possa superare con l'istituzione dei cosiddetti "sottosegretari", qualcosa di più del ruolo di assessore. «Ci vuole una riforma dello Statuto della regione, una procedura non proprio agevole», ha detto Rocca.

Poi, qualche accenno veloce a Urbanistica, grandi opere, trasporti, servizi sociali, agricoltura ma, fundamentalmente tanta parte del rapporto di Rocca è stata occupata dalla sanità: ambulanze, pronto soccorso, liste d'at-

tesa, nuovi ospedali, grandi macchinari, assunzioni e stabilizzazioni.

NUMERI

«La riforma del Recup ha determinato, gradualmente, un aumento delle prestazioni erogate e contestualmente una riduzione dei tempi di attesa: per chi ha prenotato una visita dal primo gennaio 2025 a oggi (oltre 700mila cittadini che hanno prenotato sul Recup), nel 95,7% ha ricevuto un appuntamento nei tempi di garanzia previsti dalla legge. La percentuale sale al 96,5% per le oltre 470mila prestazioni critiche monitorate e prenotate», ha detto Rocca che, lo ricordiamo, ha conservato la delega della Sanità nelle proprie mani.

Secondo i dati presentati, questo equivale a una forte riduzione delle liste d'attesa: «I tempi medi di attesa di gennaio 2023-2024-2025 si sono ridotti

da 31 giorni nel 2023 a 9 giorni nel 2025, con un abbattimento del 70% dei tempi, a fronte di un aumento di oltre 70mila prestazioni erogate in più nel mese di gennaio 2025 rispetto al mese di gennaio 2023», ha precisato il governatore.

CONTI

Il Lazio inoltre «è tra le prime regioni d'Italia ad aver istituito dal luglio 2023 il sistema informativo lista di attesa per intervento chirurgico (laic), su cui è stato effettuato un primo aggiornamento a dicembre 2023». Ma se si parla di sanità ovviamente il tema è legato a doppio filo allo stato di salute dei conti. E su questo punto è arrivata la stoccata dal governatore alla precedente giunta guidata dal

Pd: «Il nostro lavoro ha fatto pulizia sui bilanci regionali. I bilanci che abbiamo ereditato e non lo dice, Francesco Rocca ma lo dice la Procura della Repubblica, erano bilanci ideologicamente falsi» ha detto Rocca riferendosi alle ultime querelle giudiziarie sui conti della sanità nel Lazio. «Abbiamo chiuso il 2023 con 32 milioni di utile e il 2024 con 40 milioni di utile», ha poi affermato.

LETTERA AI MINISTRI

Ma Rocca guarda anche oltre. Per questo nelle prossime ore sarà inviata ai ministri dell'econo-

mia e della salute, Giorgetti e Schillaci, «una lettera ufficiale per uscire dal piano di rientro» avviato nel 2007 che consentirà alla Regione di tornare in possesso degli automatismi fiscali, permettendo una riduzione fiscale significativa per i redditi più bassi, a partire dal 2027.

REAZIONI

Per il ministro della Salute, Orazio Schillaci, «Ringrazio Rocca per il lavoro che sta portando avanti: con la centralizzazione del Cup e la riorganizzazione del sistema, i cittadini del Lazio stanno già beneficiando di una programmazione più efficiente ottenendo le visite nei tempi previsti per legge e con più prestazioni a disposizione. Ciò conferma che il problema dei tempi d'attesa si può risolvere». Plauso dall'assessore Luisa Regimenti, e dai consiglieri di maggioranza: Daniele Sabatini, Marco Bertucci, Edy Palazzi, Marika Rotondi.

E critiche dalle opposizioni. Per Alessio D'Amato «Con Rocca aumentano le persone che rinunciano alle cure» e per il dem Massimiliano Valeriani «La sanità nel Lazio è al collasso, la ricetta Rocca non funziona».

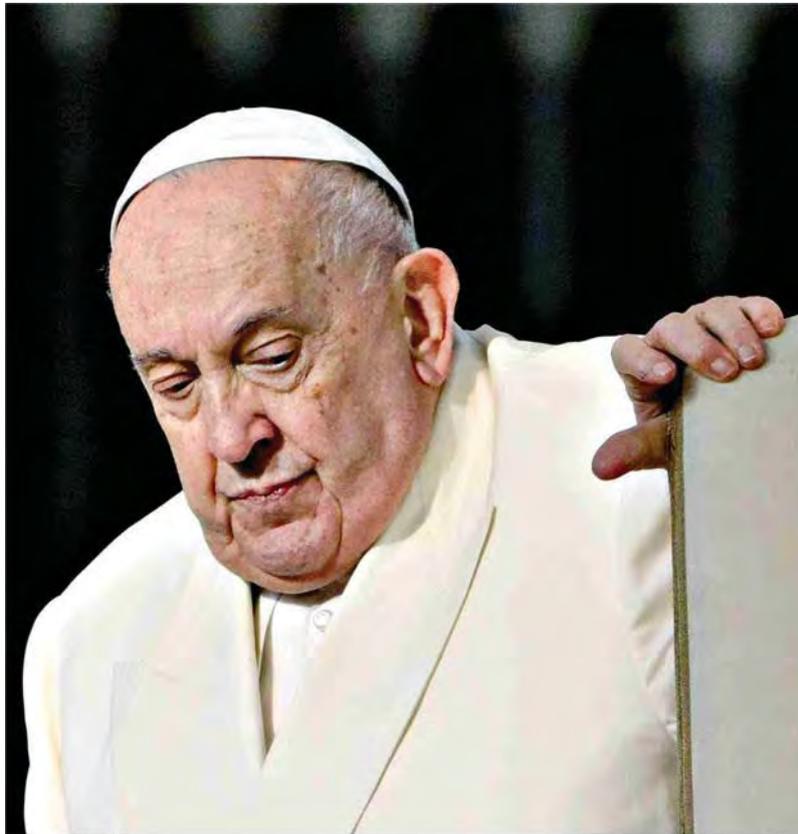
Fernando M. Magliaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Vaticano

I medici: il Papa in lieve miglioramento La visita di Meloni: era di buon umore



ALBERTO DI ZOTTI / A3

Papa malato, lieve miglioramento E lui lascia il letto per la poltrona

Quadro sempre
complesso ma per la
prima volta i farmaci
sembrano avere effetto
E Bergoglio si alza
per ricevere un'ospite
a sorpresa

di **Iacopo Scaramuzzi**

CITTÀ DEL VATICANO – Una schiarita in un panorama di nubi. Le condizioni cliniche di papa Francesco ieri hanno registrato un «lieve miglio-

mento», per quanto la polmonite bilaterale accertata nella giornata di lunedì sia lungi dall'essere guarita.

Francesco è ricoverato da una settimana e le notizie filtrate dall'appartamento al decimo piano del po-

liclinico Gemelli hanno marcato un'escalation di aggravamento: dalla bronchite alla «infezione delle vie respiratorie» alla polmonite bilatera-



le. Tre cambi di terapia in pochi giorni. Come se gli antibiotici non riuscissero a fare effetto e il corpo del Pontefice 88enne non reagisse a sufficienza. Certo, c'è stato bisogno di alcuni giorni per elaborare gli esami microbiologici e calibrare la giusta cura antibiotica. E certo, la polmonite è stata rilevata dalla tac di martedì sera con quello che Oltretevere viene percepito come un buon tempismo, con l'infezione ai polmoni che sarebbe ancora limitata a focolai circoscritti. Ma nessuno si nasconde che la situazione resta difficile, il quadro clinico emerso da giorni è «complesso», Francesco soffre di diversi acciacchi, non da ultimo il fatto che dal 2022 quasi non cammina più e si è inevitabilmente appesantito.

Le notizie di ieri, però, lasciano trasparire qualche segnale positivo. «Gli esami del sangue, valutati dallo staff medico, dimostrano un lieve miglioramento, in particolare degli indici infiammatori», recita il bollettino medico diramato come ogni sera dalla sala stampa vaticana. Arrivato al Gemelli con qualche linea di febbre, Bergoglio da giorni è apiretico. Un dato che viene confermato in-

direttamente anche dal bollettino di ieri, secondo il quale «le condizioni cliniche del Santo Padre si presentano stazionarie». Fonti vaticane precisano che Bergoglio non è sottoposto a una somministrazione supplementare di ossigeno, almeno in forma stabile, ed è «autoventilato», cioè respira da solo. Le stesse fonti sottolineano che «il cuore del Papa regge molto bene», fatto cruciale laddove l'infezione avesse conseguenze cardiache.

Il Vaticano si mostra rassicurante anche sulla descrizione della giornata del Papa. Che ieri per la prima volta da quando è ospedalizzato ha ricevuto un'ospite, e che ospite: Giorgia Meloni, che lo ha trovato «vigile» e sempre dotato di «senso dell'umorismo». Visita che segnala, tra l'altro, che non c'è un allarme esagerato, come pure qualcuno aveva ipotizzato, sul rischio che il Papa interagisca con l'ambiente esterno. L'appartamento al decimo piano della palazzina E è isolato, l'ambiente asettico, lo scambio certo è rarefatto ma non è azzerato. Jorge Mario Bergoglio è circondato da infermieri, medici, gendarmi vaticani e poliziotti italiani. Se nei primi giorni c'era la sensazione che fosse sempre allettato, ieri fonti vaticane hanno precisato che invece si alza, siede in poltrona, e insomma ha una qualche pur limitata mobilità. Se il Pontefice argentino si sente ingabbiato in Vaticano, figurarsi in una stanza d'ospedale. Ma le sue giornate trascorrono comunque tra varie attività. Il tutto avviene senza troppo impegnare il Papa ma-

lato: anche ieri «prima di pranzo ha ricevuto l'Eucarestia», ha riferito il portavoce vaticano Matteo Bruni, non ha dunque celebrato messa di persona. Il Papa fa una colazione leggera, legge i giornali, riposa un po', ma continua a vedere i suoi segretari, che fanno la spola tra il Vaticano e il policlinico, gli portano carte, lo aiutano nella corrispondenza, così come nelle telefonate serali tramite smartphone alla parrocchia di Gaza. Il Papa lavora, ancorché a ritmi molto contenuti, è in contatto con i suoi collaboratori più stretti, il cardinale Pietro Parolin, rientrato ieri dal Burkina Faso, e il Sostituto agli affari generali Edgar Peña Parra. In questi giorni ha contattato al telefono alcune persone a cui tiene particolarmente. A pranzo e a cena segue la dieta del Gemelli, alle 20 dà un'occhiata al Tg1, poi dorme. La fragilità c'è, ma nella giornata di ieri c'è stata qualche buona notizia. «Spero che riescano a tenerlo in ospedale fino a che non sarà guarito del tutto», ha commentato dal Piemonte la cugina del Papa, Carla Rabezzana, 93 anni, «perché lui sicuramente proverà a farsi dimettere prima».

I punti

La successione delle diagnosi

1 **La bronchite**
Il Papa è stato ricoverato venerdì al policlinico Gemelli per l'acuirsi della bronchite (inizialmente un "raffreddore") che si trascinava da inizio febbraio, continuando bagni di folla e impegni giubilari

2 **L'infezione**
Lunedì i risultati degli accertamenti dei giorni precedenti «hanno dimostrato una infezione polimicrobica delle vie respiratorie che ha determinato una ulteriore modifica della terapia»

3 **Le febbre**
Quando è arrivato al Gemelli il Papa presentava «lieve alterazione febbrile», dal giorno dopo la febbre è passata: per i medici un segno positivo, confermato dalle condizioni «stazionarie» di ieri

4 **La polmonite**
Martedì Bergoglio è stato sottoposto a una «tac al torace» che ha rilevato una polmonite bilaterale, ossia a entrambi i polmoni, «che ha richiesto un'ulteriore terapia farmacologica»



La patologia

Il mistero delle cure cambiate “Forse ha sviluppato una resistenza agli antibiotici”

di **Michele Bocci**

ROMA – Una situazione complessa, un Papa anziano che ha già avuto guai di salute, in molti casi proprio alle vie respiratorie. Il Vaticano martedì ha riferito di condizioni che si sono aggravate, con l'estensione dell'infezione ai polmoni. Al di là delle note ufficiali, molti aspetti restano però poco chiari, come quelli che hanno a che fare con i trattamenti, la diagnosi e lo stato attuale di salute del Santo Padre. Difficilissimo oggi dire quanto tempo ci vorrà perché si riprenda.

Il ruolo del cortisone

Il primo elemento su cui ci sono poche informazioni riguarda il cortisone. Il Papa lo ha preso prima del ricovero, ma per quanto tempo? Il farmaco è stato somministrato quando la bronchite è stata affrontata a casa o anche prima, visto che Francesco soffre di problemi cronici? «Chi è cronicamente sotto cortisone ha un vantaggio sulla reazione infiammatoria, che è meno potente, però anche una maggior facilità di contrarre infezioni, perché la sua risposta immunitaria è soppressa. Questo ovviamente può rendere più difficile anche debellare l'infezione farmacologicamente», dice Nicola Montano, ordinario a Milano e presidente della Società italiana di medicina interna. «Ovviamente per comprendere il ruolo del farmaco, bisognerebbe conoscere perché ha preso il cortisone e i dosaggi», chiude Montano

I cambiamenti delle terapie

I medici, ha detto il Vaticano, da venerdì a martedì hanno cambiato due volte la terapia iniziale. Perché sono state fatte tre scelte farmacologiche diverse? È probabile che subito dopo il ricovero siano stati utilizzati antibiotici ad ampio spettro. «Questo è normale dopo l'ingresso in ospedale, quando si aspettano i risultati degli esami – dice Gianni Rezza, infettivologo già all'Istituto superiore di sanità e al ministero alla Salute e oggi al San Raffaele – Quando i test dicono qual è il micro organismo responsabile dell'infezione, si cambia il farmaco». Ma la seconda terapia adottata per il Papa non è stata quella definitiva. Martedì, infatti, il trattamento è cambiato ancora. «È possibile che sia stato individuato un altro batterio – spiega Rezza – Ma c'è anche la possibilità che la terapia non abbia prodotto una buona risposta contro quel batterio e quindi si sia deciso di cambiare farmaco». Potrebbe esserci un problema di resistenze agli antibiotici, anche legato a farmaci assunti prima del ricovero.

La scoperta della polmonite

Il Vaticano all'inizio ha parlato di bronchite. Nei giorni successivi ha fatto riferimento solo a un'infezione respiratoria e martedì ha rivelato che gli esami hanno accertato una polmonite bilaterale. La patologia è quindi esplosa quando era in ospedale? «È possibile che nelle immagini degli esami fatti venerdì non si vedesse niente», dice Francesco Blasi, ordinario di pneumologia a Milano: «Forse – dice ancora Blasi – la pol-

monite c'era già in forma meno evidente. Ora però non sappiamo se c'è un interessamento completo dei due lobi e quanto sono grandi due focolai. La cura, comunque, è la stessa della bronchite». Già domenica 9 il Papa ha avuto problemi a leggere l'omelia. Il ricovero è avvenuto dopo 5 giorni, troppo tardi? Anche per rispondere a questa domanda mancano elementi, come l'estensione della polmonite.

Tempi di ricovero e ripresa

Davanti al Papa ci sono ancora giorni di ricovero. Quanti? Ora è impossibile dirlo. «Una polmonite senza assistenza intensiva richiede una degenza di almeno 7-10 giorni», dice Niccolò Marchionni, presidente della Società italiana cardiologia geriatrica. I tempi per Francesco però potrebbero essere molto più lunghi. «Di certo ci sarà da pensare alla riabilitazione. In una decina di giorni di ricovero l'anziano fragile perde alcuni chili di massa magra. Per questo ci vuole una riabilitazione. Quella polmonare, che prevede esercizi di respirazione, e quella che prevede attività fisica». Ci vogliono almeno due mesi per rimettersi in sesto.

