

17 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

BZ Rebel Pay per you

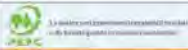
la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo

Inquadra il risparmio sulla polizza auto BZ Rebel Pay per you



Lunedì 17 febbraio 2025

Oggi con Affari&Finanza

Abbonamento €1,70

IL VERTICE

Ucraina, piano europeo

Oggi la risposta a Trump dei leader dei paesi Ue, di Gran Bretagna e Nato. Anche Meloni a Parigi. Una forza di interposizione e un inviato ai negoziati: ipotesi Merkel. Gli Usa: "Tregua entro Pasqua"

Sfida al Cremlino, migliaia in piazza a Mosca per ricordare Navalny

Il futuro dell'Unione in gioco

di Alberto D'Argenio

Almeno di un mese dal ritorno di Donald Trump alla Casa Bianca, l'Europa si accorge di essere sotto attacco. Anzi, di più. In pochi giorni cancellerie e istituzioni si sono rese conto che la partita è senza precedenti: l'Unione è vittima di un'aggressione concentrica su più livelli. Politico, economico, culturale e potenzialmente militare. Una sfida che questa volta arriva dal cuore dell'Occidente, dal capobranco che per 80 anni ne è stato il faro: l'America. Nelle prime settimane del Trump II, l'Europa ha scelto la prudenza, sperando che il temuto tsunami transatlantico si rivelasse un'onda navigabile. Ma dopo che alla Conferenza di Monaco il vicepresidente J.D. Vance ha bastonato i valori europei, si è lanciato in una ingerenza senza precedenti nella politica interna del principale Paese Ue chiedendo a Friedrich Merz di governare con i neonazisti della AfD dopo le elezioni di domenica prossima e infine con l'esclusione del continente dai colloqui sull'Ucraina, l'Unione ha capito: questa volta la sfida è esistenziale.

continua a pagina 20



Mosca Borisovskoye Cemetery: a un anno dalla morte di Navalny l'omaggio di migliaia di persone

L'Europa risponde a Trump con un vertice oggi a Parigi. Macron e von der Leyen incontreranno il leader di Italia, Germania, Polonia, Inghilterra, Spagna e Danimarca. Si definirà il profilo dell'inviato per i negoziati sull'Ucraina: spunta il nome di Merkel. Gli Usa annunciano la tregua entro Pasqua. E a Mosca migliaia di persone sono scese in piazza per ricordare Navalny.

di Basile, Brera, Castelletti, Ciriaco, Di Feo, Ginori, Mastrobuoni e Tito

da pagina 2 a pagina 8

Atlantè politico

Ora la fiducia nel governo scende ai minimi

di Ilvo Diamanti

Il quadro degli orientamenti di voto degli italiani è stabile. Con una partita a due - FdI e Pd - in cui il partito di Giorgia Meloni conferma il suo primato. Primato, per altro, che la premier vanta anche fra i leader politici. Tuttavia, un campanello di allarme per il governo c'è: la fiducia dei cittadini nei suoi confronti è ai minimi.

a pagina 14

Le idee

A Sanremo la fragilità del maschio

di Michela Marzano

Olly, Lucio Corsi, Brunori Sas, Fedez, Cricchi: i primi cinque classificati a Sanremo 2025 sono uomini. Tutti. Come se le donne fossero scomparse, di nuovo invisibili, o comunque irrilevanti. E anche se le loro età variano - generazione X, Z, Millennial - il dato di fatto resta: sono tutti, inesorabilmente, maschi. Ma sono uomini che sono arrivati sul palco dell'Ariston con testi autentici, che raccontano difficoltà vere, fragilità vere. C'è chi, come Olly, parla di un ragazzo che rimpiange un amore ormai dissolto; Lucio Corsi racconta di qualcuno che non è mai stato un duro; Brunori canta la paternità inattesa. Sono tutti uomini, sì, ma nessuno di loro parla la lingua della virilità tossica. Nessuno usa un linguaggio sessista o violento. Nessuno canta di donne da conquistare, possedere, punire o persino ammazzare se provano a riprendersi in mano la propria vita. Nessuno di loro (era ora!) incarna il patriarcato.

continua a pagina 20

Così il televoto ha rovesciato ogni pronostico

dai nostri inviati Fumarola, Macor e di Di Paolo

da pagina 24 a pagina 27



Rimadesio

La tragedia

Sbranata a 9 mesi dal pitbull di casa

dal nostro inviato Antonio Di Costanzo

ACERRA (NAPOLI) - Il cane di famiglia, un pitbull di grossa taglia, ha azzannato e ucciso Giulia, neonata di 9 mesi, che dormiva sul letto con il papà. Questa la seconda versione che ha fornito agli investigatori Vincenzo Loffredo, il genitore 24enne, dopo aver parlato all'inizio di un'aggressione subita da un randagio in strada. La tragedia si è consumata in un appartamento del rione popolare Ice Snel ad Acerra, provincia di Napoli. Intorno alle 23 di sabato l'uomo è corso verso la vicina clinica Villa dei fiori stringendo tra le braccia la figlia.

a pagina 16



La Juve piega l'Inter è suo il derby d'Italia

di Crosetti, Gamba e Vanni nello sport

CORRIERE DELLA SERA

KES

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

DEL LUNEDÌ

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

BE Rebel Pay per you



Inzaghi a meno due da Conte
La Juve batte l'Inter e il Napoli allunga
cronaca, pagelle e commenti alle pagine 30, 31 e 32



Un party per i 60 anni Piper, il tempo beat che inventò i giovani
di Manuela Pelati a pagina 19

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

Agenda in 5 punti
MA ADESSO PARLIAMO DI CRESCITA
di Francesco Giavazzi

Tempo che ci si occupi di crescita. L'allarme degli imprenditori — che hanno alzato la voce chiedendo di riorientare le priorità del Paese a favore di aziende, famiglie, investimenti — è tardivo, ma finalmente è arrivato.

La presidente del Consiglio da mesi propone il ritorno sul boom di occupazione, omettendo di ricordare che l'aumento dell'occupazione si accompagna a un processo di riallocazione del lavoro: meno industria, più servizi con minore produttività e minor valore aggiunto.

Da Macron vertice con alcuni dei leader Ue, Nato e Starmer. A Riad americani e russi, senza ucraini
Kiev, il duello Europa-Usa
Meloni a Parigi con riserva: format debole, meglio un Consiglio straordinario

L'ANALISI
Chi ha paura di Trump
di Beppe Severgnini
Un fratello e una sorella abitano insieme nella vecchia dimora di famiglia. Una vita tranquilla e abitudinaria... continua a pagina 22

DATAROOM
La fabbrica delle fake news
di Milena Gabanelli e Mara Gergolet
Disinformazione e fake, la Germania è sotto attacco. Ecco chi c'è dietro. L'effetto moltiplicatore e il ruolo di Elon Musk a favore dell'Afd. a pagina 15

GIANNELLI
PUTIN E TRUMP DIALOGANO
CHI SÀ CHE C'È SOTTO?
da pagina 2 a pagina 6

LA PREMIER, IL RETROSCENA
L'idea che Vance abbia ragione su alcuni punti
di Marco Galluzzo
Parigi, alla fine, Giorgia Meloni ci sarà. Sul tavolo convocato da Macron la decisione su quale risposta comunitaria dare dopo le mosse di Trump che sulla trattativa di pace tra Russia e Ucraina ha tagliato fuori Bruxelles. Le riserve della premier italiana, i dubbi sulle ragioni di Vance e le telefonate con la Casa Bianca. a pagina 3

OLTRE SANREMO
Lacrime, critiche Noi e il brano di Cisticchi che farà storia
di Aldo Cazzullo

Coni sono opere senza tempo. Come il Battesimo di Gesù di Piero della Francesca, un quadro rinascimentale che potrebbe essere una tela simbolista di fine Ottocento, o potrebbe essere stato dipinto ieri. Oppure, per venire alle canzoni, «Il cielo in una stanza» di Gino Paoli, che ha 65 anni ma è fresca come uno zampillo. continua a pagina 28

Le storie Il dramma della 25enne: La morte di Camilla, che lavorava per Sorrentino



Camilla Sanvolsin, ceramista e figlia di un produttore tv, aveva 25 anni
Camilla, Giacomo e la droga
di Rinaldo Frignani e Ilaria Sacchettoni
Camilla Sanvolsin è morta dopo aver sniffato l'eroina procurata dal fidanzato, che è indagato per morte in conseguenza di un altro reato. Come il pusher. a pagina 16



Luca Canfora, 51 anni, ritrovato senza vita nel mare di Capri nel settembre del 2023
Capri, il mistero del costumista
di Fulvio Bufi
È un mistero la morte a Capri di Luca Canfora, il costumista di Sorrentino. Per la famiglia, che ha presentato un esposto, non si sarebbe suicidato. Le indagini. a pagina 17

LA MADRE ELON, RISPONDI
E al 13° figlio papà Musk finisce nei guai
di Massimo Gaggi
L'influencer Ashley St Clair, 26 anni, ha scritto a Musk sui social: «Io un figlio da te, rispondi su X». Il piccolo di cinque mesi, per Elon, che per ora tace, sarebbe il tredicesimo figlio. a pagina 14

IL QUESTO SUI SOCIAL
Salvini «sonda» la base leghista: fine vita, tanti sì
di Marco Cremonesi
Salvini ha lanciato tre giorni fa, sui social, il sondaggio sul fine vita. E la stragrande maggioranza dei pareri della base leghista è stata a favore di una regolamentazione. a pagina 13 Bettoni

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Ad Asterix devo la mia passione per la lettura. Ne divoravo le avventure e l'immane finale con il grande banchetto sotto le stelle e Assurancetrux, il bardo stonato, legato e imbavagliato. Amavo quella gioiosa tavolata a tutta pagliana e speravo sempre nel riscatto del cantore confinato nella casa sospesa su un albero. Quella immagine mostrava che la cultura di un popolo si vede da come fa festa, e noi facciamo festa con Sanremo, rito ancora capace (Nazionale di calcio a parte) di unire (anche solo per criticarlo, memarlo o snobbarlo) il Paese. Ma dove risiede il suo potere festivo? Per Darwin attività come ascoltare o fare musica, non avendo «il minimo utile diretto per l'uomo... devono essere collocate fra le più misteriose di cui è dotato» (L'origine dell'uomo). Ma il mi-

«Suonala ancora, San»

stero è presto detto: l'utile salva l'animale, l'inutile l'umano, e la festa, con i suoi irrinunciabili ingredienti (gioco, musica, rito), è quanto di più necessario alla nostra sopravvivenza, perché è lo spazio-tempo in cui ci sentiamo voluti al mondo e quindi incoraggiati a vivere. La festa rinnova energie personali e legami sociali, perché crea un rapporto con cose e persone non basato solo sui bisogni ma sui sogni. Oggi ne abbiamo più che mai necessità. Ma come la Musica riesce a fare ciò? E il Festival? Musica viene da Musa, letteralmente «arte della Musa», come museo è «il posto della Musa». I poeti antichi chiedevano: «Cantami, o Musa», perché, essendo figlia di Memoria e Zeus, sa le cose che contano e che incantano. continua a pagina 18

ENERGIA FISICA E MENTALE
SUSTENIUM PLUS 50+
FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+
Alto contenuto di VITAMINA B12
Complesso antiossidante actiM
NOVITA! FALCONEA AGITA I NOSTRI

50217
Prestazioni Sped. in A.P. - DL 33/2013 (art. 1, c. 1, lett. D) - DDE Milano
B 771 120 481000

AL MARTINI DI TORINO

Tra i medici della domenica
"Così tagliamo le liste d'attesa"

ANDREA BUCCI - PAGINA 14



IL REPORTAGE

Valdieri, la riserva monarchica
"Nostalgici? No è la nostra storia"

ANDREA ROSSI, GABRIELE CRISERI - PAGINA 16



IL FILM

Marinelli: "Il patriarcato c'è
e fa soffrire uomini e donne"

FULVIA CAPRARA - PAGINA 17



LA STAMPA



LUNEDÌ 17 FEBBRAIO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N. 47 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

GNN

INTERVISTA A TAJANI: ANCHE GLI USA DOVRANNO DIFENDERE KIEV. MARINA BERLUSCONI: TRUMP ROTTAMA L'OCCIDENTE?

"Non si fa la pace senza Europa"

Ucraina, oggi vertice da Macron. I dubbi di Meloni: vanno evitate pose contro gli Stati Uniti

IL COMMENTO

Quelle parole di Vance
che sanno di guerra

STEFANO STEFANINI

Alla Conferenza sulla sicurezza di Monaco, JD Vance ha omesso un piccolo particolare. Fra i nemici dell'Europa - abbandonando dei valori, seguito da Russia e Cina - non ha annoverato la seconda amministrazione Trump negli Stati Uniti della quale è il numero due. I messaggi di Washington non lasciano dubbi. -PAGINA 5

BRESOLIN, DI MATTEO, LOMBARDO, MOSCATELLI, STABILE

Oggi a Parigi i leader della vecchia Europa proveranno a giocare il loro posto al tavolo dei negoziati per il futuro dell'Ucraina. E in attesa di partecipare ai colloqui, dovranno fare i compiti a casa, come ha chiesto la nuova amministrazione Usa. Tajani: «Non c'è pace senza gli europei, usiamo le sanzioni». -PAGINE 2-7

L'incubo dell'attacco
alla democrazia

Montesquieu

PARLA IL LEADER DEI 5 STELLE

Conte: "No a più armi, porto l'Italia in piazza"

ALESSANDRO DE ANGELIS

Giuseppe Conte autocritico che non ne fa rispetto all'equidistanza tenuta, prima del voto, tra Joe Biden e Donald Trump: «Mi ero riservato di giudicare i fatti. E come ho criticato la postura bellicista del primo, ora giudico pericolosa l'offensiva unilaterale del secondo». E il presidente M5S dice a *La Stampa*: «Se Trump ci scavalca è perché l'Eu-



ropa e l'Italia sono state incapaci di definire una strategia politica. Uno spettacolo deprimente: Meloni e soci hanno pensato di vincere con le armi, mentre avrebbero potuto vincere solo con la politica e la diplomazia, diventando protagonisti nel negoziato e nella definizione di un nuovo orizzonte di pace e sicurezza per l'Ucraina e le restanti crisi». -PAGINA 7

L'INCHIESTA

Dai mutui alle ferie
la vita in prestito
degli italiani
Ecco chi non ce la fa

ANGELONE, CAMILLI, TURI

SEMPRE PIÙ DEBITI

35,167% Indebitamento medio

52,7% Popolazione italiana con crediti attivi



Fonte:

Più di un italiano su due vive con un prestito sulle spalle, con una rata media che pesa 278 euro al mese. E crescono i prestiti personali richiesti. -PAGINE 12 E 13

L'ANALISI

L'Occidente in crisi
non può dar lezioni

ELSA FORNERO

È paradossale che sia stata l'Arabia Saudita a organizzare, negli ultimi due anni, due conferenze "globali" (nel senso letterale della partecipazione di politici ed esperti da tutto il mondo) per discutere i cambiamenti e i problemi del lavoro. Un paradosso perché l'Arabia e gli altri Paesi del Golfo non sono certo considerati ai primi posti nell'applicazione dei diritti riconosciuti a lavoratrici e lavoratori, specie se migranti; i cosiddetti "expats", manodopera a buon mercato proveniente da paesi poveri, spesso impiegata in condizioni di semi-libertà, nell'edilizia o nei servizi alberghieri. Da non confondere, peraltro, con i tecnici e i consulenti ben pagati, provenienti da Paesi ricchi per fornire competenze che mancano in loco. -PAGINA 9



Monaco dal '39 a oggi
quante similitudini

Nathalie Tocci

DERBY D'ITALIA, L'INTER BATTUTA CON UNA MAGIA DI CONCEIÇÃO: BIANCONERI AL QUARTO POSTO



Juve da urlo

BALICE, BARILLA, BUCCHIERI

Francisco, un colpo da piccolo genio

GIULIA ZONCA

IL SONDAGGIO

Il terzo mandato
bocciato da 2 su 3

ALESSANDRA GHISLERI

Da un sondaggio di Euromedia Research per Porta a Porta risulta che un cittadino due (50,4%) è contrario alla possibilità di un terzo mandato di governo per i Presidenti delle Regioni. Un cittadino su tre (28,9%) è invece favorevole. Tra coloro che si dicono favorevoli a votare questa proposta si riconoscono il 58,8% degli elettori di Forza Italia, il 55,5% di quelli della Lega e il 45,5% degli elettori di Italia Viva. La maggioranza di coloro che reputano la proposta dannosa vede il 45,6% di Fratelli d'Italia nonché tutte le opposizioni schierate. Azione è l'unico partito i cui elettori non si dimostrano risoluti in una scelta. -PAGINA 11



La faida delle regionali
spacca destra e sinistra

Carratelli, Berlinghieri

IL DOPO FESTIVAL

Le paure di Olly: "Sono un gigante timido"

LA POLEMICA

La prevalenza
del maschio canterino

Simonetta Sciandivasci

IL PERSONAGGIO

Evviva Lucio Corsi
che non canta se stesso

Caterina Soffici

DONDONI, TAMBURRINO



PAGINE 22-25

LA SATIRA

Come è triste
il palco senza sberleffi

Luca Bizzarri

IDIRTI

Disabilità e show
alternativa del diavolo

Alessandra Comazzi

RACE TIME 24
LUXURY WATCHES

OROLOGI D'ALTA GAMMA
DEI MARCHI PIÙ PRESTIGIOSI

TORINO - c.so Vittorio Emanuele II, 36
E-mail: racetime24@gmail.com
Tel: +39 011 9942802 Cell: +39 348 263276
racetime24.com



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 147 - N° 47 Sped. in AP. 03/03/2025 con L.46/2004 art.1 (C) 025/25

NAZIONALE



Lunedì 17 Febbraio 2025 • S. Marianna

IL MESSAGGERO

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

I 60 anni del Piper

Mita Medici: scesi quelle scale e vidi l'Italia cambiare

Marzi a pag. 14



Saremo da record

Olly festeggia ma sull'Eurovision frena: «Vedremo»

Servizi alle pag. 18 e 19



Lo stop agli allenamenti

Sinner in cerca di uno sparring non tesserato

Martucci nello Sport



Europa, un vertice ristretto

► Oggi il summit di Parigi con i capi di otto Paesi, più Ue e Nato. Macron lascia fuori anche i Baltici. Meloni incerta se andare: «Sbagliato dividere i 27». Gli Usa a Riad con Mosca: tregua entro Pasqua

L'editoriale

DEMOCRAZIE IN CRISI E LEADER "FORTI"

Vittorio Sabadin

Il decisionismo di Donald Trump sta allarmando mezzo mondo e molti analisti politici già si pongono una domanda inquietante: se il nuovo presidente, decidendo tutto da solo, otterrà i risultati che ha promesso, non indebolirà con il suo successo anche i sistemi democratici ancora vigenti in 63 paesi del mondo, quasi metà dei quali sono in Europa? Le democrazie sono lente e complicate. L'uomo, o la donna, soli al comando esercitano invece un fascino sempre maggiore, come dimostra il successo elettorale dei gruppi estremisti che non nascondono la loro nostalgia per un'epoca storica funestata da dittature e repressione del dissenso.

Sono soprattutto i giovani a non avere più fiducia nella democrazia. Un'indagine globale della Open Society Foundation ha rivelato che il 35% pensa che un leader forte che non consulti il parlamento sia una buona soluzione per guidare un paese. Un terzo dei diciottenni britannici ha dichiarato che voterebbe per l'estremista Farage, se si andasse alle urne oggi. Secondo uno studio dell'Università (...)

Continua a pag. 21

ROMA A Parigi oggi i leader europei valuteranno una proposta che garantisce la sicurezza dell'Ucraina e freni l'espansionismo russo. Macron ha convocato un vertice ristretto: oltre alla Nato (con Rutte) e alla Francia, ci sono Germania, Regno Unito, Spagna, Italia, Polonia e la Commissione Ue con in più l'Olanda e la Danimarca (non ci sono i Paesi Baltici). La premier Meloni non è certa di andare: «Sbagliato dividere la Ue». Intanto a Riad russi e americani stanno preparando il summit. I obiettivi: il cessate il fuoco in Ucraina entro Pasqua.

Evangelisti, Sciarra, Ventura e Vita da pag. 2 a pag. 5

Faccia a faccia tv, domenica Germania al voto

Scholz e Merz, prove di coalizione: Vance inaccettabile, Afd estremista

BERLINO A pochi giorni dalle elezioni politiche (domenica 23 il voto in Germania), in un confronto tv a quattro, il cancelliere tedesco, Olaf Scholz, e il leader conservatore, Friedrich Merz, hanno attaccato duramente la candidata della AfD, Alice Weidel.



I due hanno accusato AfD di essere un partito di estrema destra. E colpi non sono stati risparmiati al vicepresidente degli Stati Uniti, JD Vance, che solo pochi giorni fa si era espresso a sostegno dell'Afd: «Interferenza inaccettabile».

Bussotti a pag. 6

Il centrodestra

Rottamazione o Irpef, scintille tra Lega e FI

ROMA Tensioni tra Lega e Forza Italia. Per la Lega «il ceto medio si aiuta con la rottamazione delle cartelle», non con «altre misure». Ma per gli azzerati «il taglio dell'Irpef per i redditi medi fino a 60mila euro dal 35 al 33% rimane un punto fermo».

Bulleri a pag. 9

L'intervento

DENATALITÀ LA SVOLTA CHE SERVE È CULTURALE

Eugenia Roccella

Caro Direttore, come ha scritto anche Romano Prodi su queste colonne, la denatalità è ormai un problema globale, e non è una buona notizia. Non lo è per l'economia, non lo è per il welfare, non lo è neanche per l'ambiente che, contrariamente a quanto si vorrebbe far credere, se spopolato è abbandonato e si degrada. Non lo è soprattutto per la società, che senza figli perde inventiva, creatività, sguardo sul futuro.

Continua a pag. 21

A Parma i giallorossi vincono 1-0 e si riavvicinano alle Coppe



Il gioiello di Soulé lancia la Roma

Mattia Soulé festeggia dopo aver segnato il gol (FOTO LARRESSE)

Nello Sport

Acerra, il padre dormiva: in ospedale ha dato la colpa a un randagio

A 9 mesi sbranata dal pitbull nel lettino

ACERRA Sbranata dal pitbull del papà, mentre dormiva nel suo lettino. Costi è morta Giulia, di appena nove mesi, ad Acerra. Inutile la corsa in ospedale. Il padre, Vincenzo Loffredo, 24 anni, sembra che stesse dormendo al momento della tragedia. La madre, Angela, 22 anni, era al lavoro. Stanno però emergendo versioni contrastanti sulla dinamica. In ospedale il padre avrebbe detto che la piccola era stata attaccata da cani randagi per strada, ma poi alla polizia avrebbe ammesso che era stato il suo pitbull. La rabbia dei residenti: «Quell'animale aveva già ammazzo un altro cane».

Neria pag. 12

I genitori del 14enne accoltellato a Istanbul

«Il nostro Mattia massacrato senza un perché. Dalle famiglie degli assassini non una parola»



Laura Pace

L'augurio è che le «bestie» che hanno ucciso Mattia «senza un motivo» abbiano l'ergastolo. Ai genitori del 14enne accoltellato a Istanbul, lo chef italiano Andrea Minguzzi e la violoncellista Yasemin Aktincilar, resta il dolore. «E delle famiglie degli assassini nessuno si è fatto avanti per esprimere dispiacere».

A pag. 12

Il Segno di LUCA

GEMELLI, LUCIDI E CREATIVI

Per iniziare la settimana lavorativa in maniera creativa puoi fare affidamento sulla Luna, associando diplomazia e consapevolezza per muoverti con la libertà che desideri, evitando di farti pestare i piedi. Sei più creativo ed estroso del solito ora che sei consapevole di non avere nulla da perdere. Finalmente ti autorizzi anche a dire di no. Nel lavoro la situazione diventa progressivamente più chiara e puoi intervenire con efficacia. MANTRA DEL GIORNO Questo che funziona, continua a farlo.

È SPIRITUALITÀ PER VOI

L'oroscopo a pag. 21

HAI SCRITTO UN LIBRO?

INVIACI IL TUO INEDITO ENTRO IL 24/02/2025

inediti@gruppoalbatros.com

www.gruppoalbatros.it

Filomena Creta
EQUILIBRI SOSPESI

Una raccolta poetica che si presenta come un affresco emozionale e riflessivo, intessuta di versi che sanno catturare l'anima e indagare le profondità dell'esperienza umana. Con uno stile vibrante e coinvolgente, l'autrice ci fornisce uno specchio in cui riflettere sulle nostre esperienze e valorizzare la nostra esistenza.

Albatros Il Mio

* Tardem con altri quotidiani: non disponibili per il servizio di consegna a domicilio. Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20 (domenica con Fotomontato) € 1,40 - Il Messaggero - Corriere dello Sport/Studio € 1,40 - Il Messaggero - Corriere dello Sport/Studio € 1,40 - Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport/Studio € 1,50 - "L'Amore a Roma" € 0,90 (solo Roma)

Sanità, la spesa in Italia rimane ancora distante dai principali Paesi europei

Secondo il rapporto Crea Sanità, rispetto a una media che nella Ue si attesta all'8,5%, l'Italia spende il 6,5% davanti a Grecia, Irlanda, Lussemburgo e Portogallo

Sibilla Di Palma

È riconosciuto come uno dei migliori al mondo, anche se negli ultimi anni la situazione si è fatta difficile per il nostro sistema sanitario nazionale che oggi soffre di un'importante crisi strutturale aggravata da una serie di fattori. Dalla carenza di medici e infermieri agli andamenti demografici caratterizzati dalla bassa natalità e dal progressivo invecchiamento della popolazione, fino all'insufficiente spesa sanitaria sul Pil. A fare il punto sulle performance del nostro sistema sanitario è il Rapporto Sanità 2024 realizzato

dal centro per la ricerca economica Crea Sanità. I risultati dicono che nel 2023 la spesa sanitaria (pubblica e privata) si è attestata in Italia a 176,2 miliardi euro, una cifra inferiore del 37,8% rispetto alla media dei Paesi membri dell'Unione europea entrati prima del 1995. Quanto alla spesa sanitaria sul Pil, l'indagine rivela che nel 2023 in Europa quest'ultima si è attestata in media all'8,5%. Mentre l'Italia ha registrato un rapporto pari al 6,5%, dietro solamente a Grecia, Irlanda, Lussemburgo e Portogallo, e ben distante dai principali Paesi europei (Germania 10,2%, Francia 9,9%, Svezia 9,6%,

Regno Unito 9,2%). Un dato atteso ulteriormente in diminuzione per quest'anno (6,3%) e nel biennio 2026-2027 (6,2%). Il report prova anche a fare un bilancio di quanto servirebbe per risolvere il nostro sistema sanitario: in base ai dati, sarebbero necessari almeno 20 miliardi di euro (più 11,3% del finanziamento attuale) per allineare la spesa agli standard europei. In particolare, solo a livello di orga-



nico, considerato l'attuale sottodimensionamento del personale, servirebbe un investimento di almeno 20-30 miliardi di euro.

Intanto, il momento resta complicato e vede una delle principali criticità nelle lunghe liste di attesa. Proprio il problema di dover aspettare mesi o addirittura anni per effettuare visite specialistiche ed esami diagnostici, in alcuni casi anche salvavita, spinge sempre più italiani a pagare di tasca propria le prestazioni, tanto che la spesa sanitaria privata nel nostro Paese è arrivata a rappresentare circa un quarto di quella totale.

La legge di bilancio 2025 prevede una serie di interventi sul comparto sanitario. Nel complesso è previsto uno stanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale di 136,5 miliardi di euro per l'anno in corso (in aumento dai 134,1 miliardi del 2024). Per ridurre i tempi di attesa è stato aumentato il limite di spesa per le Regioni nell'acquisto di prestazioni dal privato accreditato. L'incremento sarà dello 0,5% per l'anno in corso (61,5 milioni di euro) e dell'1% a decorrere dal 2026 (123 milioni di euro annui).

Inoltre, sono state introdotte premialità per le Regioni che riducono le liste d'attesa, ovvero 50 milioni di euro per il 2025 e 100 milioni di euro annui a decorrere dal 2026. In aggiunta, 50 milioni all'anno, a decorrere da quest'anno, saranno riservati al finanziamento dei nuovi livelli essenziali

di assistenza (Lea), ovvero le nuove cure di cui è possibile usufruire in regime pubblico dallo scorso 30 dicembre e che includono un ampio ventaglio di prestazioni. La manovra interviene anche sulle indennità per i lavoratori del pronto soccorso che verranno incrementate, così come il trattamento economico dei medici in formazione specialistica.

Sono poi previste maggiorazioni per l'indennità di specificità riservata alla dirigenza medica e veterinaria, alla dirigenza sanitaria non medica e infermieristica, alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e ostetriche. Un aiuto per migliorare la situazione del sistema sanitario nazionale è atteso anche dagli investimenti (16,29 miliardi di euro) previsti nell'ambito della Missione Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) che punta a riformare il settore sanitario anche attraverso la spinta sull'innovazione e la digitalizzazione.

Nell'ambito del piano è stata presentata alcuni giorni fa la Piattaforma Nazionale di Telemedicina, il cui obiettivo è erogare soluzioni di telemedicina in maniera uniforme in tutto il Paese, puntando a raggiungere 300 mila cittadini per la fine dell'anno e quasi 800 mila entro il 2026.

Al centro del piano c'è poi l'utilizzo dell'intelligenza artificiale, tecnologia emersa negli ultimi anni come una forza trasformativa

anche nel campo della medicina che promette di ridefinire il modo in cui vengono diagnosticate e trattate le malattie. Grazie all'utilizzo di algoritmi di apprendimento automatico e alla capacità di analizzare grandi quantità di dati, l'IA trova applicazione in numerose situazioni. Ad esempio, questi sistemi possono essere addestrati per identificare in tempo reale le malattie con un'affidabilità sovrapponibile o superiore a quella di un medico.

Oppure è possibile creare modelli predittivi personalizzati, in grado di prevedere ad esempio possibili conseguenze post-operatorie in base alle caratteristiche del paziente. La medicina di precisione e la robotica sono altri due campi in cui l'IA sta rivoluzionando la pratica medica. Ad esempio, in sala operatoria questa tecnologia combinata con la robotica permette di migliorare la precisione chirurgica e di ridurre l'invasività degli interventi.

I PRIVATI

Sempre più italiani pagano di tasca propria le prestazioni, tanto che la spesa sanitaria privata è arrivata a un quarto di quella totale



FOCUS

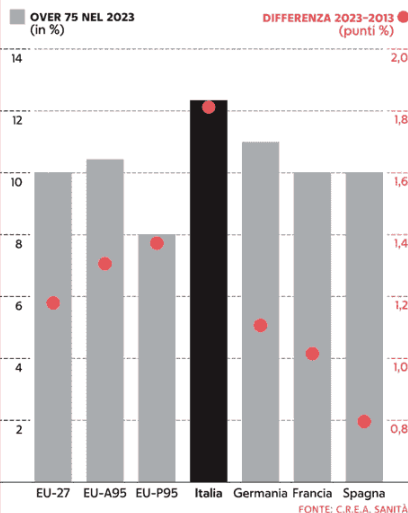
INTELLIGENZA ARTIFICIALE BOOM IN ITALIA, IL MERCATO È DI 1,2 MILIARDI

Il mercato dell'intelligenza artificiale ha raggiunto lo scorso anno in Italia un nuovo record, toccando quota 1,2 miliardi di euro, con una crescita del 58% rispetto al 2023. I settori più attivi vedono al primo posto telco & media e insurance, seguiti da energy, resource & utility e banking & finance. La pubblica amministrazione pesa il 6% del mercato, con un tasso di crescita superiore al 100%. Tra le grandi aziende attive nell'IA, il 65% ha dichiarato sperimentazioni in corso anche nel campo dell'intelligenza artificiale generativa.



INUMERI

EUROPA QUOTA POPOLAZIONE OVER 75



136

LA SPESA

Per il 2025 è previsto uno stanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale di 136,5 miliardi di euro



L'OPINIONE

In base ai dati, sarebbero necessari almeno 20 miliardi di euro (più 11,3% del finanziamento attuale) per allineare la spesa italiana agli standard europei



Alle regioni 173 milioni per decreto

Via libera al decreto che ripartisce le risorse destinate all'implementazione dei servizi di telemedicina e all'ottimizzazione dei modelli organizzativi per la presa in carico della cronicità. Il provvedimento del Ministero della salute, approvato in sede di Conferenza Stato Regioni, assegnerà alle Regioni 172.898.380,00 euro al fine di completare e integrare gli strumenti di telemedicina adeguandoli all'evoluzione tecnologica con l'obiettivo di rendere possibile un potenziamento nel territorio delle Case della Comunità, velocizzare le consulenze specialistiche,

oltre che anticipare la medicina per contrastare le cronicità. Nello specifico le risorse, previste nell'investimento M6-C1-1.2.3.2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, verranno ripartite per: favorire l'integrazione dei Sistemi Gestionali Regionali (SGR) e dei Servizi Minimi di Telemedicina (SMT) regionali con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) con una quota pari 45.220.000,00 euro; sviluppare integrazioni specifiche ai sistemi locali con uno stanziamento di 25.535.676,00 euro; supportare l'acquisto di dispositivi medici attraverso uno stanziamento di

81.714.163,00 euro; incentivare l'evoluzione di software con l'impiego di 20.428.541,00 euro. Invece l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), in qualità di soggetto attuatore dell'investimento, spetterà il compito di acquisire e valutare i "Piani di integrazione" con i quali le Regioni programmeranno le spese; monitorare l'attività svolta da ogni Ente in ordine alle verifiche di conformità dei prodotti, dei servizi e delle altre prestazioni erogate attraverso le risorse stanziolate; elaborare linee guida sugli standard tecnologici di interoperabilità dei dispositivi con le Infra-

strutture Regionali di Telemedicina (IRT) al fine di garantire una corretta trasmissione di dati e informazioni. Infine il Ministero potrà, in caso di inerzia o di ritardo da parte delle Regioni nella presentazione dei dati funzionali alla verifica degli obiettivi, procedere alla revoca parziale o totale del finanziamento.

Pasquale Quaranta

—© Riproduzione riservata—



LA RIFORMA DELLA SANITÀ

Senza i medici di famiglia salta l'assistenza di base

L'allarme di Confprofessioni e Fimmg: «Se trasformiamo tutti in dipendenti del servizio sanitario nazionale mettiamo a rischio il presidio del territorio»

BRUNO MARRONE

■ Confprofessioni esprime forte preoccupazione per le proposte legislative che mirano a ridefinire il ruolo dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, trasformandoli in dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. «La nostra posizione è chiara: riteniamo che una riforma di questo tipo non risolverebbe i problemi attuali, ma anzi priverebbe i cittadini della figura fiduciaria del medico di famiglia, una presenza centrale per la salute territoriale». Lo ha affermato Marco Natali, presidente nazionale di Confprofessioni, durante la tavola rotonda dal titolo «Medici di famiglia: risorsa o ostacolo?».

Secondo Natali, le ripercussioni di una simile riforma sarebbero gravissime. «Concentrare i medici in 1.350 Case della Comunità, prevalentemente situate nei comuni più grandi», ha spiegato, «significa lasciare senza assistenza capillare migliaia di centri minori. Oggi esistono circa 60.000 studi di medicina generale distribuiti su tutto il territorio nazionale, inclusi i luoghi più remoti e disagiati. Eliminare questa rete significherebbe desertificare il territorio sanitario e rendere difficile, se non impossibile, l'accesso alle cure per milioni di anziani e persone fragi-

li. È evidente che alcune modifiche siano necessarie, ma 'preettare' i medici non migliora le prestazioni. È vero che esistono disomogeneità nei carichi di lavoro e che i giorni festivi rappresentano una criticità, con il conseguente sovraffollamento del pronto soccorso. Tuttavia, una riforma efficace non può essere imposta dall'alto. È essenziale un confronto tra le parti per individuare soluzioni condivise, come l'impiego dell'intelligenza artificiale e la promozione di forme di aggregazione tra medici, che garantiscano una copertura più efficiente e un reale miglioramento del Servizio sanitario nazionale».

Noemi Lopes, vicesegretario nazionale della Fimmg (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale), ha sottolineato che uno studio recente del 'Cergas-Bocconi' ha evidenziato come un medico di famiglia abbia mediamente 35 contatti diretti e 70 indiretti al giorno con i pazienti. «Questi numeri», ha detto, «danno un'idea chiara dell'intensità del lavoro quotidiano. L'attività ambulatoriale per le visite programmate si somma a quella per le visite urgenti, all'assistenza domiciliare, al lavoro nelle RSA, all'espletamento della burocrazia, ai contatti telefonici con i pazienti, alla diagnostica di primo livello e alle campagne vaccinali. Complessivamente, queste mansioni superano di gran lun-

ga le 38 ore settimanali previste per i dipendenti pubblici».

Sul piano economico, Carmen Colangelo, revisore di Confprofessioni, ha evidenziato gli enormi effetti negativi di una riforma che trasformi i medici di medicina generale in dipendenti pubblici: «I medici di medicina generale, come liberi professionisti convenzionati, generano un volume d'affari di circa 7 miliardi di euro, che salgono a 16 miliardi considerando l'indotto e le ore di lavoro effettivamente svolte. La chiusura di migliaia di studi comporterebbe non solo la perdita di queste risorse, ma anche il licenziamento di almeno 30.000 collaboratori amministrativi e 10.000 infermieri. Inoltre, questi studi sostengono enti bilaterali, contratti collettivi e sistemi di formazione che verrebbero smantellati».

Alessandro Dabbene, vicesegretario nazionale della Fimmg, ha sottolineato la necessità di migliorare l'organizzazione dell'assisten-



za sanitaria territoriale piuttosto che rivoluzionare il sistema con un'imposizione burocratica. «Bisognerebbe dotare tutti i medici di famiglia», ha proposto, «di personale amministrativo e infermieristico, favorendo il lavoro in team all'interno delle medicine di gruppo. Già oggi più di un terzo dei medici lavora in maniera sinergica, e queste realtà sono le più solide. Il lavoro in gruppo consente una gestione condivisa dei pazienti, una maggiore efficienza organizzativa e una migliore qualità della vita per pazienti e medici».

Secondo Dabbene, il lavoro in team riduce il rischio di abbandono della professione, sempre più frequen-

te a causa delle condizioni di lavoro insostenibili: «L'attuale Convenzione già oggi pone le basi per un nuovo livello di organizzazione, che garantirebbe un salto di qualità nell'assistenza, sia nella rete degli studi dei medici che nelle Case della Comunità, per le quali è già previsto un impegno orario da parte dei medici di famiglia».

Invece di introdurre una riforma basata su un modello che rischia di compromettere l'assistenza territoriale, Confprofessioni propone di potenziare l'attuale sistema con interventi mirati e sostenibili. «Dobbiamo sviluppare ulteriormente il modello esistente, incenti-

vando il lavoro di gruppo e migliorando l'organizzazione delle risorse. Avanzare proposte dannose e distruttive, basate sulla narrazione di stereotipi, non aiuterà a risolvere i problemi, ma anzi li aggraverà», ha concluso Dabbene.

L'eventuale trasformazione dei medici di medicina generale in dipendenti pubblici rischia di accentuare la carenza di medici e ridurre la qualità del servizio.

Il tema resta al centro del dibattito politico e professionale, ma la soluzione potrebbe non essere una rivoluzione radicale, bensì un miglioramento progressivo dell'attuale sistema, con in-

vestimenti mirati e una maggiore valorizzazione del lavoro dei medici di famiglia.



Da sinistra in alto Marco Natali, presidente Confprofessioni; Alessandro Dabbene, vicesegretario Fimmg; Noemi Lopes, vicesegretario Fimmg; Carmen Colangelo, revisore Confprofessioni



DISTRIBUZIONE DISOMOGENEA E ISOLAMENTO PROFESSIONALE

«Il problema non sono i numeri, ma l'organizzazione»

Secondo il vicesegretario Fimmg, Alessandro Dabbene, bisogna migliorare la rete e la gestione dei pazienti

■ La carenza di medici di famiglia in Italia non è tanto un problema numerico quanto organizzativo, come ha evidenziato recentemente il professore Vittorio Mapelli, che ha insegnato Economia sanitaria all'Università degli studi di Milano.

«Con 44mila medici di famiglia e pediatri di libera scelta e 11mila di continuità assistenziale per 59 milioni di cittadini - sostiene Alessandro Dabbene, vicesegretario nazionale della Fimmg (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) - il numero di professionisti sembrerebbe adeguato rispetto ad altri paesi europei. Tuttavia, fattori come la distribuzione disomogenea dei pazienti e dei pazienti nei territori urbani ed extraurbani e fenomeni di isolamento professionale determinano una percezione di insufficienza. Sicuramente abbiamo importanti criticità dovute alla combinazione tra il picco dei pensionamenti dei medici, che ha raggiunto il suo massimo nel 2024, e una errata programmazione delle borse di studio per la formazione in medicina generale, da noi denunciata da anni, che ha azzerato le graduatorie per l'accesso dei giovani alla professione».

Nei principali paesi europei i medici di medicina generale lavorano tra le 38 e le 52 ore settimanali, in Italia la presa in carico tra ore di visite in ambulatorio, domiciliarietà programmata, attività in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) e disponibilità telefonica si arriva a 60 ore di impegno settimanale.

«In Italia la maggior parte dei medici - aggiunge Dabbene - lavora con personale di supporto e circa uno su tre è organizzato in gruppo ma tale modalità di lavoro dovrebbe essere resa possibile per tutti medici; all'estero il lavoro in team è più diffuso: in Inghilterra, per esempio, una 'practice media' conta circa sei medici generici, cinque infermieri e oltre dieci amministrativi, mentre in Francia i medici sono strutturati in aggregazioni funzionali di diverse dimensioni a seconda della densità di popolazione».

La soluzione deve essere l'applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 2024, che rende necessaria l'associazione tra medici in AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) con modulazione dell'attività fiduciaria con quella oraria, incentivando così una redistribuzione equa del carico di lavoro.

«L'AFT - rimarca il vicesegretario

della Fimmg - prevede, inoltre, la condivisione in rete delle schede sanitarie dei pazienti dei medici che la compongono, per migliorare la gestione dei pazienti in orari che coprono tutto l'arco della giornata. Attraverso l'attività oraria, che è prevista in misura proporzionale al numero di assistiti fino alle 6 ore per un massimalista, i medici potranno dedicare parte della loro attività alle Case della Comunità, previste in numero di 1350, per garantire la presenza di un medico nelle 24 ore in sinergia con il servizio di continuità assistenziale che già offre al sistema 20 milioni di ore all'anno».

Il problema della carenza dei medici non è irrisolvibile: le soluzioni tecniche già esistono, resta da vedere se c'è la volontà politica di attuarle.

Bru. Mar.



La Cassazione: il diritto alla salute di minori e incapaci supera le scelte di genitori e tutori

Cure salvavita, parola al giudice

Viene nominato un curatore che possa prestare il consenso

Pagina a cura

DI **DARIO FERRARA**

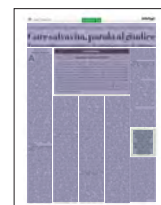
A È il giudice tutelare che ordina le cure salvavita per l'incapace, cioè un minore o l'adulto non in grado d'intendere e volere, risolvendo il conflitto fra il medico e il rappresentante legale dell'interessato, ossia i genitori, il tutore o l'amministratore di sostegno: il tutto quando il sanitario ritiene necessario l'intervento mentre gli altri si oppongono. Il magistrato nomina un curatore speciale dell'interessato, per esempio il direttore generale dell'ospedale, in modo che possa esprimere il consenso alle cure. Tra le scelte dei genitori, contrari al trattamento per motivi religiosi o convinzioni personali no vax, e il diritto alla salute del minore, il giudice può bilanciare i valori in gioco decidendo la via libera alle cure se ritiene sia nel migliore interesse dell'under 18, che è tutelato dalle convenzioni internazionali. Pesano sulla decisione le attuali conoscenze scientifiche. E ciò grazie all'articolo 3 della legge 22/12/2017, n. 219 sulle disposizioni anticipate di trattamento (Dat), dopo la cui entrata in vigore non è più necessario rivolgersi al tribunale minorile con un'istanza di sospensione o limitazione della responsabilità dei genitori. Così la Corte di cassazione civile, sez. prima, nell'ordinanza n. 2549 del 3/2/2025.

I diritti costituzionali in gioco: salute e vita familiare. Nel caso di specie, è stato bocciato il ricorso proposto dai genitori di un bambino che doveva sottoporsi a un intervento al cuore per una grave malformazione, nel 2022. Il consenso

c'è, da parte di genitori, alla probabile trasfusione legata all'operazione, ma a una condizione: il sangue deve provenire da donatori non vaccinati contro il Covid-19, in quanto, non solo la proteina spike contenuta nel vaccino anti Coronavirus sarebbe pericolosa per il figlio, ma anche perché la coppia è contraria per motivi religiosi al farmaco che si ritiene prodotto con linee cellulari provenienti da feti abortiti volontariamente. La volontà manifestata dai genitori, tuttavia, è "un non consenso": l'ospedale evidenzia che non è possibile distinguere fra donatori di sangue vaccinati o meno né in base ai protocolli si può ammettere che a sottoporsi al prelievo siano donatori scelti dalla coppia. Intanto, l'intervento chirurgico è eseguito grazie alla decisione del giudice tutelare, confermata dal tribunale per i minorenni. Il ricorso di legittimità non è solo una questione di principio: se davvero risultassero violati i diritti costituzionali alla vita familiare e alla salute dei genitori e del figlio, gli interessati avrebbero diritto al risarcimento per l'illegitima compressione, al di là del fatto che l'intervento chirurgico sia riuscito.

Come si arriva al consenso. In base alla legge Dat, il diritto di scegliere liberamente e con adeguata informazione i trattamenti sanitari è strettamente legato non soltanto alla tutela della salute e della vita ma anche alla libertà di autodeterminarsi e, in definitiva, al rispetto della dignità della persona umana: il consenso informato, dunque, svolge una funzione di sintesi di due diritti fondamentali. E se ciascuno ha diritto di essere curato, il paziente deve ricevere le infor-

mazioni sulla natura e sugli sviluppi del percorso terapeutico, oltre che su eventuali alternative: le notizie devono essere più esaurienti possibili, proprio per garantire una scelta consapevole da parte del paziente e quindi la stessa libertà personale, come sottolinea la Corte costituzionale. Nel consenso informato, stabilisce l'articolo 1 della legge Dat, "s'incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico". Nessun problema, quindi, se il paziente ha coscienza di sé e delle proprie azioni: è a lui che sono riservate le decisioni. Ma se è un minore o un incapace adulto, il consenso deve essere espresso dal legale rappresentante, dunque i genitori, il tutore o l'amministratore di sostegno, nell'ambito di un procedimento che dà ampio spazio al parere dei sanitari e rimette alla coscienza e alla responsabilità del medico la scelta di sollecitare la verifica da parte del giudice sulle cure che ritiene appropriate e necessarie. Nell'interesse dell'incapace possono ricorrere al giudice tutelare gli stessi rappresentanti legali o anche i soggetti di cui all'articolo 406 Cc, vale a dire il coniuge, il convivente, i parenti entro il quarto grado e gli affini entro il secondo, ma anche il pubblico ministero. Nel caso specifico è stata l'azienda ospedaliera a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'articolo 3 comma quinto della legge 219/17, chiedendo di autorizzare con urgenza la pre-



stazione del consenso all'intervento e all'eventuale trasfusione e proponendo la nomina del curatore speciale nella persona del direttore.

Il rimedio per la violazione delle regole. La responsabilità genitoriale, a sua volta, è connotata da diritti e doveri: il relativo esercizio non è arbitrario e svincolato da qualunque controllo, ma governato dalla regola dell'accordo tra i genitori e finalizzato ad attuare il miglior interesse del minore, come ricorda la Consulta nella sentenza del 23/4/2024, n. 71. Non c'è dubbio che, secondo la Costituzione e la Convenzione europea dei diritti dell'uomo, mamma e papà abbiano il diritto di esercitare la loro funzione nell'ambito della relazione familiare al riparo da indebite ingerenze da parte dello Stato, il quale tuttavia ha l'obbligo di porre il miglior interesse del minore al centro di tutte le decisioni che incidono sulla salute e sullo sviluppo dell'interessato. Senza dimenticare che l'ordinamento prevede ipotesi di control-

lo e limitazione della responsabilità dei genitori, collegate soprattutto alla trascuratezza dei doveri o abuso della funzione che comporta un danno al figlio (articoli 330 e 333 c.c.). La legge Dat prevede che nei trattamenti sanitari dei minori esprimere o negare il consenso spetta ai genitori, che tuttavia devono tenere conto della volontà dell'interessato, "in relazione all'età e al grado di maturità", dunque anche sotto i dodici anni. E soprattutto devono avere come obiettivo la tutela della salute psicofisica e della vita del figlio, dando spazio al parere della comunità scientifica, che consente di ancorare la scelta a un dato oggettivo. Il rimedio previsto per la violazione delle regole procedurali è un meccanismo che opera soltanto in relazione a un determinato compito dei genitori, non assolto in modo adeguato: dopo l'entrata in vigore della legge 219/17 non è più necessario rivolgersi al tribunale minorile con un'istanza di sospensione o limitazione della re-

sponsabilità dei genitori. Il ricorso al giudice tutelare, invece, è previsto perché sottoporre o meno il minore a un trattamento sanitario modifica in meglio o in peggio le condizioni dell'interessato, anche se gli effetti dell'esecuzione di un intervento dannoso o della mancata esecuzione di uno utile possono essere rimediati da successivi trattamenti terapeutici.

Il bilanciamento fra libertà di coscienza e diritto alla sopravvivenza. Nel caso specifico "incorrono in un errore di diritto", scrivono i giudici di legittimità, i genitori quando parlano di "identità religiosa del figlio che deve essere preservata".

E ciò perché "sovrappongono totalmente la propria identità religiosa a quella del minore". "Non è accettabile che i genitori adottino decisioni per il minore in cui la loro fede religiosa sia assolutamente condizionale e prevalga in ogni caso sempre e comunque sugli altri interessi" del figlio, mentre resta preminente il

diritto dell'interessato a una crescita sana ed equilibrata.

Insomma: fa bene il giudice tutelare che, nel contrasto fra la salute del figlio e la libertà di coscienza dei genitori, fa prevalere nel bilanciamento il diritto alla vita e alla sopravvivenza riconosciuto al minore dall'articolo 6 della Convenzione di New York sui diritti del

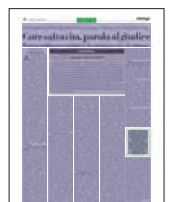
fanciullo. Va detto infine che durante la pandemia i non vaccinati erano sia soggetti che rifiutavano l'inoculazione per convinzioni personali, sia persone che avevano già contratto la malattia e quindi per un certo periodo non si sottoponevano alla somministrazione: la richiesta di verificare se il donatore fosse vaccinato o meno non può giustificarsi prospettando il rischio della trasmissione della proteina spike perché il tipo di controllo proposto non avrebbe evitato il rischio, oltre che essere inattuabile per i protocolli dell'ospedale. Spese del procedimento compensate fra le parti per la novità della questione.

Tra le scelte dei genitori, contrari al trattamento, e il diritto alla salute del minore, il giudice può bilanciare i valori in gioco dando il via libera alle cure se ritiene siano nell'interesse dell'under 18

Il principio

(Cassazione, ordinanza 2549/25)

A far data dall'entrata in vigore della legge n. 219/2017, avvenuta il 31 gennaio 2018, in tutti casi in cui i genitori o il tutore di un minore rifiutino le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, deve ricorrersi al giudice tutelare con la procedura disegnata dall'articolo 3 della stessa legge 219/17, e non già al Tribunale minorile con una istanza di sospensione o limitazione della responsabilità genitoriale. La regola vale anche per il pubblico ministero che è soggetto legittimato ad adire il giudice tutelare ai sensi del combinato disposto dell'articolo 3 della legge sulle disposizioni anticipate di trattamento e degli articoli 406 e 417 c.c.. Nel contrasto fra la salute del minore e la libertà di coscienza dei genitori deve prevalere nel bilanciamento degli interessi il diritto alla vita e alla sopravvivenza riconosciuto al minore dall'articolo 6 della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo



Emergenza nelle carceri: la salute non fa eccezione

C'è un'altra emergenza di cui nessuno parla nelle carceri e riguarda la salute. Gli istituti penitenziari si trovano ad affrontare il problema sempre più incombente di mancanza di personale sanitario e di cure. Nelle carceri sarde mancano medici e infermieri, tanto che l'appello è arrivato dalle associazioni e dal sindacato di polizia penitenziaria, l'anno scorso mancavano 16 medici per 500 detenuti del carcere della Dogaia di Prato, la Regione Lazio ha invece registrato come a mancare siano anche gli agenti penitenziari della scorta per accompagnare le visite esterne per i detenuti. Tanto che dopo lunghe attese molti di loro finiscono per rinunciare. L'urgenza di rendere più efficiente la cura dei detenuti è supportata dai dati del 2024, un anno tragico per le carceri italiane, che ha visto, tra l'altro, il record di suicidi: 86 al 10 dicembre, superando gli 80 del 2023 e i 85 del 2022. Si teme che la situazione non potrà che peggiorare: l'ultima analisi aggiornata sulla salute mentale, condotta su detenuti in 43 Paesi nel corso di cinquant'anni, ha messo in evidenza risultati che sono stati pubblicati a febbraio su *The Lancet Public Health*. I dati confermano le problematiche già identificate in una precedente indagine del 2011.

Non solo la salute mentale, ma anche le precarie con-

dizioni igienico sanitarie hanno portato a un crescente aumento di malattie infettive. Nei penitenziari italiani si registra un aumento dei casi di tubercolosi, epatite e tumori, ci sono le malattie gastrointestinali, tra cui obesità e diabete, spesso causate da un'alimentazione inadeguata o scorretta, o dalla carenza di vitamina D, che, insieme alla sedentarietà, favorisce l'osteoporosi. La mancanza di cure odontoiatriche porta a problematiche che coinvolgono la bocca e il tratto gastro-esofageo. Inoltre, l'assenza di screening tempestivi comporta ritardi diagnostici su tumori e malattie infettive. La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (SimsPe) ha proposto al Ministero della Salute un progetto nazionale di sanità penitenziaria, che prevede un approccio multidisciplinare per la gestione dei detenuti attraverso un servizio sanitario unico, eliminando la frammentazione attuale tra diverse Asl.

Teresa Olivieri



Sanità, niente fatture allo Sdi per il 2025

Adempimenti

Esteso il divieto previsto dal testo originario del Dl solo fino al 31 marzo

Marcello Tarabusi

Divieto di fattura elettronica ai sanitari esteso all'intero 2025. Anche per quest'anno le fatture di medici, infermieri, veterinari e altri professionisti della salute verranno inviate al sistema della tessera sanitaria anziché allo Sdi (Sistema di interscambio). Lo prevede l'articolo 3, comma 6, del Dl 202/2024 (decreto Milleproroghe) modificato nell'iter di conversione in prima lettura al Senato rispetto al testo iniziale. In pratica, viene riscritta la disposizione che aveva originariamente disposto la mini-proroga al 31 marzo di quest'anno. Sono state così accolte le richieste avanzate da Fnomceo, che durante l'audizione parlamentare aveva sottolineato l'opportunità di estendere al 31 dicembre 2025 la vigenza dell'attuale regime, in attesa di un adeguamento alle norme privacy che consenta di concentrare nel sistema dell'agenzia delle Entrate anche le fatture per le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.

Il divieto di fattura ai sanitari

Quando entrò in vigore la fattura elettronica, agli operatori sanitari - le cui fatture contengono dati individuali sensibili - fu espressamente vietato di utilizzare lo Sdi, che su indicazione del Garante privacy fu sostituito dal Sistema tessera sanitaria. Il divieto, originariamente previsto dall'articolo 10-bis Dl 119/2018, è stato sinora prorogato di anno in anno. Il Dl 202/2024 ha disposto lo slittamento della scadenza di soli tre mesi, fino 31 marzo 2025. Da tale data, anche tutte le strutture e gli operatori sanitari sarebbero dovuti passare al regime ordinario di fatturazione elet-

tronica tramite lo Sdi.

Le varie proroghe

Con la modifica appena approvata, anche per tutto il 2025 resterà quindi in vigore il regime attuale, con l'espresso divieto di emettere fattura Sdi per tutte le prestazioni sanitarie B2C nei confronti delle persone fisiche: non solo per chi è tenuto all'invio alla precompilata attraverso il sistema Ts, ma per qualunque operatore sanitario, visto che l'articolo 9-bis del Dl 135/2018 ha incluso nel divieto chiunque eroghi prestazioni sanitarie, a prescindere dall'obbligo di invio alla precompilata, come accade per ortopedie e sanitarie in forma societaria. In tal modo fu risolto un problema sollevato proprio dal Sole (si veda Guida facile alla Fattura elettronica del 24 gennaio 2019).

Gli operatori interessati

Sono interessati, quindi, tutti gli operatori della sanità dotati di partita Iva, indipendentemente dal regime (forfetario o ordinario), dalla forma giuridica (professionisti individuali, studi associati, poliambulatori, società, ospedali pubblici e privati) e dal tipo di attività: il divieto riguarda non solo medici e odontoiatri, ma tutti i sanitari come infermieri, igienisti dentali, fisioterapisti, psicologi, biologi e tutti gli altri professionisti iscritti negli albi e negli elenchi ad esaurimento regolati dalla legge Lorenzin (n. 3/2018), Rsa, società odontoiatriche, cliniche, laboratori di analisi, ortopedie e sanitarie, ottici e in generale tutti gli operatori della sanità.

Il divieto di e-fattura B2C vale anche per i veterinari, ma non per le cliniche, gli ospedali e i laboratori veterinari che non sono regolati dall'articolo 8-ter Dlgs 502/92 (che disciplina le strutture sanitarie) ma

dalle norme regionali.

Ancora dubbi per chiropratici e osteopati, il cui l'albo è previsto per legge, ma non ancora attuato: per la giurisprudenza Ue e nazionale le loro prestazioni (sanitarie) sono esenti Iva, ma l'Agenzia lo nega. L'albo risolverà il problema, ma nel frattempo chi ha le qualifiche dovrebbe privilegiare la privacy del paziente ed emettere fattura non Sdi.

La fattura al cliente e le prestazioni B2B

Al cliente la fattura può essere rilasciata cartacea, oppure inviata in un qualunque formato elettronico che non transiti dallo Sdi (ad esempio Pdf o Tif vie e-mail o scaricabile da link, tramite app o su area riservata del sito), purché siano garantite sicurezza e riservatezza: i file allegati devono essere protetti da password e l'accesso a link, app o archivi online/cloud deve essere basato su credenziali sicure.

Resta l'obbligo, già in vigore per tutti i sanitari, di emettere la normale e-fattura tramite Sdi se il committente non è una persona fisica (fattura B2B e B2G: si veda l'interpello 78/2019). Dall'e-fattura trasmessa allo Sdi non debbono però mai emergere dati personali sensibili dei pazienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Servizio Fisco per le aziende Ssn

La visione della Consulta sul diritto alla salute ispiri anche la annunciata riforma fiscale

La riforma fiscale annunciata per il 2025 dovrebbe rivedere la posizione assunta con la legge delega che non prevede un riassetto della normativa sugli enti non commerciali incluse le aziende del Servizio sanitario nazionale

di Roberto Caselli

14 febbraio 2025

L'importanza della sentenza della Corte Costituzionale n.195 del 6 Dicembre 2024 che ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 1, commi 527 e 557 della Legge di bilancio 2024, va ben oltre la risoluzione di un conflitto di competenze fra Stato e Regione Campania in materia di sanità pubblica, perchè costituisce una fonte estremamente autorevole per l'interpretazione del diritto "fondamentale" alla tutela della salute dei cittadini, che risulta prevalere su ogni altro in tutti quei casi in cui le risorse disponibili non siano sufficienti per soddisfarli tutti. La sentenza richiama infatti proprio l'articolo 32, quello che afferma che " La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...". " In un contesto di risorse scarse – ha affermato la Corte Costituzionale - per far fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro-unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il "fondamentale" diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino."

Mai tagliare risorse destinate a una spesa costituzionalmente necessaria

La sentenza ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1 della Legge di bilancio 2024, anche nella parte in cui non esclude dalle risorse che è possibile ridurre, a seguito del mancato versamento del contributo da parte delle Regioni, quelle spettanti per il finanziamento dei diritti sociali, delle politiche sociali e della famiglia e, in particolare, della tutela della salute. Questo perché "nemmeno nel caso in cui la Regione non abbia versato la quota del contributo, lo Stato può rispondere tagliando risorse destinate alla spesa costituzionalmente necessaria, tra cui quella sanitaria - già in grave sofferenza per l'effetto delle precedenti stagioni di arditi tagli lineari - dovendo quindi agire su altri versanti: il diritto alla salute non può essere sacrificato fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi".

Un principio che anche i Giudici tributari devono aver presente

Il principio sancito nella sentenza dovrà esser tenuto sempre presente innanzitutto dal Legislatore, quindi dagli amministratori pubblici e infine, a parere di chi scrive, anche dai Giudici tributari di

merito e di legittimità quando si trovano a dover interpretare correttamente una norma di legge che può incidere sulle risorse finanziarie a disposizione degli enti del Ssn.

La Riforma fiscale del Governo tenga presente questa bussola

E infine questo principio dovrà essere tenuto ben presente dal Governo nella stesura della Legge per la riforma fiscale, che dovrebbe veder la luce nel corso del 2025, rivedendo in sostanza la posizione assunta con la Legge delega, che non prevede un riassetto della normativa riguardante gli enti non commerciali, fra i quali le aziende del Ssn. Il contrasto con i principi sanciti dalla Consulta appare evidente specialmente nell'applicazione di due imposte, che al momento sembrano confermate: l'imposta sui fabbricati e l'Irap. Per le problematiche legate a queste due imposte, si rinvia in particolare al servizio pubblicato in Sole 24ore Sanità del 14 dicembre 2023 "I 45 anni amari del Ssn tra articolo 32 e iniquità fiscale".

Il dentista diventa “sentinella” contro la violenza sulle donne

► Siglato un protocollo tra l'associazione di categoria e il ministero per le Pari opportunità guidato da Roccella. Gli odontoiatri riceveranno una formazione per cogliere i segnali e aiutare le vittime

L'INIZIATIVA

ROMA I segni delle violenze restano, incisi nei lividi sulle guance, nelle fratture dei denti, nelle ecchimosi sulle labbra. Troppo spesso, queste tracce passano inosservate, sepolte sotto il silenzio delle vittime. Ma a un occhio esperto non sfuggono. E così, da semplici custodi della salute orale, i dentisti diventano “sentinelle” delle violenze domestiche, testimoni di abusi che si consumano tra le mura di casa.

La loro posizione privilegiata, a contatto ravvicinato con il volto e la bocca dei pazienti, li rende interlocutori fondamentali nella battaglia contro la violenza di genere. E ora, grazie a un protocollo firmato tra il Ministero per la Famiglia, la natalità e le pari opportunità e l'Associazione Nazionale dentisti italiani (Andi), quei segni non saranno più ignorati, ma potranno trasformarsi in una rete di protezione per le vittime, permettendo di intercettare il dolore prima che si tramuti in tragedia. «L'intesa rappresenta il frutto di un percorso che portiamo avanti dal 2015, con l'impegno di oltre 28.000 dentisti nella tutela delle persone - spiega Carlo Ghirlanda presidente nazionale Andi - siamo orgogliosi della collaborazione con la ministra Roccella per creare una rete che colleghi le donne e i minori ai servizi sociali

e al numero antiviolenza 1522». L'iniziativa parte da un dato inquietante: nel 2023 in Italia si sono registrati 109 omicidi di donne e migliaia di episodi di violenza domestica, molti dei quali mai denunciati. Il problema è che spesso le vittime non trovano il coraggio di chiedere aiuto, per paura, vergogna o dipendenza economica dall'ag-

gressore. È qui che entra in gioco il dentista “sentinella”. Grazie a un percorso formativo mirato, gli odontoiatri saranno in grado di individuare i segni di abuso, distinguendoli da traumi accidentali, e offrire un punto di ascolto sicuro alle donne in difficoltà.

LA FORMAZIONE

Con un supporto psicologico e legale, i professionisti sanitari saranno formati nel poter gestire queste situazioni. La ministra Roccella ha sottolineato l'importanza dell'iniziativa: «Nei casi di maltrattamenti cogliere i segnali, intercettarli tempestivamente, può essere essenziale per salvare una vita. In questa battaglia è molto importante il coinvolgimento degli operatori». In Italia esistono quasi 47.000 studi odontoiatrici, una rete capillare che, grazie alla giusta formazione di Andi, può contribuire in modo significativo alla prevenzione della violenza di genere.

Ma come si svolgerà concretamente questo intervento? Il proto-

collo stabilisce che il dentista, nel caso di un sospetto di aggressione, dovrà raccogliere una documentazione dettagliata delle lesioni - tramite foto, radiografie e referti medici - sempre nel rispetto della privacy del paziente. In caso di denuncia tutto il materiale verrà messo a disposizione degli inquirenti. In ogni caso l'operatore sanitario potrà suggerire con discrezione alla vittima di contattare un centro specializzato o chiamare il numero antiviolenza 1522, offrendo un primo orientamento senza forzature. L'iniziativa ha già raccolto l'adesione di migliaia di professionisti. «Con questo progetto si vuole prevenire i drammi, purtroppo quotidiani, la cui emergenza è rappresentata dai casi di cronaca» conclude Gabriella Ciabattini, vicepresidente fondazione Andi Ets. Un sorriso può nascondere dolore, ma grazie a questa collaborazione, può diventare il primo passo verso la libertà.

Laura Pace

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL MEDICO RACCOLGERÀ UNA DOCUMENTAZIONE DETTAGLIATA DELLE LESIONI PER METTERLA A DISPOSIZIONE DELLE FORZE DELL'ORDINE

In Italia esistono quasi 47 mila studi odontoiatrici: migliaia di professionisti hanno aderito all'iniziativa dell'Andi e del ministero per le Pari opportunità



IL QUESITO SUI SOCIAL

Salvini «sonda» la base leghista: fine vita, tanti sì

di **Marco Cremonesi**

Salvini ha lanciato tre giorni fa, sui social, il sondaggio sul fine vita. E la stragrande maggioranza dei pareri della base leghista è stata a favore di una regolamentazione.

a pagina 13 **Bettoni**

Fine vita, spinta della base leghista Ora anche Salvini non esclude il sì

Il sondaggio sui social del leader, i favorevoli prevalgono sui «devoti». Restano le incognite

ROMA Salvini il situazionista. Il vicepremier tre giorni fa ha postato sui suoi social una domanda importante: «Sarebbe giusto, secondo te, che il Parlamento approvasse una legge sul fine vita, per stabilire criteri, modi e tempi per permettere ai malati terminali di decidere, in piena coscienza, di porre fine alla propria esistenza?». Il riscontro c'è stato, eccome. Su Facebook, la copertura a ieri sera è stata di 657.595 persone, con 8.847 like e 6.349 commenti. Su Instagram, copertura di 724.218 persone, 8.447 like e 6.349 commenti. La stragrande maggioranza dei pareri è stata a favore di una regolamentazione del fine vita.

Per un leader come Salvini, il primo a esibire il rosario sul palco di un comizio, non era scontato tastare il polso ai suoi sostenitori su un tema tanto delicato. Anche se certamente non è la prima volta che lo fa, di certo ha colto il sentimento circolante. Situazionista, appunto. Chissà se è un modo per sostenere il governatore del Veneto Luca Zaia, che sta preparando un regolamento per dare seguito

alla sentenza del 2019 che sancisce l'ammissibilità del fine vita, e che di questi argomenti già parlava nel suo libro *I pessimisti non fanno fortuna*. Oppure una sorta di sostegno alla Lombardia, dove nei giorni scorsi c'è stato il primo caso di suicidio assistito. Diciamo che meno aperturista pare la Lega in Toscana: giusto sabato scorso, con gli alleati, ha fatto un ricorso al Collegio di garanzia del Consiglio regionale per fermare la legge sul fine vita approvata mercoledì.

Oppure, chissà se hanno ragione i maliziosetti. C'è chi sostiene infatti che l'iniziativa di Salvini sia nata — in effetti, il giorno dopo — per l'aver visto su SkyTg24 un sondaggio realizzato da Youtrend dai risultati assai nitidi: favorevoli il 77%, contrari il 14%, 9% i «non so». Ancora più intriganti i risultati sulla base della preferenza politica dei partecipanti: sono favorevoli il 76% dei Fratelli d'Italia, il 75% degli elettori di Forza Italia, il 65% dei leghisti. In ogni caso, dicono i collaboratori del vicepremier, la discussione «servirà come spunto in vista del congresso» di aprile che —

Salvini spesso lo ribadisce — sarà soprattutto programmatico. Fermo restando che, sui temi etici, «la linea della Lega è quella della libertà di coscienza da sempre».

Di certo, la discussione sui social è stata animata, anche con interventi molto lunghi e argomentati. Sebbene la grande maggioranza degli interventi sia a favore del fine vita, la posizione cattolica è assai presente. In genere espressa come fa Adele Infantino: «La vita l'ha data il Signore e Lui la deve togliere». Ma anche con post più sferzanti, rivolti direttamente a Salvini: «Ma non eri cattolico?». E c'è anche chi si interroga: «Strano questo sondaggio, una legge sul fine vita la vuole il 70% degli italiani, ma lui non cavalca il consenso populista».

E poi, ci sono i militanti devoti, che nella Lega hanno avuto ruoli, come l'ex senatore Simone Pillon: «La que-



stione è mal posta. L'alternativa non è tra sofferenza e dignità, ma tra cura e suicidio». Oppure, il responsabile Famiglia del partito in Calabria, Giancarlo Cerrelli: «Aprire alla morte di Stato è irresponsabile, come lanciare una pallina su un piano inclinato». E ancora, il portavoce di ProVita&famiglia Jacopo Coghe che parla di «atrocità legalizzata». Chiedendo se «come cittadini

siamo disposti a finanziare con le tasse l'uccisione di persone malate attraverso il servizio sanitario nazionale».

Resta il fatto che gran parte dei commenti è favorevole. E Luca Zaia anche ieri sera è tornato all'attacco. Contro «l'ipocrisia di chi fa credere che il fine vita non esista quando è

autorizzato da una sentenza della Corte costituzionale».

Marco Cremonesi

Per i follower

primo caso di suicidio assistito in Lombardia.

Un uomo, di 53 anni, era affetto da severe neuropatia progressiva da oltre 30 anni.

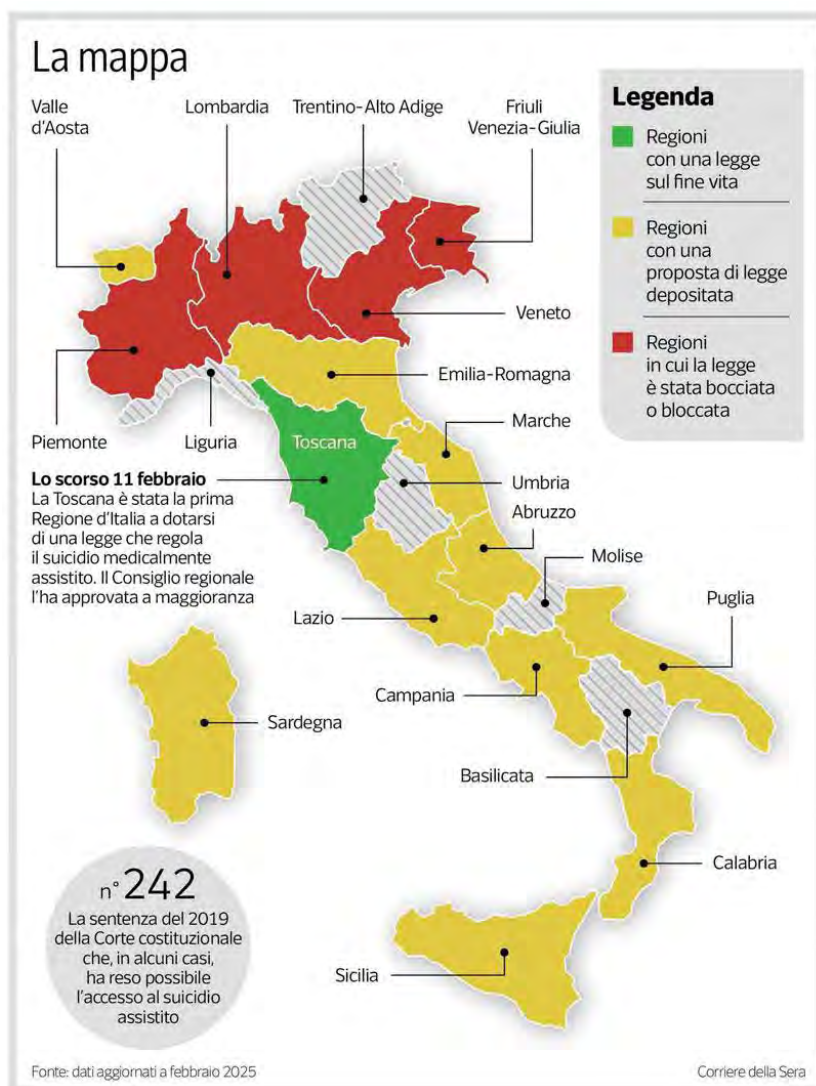
124 MILA 1,7M 11

ma il Parlamento approvava una legge sul "fine vita", per stabilire chi, in quali casi e come può testare ai suoi termini di decisione, in piena coscienza, di porre fine alla propria esistenza?

IL SONDAGGIO

Il 14 febbraio, postando la notizia del suicidio assistito in Lombardia, Salvini chiede se sarebbe giusta una legge sul fine vita

Il vento che cambia
Il segretario vuole inserire il tema nell'agenda del congresso di aprile



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Fine vita, l'alt del centrodestra in Toscana

Il ricorso: «No a norme autonome su temi così delicati». Sospesa per 30 giorni la promulgazione della legge regionale

ROMA La legge sul suicidio assistito approvata in Toscana non potrà essere applicata. Non fino a quando il collegio di garanzia si sarà espresso, perlomeno. Ha fino a 30 giorni di tempo per farlo. Con un ricorso sono state le opposizioni a sollecitarlo, decise a dare battaglia a quella legge regionale sul fine vita. La Toscana è stata la prima ad approvarla, altre Regioni hanno cominciato l'iter.

Ma hanno senso leggi regionali in materia quando non esiste ancora una legge nazionale? No, sostengono nel ricorso Marco Stella, capogruppo di Forza Italia in Toscana, Elena Meini, capogruppo della Lega e Vittorio Fantozzi, capogruppo di Fratelli d'Italia. «Una Regione non può decidere in modo autonomo su un tema come questo», dice Meini, mentre Stella rilancia: «Noi siamo sicuri che questa legge non sia conforme allo Statuto della

Regione».

Non esiste ancora una legge nazionale sul suicidio assistito, ma c'è una sentenza della Corte costituzionale del 2019 che è stata molto chiara, autorizzando la pratica con alcune limitazioni, oltre a sollecitare il Parlamento a legiferare in materia. Fu sul caso del Dj Fabo, che la Consulta si pronunciò, quel ragazzo che Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, accompagnò in Svizzera per il suicidio assistito.

È per questa sentenza che si è aperto uno scontro in Regione Lombardia. Guido Bertolaso, assessore al Welfare, ha autorizzato un suicidio assistito appellandosi proprio a questa pronuncia della Consulta. Romano La Russa, assessore alla Sicurezza al Pirellone, lo ha contestato apertamente: «In questa maniera Bertolaso ha scavalcato sia la giunta sia il Parlamento».

In Lombardia una proposta

di legge regionale sul suicidio assistito è stata presentata e poi bocciata, con la motivazione che non si può fare una legge locale, bisogna prima farne una nazionale.

C'è però una particolarità in Lombardia: il presidente leghista della Regione Attilio Fontana si è dichiarato favorevole alla legge sul suicidio assistito, a dispetto non solo della sua maggioranza ma del suo stesso partito in Regione. Dice infatti la consigliera del Carroccio Silvia Scurati: «Il diritto alla vita è fondamentale e va custodito in antitesi al diritto alla morte. La Regione Lombardia deve continuare a investire per potenziare le cure palliative e l'assistenza fino alla fine». L'assessore La Russa ammette che «la sentenza della Corte costituzionale va chiaramente presa in grande considerazione», ma ribadisce che «non è sufficiente per determinare un orientamento su questo tema delicato e

complesso».

Solida la posizione della Chiesa. È di ieri la dichiarazione di Giovanni Nerbini, vescovo di Prato: «Il diritto di essere curati, il diritto ad essere accuditi, il diritto ad avere speranza non devono essere sopraffatti dal diritto a morire, come quello sancito dalla recente legge regionale».

Alessandra Arachi

In Lombardia

Scurati (Lega) accusa: fondamentale il diritto alla vita, in antitesi a quello alla morte

Sui territori

Il voto in Aula, il primato italiano

✓ La Toscana è la prima regione che regola il fine vita: martedì il Consiglio regionale ha approvato la legge su tempi e modi per accedere al suicidio assistito. Il centrodestra ha fatto ricorso

I via libera e i ricorsi

✓ L'Emilia-Romagna nel 2024 ha approvato la proposta di legge sul fine vita ma sulla delibera pendono i due ricorsi al Tar di governo e ministero della Salute

Gli iter legislativi già avviati

✓ La proposta di legge sul fine vita promossa dall'Associazione Coscioni ha iniziato l'iter con le audizioni degli esperti in Valle d'Aosta (il 3 luglio) e in Abruzzo (martedì prossimo)

Le bocciature dei consiglieri

✓ In Veneto nel gennaio 2024 la proposta di legge, appoggiata dal governatore Zaia, non è passata per un solo voto. Bocciature anche in Piemonte e Friuli-Venezia Giulia

Il sì al paziente lombardo

✓ In Lombardia la proposta di legge non è passata, ma il governatore Fontana si è detto favorevole ed è di venerdì il primo suicidio assistito autorizzato dalla Regione



25 gennaio 2024 Marco Cappato e l'Associazione Luca Coscioni depositano le firme per la pdl sul fine vita in Regione Lombardia



IL CASO Primo suicidio assistito con un farmaco fornito dal Ssn in Lombardia

Le Regioni di centrodestra: sul fine vita decida lo Stato

PAOLO FERRARIO

Dopo la legge regionale della Toscana, il suicidio assistito arriva anche in Lombardia e infiamma il dibattito politico. Se il governatore Fontana si trincerava dietro un «abbiamo semplicemente applicato la sentenza della Corte Costituzionale», Fratelli d'Italia presenta un'interrogazione all'assessore Bertolaso e l'opposizione parla di «ipocrisia del centrodestra», che pochi mesi fa ha affossato il progetto di legge al Pirellone. Intanto, le Regioni viaggiano in ordine sparso e alcune, tanto che il presidente del Veneto Zaia è preoccupato: «Non possiamo fare venti norme regionali, tutte diverse e tutte a rischio». A mettere un punto pensa il ministro degli Esteri, Antonio Tajani, che chiarisce la posizione della maggioranza, e in parti-

colare di Forza Italia: «Non può esserci una competenza regionale, deve esserci una competenza nazionale». Rilanciando la palla nel campo del Parlamento che, però, finora non è stato in grado di prendere una decisione su questo delicato e divisivo dossier. **Campisi e un intervento di Ogetti** a pagina 6

Il suicidio assistito arriva in Lombardia Sale il rischio fuga in avanti delle Regioni

PAOLO FERRARIO
Milano

«Abbiamo soltanto applicato la sentenza della Corte Costituzionale». «Si conferma la totale perversione in atto del Servizio Sanitario Nazionale». Sta in queste dichiarazioni, rispettivamente del governatore della Regione Lombardia, Attilio Fontana e del presidente dell'Associazione «Pro vita e famiglia», Antonio Brandi, il perimetro del dibattito sul «suicidio assistito», scatenatosi dopo la notizia che, nelle scorse settimane, una cittadina lombarda di 50 anni, chiamata per convenzione «Serena», affetta da sclerosi multipla progressiva da oltre 30 anni, è morta a seguito dell'autosomministrazione di un farmaco letale fornito dal Servizio Sanitario Nazionale. Per porre termine alla vita di «Serena», è stato applicato - per la prima volta in Lombardia e la sesta in Italia - il protocollo indicato dalla Corte Costituzionale nella sentenza 242/2019 sul cosiddetto

«caso dj Fabo», dopo che sono stati rilevati i quattro requisiti ritenuti necessari dalla Consulta: capacità di prendere decisioni libere e consapevoli, patologia irreversibile, sofferenze fisiche o psicologiche ritenute intollerabili dal richiedente, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale. Così, a pochi giorni dall'approvazione della legge regionale della Toscana, il dibattito sul «suicidio assistito» subisce un'ulteriore accelerata e si infiamma su una legge nazionale in grado di regolamentare la materia, che non c'è. Una norma sollecitata dalla stessa Corte Costituzionale, ma sulla quale il Parlamento non si è ancora espresso e che, invece, è ritenuta «opportuna» dal presidente della Lombardia Fontana. Che adesso si ritrova tra le mani un dossier incandescente, dopo che, nei mesi scorsi, la questione era stata dibattuta anche dal Consiglio regionale. Nell'occasione, la maggioranza di centrodestra - sostenendo che la competenza fosse dello Stato - aveva presentato

e approvato una pregiudiziale di costituzionalità e, alla fine, il progetto di legge sul «fine vita» non era stato discusso dal Consiglio. Ora, anche alla luce del «caso Serena», il Governatore non ha cambiato idea. «Nessun cambio di rotta», taglia corto Fontana ricordando: «Che ci debba essere una legge nazionale è un conto, che si debba rispettare la sentenza della Corte è un altro». Per il Governatore la Corte Costituzionale «ha dettato linee guida ben precise a cui tutto il Servizio Sanitario nazionale si deve attenere». Compreso quello della Lombardia. Linea che, però, non pia-



ce agli alleati di Fratelli d'Italia che, tramite il consigliere regionale Matteo Forte, fa sapere che presenterà un'interrogazione scritta all'assessore regionale al Welfare, Guido Bertolaso. Per i meloniani, quello che è successo a "Serena" è «molto grave» e «contraddice quanto dichiarato dalla stessa Direzione del Welfare». «Ad oggi - ricorda Forte - non esiste alcuna competenza del Servizio sanitario. Né la Corte, né il Parlamento - aggiunge - hanno riconosciuto un diritto a morire che comporti la possibilità di accedere al suicidio medicalmente assistito con farmaco letale fornito dal Servizio sanitario». Scettico, sul fronte dell'opposizione, anche il capogruppo Pd Pierfrancesco Majorino, che annuncia la presentazione di un accesso agli atti «per fare chiarezza

sulla procedura seguita per il primo caso di suicidio assistito in Lombardia, visto che, per scelta della maggioranza, la Lombardia non ha una legge che regolamenta la procedura stessa». Per Majorino infatti «non si può continuare a operare caso per caso, in assenza di una normativa di riferimento», mentre per il capogruppo M5s, Nicola Di Marco, «il completarsi del percorso di suicidio assistito richiesto e ottenuto da una cittadina lombarda, attraverso il Servizio sanitario nazionale è, purtroppo, l'esempio di quanto la politica non sappia o non voglia dare risposte».

Alla politica, soprattutto al centrodestra di governo, si rivolge direttamente il presidente di Pro Vita & Famiglia Brandi, che accoglie con «rammarico e tristezza» la notizia della morte di "Serena",

ricordando che «lo scopo del Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe essere quello di curare e alleviare le sofferenze e non di creare procedure per eliminare i sofferenti, inducendoli così a sentirsi un peso inutile». Da qui, l'appello alle istituzioni: «Ci auguriamo che il centrodestra, che guida la Lombardia e altre regioni che nei prossimi mesi saranno chiamate a esaminare la stessa proposta di legge recentemente approvata in Toscana, non ceda alle sirene dell'ideologia radicale e nichilista, ma si adoperi per incentivare e promuovere un sistema diffuso ed efficiente di cure palliative, assistenza domiciliare e servizi di prossimità alle famiglie dei sofferenti», conclude Brandi.

Il governatore Fontana sollecita una «legge nazionale», mentre Fratelli d'Italia rivolge un'interrogazione all'assessore Bertolaso. Brandi (Pro Vita) parla di «deriva eutanassica» e chiede di promuovere le cure palliative



ANSA

IL CASO

Dopo la morte, la prima in regione, di una donna 50enne che ha ricevuto il farmaco letale dal Servizio Sanitario Nazionale, si infiamma la discussione sul fine vita



L'analisi

NOI MEDICI, CHIAMATI A METTERCI DALLA PARTE DELLA RICHIESTA DI VITA

STEFANO OJETTI

Un tempo la nascita di una vita rappresentava motivo di gioia. Oggi, al contrario, ne viene celebrata l'interruzione come "vittoria", tanto da essere riportata con toni trionfalistici sulla maggior parte dei quotidiani. Fa molto discutere la legge sul suicidio assistito appena approvata dal Consiglio regionale della Toscana. Vittoria, secondo la logica di chi ha dichiarato pubblicamente di essere favorevole ad «ammazzare chi è d'accordo a essere ammazzato»; sconfitta, invece, secondo il presidente della Conferenza episcopale toscana cardinale Paolo Lojude: «Sancire con una legge regionale il diritto alla morte non è un traguardo ma una sconfitta per tutti». È del tutto prevedibile che, dopo l'approvazione della legge sulle Dat (2017), la sentenza della Corte costituzionale sulla depenalizzazione parziale del suicidio assistito (2019) e il voto in Consiglio regionale a Firenze l'11 febbraio, una legge simile a quella toscana possa essere approvata da altre Regioni e che si possa quindi aprire la strada verso il tentativo futuro di legalizzare l'eutanasia. Alcuni iniziano a distinguere tra "vita" e "non vita", tra "degnata" e "non degnata", tra il "morire con dignità" e il "morire senza dignità", etichettando così, con soggettivi e giudizi arbitrari, condizioni di vita fragile. Ma chi stabilisce se una vita è degna di essere vissuta? Lo Stato? Una commissione medica? L'allocatione delle risorse? La persona o i suoi cari? E chi si preoccupa di quali siano le ragioni per cui un paziente può formulare una richiesta suicidaria: senso di abbandono? Peso economico per la famiglia? La domanda di suicidio assistito nasce sovente dal rifiuto di continuare a vivere in condizioni di precarietà e grave sofferenza, ma stiamo molto attenti a non accettare il disumano motivo che una vita può essere interrotta "per pietà". Ci si chiede: come mai tanta solerzia per ridurre i tempi di attesa di chi richiede il suicidio assistito e non altrettanta per abbreviare le liste d'attesa di chi, al contrario, vuole vivere grazie a una rapida diagnosi e terapia? E ancora: perché la prestazione che procura la morte viene inserita nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), mentre non sono fornite determinate indagini diagnostiche e le relative terapie dal Servizio sanitario, che viene così svuotato della sua primitiva funzione di fornire salute e non di procurare la morte? E infine: perché non sono state applicate su larga scala in tutto il Paese le Cure palliative? Gli hospice in Italia sono poco più di 300, con circa 800 medici quando ne occorrono nel prossimo decennio almeno 3.500. In particolare, la Toscana a fronte di circa 3.700.000 abitanti ha 30

hospice con 206 posti letto: numeri non sufficienti ad assicurare una corretta copertura del territorio in materia di Cure palliative. Quando si trattano temi sensibili, come decidere se interrompere o meno una vita umana, non crediamo affatto poi che "la vita può essere messa ai voti". Appare invece certo che, in un prossimo futuro, la richiesta di suicidio assistito supportato da motivazioni giuridiche non si limiterà solo a casi selezionati e circoscritti di sofferenza "insopportabile" ma si estenderà nel tempo ai più vulnerabili: disabili, anziani non autosufficienti, emarginati, malati terminali, disperati... Se un domani gli investimenti non fossero più sufficienti a garantire un'adeguata assistenza sanitaria perché non reperire le risorse eliminando le categorie più fragili? C'è da domandarsi allora se sia eticamente accettabile che una Regione si preoccupi di trovare strumenti e risorse per assicurare una "buona morte" e non piuttosto per garantire una vita dignitosa anche nella malattia a chi vuole vivere. Si dibatte spesso su autodeterminazione, accanimento e abbandono terapeutico: ma chi se non il medico, che conosce il paziente, la sua storia clinica, il suo vissuto, le sue fragilità fisiche e psicologiche, può essere in grado di capire il perché di un eventuale rifiuto della terapia, o ancor più di una richiesta di suicidio assistito? Dovere del medico è non di essere datore di morte ma, al contrario, di assistere il morente nelle sue necessità, assicurandogli un sereno distacco dalla vita terrena attraverso un'adeguata idratazione, una corretta terapia del dolore, un'adeguata ventilazione e un'accurata igiene della persona, assicurando al sofferente il sollievo, la dignità e il rispetto per il proprio corpo. Non vogliamo sentir parlare di eutanasia per i nostri fratelli sofferenti ma piuttosto di eubiosia (buona vita), cercando quindi di assicurare un fine vita sereno, nel rispetto della dignità del malato. Per far questo dovremo impegnarci a far sì che venga rispettata e applicata su larga scala la legge 38 del 15 marzo 2010 sulle Cure palliative per assicurare il controllo della sintomatologia e la migliore assistenza ai più deboli. Il problema nell'affrontare le fragilità nel fine vita oggi non è estendere il "diritto" al suicidio assistito quanto creare presupposti che evitino di giungere alla disperazione e quindi a una richiesta di morte, attraverso l'accompagnamento a una fine dignitosa che unisca sofferente, medico e famiglia.

**Presidente nazionale
Associazione medici cattolici italiani (Amci)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA POLITICA

Nel centrodestra dibattito aperto: «Materia nazionale»

ELISA CAMPISI

Roma

Il primo caso di suicidio assistito in Lombardia, giunto subito dopo il via libera della Toscana alla prima legge regionale sul fine vita in Italia, ha accelerato il dibattito politico, con il governo da una parte, che starebbe valutando se impugnare la norma toscana e, dall'altra, i diversi presidenti delle Regioni che - anche dal centrodestra - chiedono una legge nazionale. Se il leader della Lega e ministro delle Infrastrutture, Matteo Salvini, su Instagram lancia una sorta di sondaggio per chiedere ai suoi *follower* se vorrebbero una legge sul fine vita, il ministro degli Esteri, Antonio Tajani, invece chiarisce la posizione della maggioranza, e in particolare di FI. «Non può esserci una competenza regionale, deve esserci una competenza nazionale», ha detto il vicepremier, ribadendo che la discussione si sta svolgendo nel Parlamento, che è sovrano. «Bisogna ben distinguere tra il suicidio assistito e l'accanimento terapeutico, al quale siamo tutti contrari», ha aggiunto Tajani, spiegando che nonostante le perplessità, è «assolutamente convinto che nessuno debba accanirsi e far soffrire di più una persona». Cosa che lui non ha fatto neppure sul piano personale con la sua mamma - racconta - «quando non c'erano più speranze di poterla salvare». In attesa di una decisione, le regioni finora han-

no risposto alle richieste dei malati applicando le regole stabilite dalla Corte costituzionale sul suicidio assistito. A ricordare che queste esistono è il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, il quale è convinto che il Governo impugnerà la legge toscana, «ma il punto è che non possiamo fare venti leggi regionali diverse, tutte a rischio». «Il fine vita esiste già - spiega - C'è la sentenza della Consulta del 2019. Stabilisce che un malato terminale può fare domanda se sono rispettati questi quattro requisiti: diagnosi infausta, mantenimento in vita da supporti, grave sofferenza fisica e psichica, libertà di scelta». Quello che serve, dice però, «è una legge nazionale». Il presidente del Veneto ha risposto anche sul cosiddetto regolamento che intende adottare, sottolineando che in realtà si tratta solo di «una circolare, che dovrebbe fissare delle regole», in base a ciò che esiste già. Sollecitati dai cronisti, diversi governatori del centrodestra si stanno allineando alla posizione di Zaia. A chiedere una legge nazionale è per esempio anche il presidente della Regione Liguria, Marco Bucci, che ha specificato: «Non penso sia compito delle regioni fare delle leggi di questo tipo perché se no sarebbero una diversa dall'altra». E ha ribadito che spetta al Parlamento, così come sollecitato dalla Corte costi-

tuzionale: «Facciano in fretta, così almeno risolviamo il problema».

Allo stesso modo, il presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, ribadisce che il loro compito è solo di adeguare la normativa interna, se necessario. Tutto il resto - ha sottolineato Rocca - «è solo retorica di voti, solo bandierine». Non nega però una certa difficoltà personale a schierarsi sul tema perché «comunque la si pensi, trovo siano scelte individuali dolorosissime e che farci speculazione politica, come cerca di fare parte della sinistra, sia davvero ignobile». Intanto, un altro fronte caldo, dopo quello della Toscana, si sta aprendo in Umbria, che come si è augurato Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, presto potrebbe diventare «la seconda Regione ad approvare le norme di civiltà» legate al fine vita. Lo ha detto in collegamento alla conferenza stampa nella quale Laura Santi, affetta da sclerosi multipla, ha annunciato che in Umbria la raccolta di firme per la proposta di legge sul fine vita "Liberi subito" partirà dal 3 aprile.

Il governo pronto a impugnare la legge toscana. Tajani: «Questo tema non può essere competenza regionale». E Salvini, pressato da Zaia, lancia un sondaggio



PUÒ PREVENIRE I TUMORI AL COLON: GLI EFFETTI BENEFICI DELL'ASPIRINA

Rizzoli a pagina 13



ASPIRINA ANTI-CANCRO

Due studi hanno provato che assumere piccole dosi di acido acetilsalicilico per anni previene i tumori colon-rettali. E gli oncologi iniziano a prescriverla

di **Melania Rizzoli**

L'Aspirina è il farmaco più conosciuto al mondo e tutti i giorni milioni di persone di ogni continente e di ogni età la assumono per il suo riconosciuto effetto antipiretico, antidolorifico, antinfiammatorio, antinevralgico, e più recentemente per la sua azione preventiva anti-aggregante, la quale impedisce alle piastrine la formazione di trombi nel sangue, i responsabili degli infarti del miocardio e degli ictus cerebrali.

Il principio attivo di questo storico medicinale è l'acido acetilsalicilico, sintetizzato dal chimico francese Charles Frédéric Gerhardt nel 1853, anche se il reale meccanismo d'azione fu riconosciuto nel 1970, e il nome «Aspirin» fu coniato dalla Bayer, la prima azienda farmaceutica produttrice. Ma ciò che è sorprendente è che, sebbene la formulazione e la sintesi del farmaco non sia mai cambiata, ogni dieci anni si aggiungono nuove evidenze ai suoi molteplici effetti a distanza, come quello ormai accertato che, assunta a basse dosi e per lunghi periodi, l'Aspirina possa ridurre di molto il rischio del cancro al colon retto nei soggetti predispo-

sti.

Una famosa ricerca del 2010, eseguita alla Oxford University su 25mila pazienti, ha evidenziato che una bassa dose di acido acetilsalicilico (75mg di Cardioaspirina), assunta quotidianamente per un periodo da quattro ad otto anni, ha sostanzialmente ridotto o azzerato l'insorgenza del tumore intestinale nei soggetti a rischio di svilupparlo per ereditarietà, familiarità e flogosi croniche del colon, mentre ha notevolmente diminuito il tasso di recidive nei pazienti portatori o già operati per questa neoplasia. Inoltre, da qualche anno i risultati sono stati così incoraggianti da convincere gli oncologi ad estendere questa semplice terapia «preventiva» anche per altri tipi di neoplasie.

Il principio si basa sull'evidenza che molti tipi di tumori maligni insorgono in seguito ad infiammazioni croniche insistenti da anni, non curate e non trattate, come quelle del colon-retto, dello stomaco, dell'esofago, del fegato. Esse hanno un ruolo cruciale nell'insorgenza della malattia poiché, se lasciate agire indisturbate senza un contrasto terapeutico mirato, dopo diversi anni le stesse flogosi sono in grado di malignizzare i tessuti colpiti e di conseguenza favorire in

essi lo sviluppo il cancro.

Una recente ricerca condotta al Karolinska Institutet, in Svezia, e presentata al Congresso della Società americana di Oncologia a San Francisco nell'autunno 2024, sviluppata con uno studio clinico randomizzato su circa 3 mila pazienti operati per tumore al colon al II e III stadio, ovvero in fase locale avanzata, ma non metastatica, ha dimostrato che coloro che avevano ricevuto Aspirina a basse dosi per i tre anni successivi all'intervento, hanno avuto un rischio di recidiva del tumore inferiore al 56% rispetto a chi non ha assunto il farmaco, e tale vantaggio è stato osservato indipendentemente dai recettori, dalle mutazioni e dal tipo istologico del tumore intestinale.

È opportuno sottolineare che certamente l'Aspirina, un antinfiammatorio non steroideo, non rappresenta in assoluto il farmaco di prima scelta per la prevenzione del carcinoma colon-rettale e delle



il Giornale

sue recidive nei soggetti predisposti, ma può avere un ruolo protettivo, poiché i dati scientifici accumulati da molti anni a questa parte dimostrano che la sua somministrazione può effettivamente ridurre il rischio della neoplasia intestinale. Al punto che negli Usa l'acido acetilsalicilico viene consigliato in via preventiva ai soggetti over 50 con fattori di rischio evidenti per questa malattia, in assunzione quotidiana di pillole gastroprotette, ovvero ricoperte con un

film protettivo che permette loro di passare indenni attraverso lo stomaco per poi sciogliersi nell'intestino ed immettersi nel circolo sanguigno, con un effetto più lento delle compresse ad azione rapida, ma costante nel tempo.

Le controindicazioni all'assunzione di Aspirina sono naturalmente le allergie riconosciute al suo principio attivo e i difetti ematologici di coagulazione accertati per il rischio emorragico, oppure l'assunzione sconsigliata della molecola sen-

za controllo medico, ma non bisogna dimenticare, al di là di effetti collaterali comuni a qualunque farmaco, il valore terapeutico di questa straordinaria molecola, sintetizzata oltre 100 anni fa, in grado di curare indistintamente i sintomi dell'influenza, il mal di testa, i rischi di ischemie vascolari ed oggi anche quelli del cancro.

Il principio attivo sintetizzato dal chimico francese Gerhardt nel 1853, commercializzato per la prima volta da Bayer nel 1970

-56%

La riduzione dei casi di recidiva dei tumori al colon di II e III grado in chi assume Aspirina

25mila

I pazienti su cui è stato condotto lo storico studio della Oxford University nel 2010



Intervista all'oncologa Mastronuzzi

“Stiamo vincendo la sfida contro i tumori dei bimbi oggi ne salviamo 8 su 10”

di **Michele Bocci**

Quando la genetica costringe i più piccoli ad affrontare il cancro, la chiave per vincere la sfida è far lavorare gli specialisti in rete e secondo standard aggiornati, assicurando così le terapie più moderne in tutti gli ospedali. Per dare l'assistenza migliore a bambini e ragazzi le strutture devono scambiarsi informazioni e strategie diagnostiche e di cura per i singoli pazienti. A questo lavora la Fondazione Umberto Veronesi, che finanzia i protocolli di Aieop, l'Associazione italiana di ematologia e oncologia pediatrica, e in questi anni ha permesso di seguire 6mila pazienti. Oggi si celebra la venticinquesima giornata mondiale contro il cancro infantile e Angela Mastronuzzi, oncologa pediatrica del Bambino Gesù di Roma e presidente di Aieop racconta come si affronta la malattia che fa più paura quando ad essere colpiti sono i più giovani.

Quanti sono i nuovi casi ogni anno in Italia?

«I tumori pediatrici riguardano 1.400 bambini fino a 14 anni e 800 adolescenti fino a 18. Oltre un terzo sono leucemie. Le cure migliorano di decennio in decennio, la percentuale delle guarigioni è passata dal 50-60% degli anni Ottanta all'80% di oggi».

Come mai?

«Perché la ricerca sulle terapie progredisce e perché conosciamo di più le malattie dal punto di vista biologico. Abbiamo imparato a capire le specificità dei pazienti e a rispondere al singolo caso con terapie adeguate».

In Italia la qualità dell'assistenza sanitaria è talvolta troppo diversa tra una Regione e l'altra.

Nell'oncologia pediatrica questo

problema è meno presente?

«Sì, perché abbiamo una rete di 50 strutture con protocolli condivisi, così indipendentemente da dove si ammala il bambino possiamo dare la miglior cura possibile. La Fondazione Veronesi finanzia in modo importante questi protocolli, che sono costosi da aprire e da gestire. Sono fondamentali perché ci permettono di offrire assistenza di qualità nelle varie zone del paese. Si agisce in modo multidisciplinare, coinvolgendo gli specialisti che si occupano di farmaci, di radioterapia, di chirurgia a seconda del problema».

Che paziente è il bambino con il tumore?

«È molto peculiare. Vive in modo diverso la malattia, è più facile da gestire, si affida alle cure. Per lui diventa la routine venire in ospedale, fare i trattamenti, vedere i dottori che conosce. Però bisogna ricordare che insieme a lui c'è una famiglia disperata, che ha bisogno di un sostegno più impegnativo. E poi ci sono gli adolescenti, che hanno una consapevolezza diversa della patologia, con esigenze personali associative e comunicative. Nei nostri centri li coinvolgiamo in attività, ad esempio abbiamo un torneo nazionale di calcio al quale partecipano anche pazienti guariti».

I ricoveri sono molto lunghi?

«Sì, anche di sei mesi o addirittura due anni. Succede ad esempio per le leucemie. Magari ci sono periodi nei quali si fanno le terapie senza bisogno di ricovero, però i tempi sono comunque importanti. Per questo nei nostri centri ci sono le scuole».

Quanto è emotivamente difficile per voi professionisti lavorare con i bambini?

«L'idea del bambino malato grave fa sempre molta tenerezza, è vero. Ma

quando mi chiedono, e succede spesso, “come fai a fare questo lavoro?”, rispondo che non so come farei a non farlo. È vero, quando le cose vanno male e bisogna parlarne con i genitori, quando un bambino muore, o subisce effetti tossici dai farmaci, è devastante.

Ma lavorare nei nostri reparti è un'esperienza arricchente. Ogni giorno impariamo qualcosa. Mi è capitato di avere problemi e restare fuori dal lavoro per un mese. Quando sono rientrata e ho visto il reparto mi sono detta: di cosa mi posso lamentare? Esercitare la professione qui è un'esperienza medica ma anche di vita. Continuiamo ad avere contatti con gli ex pazienti e con le famiglie di chi non ce l'ha fatta, che magari si dedicano ad aiutarci».

Qual è il futuro delle cure? I risultati miglioreranno ancora?

«Lavoriamo non solo per farli guarire ma anche per guarirli bene, cioè per evitare gli effetti collaterali di certi trattamenti, talvolta mortali. Migliora la nostra conoscenza delle patologie e si va verso delle terapie sempre più personalizzate, con farmaci target. In Italia utilizziamo già le Car-T, terapie che possono essere molto efficaci e che non tutti in Europa hanno ancora a disposizione. Anche da qui passa il futuro. Va ricordato che l'incidenza di questi tumori non tende ad aumentare, fortunatamente, perché sono prevalentemente genetici e non vengono condizionati da ambiente e stili di vita, come invece succede per quelli degli adulti. Quindi, possiamo migliorare ancora i dati di sopravvivenza, far guarire più bambini».



Giuseppe Remuzzi

«Screening e ricerca per combattere le malattie rare»

«Molte si presentano con sintomi ben riconoscibili, per tante altre la diagnosi è più lunga e complessa. Oggi però la genetica ci aiuta ad abbreviare i tempi»

di **Maurizio Maria Fossati**
In Europa viene definita "rara" una malattia che ha bassissima prevalenza nella popolazione: non più di 1 caso su 2mila abitanti. Si conoscono oltre 8mila malattie rare tra loro diverse e che colpiscono organi diversi.

Professor Giuseppe Remuzzi, quali sono le malattie rare più frequenti?

«Se consideriamo la fascia pediatrica, a prevalere sono le sindromi malformative complesse, seguite dai difetti del metabolismo. Negli adulti la categoria più frequente è senza dubbio rappresentata dalle malattie del sistema nervoso».

Queste malattie si manifestano nella prima infanzia o possono avere un esordio in età più matura?

«Le malattie rare interessano tutte le fasce di età. La maggior parte delle condizioni causate da anomalie genetiche esordisce nel bambino, ma esistono anche malattie genetiche a esordio tardivo».

Gli screening durante la gravidanza e quelli neonatali possono aiutare nella diagnosi?

«Il nostro è fra i Paesi europei con il più vasto programma di screening neonatale. Negli anni

lo sviluppo delle tecnologie di laboratorio ha semplificato le analisi di screening, consentendo di ampliare l'indagine fino a comprendere più di 50 malattie metaboliche rare, spesso ereditarie. La possibilità di intervenire con misure adeguate prima che una malattia si manifesti può prevenire danni altrimenti irreparabili».

Quali potrebbero essere gli eventuali campanelli d'allarme per riconoscere una malattia rara?

«Ci sono malattie rare che si presentano con sintomi e segni facilmente riconoscibili, per molte altre il processo di diagnosi è più complesso. Oggi grazie a strumenti diagnostici sofisticati (per esempio la genetica), per molte malattie rare il processo diagnostico è più breve e lineare che in passato. Non sono però pochi i casi in cui non si giunge a una diagnosi tempestiva, tanto che si sono sviluppati in molti Paesi programmi specifici per le cosiddette 'Malattie non diagnosticate'».

A che punto siamo con le cure? Ce ne sono di risolutive o che permettano una buona qualità della vita dei pazienti?

«A partire dagli anni '80 sono stati messi a punto programmi di sostegno allo sviluppo di cure per le malattie rare poiché l'industria farmaceutica non è incentivata a sviluppare terapie destinate a pochi pazienti (e quindi con scarso ritorno degli ingenti investimenti). Si tratta dei programmi per lo sviluppo dei cosiddetti 'Farmaci orfani'. Questi programmi hanno permesso la ricerca e lo sviluppo preliminare di moltissimi principi attivi, tra cui molti sono poi diventati farmaci e hanno consentito un miglioramento delle prospettive e della qualità di vita dei pazienti».

Quindi siamo sulla buona strada.

«Sì, ma con alcuni problemi: in primo luogo il numero di farmaci disponibili è in qualche modo limitato rispetto al numero grandissimo delle malattie rare. L'altro problema è il costo, che mette in difficoltà i sistemi sanitari dei Paesi ricchi e rende del tutto indisponibili i farmaci ai pazien-



ti dei Paesi meno ricchi o decisamente poveri, sollevando una questione di equità».

Malattie diverse, ma spesso accomunate dalla difficoltà della diagnosi, mancanza di cure e carichi assistenziali. Fondamentale quindi la multidisciplinarietà degli specialisti coinvolti. A che punto siamo in Italia?

«La Rete Nazionale delle Malattie Rare, attiva nel nostro Paese dal 2001, presenta le caratteristiche per realizzare efficacemente gli interventi in favore delle persone con malattie rare. Nel 2017 si sono costituiti i 24 Network Europei di Riferimento per le Malattie Rare, formati da Centri Clinici di Eccellenza, accreditati dai 27 Ministeri della Salute, coordinati per lavorare all'ottimizzazione della diagnosi, del management, e della tera-

pia delle malattie rare. La partecipazione italiana, in termini di numero di Centri selezionati e ammessi a far parte di ERNs, ci vede al primo posto tra gli Stati membri».

In pratica, a chi si deve rivolgere il paziente raro o i suoi familiari?

«Innanzitutto è importante rivolgersi al proprio medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta per essere indirizzati a uno dei Centri di riferimento della Rete nazionale per le malattie rare. Viene quindi avviato il percorso per definire la diagnosi e le necessità terapeutiche. Ogni Regione ha una propria Rete per le malattie rare, con Centri di Coordinamento che, fra gli altri, svolgono un importante ruolo di orientamento, sia per il malato e la sua famiglia, sia per gli operatori sanita-

ri».

Le terapie di una malattia rara sono a carico del SSN?

«Oggi il SSN è in grado di garantire l'accesso a tutti i farmaci di provata efficacia, che hanno costi talvolta elevatissimi. Tuttavia, bisogna ricordare che spesso è l'entità dei costi assistenziali a gravare pesantemente sulle famiglie dei malati rari. E a questo riguardo le associazioni di malati rappresentano non solo un modo per chi è ammalato di condividere la propria esperienza, ma sono diventate uno strumento fondamentale di progresso in molte direzioni: dall'assistenza sociale e sanitaria, alla promozione della ricerca scientifica, alla sensibilizzazione del pubblico e delle autorità sanitarie e governative».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PROFILO

Giuseppe Remuzzi, ricercatore e docente universitario è direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS dal 2018. È stato Primario di Nefrologia all'Ospedale di Bergamo e Direttore del Dipartimento di Medicina. È stato Presidente dell'International Society of Nephrology. Unico italiano nel comitato editoriale del New England Journal of Medicine e oggi è in quello del Lancet. Membro del Consiglio Superiore di Sanità. Numerosi i riconoscimenti da parte della società internazionale di nefrologia come il Jean Hamburger Award, il John Peters Award e il "Lennox K. Black International Prize". Autore di centinaia di pubblicazioni su riviste internazionali e di diversi libri, è editorialista del Corriere della Sera.



Oncologia, tre strade promettenti

'Affamare' il tumore, bloccare le proteine chiave, uccidere le cellule che ricrescono dopo i trattamenti

di **Alberto Levi**

Bloccare la crescita dei tumori prendendo di mira proteine chiave, uccidere le cellule capaci di far ricrescere il cancro dopo il trattamento, ma anche sfruttare come alleate cellule adipose modificate che fanno morire di fame i tumori: sono tra i più recenti esperimenti, condotti in laboratorio, che promettono di mettere a punto nuove armi sempre più efficaci nella lotta al cancro, e che ora puntano a compiere il fondamentale passo avanti verso i trial clinici sugli esseri umani.

Tra gli approcci più innovativi c'è quello che vede protagoniste le cellule del tessuto adiposo modificate per affamare quelle tumorali: nello studio pubblicato sulla rivista *Nature Biotechnology* e coordinato dall'Università della California a San Francisco, i ricercatori hanno prelevato normali cellule adipose bianche e le hanno modificate in laboratorio tramite Crispr, la tecnica taglia-e-cuci del Dna, riattivando geni dormienti che consentono di bruciare molte più calorie allo scopo di produrre calore. Questo comportamento è tipico del tessuto adiposo bruno, normalmente presente nel

corpo in piccole quantità, e perciò le cellule ingegnerizzate sono dette 'beige'.

Una volta impiantate accanto a quelle cancerose in laboratorio e nei topi, le cellule diventate 'super-voraci' hanno dato risultati sorprendenti, privando il tumore del carburante necessario per crescere: la tecnica è riuscita a battere cinque diverse forme di cancro: quello del colon, del pancreas, della prostata e due forme di tumore della mammella. L'efficacia, inoltre, è rimasta inalterata anche quando le cellule adipose sono state poste lontano dal sito del tumore: una caratteristica, questa, che potrebbe rivelarsi preziosa per trattare i tumori difficili da raggiungere, come il glioblastoma che colpisce il cervello.

Proprio il glioblastoma, insieme ad altri tumori che colpiscono il cervello come il medulloblastoma, tra i più comuni nei bambini, è il bersaglio di un nuovo farmaco che prende di mira le cellule staminali del tumore. molto pericolose, perché possono far riformare il tumore dopo la terapia. Il farmaco, noto con la sigla CT-179, è stato sperimentato nello studio pubblicato su *Nature Communications*, guidato dall'americana Emory University e dall'australiano Istituto di ricerca medica Berghofer Qimr. I risultati mostrano che, in associazione ad altre terapie, il farmaco uccide le staminali tumo-

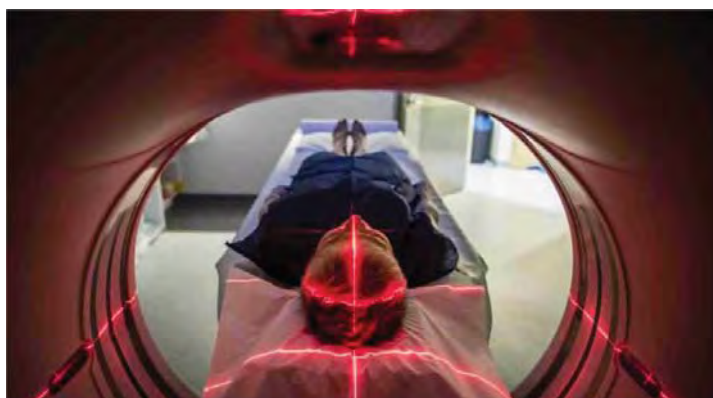
rali.

Un altro gruppo di ricerca, dell'Università della California a San Francisco, guidato dall'italiano Davide Ruggero, ha poi scoperto una proteina chiave finora passata inosservata, chiamata RBM42, presente normalmente nelle cellule ma che, in caso di tumore, prende a comportarsi in maniera diversa. Può infatti dirottare le fabbriche di proteine cellulari verso la produzione preferenziale di Myc, un'altra proteina ben nota legata alla crescita tumorale, che si moltiplica in maniera incontrollata nel 70% dei casi. La ricerca, pubblicata su *Nature Cell Biology*, dimostra che bloccando RBM42 si può impedire lo sviluppo di uno dei tumori più aggressivi, quello del pancreas. «Questa proteina - dice Ruggero - sembra davvero essere il tallone d'Achille di alcuni dei tumori peggiori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO STATO DELL'ARTE

I trials sono in fase di ricerca in laboratorio, per mettere a punto trattamenti sempre più efficaci



Studi su 23.000 nuovi farmaci Il 40% riguarda l'area dei tumori

La ricerca avanza veloce
anche grazie alle
innovazione tecnologica

«Sono 3,7 milioni gli italiani che nel 2024 vivono dopo una diagnosi di tumore, 1 milione in più rispetto a 10 anni fa (+37%), secondo i recenti dati del Rapporto 'I numeri del Cancro in Italia 2024' di Aiom, Airtum e altre realtà. Risultati che si devono anche ai progressi straordinari della ricerca farmaceutica»: ad affermarlo Marcello Cattani, Presidente di Farmindustria, in occasione del World Cancer Day del 4 febbraio.

«Oggi su una pipeline globale di 23.000 nuovi farmaci in sviluppo, circa il 40% riguarda l'area dei tumori. Con una crescita incredibile negli ultimi 15 anni: nel 2010 era pari al 27%. Nel 2024

dei 50 nuovi farmaci approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) il 30% erano oncologici. In Italia, a livello di sperimentazioni cliniche, secondo dati dell'Agenzia Italiana del Farmaco, il 35% dei trial riguardano le neoplasie (oncologiche ed emato-oncologiche)».

«La R&S nel mondo è destinata a raggiungere sempre nuovi successi grazie al rapido avanzamento tecnologico, all'uso dell'Intelligenza Artificiale e dei dati sanitari, nel rispetto della privacy. La nostra Nazione è ai vertici europei per aspettativa di vita alla nascita, con una crescente quota di persone che trascorrono la propria vita in buona salute. Negli ultimi tre anni la

vita media è cresciuta di un anno. Traguardi – conclude Cattani – che devono essere rafforzati aprendo la porta all'innovazione, con un accesso celere alle terapie a beneficio del cittadino, e incentivando un contesto attrattivo per gli investimenti. Obiettivi alla portata del Servizio Sanitario Nazionale, grazie alle sue eccellenze, con una sempre maggiore appropriatezza delle cure. Senza dimenticare l'opera, sinergica e collaborativa, di sensibilizzazione per promuovere prevenzione e corretti stili di vita».

a. i.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Servizio Giornata mondiale

Oltre 2mila casi di tumore all'anno tra i bimbi: ricerca al top, ma troppi viaggi per curarsi

Italia all'avanguardia per terapie innovative e centri tanto che le guarigioni superano l'81% ma le associazioni dei familiari chiedono più ricerca e una migliore gestione dei pazienti

di Barbara Gobbi

14 febbraio 2025

«In Italia i pazienti oncologici pediatrici ricevono cure all'avanguardia e questo riguarda sia i protocolli - che sono la base - sia le cure sperimentali che ci permettono di ottenere percentuali di guarigione molto alte. Siamo in linea con gli Stati Uniti nei trattamenti innovativi come le terapie geniche, cellulari o con CarT, che in altri Paesi europei non sono disponibili. Ad esempio in Italia è in corso un trial clinico, che conduciamo al Bambino Gesù, sui tumori del sistema nervoso centrale come ne esistono al massimo una decina in tutto il mondo». A spiegare il balzo della sopravvivenza globale per tumori pediatrici, passata nel nostro Paese dal 69,5% de1989-1998 al 76,8% del decennio successivo fino all'81,1% di guarigioni al 2017, è Angela Mastronuzzi, presidente dell'Associazione italiana di ematologia e oncologia pediatrica (Aieop) che fa capo ai 50 centri del Paese e responsabile della Neuro oncologia dell'Ircss pediatrico Opbg di Roma. L'occasione per fare il punto sui numeri così come sulla ricerca e sui nodi da sciogliere in fatto di presa in carico dei pazienti con tumore da zero a 19 anni è la Giornata internazionale contro il cancro infantile del 15 febbraio, istituita dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms).

Guarigioni sostenute dalla ricerca e dal network

In Italia sono 2.200 le nuove diagnosi l'anno: 1.400 su bambini under 14 e 800 su adolescenti a partire dai 15 anni. Con un tasso di sopravvivenza che tra 2009 e 2017, ricordano ancora dalla Aieop, è ormai all'86% per i tumori del sangue (dal 59% del 1989-1998) e al 76,5% (dal 59,8% dello stesso periodo) per le forme solide. Considerando che i dati Aieop sono riferiti al 2017, dal momento che le sopravvivenze vengono stimate a 5 anni, i numeri oggi sono sicuramente migliorati grazie all'impiego di trattamenti sperimentali e alla diffusione dei protocolli. La ricerca scientifica e il network sono infatti le due chiavi del successo, pure se da implementare ulteriormente. «La ricerca ci consente di conoscere la malattia, le sue caratteristiche biologiche e la sua aggressività. Avere il dettaglio della singola patologia - prosegue Mastronuzzi - ci consente di dosare i trattamenti. In termini semplici ma efficaci, più è "cattiva" la malattia più dobbiamo essere "cattivi": questo per dare ai bambini le cure più appropriate riducendo al massimo gli effetti collaterali e preservando la qualità della vita dopo il cancro. Un aspetto cruciale: per i bambini guariti l'aspettativa di vita dev'essere sovrapponibile a quella della popolazione generale». Poi c'è il network: i tumori pediatrici sono rari, perciò fare rete consente di sviluppare maggiore esperienza sulle singole patologie. I protocolli cooperativi sono importanti tanto che l'averli adottati ha

determinato la svolta nella sopravvivenza tra gli anni Settanta e oggi. Fondamentale in questo contesto è arrivata nel 2021 la bussola della prima classificazione Oms dei tumori pediatrici, alla cui stesura hanno partecipato anche patologi italiani sotto la guida dell'Organizzazione mondiale della sanità: consente di usare nuovi farmaci target, di adattare il rischio alla gravità della patologia e di iniziare a muoversi anche in Italia sui tumori solidi con farmaci sperimentali come le CarT che hanno conosciuto le prime applicazioni, con successi notevoli, sulle forme oncoematologiche.

Il nodo dei viaggi da Sud a Nord del Paese

Scuola in ospedale, psicologi dedicati e rieducatori, collegamento con le case di accoglienza e con le associazioni genitori: «Ogni centro di onematologia pediatrica è organizzato per un supporto completo alla vita del bambino e della famiglia», spiega ancora la presidente Aieop. Ma non mancano le difficoltà e a segnalarle sono proprio le trentatrè associazioni delle famiglie che fanno capo alla Federazione italiana associazioni genitori e guariti Oncoematologia pediatrica (Fiagop). «C'è ancora un tema di trasferimento dalle Regioni del Sud, per mancanza di strutture, per il prestigio acquisito da grandi ospedali del Nord e del Centro Italia come il Gaslini di Genova o il Bambino Gesù di Roma o per la presenza di sedi specializzate in tumori rari - spiega il presidente Fiagop Paolo Viti -. Le Regioni più critiche sono Sardegna e Calabria - dalla quale parte il 75% dei bambini oncologici - mentre va detto che altre come l'Abruzzo, la Puglia e la Campania sono "cresciute" . Fiagop, che spende con le sue associazioni sui 3 milioni di euro soltanto per le case alloggio e per i centri di accoglienza in cui offre gratuitamente alle famiglie che hanno dovuto lasciare le loro case un alloggio ma anche sostegno psicologico, spazi di gioco, intrattenimento e sport, tocca tutti i giorni con mano le disparità sul territorio».

Serve più assistenza psicologica

Una richiesta importante è quella di potenziare l'assistenza psicologica: a farsene portavoce è tra gli altri Fondazione Soleterre che ha lanciato la campagna "Uno Psicologo per Ogni Reparto" e il Manifesto per il supporto psicologico gratuito, con 5 principi per garantire a tutte le persone il supporto psicologico gratuito e accessibile, affinché diventi un diritto garantito dal Ssn. Dal suo lancio, il 10 ottobre 2024, in poche settimane il Manifesto ha raccolto oltre 5mila firme. Non solo: un emendamento inserito nella legge di Bilancio 2025 autorizza l'assunzione di psicologi nelle onco-ematologie pediatriche pubbliche nel limite di spesa di 500 mila euro annui per 3 anni. Un primo importante passo, rilevano da Soleterre, che sta costituendo con Aieop e Sipo (Società italiana di Psico-Oncologia) un tavolo tecnico per l'implementazione della misura.

La prospettiva: "passaporto del guarito" gestito dalle Asl

Tre le criticità con altrettante richieste messe in fila dalla Federazione Fiagop: «Perdiamo 500 bambini l'anno e questo è il primo dato su cui riflettere - dice Viti -. Il primo target quindi è focalizzare maggiormente la ricerca sui tumori pediatrici perché questi numeri sono inaccettabili. L'obiettivo dev'essere lavorare ancora di più per far diventare il tumore una malattia come tante altre. Gli studi vanno avanti ma la ricerca, in particolare quella condotta dalle aziende farmaceutiche, dev'essere più mirata sulla pediatria. Il secondo punto è prevedere almeno un centro di cura – anche di secondo livello - per ogni regione, evitando di far spostare le famiglia se non è necessario. In terzo luogo, dopo la cura dovrebbe spettare alle Asl monitorare costantemente bambini e adolescenti sulla base del "passaporto del guarito" che è il documento di sintesi di tutte le cure seguite dal momento della diagnosi alle dimissioni, con le indicazioni necessarie per un controllo adeguato. Le aziende sanitarie dovrebbero creare centri multifunzionali dove l'oncologo, lo psicologo e il fisioterapista prendano in carico questi pazienti che oggi continuano a essere

seguiti in ospedale, sottraendo risorse alla sanità pubblica e alle famiglie, costrette a spostarsi sempre anche per i controlli».

La presa in carico dopo il centro ospedaliero

Oggi la presa in carico dopo la parte critica di patologia e i primi anni di follow up resta nel centro ospedaliero: «Noi continuiamo a seguire i pazienti anche per molto tempo - dice Mastronuzzi - perché in oncologia la transizione dall'età pediatrica a quella adulta ancora non riusciamo ad averla. Manca una figura che possa prendersi cura di questi pazienti. Stiamo lavorando per capire come - dopo i 5 anni di follow up e a guarigione avvenuta quando il rischio di recidiva si approssima allo zero - staccare il "cordone ombelicale" dal centro che ha seguito il bambino o il ragazzo per consentirgli di usufruire dei servizi territoriali affidandolo a un coordinamento competente anche a 10-15-20 o 30 anni dalla malattia e tenendo conto della nuova legge sul diritto all'oblio. In futuro si potrà fare ma oggi non ancora non ci siamo».

Servizio Giornata mondiale

Cancro infantile, un esame di sangue individua evoluzione ed efficacia delle cure

I ricercatori hanno scoperto che il Dna circolante contiene informazioni chiave che aiutano a orientare la scelta dei farmaci

di Francesca Cerati

15 febbraio 2025

Un semplice esame del sangue potrebbe aiutare a orientare il trattamento dei bambini colpiti da cancro. I ricercatori hanno scoperto che nel sangue viaggiano pezzi di Dna (biomarcatori) che contengono informazioni chiave, attraverso cui individuare i segnali di una recidiva, valutare la gravità della malattia e aiutare a orientare la scelta dei farmaci.

E' quanto emerge da uno studio internazionale coordinato dai ricercatori dello Human Technopole (Ht) di Milano e dell'Institute of Cancer Research (Icr) e del Royal Marsden Hospital di Londra, come parte di un più ampio programma Uk di medicina di precisione (Stratified Medicine Paediatrics, SMPaeds), volto a identificare nel genoma umano potenziali fattori che potrebbero avere un ruolo attivo nella ricomparsa della malattia, individuando nuovi possibili bersagli terapeutici. I risultati del lavoro, pubblicato su "Cancer Discovery" e diffusi in occasione della Giornata mondiale contro il cancro infantile.

La ricerca dimostra che un'analisi dettagliata del cosiddetto Dna libero circolante (cfDna) - cioè di tutti quei frammenti di materiale genetico degradati e rilasciati dalla cellula nei fluidi corporei come il plasma sanguigno - permette di individuare parti di Dna di cellule tumorali, anche già morte, e di rilevare al loro interno le caratteristiche genetiche che contraddistinguono tumori pediatrici più aggressivi.

«Invece di prelevare parti del tessuto tumorale attraverso la biopsia, una pratica invasiva e che nei bambini risulta particolarmente difficoltosa, basterebbe quindi un semplice prelievo del sangue - prospettano gli autori - per poter ottenere numerose informazioni sulle caratteristiche di un tumore pediatrico, come le possibili cause di resistenza alle terapie e l'evoluzione del tumore nel tempo».

Lo studio conferma inoltre il ruolo significativo nell'insorgenza e nell'evoluzione dei tumori dell'epigenetica, ossia del modo in cui il materiale genetico è "ripiegato" all'interno del nucleo della cellula. Sequenziando il cfDna di alcuni pazienti, i ricercatori hanno infatti osservato che questi frammenti di Dna presenti nel plasma avevano assunto delle forme particolari che in passato erano già state studiate e associate alla presenza di diversi tipi di tumore.

Per quest'ultimo lavoro gli scienziati hanno preso in considerazione un ampio set di dati genomici provenienti da pazienti con tumori pediatrici recidivati e aggressivi. Da ognuno sono stati estratti un campione di tessuto tumorale e uno di cfDna, successivamente analizzati, sequenziati in

laboratorio e comparati tra loro. I ricercatori hanno quindi osservato che, quando sul cfDna del paziente erano presenti alcune determinate mutazioni, le cellule del suo tessuto tumorale presentavano una grande eterogeneità: erano cioè molto diverse l'una dall'altra, e quindi più difficili da eliminare contemporaneamente con una singola terapia. La presenza di cellule tumorali molto diverse tra loro è infatti un fattore chiave nella capacità di un tumore di ripresentarsi anche a distanza di tempo. Inoltre, a una maggiore presenza di mutazioni sul cfDna corrispondeva una maggiore eterogeneità del tessuto tumorale, e viceversa. Analizzando il cfDna, gli autori hanno anche notato che alcune specifiche sequenze di questi frammenti avevano una conformazione identica a quella del materiale genetico presente all'interno del nucleo delle cellule tumorali del paziente, confermando appunto il ruolo attivo dell'epigenetica come fattore chiave per l'insorgenza e lo sviluppo dei tumori.

«Lo sviluppo di resistenze alle terapie nei tumori pediatrici sono spesso associate a specifiche mutazioni nei geni e fattori epigenetici - afferma Andrea Sottoriva, responsabile del Centro di ricerca in biologia computazionale di Human Technopole e corresponding author dello studio - Confrontando il tessuto tumorale di numerosi pazienti affetti da tumori pediatrici recidivi con i frammenti di Dna rilasciati dalle loro cellule nel plasma, abbiamo osservato che a un maggiore numero di mutazioni presenti sul cfDna corrispondeva una maggiore varietà tra le cellule che costituivano il tessuto tumorale e, di conseguenza, una maggiore possibilità che non tutte queste cellule rispondessero positivamente alla stessa terapia, rigenerandosi e portando così a un ritorno della malattia. Abbiamo quindi concluso che il cfDna dei pazienti affetti da tumore pediatrico può essere analizzato per ottenere informazioni molto preziose sulle caratteristiche genetiche del tumore e sulla sua capacità di resistere alle terapie».

«Questo studio - commenta Marino Zerial, direttore Ht - conferma l'importanza di una ricerca costante di nuovi marcatori che possano aiutare a predire il comportamento dei tumori, oltre che di nuovi potenziali bersagli terapeutici, soprattutto in casi complessi e delicati come quello del cancro infantile. La ricerca ha inoltre permesso di confermare ancora una volta il ruolo centrale dell'epigenetica nell'insorgenza e nello sviluppo dei tumori, che a Human Technopole abbiamo spesso indagato in diverse patologie e attraverso vari progetti di ricerca pubblicati nel corso degli anni».

Servizio Salute

Prostata, per il tumore più frequente nell'uomo la rivoluzione della chirurgia robotica

Le ultime novità in ambito tecnologico e farmacologico. Dal lavoro di squadra tra più specialisti le migliori pratiche

di Nicola Barone

14 febbraio 2025

È il tumore più frequente nell'uomo. Ma anche uno di quelli per cui la chirurgia fa spesso la differenza in termini di prognosi. Per la prostata il principio della prevenzione con l'avanzare dell'età vale poi doppiamente. Perché un semplice test del sangue può dare consistenti sospetti di malattia, da approfondirsi in seguito con il ricorso all'imaging.

Ruolo chiave per la multidisciplinarietà

Il rischio maggiore dopo l'intervento sta negli effetti indesiderati cosiddetti "funzionali", come incontinenza urinaria e disfunzione sessuale talora particolarmente impattanti sulla qualità di vita di una persona. La robotica «ha rivoluzionato il trattamento del tumore della prostata ma fondamentale per la cura di questo tumore è la multidisciplinarietà, il lavoro di squadra, insieme a oncologi, radioterapisti e medici nucleari. È importante scegliere di andarsi a curare nei centri dove siano presenti tutte le competenze, magari organizzate in Prostate Unit, in analogia con quanto già accade per il tumore della mammella (con le Breast Unit)», avverte il professor Bernardo Rocco, ordinario di Urologia all'Università Cattolica del Sacro Cuore e direttore del la Uoc di Urologia di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs. Per tutta la sua (giovane) vita la mission del professor Bernardo Rocco è stata il trattamento del tumore della prostata, campo nel quale è un'autorità internazionale riconosciuta. Suo maestro è stato il numero uno della chirurgia robotica prostatica al mondo, il professor Vipul R. Patel, che sarà al Gemelli il prossimo maggio per una conferenza con interventi da tutto il mondo.

Una tecnica contro l'incontinenza

Una tecnica nella chirurgia della prostata per massimizzare la ripresa della continenza urinaria si chiama «Punto di Rocco» ("Rocco stitch", ovvero la ricostruzione uretro-vescicale posteriore) ed è ormai consolidata. La pubblicazione che l'ha descritta per la prima volta risale al 2006 e viene utilizzata da più di metà dei chirurghi nel mondo (contemplata sia nelle Linee guida europee, sia nell'Atlante chirurgico americano). È una tecnica "di famiglia", ideata dal professor Bernardo Rocco e da suo padre Francesco, anch'egli urologo di chiara fama.

Preservazione della forza sessuale

«Nel 2016 – ricorda ancora lo specialista del Gemelli - ho messo a punto dei sistemi di calcolo statistico, dei nomogrammi (PrECE, Predicting Extra Capsula Extension of Prostate cancer), sviluppati insieme al gruppo americano dell'Advent Health Celebration (Florida, Usa) che servono

a “dosare” bene il risparmio dei nervi (tecnica chirurgica “nerve sparing”); quello della potenza sessuale post intervento è il secondo dei due grandi temi funzionali, che possono gravare sugli esiti di un intervento di prostatectomia radicale per tumore della prostata». Una possibile evoluzione di questi nomogrammi potrebbe avvenire attingendo a strumenti di intelligenza artificiale per l’analisi delle immagini della risonanza magnetica.

La spinta per lo screening

Il professor Rocco è presidente del comitato scientifico di Europa Uomo (Italia), la più grande associazione pazienti con tumore della prostata a livello europeo. Quest’anno l’Ue ha promosso lo screening attraverso il dosaggio del Psa nel sangue. In Italia però finora questa pratica è stata implementata solo in Lombardia. «Come presidente di Europa Uomo – segnala Rocco – ho già avviato dei colloqui con il ministero della Salute, insieme al professor Giuseppe Carrieri, presidente della Siu (Società italiana di urologia) per discutere dell’estensione dello screening anche alle altre Regioni. Purtroppo, non essendo ancora il dosaggio del Psa inserito nei Lea, le Regioni in piano di rientro non lo possono proporre ai loro cittadini, nonostante questo introduca un elemento di discriminazione».

Frontiere dell’imaging

Certo l’algoritmo dello screening per il tumore della prostata non si esaurisce con il prelievo per il dosaggio del Psa. In caso di positività, si deve procedere all’esecuzione della risonanza magnetica multiparametrica, esame che invece ha un costo e un impatto organizzativo importante (anche in termini di liste d’attesa). «Qui, con la professoressa Evis Sala stiamo realizzando una ricerca per valutare se, in contesto di screening, la risonanza magnetica possa essere alleggerita del mezzo di contrasto, per essere sostituita da una risonanza biparametrica (senza mezzo di contrasto) che rappresenterebbe un’enorme vantaggio, in quanto di più agevole esecuzione». L’introduzione della risonanza prostatica dopo il dosaggio del Psa ha fatto di nuovo salire le azioni dello screening mediante Psa, che aveva subito una battuta d’arresto per l’enorme numero di biopsie prostatiche che venivano richieste in caso di test positivo e quindi per il rischio di over-diagnosis e di chirurgie inutili. «Con la risonanza invece si riduce enormemente il numero dei soggetti da avviare a biopsia, che diventa dunque molto più profilata e mirata».

Perché quest'inverno ci sono così tanti casi di polmonite

Come proteggersi

Record in Lombardia. I sintomi a cui fare attenzione

Domande

& risposte

di **Cristina Marrone**

Da pochi giorni, con un mese di ritardo rispetto allo scorso anno, è stato superato il picco dell'influenza che ha messo a letto 17 milioni di italiani. Con i virus influenzali e parainflenzali sono lievitati anche i casi di polmoniti, complicanza tipica dell'influenza, che stanno ancora mettendo sotto pressione medici di famiglia e ospedali, con pazienti che affollano i pronto soccorso e gli ambulatori di tutta Italia.

1 Che cosa guida questo boom di polmoniti?

Rispetto alla scorsa stagione, oltre all'influenza, particolarmente aggressiva, stanno circolando diversi altri virus: in maniera consistente il Virus respiratorio sinciziale (non solo nei bambini, ma anche negli adulti e negli anziani) in misura minore rispetto al passato Sars-CoV-2, il Rhinovirus, i parainflenzali e il Metapneumovirus: questi vi-

rus possono trasferirsi dalle alte alle basse vie respiratorie e causare polmoniti; allo stesso tempo possono provocare un'irritazione delle mucose delle vie respiratorie e un abbassamento delle difese immunitarie, condizioni che favoriscono sovrainfezioni batteriche di tipo polmonare.

2 Quali sono le regioni più colpite?

Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Puglia, Sardegna. In particolare in Lombardia i dati documentano un aumento molto significativo degli accessi in pronto soccorso per polmonite, più che dei ricoveri, in tutte le classi di età e su tutto il territorio. Ad esempio, nella sola settimana tra il primo e il 7 febbraio, nei pronto soccorso lombardi sono state effettuate 1.989 diagnosi di polmonite contro le 1.044 della stessa settimana del 2024.

3 Quanti decessi si registrano in Italia?

Ogni anno in media muoiono in Italia circa 11 mila persone a causa della polmonite, con circa 150 mila ricoveri.

4 Quali sono i sintomi della polmonite?

Le infezioni virali sono spesso molto aggressive sulle mucose respiratorie e di conseguenza si manifestano sintomi come tosse stizzosa o produttiva (grassa), respiro sibilante, mancanza di fiato, malessere prolungato nel tempo. Queste condizioni di debolezza spianano la strada alle infezioni batteriche. Le polmoniti causate da germi atipici, come il *Mycoplasma pneumoniae*, invece hanno in genere un esordio piuttosto graduale e sono di frequente accompagnate da sintomi più generici come mal di testa, dolori muscolari, nausea.

5 Ci sono vaccini che difendono dalla polmonite?

Il vaccino contro l'influenza è efficace nei confronti delle forme gravi di malattia e delle complicanze, di origine virale e batterica. A oggi, a livello nazionale, i dati parziali di vaccinazione sono simili allo scorso anno: si sono vaccinati il 56% degli over 65 (popolazione target), solo il 24,3% tra i 60 e i 64 anni e il 20% tra i 6 mesi e i 6 anni. È disponibile anche la vaccinazione contro lo pneumococco, raccomandata nella popolazione anziana che, oltre a prevenire la



polmonite, diminuisce il tasso di ospedalizzazione.

6 Quando bisogna rivolgersi a un medico?

Va consultato quando la febbre dura più di 3-4 giorni, compaiono sintomi come difficoltà a respirare, dolore toracico e, soprattutto negli anziani, confusione mentale. Il fatto che si stia registrando in particolare un aumento degli accessi al pronto soccorso documenta che non c'è una risposta abbastanza adeguata sul territorio: i medici di medicina generale sono

presi d'assalto e le strutture come le case della salute dove effettuare esami diagnostici hanno difficoltà a entrare in una fase operativa.

(hanno collaborato Sergio Harari, professore associato di Medicina Interna, Università degli Studi e Ospedale San Giuseppe MultiMedica a Milano, e Alessandro Rossi, presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La prevenzione

I vaccini contro l'influenza difendono da forme gravi ma anche da complicanze

Rispetto a un anno fa

Circolano diversi virus: scendono nelle basse vie respiratorie o sono causa di sovrainfezioni



Un over 60 su due ha una “fragilità”

Rosignoli (Maugeri): “Questa categoria di pazienti ha spesso più complicanze, subisce frequenti ricoveri ospedalieri ed è a maggior rischio di disabilità
Per loro, servono medici qualificati”

Anziani affetti da patologie come il diabete e l'artrite reumatoide che sono presenti contemporaneamente e determinano un'instabilità clinica. Ma anche persone più giovani, alle prese con molteplici problematiche di salute, congenite o acquisite, o che hanno subito incidenti, con complicanze di diverso tipo e patologie neuromotorie. Casi diversi, ma accomunati da una condizione di fragilità. «Con questa espressione si intende un paziente vulnerabile, che molte volte è affetto da malattie croniche complesse, con presenza di comorbidità, instabilità clinica e con ridotta autosufficienza», spiega Maria Gigliola Rosignoli, direttore sanitario centrale Maugeri. Si tratta di una condizione che, pur non coinvolgendo solo gli anziani, è comunque più diffusa tra chi è più in là con gli anni.

Volendo dare un'idea del fenomeno, specifica Rosignoli, «su 19 milioni di over 60, oggi in Italia il 35% ha una fragilità lieve, il 14% una fragilità moderata e il 6,5% una fragilità grave». Il problema tende a crescere con l'età: secondo l'Istituto Superiore di Sanità, questa condizione affligge il 9% dei 65-74enni e sale al 33% nel caso degli over 85. E nei prossimi anni si potrebbe andare incontro a un ulteriore peggioramento, alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione e dell'allungamento dell'aspettativa di vita.

«Questa categoria di pazienti tende spesso ad aggravamento, a maggiori complicanze, a frequenti ricoveri ospedalieri e a un maggiore rischio di morte o di disabili-

tà», spiega Rosignoli che sottolinea l'importanza di essere inseriti in percorsi riabilitativi nelle fasi post acute o degenerative. «Se non adeguatamente seguiti in strutture specializzate nella riabilitazione, questi pazienti tornano in ospedale a carico del Servizio sanitario nazionale o restano in famiglia con difficoltà per i caregiver», osserva, per poi auspicare che vengano riviste le tariffe sui livelli essenziali di assistenza, ritenute penalizzanti per la riabilitazione perché molto basse.

Proprio la complessità di questa condizione, secondo Rosignoli, rende importante poter contare su medici altamente qualificati in questo ambito, di cui il Servizio Sanitario Nazionale è attualmente carente, e su approcci innovativi. Per questo, in collaborazione con il dipartimento di medicina interna e terapia medica dell'Università di Pavia, Maugeri ha lanciato il master di secondo livello in “Prevenzione, Cura e Riabilitazione del Paziente Fragile”, presentato nei giorni scorsi a Pavia. All'evento è intervenuto anche Rocco Bellantone, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, per il quale «serve formare la futura classe medica a riconoscere la fragilità, a intercettarla precocemente perché su questa capacità, in una prospettiva in cui l'aspettativa di vita è significativamente aumentata, non solo si gioca la possibilità di proteggerne la qualità ma anche quella di garantire la sostenibilità delle cure per tutti. Occorre diffondere tra gli specialisti nei diversi ambiti la cultura della fragilità per comprenderne i diversi aspetti dal punto di vista clinico, ma anche umano e sociale».

In quest'ottica, i moduli e le lezioni del master, rivolto a laureati in medicina e chirurgia, prevedono il continuo contatto con specialisti in diversi ambiti sanitari specialistici, come psicologi, neuropsicologici, fisiatristi e fisioterapisti. «Diversi studi hanno dimostrato che team multidisciplinari nella gestione del paziente fragile non solo riducono mortalità e ricoveri, ma migliorano anche la qualità della vita e riducono la disabilità», sottolinea Rosignoli.

Il percorso include anche l'uso delle nuove tecnologie che sempre più spesso vengono impiegate nella cura e nella gestione dei pazienti fragili. Le piattaforme di telemedicina e di telemonitoraggio consentono, ad esempio, di seguire a domicilio questi pazienti, garantendo continuità nell'assistenza. La telemedicina può essere impiegata per effettuare sedute di teleriabilitazione dopo un evento acuto, come un ictus. Oppure è possibile eseguire una teleriabilitazione di tipo preventivo che include esercizi e trattamenti utili per prevenire infortuni, rafforzare muscoli e legamenti e favorire uno stile di vita adeguato.

Cresce, inoltre, l'impiego dell'intelligenza artificiale per identificare precocemente i pazienti fragili e per ottimizzare i percorsi di cura attraverso la personalizzazione dei trattamenti. O, ancora, per potenziare la telemedicina con la possibilità di fornire una valutazione continua dello stato di salute del paziente e di intervenire prontamente in caso di anomalie. - s.d.p.



Il “peso” dell’obesità in Italia è 13 miliardi ora una nuova legge

Il costo medio dei farmaci per le persone in sovrappeso è da 2 a 2,5 volte superiore alla spesa sostenuta dalle persone normopeso. E in un anno il costo medio di chi ha problemi ammonta a ben 1.166.52 euro

Valentina Arcovio

Un peso per la salute, un macigno per l’economia. Da qualunque lato la si guardi, l’obesità è un pesante fardello che aumenta il carico di malattie degli italiani e affoga nei debiti il Servizio sanitario nazionale. Nel nostro paese, infatti, il 46% della popolazione adulta è in sovrappeso e sei milioni di persone sono in condizioni di obesità e di grave obesità. Difficile, quasi impossibile, quantificare la somma dei costi diretti e indiretti. Troppe le implicazioni legate a una popolazione che, invece di crescere di numero, aumenta sulla bilancia. Tra malattie legate o aggravate dall’obesità, nel computo totale della spesa andrebbero inserite una moltitudine di voci: dai ricoveri ai farmaci, dall’invalidità all’assenteismo fino al-

la conseguente perdita di produttività. Una stima approssimativa arriva dall’European Health Interview Survey, secondo la quale i costi sanitari diretti dell’obesità si attestano tra il 2,4% e il 4,8% della spesa sanitaria complessiva nei paesi ad alto reddito. In Italia i costi totali ammontano a 13,34 miliardi di euro nel 2020



(0,8% del PIL), di cui il 59% sono costi sanitari diretti e il 41% costi indiretti. Il costo medio dei farmaci per le persone in sovrappeso o obese rispettivamente è da 2 a 2,5 volte superiore al costo sostenuto dalle persone normopeso. In un anno il costo medio di una persona con obesità ammonta a ben 1.166,52 euro.

«Le cosiddette malattie non trasmissibili, quelle croniche, in cui rientra a pieno titolo l'obesità, sono la piaga del nostro Servizio sanitario nazionale», conferma Roberto Vettor, responsabile scientifico del Centro per le Malattie Metaboliche e della Nutrizione di IRCCS Istituto Clinico Humanitas. «E nonostante l'obesità rientri tra i 'five big killer', si fa poco o niente per contrastarla», aggiunge. In realtà, il nostro paese qualche timido passo lo sta iniziando a fare. Nell'ultima finanziaria è stato approvato un emendamento a prima firma del deputato di Forza Italia Roberto Pella, presidente dell'Intergruppo Parlamentare «Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili», che prevede l'istituzione di un fondo dedicato che avrà una dotazione di 1 milione di euro per gli anni 2025, 2026 e 2027, a cui si andranno ad aggiungere 200mila euro per il 2025, 300mila euro per il 2026 e 700mila euro per il 2027. «È una misura lodevole, ma per dirla tutta sono noccioline se confrontati ai 13,34 miliardi di costi associati all'obesità», sottolinea Vettor. Meglio di niente.

Un rinforzo potrebbe arrivare anche da una nuova legge in materia, che potrebbe essere la prima in Italia e al mondo a riconoscere l'obesità come malattia. Al momento è una proposta, sempre a firma di Pella, approvata nelle scorse settimane in Commissione Bilancio e la Commissione Affari Sociale. Il testo prevede la rimborsabilità delle terapie, detrazioni per le attività sportive, campagne di comunicazione e iniziative nazionali volte alla prevenzione, e un osservatorio dedicato presso il ministero della Salute. La proposta di legge è attesa in aula e la speranza è che possa avere luce verde prima dell'estate. Tuttavia, c'è sempre il rischio che a un riconoscimento ufficiale non corrispondano - o almeno non subito - azioni concrete. Basta pensare all'inserimento dell'obesità nel Piano cronicità, ma ora fermo in conferenza Stato-Regioni, quest'ultime preoccupate di non avere una sufficiente copertura economica.

«La verità è che se vogliamo fare davvero qualcosa per contrastare l'obesità, abbiamo bisogno che venga inserita nei Livelli essenziali di assistenza», sostiene Vettor. «Riconoscerla come malattia cronica recidivante, come ormai concorda la comunità scientifica mondiale, significa dare a tutti i pazienti la possibilità di curarsi», aggiunge. Cosa che oggi non sta certamente avvenendo, soprattutto se consideriamo i nuovi farmaci anti-obesità, come Mounjaro (tirzepatide) e Wegovy (semaglutide). Si tratta di farmaci agonisti del Gp-I (e tirzepatide anche di Gip), un ormone naturale che favorisce la perdita di peso. Sia Mounjaro che Wegovy, prodotti rispettivamente da Eli

Lilly e Novo Nordisk, pur essendo approvati dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), non sono rimborsati per il trattamento dell'obesità dal Servizio sanitario nazionale. In sostanza nel nostro paese si possono assumere con prescrizione medica e acquistandoli in farmacia, ma solo se si è disposti pagandoli di tasca propria. Una soluzione terapeutica, quindi, che al momento non è accessibile a tutti.

LA PAROLA VA ALL'AIFA

Nei mesi scorsi il governo britannico ha lanciato l'idea di offrire gratuitamente ai cittadini i farmaci anti-obesità.

«Una scelta che è stata dettata da ragioni economiche, visti gli alti costi sociali e sanitari della popolazione afflitta dal problema», commenta Robert Giovanni Nisticò, presidente dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

«Una soluzione che giudico però al momento azzardata, perché parliamo di medicinali di cui non si conoscono ancora gli effetti a lungo termine, sia in termini di efficacia che, soprattutto, di sicurezza. Così come prima di estendere la rimborsabilità - continua il presidente - sarà importante raccogliere studi sulle evidenze cliniche sui singoli pazienti nella loro vita quotidiana, per poterne valutare bene il profilo di rischio ma anche il reale rapporto costo-beneficio di un suo utilizzo su vasta scala».

CUORE, QUANTO MI COSTI

Tra i costi diretti dell'obesità in Italia rientrano: 6,6 miliardi di euro per le malattie cardiovascolari, 650 milioni di euro per il diabete, 330 milioni di euro per il cancro e 240 milioni di euro per la chirurgia bariatrica. I costi indiretti riguardano invece l'occupazione e quindi la produttività e precisamente: 2 miliardi e 620 milioni di euro per l'assenteismo e 2 miliardi e 830 milioni di euro per il presentismo di dipendenti che continuano a recarsi al lavoro pur avendo problemi di salute. E' dunque lecito chiedersi se l'eventuale rimborsabilità da parte del SSN dei nuovi farmaci anti-obesità, pur richiedendo un cospicuo investimento iniziale, possa generare risparmi sui conti pubblici in futuro. Su questo dati nazionali ancora non ci sono. Tuttavia, una ricerca condotta da ING Bank, ha già concluso che, i costi delle iniezioni di semaglutide sono nettamente inferiori ai costi dell'assistenza sanitaria necessaria.



INUMERI

QUANTI SONO GLI OBESI E I SOLDI DALLO STATO

6

1 milioni di persone obese in Italia

1

Un milione per l'obesità in Finanziaria



Servizio Impianti biodegradabili di nuova generazione

Fratture, uno speciale materiale a base di zinco potrebbe rivoluzionare l'ortopedia

La sostanza, forte ma delicata da degradarsi nel tempo, potrebbe sostituire le piastre metalliche e le viti utilizzate per tenere insieme le ossa fratturate

di Federico Mereta

14 febbraio 2025

Forte e delicato. A prima vista può sembrare lo slogan che caratterizza un possibile detergente capace di unire le possibilità di pulire per bene un tessuto con l'attenzione alle fibre del tessuto stesso. Spostando l'attenzione sull'organismo umano, però, sono i due attributi che classicamente si richiedono a un materiale destinato a strutturarsi all'interno del tessuto osseo, tanto da consentire di saldare nel tempo una frattura.

In questo ambito della traumatologia, che peraltro si giova sempre di più di tecniche di medicina rigenerativa, si inserisce ora un'opportunità in più, capace di offrire (ovviamente se i dati verranno confermati) una solida alternativa per il futuro. Una lega di zinco appositamente progettata dagli esperti di ingegneria biomedica dell'Università Monash di Melbourne infatti potrebbe presentare le caratteristiche ideali per proporsi come materiale per la realizzazione di osteosintesi, ovvero alle tecniche di fissazione di tessuto osseo in seguito a frattura. Lo studio è apparso su Nature e propone l'opportunità dell'utilizzo di questo materiale per i supporti impiegati nella riparazione dell'osso.

Il materiale si "modella"

I potenziali campi di applicazione dei dispositivi a base di lega di zinco sono estremamente ampi. Basti pensare in questo senso a quanto si utilizza per sistemare l'osso fratturato, partendo da viti e fili per arrivare a veri e propri apparecchi di fissazione. Gli studiosi dell'ateneo australiano, coordinati da Jian-feng Nie, (primo nome della pubblicazione Chengcheng Wu) del dipartimento di Scienza e ingegneria dei materiali, si sono proposti di migliorare quanto già oggi disponibile, frutto di una ricerca in continua evoluzione.

In termini di ingegneria dei materiali, la nuova lega di zinco messa a punto si propone come meccanicamente forte, quindi in grado di sopportare gli stress indotti dal processo riparativo osseo, ma anche tanto "adattabile" da degradarsi progressivamente e in modo sicuro nel tempo. Il che può consentire il processo di guarigione della lesione, evitando l'uso di piastre metalliche e viti in acciaio inossidabile o titanio, che rimangono nel corpo per sempre e possono causare fastidi e richiedere interventi chirurgici successivi.

In particolare la ricerca mostra un aspetto di grande interesse: progettando le dimensioni e l'orientamento dei grani del materiale, la lega di zinco può piegarsi e conformarsi in modi unici per

adattarsi alle forme dei tessuti circostanti. Insomma, in prospettiva si possono avere materiali capaci di unire forza e flessibilità.

In cerca di equilibrio

Come riporta una nota dell'ateneo, Nie ricorda come «il nostro materiale in lega di zinco potrebbe rivoluzionare l'assistenza ortopedica, aprendo la porta a impianti più sicuri e più piccoli che non solo migliorano il comfort del paziente, ma promuovono anche migliori risultati di guarigione». Soprattutto, secondo l'esperto, occorre trovare l'ottimale bilanciamento tra tempo di degradazione del materiale impiegato per i supporti e necessità di riparazione del tessuto osseo lesa. Ed è proprio questa la sfida che si pongono i ricercatori. Individuare materiali capaci di scomparire progressivamente, essendo biocompatibili, ma al contempo in grado di evitare un degradarsi troppo rapido, con il rischio che l'osso non guarisca. Nie è ottimista, come fa sapere sempre in una nota: «con il nostro materiale in lega di zinco, possiamo raggiungere l'equilibrio ottimale tra resistenza e degradazione controllata dell'impianto per promuovere una migliore guarigione».



Servizio La misura nel Milleproroghe

Non solo la ricetta digitale: ecco le alternative da portare in farmacia per tutto il 2025

Dal 2025 è scattato il passaggio definitivo alla ricetta dematerializzata, compresa quella "bianca" per i farmaci a carico dei cittadini

di Marzio Bartoloni

15 febbraio 2025

Per il cittadino che va in farmacia a ritirare un farmaco prescritto su ricetta "rossa", quella cioè del Servizio sanitario nazionale, non ci sarà solo il promemoria della ricetta digitale da far vedere sul proprio telefonino. Il decreto milleproroghe ha infatti appena approvato una modifica che estende per tutto il 2025 la possibilità di ricorrere ad alcuni strumenti alternativi al solo promemoria della ricetta digitale che normalmente i cittadini scaricano da whatsapp o dalla propria mail per mostrarla al farmacista.

Dal 2025 è infatti scattato il passaggio definitivo alla ricetta dematerializzata, compresa quella "bianca" cioè per i farmaci a carico dei cittadini. Che comunque potranno sempre presentarsi con la stampa del promemoria della ricetta. Ma vediamo nel dettaglio gli strumenti a disposizione dei cittadini.

La manovra di bilancio: dal 2025 solo ricette digitali

Tutte le ricette mediche, come previsto dalla legge di bilancio entrata in vigore il 1 gennaio, da ora in poi saranno solo digitali: non solo quelle "rosse" targate Servizio sanitario nazionale, ma anche quelle "bianche" per i farmaci che i cittadini si pagano da soli. Con questa misura la ricetta medica dematerializzata entra definitivamente a regime, senza più bisogno di nuove proroghe (l'ultima scade proprio nel 2024) dopo la sperimentazione partita con il Covid quando gli italiani hanno imparato a ricevere le prescrizioni sul proprio telefonino.

La norma nella legge di bilancio non prevede specifici obblighi o sanzioni ma stabilisce che "le regioni, nell'esercizio delle proprie funzioni di vigilanza e controllo, assicurano, per mezzo delle autorità competenti per territorio, l'attuazione" di questa misura. Ovviamente nessuno vieterà a medici e cittadini di continuare a stampare le ricette, ma quello che cambia è che si dovranno sempre generare in un formato digitale.

Le possibili alternative previste dal decreto milleproroghe

Il passaggio definitivo alla ricetta dematerializzata ha provocato qualche comprensibile reazione e preoccupazione soprattutto tra quei cittadini e pazienti meno abituati alle tecnologie. Tra l'altro anche le Regioni hanno segnalato il rischio di possibili blocchi delle piattaforme che generano le ricette digitali (come è capitato recentemente in Toscana). E così nel decreto milleproroghe appena approvato dal Senato è stata inserita anche una misura che estende a tutto il 2025 il ricorso a strumenti alternativi al promemoria digitale della ricetta.

Ma quali sono? Il cittadino potrà ottenere dal medico di famiglia anche solo il Nre (il Numero di ricetta elettronica) che si trova in alto a destra della ricetta e mostrarlo al farmacista ricevendolo magari con un semplice sms oppure con una foto. Lo stesso numero potrà sempre essere comunicato dal medico a voce nel caso ci fossero problemi a riceverlo tramite la messaggistica e poi il cittadino a sua volta lo comunicherà al farmacista. Infine altra alternativa è mostrare anche il codice a barre della ricetta che si potrà far vedere magari attraverso una foto. Insomma non mancano le alternative a disposizione del cittadini per farsi erogare il farmaco

Federfarma: “Probabilmente non si arriverà mai al 100% delle ricette digitali”

“Tutto nasce dal primo provvedimento della Protezione civile del dicembre 2020 in piena pandemia quando si decise quali dovevano essere i canali di comunicazione alternativi per evitare i contagi e facendo andare i cittadini negli ambulatori”, ricorda Giovanni Petrosillo vice presidente di Federfarma, l'associazione che riunisce i titolari di farmacia.

Tra questi strumenti alternativi oltre al promemoria della ricetta “c'era a esempio anche il numero della ricetta elettronica da comunicare al farmacista insieme al codice fiscale grazie al quale lo stesso farmacista apre la ricetta vera e propria, oppure il medico può inviare il codice a barre che noi poi scannerizziamo in farmacia”, aggiunge ancora Petrosillo.

Che sottolinea come il milleproroghe “in sostanza ha mantenuto attivi questi canali alternativi per facilitare in tutti i modi il cittadino”. “Queste modalità hanno reso tutto più veloce, però ci sono situazioni in cui possono non funzionare. La ricetta dematerializzata - conclude il vice presidente di Federfarma - probabilmente non sarà mai del tutto al 100%, perché, soprattutto per la ricetta bianca ma anche per quella del Ssn, resteranno delle condizioni in cui il medico non ce la fa a fare la ricetta digitale, magari durante una visita a casa o se ci sono problemi di connessioni”.

Servizio L'appello del cardiologo

Bove sul palco di Sanremo, il medico che l'ha salvato: «Ecco perché può tornare in campo»

Il 1 dicembre il suo cuore si è fermato per un'aritmia trattata all'ospedale Careggi con l'impianto di un defibrillatore sottocutaneo

di Redazione Salute

15 febbraio 2025

Era il primo dicembre 2024 quando Edoardo Bove, 22enne centrocampista della Fiorentina, tra gli ospiti più attesi alla finale del Festival di Sanremo, si è accasciato in campo allo stadio Franchi di Firenze al 17esimo minuto del primo tempo della partita che stava giocando contro l'Inter. Il suo cuore si è fermato per un'aritmia potenzialmente fatale, trattata all'ospedale Careggi del capoluogo toscano con l'impianto di un defibrillatore sottocutaneo che gli ha salvato la vita, ma che ora rischia di comprometterne la carriera per via delle regole in vigore in Italia. Un appello a cambiarle arriva dal cardiologo al quale tanti giovani come Bove devono la vita: Riccardo Cappato, direttore del Centro di Aritmologia clinica ed Elettrofisiologia dell'Irccs MultiMedica di Sesto San Giovanni nell'hinterland di Milano, detentore del brevetto del defibrillatore sottocute.

Con i device si può tornare a fare sport a massimi livelli

L'esperto assicura che "con questi dispositivi è possibile continuare a praticare sport ai massimi livelli" e chiede la revisione di un veto in molti casi ingiustificato, tanto che a esempio in Inghilterra è possibile tornare a giocare ai livelli professionistici. "Oggi atleti dal cuore sano, ma con un potenziale aritmogeno per cui viene impiantato un defibrillatore, non possono proseguire la loro carriera sportiva in Italia. Sarebbe utile riconsiderare l'effettiva utilità di questo divieto, coinvolgendo in un dibattito allargato vertici della medicina sportiva, istituzioni, leghe sportive, procuratori", dichiara il cardiologo all'Adnkronos Salute. "Quando il cuore si ferma per un'aritmia - precisa - occorre innanzitutto verificarne la causa. Se l'aritmia è dovuta a una patologia che pregiudica l'integrità funzionale dell'organismo, come un'ipertrofia cardiaca, il soggetto non può più continuare a praticare sport. Ma se il cuore è sano, e viene rilevato un potenziale aritmogeno che può essere prevenuto grazie all'impianto di un dispositivo in grado di attivarsi per resettare eventuali future aritmie, perché impedire all'atleta di proseguire nella sua carriera?", domanda Cappato.

Come funziona il dispositivo impiantato sotto la cute

Grande poco più di una scatola di fiammiferi, il device inventato dallo specialista viene impiantato sotto la cute nella zona laterale sinistra del torace. E' formato da un elettrocattetero che rileva l'aritmia e da un microchip con un generatore in grado di attivare una scarica elettrica di 1.780 volt. "Il dispositivo è letteralmente in grado di resuscitare un soggetto in arresto cardiaco ed è stato sviluppato per funzionare perfettamente - garantisce Cappato - anche quando l'aritmia dovesse avvenire durante un esercizio fisico ad altissimo livello d'intensità" come quello che comporta

giocare a calcio per mestiere. "In Italia - ricorda lo specialista - si contano ogni anno tra le 50 e le 70mila morti improvvise per arresto cardiaco, di cui solo una percentuale irrisoria avviene in ambito sportivo". Questo accade "grazie alla nostra medicina dello sport che è un'eccellenza a livello mondiale", rimarca Cappato. "Sul territorio viene svolta un'attività di screening accuratissima", e "non c'è dubbio che la capacità di salvare vite giovani e apparentemente sane in Italia sia molto superiore rispetto a quella di qualsiasi altro Paese".

Il medico: bene i controlli in Italia, ma regole si possono cambiare

"All'estero - continua il cardiologo - gli atleti possono morire a causa di anomalie che difficilmente sfuggono ai radar delle visite cui si sottopongono obbligatoriamente gli atleti italiani per praticare attività sportiva agonistica". Ma se "è fondamentale continuare con questa preziosa rete di screening, fermando ragazzi con patologie per le quali lo sport potrebbe essere loro fatale, quando non è presente una specifica condizione patologica, anche dopo un arresto cardiaco come quello che ha colpito Bove tornare a praticare attività sportiva è possibile - ribadisce il medico - La storia dell'ex interista Eriksen e di tanti altri sportivi all'estero ce lo dimostra: grazie all'impianto di un defibrillatore sottocute si possono scongiurare le conseguenze di un futuro evento avverso". "Credo allora possa essere utile - conclude Cappato - riaprire il confronto su questo tema, con coinvolgimento di tutti gli stakeholder del settore, dai vertici della medicina sportiva alle istituzioni, dalle leghe ai procuratori, per soluzioni che sposino la tutela della salute con il principio di autodeterminazione delle singole persone".

«Io, mia sorella e quel viaggio per portarla in Svizzera Qui non avevamo certezze»

Botto: l'ho aiutata, il verdetto della Consulta non basta

di **Sara Bettoni**

MILANO «Ci spaventava il fatto di non sapere a chi rivolgerci in Italia, non avere certezze sui tempi e le modalità di accesso al suicidio medicalmente assistito. Per questo andammo all'estero».

Paolo Botto, 69 anni, milanese, è fratello di Margherita, professoressa universitaria e traduttrice letteraria (verrà ricordata a Milano il 27 febbraio con un premio per traduttori). La docente è morta il 28 novembre 2023 all'età di 74 anni, dopo aver scelto consapevolmente di porre fine alle sue sofferenze.

A differenza di Serena, la prima lombarda ad aver avuto accesso al fine vita con un farmaco fornito dal Servizio sanitario nazionale, sua sorella dovette andare in Svizzera, accompagnata da lei e dall'associazione Luca Coscioni, alla clinica Dignitas. Perché?

«Mia sorella scoprì di avere un tumore quando improvvisamente le comparve un gon-

fiore al collo. La diagnosi arrivò a settembre 2023: adenocarcinoma al terzo stadio. Non ci vennero date molte speranze. Fin dall'inizio aveva detto che non voleva intraprendere un percorso doloroso di cure. Le risposi: "Qualunque strada tu voglia prendere, io ti aiuterò in tutti i modi". È stata subito molto male. Io e un amico la convincemmo a iniziare la chemio, nel frattempo prendemmo contatti con la Dignitas. Escludemmo di intraprendere una strada "locale": l'idea di passare da Ponzio Pilato mentre soffriva non era percorribile».

Eppure all'epoca era già stata pronunciata la sentenza 242 del 2019 della Corte costituzionale, che indica i quattro requisiti per accedere al suicidio assistito.

«Sono convinto che non le sarebbe stato dato l'ok. Doveva continuamente iniettarsi eparina, per via di una vena che si occludeva, ma non so se questa condizione sarebbe rientrata nella "dipendenza da sostegni vitali" indicata dalla Consulta come requisito. L'immagine che avevamo

del perseguimento di una soluzione italiana era talmente nebulosa e costellata di difficoltà che abbiamo scartato l'idea. E forse le persone nelle stesse condizioni di mia sorella continueranno ad andare in Svizzera, se non ci sarà una norma chiara».

C'è però una legge regionale. La Toscana ha stabilito in 37 giorni il tempo massimo di risposta.

«Probabilmente se all'epoca ci fosse stata una legge simile in Lombardia avremmo tentato la procedura. Ma la norma toscana è solo un altro passo. Vedo che i governatori dicono che il tema è nazionale: il ponziopilatismo continua. E dubito che questo governo abbia intenzione di occuparsene. Spero tuttavia che la situazione migliori».

A distanza di un anno e mezzo, cosa ricorda di quel periodo?

«Sono stati i tre mesi peggiori della mia vita. Dopo le chemio, Margherita stette talmente male che sospendemmo le cure d'accordo con il medico. Quando la clinica Dignitas ci diede l'ok, organizzai il trasporto con un'ambulanza privata. Una volta là,

confermata la sua volontà, ha preso una pillola e in pochi minuti è spirata. Io mi sono autodenunciato alle autorità italiane, insieme a Cinzia Fornero (associazione Soccorso Civile, ndr) e Marco Cappato. A oggi, a parte una lettera in cui si dice che sono oggetto di indagine, la giustizia non mi ha chiesto nulla. So che il 26 marzo la Consulta si pronuncerà di nuovo sul fine vita, relativamente a due casi simili a quello di mia sorella. Lei è riuscita a morire senza soffrire troppo solo perché disponevamo di adeguate risorse finanziarie, prima per le cure, poi per il trasporto e la clinica svizzera, circa 100 mila euro in tutto. Ma non tutti le hanno. E questo mi fa arrabbiare come una pantera».

La scelta



● La traduttrice e professoressa Margherita Botto è morta il 28 novembre 2023 in Svizzera con il suicidio assistito: aveva 74 anni

Furono i mesi peggiori della mia vita, lei riuscì a morire solo perché avevamo soldi, per questo poi io mi autodenunciai



IL DIBATTITO DE IL TEMPO

Lombardia dopo la Toscana
È il sesto suicidio assistito
E Salvini lancia un sondaggio

Romagnoli a pagina 6

Dopo la legge in Toscana suicidio assistito anche in Lombardia Salvini lancia il sondaggio

*Fontana: «Opportuno una legge per dare una regolamentazione»
E il leader della Lega chiede sui social se sia giusto o sbagliato*

EDOARDO ROMAGNOLI
e.romagnoli@iltempo.it

••• Per la prima volta in Lombardia, e per la sesta volta in Italia, una paziente ha avuto accesso al suicidio medicalmente assistito con un farmaco letale fornito dal Servizio sanitario nazionale. La donna, una 55enne, soffriva da 30 anni di sclerosi multipla e dopo un lungo iter è riuscita a morire a casa sua a metà gennaio. «Nessuno può togliere il diritto di essere rispettati fino alla fine», il messaggio lasciato dalla donna è diffuso dall'Associazione Luca Coscioni che ha seguito il caso. Ad aiutare Serena nel suo percorso verso il fine vita anche il medico Mario Riccio, l'anestesista che nel 2006 aveva assistito Piergiorgio Welby. Dopo

aver riconosciuto il possesso dei requisiti stabiliti dalla Consulta, l'azienda sanitaria a novembre 2024 aveva infatti comunicato alla donna «che non avrebbe individuato il farmaco e la strumentazione per l'autosomministrazione, ma che doveva essere il suo medico di fiducia a indicare, con una propria relazione, il farmaco letale e la metodica per la sua autosomministrazione», spiega la Coscioni. In assenza, tuttavia, di medici volontari disponibili a assisterla nella procedura, la donna si era nuovamente rivolta all'Ats chiedendo di consegnare il farmaco approvato al dottor Riccio.

Vivi e lascia morire. Potrebbe essere lo slogan di una campagna pubblicitaria per far sape-

re al Paese che in Italia il suicidio assistito è già legale. Certo, una legge nazionale sarebbe utile per definire procedure e tempi certi, ma soprattutto per obbligare il sistema sanitario nazionale a rispondere alle richieste dei pazienti. Il primo caso di suicidio assistito nel nostro Paese è stato quello di Federico Carboni, 44 anni di Senigallia, tetraple-



gico da 12 anni a causa di un incidente stradale. Riuscì a porre fine alle sue sofferenze solo dopo anni di battaglie legali, il 16 giugno 2022, e una spesa di 5mila euro che gli servì per autosomministrarsi il farmaco letale. Anna, nome di fantasia, era una donna di 55 anni affetta da sclerosi multipla ed è stato il primo caso totalmente a carico del Servizio sanitario nazionale.

Casi diversi che però raccontano della stessa difficoltà che incontrano i malati terminali per mettere fine alle proprie sofferenze in questo Paese. Un controsenso soprattutto perché da una parte c'è una società civile già ampiamente convinta della necessità di una legge per il suicidio assistito (più di un sondaggio lo dimostra) e dall'altra una parte consistente della classe politica che, soprattutto dopo l'esempio della Toscana, sta chiedendo a gran voce una legge. «La legge andrà fatta a

livello nazionale e noi ci uniremo al 100% con quello che dice la legge» ha detto il presidente della Regione Liguria Marco Bucci. «Anche in Regione Campania vogliamo discutere di una legge sul fine vita, dialogando e rispettando tutti, ma da istituzione laica» ha rivelato il presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca. «Non si può nascondere la testa sotto la sabbia. Fare finta che il fine vita non ci sia» ha dichiarato il governatore veneto Luca Zaia. Mentre Matteo Salvini ha lanciato un sondaggio sui propri canali social: «Sarebbe giusto, secondo te, che il Parlamento approvasse una legge sul "fine-vita", per stabilire criteri, modi e tempi per permettere ai malati terminali di decidere, in piena coscienza, di porre fine alla propria esistenza?». La Corte costituzionale «ha dettato linee ben precise a cui tutto il Servizio sanitario nazionale si deve attenere», poi «è opportuno una legge per dare una formale regolamentazione perché altrimenti ognuno può seguire le disposizioni dei propri codici etici. È necessario che ci sia una linea nazionale» ha confermato il presidente della Regione Lombardia, Attilio Fontana.

Già, ma cosa dice la storica sentenza della Corte Costituzionale? Intanto l'irreversibilità della patologia, la presenza di sofferenze fisiche o psicologiche, che il paziente reputa intollerabili, la dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale, la capacità del paziente di prendere decisioni libere e consapevoli che devono essere accertati dal servizio sanitario nazionale, con le modalità procedurali stabilite nella sentenza numero 135 della Corte Costituzionale.

Insomma la legge c'è il problema, un po' come per il diritto

all'aborto, è riuscire a renderla operativa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il computer
Grazie a un software le persone che non hanno più la possibilità di muoversi o parlare possono farlo «con gli occhi» (Ansa)



LA SCHEDA

Il nome è di fantasia, ma la storia è reale: 50 anni, malata da 30. A gennaio è morta nella sua casa di Milano

Il caso di Serena affetta da sclerosi multipla

LUIGI FRASCA

••• Si chiamava Serena, il nome è di fantasia, la donna di 50 anni affetta da sclerosi multipla progressiva da oltre 30 anni, morta nelle scorse settimane a seguito dell'autosomministrazione di un farmaco letale fornito dal Servizio sanitario nazionale, insieme alla strumentazione necessaria. Si tratta del primo caso in Lombardia. Prima di andarsene, ha lasciato un messaggio: «La mia breve vita -ha scritto- è stata intensa e felice, l'ho amata all'infinito e il mio gesto di porre fine non ha significato che non l'amassi. L'ho vissuta nonostante tutte le mie difficoltà per tantissimi anni, come se questa malattia non fosse dentro me. Ho affrontato la mia disabilità con rispetto e dignità. Quando però comincio a sentire la sofferenza oltre a quella fisica ma dentro l'anima,

capisci allora che anche la tua anima deve avere il diritto di essere rispettata con la dignità che merita. Questo è ciò che nessuno può toglierti e non deve mai accadere... libera».

La richiesta di verifica delle sue condizioni era stata inviata a inizio maggio 2024. Ma l'azienda sanitaria ha rimpallato più volte la sua richiesta. Solo a dicembre la commissione di esperti, e poi il comitato etico, le hanno confermato l'idoneità, così l'azienda sanitaria ha potuto confermare la fornitura del farmaco. Serena ha così potuto procedere con l'autosomministrazione del farmaco letale nel mese di gennaio 2025, nella propria abitazione, assistita dal dottor Riccio e circondata dai suoi cari.



AL MARTINI DI TORINO

Tra i medici della domenica “Così tagliamo le liste d’attesa”

ANDREA BUCCI – PAGINA 14



Il medico della domenica

Torino, in ospedale debutta la rivoluzione “taglia-code” con visite la sera e nei festivi

Lo stupore dei pazienti
“Aspettavamo da mesi ma non c’era mai posto”

IL REPORTAGE

ANDREA BUCCI
TORINO

Nove del mattino di domenica, ospedale Martini di Torino. Ambulatorio aperto: «Venga signora, si sieda qui...», dice il medico mentre chiude la porta. Una domenica diversa dal solito, in questo ospedale. Niente reparti vuoti o corridoi silenziosi, ma ambulatori aperti e pazienti in attesa di una visita specialistica. È il primo giorno di quello che hanno chiamato «Progetto sperimentale» promosso dall’Asl Città di

Torino per ridurre le liste d’attesa. «Progetto sperimentale», ovvero prestazioni sanitarie anche nei giorni festivi e in orario serale.

La signora Lucia Braglia, 90 anni, è una delle prime a presentarsi. Sottobraccio alla figlia Gabriella, si avvia nei corridoi. «Guardi, ho scoperto soltanto venerdì che potevo fare la mia visita neurologica oggi. Se devo dirle sono stata davvero felice. Sapesse da quanto tempo provo a prenotare in un centro convenzionato. Non c’è mai posto da nessuna parte», racconta mentre attende

il proprio turno nella sala d’attesa al piano terra.

L’iniziativa, lanciata dall’Asl guidata da Carlo Picco, prevede l’apertura degli ambulatori per visite cardiologiche, ortopediche, urologiche, neurologiche e di chirurgia vascolare. Un’idea nata dopo mesi di dibattito sui tempi troppo lunghi di risposta alle necessità di migliaia di pazienti. Do-



po le polemiche. E le proteste, ovviamente.

Adesso nel corridoio si presenta Mary Piu, con in mano un'impegnativa. L'accompagnano il marito Marco e i due figli, Manuel e Mya. Sorride: «Affrontare una visita con la famiglia accanto è meno stressante». E ancora: «Guardi, la possibilità di fare una visita la domenica mattina è stupenda per chi lavora e durante la settimana ha difficoltà ad ottenere un permesso o un via libera dall'azienda». Una svolta, insomma: «Lo sa che se non ci fosse stato questo servizio, avrei dovuto aspettare fino a maggio per un ecodoppler?».

Ma quando mai in un ospedale, in attesa di una visita c'è così tanta allegria? Calogera Cognata, 78 anni, è finalmente riuscita a ottenere un'ecografia ai vasi sanguigni. «Erano settimane che provavo ad avere un appuntamento. Chiamavo continuamente il centro unico di prenotazione, ma la risposta era sempre la stessa: "Non c'è posto". Venerdì, invece, mi hanno detto che c'era la possibilità di venire questa mattina tra le 10 e le

13. Sarei venuta anche di notte per questo consulto».

Giovanni Andrea Campobasso, direttore sanitario dell'ospedale Martini, parla del progetto in termini di «risposta a un problema nazionale». E spiega: «Tutti gli ospedali della nostra azienda si sono attivati per offrire prestazioni extra sia la domenica mattina che la sera nei giorni feriali». Mugugni tra il personale? Neanche per idea. Uno per tutti: Aldo Nicolò Bartolo, ortopedico con 39 anni di esperienza nel servizio pubblico. Dice: «Era tanto tempo che non lavoravo di domenica, ma si tratta di sole tre ore. Se serve a migliorare il servizio, ben venga».

Oltre ai cinque medici, il servizio si regge sul lavoro di tre infermieri e su un team amministrativo guidato da Stefania Canarelli. Tra loro c'è Martina Muscarello, che accoglie i pazienti allo sportello accettazione con il sorriso: «Lavorare di domenica mattina? Non mi pesa affatto. È stato un giusto compromesso, soprattutto vedendo la soddisfazione dei pazienti».

A fine giornata arriva anche il riconoscimento da parte dell'assessore regionale alla Sanità, Federico Riboldi: «Il mio grazie sincero va a quanti stanno offrendo il proprio tempo per garantire un accesso più equo alle cure». E sottolinea la collaborazione con i sindacati: «Ho apprezzato il sostegno delle categorie mediche e infermieristiche. Questo progetto non mira solo a ridurre i tempi d'attesa, ma anche a far tornare la sanità pubblica un punto di riferimento per i cittadini piemontesi».

Ma basterà questa misura per abbattere le liste d'attesa? Sarà davvero la panacea cercata e inseguita da tutto il mondo della sanità pubblica nel corso degli anni? Ovviamente è troppo presto per dirlo. Quindi è meglio lasciare la parola a chi varca la soglia dell'ospedale Martini con i fogli delle impegnative in mano e - finalmente soddisfatto - fila verso gli ambulatori: «Devo fare una visita neurologica? Dove devo andare?». Scusi signora, da quanto tempo aspettava il consulto? le chiediamo: «Non mi ricordo

nemmeno più. Il medico di base aveva detto di fare in fretta. Ma poi si è inceppato tutto e io ho chiamato così tante volte il Cup che neanche più mi ricordo».

E allora avanti con le visite in orari non canonici. La sanità torinese adesso allarga il progetto. Da oggi è coinvolto un altro grande ospedale, il San Giovanni Bosco (visite dalle 18 alle 21); domani si parte anche al Maria Vittoria, mercoledì all'Oftalmico. Giovedì pomeriggio visite specialistiche di nuovo al Martini. Il meccanismo funziona.

Se i risultati saranno positivi, l'apertura domenicale potrebbe diventare una soluzione stabile, offrendo ai pazienti una nuova possibilità di accesso alle cure senza dover attendere mesi o rivolgersi al privato. —

Dopo il primo test in settimana aperture straordinarie in altre tre strutture

Mary Piu
paziente

Se non ci fosse stato questo servizio avrei dovuto aspettare fino a maggio

Giovanni Campobasso
direttore sanitario

È una risposta a un problema nazionale, tutti i nostri ospedali si sono attivati



Negli ambulatori

I pazienti accolti ieri all'ospedale Martini di Torino, dove è partita la sperimentazione per ridurre le liste d'attesa visitando di domenica



L'emergenza La reazione dell'uomo dopo il rifiuto alla richiesta di visitare fuori orario la madre ricoverata

Grassi, feriti cinque sanitari

Calci e pugni al pronto soccorso dell'ospedale: arrestato il 58enne che li ha aggrediti

di **Rinaldo Frignani**

A farne le spese sono stati due medici e tre infermieri in servizio al pronto soccorso dell'ospedale Grassi di Ostia. Si sono ritrovati in ambulatorio per farsi medicare dai colleghi: contusioni soprattutto, provocate dai colpi di un uomo di 58 anni, Mario Cacchioni, arrestato dai carabinieri per aver seminato il panico sabato pomeriggio nel reparto ospedaliero dopo che gli era stato rifiutato di poter visitare la

madre ricoverata. «Non era l'orario e sembrava anche ubriaco», hanno riferito gli operatori sanitari ai carabinieri, accorsi dopo l'allarme lanciato al 112.

continua a pagina 2

L'emergenza

Due medici e tre infermieri presi a calci e pugni al pronto soccorso del Grassi

Picchiati da un 58enne che voleva vedere la madre ricoverata ben oltre l'orario per i parenti: quando gli hanno spiegato che non era possibile, si è scagliato contro di loro. È stato arrestato dai carabinieri, nell'auto c'era anche un coltello

SEGUE DALLA PRIMA

Si tratta dell'ultima aggressione a chi lavora in ospedale, che come in passato ha provocato la reazione del governatore Francesco Rocca. «Piena solidarietà agli operatori sanitari per la vile aggressione da parte di un utente», ha spiegato il presidente della Regione, per il quale «queste violenze devono finire, non smetteremo mai di dirlo a gran voce e di fare tutto il possibile per arginare l'odioso fenomeno».

Un plauso particolare all'operatore socio sanitario e ai 4 infermieri coinvolti che, no-

nostante la delicata situazione, hanno continuato a garantire il loro servizio e hanno deciso di sporgere denuncia soltanto alla fine del turno di lavoro. Siamo e saremo sempre al fianco di chi presta un fondamentale servizio in favore della collettività». Cacchioni si trova ora in carcere a Rebibbia accusato di interruzione di pubblico servizio, lesioni aggravate e porto abusivo di coltello. Nell'auto che aveva parcheggiato fuori dall'ospedale i carabinieri della compagnia di Ostia e della stazione di Vitinia - intervenuti subito

dopo la richiesta di aiuto dei medici aggrediti - hanno infatti trovato e sequestrato una lama a scatto. «Voglio vedere mia madre». È stato questo, secondo la ricostruzione dei



militari dell'Arma, l'esordio del 58enne all'interno del pronto soccorso. Sembra che sia stato allontanato in un primo momento, ma che poi sarebbe tornato infilandosi di nuovo nel reparto. Poi in un attimo la situazione è degenerata di fronte all'impossibilità per gli operatori sanitari di accontentarlo: grida, spintoni, calci e pugni. Fino all'intervento delle pattuglie che hanno immobilizzato l'uomo. L'aggressione di sabato al Grassi - uno degli ospedali romani per i quali nel 2023 la Questura nell'ambito del piano varato per la sicurezza ha previsto la riapertura del presidio della polizia - è stata preceduta da numerosi episodi fin dall'inizio dell'anno, con lo schiaffo sferrato a una dotto-

ressa del San Pietro in via Casia da una madre che aveva accompagnato la figlia minore e ubriaca dopo una festa di Capodanno, che seguono quelli altrettanti inquietanti del 2024.

Proprio nei giorni scorsi al Policlinico di Tor Vergata un uomo ha preso a pugni un'ambulanza e ha poi tentato di sfilare la pistola a una guardia giurata dopo essere stato anche lui cacciato dal pronto soccorso, mentre nello stesso nosocomio in viale Oxford un infermiere di 47 anni ha riportato la frattura del naso per un calcio sferrato contro di lui da un paziente che rifiutava di farsi assistere. E ancora: botte a una dottoressa dell'ospedale di Frascati da parte di un paziente che si è poi sfogato an-

che contro un macchinario del pronto soccorso distruggendolo. Un continuo di violenze che ha coinvolto diverse strutture sanitarie della Capitale e in provincia, dove dal 2023 la vigilanza dovrebbe essere aumentata. Sia quella delle forze dell'ordine sia quella degli istituti privati.

Ma gli episodi si susseguono lo stesso. Protagonisti in negativo sia degenti, sia persone in attesa del ricovero, sia loro familiari. Ma anche individui che non c'entrano nulla con l'ospedale. Come la clochard che qualche settimana fa ha picchiato due infermiere al Sandro Pertini in via dei Monti Tiburtini perché le era stato negato il ricovero. Oppure come il 40enne ivoriano che se l'è presa invece con una

dottoressa dell'accettazione del San Filippo Neri, colpita al volto con una scarpa perché aveva negato all'uomo di essere trattenuto in ospedale.

Rinaldo Frignani
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Rocca
«Queste violenze devono finire, siamo vicini a chi presta un servizio fondamentale»



Nella foto grande la sala d'attesa del pronto soccorso del Grassi. Sopra l'esterno (foto Benvenuti/LaPresse)



Nel Lazio durante il 2024 ci sono state 1.156 aggressioni

Anche quest'anno si è aperto all'insegna delle aggressioni al personale sanitario, specie a quello dei pronto soccorso, da sempre il più esposto, insieme ai professionisti di psichiatria e oncologia. Secondo i dati preliminari della Regione, gli atti di violenza ai danni di medici e infermieri, lo scorso anno nel Lazio sono stati 1.156. Un dato fortemente sottostimato perché non tutti denunciano. Ben oltre la

metà del totale (il 62%) ha visto come vittime gli infermieri, mentre quasi il 70 per cento ha coinvolto donne che indossano il camice. In questo primo mese e mezzo del 2025 purtroppo la tendenza sembra non volersi invertire. Una settimana prima di quella avvenuta sabato al Grassi di Ostia, era toccato a un infermiere del pronto soccorso di Tor Vergata ricevere un calcio in pieno volto, tanto violento da rompergli il setto nasale. Stessa sorte

toccata a una dottoressa dell'ospedale di Frascati meno di un mese prima, colpita in faccia da un senza fissa dimora che aveva dato in escandescenza. «La violenza contro gli operatori sanitari è insensata - aveva detto il governatore Francesco Rocca - e combatterla è e sarà un punto centrale della nostra azione di governo».

Clarida Salvatori



LA BUONA SANITÀ

Trapianti record Con un solo donatore salvate quattro vite

Sbraga a pagina 18



LA BUONA SANITÀ

L'operazione possibile grazie alla sinergia tra Spallanzani e Umberto I

Trapianti record con un solo donatore

Salvati quattro pazienti: nel Lazio e in Lombardia

ANTONIO SBRAGA

••• Gli organi di un solo donatore hanno permesso di salvare 4 persone: due nel Lazio e 2 in Lombardia. Prima di effettuare i trapianti, però, all'Istituto Spallanzani è stato necessario effettuare alcuni esami particolari per la valutazione del rischio di trasmissione infettiva a causa di un sospetto complesso nel paziente-donatore. E così, mentre l'équipe del Policlinico Umberto I, guidata da Francesco Pugliese (responsabile del Dipartimento di emergenza urgenza) e dall'anestesista-rianimatore Gustavo Spadetta, si occupava di mantenere stabile l'emodinamica del donatore, i laboratori di virologia e batteriologia dello Spallanzani, con la

supervisione di Fabrizio Maggi e Carla Fontana, nel giro di 24 ore hanno escluso qualsiasi rischio infettivo di trasmissione, sbloccando il prelievo di cuore, fegato e reni. «Fondamentale è stata la straordinaria collaborazione, l'alta professionalità e l'eccellenza sanitaria di diversi gruppi di lavoro ma, in questo caso, a fare la differenza è stata la sofisticata tecnologia e la competenza dei laboratori di virologia e batteriologia dello Spallanzani che, con la loro articolata indagine diagnostica, hanno dato una chance a quattro pazienti in gravissime condizioni e a rischio di vita - commenta Mariano Fecchia, direttore del Centro trapianti della Regione Lazio - Lo Spallanzani ha un ruolo

importante nella nostra regione per esami sofisticati per la valutazione della condizione virologica e batteriologica dei donatori al fine di assicurare alta sicurezza nel processo donativo sotto il profilo infettivologico». Anche il presidente della Regione, Francesco Rocca, plaude «all'azione sinergica tra l'ospedale San Camillo, il Centro Regionale Trapianti, l'Umberto I e lo Spallanzani:



è l'ennesimo record di cui andare orgogliosi e che testimonia l'assoluta eccellenza della sanità pubblica laziale». In tutta Italia nel 2024 sono stati 2.110 i donatori di organo (+2,7% rispetto all'anno precedente), con 4.692 trapianti (+5,1%). Numeri in aumento anche nel Lazio, che risulta la quinta regione per numero di trapianti effettuati: 467. Di cui 232 riguardano il rene, 206 il fegato, 26 il cuore, 4 il polmone e 2 il pancreas. In aumento nel Lazio (+3,9%) anche le di-

chiarazioni di volontà per la donazione da parte dei cittadini: sono passate dal 33,9% del 2023 al 37,8% del 2024.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Il presidente della Regione Rocca
«Bisogna essere orgogliosi
Ciò testimonia l'assoluta
eccellenza della sanità
pubblica laziale»*



Spallani
L'ospedale ha
compiuto esami
particolari
per la valutazione
del rischio
di trasmissione
infettiva



La sanità

Medici di base, la ricetta di Rocca “La Regione deve gestire il servizio”

Il governatore
“Chiediamo di poter
organizzare il lavoro
che paghiamo a loro”

di **Marco Juric**

Continua il braccio di ferro tra il presidente della Regione Francesco Rocca e i medici di base. Il motivo del contendere è la riforma che trasformerebbe i medici di medicina generale da liberi professionisti a dipendenti pubblici. Un botta e risposta che va avanti da giorni, tra proteste e dichiarazioni pubbliche. L'ultima ieri, con Rocca che si è fatto portavoce di tutti e 21 i governatori d'Italia: «Quello che chiediamo è di poter governare le ore di lavoro che paghiamo ai medici. Il passaggio alla dipendenza pubblica vale solo per i medici che subentreranno d'ora in avanti, mentre gli altri potranno scegliere se restare o meno liberi professionisti legati da un rapporto di convenzione». La linea è chiara: l'accordo di convenzione non basta più, serve una riforma strutturale. «Eravamo abituati al medico che ci veniva a visitare a casa. Oggi quel mondo non c'è più – ha proseguito Rocca – I nostri anziani e le persone con più malattie croniche hanno a loro

disposizione due o tre ore al giorno per cinque giorni alla settimana per ottenere una visita o una ricetta. Così non va». Una risposta diretta alla Fimmg, il sindacato dei medici di medicina generale, che, nei giorni scorsi, aveva rilasciato 10 mila prescrizioni colorate con allegato una lettera-manifesto di protesta. Rocca ha definito il testo pieno di «inesattezze gravi e in alcuni punti vera disinformazione».

Il principale motivo del contendere sono le Case di Comunità, cardine strutturale della riforma proposta dalle Regioni: «Devono essere aperte dalle 8 alle 20, 7 giorni su 7 – prosegue Rocca – dove se non c'è il mio medico di famiglia ne trovo un altro che lavora in team con altri specialisti ambulatoriali e dove di posso ottenere anche accertamenti di primo livello, come ecografie o elettrocardiogrammi».

Ma per i detrattori si vuole “privatizzare il sistema” con l'obiettivo di mettere in piedi le Case di Comunità sper accaparrarsi i soldi del Pnrr. Accuse rispedito al mittente dallo stesso Rocca: «I 2 miliardi so-

no vincolati alla realizzazione delle nuove strutture». Il problema non è tanto costruirle, quanto riempirle. Con professionisti di medicina generale sempre più carenti sul territorio nazionale. A spiegare i contorni di questa bozza di riforma è stata Letizia Moratti, presidente della consulta nazionale di FI, durante l'assemblea degli enti locali del partito: «La proposta introduce un orario settimanale di 38 ore per i medici di medicina generale, suddiviso in 20 ore dedicate ai propri assistiti e 18 ore destinate ad attività stabilite dalle aziende sanitarie, dai distretti o dalle case di comunità».



▲ **Presidente** Francesco Rocca guida la Regione Lazio



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Il caso

Puglia, quei 35 rinvii sul suicidio assistito

La morsa tra il sì del Pd e il no di Emiliano

Il governatore: dopo la Consulta una legge qui è inutile

BARI Il Pd dice sì, il governatore dice no. È dal 2022 che la Regione Puglia tenta di approvare una legge sul fine vita. Non vi è riuscita finora ed è dubbio possa farlo nel tempo che resta fino alla conclusione della legislatura. A chiudere la discussione è stata proprio una dichiarazione di Michele Emiliano. Il quale non si oppone a procedure che consentano, a chi è malato gravissimo, di mettere fine alla propria esistenza. Ma non ritiene necessaria una legge regionale. «Abbiamo già la normativa necessaria e sufficiente per risolvere ogni situazione. La legge — spiega il governatore — non aggiungerebbe nulla a quello che già la Corte costituzionale ha stabilito. Noi non abbiamo competenza legislativa in questa materia, ma solo attuativa della sentenza della Corte. Per attuare quest'ultima già da anni abbiamo scelto la via dei provvedimenti amministrativi». Si riferisce alla delibera di

giunta fatta approvare nel gennaio 2023, poche settimane dopo il primo fallito tentativo del Pd di approvare in Consiglio regionale la legge presentata dall'attivissimo Fabiano Amati (ex pd, poi passato ad Azione, ora assessore al Bilancio).

Quel testo fu portato all'esame del Consiglio il 4 ottobre 2022 e fu bocciato con voto trasversale: un paio di dem, il centrodestra e il M5S (allora indeciso sul da farsi). Emiliano e altri 2-3 esponenti del Pd si astennero. Il governatore, qualcuno lo disse apertamente in quei giorni, parve pressato dalla Conferenza episcopale pugliese. Non sembra aver cambiato idea.

«La legge — aggiunge oggi — è solo una sottolineatura polemica alle inadempienze del Parlamento: una delle possibilità che la Toscana ha deciso di percorrere. Ma non aggiunge nulla a ciò che in tutte le Regioni già si può fare grazie

alla sentenza della Corte costituzionale».

Una posizione che non persuade Filomena Gallo e Marco Cappato, dell'associazione Luca Coscioni, molto attivi sul tema. «Crediamo — è la replica ad Emiliano — che il presidente non possa e non debba ignorare le differenze tra i due provvedimenti: una delibera non ha, per sua definizione, la forza vincolante di una legge: ha un valore esclusivamente interpretativo». Per di più, come fatto notare da Amati, la delibera non risolve del tutto il problema: istituisce il comitato etico chiamato a fornire il parere sul suicidio medicalmente assistito e stabilisce che debba essere fornito «nel più breve tempo possibile». Senza dettare tempi e procedure certe: ciò che la legge avrebbe voluto fissare. Finora, va aggiunto, nessuno ha mai chiesto al comitato di poter accedere alla procedura di suicidio medicalmente assistito.

Dopo la bocciatura in Consiglio dell'ottobre 2022 e la delibera del gennaio 2023, Amati (nel frattempo uscito dal Pd) ha ripresentato un nuovo testo, sostanzialmente identico a quello affossato. E come il primo sostenuto da larga parte del gruppo dem. Iscritto all'ordine del giorno del Consiglio per 35 volte non è mai stato trattato per le ragioni sopra esposte.

Nel frattempo il M5S ha chiarito che la propria contrarietà del 2022 era dovuta solo all'attesa del Parlamento: se le Camere non decidono, dicono, giusto che ora intervengano le Regioni. Il centrodestra pugliese resta ostile all'ipotesi di una legge regionale.

Francesco Strippoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nel 2019

LA SENTENZA

Con la sentenza 242 del 2019 relativa al caso Dj Fabo, la Consulta ha fissato le condizioni di non punibilità nel suicidio assistito: irreversibilità della patologia, sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, assunzione di decisioni libere da parte del malato



L'incarico
Il governatore della Puglia
Michele Emiliano (Pd), 65 anni



MALASANITÀ IN PUGLIA

Soldi per saltare le liste d'attesa: medico in manette

Il 50enne si faceva pagare fino a 100 euro. E due cliniche devono risarcire 700mila euro a una donna curata male

■ Casi di malasania, medici arrestati perché si facevano pagare per far saltare le liste d'attesa, conti esagerati di Asl e Policlinici per l'acquisto diretto dei farmaci: curarsi in Puglia, di questi tempi, è sempre più complicato. Ne sa qualcosa una donna salentina di 46 anni che, dopo essersi sottoposta a due interventi chirurgici per dimagrire, non riesce più a digerire e per questo, dopo otto anni di odissea, si è rivolta al giudice del tribunale civile di Lecce. Il risultato è che due cliniche (una locale, l'altra nel nord Italia), i medici in servizio nelle strutture che ebbero in cura la paziente e le rispettive compagnie di assicurazione sono state condannate a un risarcimento di 700mila euro. La donna si è sottoposta a un primo intervento il 16 dicembre del 2016, ma il decorso è stato un calvario: accusava nausea e vomito anche dopo aver ingerito piccole quantità di cibo. Così ha deciso di rivolgersi a una seconda struttura, questa volta nel nord Italia, e il 20 giugno del 2018 è finita di nuovo sotto i ferri. Ma le condizioni di salute si sono aggravate e a quel punto ha deciso di rivolgersi al tribunale civile di Lecce, il quale ha preso atto degli errori commessi in ciascun intervento e ha stimando il

danno in 700mila euro.

Altrettanto inquietante, anche se per tutt'altri motivi, quanto successo a Molfetta (Bari). Dove Angelo Balzano, cardiologo e dirigente medico in servizio nell'ospedale cittadino, è stato arrestato perché avrebbe preso dai 50 ai 100 euro dai pazienti, alcuni dei quali esenti da ticket, per far saltare loro le liste d'attesa e avrebbe riservato ad amici e colleghi corsie preferenziali durante l'orario di servizio. Il medico, 50 anni, ora è in carcere accusato di corruzione, concussione, peculato e truffa aggravata ai danni dello Stato (avrebbe inoltre anche cercato di sviare le indagini suggerendo ai pazienti convocati in caserma le risposte da dare ai carabinieri del Nas). Le indagini, relative al periodo compreso fra luglio e novembre 2024, hanno consentito di ipotizzare che lo specialista avrebbe gestito il servizio di pubblica utilità della Asl di Bari in modo privatistico: Balzano, infatti, avrebbe messo in atto un sistema parallelo rispetto al meccanismo di prenotazione ordinario, che gli avrebbe permesso di ottenere compensi illegali per consentire ai pazienti di sottoporsi in modo immediato a visite ed esami che altrimenti sarebbero stati eseguiti dopo molti mesi. Tra di loro ce n'erano alcuni che, seppur esenti dal pagamento del ticket, per eludere le

liste di attesa, sarebbero stati costretti a corrispondere dai 50 ai 100 euro per "prestazione".

E a proposito di soldi, l'obiettivo di contenere i costi della farmaceutica è fallito anche nel 2024 e la Puglia continua a sfiorare nonostante delibere e tentativi di stringere la cinghia. Asl e Policlinici hanno speso quasi un miliardo di euro per l'acquisto diretto dei farmaci, 268 milioni in più rispetto al tetto fissato. L'anno scorso, secondo i dati del sistema Edotto, Asl, Policlinici e Irccs hanno avuto una spesa complessiva pari a 985.674.345 milioni, +37,43% rispetto al limite fissato ad inizio 2024, pari a 717.240.342. Tutte le aziende sanitarie e ospedaliere hanno registrato un "rosso" ad eccezione dell'Irccs Giovanni Paolo II di Bari che, al contrario, è riuscito persino a risparmiare circa 15 milioni.

