

12 giugno 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

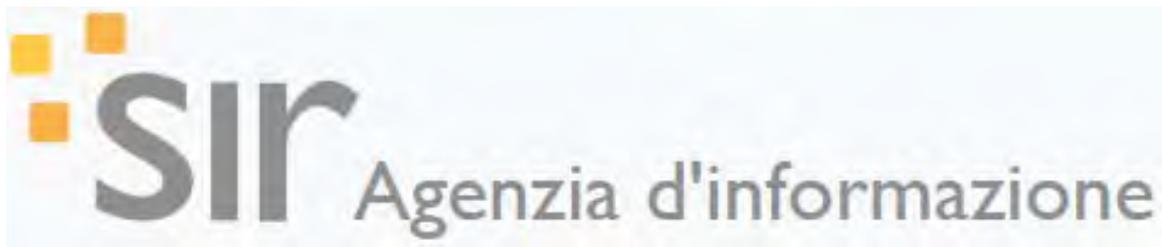
A.R.I.S.

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Largo della Sanità Militare, 60

00184 Roma

Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343



ACCORDO

Sanità: Aris e Anmirs siglano intesa sul nuovo contratto per i medici dell'ospedalità classificata

11 Giugno 2025 @ 19:09

“La decisione di ratificare l'ipotesi d'intesa per la dirigenza medica dell'Ospedalità classificata dimostra ancora una volta il grande senso di responsabilità e la ferma volontà dell'Aris di continuare a cooperare, come sempre ha fatto, per garantire il diritto alla salute dei cittadini, fornendo, tramite le proprie strutture, un fondamentale contributo al Servizio sanitario nazionale”. Lo ha dichiarato Giovanni Costantino, capodelegazione dell'**Associazione religiosa Istituti socio sanitari**, a margine dell'incontro sindacale svoltosi oggi durante il quale è stato sottoscritto l'accordo definitivo per l'applicazione del contratto collettivo nazionale di lavoro Aris/Anmirs. “Il nuovo contratto nazionale – ha proseguito – contempera due differenti esigenze, entrambe essenziali per la tenuta del sistema, e cioè valorizzare adeguatamente il personale medico senza pregiudicare le condizioni di sostenibilità degli ospedali”. “Siamo soddisfatti del risultato raggiunto – conclude il capodelegazione Aris – che consente di riaffermare la centralità della contrattazione nazionale, pur recependo le intese già raggiunte a livello locale. Tuttavia, le criticità che hanno impedito sinora la ratifica non possono dirsi superate. Per tale ragione, non sono stati riconosciuti arretrati ed è stato previsto, a favore delle strutture, un periodo di 12 mesi per adeguarsi ai nuovi valori contrattuali, nell'auspicio che in questo intervallo le parti riescano congiuntamente a sensibilizzare le Istituzioni”.



Sanità: Aris e Anmirs siglano intesa sul nuovo contratto per i medici dell'ospedalità classificata

di Redazione Web

11 Giugno 2025

“La decisione di ratificare l’ipotesi d’intesa per la dirigenza medica dell’Ospedalità classificata dimostra ancora una volta il grande senso di responsabilità e la ferma volontà dell’Aris di continuare a cooperare, come sempre ha fatto, per garantire il diritto alla salute dei cittadini, fornendo, tramite le proprie strutture, un fondamentale contributo al Servizio sanitario nazionale”. Lo ha dichiarato Giovanni Costantino, capodelegazione dell’Associazione religiosa Istituti socio sanitari, a margine dell’incontro sindacale svoltosi oggi durante il quale è stato sottoscritto l’accordo definitivo per l’applicazione del contratto collettivo nazionale di lavoro Aris/Anmirs. “Il nuovo contratto nazionale – ha proseguito – contempera due differenti esigenze, entrambe essenziali per la tenuta del sistema, e cioè valorizzare adeguatamente il personale medico senza pregiudicare le condizioni di sostenibilità degli ospedali”. “Siamo soddisfatti del risultato raggiunto – conclude il capodelegazione Aris – che consente di riaffermare la centralità della contrattazione nazionale, pur recependo le intese già raggiunte a livello locale. Tuttavia, le criticità che hanno impedito sinora la ratifica non possono dirsi superate. Per tale ragione, non sono stati riconosciuti arretrati ed è stato previsto, a favore delle strutture, un periodo di 12 mesi per adeguarsi ai nuovi valori contrattuali, nell’auspicio che in questo intervallo le parti riescano congiuntamente a sensibilizzare le Istituzioni”.

Fonte: Agensir

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688294

FONDATA NEL 1876

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

ZANELLATO
L'ARTISTICO

Il musicista aveva 82 anni
Addio a Brian Wilson, genio che fondò i Beach Boys
di **Andrea Laffranchi**
a pagina 39



Domani su 7
Il «segreto» di Benetton
di **Daniele Manca**
nel magazine del Corriere



Referendum
IL QUORUM E LA DIFESA DEL SISTEMA
di **Sabino Cassese**

Perché nel 1946, al referendum sulla scelta tra monarchia e repubblica, si recò alle urne l'89 per cento degli elettori, mentre ora i votanti sono stati, in Italia, poco più del 30 per cento? Dobbiamo preoccuparci perché meno di un terzo degli elettori è andato a votare, non facendo così raggiungere il quorum? Dobbiamo quindi darci da fare per modificare l'articolo 75 della Costituzione, secondo il quale la proposta soggetta a referendum è approvata se ha partecipato alla votazione la maggioranza degli aventi diritto e se è raggiunta la maggioranza dei voti validamente espressi?

Tento di rispondere a queste domande, che stanno suscitando in molti vive preoccupazioni sullo stato di salute della democrazia italiana. Una prima possibile spiegazione del basso numero di votanti può forse trovarsi nel fatto che la maggior parte della popolazione è convinta della bontà della Repubblica parlamentare e ritiene che decisioni del tipo di quelle proposte vadano prese, dopo accurato dibattito, dalle persone che essa ha inviato in Parlamento. Insomma, la scarsa presenza degli elettori può rappresentare un invito ai parlamentari a fare il proprio mestiere, senza scaricarlo sui cittadini. Se questa interpretazione fosse corretta, non ci si dovrebbe preoccupare, perché la scarsa affluenza alle urne sarebbe prova non di apatia politica, ma sia della fiducia popolare nei propri rappresentanti, sia di adesione alla Costituzione.

continua a pagina 28

GIANNELLI
LA SINISTRA E LA PAUSA DEI REFERENDUM

BISOGNA ABBASSARE IL QUORUM

QUI QUO QUA QUORUM

Arresti di massa e coprifuoco a Los Angeles. Caos in Texas. Tajani: nessun italiano a Guantanamo

Stati Uniti, la rivolta dilaga

Dazi, l'accordo tra Usa e Cina. Trump: le nostre tariffe al 55%, le loro al 10

Mentre il ministro Tajani chiarisce che nessun italiano andrà a Guantanamo, negli Stati Uniti la rivolta si è estesa ad altre nove città, tra cui New York, Chicago, Atlanta e San Francisco. Sui dazi, accordo Usa-Cina.

da pagina 2 a pagina 6
Basso, Caccia, Ferraino, Mazza, Rampini

Una democrazia che viene messa in stato d'assedio

di **Walter Veltroni**

Quello che sta avvenendo in California in queste ore, documentato da centinaia di video, ci precipita nel grande tema di questo tempo: la modificazione profonda, radicale, del potere. Trump sceglie un tema, quello dell'immigrazione, sul quale sa di godere di vasto consenso nella sua impaurita opinione pubblica, e opera una forzatura che ha a che fare con la tenuta delle istituzioni democratiche americane.

continua a pagina 28

Toscana, primo suicidio assistito dopo la legge
Scintille tra Tajani e Salvini sul terzo mandato

«Ora un nuovo modello di referendum propositivo»

di **Monica Guerzoni**

Dilabato incassata ai referendum Giuseppe Conte, leader del M5S, non vuole sentir parlare: «12 milioni di cittadini che chiedono più tutela sul lavoro sono un fatto politico rilevante. Va riformato l'istituto del referendum».

a pagina 15

Primo suicidio assistito in Toscana dopo la legge regionale impugnata dal governo. A mettere fine alla sua vita, iniettandosi il farmaco nel letto di casa, è stato lo scrittore 64enne Daniele Pieroni, affetto dal morbo di Parkinson e costretto a vivere con una sonda che collegava lo stomaco all'esterno. Ovviamente non mancano polemiche e discussioni. Così come sono scintille, questa volta in maggioranza, tra Salvini e Tajani a proposito del terzo mandato.

da pagina 8 a pagina 16

I libri, la malattia: la scelta di Daniele

di **Simone Innocenti**

Ia sua malattia, il Parkinson, l'aveva messa in poesia. Perché Daniele, nato di fronte al mare di Pescara, prima di tutto voleva essere poeta. La vita a Roma, la fede in Dio. «Dobbiamo schierarci», diceva. E lo ha fatto fino alla fine.

a pagina 11

OCCHIUTO RIVELA IN UN VIDEO: SONO INDAGATO PER CORRUZIONE

di **Carlo Macri**

«Non avrei mai pensato di dover condividere con voi una notizia di questo genere. Per la prima volta nella mia vita ho ricevuto un avviso di garanzia». Così, in un video sul social, il governatore della Regione Calabria Roberto Occhiuto ha fatto sapere di essere sotto inchiesta per corruzione. Indaga la Procura di Catanzaro. «È una accusa inverosimile, sono pulito e ho sempre lavorato con rigore. Voglio essere ascoltato subito».

a pagina 16

«La nuova Irpef erode i benefici ai dipendenti»

di **Mario Sensi**

Iromosa dall'ufficio di bilancio la linea di finanza pubblica «prudente» del governo, ma l'effetto combinato delle aliquote Irpef e dell'inflazione erode il reddito di operai e impiegati.

a pagina 13 Fubini

In Polonia Matteo Doretto contro un albero nei test pre-gara



Matteo Doretto, 21 anni, campione italiano junior di rally nel 2024, è morto in Polonia durante le prove (da Instagram)

Muore a 21 anni la promessa del rally

di **Riccardo Bruno**

Tragedia durante i test pre-gara del Rally di Polonia, a Elganowo. Matteo Doretto, 21 anni, di Pordenone, campione italiano Junior 2024, è uscito di strada ed è morto per l'impatto contro l'unico albero fuori dalla pista. Al suo fianco Samuele Pellegrino, che si è salvato.

a pagina 23

Elvira Serra
LE VOCI DI VIA DEL SILENZIO

in libreria SOLFERINO

IL CAFFÈ
di **Massimo Gramellini**

La morte non è di parte

Ho appena saputo che il suicidio assistito è di sinistra. Assecondando la stessa logica demenziale, l'accanimento terapeutico sarebbe dunque di destra? Abbiamo preso questa abitudine di declinare la vita in politiche, trasformando dolori privati e scelte esistenziali in un pretesto per polemiche fredde, che ignorano l'uomo in nome dell'umanità e fingono di sventolare ideali per nascondere pregiudizi. Daniele Pieroni, la persona gravemente e irrimediabilmente malata che per andarsene ha utilizzato una legge della Toscana (dopo aver atteso invano che il Parlamento nazionale facesse qualcosa), non era un autolesionista. Amava la vita e ne aveva il massimo rispetto, è persino umiliante doverlo scrivere. Si sta dando corda a un racconto grottesco, in base al quale chi, in determinate situazioni, è favorevole al suicidio assistito passa per un allegro sterminio di anziani e malati, mentre chi è contrario viene dipinto come un sadico che gode nel veder soffrire il suo prossimo.

Su una materia così delicata, che con l'invecchiamento della popolazione finirà per lambire tantissime famiglie, ci vorrebbe un po' di buon senso, che è cosa ben diversa dal senso comune. Ci vorrebbe qualcuno in grado di sottrarla alle polemiche di parte, ai follower e ai like, per portarla su un piano nobile e trasversale, togliendola alle fazioni e affidandola finalmente alla politica. Ecco, ci vorrebbe un Pannella.

14 GIUGNO 2025
CASTELLO STORZESCO

FESTEGGIAMO I NOSTRI 10 ANNI INSIEME

Prima Village
Prima Sound

prima 10

LA CULTURA

"Noi che scriviamo storie solo per smarrirci"

ANDREA BAJANI - PAGINE 30 E 31



LA RICERCA TRADITA

Il Nobel Parisi: inaccettabile lasciare il Cnr senza guida

ALESSANDRO BARBERA - PAGINA 21



IL CALCIO NEL CAOS

La Nazionale a Gattuso ma c'è il nodo dello staff

GUGLIELMO BUCCHERI - PAGINE 34 E 35

2,50 € CON PIACERE DEL GUSTO // ANNO 159 // N. 160 // IN ITALIA // SPEDIZIONE ABB. POSTALE // D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) // ART. 1 COMMA 1 D.C.B. - TO // WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

GIOVEDÌ 12 GIUGNO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



LA CASA BIANCA: CONTINUEREMO LE DEPORTAZIONI DI MASSA, CE LO CHIEDE L'AMERICA. OGGI TELEFONATA TRA TAJANI E RUBIO

Trump: "Animale chi protesta"

Copri fuoco e raffica di arresti. Due italiani già rimpatriati. Bufera sui rinchiusi a Guantanamo

IL COMMENTO

Se i migranti siamo di nuovo noi

FLAVIA PERINA

Un gioco di specchi. Svegliarsi e scoprirsi potenzialmente clandestini, potenzialmente indesiderati, potenzialmente espulsi, forse potenzialmente deportati nel carcere simbolo della detenzione a tempo indeterminato senza accusa né processo: Guantanamo, isola di Cuba. Italiani, tedeschi, francesi, europei in genere, i popoli dell'orgoglio civilizzatore, quelli che da anni accarezzano il racconto sovranista: fuori da qui i contaminati, i paria, i fuoricasta, remigriamo anche se hanno i documenti in regola, e se non li hanno ammucciamoli in Ruanda, in Albania, ovunque lontano dai nostri occhi e dalle garanzie legali che obbligano a faticose gestioni. Un gioco di specchi: per l'America quel fuoricasta siamo noi. Per l'America c'è o ci potrebbe essere un viaggio a Guantanamo anche per le migliaia di cittadini del vecchio Continente che sono lì senza un visto, o in attesa del rinnovo di un visto, o soltanto per la sbadattaggine dei vent'anni che dopo una vacanza suggerisce di fermarsi ancora un po' e vedere che succede. Clandestini, tutti. - PAGINA 7

LO SCRITTORE

Quinones: "È la fine del sogno americano"

SIMONA SIRI

Californiano di nascita, scrittore e giornalista, Sam Quinones è un profondo conoscitore dei processi migratori, ai quali ha dedicato due libri, e della comunità originaria del Messico, Paese nel quale è vissuto dal 1994 al 2004, quando poi è tornato a Los Angeles, dove per il *Los Angeles Times* si è occupato di immigrazione. - PAGINA 4

SEMPRINI, SIMONI



Quattrocento immigrati illegali arrestati dall'inizio delle manifestazioni: Donald Trump non indietreggia e insulta coloro che protestano definendoli «animali». - PAGINE 2-7

IL COMMERCIO

Dazi, il mini accordo tra Stati Uniti e Cina

BRESOLIN, GORIA

L'accordo fra Stati Uniti e Cina è realtà. Almeno per ora, e soltanto sulla parte introdotta durante il "Liberation Day" dello scorso 2 aprile e poi negoziata a Ginevra un mese fa. Donald Trump lo annuncia su Truth dopo giorni di trattative serrate a Londra. - PAGINE 8 E 9

LA DIFESA

Rutte da Meloni conto da 110 miliardi

MALFETANO, MONTICELLI

Tempi più lunghi e spazio ampio agli investimenti «correlati». L'attesa per lo sbarco di Mark Rutte a Roma non sta tanto nelle richieste che il segretario della Nato farà a Palazzo Chigi oggi, ma nelle aperture per cui potrebbe spendersi al summit dell'Aja. CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 14 E 15

IL RAGAZZINO DI 11 ANNI FERITO A GAZA ARRIVATO IN ITALIA CON LA MAMMA: SARÀ OPERATO A MILANO

La speranza di Adam

ANDREA SIRAVO



Perché è un simbolo di pace

VIOLA ARDONE

Il piccolo Adam ferito nella Striscia di Gaza sarà operato al Niguarda di Milano. DEL GATTO, DEL VECCHIO - PAGINE 12 E 13

INTERVISTA A LA RUSSA

"Giusto dire sì al fine vita. Carceri, più sconti nella detenzione"

ALESSANDRO DE ANGELIS



Palazzo Madama, stanza del presidente. Appena ci accomodiamo di fronte a Ignazio La Russa, lo sguardo cade su una foto di Berlusconi. - PAGINA 19

SCALATA MEOBANCANCA

Caltagirone-Delfin il giallo degli esposti

CHICCO, BALESTRERI

Il risiko bancario è destinato a finire a colpi di carte bollate. Con un nuovo giallo a pochi giorni dall'assemblea di Mediobanca che dovrà esprimersi sull'Ops da Piazzetta Cuccia su Banca Generali. Nelle scorse settimane, alla procura di Milano, è stato depositato un esposto che ipotizza un concerto tra la Delfin della famiglia Del Vecchio e il gruppo Caltagirone. - PAGINE 36 E 27

L'ANALISI

Senza tagli di spesa tasse intoccabili

VERONICA DE ROMANIS

«Ridurremo le tasse in modo equo e sostenibile» ha annunciato la premier Giorgia Meloni agli Stati generali dei commercialisti due giorni fa. Nello specifico, l'obiettivo è concentrare l'intervento sul «ceto medio» e «sostenere il lavoro». - PAGINA 29

Varallo
Monete e Lingotti d'Oro
TORINO
www.cambiovarallo.it

Buongiorno

Joshua Cohen, in un'intervista a Antonio Monda per il Foglio, dice che Donald Trump convince gli elettori più della sinistra perché lui le bugie le dice con onestà. Un ossimoro del genere mi fa esultare il cuore, poiché soprattutto con gli ossimori si possono descrivere gli uomini. È perfetto, ho detto a un amico: le bugie di Trump sono dette con onestà. Come Berlusconi, mi ha risposto subito lui. Berlusconi continua a essere un approccio confortevole, per chi l'abbia amato o detestato. Ma se penso alla perfetta onestà della menzogna, e senza voler tracciare un paragone con Trump, mi viene in mente soprattutto Adolf Hitler. Per mentire ci vogliono grandi doti, diceva infatti uno che credeva nella grandezza della bugia. L'ultimo in Italia a mentire con grandezza e con onestà non è stato Berlusconi ma

Il migliore su piazza

MATTIA FELTRI

Beppe Grillo. Poi basta. Si sono inaugurati tempi di bugie quotidiane, povere, ordinarie, meschine. Eravamo in piazza in trecentomila, siamo uniti, siamo dalla parte del bene, noi siamo per la pace, voi siete per la guerra, noi siamo per la giustizia, voi siete per la mafia, noi nemici dei criminali, voi odiate i bambini, noi amiamo le mamme. Frottole infantili, senza ambizione, a cui si crede sì e no, buone per arrivare a sera. Bugie persino innocue nella loro goffa disonestà, se non fosse che sono talmente tante, senza respiro, una via l'altra, che tutti quanti viviamo dentro una bolla allucinogena, in una nebbiolina in cui ognuno si può costruire la realtà per come se la immagina. E in cui nessun bugiardo può perdonare a Trump di essere il miglior bugiardo disponibile su piazza.

DENTAL FEEL
PROFESSIONISTI DEL BENESSERE DENTALE
RICHIEDI ORA LA TUA VISITA.
WWW.DENTALFEEL.IT
U.S. Dott. Armando Ferraro



Giovedì 12 giugno 2025

ANNO LVIII n° 138
1,50 €
San Gaspare
Luigi Bertoni
sacredote

Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

La sfida educativa nell'era digitale SOLITUDINI CONNESSE

MARCO IMPAGLIAZZO

Incontrando i responsabili dei movimenti, delle associazioni e delle nuove comunità, papa Leone sottolineava come «la vita cristiana non si vive nell'isolamento, confinata nella nostra mente e nel nostro cuore», per twilight più tardi: «Nessuno è cristiano da solo». Questo per i credenti. Ma l'essere insieme è una necessità per ogni uomo e ogni donna. Non è - in questo «secolo della solitudine», come scrive Noreena Hertz - l'esistenza di tutti minacciata dall'isolamento, dal confinamento nella propria mente e nel proprio cuore? Eppure, è evidente a ciascuno la crescente povertà relazionale, la diffusa difficoltà a costruire legami interpersonali, il continuo ripiegare sulla connessione virtuale, su quel simulacro di rapporto con l'esterno costituito dallo smartphone, su uno schermo che dovrebbe aprirci al mondo e diviene invece solo lo specchio di noi stessi. Che ne sarà di un tempo sempre più atomizzato che porta ad una progressiva disabitudine all'incontro umano?

continua a pagina 20

Editoriale

Lotta globale alla disuguaglianza

LO SVILUPPO DA SALVARE

ANTONIO GUTERRES

Questo mese, i leader si riuniranno a Siviglia. In Spagna, per una missione di salvataggio: aiutare a sistemare il modo in cui il mondo investe nello sviluppo sostenibile. La posta in gioco non potrebbe essere più alta. Un decennio dopo l'adozione degli Obiettivi di sviluppo sostenibile 2015-2030 e di molti impegni globali per finanziarli, due terzi degli obiettivi sono in ritardo. E il mondo sta perdendo oltre 4.000 miliardi di dollari all'anno in risorse di cui i Paesi in via di sviluppo hanno bisogno per mantenere queste promesse entro il 2030.

Nel frattempo, l'economia globale rallenta, le tensioni commerciali aumentano, i bilanci per gli aiuti vengono tagliati mentre salgono le spese militari e la cooperazione internazionale è sottoposta a una pressione senza precedenti.

La crisi dello sviluppo globale non è istantanea. Si misura in famiglie che vanno a letto affamate, bambini non vaccinati, ragazze costrette ad abbandonare la scuola e intere comunità private dei servizi di base.

continua a pagina 20

IL FATTO L'accordo durerà due anni ed è ispirato ai corridoi umanitari. Zuppi: «Le persone non sono numeri»

Piano accoglienza

Protocollo d'intesa tra Cei e Viminale per l'inclusione dei migranti che ne hanno diritto
Unbr: profughi raddoppiati in dieci anni. Il Sudan supera la Siria per movimenti interni

E SUI DAZI SI ALLA CINA Stati Uniti, gli scontri si espandono a Est

Copri fuoco e 400 arresti negli scontri scaturiti dalla "raida" ai migranti che stanno scuotendo gli Stati Uniti: dalla California il contagio si espande in direzione Est. Spiragli, invece, sulla guerra commerciale con la Cina.

Alfieri, Molinari e un'analisi di Ferrari
alle pagine 6 e 7

VINCENZO R. SPAGNOLO

Un protocollo d'intesa di 7 articoli, valido due anni e prorogabile, per valorizzare le migrazioni legali, destinando iniziative d'accoglienza e inclusione ai migranti che ne hanno diritto, sulla scia dei corridoi umanitari. Lo hanno siglato il ministro dell'Interno Matteo Piantedosi e il presidente della Cei Matteo Zuppi, che lo ritiene «un passo in avanti per garantire i diritti di persone, che non sono numeri».

Lambroschi a pagina 8



MEDIO ORIENTE

Gaza, Pizzaballa: «La situazione è catastrofica» I piccoli in Italia

«La situazione resta disastrosa, drammatica e disumana». Le parole del cardinale Pierbattista Pizzaballa descrivono e denunciano il baratro dentro cui è stata spinta la popolazione civile di Gaza, in una giornata con altri 41 morti nei pressi dei centri di distribuzione degli aiuti umanitari. L'arrivo in Italia dei piccoli feriti.

Ghirardelli e Scavo a pagina 2

MALTRATTAMENTI In cinque anni aumento del 58%

Troppi bambini offesi in famiglia

Doppio allarme per i maltrattamenti sui minori in Italia. Oltre all'aumento del 58% dal 2018, con il raddoppio dei casi nel Sud e Isola (+100%), c'è anche il fatto che l'87% dei casi avvenga in famiglia, senza grandi differenze territoriali. È quanto emerge dalla Terza indagine nazionale condotta Terre des Hommes e Cislai per l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, presentata ieri. «Dobbiamo porre lo sguardo sulla famiglia, perché i nuclei senza figli da dinamiche complesse su cui occorre mettere attenzione», sottolinea la Garante dell'infanzia e adolescenza Marina Terragni.

Guerrieri con un'analisi di Mola a pagina 9

TOSCANA Daniele Pieroni ha sfruttato la norma regionale. Lo giudice: «Amarezza»

Il primo suicidio per legge «Ma le cure sono un diritto»

FRANCESCO OGNIBENE

Daniele Pieroni, 64 anni, dal 2008 malato di Parkinson della provincia di Siena, ha chiesto e ottenuto di poter ottenere l'assistenza medica al suicidio in base alla legge della Regione Toscana approvata l'11 febbraio. È il primo caso di morte secondo la procedura prevista dalla discussa normativa regionale, che il governo ha recentemente impugnato davanti alla Corte costituzionale ritenendo che sia lo Stato e non le singole Regioni a normare. Quello di Daniele Pieroni è dunque il

primo caso in Italia di suicidio assistito «a norma di legge», in questo caso regionale. La sua morte porta la data del 17 maggio ma è stata comunicata ieri, all'indomani dell'intesa di massima raggiunta tra i leader della maggioranza per portare tra un mese nell'aula del Senato una proposta di legge sul suicidio assistito ispirata alla centralità del diritto alla vita. Il presidente dei vescovi toscani cardinali Augusto Paolo Lojudice: «Il diritto alle cure palliative è un diritto fondamentale».

Iasevoli a pagina 13

EVITA Legge 40, vent'anni oltre il referendum

Binetti, Ognibene e Ricci Sindoni a pagina 19

L'APPELLO DI ZUPPI «Carceri, per il Giubileo un gesto di clemenza»

Picariello a pagina 10



POPOTUS

Gite in montagna senza rischiare

Otto pagine tabloid

SCARICA L'APP
San Francesco Digitale
E LEGGI LE NOSTRE RIVISTE
San Francesco
momenti francescani

Irrevocabile
Autunno 2024, quando il tennista spagnolo Rafa Nadal ha lasciato la carriera sportiva. Lo ha fatto con un annuncio lanciato in rete, un brevissimo filmato rivolto al suo immenso pubblico di tifosi sparso in tutto il mondo. A guardare quei pochi minuti, la telecamera sempre fissa sul suo viso, ancor più che dalle sue parole - un commiato commosso, con saluti e ringraziamenti di rito - si resta colpiti dallo sguardo di Nadal. Occhi pieni di malinconia e al tempo stesso fermi, profondi, a dire una decisione irrevocabile. Si intuisce quanto quella scelta gli sia costata, e anche quanto ne

Svoite
Lisa Ginzburg
RILETTURE
La cultura plurale di De Certeau
Morra e Razzi a pagina 22
LA RICERCA
In mezzo al Covid spiragli dell'oltre
Schmitt a pagina 23
ANNIVERSARI
Nel rifugio di Benedetti Michelangeli
Tamburini a pagina 24

octopusenergy
Se la bolletta non cambia è il momento di cambiare fornitore.
Energia pulita a prezzi accessibili
Trustpilot 4.5/5
octopusenergy.it

GIMBE: LE LISTE DI ATTESA SONO LA PRIMA CAUSA

Visite ed esami, 4 milioni rinunciano

Sono 4 milioni gli italiani, il 7% della popolazione, che nel 2024 hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie a causa dei lunghi tempi di attesa. È il principale dato che emerge da un'analisi indipendente sullo status di attuazione della norma, condotta dalla Fondazione Gimbe, con l'obiettivo, spiega il suo presidente Nino Cartabellotta, «di informare in maniera costruttiva il dibattito pubblico e politico e di ridurre le aspettative irrealistiche dei cittadini. Tracciando un confine netto tra realtà e propaganda».

La quota di popolazione che dichiara di aver rinunciato alle prestazioni sanitarie per le liste d'attesa troppo lunghe è passata dal 4,2% del 2022 (2,5 milioni di persone) al 4,5% del 2023 (2,7 milioni), fino a schizzare al 6,8% nel

2024 (4 milioni). Anche le difficoltà economiche continuano a pesare: la percentuale di chi rinuncia per questo motivo è aumentata dal 3,2% del 2022 (1,9 milioni di persone) al 4,2% del 2023 (2,5 milioni), fino al 5,3% del 2024 (3,1 milioni).

«Se tra il 2022 e il 2023 l'aumento della rinuncia alle prestazioni era dovuto soprattutto a motivazioni economiche – spiega il presidente della Fondazione Gimbe – tra il 2023 e il 2024 l'impennata è stata trainata in larga misura dalle lunghe liste di attesa». I dati lo confermano: le rinunce legate ai tempi d'attesa sono cresciute del 7,1% tra il 2022 e il 2023, e del 51% tra il 2023 e il 2024; quelle per ragioni economiche, invece, sono aumentate del 31,2% tra 2022 e 2023 e del 26,1% tra 2023 e 2024. «Negli ultimi due anni – com-

menta Cartabellotta – il fenomeno della rinuncia alle prestazioni non solo è cresciuto, ma coinvolge l'intero Paese. Il vero problema è la capacità del Ssn di garantire le prestazioni in tempi compatibili con i bisogni di salute».



Liste d'attesa, sui poteri sostitutivi oggi la pace tra Governo e Regioni

Sanità

Il via libera delle Regioni al decreto dopo uno scontro durato diversi mesi

Marzio Bartoloni

È pronta a scoppiare la pace tra il Governo e le Regioni sul terreno minato delle liste d'attesa: si sblocca il decreto sui poteri sostitutivi, le misure che prevedono fino a dove si può spingere l'intervento di Roma quando a livello locale, come troppo spesso accade, non funzionano le cose e i cittadini sono costretti ad attese infinite per visite ed esami di cui hanno bisogno.

Il decreto - un Dpcm - aveva acceso nelle settimane scorse un duro scontro istituzionale in particolare con il ministro della Salute Orazio Schillaci stufo dei rinvii delle Regioni che avevano bloccato questo importante passaggio necessario a dare attuazione al piano sulle liste d'attesa approvato ormai quasi un anno fa dal Governo, alla vigilia delle elezioni europee, e ancora in buona parte al palo. Oggi i governatori che avevano congelato questo Dpcm perché "colpevole" di invadere le loro competenze con lo spauracchio del commissariamento daranno, a meno di sorprese dell'ulti-

ma ora, l'ok in una Conferenza straordinaria delle Regioni.

Anche grazie al pressing del Quirinale - «in Sanità essenziale la colla-

borazione tra Governo e Regioni», le parole di Mattarella un paio di settimane fa - invece del muro contro muro (il Governo aveva pensato di approvare il Dpcm senza l'intesa delle Regioni) si è arrivati a un compromesso che dovrebbe accontentare tutti: il nodo centrale ruota attorno al ruolo dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria istituito presso il ministero della Salute che nei casi delle inadempienze più gravi può intervenire al posto delle Regioni. Nella "riscrittura" del decreto il ministero concederà più tempo per mettersi in regola - si va dalla nomina del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria alla messa a terra di misure come Cup e agende uniche per le prenotazioni fino al meccanismo salta code - con l'assegnazione di termini di 60-90 giorni per «eliminare le criticità».

Intanto le lunghe liste d'attesa hanno costretto ben 4 milioni di italiani, pari al 7% della popolazione, a rinunciare alle prestazioni sanitarie. A ricordarlo ieri è stata la Fondazione Gimbe citando i dati pubblicati dall'Istat lo scorso 21 maggio: l'Istituto di statistica ha stimato infatti che l'anno scorso un italiano su dieci (9,9%), in pratica quasi 6 milioni di cittadini, ha riferito di avere rinunciato a visite o esami specialistici, principalmente a causa delle lunghe liste di attesa e per

la difficoltà di pagare le prestazioni sanitarie. In particolare la quota di popolazione che dichiara di aver rinunciato alle prestazioni sanitarie per le liste d'attesa troppo lunghe è passata dal 4,2% del 2022 (2,5 milioni di persone) al 4,5% del 2023 (2,7 milioni), fino a schizzare al 6,8% nel 2024 (4 milioni, +51% rispetto al 2023). Anche le difficoltà economiche continuano a pesare, e riguardano il 5,3% della popolazione nel 2024 (3,1 milioni). «Negli ultimi due anni - avverte Nino Cartabellotta presidente di Gimbe - il fenomeno della rinuncia alle prestazioni non solo è cresciuto, ma coinvolge l'intero Paese. Il vero problema non è più, o almeno non è soltanto, il portafoglio dei cittadini, ma la capacità del Ssn di garantire le prestazioni in tempi compatibili con i bisogni di salute».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nel 2024 sono 4 milioni gli italiani che hanno rinunciato a curarsi a causa delle liste d'attesa troppo lunghe





Servizio Fondazione Gimbe

Liste d'attesa: il decreto non decolla e 4 milioni di persone rinunciano alle cure (+51%)

Cartabellotta: dei sei decreti attuativi solo tre sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale, gli altri sono bloccati da complessità tecniche e conflitti

di Redazione Salute

11 giugno 2025

«Nonostante annunci e dichiarazioni ufficiali, il Decreto Legge sulle liste d'attesa (DL 73/2024) non ha ancora prodotto benefici concreti per i cittadini». Lo afferma Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, sottolineando che a un anno esatto dalla sua pubblicazione, «l'attuazione delle misure è stata prima bloccata dalla lunga gestazione del decreto attuativo sulla piattaforma nazionale, poi tenuta in ostaggio dal conflitto istituzionale tra Governo e Regioni sul decreto relativo ai poteri sostitutivi». Nel frattempo la realtà restituisce numeri allarmanti: secondo l'Istat, nel 2024 una persona su dieci ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, il 6,8% a causa delle lunghe liste di attesa e il 5,3% per ragioni economiche. E la motivazione relativa alle liste di attesa è cresciuta del 51% rispetto al 2023.

Secondo quanto riportato dal Dipartimento per il Programma di Governo, secondo un'analisi indipendente condotta da Gimbe, al 10 giugno 2025 dei sei decreti attuativi previsti dal DL Liste d'attesa solo tre sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale, lo scorso aprile. Dei rimanenti, uno è scaduto da oltre nove mesi e due non hanno una scadenza definita. «Come già evidenziato in audizione dalla Fondazione Gimbe – continua Cartabellotta – il carattere di urgenza del provvedimento si è rivelato incompatibile con un numero così elevato di decreti attuativi, alcuni tecnicamente complessi, altri politicamente scottanti».

I ritardi sulla piattaforma di monitoraggio

Nel question time del 5 novembre 2024, spiega il report Gimbe, il ministro Schillaci aveva annunciato che da febbraio 2025 sarebbe stato disponibile il "cruscotto" nazionale con gli indicatori di monitoraggio delle liste d'attesa, completo dei dati di tutte le Regioni e Province autonome. Nei fatti, però, il decreto sulla piattaforma è approvato in Conferenza Stato-Regioni solo il 18 dicembre 2024, l'intesa è stata siglata solo il 13 febbraio 2025 e la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale è slittata inspiegabilmente all'11 aprile. Da quella data le Regioni hanno avuto 60 giorni (raddoppiati rispetto ai 30 inizialmente previsti) per presentare i progetti necessari a garantire la "comunicazione" tra le proprie piattaforme e quella nazionale. «Proprio il 10 giugno – chiosa Cartabellotta – sono scaduti i 60 giorni, ma i tempi per rendere pubblicamente accessibili i dati di tutte le Regioni sulla piattaforma nazionale restano del tutto imprevedibili».

Il conflitto tra Governo e Regioni

Il decreto attuativo più “spinoso”, quello sull’esercizio dei poteri sostitutivi, ha acceso un duro scontro istituzionale tra Governo e Regioni, che si è consumato in due mesi di missive ufficiali con accuse incrociate e rivendicazioni. Il clima sembra essersi disteso dopo il confronto del 22 maggio tra la premier Meloni e il presidente della Conferenza delle Regioni Fedriga, che il 28 maggio ha incontrato il ministro Schillaci per finalizzare il testo del decreto. «Al di là delle dichiarazioni pubbliche di ritrovata sintonia istituzionale – commenta Cartabellotta – al 10 giugno non risulta ancora raggiunta l’intesa tra Governo e Regioni sul decreto attuativo». Ma soprattutto, secondo Cartabellotta, «amareggia constatare che, su un tema che lede un diritto costituzionale, lo scontro frontale abbia preso il sopravvento sulla leale collaborazione tra Stato e Regioni, rendendo evanescente il supremo principio di ‘Repubblica che tutela la salute’. Nel frattempo, milioni di persone continuano ad attendere. O peggio, rinunciano alle prestazioni sanitarie».

La rinuncia alle prestazioni sanitarie

«L’espressione “rinuncia alle cure” – spiega Cartabellotta – è ormai entrata nel linguaggio comune di politici e media, ma dovrebbe essere abbandonata perché fuorviante: la rinuncia infatti, riguarda test diagnostici e visite specialistiche, non le terapie». Nel 2024 il fenomeno ha registrato un’allarmante impennata: secondo le elaborazioni Gimbe su dati Istat, il 9,9% della popolazione – circa 5,8 milioni di persone – ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, rispetto al 7,6% del 2023 (4,5 milioni di persone) e al 7% del 2022 (4,1 milioni di persone). Il dato è sostanzialmente omogeneo in tutto il Paese, senza differenze significative: 9,2% al Nord, 10,7% al Centro e 10,3% al Sud. «Il vero problema – osserva Cartabellotta – non è più, o almeno non è soltanto, il portafoglio dei cittadini, ma la capacità del Ssn di garantire le prestazioni in tempi compatibili con i bisogni di salute». Va inoltre ricordato che il questionario Istat consente risposte multiple: il cittadino può indicare contemporaneamente sia i motivi economici sia i lunghi tempi d’attesa tra le cause della rinuncia. «È proprio l’intreccio di questi due fattori – commenta Cartabellotta – a rendere il fenomeno ancora più allarmante: quando i tempi del pubblico diventano inaccettabili, molte persone sono costrette a rivolgersi al privato; ma se i costi superano la capacità di spesa, la prestazione diventa un lusso. E alla fine, per una persona su 10, la scelta obbligata è rinunciare».

I decreti attuativi senza scadenza

Degli altri due decreti attuativi che mancano all’appello, per i quali non è prevista alcuna scadenza, non vi è al momento alcuna traccia pubblicamente disponibile, dopo le rassicurazioni del ministro Ciriani question time del 5 febbraio 2025. «Il primo decreto – spiega Cartabellotta – riguarda il superamento del tetto di spesa per il personale sanitario ed è verosimilmente in stand-by per la mancata approvazione della “nuova metodologia” Agenas per stimare il fabbisogno di personale, dopo la sperimentazione condotta nel triennio 2022-2024». Il secondo, che prevede linee di indirizzo nazionali per un nuovo sistema di disdetta delle prenotazioni e per l’ottimizzazione delle agende CUP, continua il presidente Gimbe «al 10 giugno 2025 non risulta ancora calendarizzato per l’esame in Conferenza delle Regioni».

«Le liste d’attesa non sono infatti una criticità da risolvere a colpi di decreti - conclude Cartabellotta -: sono il sintomo del grave indebolimento del Ssn, che richiede investimenti consistenti sul personale sanitario, coraggiose riforme organizzative, una completa trasformazione digitale e misure concrete per arginare la domanda inappropriata di prestazioni sanitarie».

Schillaci “Faremo più ispezioni i chirurghi tornino nel pubblico”

L'INTERVISTA

di **MICHELE BOCCI**

Verifiche a tappeto in tutte le strutture private dove si pratica la chirurgia plastica ed estetica, ma anche informazione chiara ai pazienti, così che possano farsi curare in strutture e da professionisti qualificati. Sono due delle ricette del ministro alla Salute Orazio Schillaci per impedire che altre donne muoiano o subiscano danni da procedure di medicina estetica.

Tre donne morte a Roma in pochi mesi. Come si fa a impedire che succeda ancora?

«Mi lasci dire che è sempre doloroso apprendere di queste morti provocate da presunti professionisti che mancano di preparazione adeguata, hanno scarsa deontologia medica e non si fanno scrupoli a operare in strutture prive di requisiti sanitari e strutturali. Bisogna controllare, è quello che stiamo facendo».

Di che tipo di controlli si tratta?

«Ho chiesto ai Nas di fare ispezioni a tappeto per verificare che nei centri medici estetici siano utilizzate attrezzature idonee, rispettati i requisiti igienici strutturali e organizzativi, e che siano a norma con le autorizzazioni e le qualifiche professionali. Dall'inizio dell'anno, e con una intensificazione a maggio, sono

stati fatti 1.160 controlli, tra centri estetici e studi medici estetici, alcuni dei quali sono stati visitati più volte. In circa l'11% dei casi sono state trovate irregolarità, che hanno portato a illeciti penali o sanzioni amministrative. Le strutture sequestrate o sospese sono state 14. Sono stati anche oscurati siti web».

Lavorate anche per sensibilizzare i cittadini?

«È necessario far comprendere ai cittadini che anche l'intervento estetico richiede in molti casi una procedura chirurgica e può presentare dei rischi. Non ci si può affidare ai social nella scelta di un professionista o a Dr Google. È sempre doveroso consultarsi con il proprio medico di famiglia o un altro specialista in grado di indirizzare le persone in strutture qualificate».

Spesso è difficile reperire informazioni affidabili sui professionisti, soprattutto privati. Come possono essere aiutati in questo i pazienti?

«Dobbiamo metterli in condizione di essere adeguatamente informati. Insieme alle Società scientifiche del settore possiamo condividere un percorso per promuovere campagne di informazione sui social, nelle farmacie e negli studi medici per aiutare i cittadini a scegliere consapevolmente e in piena sicurezza le strutture e i

professionisti».

Perché la chirurgia plastica è così esposta a questi problemi?

«Perché è in costante aumento la domanda di chirurgia estetica che incontra talvolta un'offerta poco qualificata, con medici che si improvvisano».

Tanti medici scelgono di esercitare la chirurgia plastica nel privato, lasciando sguarniti gli ospedali. Come si fa a convincerli a restare nel pubblico?

«Siamo impegnati a ridare attrattività alla sanità pubblica con misure per rendere più gratificante e sicuro il lavoro negli ospedali e questo vale per tutte le discipline mediche. È chiaro che un paziente che ha subito una menomazione a seguito della rimozione di un tumore ha diritto ad avere le cure nel pubblico e in tempi adeguati».

Spesso le sanzioni disciplinari degli ordini restano bloccate in Commissione per le professioni sanitarie. Quell'organismo sta smaltendo gli arretrati?

«A breve sarà istituita la Commissione stralcio che si occuperà in via prioritaria dell'arretrato. Nel frattempo, la Commissione centrale per le professioni sanitarie ha ripreso a riunirsi e ha già iniziato a smaltire parte delle pratiche pendenti».

Alessandra, Carla, Gabriele, Giorgio, Hernán, Laura, Linda, Luigi, Pierfrancesco e Simona ricordano con profondo affetto e grande rimpianto lo studioso insigne, l'amico buono e generoso, animato da un'inesauribile curiosità e passione per l'umano

Stefano Brugnolo

Sassari, 12 giugno 2025

IL MINISTRO

Orazio Schillaci
Ex rettore di Tor Vergata, 59 anni, è ministro alla Salute da ottobre 2022



Servizio L'emergenza invecchiamento

Anziani fragili, gli esperti lanciano l'allarme: riforma nell'impasse ma in 10 mln l'aspettano

Dal Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza la richiesta di rilancio della legge 33 con un focus sull'assistenza domiciliare, la qualità delle cure in Rsa e lo snellimento dei percorsi per ottenere i benefici disponibili

di Barbara Gobbi

11 giugno 2025

La riforma della non autosufficienza, presentata come una bandiera delle politiche per gli anziani del governo e approvata ormai nel 2023, sta vivendo un'impasse e "bisogna rilanciarla". A chiederlo con forza è quello stesso Patto per un Nuovo Welfare sulla Non autosufficienza, formato da un network di oltre 60 associazioni, che aveva contribuito a scrivere le regole per una presa in carico della terza età più fragile, fin dal tempo dell'eseutivo Draghi. Ma oggi, a due anni dalla legge 33/2023, gli esperti guidati dal coordinatore Cristiano Gori esprimono "profonda preoccupazione", a fronte di un'invecchiamento demografico certificato dagli ultimi dati Istat, a cui non corrisponde un miglioramento degli anni di vita passati in buona salute. Anzi.

La chiamata all'appello contro l'allerta demografica e i ritardi da colmare impongono quindi un'accelerazione e "l'unica strada possibile è un impegno comune di tutti i soggetti istituzionali, politici e sociali del Paese", avvisano dal Patto che tende la mano e a sollecita incontri capaci di sbloccare gli ingranaggi. Anche rilevando come il maxi-decreto attuativo 29/2024 di fatto abbia parzialmente riscritto e sfumato la legge-quadro originaria.

Le "incompiute"

In particolare, il "Patto" passa in rassegna le grandi incompiute. Il Sistema nazionale assistenza anziani (Snaa), pilastro centrale che avrebbe dovuto promuovere la sinergia tra sanità, sociale e Inps "è stato rinviato", rilevano gli esperti che da subito hanno contestato questa modifica all'impianto della legge-quadro, rivisto dal "decretone" del 2024.

Stessa sorte è toccata alla riforma dell'indennità di accompagnamento, sostituita dalla sperimentazione del bonus per il 2025-2026 destinato a una platea inferiore a 30mila destinatari, così come all'attivazione di servizi domiciliari specifici per gli anziani non autosufficienti. Sarebbe invece ancora "in via di elaborazione" la nuova valutazione multidimensionale unificata, necessaria anche per semplificare i percorsi di anziani e caregiver nella richiesta di interventi, mentre è bollato come "in corso di rinvio" l'intervento mirato a promuovere la qualità nelle residenze sanitarie (Rsa) grazie a un maggior tempo a disposizione degli operatori per ogni anziano e al miglioramento delle camere e degli spazi comuni.

“La non autosufficienza coinvolge 10 milioni di persone in Italia, tra gli anziani che ne sono toccati, i familiari che li assistono e gli operatori professionali coinvolti. Il sistema delle risposte pubbliche è da tempo sotto tensione, stretto tra le proprie criticità e la vertiginosa espansione della popolazione anziana”, ricorda nel suo appello il Patto.

Gli ultimi numeri Istat confermano l'urgenza di interventi appropriati: a fronte del minimo storico di 1,18 figli per donna in Italia nel 2024, siamo in un Paese sempre più vecchio con 14,5 milioni di anziani - di cui 4,59 mln over 80 - pari al 24,7% della popolazione. Da noi la speranza di vita alla nascita continua ad allungarsi ma con la longevità cresce anche la potenziale disabilità: se le donne hanno un'aspettativa di vita di 85,5 anni, l'attesa di una buona salute per loro arretra ai 56,6 anni (il minimo dal 2014) mentre gli uomini, meno longevi, hanno solo qualche “buon anno” in più ma non arrivano ai 60 anni vissuti senza fragilità.

Il monito

La riforma - ricordano dal network delle associazioni - è stata introdotta con tre grandi obiettivi: semplificazione, innovazione e ampliamento delle risposte. Tradotto: snellimento del sistema pubblico così da facilitare la vita a famiglie e anziani, superando l'attuale frammentazione delle misure; nuovi modelli d'intervento capaci di rispondere alle specifiche caratteristiche degli anziani e delle famiglie di oggi; incremento dell'offerta di servizi alla persona, domiciliari e residenziali, ora insufficiente. A partire dalla sua approvazione, tuttavia, secondo il network la spinta al cambiamento che contraddistingue la riforma “ha subito un rallentamento, con i decreti attuativi che “hanno previsto per ora il rinvio di molte tra le novità programmate”. Una lentezza che combinata con il trend di invecchiamento e la conclamata sofferenza del settore, indicano che non si può perdere tempo.

Le priorità

Adi, Rsa e una burocrazia più snella per accedere ai benefici sono le priorità da cui le associazioni del Patto chiedono di far ripartire la riforma, dandole concretezza. In una corralità: “Per cambiare direzione i principali soggetti istituzionali, politici e sociali del Paese dovrebbero unire le forze: è necessario che lavorino insieme Stato, Regioni, Comuni, Patto e altri soggetti sociali” rilanciano dal Patto. E la realizzazione “dovrebbe altresì procedere gradualmente, con un percorso pluriennale di progressiva messa in atto, accompagnato da un crescente incremento dei finanziamenti”. Ma in ogni caso, è l'avviso, “più fondi non servono senza un progetto concreto di cambiamento, sinora mancante”.

“Questo lavoro comune dovrebbe tradurre in pratica le indicazioni della Legge 33/2023 per affrontare innanzitutto tre questioni cruciali - è quindi il monito degli esperti -. Primo, in Italia non esiste un servizio di assistenza domiciliare efficiente per soddisfare i bisogni di tutti gli anziani non autosufficienti e interventi organici di riconoscimento e sostegno dei loro caregiver familiari. Secondo, c'è un diffuso problema di qualità dell'assistenza fornita agli anziani nelle strutture residenziali. Terzo, i passaggi da compiere per ricevere le misure disponibili sono troppi e troppo complicati”, aggiungono dal Patto.

» SCANDALO MINISTERO

Disabili bloccati: mancano i soldi per le carrozzine

» Renato La Cara

Il governo e le Regioni accusati di fare cassa sui più fragili e tagliare sui mezzi di chi non può muoversi autonomamente. Ovvero di risparmiare su ciò che rende possibile la li-

bertà di un centinaio di migliaia di donne e uomini non autosufficienti: batterie e motori delle carrozzine elettriche, joystick e ruote. Dal 1° gennaio 2025 infatti, non sono più garantite le spese per riparazioni e sostituzioni.

A PAG. 14



DIRITTI (PER POCHI)

Disabili e vessati: “Per batterie e ruote lo Stato non paga più”

LA NORMA Da gennaio non più garantite le spese per gli ausili, finora coperte dalle Asl. Il ministero e le Regioni si rimpallano le responsabilità

» Renato La Cara

Il governo e le Regioni accusati di fare cassa sui più fragili e tagliare sui mezzi di chi non può muoversi autonomamente. Ovvero di risparmiare su ciò che rende possibile la libertà di un centinaio di migliaia di donne e uomini non autosufficienti: batterie e motori delle carrozzine elettriche, joystick e ruote. Dal 1° gennaio 2025, infatti, non sono più garantite le spese per riparazioni e sostituzioni degli ausili, finora coperte dalle Asl. A denunciare sono stati i diretti interessati che, all'improvviso si sono trovati a doversi fare carico di spese non indifferenti: dai 680 euro per le batterie ai minimo

80 per una ruota. Tra le prime denunce c'è stata quella dell'attivista veneto Luca Faccio che ha rivolto un appello a Luca Zaia: “Il costo della batteria di cui ho bisogno è superiore alla pensione di invalidità. Si parla tanto di inclusione sociale, ma se la batteria si rompe, rischio di rimanere a piedi o sbaglio?”.

La Regione ha scaricato tutto sul nuovo Nomenclatore, entrato in vigore con il decreto Tariffe a fine 2024, insieme ai nuovi Livelli essenziali di assistenza, che “ha determinato la revoca dell'efficacia del dm n. 332/1999 su tutto il territorio nazionale. Questo non prevede più i codici relativi alle ripa-

razioni e sostituzioni per gli ausili rientranti nel codice ISO 12.23 (carrozzine a motore elettrico)”, ha precisato in una nota. Il ministero della Salute, però, nega ogni responsabilità: “È erraneo”, dicono. “L'innovazione introdotta è relativa alla modalità di erogazione degli ausili, che richiede alle Regioni di espletare gare a evidenza pubblica”. E “sono le Regioni tenute a garantire la completa assistenza



all'utente". Lo scontro è tra il Veneto leghista e il ministero di Schilla-
ci, ma stando alle denunce la mo-
difica colpisce tutti, da Nord a Sud.
"Ce ne siamo accorti all'improvvi-
so e solo al momento del bisogno",
sono alcune delle testimonianze
raccolte da Monza, Mantova e Pa-
lermo. Le principali organizzazio-
ni si dicono "sconcertate". Per Vin-
cenzo Falabella, presidente Fish,
"il silenzio delle istituzioni davanti
a questo arretramento dei diritti è
assordante. Si colpisce proprio chi
ha meno voce per farsi sentire: le
persone con disabilità grave, che
da gennaio si trovano improvvisa-
mente sole a fronteggiare costi in-
sostenibili per continuare a muo-
versi, lavorare, vivere. Le carrozzi-
ne elettriche non sono optional,
sono strumenti di cittadinanza. Il
ministero della Salute ha il dovere
di correggere immediatamente

questa ingiustizia, prima che si tra-
sformi in una condanna alla reclu-
sione per migliaia di cittadini".

Per Alessandro Chiarini, presi-
dente di Confad, è "un taglio inac-
cettabile ai diritti". Lisa Noja, con-
sigliera regionale Iv in Lombardia,
annuncia un'interrogazione: "En-
nesimo scippo del governo alle
persone con disabilità. Cancellare
la voce, precedentemente prevista,
per le riparazioni e non solo, e farne
ricadere gli ingenti costi sui citta-
dini significa ignorare che chi usa
una carrozzina elettrica non può
farne a meno. Privare una persona
con disabilità del suo utilizzo è co-
me tagliarle le gambe". Un danno,
denuncia il presidente di Confimi
Industria Sanità, Massimo Pulin,
anche per le imprese: "Da inizio
anno abbiamo avuto un cambio di
mercato del 60%".

Erika Monti, 49enne con atrofia

muscolare, racconta: "Dovrei
cambiare la batteria, ma costa tan-
to. Sono riuscita a riparare le ruote
perché avevano il copertone rotto e
mi servivano assolutamente". Per-
ché l'alternativa era non poter più
uscire di casa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**"MI COSTA 680 €,
È PIÙ DELLA MIA
PENSIONE"**

A DENUNCIARE sono
stati i diretti interessati
che all'improvviso
si sono trovati a doversi
fare carico di spese
non indifferenti: dai 680
euro per le batterie
ai minimo 80 euro per
una ruota. Tra le prime
denunce c'è stata
quella dell'attivista
veneto Luca Faccio
che ha rivolto
un appello a Luca Zaia:
"Il costo della batteria
di cui ho bisogno
è superiore alla pensione
di invalidità"



**La associazioni
denunciano**

L'attivista veneto
Luca Faccio
si è rivolto a Luca
Zaia, presidente
del Veneto



Il medico di famiglia, non mero prescrittore di ricette ma player della salute futura

Le sfide della sanità
Massimo Masetti

C'era una volta il medico di famiglia, "il dottore" che veniva a visitare a casa, magari con la Seicento Fiat nelle campagne o con la 1100 in città. Ci sarà ancora, come snodo fondamentale di quella medicina del territorio che tutti vediamo come nuova

frontiera dell'assistenza domiciliare per allentare la pressione sui Pronto Soccorso? Oppure resterà la figura di oggi, il medico che si allontana sempre più dalla cura per diventare solo un centro di "spaccio" delle ricette da portare in farmacia e poco più?

Purtroppo, è ormai frequente nel pensiero di molte persone che il medico di famiglia non sia più il principale riferimento per il proprio stato di salute, promuovendo la prevenzione delle malattie e guidandoci, al bisogno, verso diagnosi precoce e medicina specialistica, ma un mero prescrittore di ricette. Come cittadino e come medico, trovo umiliante questa valutazione e non condivido la polemica che vede contrapporsi la politica da un lato e le associazioni di categoria dall'altro, con un dibattito che è già diventato un dialogo tra sordi.

Ma ora c'è un tema di confronto concreto: è sul tavolo del ministro Schillaci la bozza della riforma per i medici di famiglia, elaborata dalle Regioni e visionata dal Ministero della Salute. L'obiettivo è quello di passare dalla figura storica del medico di famiglia, quella che nasce nel secondo Dopoguerra, ma che ha radici storiche e culturali molto più antiche in un modello di cura tradizionale e comunitaria, ad un ruolo di effettivo player di uno dei principali motori dell'assistenza domiciliare e del raccordo tra ospedale e territorio, cioè ben oltre l'erogatore di ricette attuale. Qui bisogna andare alla radice del conflitto, cioè muoversi (e deliberare per chi ne ha le prerogative) in base ad uno scenario demografico e sociale completamente diverso da quello di quando nacque il Servizio sanitario nazionale, con l'invecchiamento della popolazione, da una parte, la necessità di curare la popolazione degli immigrati che aiutano il Paese in tanti lavori (a cominciare dall'assistenza casalinga agli anziani) e la fortissima specializzazione della medicina moderna, dall'altra. Da questo punto di vista, l'unico che conta, la polemica sul ruolo del medico di medicina generale altro non è se non il riflesso di un conflitto profondo tra due modelli di sanità: uno più tradizionale e basato sulla persona, l'altro più centralizzato e basato sulla singola prestazione. Questo scontro tocca temi come l'identità pro-

fessionale del medico, l'organizzazione del territorio, i diritti del cittadino-paziente.

I limiti della medicina del territorio esplodono all'arrivo della pandemia: le Regioni sono costrette a prendere atto del fallimento e per offrire assistenza ai cittadini tutti i giorni, dalle 8 alle 20, nascono le Case di Comunità, strutture pubbliche da costruire entro il 2026 e finanziate con 2 miliardi di euro del Pnrr; per funzionare, però, ci devono lavorare i medici di famiglia e, quindi, nel 2022 il governo dell'epoca propone un cambiamento per garantire, seppur con un rapporto di para-subordinazione, 38 ore di lavoro

settimanali: 20 nei propri studi e 18 nelle Case di Comunità. Queste disposizioni non diventano mai legge e, infatti, gli accordi attuali garantiscono dalle 5 alle 15 ore negli studi, a seconda del numero di pazienti, e 6 nelle Case di Comunità.

Le Regioni, intanto, hanno lavorato a una riforma che potrebbe cambiare radicalmente il rapporto tra i medici di famiglia e il Servizio sanitario nazionale.

I capisaldi di questa riforma partono dalla specializzazione per i medici di cure primarie. Possibilità di optare per la dipendenza, oltre alla trasformazione dell'attuale modello convenzionale in forme di accreditamento, preferibilmente per gruppi di medici operanti nelle Case di Comunità. E ancora: viene prevista l'opportunità per i medici convenzionati di optare per la dirigenza medica con percorsi agevolati di riconoscimento dei titoli.

Ora, al di là delle opinioni che ognuno di noi può avere sulla proposta di revisione organizzativa e che comunque va portata a casa con uno sforzo di comprensione reciproca tra l'autonomia, di cui sinora hanno goduto i medici di famiglia e l'assoluta necessità del loro ruolo sul territorio per il Servizio sanitario, è opportuno anche in questa delicata trattativa avere come riferimento l'unificazione del percorso di cura,



che appare frammentato e in discontinuità assistenziale con la medicina specialistica e ospedaliera. Questa criticità organizzativa la incontriamo, peraltro, anche negli ospedali dove le singole prestazioni sono erogate senza quella continuità che la cura di un problema di salute richiede. Gli operatori della sanità sanno che il percorso unitario di cura è la soluzione alle difficoltà attuali, ma sanno anche che la sua applicazione necessita di un autentico cambio di paradigma, poiché la cura di un problema di salute necessita infatti di una vera presa in carico della persona malata attraverso un percorso dove le singole prestazioni diagnostiche e terapeutiche siano erogate con continuità assistenziale, non soltanto all'interno degli ospedali, ma anche con il territorio. Questa continuità della cura è resa possibile, oltre che con il dialogo, anche con gli strumenti digitali che facilitano la condivisione del dato sanitario e la comunicazione tra i differenti attori. È così che si persegue una cura basata sulla centralità del malato nei suoi bisogni di salute. È così che si restituisce la dignità a quella medicina di prossimità, considerata uno *step* fondamentale prima e dopo quella specialistica e ospedaliera. Questa è l'architettura del Servizio sanitario che potrà garantire un adeguato accesso alle cure secondo i principi di universalità, equità e gratuità, insieme alla sostenibilità dei costi. Ed è un'architettura che sta diventando un contenuto di riforma organizzativa che si muove nei luoghi di cura (territorio-ospeda-

le-territorio) e nel tempo (cura sui bisogni della malattia e non su dove e quando inseguirla con le prestazioni). Il ministro Schillaci è consapevole della necessità di questo cambio di passo e ha avviato, sulla base delle indicazioni dell'ultima legge di bilancio, un tavolo tecnico con il compito di elaborare proposte concrete per i modelli organizzativi che le Regioni sperimenteranno sulla propria area geografica. Tavolo tecnico che conta di concludere i suoi lavori al più presto. Confido che questa stagione di riforme silenziose e faticose veda uniti tutti gli attori della Salute per l'adeguamento del Servizio sanitario alle sfide attuali come garante della tutela della salute nel nostro Paese. Si tratta di un diritto per i cittadini di oggi ma anche un dovere nell'interesse delle generazioni future. E, in questo quadro, è interesse del cittadino-cliente del Servizio pubblico che il medico di famiglia torni ad essere "il dottore" di una volta e cioè, tradotto all'oggi, uno dei perni più importanti dello snodo decisivo della cura tra territorio e ospedale, in entrata e, anche e soprattutto, in uscita.

Direttore dell'Area Cardiovascolare e della Cardiocirurgia della Fondazione Policlinico A. Gemelli di Roma Professore di Cardiocirurgia dell'Università Cattolica, Roma

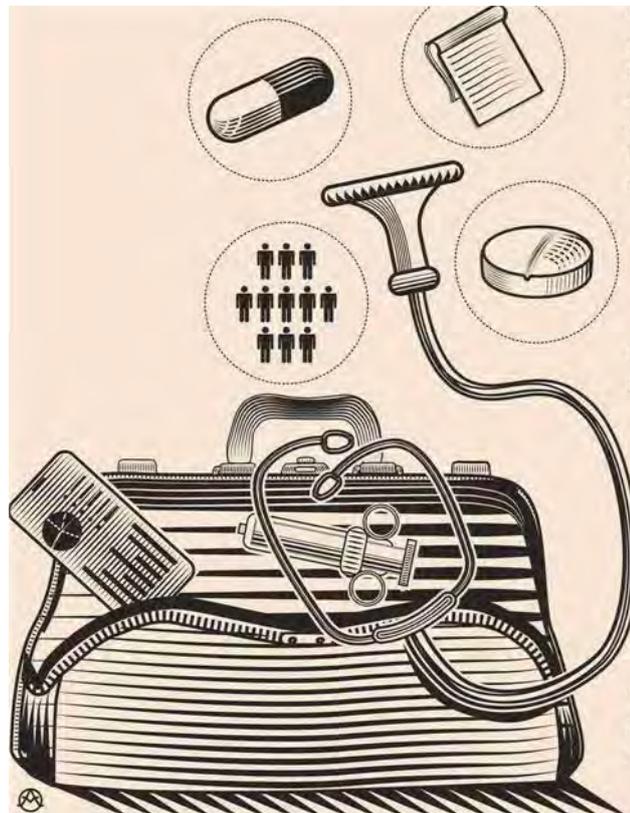
LE CASE DI COMUNITÀ, DA COSTRUIRE ENTRO IL 2026, PER FUNZIONARE HANNO BISOGNO DEL DOTTORE DI BASE

2

MILIARDI DI EURO

È la cifra stanziata all'interno dei finanziamenti del Pnrr per le Case di Comunità, strutture pubbliche da costruire entro il 2026, per garantire,

seppur con un rapporto di parassubordinazione, dalle 5 alle 15 ore di lavoro negli studi, a seconda del numero di pazienti, e 6 nelle Case di Comunità.



POLITICA SANITARIA, BIOETICA





Servizio Cantiere sanità

Concorsi pubblici, tutte le lacune dell'accesso alle direzioni di strutture complesse sanitarie

Dalla direzione universitaria all'accesso multiprofessionale fino alla ripetizione di concorso: ecco la rassegna delle applicazioni sul campo quantomeno asimmetriche della selezione per i "primari" del servizio sanitario nazionale

di Stefano Simonetti

11 giugno 2025

Ultimamente ho trattato più volte la complessa tematica dei concorsi per la Sanità pubblica, evidenziandone tutte le criticità che l'imminente (forse) adeguamento dei due decreti vigenti dovrebbe riuscire a risolvere. In tale contesto generale, una particolare e delicata forma di concorso è quella relativa alla direzione delle strutture complesse sanitarie che non è regolamentata dal Dpr 483/1997 ma direttamente dalla legge, con la integrazione delle linee di indirizzo regionali. Anche per queste selezioni, tuttavia, sussistono lacune normative o applicazioni sul campo asimmetriche, per non dire, a volte, illegittime. In particolare, in questa sede vorrei segnalare tre casi piuttosto interessanti.

Il caso della direzione universitaria

Il primo riguarda le modalità di conferimento degli incarichi sulle strutture complesse a direzione universitaria. La tematica è divenuta di recente piuttosto contrastata ed è stata oggetto di un duro attacco da parte del Segretario nazionale dell'Anao. Lo spunto è stato la approvazione dell'atto aziendale della Asl di Rieti da parte della Regione Lazio, utilizzando un protocollo d'intesa con l'Università vecchio di quasi dieci anni senza tener conto delle ricadute funzionali. L'utilizzo improprio delle norme del d.lgs. 517/1999 – il cosiddetto "decreto Bindi-Zecchino" - comporta la violazione dei principi costituzionali di merito e imparzialità e conduce, secondo il sindacato, a una progressiva clinicizzazione del Ssn.

Le norme legislative dedicate sono contenute nel punto c) dell'art. 15, comma 7-bis, del d.lgs. 502/1992, ma non dicono nulla in proposito ai criteri e alle procedure, mentre tutte le linee guida regionali si limitano ad escludere apoditticamente la disciplina generale in relazione agli incarichi a direzione universitaria. Tuttavia, il documento della Conferenza delle Regioni del 28.2.2013 affida a ciascuna Regione la "regolamentazione delle procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa di direzione universitaria nelle aziende ospedaliere universitarie e negli altri enti ove siano presenti strutture a direzione universitaria, al fine di garantire l'applicazione dei medesimi principi previsti nel d.l. 158/2012". In tale contesto di deregulation, devono in ogni caso essere rispettate le lettere c) e d) dell'art. 15, comma 7-bis, del d.lgs. 502/92, cioè la piena trasparenza mediante pubblicazione sul sito aziendale di tutti gli atti. Inquietante appare quel passaggio relativo agli "altri enti ove siano presenti strutture a direzione universitaria", rispetto al

quale è fondamentale definire con rigore il perimetro per evitare che vi rientrino realtà come quelle denunciate dall'Anaa.

Il caso dell'accesso multiprofessionale

Il secondo caso è relativo alle selezioni con possibilità di accesso multiprofessionale. La questione è molto controversa perché mancano riferimenti normativi chiari e inequivocabili. Le disposizioni di legge e, per quanto a mia conoscenza, le linee di indirizzo regionali non prevedono espressamente il caso di strutture complesse con pluralità di accesso multiprofessionale. Di conseguenza, l'unica norma cui si potrebbe fare riferimento utilizzando l'istituto dell'analogia è l'art. 57 del Dpr 483/1997 nel quale si coglie, in ogni caso, un forte accento di discrezionalità a favore delle aziende, perché la norma inizia dicendo "possono essere indetti ...". In linea generale, si dovrebbe ritenere che nelle unità operative in cui sono presenti accanto ai dirigenti medici altri dirigenti sanitari - come, ad esempio, nei Dipartimenti di salute mentale o nei laboratori di analisi cliniche - in teoria la partecipazione alla selezione dovrebbe essere aperta a tutti.

Un ulteriore importante aspetto da tenere presente è la circostanza che per la direzione di una struttura complessa dovrebbero avere prevalenza le doti manageriali rispetto a quelle prettamente professionali. In tal senso, gli altri dirigenti sanitari potrebbero avere, almeno in teoria, le stesse capacità gestionali e di direzione dei colleghi medici. In questi termini si è pronunciato il Consiglio di Stato con la sentenza della sezione III n. 2735 del 29.4.2019. Anche la Corte costituzionale si era pronunciata sulla tematica, quando con la sentenza n. 321 del 25.11.2011, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale parziale della L.R. Puglia n. 27/1997, proprio in quanto riservava la direzione di tale tipologia di Servizi al solo personale sanitario appartenente al profilo professionale medico. La questione dovrebbe quindi essere ricondotta ai documenti strategici aziendali e al fabbisogno descritto nel bando. Soprattutto nella definizione del fabbisogno soggettivo, il profilo richiesto dovrebbe avere drastiche o incontrovertibili motivazioni nel caso in cui l'azienda ritenga l'accesso riservato ai soli medici. Riguardo alle modalità pratiche di svolgimento della selezione e, in particolar modo, alla composizione delle commissioni, si può fare riferimento a quanto disciplinato dal secondo comma del ricordato art. 57.

La "ripetizione di concorso"

Il terzo caso, infine, concerne una specifica fase della procedura prevista in molte linee di indirizzo regionali che consente la ripetizione del concorso. Il riferimento in questione è "alla possibilità di reiterazione della procedura selettiva, su espressa volontà da parte del Direttore Generale, nel caso in cui i candidati che hanno partecipato alla selezione risultino in numero inferiore a tre". La questione della scarsa partecipazione ad una selezione per SC non è contenuta nelle ricordate Linee guida della Conferenza delle Regioni del 28 febbraio 2013 ed è, dunque, una decisione della singola Regione. La disposizione, come spesso avviene, è molto ambigua negli aspetti terminologici. Infatti, il concetto stesso di "partecipare alla selezione" non è affatto lineare, perché potrebbe riferirsi, a monte della procedura, alla mera "presentazione delle domande" ovvero, a valle della stessa, alla "definizione della rosa degli idonei". Un criterio di ragionevolezza dovrebbe portare alla prima lettura, in quanto la ricerca di una platea sufficiente di candidati è una esigenza oggettiva iniziale che, se non soddisfatta, giustifica la ripetizione dell'avviso. Ma la "partecipazione" deve intendersi al momento della scadenza della presentazione delle domande e non alla fine del percorso, anche se risultano soltanto uno o due idonei. Dal 2022 non esiste più alcuna discrezionalità e la legge dice che obbligatoriamente "il direttore generale dell'azienda sanitaria procede alla nomina del candidato che ha conseguito il miglior punteggio", senza condizioni o valutazioni ulteriori.

La clausola contenuta nelle varie direttive regionali appare, quindi, obsoleta e non aggiornata con l'evoluzione normativa del 2022 e questo potrebbe costituire la ragione dell'equivoco, sempre che di equivoco si tratti. Nella prima stesura dell'art. 15 si ipotizzava una "rosa" di idonei; poi, nel 2012, la legge Balduzzi ha previsto una "terna" con la possibilità per il DG di non scegliere motivatamente il candidato con il punteggio più alto. Attualmente, la legge 118/2022 ha eliminato sia la rosa che la terna, unitamente a ogni discrezionalità, per cui sussiste l'obbligo di conferire l'incarico al candidato risultato idoneo con il punteggio maggiore. Infine, aggiungo che la eventuale decisione dell'azienda di reiterare il concorso appare in contrasto con il principio legale della celerità dei concorsi e potrebbe costituire anche un profilo di danno erariale per i costi aggiuntivi.

TOSCANA Daniele Pieroni ha sfruttato la norma regionale. Lo giudice: «Amarezza»

Il primo suicidio per legge «Ma le cure sono un diritto»

FRANCESCO OGNIBENE

Daniele Pieroni, 64 anni, dal 2008 malato di Parkinson della provincia di Siena, ha chiesto e ottenuto di poter ottenere l'assistenza medica al suicidio in base alla legge della Regione Toscana approvata l'11 febbraio. È il primo caso di morte secondo la procedura prevista dalla discussa normativa regionale, che il governo ha recentemente impugnato davanti alla Corte costituzionale ritenendo che sia lo Stato e non le singole Regioni a normare. Quello di Daniele Pieroni è dunque il

primo caso in Italia di suicidio assistito "a norma di legge", in questo caso regionale. La sua morte porta la data del 17 maggio ma è stata comunicata ieri, all'indomani dell'intesa di massima raggiunta tra i leader della maggioranza per portare tra un mese nell'aula del Senato una proposta di legge sul suicidio assistito ispirata alla centralità del diritto alla vita. Il presidente dei vescovi toscani cardinale Augusto Paolo Lojudice: «Il diritto alle cure palliative è un diritto fondamentale».

lasevoli a pagina 13

Suicidio assistito "per legge" La Toscana rinuncia a curare

FRANCESCO OGNIBENE

Daniele Pieroni, 64 anni, dal 2008 malato di Parkinson della provincia di Siena, ha chiesto e ottenuto di poter ottenere l'assistenza medica al suicidio in base alla legge della Regione Toscana approvata l'11 febbraio. È il primo caso di morte secondo la procedura prevista dalla discussa normativa regionale, che il governo ha recentemente impugnato davanti alla Corte costituzionale. Dipendente dalla Peg per alimentarsi, «aveva contattato il numero bianco dell'Associazione Coscioni», che ha dato notizia del caso e che ne segue altri sei, «per ricevere informazioni su come accedere alla morte volontaria assistita». Seguendo le indicazioni di Marco Cappato, Pieroni aveva inviato richiesta formale all'Asl Toscana Sud Est il 31 agosto 2024, ricevendo il via libera il 22 aprile 2025 «per l'esito positivo delle verifiche previste dalla sentenza della Corte costituzionale nota come "Cappato-dj Fabo"». E «meno di un mese dopo ha confermato la volontà di procedere, a casa».

Abruzzese di origine, Pieroni viveva a Chiusi, giornalista, musicista e scrittore apprezzato, con premi importanti come il Montale fuori di Casa. Com'è av-

venuto materialmente il suo suicidio? La fonte è ancora l'Associazione Coscioni: «A casa sua è stato preparato il farmaco letale, che l'uomo si è autosomministrato. Erano presenti, su base volontaria, due dottoresse e un medico legale della Asl, che hanno agito con grande umanità e professionalità». Dunque, se non è stata coinvolta una struttura ospedaliera pubblica, lo sono state tre figure professionali che rispondono al Servizio sanitario nazionale. E che hanno collaborato a far morire un paziente: un dato di fatto su cui riflettere in vista di una legge nazionale. Siamo dunque di fronte al primo caso in Italia di suicidio assistito "a norma di legge", in questo caso regionale. Il

decesso porta la data del 17 maggio ma è stato comunicato ieri dall'associazione protagonista della campagna per l'eutanasia legale. Una differenza di tempi che impone una domanda:



perché attendere quasi un mese? L'indizio è nell'intesa di massima, appena ieri, raggiunta tra i leader della maggioranza per portare tra un mese nell'aula del Senato una proposta di legge sul suicidio assistito ispirata alla centralità del diritto alla vita, della tutela delle persone più fragili e delle cure palliative. La notizia, diffusa proprio il giorno dopo, di una morte per suicidio assistito sembra voler alzare l'asticella di ogni possibile dialogo e intesa tra governo e opposizione, e all'interno della stessa maggioranza, tutt'altro che compatta sulla materia.

Mentre il governatore della Toscana Eugenio Giani afferma che «la legge toscana sul fine vita ha colmato un vuoto» e che «si è limitata a tradurre in procedure obiettive, imparziali, neutre, uguali per tutti», le voci della Chiesa e dei cattolici esprimono grande preoccupazione. «Di fronte alla malattia grave e alla sofferenza - afferma in una nota il presidente dei vescovi toscani cardinale Augusto Paolo Lojudice, arcivescovo di Siena - dobbiamo prima di tutto affrontare la questione con il massimo rispetto e con la nostra preghiera, ma certa-

mente ci tengo a sottolineare il principio dell'inviolabilità della vita umana, dal concepimento alla morte naturale. La vicenda ci lascia con una profonda amarezza ed è il segno di come sull'argomento del fine vita ci sia la necessità di un vero confronto a livello nazionale, lontano dai riflettori, che punti prima di tutto a ridare centralità alle cure palliative accompagnando il paziente non più guaribile nel tempo della sofferenza e del fine vita. La solitudine e il dolore devono trovare rete a cui aggrapparsi. Il diritto alle cure palliative è un diritto fondamentale da garantire a tutti i pazienti e sono convinto che su questo ci sia ancora tanto da fare».

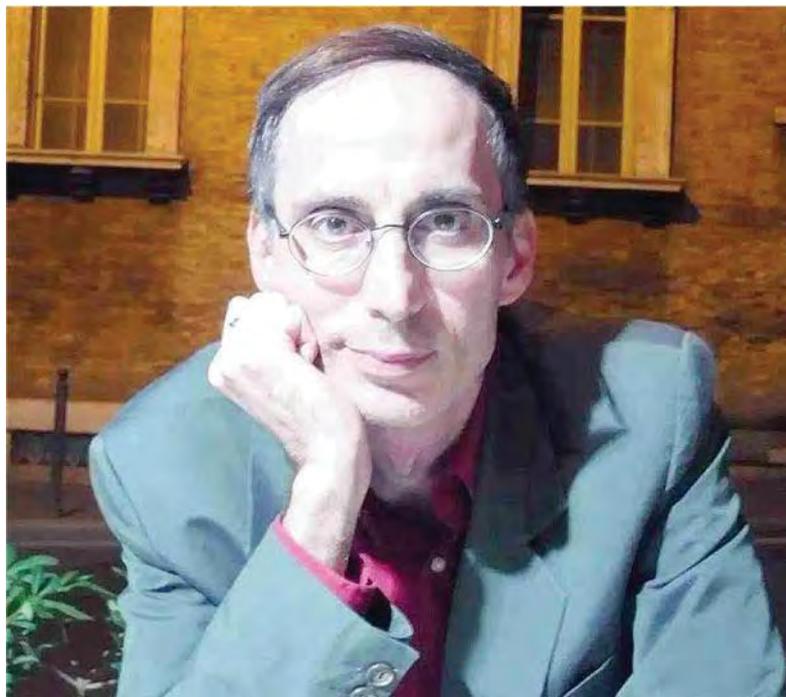
Giovanna Ruggieri, che guida l'Osservatorio di Bioetica di Siena, rilancia la nota del cardinale e da medico afferma che «l'aiuto al suicidio non è un atto medico, anzi, contraddice alla radice la relazione di cura, è una grave mistificazione alla quale la professione medica non può prestarsi: il medico è chiamato a essere custode del delicato equilibrio tra tutela della vita e rispetto della persona, senza abdicarvi in nome di un'autodeterminazione assoluta priva di fondamento giuridico ed etico-filosofico».

Per Domenico Menorello, giurista e componente del Comitato nazionale per la Bioetica, portavoce di una rete di associazioni cattoliche nel network "Ditelo sui tetti", «dalla cultrua dello scarto si passa allo scarto vero e proprio dei malati. Mi domando come una amministrazione pubblica possa procedere con atti così antropologicamente eversivi, sulla base di una legge che è stata impugnata alla Corte costituzionale, nel cui giudizio saremo presenti anche noi associazioni».

Dall'opposizione del Consiglio regionale Marco Stella, capogruppo di Forza Italia, cita la recentissima sentenza 66 pubblicata dalla Consulta il 21 maggio dove si dice che «lo Stato deve curare e proteggere i fragili, non agevolare la morte, e che il suicidio assistito non è un diritto, ma un'eccezione». La Corte «non ha mai voluto inserire nel Servizio sanitario nazionale l'obbligo di procurare la morte a chi ne faceva richiesta; non ha mai voluto assecondare, come se fosse un diritto, il desiderio di suicidarsi contando sull'assistenza di un medico e a carico dello Stato». Cioè quello che è accaduto in Toscana.

IL FATTO

La morte auto-procurata di Daniele Pieroni, malato di Parkinson, è il primo caso in Italia che vede applicata una norma regionale. Il cardinale Lojudice: profonda amarezza, la vita umana è inviolabile



Daniele Pieroni, 64 anni, primo morto per suicidio assistito in base a una legge



LA MOSSA DEL GOVERNO: IL 17 LUGLIO ATTESO TESTO IN SENATO

Cure palliative e Comitato etico per evitare ogni “automatismo”

Roma

L'attenzione è rivolta al 17 luglio, quando è prevista la calendarizzazione in Aula al Senato di un testo-base sul fine vita. Numerosi incontri del cosiddetto “Comitato ristretto” delle Commissioni Giustizia e Affari sociali hanno prodotto poco, anche a causa delle divergenze di posizioni all'interno della stessa maggioranza. Motivo per cui il dossier è arrivato martedì, per la prima volta, sulla scrivania di Giorgia Meloni a Palazzo Chigi. La premier ne ha parlato con i due vice Tajani e Salvini, con i ministri interessati e con i relatori a Palazzo Madama. Anche se non formalizzato, è emerso lo scheletro di un testo «unitario».

Centralità alle palliative. Il testo in elaborazione in sinergia tra esecutivo e gruppi di maggioranza sarebbe impostato in modo tale da non creare “automatismi” sul suicidio assistito. Ai quattro pilastri fissati dalla Corte costituzionale con la sentenza 242 del 2019 (patologia irreversibile, sofferenze intollerabili, trattamenti di sostegno vitali e piena facoltà di scelta del malato) il governo vuole aggiungere un quinto pilastro, la possibilità di ricorrere alle cure palliative, che dunque dovrebbero ricevere un adeguato stanziamento. Tra l'altro anche di recente la Consulta ha ribadito che prestare assistenza resta il dovere principale della Repubblica.

Il Comitato etico. Il governo e la maggioranza sem-

brerebbero orientati verso la nomina, attraverso Dpcm, di un Comitato etico nazionale che prenda le decisioni sui casi di richiesta di accesso al suicidio assistito.

Il nodo della Sanità pubblica. Dentro la maggioranza persistono differenze di vedute sul ruolo della Sanità pubblica. Inevitabile, secondo la componente “liberal” del centrodestra. Da scongiurare, secondo un fronte di FdI che non vorrebbe mettere sul suicidio assistito, se così si può dire, il “marchio di Stato”. È un tema ancora aperto.

Le opposizioni e le altre proposte. Il fatto che un vertice sul fine vita si sia svolto a Palazzo Chigi ha indispettito le opposizioni. Il timore è che venga “calato dall'alto” un testo blindato per la maggioranza e dunque non scardinabile per le minoranze. D'altra parte in Parlamento sono depositate al momento 11 proposte di legge. La più recente è quella depositata lo scorso 4 marzo dalla senatrice di Noi moderati Mariastella Gelmini. Vi è poi il ddl-Bazoli, che nella scorsa legislatura è arrivato a un passo dall'approvazione, e che trova condivisione nel centrosinistra, sebbene poi i vari partiti (Pd, M5s, Avs) abbiano più proposte depositate. **(M.Ias.)**



Toscana, primo suicidio assistito dopo la legge Scintille tra Tajani e Salvini sul terzo mandato

Primo suicidio assistito in Toscana dopo la legge regionale impugnata dal governo. A mettere fine alla sua vita, iniettandosi il farmaco nel letto di casa, è stato lo scrittore 64enne Daniele Pieroni, affetto dal morbo di Parkinson e costretto a vivere con una sonda che collegava lo stomaco all'esterno. Ovviamente non mancano polemiche e discus-

sioni. Così come sono scintille, questa volta in maggioranza, tra Salvini e Tajani a proposito del terzo mandato.

da pagina 8 a pagina 16

Toscana, la prima morte assistita dopo la legge contestata dal governo

Il 17 maggio la fine dello scrittore Pieroni. Giani: riempito un vuoto, ora le norme nazionali

FIRENZE La notizia è stata diffusa solo ieri mattina, ma Daniele Pieroni è morto il 17 maggio scorso a Chiusi, nel Senese, dove da tempo viveva: lo scrittore, 64 anni, si è somministrato il farmaco letale scegliendo di porre fine alle sofferenze del Parkinson, che lo aveva colpito nel 2008. Si tratta del primo caso di suicidio medicalmente assistito in Toscana dopo la legge approvata l'11 febbraio scorso dal Consiglio regionale, che regola temi e modalità di accesso al fine vita. La norma, redatta a partire dal testo della proposta di legge dell'associazione Luca Coscioni, è stata impugnata dal governo il 9 maggio ma non è stata sospesa: resta così in vigore almeno fino al pronunciamento della Consulta, che il capogruppo di Forza Italia in Toscana, Marco Stella, ritiene ancora più urgente, citando le parole del vicepremier Tajani per cui «il suicidio non è un diritto».

È proprio l'associazione Coscioni, a cui lo scrittore si era rivolto già nell'agosto 2023 a rivelare la sua storia all'indomani dell'annuncio del governo di portare in Aula a breve una norma nazionale. «Ha scelto il per-

corso previsto dalla sentenza della Consulta, nota come "Capato-Dj Fabo", che ha fissato le quattro condizioni per il suicidio medicalmente assistito: essere capace di autodeterminarsi, avere una patologia irreversibile, avere sofferenze fisiche o psicologiche per la malattia ritenute intollerabili, dipendere da trattamenti di sostegno vitale», spiega l'associazione. Pieroni era al quarto stadio della malattia e per «una grave disagia, era costretto a vivere con la Peg (gastrostomia endoscopica percutanea) in funzione per 21 ore al giorno». Inviata la richiesta formale all'Asl ad agosto, il 22 aprile è arrivato l'esito positivo delle verifiche previste, meno di un mese dopo ha confermato la volontà di procedere a casa. «Lì — dice ancora la Coscioni — è stato preparato il farmaco letale, che Daniele si è autosomministrato».

La morte dell'uomo ha ulteriormente rinfocolato il dibattito sul fine vita, già ravvivato dalle intenzioni della maggioranza di legiferare sul tema entro l'estate, soprattutto per impedire le leggi regionali in ordine sparso: si parte dal Senato il 17 luglio. «È la dimostrazione di

quanto la Regione abbia momentaneamente colmato un vuoto, — dice il presidente della Toscana, Eugenio Giani — che non abbiamo la presunzione di riempire per sempre: è opportuno che una norma nazionale possa dar corso a un adattamento in termini di legge di quanto la Corte costituzionale ha affermato sul piano dei principi». Una legge, quella toscana, che per il vicecapogruppo di FdI alla Camera, Alfredo Antonozzi, «è un atto eversivo», mentre per i Pro Vita, «ha iniziato a produrre le prime derive di morte». È l'amarrezza, il segno del commento del cardinale Augusto Paolo Lojudice (Cei Toscana), per cui serve «un vero confronto a livello nazionale, lontano dai riflettori».

Il centrosinistra difende la norma regionale richiedendo — con Pd, M5S e Avs — una discussione per la norma nazionale. «Esiste un'Italia diversa da quella spaventata di Meloni e Salvini. Un'Italia — per il depu-



tato e segretario toscano dem Emiliano Fossi — dei diritti di tutte e tutti». Così Riccardo Magi (+ Europa), che parla di una scelta, quella avuta dallo scrittore Pieroni, dalla Toscana, «certo non grazie a Giorgia Meloni».

In maggioranza si diceva, posizioni diverse sulla regolamentazione del tema che Palazzo Chigi intende far passare anche da un comitato etico nazionale, i cui componenti vengano nominati attraverso un Dpcm. Il vicepremier Matteo Salvini assicura: «A luglio in Aula con una proposta comune». Men-

tre Luca Zaia, governatore veneto della Lega, che aveva provato con una legge come quella toscana, senza riuscire a farla approvare dal Consiglio regionale, è tornato a dire che «è un fatto di civiltà adottare in questo Paese una legge e non gestire il fine vita tramite una sentenza della Corte, che non sarà mai fatta bene come una legge». Sono attualmente sei le persone che i legali dell'associazione Luca Coscioni supportano nell'iter per l'accesso al suicidio assistito.

Giorgio Bernardini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le reazioni

Antoniozzi (Fdl): dalla Regione atto eversivo Lojudec (Cei): resta l'amarezza

Il via libera



IN REGIONE

L'11 febbraio la Toscana approva la proposta di legge sul fine vita (in foto, il voto del governatore Giani e del presidente del Consiglio Mazzeo). Il 9 maggio il governo Meloni impugna la legge davanti alla Corte costituzionale. Il 22 maggio la Regione comunica la costituzione in giudizio davanti alla Corte

In Europa

In Svizzera



Il suicidio assistito è legale in Svizzera: i farmaci possono essere prescritti sia a un cittadino che a uno straniero domiciliato, solo nei casi in cui il destinatario abbia un ruolo attivo nella somministrazione

In Germania



La Germania non ha l'eutanasia sancita legalmente ma consente la morte assistita in cui il medico fornisce l'aiuto al paziente che sceglie il fine vita purché l'atto finale sia compiuto dall'individuo stesso

In Spagna



La legge spagnola stabilisce i requisiti per accedere all'aiuto a morire, consentendo la richiesta di assistenza medica a chi è affetto da una malattia grave e incurabile che causa sofferenze intollerabili

In Francia



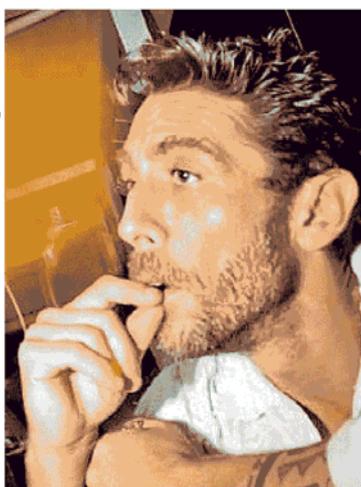
La Francia non consente il suicidio assistito né l'eutanasia. A maggio l'Assemblea nazionale ha approvato la prima proposta di legge sul tema, che ora verrà discussa in Senato

Nel Regno Unito



Nel Regno Unito sono illegali l'eutanasia e la morte assistita: la legge considera entrambi i casi istigazione al suicidio e chiunque aiuti una persona a suicidarsi rischia la condanna penale

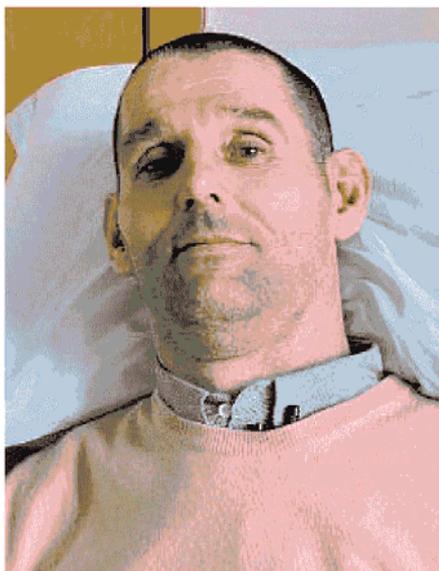
I precedenti



Fabiano Antoniani Il 27 febbraio 2017 Fabiano Antoniani, Dj Fabo, paraplegico dopo un incidente d'auto, sceglie il suicidio assistito in una clinica svizzera. È accompagnato da Marco Cappato, dell'associazione Luca Coscioni, che si autodenuncia al rientro in Italia: accusato di aiuto al suicidio, nel 2019 la Corte d'Assise di Milano lo assolve con formula piena. Del 2019 è anche la sentenza della Consulta sul caso che fissa i casi di non punibilità per l'aiuto al suicidio assistito



Giovanni Nuvoli Affetto da sclerosi laterale amiotrofica, totalmente paralizzato, Giovanni Nuvoli chiede più volte di farsi staccare il respiratore artificiale. Il medico anestesista Tommaso Ciacca, che il 10 luglio 2007 stava per eseguire le sue volontà, viene bloccato dall'intervento dei carabinieri di Alghero e della Procura di Sassari. Sei giorni dopo Nuvoli iniziò uno sciopero della sete e della fame che lo porta alla morte il 23 luglio



Federico Carboni Quello di Federico Carboni è il primo caso di suicidio assistito in Italia. Ottiene il via libera il 16 giugno 2022 dopo una battaglia legale durata 2 anni con l'azienda sanitaria regionale e svela la sua vera identità in un video postumo: fino a quel momento per tutti era «Mario», tetraplegico da 12 anni dopo un incidente stradale. È morto nella sua casa di Senigallia dopo essersi auto-somministrato il farmaco letale



Perché Palazzo Chigi ha fatto ricorso E quanti malati gravi stanno aspettando di avere il via libera

Tredici le persone già autorizzate, sei in attesa

di **Alessandra Arachi**

1 Perché in Toscana è stato possibile il suicidio assistito di Daniele Pieroni?

La Toscana è la prima regione in Italia ad aver approvato una legge sul suicidio assistito, lo scorso 11 febbraio. Una legge che il governo, lo scorso 9 maggio, ha impugnato rilevando profili di incostituzionalità, ma finché la Consulta non si esprime la norma resta in vigore.

2 Per quale profilo di incostituzionalità il governo ha impugnato la legge della Toscana?

Il governo sostiene che una legge regionale non possa normare una questione etica così rilevante. Serve quindi una norma nazionale.

3 Perché non esiste ancora una legge nazionale che normi il fine vita?

Finora in Parlamento non si è riusciti a trovare un accordo su questa materia. Era il 2013 quando l'Associazione Coscioni ha depositato alla Camera una proposta di legge di iniziativa popolare per chiedere la legalizzazione dell'eutanasia. Non è mai stata discussa. E finora non si è riusciti mai a legiferare in proposito non solo sull'eutanasia ma nemmeno sul suicidio assistito. Nel frat-

tempo, però, sul suicidio assistito in Italia si è andati avanti applicando una sentenza della Corte Costituzionale del 2019.

4 Cosa dice la sentenza della Consulta?

La sentenza prevede che si possa accedere al suicidio assistito se vengono rispettati quattro requisiti. Ovvero: si deve essere in presenza di una patologia irreversibile; presenza intollerabile di sofferenze fisiche o psicologiche; dipendenza del pa-

ziente da trattamenti di sostegni vitali; capacità del paziente di prendere decisioni libere e consapevoli che devono essere certificate dal servizio sanitario nazionale.

5 Ci sono altre leggi regionali come quelle della Toscana?

L'Associazione Coscioni ha depositato proposte di legge regionali sul suicidio assistito in quasi tutte le Regioni. Al momento la Toscana è l'unica che l'ha approvata, ma sono diverse le regioni dove si sta discutendo la proposta di legge. In Emilia-Romagna è stata invece approvata una delibera in tal senso.

6 Cosa sta succedendo oggi in Parlamento su que-

sta legge?

Ci sono diversi disegni di legge depositati in entrambi i rami del Parlamento, ma è in Senato che sta cominciando l'iter legislativo. Sono mesi che va avanti un dibattito, senza alcun successo. E questo tenendo conto che è dal 2019 che la Corte ha esplicitamente invitato il Parlamento a legiferare. Adesso è intervenuta direttamente la premier Giorgia Meloni, martedì se ne è parlato nel vertice di maggioranza e già martedì prossimo si dovrebbe riunire un comitato ristretto. L'obiettivo è di arrivare a un testo da portare in aula il 17 luglio.

7 Il suicidio assistito di Daniele Pieroni è il primo in Italia?

No, è il primo compiuto con una legge regionale.

8 Quali e quanti altri suicidi assistiti sono stati fatti in Italia?

A oggi sono 13 le persone che hanno avuto il via libera per procedere, di cui 5 hanno scelto di non procedere o non hanno potuto procedere.



9 Chi è stato il primo italiano a morire in Italia con il suicidio assistito?

Federico Carboni, 44 anni di Senigallia, conosciuto durante la sua battaglia per il fine vita con il nome di fantasia «Mario». Era il 16 giugno del 2022.

10 Ci sono altre persone che in Italia hanno

chiesto di accedere al suicidio assistito?

Sì, sono 6, tutte assistite dall'Associazione Coscioni. Una in Toscana, due in Friuli-Venezia Giulia, altre due in Veneto. E poi in Umbria Laura Santi, affetta da sclerosi multipla grave: ha già ottenuto il via libera al suicidio assistito dopo due anni dalla sua richiesta, ma la Asl sta

rinviano l'individuazione del farmaco letale, del suo dosaggio e della modalità della sua autosomministrazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La battaglia legale

A maggio il governo ha impugnato la legge toscana, ma la norma per ora è in vigore

La linea

● Il governo, dopo il vertice di martedì a Palazzo Chigi, sta valutando l'impianto normativo di un ddl sul fine vita: partirà un'iniziativa legislativa che comprenderà il percorso sulle cure palliative. Non dovrebbe essere un giudice ad avere l'ultima parola sui casi di fine vita, ma un Comitato etico nazionale

I tempi

Il dibattito è fermo in Senato. Ora l'esecutivo punta a portare in Aula un testo il 17 luglio



«Da noi una proposta con cure palliative e i paletti della Consulta Aperti al confronto»

Lupi: un solo comitato etico per valutare i casi

di **Paola Di Caro**

ROMA Lo considera «un grandissimo passo avanti». Perché — spiega Maurizio Lupi, leader di Noi Moderati — l'accordo di massima nel centrodestra per presentare una legge sul fine vita, il cui testo arriverà entro l'estate in Parlamento, nasce da un travaglio reale delle forze di maggioranza.

Siete divisi?

«No, tutti noi — e consideriamo le diverse sensibilità di ciascuno sul tema, tra partiti e negli stessi partiti — siamo decisi a varare finalmente una legge nazionale su un tema delicatissimo rimasto aperto da troppi anni».

La sentenza della Corte costituzionale sul caso Welby, che dichiarò la non punibilità per il leader radicale Cappato, è del 2019. Sta dicendo che il centrosinistra poteva fare di più?

«Potrei dirlo, dei governi precedenti. Ma non faccio polemiche, perché appunto so quanto sia delicato legiferare su un tema così profondo,

drammatico, come il momento in cui si pensa di voler porre fine alla propria vita. E vorrei, davvero, che non ci si divida in tifoserie. Dobbiamo intervenire, e confrontarci in Parlamento, altrimenti succederà ancora che ci siano decisioni diverse e contrastanti magari tra una Regione e l'altra, tra casi simili qui o altrove».

Quali saranno i criteri ispiratori della legge?

«Il primo sarà molto chiaro: noi non siamo per il diritto al suicidio, ma per garantire il diritto alla vita e a una vita dignitosa anche nel suo tratto finale. Perché il diritto al suicidio non esiste nella nostra Costituzione. Quindi daremo grande importanza al tema delle cure palliative».

Non esiste già la possibilità di ricorrervi?

«Esiste sulla carta, ma spesso le risorse non sono sufficienti o vengono mal utilizzate. Noi vogliamo che chiunque si trovi in condizioni tali da arrivare a chiedere la morte abbia prima potuto avere accesso a tutte le cure palliative che si possono offrire, dall'assistenza ai sussidi medici.

Non deve essere il gesto di disperazione di chi si sente solo, di chi sente quasi di pesare sulla propria famiglia, di chi soffre dolori indicibili. Per questo vogliamo legare alla legge anche finanziamenti ad hoc, vincolanti, per potenziare le cure palliative».

Ma invece chi ha deciso, vuole la morte medicalmente assistita? In Toscana è stato applicato il dettato costituzionale.

«Naturalmente ci riferiremo ai paletti posti dalla Corte costituzionale».

Ovvero, libera e consapevole scelta; patologia irreversibile; sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, e sopravvivenza dovuta a «trattamenti di sostegno vitale», nodo delicatissimo.

«Sì, la Corte ci ha fornito il quadro ed è giusto muoversi in questo ambito. Ma appunto, bisogna che i criteri indicati siano verificati nello stesso modo per tutti».

Come?

«Adesso le richieste venivano esaminate dai Comitati etici territoriali. Noi pensiamo sia necessario che i requisiti per accedere alla morte medi-



calmente assistita siano valutati da un comitato etico nazionale, che usi gli stessi criteri per tutti e sia nominato con decreto del presidente del Consiglio».

E chi si dovrebbe occupare delle procedure?

«Questo è un punto complesso, perché il Ssn non può per sua natura dare la morte. È il tema da approfondire. È

ovvio che il processo dovrà essere gestito da medici, ma come è da definire».

Come se ne esce?

«Ci stiamo confrontando. E ci aspettiamo che le opposizioni non remino contro. Perché su questi temi io ricordo sempre quello che disse in un'intervista Enzo Iannacci sul caso Eluana Englaro: in

certi momenti serve "la carezza del Nazareno". Non esiste un di qua o di là, quando si parla di vita e della sua fine».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Consulta

Le due sentenze storiche

✓ La Corte Costituzionale, in più sentenze, ha stabilito i requisiti per l'accesso al suicidio assistito. In particolare, la sentenza 242 del 2019, sul caso Dj Fabo, e la 135 del 2024 hanno fissato i criteri per la non punibilità

I quattro criteri necessari

✓ I criteri per l'accesso al suicidio assistito sono: irreversibilità della patologia, sofferenze intollerabili, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e capacità di prendere decisioni libere e consapevoli

Le modalità di esecuzione

✓ Le quattro condizioni devono realizzarsi tutte insieme e le modalità di esecuzione vanno verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale previo parere del comitato etico competente

Le richieste al Parlamento

✓ La Consulta ha invitato il Parlamento per 4 volte ad approvare una legge sul fine vita che preveda casi e modalità con cui si può accedere al suicidio assistito, un diritto fondamentale per chi si trova nelle condizioni indicate dalla Corte

Le decisioni
Dobbiamo intervenire altrimenti ci saranno ancora decisioni contrastanti magari tra una Regione e l'altra su casi simili

I sostegni
La possibilità di ricorrere alle cure palliative spesso esiste solo sulla carta. Vogliamo legare alla legge finanziamenti ad hoc per potenziarle

I criteri
La Corte ci ha fornito il quadro, giusto muoversi in questo ambito. Ma bisogna che i criteri siano verificati nello stesso modo per tutti

Il profilo

Maurizio Lupi, 65 anni, leader di Noi moderati, è deputato dal 2001. È stato consigliere comunale e assessore a Milano e ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti con Letta e Renzi



Legge 40, vent'anni oltre il referendum

Binetti, Ognibene e Ricci Sindoni a pagina 19

Il 12 giugno 2005 gli italiani furono chiamati a pronunciarsi sulle regole della fecondazione artificiale approvate dal Parlamento un anno prima. Un confronto con le domande sulla dignità della vita nell'era della tecnoscienza

Legge 40, vent'anni oltre il referendum

I vent'anni dei referendum sulla fecondazione assistita, che si compiono proprio oggi, ci propongono un confronto che non è certo inedito – di genitorialità in provetta ci siamo occupati innumerevoli volte in questi due decenni, per effetto di ciò che andava accadendo sulla scena pubblica italiana e internazionale – ma che rilancia la lezione di una preparazione prossima alla consultazione popolare durante la quale i cattolici italiani diedero prova di comprendere la portata di una sfida che andava ai fondamenti dell'umano. Per il rilievo dei temi che tutto il Paese affrontò e sui quali si pronunciò – votando sì, no o non recandosi alle urne – è utile oggi ricordare lo spirito e i contenuti dell'impegno che percor-

se i mesi di avvicinamento alla scelta degli elettori. Abbiamo chiesto a due protagonisti di quella stagione e di altre che le seguirono di aiutarci a riflettere alla luce di quanto accadde. Paola Binetti era presidente del Comitato Scienza & Vita (poi Associazione e oggi Centro studi) insieme a Bruno Dallapiccola, al centro della mobilitazione dei cattolici. Paola Ricci Sindoni ha preso la guida di Scienza & Vita durante gli anni in cui, dopo i referendum, si trattò di dare continuità e coerenza a quell'impegno. Dal quale nacque anche "è vita"...



PAOLA BINETTI

Scienza & Vita, professioni, territori: cattolici italiani mobilitati insieme Per informarsi e fare scelte coerenti


PAOLA BINETTI

Il 12 e 13 giugno 2005, giusto vent'anni fa, ci fu il referendum sulla fecondazione assistita, in cui non fu raggiunto il quorum, perché oltre il 75% degli italiani non andò a votare, mentre l'80% di chi votò chiedeva di cancellare i divieti della legge 40. Una prima domanda - ancora oggi - riguardava il valore di un referendum abrogativo, se con il tempo il tribunale può vanificarne il senso e il significato. Il risultato vent'anni fa fu chiarissimo e contribuì, allora, a comprendere quale fosse la volontà degli italiani, ma, ciò nonostante, negli anni successivi i tribunali ribaltarono in gran parte la volontà popolare. Il referendum popolare sulla legge 40/2004 mirava ad abrogare alcune disposizioni ritenute da troppo restrittive, in particolare quelle riguardanti la fecondazione eterologa, la crioconservazione degli embrioni e la ricerca. A favore dell'abrogazione dei limiti si schierarono tutta la sinistra e i radicali. Schierata per il no, o l'astensione, tutta l'area del centrodestra, salvo qualche eccezione. Fin dal primo momento apparve tuttavia chiaro che la contrapposizione era soprattutto con il mondo cattolico, estremamente variegato ma coinvolto in modo compatto nel suo opporsi al cambiamento della legge, che pure non si poteva certo definire né "cattolica" né "per i cattolici". Ma il successo del non voto caratteristico di quel referendum fu proprio la grande unità dei cattolici, incoraggiata da Giovanni Paolo II in occasione della 44 Settimana sociale dei cattolici, il 4 ottobre 2004, quando il referendum non era ancora stato ammesso dalla Corte costituzionale. Wojtyła affermò in modo chiaro che «a nessuno sfuggono i rischi e le minacce che, per un autentico assetto democratico, possono derivare da certe correnti filosofiche, visioni antropologiche o concezioni politiche

non esenti da preconcetti ideologici». I cattolici devono «riconsiderare l'importanza dell'impegno nei ruoli pubblici e istituzionali e in quegli ambienti in cui si formano decisioni collettive significative, e in particolare in quello della politica, intesa nel senso alto del termine». Il suo appello venne immediatamente raccolto dal suo vicario, cardinale Camillo Ruini, allora presidente della Cei: «È inutile inseguire cambiamenti della legge in Parlamento - disse pochi mesi dopo - poiché nessuna modi-

fica apporterebbe miglioramenti a una legge che comunque salvaguarda principi e criteri essenziali». Lo stesso Ruini propose di far mancare il quorum alla consultazione popolare, obiettivo per il quale serviva una grande mobilitazione popolare spiegando bene le varie questioni a tutti i cittadini e ottenendo un consenso realmente informato.

Fu creato il Comitato Scienza & Vita (del quale fui nominata copresidente insieme a Bruno Dallapiccola) cui aderirono tutti - ma proprio tutti - i movimenti, le associazioni, i gruppi di ispirazione cattolica, che si prodigarono in una incessante attività pedagogica in cui i contenuti scientifici si intrecciavano ai valori umani, in perfetta coerenza con i principi della fede cristiana. Questa enorme campagna divulgativa coinvolse anche la Federazione delle Chiese evangeliche in Italia. E così andò prendendo forma la grande avventura in cui si imbarcarono professionisti di diversa estrazione culturale: medici, giuristi, ricercatori. Tutti insieme resero familiari all'opinione pubblica i più recenti sviluppi della scienza, sconosciuti ai più. Gli incontri preparatori ai referendum diventarono una gigantesca operazione di formazione popolare, sul piano medico-giuridico e sul valore e i limiti della ricerca.

L'esito della consultazione secondo Ruini fu il «frutto della maturità del popolo italiano, che si è rifiutato di

pronunciarsi su quesiti tecnici e complessi, che ama la vita e diffida di una scienza che pretenda di manipolare la vita».

Oggi, a distanza di vent'anni, la legge 40 conserva solo alcuni punti di riferimento essenziali, che vanno difesi per evitare ulteriori errori in futuro. Due sono ancora oggi i punti chiave: l'inizio della vita umana dal momento del concepimento e la vita umana come progetto biologico unico e irripetibile.

Tutte le opzioni di chi annuncia e realizza altre azioni legali per continuare a demolire la legge 40 puntano a separare la nascita di un bambino dal suo contesto familiare, per soddisfare il desiderio di avere un figlio da parte di un adulto che lo considera un diritto da soddisfare quando e come vuole.

La legge 40, il suo iter e la mobilitazione per fermare la demolizione delle regole per via referendaria continuano ad avere ancora molto da insegnarci. Lo slogan di Scienza & Vita era molto semplice: "sulla vita non si vota", ma se si vota allora è democraticamente doveroso rispettare il risultato delle urne. Qualche numero a distanza di anni può ancora aiutare a capire l'effettiva manipolazione a cui è stato sottoposto quel referendum: complessivamente votò solo il 25,50% degli aventi diritto (12 milioni su 50), di questi solo un 85% (10 milioni su 12) chiese l'abrogazione. Un quinto del corpo elettorale. Stiamo parlando di un 20%. Malgrado questa cifra eloquente, in questi vent'anni si è preteso (e spesso ottenuto) di piegare l'esito inequivocabile delle urne a scelte di parte. Un approccio nel quale c'è davvero poco di democratico. È forse questo il rischio maggiore per il prossimo futuro.



PAOLA RICCI SINDONI

Liberiamo il desiderio di avere figli dall'idea di un bene da possedere

La scelta della vita sveglia la società


PAOLA RICCI SINDONI

Molta acqua è passata sotto i ponti da quando la legge 40/2004 sulle procedure di applicazione della Pma (procreazione medicalmente assistita) accese un dibattito politico e sociale culminato nel referendum abrogativo con i risultati che tutti

conosciamo, legati all'astensione del mondo cattolico e risultato di un potente risveglio della coscienza etico sociale degli italiani.

Tale risultato fu il frutto della convergenza politica di una maggioranza trasversale che condivise alcuni assunti fondamentali: il primo secondo il quale non si poteva lasciare privo di governo legislativo un campo nel quale ogni novità scientifica automaticamente rischiava di diventare occasione per "aggiungere" un modo nuovo per generare un bambino, senza alcuna valutazione dell'impalcatura culturale e morale. Il secondo, per il quale era indispensabile provvedere a una omogeneizzazione su standard minimi accettabili e condivisi per i Centri ove si realizzavano le procedure della Pma; il terzo, qui elencato per ultimo ma in realtà centrale nella riflessione bio-politica, per cui era da rimarcare la tutela di tutti i soggetti coinvolti in queste procedure, e tra questi anche il concepito.

Sottoposta negli anni alla scure delle varie sentenze della magistratura e dei tentativi, da parte di alcune frange politiche, di annullarne l'impianto di fondo, la legge 40 continua a mostrare la sua solidità, se è vero che - ad esempio - negli ultimi dieci anni i centri clinici preposti hanno visto un aumento significativo nell'attività e nel numero delle coppie trattate, con un certo miglioramento del tasso di successo.

Detto questo, è il caso di indagare più a fondo, all'interno dello scenario sociale italiano, sul paradosso presente oggi, dopo vent'anni: da una parte sembrano aumentare le decisioni delle coppie sterili di intraprendere il cammino della procedura medica, spesso sofferto e talvolta destinato al fallimento, pur di vedere realizzato il sogno di tenere fra le braccia un neonato. Dall'altro però si assiste al continuo e inquietante fenomeno della crescita zero - la denatalità, appunto - che negli ultimi anni ha assunto percentuali impressionanti.

Oltre le numerose indagini socio-economiche e gli studi antropologici, spesso inclini a delineare quadri sconfortanti, occorre individuare, nel complesso dei fenomeni in gioco, almeno un nodo culturale, in grado di immaginare lenti ma necessari passi verso un cambio di prospettiva. Fare diagnosi, insomma, per individuare qualche forma di terapia. Si può al riguardo pensare a una passione triste che ci attraversa e che prende il nome di "crisi del desiderio".

Desiderare è l'autentica spinta del vivere in modo giusto, quando questo sentire sia mosso non dalla misura breve del "tutto e subito" ma dall'immaginazione di un percorso lento di maturazione personale, che tutti dovremmo sostenere e proteggere.

Riflettiamo sul vissuto sofferto di una coppia sterile che "desidera" un figlio e che la legge 40 tutela giuridicamente: il difficile percorso medico sostenuto dalla futura madre, spinta al raggiungimento del suo obiettivo, è certamente un bene in sé, ma talvolta - a causa del clima sociale segnato da obiettivi autocentrati - può essere il frutto di un bisogno di possesso di un bene, che altrimenti presuppone la maturazione responsabile verso il nuovo nato, altro rispetto al desiderio, e che è

un altro che sfugge alle prese della soggettività della madre e del padre. Non basta partorire bambini se non li si genera con impegni di vita che sappiano riattivare quella solidarietà generazionale che investe i genitori, i nonni, i fratelli, i cugini, e tutti gli attori sociali attraverso un forte investimento personale.

Discorso analogo, anche se di segno opposto, è il rifiuto della genitorialità in nome di una autonomia della vita di coppia e di una polarizzazione del desiderio, calcolato ai fini personali e sganciato dalla responsabilità sociale. Manca in questo caso la molla del desiderio che superando i limiti della propria prospettiva, è pronta all'apertura verso il non più cercato, che con la sua imprevedibilità scardina le sicurezze e si impone come assoluta novità.

Tornare a desiderare non è soltanto una disciplina personale: è una virtù civile necessaria per riattivare la dinamica di una società troppo spesso appagata e appiattita. Fare o non fare un bambino non è un diritto della donna o una esclusiva scelta privata della coppia, ma è un evento che obbedisce a regole proprie: il nuovo altro che viene al mondo "esige" di essere accolto, curato e rispettato, pretende una nuova responsabilità relazionale, educativa e affettiva, che coinvolge l'intero corpo sociale. Fermare la corsa irresponsabile verso la morte del desiderio è compito di tutti: educatori, comunicatori, politici e tutte le persone che abbiano uno sguardo attento, quello che produce un gesto di responsabilità e di fiducia verso il futuro della famiglia umana.



BIOPSIA LIQUIDA LA DIAGNOSI VELOCE

MARIA RITA MONTEBELLI

Al congresso della Società americana di oncologia a Chicago la svolta del report SERENA-6: un prelievo di sangue individua i frammenti di Dna che le cellule tumorali vi riversano. Il professor Giampaolo Bianchini del San Raffaele: «Intercetta rapidamente la traiettoria della malattia e consente di cambiare terapia prima di un peggioramento»

L

a biopsia liquida scende in campo nella gestione delle malattie oncologiche e dimostra tutte le sue potenzialità. Per battere i tumori, il tempo è un elemento fondamentale. Sia facendo gli screening anti-cancro

(mammografia, Pap-test, sangue occulto nelle feci), che permettono una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo. Ma anche, dopo aver completato il primo round di terapie anti-tumorali, per individuare i segnali di ripresa di malattia, le



metastasi, e stroncarle prontamente con nuovi trattamenti.

UN PASSO IN AVANTI

Finora le recidive tumorali si scoprivano con gli esami radiografici (tipicamente la TAC, consigliata nei controlli delle persone con tumore, dopo una prima linea di trattamenti). Ma oggi si può fare di meglio, con la biopsia liquida che, attraverso un semplice prelievo di sangue, consente di individuare i minuscoli frammenti di Dna che le cellule tumorali riversano nel sangue. In questo modo si può scoprire la ricomparsa del tumore quando è ancora a uno stadio molto iniziale, quello della cosiddetta recidiva “molecolare”, e intervenire subito, prima che riprenda a svilupparsi. E che sia una strategia vincente lo dimostra uno studio, il SERENA-6 presentato all'ultimo congresso dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) di Chicago e pubblicato sul *New England Journal of Medicine*.

Protagoniste di questa ricerca, le donne con tumore del seno in fase metastatica,

sensibile alla terapia ormonale. «Nel trattamento in prima linea delle donne con tumore della mammella con recettori ormonali (e senza recettori HER2) – ricorda il professor Giampaolo Bianchini, responsabile del Gruppo Mammella del San Raffaele di Milano – si utilizza una doppia terapia ormonale (inibitori dei CDK 4/6 e inibitori dell'aromatasi), molto ben tollerata, che consente alle donne con tumore metastatico di tenere a lungo a bada la malattia». Ma a un certo punto il tumore diventa resistente a queste terapie e riprende a svilupparsi. E la resistenza è spesso dovuta alla comparsa di mutazioni a carico del gene per il recettore degli estrogeni (ESR1). «Somministrare una terapia a base di inibitori delle aromatasi – spiega Bianchini – è come togliere il guidatore a una macchina (il tumore) e questo ne blocca la corsa. Ma quando compare la mutazione ESR1 è come mettere il pilota automatico a quella macchina, che riprende a muoversi (in questo caso a dare metastasi). Nello studio SERENA-6, dopo aver scoperto la ricomparsa del tumore con la biopsia liquida, abbiamo subito sostituito l'inibitore delle aromatasi, ormai inutile, con un nuovo farmaco, il camizestrant, che degrada i recettori per gli estrogeni; il che equivale a distruggere la macchina che va col pilota automatico».

La grande novità di questo studio è che questo cambio di terapia è stato fatto quando le donne stavano ancora bene e la TAC non evidenziava alcuna ripresa di

malattia (metastasi). «La biopsia liquida ci permette di capire quando le cose stanno per cambiare, di intercettare precocemente la traiettoria della malattia, per poter passare subito a un nuovo farmaco (camizestrant), prima del peggioramento clinico». Un doppio cambio di paradigma, diagnostico e terapeutico che, nelle donne dello studio SERENA-6 ha ridotto il rischio di progressione di malattia o di morte del 56%. In Italia vivono 52mila donne con tumore del seno metastatico, il 60% delle quali candidabili a questa nuova strategia terapeutica, che permette di cronizzare la malattia metastatica.

LA FARMACO-RESISTENZA

Un altro studio rivoluzionario presentato all'ASCO e firmato da un'italiana, la professoressa Domenica Lorusso, direttrice della Ginecologia Oncologica dell'Humanitas (Milano), riguarda il ruolo dello stress e del cortisolo nell'insorgenza della resistenza alla chemioterapia. Lo studio, condotto su donne con tumore ovarico, potrebbe essere presto replicato anche su altri tumori solidi, perché questa nuova via di resistenza alle terapie oncologiche, la “via dello stress”, è comune a tanti tumori. Lo studio Rosella, presentato all'ASCO e pubblicato su *Lancet*, dimostra che il relacorilant, un nuovo farmaco che blocca i recettori del cortisolo, iper-espressi sulle cellule del tumore, contrasta la perdita di efficacia della chemioterapia, garantendo alle pazienti con tumore dell'ovaio un aumento del 30% di sopravvivenza libera da progressione della malattia e di sopravvivenza globale. La scoperta della farmaco-resistenza indotta dall'ormone dello stress (il cortisolo) rivaluta anche l'uso di tutte le terapie complementari (agopuntura, massaggi, tecniche di meditazione, ecc) in oncologia, mirate proprio a ridurre i livelli di stress dei pazienti.

«In dieci anni (2011-2021), in Italia i decessi per cancro sono diminuiti del 15% – commenta Francesco Perrone, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) – mentre in Europa dal 1989 al 2025 sono state salvati 6,8 milioni di vite. Oggi sono in arrivo tante novità terapeutiche, ma la spesa per i farmaci anti-cancro va governata per garantire la sostenibilità del sistema, dando la priorità a molecole davvero innovative, in grado non solo di migliorare la sopravvivenza, ma anche la qualità di vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A BARI

POLMONI IL VACCINO TERAPEUTICO AVANZA ANCORA

VINCENZO MARUCCIO

Un altro passo in avanti nella lotta al tumore del polmone con la prima somministrazione di vaccino all'Istituto Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari. Una svolta importante legata a un innovativo studio clinico internazionale che coinvolge una rete di centri in Europa. Nei giorni scorsi il primo paziente con tumore del polmone è stato sottoposto a vaccinazione terapeutica: il centro è tra i pochi in Italia ad applicare il nuovo metodo. Lo studio, spiegano dall'Oncologico di Bari, «sta testando un vaccino personalizzato a mRNA, il V940, nato dalla cooperazione fra due case farmaceutiche, Moderna e Msd (Merck, Sharp e Dohme), e in sperimentazione sia per il melano-

ma sia per il tumore del polmone. Come altri vaccini contro il tumore, questa molecola non serve a prevenire la patologia, ma è una terapia che potenzia e migliora le terapie a cui i pazienti oncologici già si sottopongono».

Allo studio clinico accedono i pazienti che hanno subito un intervento chirurgico di asportazione del tumore al polmone. Ma vediamo come funziona. Dal campione chirurgico prelevato dal paziente viene prodotto un Rna messaggero sintetico sulla base della cosiddetta "firma" mutazionale unica della sequenza del Dna del tumore di quel determinato paziente. Il vaccino viene così "disegnato" su misura in base alle caratteristiche del paziente. È la chiave di volta: il vaccino insegna al sistema immunitario

del paziente a riconoscere e a eliminare le cellule tumorali residue.

Il vaccino terapeutico viene usato dopo la chemioterapia standard in combinazione con l'immunoterapia e, nel corso del tempo, dovrebbe ridurre in modo decisivo le recidive. L'obiettivo è la completa guarigione dal tumore. Tira le somme è Alessandro Delle Donne (nella foto sopra), commissario straordinario dell'Oncologico barese: «Ci rende entusiasti il fatto di poter offrire una ulteriore chance terapeutica ai pazienti. La nostra équipe lavora in modo proficuo con gli altri centri coinvolti nel progetto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



STIMOLARE (E CURARE) IL SISTEMA NERVOSO CON I SAPORI

La Neurogastronomia, una disciplina che utilizza il cibo per studiare come la percezione del gusto influenzi cognizione e memoria, sta diventando una vera terapia. Domenico Nuzzo, ricercatore del Cnr: «Potrà essere applicata a pazienti colpiti da Parkinson e Alzheimer»

CARLA MASSI

N

on solo per la cucina, le ricerche marketing e le analisi sensoriali. È diventata una disciplina scientifica che sta aprendo la strada a vere proprie terapie. La Neurogastronomia, infatti, fino a oggi studiata in ambito culinario come veicolo per migliorare il gusto dei piatti e per “costruire” i sapori più accattivanti nei cibi della grande distribuzione, assume un altro ruolo: è uno strumento di prevenzione e cura delle fragilità neurologiche.

Il Consiglio nazionale delle ricerche di Palermo (Cnr-Irib) ha appena organizzato il primo workshop mirato alle conoscenze dei meccanismi con i quali il cervello umano percepisce e “interpreta” lo stimolo del cibo. Conoscenze da utilizzare, accanto ai farmaci nell’ambito della medicina riabilitativa. Impiegando, proprio il cibo, come neurostimolatore in grado di attivare specifiche aree cerebrali e sostenere il recupero funzionale in pazienti con disturbi neu-



LE ESPERIENZE DA FARE

LA GIUSTA MELODIA PUÒ ALTERARE LE SENSAZIONI



Il piacere del buon cibo può essere influenzato dalla musica che ascoltiamo, modificando la percezione del pasto. Secondo Charles Spence, docente di Psicologia sperimentale all'Università di Oxford, il piacere di mangiare può essere migliorato dall'ascolto della melodia giusta. La musica può "ingannare" il cervello facendogli percepire un sapore più dolce, più salato o più amaro di quello reale. Il suono giusto può aumentare il gusto di quello che si mangia e di quello che si beve fino al 15%. L'orecchio può "informare" le papille gustative rispetto a ciò che sta ascoltando influenzando la percezione.

CAFFÈ: LA TAZZINA BIANCA LO FA SENTIRE PIÙ AMARO



La tazzina giusta per il caffè. La stessa miscela, spiegano i ricercatori dell'Università di Oxford, bevuta in tazzine di colori diversi, risulta più o meno dolce. La tazzina bianca viene associata al gusto amaro, quella rosa al dolce. È stato, così, dimostrato che il colore della tazzina è riuscita a far aumentare o diminuire il consumo di zucchero indipendentemente dal quotidiano gusto personale. La percezione del sapore del caffè, dunque, non è solo determinata dal sapore in sé, ma anche da fattori esterni come la vista, l'udito e l'ambiente circostante. Una combinazione di fattori sensoriali, e non solo della lingua.

TRENTO "FOOD SOUND" METTE INSIEME CIBO E SUONO



"Food sound, il suono nascosto del cibo" fino all'11 gennaio 2026 al Muse, il museo delle scienze progettato da Renzo Piano a Trento. "Indossa le cuffie e tuffati in un percorso di visita interattivo e coinvolgente - è l'invito - Rifletti sul legame tra suono, scelte alimentari e neuroscienze e scopri cosa ha portato scienziate e scienziati a dimostrare che mangiamo anche con le orecchie". Un percorso tra ambienti ricostruiti, tridimensionali, in cui si ascoltano suoni fisici e reali, ma anche sussurrati, immaginati, percepiti. Oltre alla mostra sono organizzati laboratori sensoriali, performance tra gusto e ritmo.

rologici, psichiatrici o neurodegenerativi. Come Alzheimer, Parkinson o patologie legate all'invecchiamento mentale.

«Abbiamo riunito - spiega Domenico Nuzzo, ricercatore del Cnr-Irib e coordinatore dell'iniziativa - studiosi di diverse estrazioni: neuroscienziati, esperti di analisi sensoriale, tecnologi alimentari, studiosi del comportamento, eccetera. Gli interessati, cioè, a costituire il primo nucleo di una rete scientifica interdisciplinare che renda questa disciplina emergente un nuovo punto di riferimento per prevenire e curare queste patologie. La neurogastro-nomia è lo studio della percezione del sapore e dei modi in cui influenza la cognizione e la memoria. Per questo può essere adottata per scopi terapeutici».

È merito di Gordon Shepard, neuroscienziato dell'Università di Yale scomparso tre anni fa, se oggi sentiamo parlare di questa scienza che studia come il nostro cervello dà vita ai sapori. Utilizzando il sistema olfattivo come modello che abbraccia più livelli di spazio, tempo e discipline, i suoi studi spaziavano dal molecolare al comportamentale. «I sapori - diceva il professore - non sono nel cibo ma vengono creati dal nostro cervello e la percezione del gusto è un processo complicato che coinvolge non solo i cinque sensi ma anche memoria, emozioni, ricordi».

L'APPROCCIO

Da qui, l'intuizione di avviare le ricerche perché la Neurogastro-nomia diventi una vera terapia utilizzata proprio per risvegliare, come diceva Shepard, "memoria, emozioni, ricordi". «Stiamo lavorando sulle diverse vie da percorrere - aggiunge Domenico Nuzzo - Pensiamo alla ripetizione per diversi giorni consecutivi di una ricetta che riesce, seppur impercettibilmente, a suscitare una reazione ma anche alla stimolazione sensoriale non solo gustativa ma anche visiva. Vorremmo riuscire, così, ad arrivare e in qualche modo a riattivare alcune aree del cervello sostenendo il recupero funzionale. Abbiamo verificato, per esempio, che la sola visione del gelato permette di creare degli stimoli benefici. Dei ricordi. Da non sottovalutare, poi, il mix che si può creare tra convivialità, luce, profumi, disposizione dei cibi nel piatto».

Che la Neurogastro-nomia sta prendendo connotati non solo culinari ma anche medici lo dimostra la *lectio magistralis* che nei giorni scorsi ha tenuto all'Ateneo di Foggia Charles Spence, psicologo sperimentale dell'Università di Oxford. Tra i massimi esperti nella percezione sensoriale e nella cosiddetta "progettazione delle esperienze". Attraverso i suoi studi ha dimostrato

come il piacere che proviamo nel gustare un determinato cibo sia frutto proprio dell'esperienza attraverso i cinque sensi.

Questi, dunque, stimolati secondo percorsi scientifici possono diventare terapia per chi ha problemi neurodegenerativi con una sensoriali quasi sopita. «I piaceri della

tavola risiedono in realtà nella testa delle persone non nelle nostre bocche - sono le parole di Spence - Tutti crediamo di sentire i gusti nella nostra bocca, ma in realtà è nella nostra testa che l'apparenza del cibo, il suo odore, il sapore, la consistenza si combinano con l'esperienza della temperatura del luogo dove siamo, con il nostro stato d'animo, con le emozioni, con per determinare cosa pensiamo di stare gustando. E il nostro cervello proietta poi questo pensiero combinato nella nostra bocca».

LA REVISIONE

Appare chiaro che il cibo può essere utilizzato come strumento per riattivare la memoria e la cognizione, associando le esperienze culinarie a ricordi positivi. Come Marcel Proust nella sua *Ricerca del tempo perduto* ci ha raccontato l'effetto della madeleine inzuppata nel tè sul suo cervello: "Ma nello stesso istante in cui il liquido al quale erano mischiate le briciole del dolce raggiunge il mio palato, io trasalii, attratto da qualcosa di straordinario che accadeva dentro di me...". Ora è la scienza a studiare quella sensazione.

«Stiamo ancora lavorando sulle basi di questa nuova disciplina scientifica applicata alla riabilitazione - spiega ancora Nuzzo - ma la revisione che abbiamo fatto delle ricerche ci permette di avere buone speranze. Le sperimentazioni sicuramente confortano. Sappiamo che il metodo può funzionare ma sappiamo anche che le stimolazioni dovranno essere disegnate su misura del paziente. La Neurogastro-nomia non rimarrà una curiosità accademica ma sarà una vera e propria frontiera della medicina riabilitativa capace di coniugare cibo, stimolazione sensoriale e cervello. Si tratta di un approccio che, partendo dal gusto, arriva a toccare le parti più profonde della mente umana. Speriamo che un giorno sarà proprio un sapore a restituirci un ricordo perduto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





«OBESITÀ NEI BIMBI SI RISCHIANO 15 ANNI DI VITA»

Il presidente della Società italiana di pediatria, che ha lanciato l'allarme: «Tra 8 e 9 anni il 2,6 per cento ha un sovrappeso classificato grave e rischia malattie come ipertensione, diabete di tipo 2 ma anche ansia e bassa autostima»

MARIA PIRRO



In teoria, si parla di obesità grave quando l'indice di massa corporea va oltre il 99esimo percentile per età e sesso. In pratica, l'indicatore più semplice da osservare anche in famiglia è il rapporto tra girovita e statura. «Se la circonferenza supera la metà dell'altezza, è già un segnale. E, dai sei anni in su, più aumenta la pancia, più il ri-

schio diventa elevato: per i maschi come per le femmine» dice Rino Agostiniani, presidente della Società italiana di pediatria che lancia l'allarme su quella che oramai considera una ve-



ra emergenza.

Quanti sono i bimbi e gli adolescenti obesi?

«Oltre 100.000. In particolare, il 2,6 per cento dei bambini tra 8 e 9 anni ha un'obesità classificata come grave e rischia di sviluppare ipertensione, diabete tipo 2, dislipidemia, fegato grasso, ma anche di soffrire di ansia, avere la tendenza a isolarsi e una bassa autostima. E l'aspettativa di vita può ridursi di oltre 15 anni rispetto ai coetanei normopeso».

Come muoversi, in questi casi?

«Per evitare che un sovrappeso si trasformi in una malattia cronica, il primo passo è non aspettare: più si ritarda, più la situazione si complica. Secondo uno studio recente, con programmi mirati si riesce a modificare lo stile di vita in oltre il 50 per cento dei bimbi tra i 6 e i 9 anni, mentre si ha un risultato quasi nullo con gli adolescenti: solo il 2 per cento dei ragazzi tra i 14 e i 16 anni risponde bene. Dimagrire dopo, è un'impresa faticosissima, vuol dire doversi alzare da tavola con la fame».

L'età fa la differenza.

«Per questo, servono controlli regolari dal pediatra, attenzione ai segnali precoci. E, soprattutto, uno stile di vita sano in famiglia. Mamma e papà, che mangiano bene e fanno movimento, trasmettono ai figli un

modello positivo. I bimbi apprendono per imitazione: non si può pretendere che prediligano frutta e verdura, se i genitori fanno scelte diverse a tavola».

E se il bimbo non mangia o rifiu-

ta determinati alimenti, ad esempio quelli verdi?

«Il gusto è una cosa complessa, che si sviluppa sin da piccoli. Per convincere un bambino almeno a provare un cibo nuovo, bisogna far vedere che tutti lo mangiano, e se non lo vuole comunque, non proporgli cose diverse. Ma i suoi genitori devono dare l'esempio».

Vale per tutti la regola dei cinque pasti al giorno?

«Sì, anche se il vero problema restano le quantità. Il timore, soprattutto delle madri e delle nonne, è che i bimbi non mangino mai abbastanza, un'idea ancestrale, perché il fabbisogno calorico è in proporzione al peso, non equivale a quello di un adulto».

Quali sono gli errori più comuni?

«Trascurare il valore del latte materno come prima prevenzione. Esagerare con gli zuccheri, invece di privilegiare la frutta, la verdura, i legumi, le proteine, soprattutto quelle del pesce, a pranzo e cena. E la pasta va mangiata una sola volta al giorno».

Gelato sì o no?

«Se è la merenda va bene, se si aggiunge a fine pasto no. Così, a colazione, sono ammessi i biscotti nel latte, senza esagerare: otto sono troppi. E una schiacciata con il prosciutto non può essere uno spuntino. Mangiare a scuola aiuta, forse, perché il menu è controllato, e anche perché obesità e condizioni di svantaggio, sociale ed economico, spesso si saldano».

Resta il nodo dell'attività sporti-

va.

«Non basta un'ora in palestra o in piscina due giorni a settimana. Meglio andare a piedi a scuola, fare le scale invece di prendere l'ascensore, uscire anche senza portare il passeggino. Se il bimbo cammina per mezz'ora non gli succede niente, anzi: bisognerebbe aumentare il tempo all'aria aperta e ridurre, se non azzerare, quello davanti a tablet e smartphone».

E poi?

«Un'altra regola fondamentale è non improvvisare: no a diete drastiche, no a farmaci "fai da te", un approccio terapeutico deve essere sempre una scelta estrema, quando tutti gli altri tentativi sono falliti ed esclusivamente su indicazione del medico. L'obesità grave è una malattia, come tale va affrontata con équipe multidisciplinari e centri specializzati».

La responsabilità non può essere solo delle famiglie.

«Difatti, è fondamentale il ruolo del pediatra anche nella diagnosi, distinguendo tra obesità dovuta a una cattiva alimentazione e altre forme con cause genetiche, provocate da farmaci o altre patologie».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FECONDAZIONE ASSISTITA TEST PER L'IMPIANTO E L'IA STUDIA LE CELLULE-UOVO

Ricerca internazionale ora pubblicata su *Frontiers in Endocrinology*:
le ultime tecniche garantiscono una gravidanza tra il 95 e il 98%
Ermanno Greco, presidente Sidr: «Essenziali gli esami da fare alla coppia»

GIAMPIERO VALENZA

P

er avere un figlio c'è un test che permette, praticamente in larga parte dei casi, di prevedere una gravidanza con una quasi totale certezza. È il Pgt-A, un'analisi genetica pre-impianto che analizza gli embrioni che vengono prodotti durante una fecondazione in vitro e che serve a individuare le anomalie nei cromosomi. A dirlo è uno studio internazionale pubblicato sull'autorevole rivista scientifica *Frontiers in Endocrinology*. La ricerca ha visto una profonda partecipazione di esperti di diversi centri italiani, tra cui la Federico II di Napoli e l'Istituto superiore di Sanità.

GLI ASPETTI

Tre sono gli aspetti principali che, secondo i ricercatori, vanno affrontati per migliorare i tassi di successo dell'impianto: fare il Pgt-A, sottoporsi a una isteroscopia diagnostica e controllare la ricettività dell'endometrio (quindi, la sua qualità cellulare). In quest'ultimo caso il "fattore età" è essen-

le: sotto i 35 anni le donne sono più "ricettive". E c'è una grandissima percentuale che si vada incontro a una gravidanza di successo. Sopra questa fascia d'età, invece, è necessario agire con una consapevolezza diversa e che può passare anche attraverso la crioconservazione degli ovociti che può essere fatta quando si è più giovani. «In questo modo una scelta consapevole può permettere di poter avere una gravidanza anche superati i 40 anni», spiega Ermanno Greco, presidente della Sidr, la Società italiana della Riproduzione, professore di ginecologia e ostetricia all'Università Unicamillus e direttore del Centro di medicina e biologia della riproduzione dell'Icsi Roma-Villa Mafalda. «Lo studio pubblicato su *Frontiers* dimo-



stra che ci sono tecniche che sono in grado di dare altissime percentuali di successo - aggiunge - Bastano tre embrioni cromosomicamente sani e trasferibili per garantire un tasso tra il 95% e il 98% delle gravidanze. Quando andiamo a trasferire questi stessi embrioni in donne over-40 queste percentuali si abbassano però di circa un 20-30%. È la dimo-

strazione che il fattore età è cruciale, perché intervengono diversi fattori come la qualità del tessuto uterino, cioè dell'endometrio, dove l'afflusso di sangue diminuisce con l'avanzare dell'età, e con il passare del tempo tende ad avere uno spessore più basso. Deve essere almeno di sette millimetri, altrimenti è difficile che un embrione possa impiantarsi con successo».

COSA FARE

L'approccio di una coppia alla Procreazione medicalmente assistita passa da un medico che abbia una specializzazione in medicina della riproduzione. Solitamente sono andrologi e ginecologi che hanno una particolare esperienza nel settore, e che si trovano anche in una delle 350 strutture - pubbliche e private - che in tutta Italia si occupano di accompagnare le coppie alla Pma. È qui che inizia l'indagine, partendo proprio dall'utero: un primo test può già dare gli elementi per comprendere se l'organo (con la sua mucosa, l'endometrio) è ricettivo oppure no. In questa fase, poi, si fa una verifica sui linfociti natural killer: sono cellule del sistema immunitario che, quindi, attaccano quando vedono che qualcosa nell'organismo non va. Un embrione è frutto al 50% dei partner. «E se non viene riconosciuto come proprio dai linfociti tende a essere rigettato - prosegue Greco - Certo è che un lavoro di indagine proprio sull'attività delle natural killer è cruciale».

LO STILE DI VITA

A contribuire allo sviluppo di sane cellule riproduttive c'è anche un sano stile di vita. «Bisogna mantenere un indice di massa corporea inferiore a 25, abolire fumo, stupefacenti, alcol - continua il presidente di Sidr - Sono tutti fattori che agiscono sulla

qualità e la quantità di ovociti e spermatozoi e anche, nella donna, sulla qualità dell'endometrio. Un tessuto adiposo sottopone una donna obesa, per esempio, a un carico maggiore di estrogeni. Un cattivo stile di vita può incidere sul successo di una fecondazione assistita tra il 10 e il 15% e un aumento del rischio di aborto del 10% in più». Quando il cammino sembra essere in salita, allora a quel punto la medicina può affrontare la questione con altre contromosse. Con la fecondazione eterologa si può per esempio ricorrere alla donazione di cellule uovo o di spermatozoi da parte di una persona esterna alla coppia. «È indicata nei casi non altrimenti risolvibili di infertilità, sia individuale sia di entrambi i partner. Le possibilità di successo di questa pratica, ora attuabile anche in Italia, sono altissime - sottolinea Greco - E altrettanto alti sono i livelli di sicurezza perché i gameti, cioè queste cellule deputate alla funzione riproduttiva, sono sottoposti a rigidi controlli che consentono di selezionarli. Quando è l'ovocita a provenire dall'esterno della coppia per assicurare il giusto successo è importante l'età di chi dona le uova. L'età della donatrice non deve superare i 35 anni e i risultati migliori si ottengono con ovociti di donne tra i 25 e i 32 anni».

LA TECNOLOGIA

Oggi i sistemi di intelligenza artificiale vengono usati anche nella medicina della riproduzione e ci sono sistemi in grado di valutare quale sia l'embrione migliore da trasferire nell'utero, assicurando maggiori possibilità di successo di un impianto. Questi sistemi lavorano su migliaia di dati accumulati nel corso di diverse ricerche scientifiche e riescono a valutare due fattori: la morfologia e la cinetica, cioè la capacità di proliferazione delle cellule embrionali. Altri sistemi di intelligenza artificiale, invece, intervengono nella diagnostica del liquido seminale, permettendo così una migliore analisi dell'infertilità maschile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ANALISI

PREVENZIONE E BUONE PRATICHE PER GARANTIRE UNA SUPER VECCHIAIA

DANIELA BIANCO*



In Italia la speranza di vita nel 2024 ha raggiunto gli 81,4 anni per gli uomini e 85,5 per le donne. Entro il 2050 salirà ancora di circa 3 anni e un terzo della popolazione avrà più di 65 anni. Il numero di over-65 sarà 3 volte superiore a quello dei giovani sotto i 15.

LA TENUTA DEL SISTEMA

La trasformazione demografica e il calo della forza lavoro sul totale della popolazione (che continuerà a diminuire secondo i dati Istat), mettono a rischio la tenuta del sistema economico e del sistema sanitario: le persone con più di 65 anni, sebbene rappresentino circa il 25% della popolazione, già oggi assorbono circa il 60% della spesa sanitaria nazionale.

Negli ultimi 50 anni la struttura demografica dell'Italia ha subito profonde trasformazioni, rendendo evidenti gli effetti del processo di invecchiamento della popolazione. L'allungamento della vita e la riduzione della natalità sono i principali fattori che hanno contribuito ad alzare l'età.

IL TREND

Il tasso di natalità si attesta al 6,3 per mille, rispetto al 6,4 per mille del 2023. L'Italia registra così un nuovo minimo storico, il dodicesimo consecutivo dal 2013. Durante l'evento Pfizer Future - Economia, Longevità e Salute che si è svolto a Roma si è

discusso dell'interconnessione tra salute, economia e demografia, considerando l'invecchiamento non solo come questione sanitaria, ma come sfida strutturale che incide sulla sostenibilità non solo del Servizio sanitario nazionale ma anche del welfare.

LA TRASFORMAZIONE

La longevità rappresenta una trasformazione profonda e irreversibile della nostra società, che impone una nuova visione delle politiche sanitarie, economiche e sociali. Costruire una società longeva in buona salute è indispensabile per non avere squilibri economici insostenibili nel tempo per l'intero sistema economico e sociale del Paese. Per questo serve un cambio di

paradigma che metta l'interconnessione tra salute, economia e demografia al centro dell'agenda pubblica, aumentando gli investimenti in prevenzione e innovazione.

Da un lato, la diminuzione della popolazione in età attiva riduce la forza lavoro disponibile e limita le entrate di fiscalità dello Stato, dall'altro, l'incremento della quota di popolazione anziana genera una crescente domanda di cure sanitarie, assistenza a lungo termine e servizi di welfare.

Un contesto globale segnato da shock multipli e instabilità permanente, dunque, sta mettendo alla prova la capacità di risposta delle economie e dei sistemi sanitari. A



tutto ciò si sommano gli effetti strutturali del cambiamento demografico specifico dell'Italia: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento del tasso di dipendenza e la riduzione della forza lavoro stanno generando un doppio squilibrio, tra risorse pubbliche in calo e domanda di assistenza in crescita. Che impone una ridefinizione urgente delle strategie di sostenibilità dei sistemi sanitari e sociali.

ICOSTI

L'invecchiamento comporta costi sanitari più elevati. Secondo il Rapporto Meridiano Sanità di Teha, le persone di età superiore ai 65 anni, come detto, assorbono circa il 60% della spesa sanitaria nazionale, un dato che potrebbe salire ulteriormente nei prossimi decenni, considerando l'incremento della speranza di vita e l'aumento dei casi di malattie croniche.

L'investimento in prevenzione, innova-

zione tecnologica e ricerca scientifica emerge come la risposta più efficace per affrontare le sfide future.

La promozione di stili di vita sani e tutte le attività di prevenzione sono elementi essenziali per garantire un invecchiamento in buona salute, limitando l'insorgenza delle malattie e riducendo l'impatto sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

Interventi di prevenzione, come l'adozione di alimentazione equilibrata, esercizio fisico regolare, immunizzazione e screening per malattie croniche, possono migliorare la qualità della vita, riducendo la pressione sul sistema sanitario e creando valore anche per il sistema economico.

**Partner The European House
Ambrosetti*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI OVER 65
SONO SEMPRE
DI PIÙ
AUMENTANO I COSTI
DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE



Daniela Bianco,
partner di
European House -
Ambrosetti





Servizio Neuroplasticità

Una molecola per riaccendere il cervello: la scommessa di Angelini Ventures su Elkedonia

La startup franco-belga raccoglie 11 milioni per sviluppare un farmaco innovativo non psicotropo, capace di agire rapidamente nei casi più gravi di depressione

di Francesca Cerati

11 giugno 2025

La depressione è una delle grandi sfide della salute mentale contemporanea. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, ne soffrono più di 280 milioni di persone nel mondo. In Italia, si stima che i disturbi depressivi coinvolgano circa 3,5 milioni di persone, e una fetta consistente - fino al 40% - non risponde ai farmaci tradizionali. Per queste persone, spesso i trattamenti disponibili sono inefficaci, lenti e accompagnati da effetti collaterali difficili da gestire.

I farmaci che aiutano il cervello a riscrivere se stesso

È proprio per cercare nuove soluzioni che Angelini Ventures, il fondo di investimento del gruppo Angelini Industries, insieme a un consorzio di investitori specializzati, ha deciso di puntare su una startup franco-belga chiamata Elkedonia, con un finanziamento da 11,25 milioni di euro. Elkedonia lavora su una molecola innovativa che potrebbe cambiare il modo in cui trattiamo la depressione più resistente alle terapie.

Ma cos'ha di speciale questa molecola? Appartiene a una nuova generazione di farmaci chiamati neuroplastogeni, sostanze capaci di "riaccendere" la plasticità del cervello - cioè la sua capacità di modificarsi, adattarsi e rigenerarsi. In molti casi di depressione grave, è proprio questa flessibilità cerebrale a essere compromessa. La molecola di Elkedonia ha un bersaglio molto specifico, una proteina chiamata Elk1, che svolge un ruolo chiave nei circuiti del piacere, della motivazione e dell'apprendimento. Colpire questo punto esatto potrebbe attivare in modo rapido e duraturo i processi di guarigione cerebrale, ma senza gli effetti collaterali legati ad altri approcci, come la sedazione o le allucinazioni.

Dalla psilocibina alle stimolazioni cerebrali: le nuove frontiere della salute mentale

La differenza rispetto ad altri trattamenti è significativa. Negli ultimi anni, alcune aziende si sono lanciate nello sviluppo di antidepressivi a base di psichedelici, come la psilocibina (contenuta nei "funghi magici") o il 5-MeO-Dmt, una sostanza molto potente presente in alcune secrezioni animali. Aziende come Beckley Psytech nel Regno Unito, Compass Pathways, Gh Research e Atai Life Sciences stanno testando queste molecole in contesti clinici, con risultati promettenti: in alcuni casi, si sono visti miglioramenti anche dopo una sola dose. Tuttavia, questi trattamenti comportano esperienze alterate di coscienza e richiedono supervisione medica intensiva, un fattore che li rende difficili da applicare su larga scala.

Altri invece stanno puntando su strade completamente diverse, come la stimolazione cerebrale. In Svezia, la startup Flow Neuroscience ha creato un casco che stimola elettricamente il cervello, da usare a casa insieme a un'app, già adottato da migliaia di pazienti. In Spagna, Neuroelectrics sta sperimentando dispositivi simili per depressione ed epilessia. Negli Stati Uniti, aziende come BrainsWay hanno già ottenuto l'approvazione per l'uso clinico della stimolazione magnetica profonda.

C'è poi un altro fronte in rapida crescita: quello delle terapie digitali. Piattaforme come Selfapy in Germania o Unobravo in Italia offrono percorsi psicologici online basati sulla terapia cognitivo-comportamentale. Sono strumenti utili e accessibili, ma da soli non bastano a risolvere i casi più gravi.

Il bisogno urgente di nuove soluzioni

In questo panorama complesso, Elkedonia si distingue per un approccio biochimico altamente mirato: una molecola di nuova concezione, capace di riattivare i meccanismi del cervello danneggiati dalla depressione profonda, senza effetti collaterali psicotropi e con una rapidità d'azione superiore ai trattamenti tradizionali. L'obiettivo è anche sviluppare biomarcatori, cioè strumenti per capire prima se un paziente potrà rispondere bene alla terapia, portando così la medicina verso una direzione più personalizzata.

Il sostegno di Angelini Ventures, insieme a quello di altri importanti investitori europei, non è solo un segnale di fiducia nella scienza, ma anche nella capacità dell'Europa di competere con le grandi startup americane in un settore delicatissimo come quello della salute mentale. Elkedonia è la prima startup uscita dall'incubatore biotech Argobio, e con questo investimento ha la possibilità di diventare un punto di riferimento nella battaglia contro una delle malattie più diffuse e invalidanti del nostro tempo, il disturbo depressivo maggiore (Mdd), incluso nell'Iniziativa europea per la salute mentale, lanciata dalla Commissione europea nel 2023.



Servizio Neurochirurgia

Spondilolistesi lombare, al Gemelli la nuova frontiera della chirurgia spinale mininvasiva

Eseguito il primo intervento in Europa di stabilizzazione vertebrale mininvasiva e decompressione del canale spinale con tecnologia robotica integrata

di Ernesto Diffidenti

11 giugno 2025

Si aprono nuove prospettive nell'ambito della chirurgia robotica spinale in termini di precisione, sicurezza e personalizzazione del trattamento chirurgico. E' stato eseguito, infatti, per la prima volta in Italia e in Europa, un intervento di stabilizzazione vertebrale mininvasiva per spondilolistesi lombare con un robot chirurgo di nuova generazione. L'intervento è stato eseguito al Policlinico Universitario A. Gemelli Irccs dal dottor Filippo Maria Polli, responsabile della UOS di Neurochirurgia Spinale.

Tecnologia e precisione: i nuovi sistemi robotici

Per questo innovativo intervento è stato utilizzato il sistema robotico Mazor Stealth X (Medtronic) nella sua versione più recente, dotata di un modulo innovativo per la pianificazione e l'esecuzione robotica della rimozione delle faccette articolari. Già impiegato con successo per la guida robotica al posizionamento delle viti peduncolari, è stato per la prima volta utilizzato per pianificare ed eseguire anche la fase di decompressione ossea, garantendo un allineamento completo tra il planning preoperatorio e l'atto chirurgico eseguito in sala operatoria. Questo approccio, spiega il neurochirurgo, "consente una maggiore accuratezza nel trattamento della compressione nervosa, favorendo condizioni ottimali per l'artrodesi e riducendo il rischio intraoperatorio".

Patologia spinale degenerativa: impatto clinico e sociale

Le patologie degenerative della colonna vertebrale rappresentano una delle principali cause di disabilità e dolore cronico nella popolazione adulta e anziana. Condizioni come la spondilolistesi lombare compromettono la mobilità, la qualità del sonno, la capacità lavorativa e l'autonomia quotidiana dei pazienti, con un impatto rilevante anche sul piano psicologico e relazionale. In questo contesto, l'evoluzione tecnologica in ambito neurochirurgico gioca un ruolo sempre più cruciale. L'integrazione di imaging avanzato, pianificazione preoperatoria tridimensionale e sistemi robotici consente di affrontare patologie complesse in modo meno invasivo e con una perfetta esecuzione dell'intervento sulla base della programmazione preoperatoria.

Verso una chirurgia sempre più personalizzata e sicura

"L'adozione di questa tecnologia all'avanguardia testimonia la volontà del Policlinico Gemelli di investire in soluzioni innovative per il miglioramento continuo della qualità delle cure - ha spiegato il professor Alessandro Olivi, direttore della UOC di Neurochirurgia e del Dipartimento di neuroscienze, organi di senso e torace Policlinico Gemelli, ordinario di Neurochirurgia

all'Università Cattolica, campus di Roma -. La possibilità di estendere l'impiego della robotica anche alla fase decompressiva rappresenta un'evoluzione importante per la neurochirurgia spinale mininvasiva".

Coordinamento Salute Mentale, firmato l'accordo con la Regione: salvi i bisogni di mille pazienti

Le strutture psichiatriche convenzionate hanno raggiunto un accordo con la Regione. L'annuncio arriva dal Coordinamento Salute Mentale del Lazio, che raccoglie la quasi totalità delle strutture psichiatriche alternative ai ricoveri ospedalieri e risponde ai bisogni di oltre mille pazienti affidatigli in cura dal Servizio Sanitario Regionale. L'accordo è stato firmato lo scorso 3 giugno e riguarda l'aggiornamento delle tariffe delle diverse tipologie di strutture residenziali e diurne per la salute mentale.

La firma arriva a conclusione della fase di mobilitazione che ha visto l'organizzazione della manifestazione dello scorso 11 febbraio. Il Coordinamento Salute Mentale del

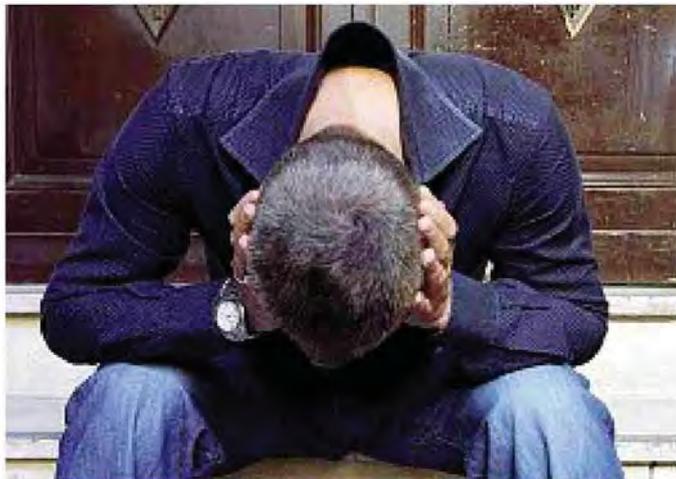
Lazio ha sottolineato che per i bisogni di bilancio delle strutture rappresentate non era più sopportabile spingere oltre la trattativa. Al tempo stesso riconosce ai rappresentanti regionali (delegati dal presidente Francesco Rocca) Andrea Urbani, Marco Nuti, Nadia Nappi, Antonio Andreozzi e a tutti quelli che hanno contribuito alla buona riuscita della trattativa, di essere comunque riusciti a reperire risorse e a dedicarle alla soddisfazione delle richieste della categoria. Nonostante i limitati margini di bilancio regionale nell'anno ormai avviato.

L'incontro per la firma dell'accordo sulle tariffe è stato anche l'occasione per anticipare alcuni temi che saranno trattati dal Tavolo Tecnico di

Lavoro, che la regione Lazio ha annunciato di voler istituire. Tale tavolo riguarderà la revisione dei requisiti organizzativi delle strutture residenziali e diurne e soprattutto la definizione di risposte rivolte alle nuove patologie. Particolare attenzione sarà posta ai disturbi del comportamento alimentare, alle ludopatie, alle dipendenze emozionali sessuali e affettive, internet, bullismo.

Le strutture aderenti al Coordinamento per la Salute Mentale del Lazio, che rappresentano la risposta sul campo ai bisogni dei malati e delle famiglie fin dalla approvazione della riforma psichiatrica voluta da Franco Basaglia (legge 180/78), sono state

sempre pronte e disponibili ad offrire il loro supporto e la loro pluriennale esperienza per arrivare ad una riforma condivisa.



Strutture psichiatriche Accordo raggiunto con la Regione Lazio (Foto: Ansa)



Da Gaza alla Capitale

La Regione ospita
tre bimbi feriti
sotto le bombe

Tre bambini palestinesi di 9, 10 e 16 anni sono arrivati nella notte a Roma, insieme alle loro famiglie, grazie ai voli umanitari predisposti dalla Farnesina per garantire assistenza sanitaria ai piccoli pazienti di Gaza. Sono stati presi in cura dalle strutture ospedaliere

della Capitale: Umberto I, Ospedale pediatrico Bambino Gesù e Policlinico Gemelli.

Adinolfi a pag. 64

I bambini mutilati di Gaza negli ospedali romani «Salvarli è nostro dovere»

► Sono arrivati nella notte con un volo umanitario i tre giovani palestinesi insieme alle loro famiglie. Il governatore Rocca: «Dobbiamo fermare questa guerra orribile»

L'INIZIATIVA

Non hanno mai conosciuto la pace ma forse, per la prima volta, potranno assaporare la speranza. Tre bambini palestinesi di 9, 10 e 16 anni sono arrivati nella notte a Roma, insieme alle loro famiglie, grazie ai voli umanitari predisposti dalla Farnesina per garantire assistenza sanitaria ai piccoli pazienti di Gaza. Un'operazione che rientra nel più vasto piano di accoglienza portato avanti dal governo italiano, che ha già garantito cure a 133 bambini palestinesi.

Con tre voli umanitari e 17 pazienti assistiti (più 53 familiari accompagnatori), quello di ieri è il gruppo più numeroso di pazienti arrivati in Italia dall'inizio del conflitto scoppiato dopo il 7 ottobre. Tre di loro, sono stati presi in cura dalle strutture della Capitale: Umberto I, Bambino Gesù e Policlinico Gemelli.

LE STORIE

Halima (nome di fantasia) ha soli nove anni ed è rimasta gravemente ferita dopo un bombardamento. Lo stesso che ha tolto la vita a sua madre. Sopravvissuta alla strage insieme alla sua sorellina di 5 anni, sarà curata all'Umberto I, dove arriverà accompagnata, oltre che dalla sorella più piccola, anche da una zia.

È poco più grande Ahmed (nome di fantasia), di 10 anni. Ma sulla pelle porta le stesse cicatrici di Halima. Lesioni e ferite da esplosione, che saranno curate dagli specialisti del reparto di pediatria del Policlinico Gemelli. E poi c'è un ultimo paziente, ormai ragazzo: ha 16 anni, e anche in questo caso il quadro è tristemente simile a quello degli altri bambini. Ustioni, ferite e arti amputati.

Condizioni definite «critiche» dal Bambino Gesù, dove sarà curato, ma che hanno comunque consentito al ragazzo di affrontare il viaggio, accompagnato dalla mamma, da un fratello e una sorella. Durante il volo, infatti, tutti e 17 i pazienti hanno ricevuto assistenza continua da parte dei sanitari, della Croce Rossa Italiana, dal personale della Protezione Civile e dell'Unità di Crisi della Farnesina.



«Siamo impegnati davanti una catastrofe, come quella che stiamo guardando, sentendoci impotenti. Quindi facciamo quello che è possibile- ha commentato il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca - Sono storie toccanti di bambini traumatizzati che hanno visto violenze e ferite indicibili, che non vanno a scuola da due anni - ha aggiunto - La nostra è una goccia nel mare su un dramma che si sta svolgendo davanti ai nostri occhi. Il nostro dovere è fare di più davanti a questa orribile tragedia». E poi ha invitato gli altri paesi «a fare lo stesso».

L'IMPEGNO

Non è la prima volta che gli ospedali della Regione danno la loro disponibilità a curare i pazienti di Gaza. Umberto I, Gemelli, Bambino Gesù e Sant'Andrea hanno già accolto minori provenienti dalla Palestina.

All'ospedale pediatrico Bambino Gesù, ad esempio, l'ultimo ragazzo arrivato ieri è il 17esimo paziente palestinese. Un primo gruppo di nove minori era arrivato da Gaza subito dopo lo scoppio del conflitto, e tutti loro sono già stati dimessi. Continuano invece ad essere seguiti (o ricoverati, a seconda delle condizioni) i 7 pazien-

ti che erano arrivati con il secondo gruppo. Si tratta di minori che non hanno mutilazioni legate al conflitto ma con problemi di salute che si sono aggravati con l'arrivo della guerra. Ferite che non potranno essere cancellate ma da oggi, almeno in parte, curate.

Chiara Adinolfi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Finti medici e niente defibrillatori nell'ambulatorio delle liposuzioni

Roma, nella struttura di Lizàrraga non c'erano nemmeno le cartelle cliniche dei pazienti I collegamenti con Bravi, indagato per un altro decesso, e il ruolo di un'informatrice

di GIUSEPPE SCARPA

ROMA

Nessun defibrillatore. Nessuna cartella clinica. Nessuna autorizzazione. Nello studio del chirurgo peruviano José Lizàrraga Picciotti, alla periferia ovest di Roma, mancava tutto ciò che avrebbe potuto salvare la vita della paziente. Il 7 giugno, Ana Sergia Alcivar Chenche, 46 anni, vi entra per sottoporsi a una liposuzione. Ne esce viva, ma in condizioni disperate. Morirà poche ore dopo all'ospedale Umberto I.

L'intervento era stato eseguito in un ambulatorio privo di ogni requisito minimo: nessun permesso dell'Asl, nessun presidio salvavita, nessuna tracciabilità medica. A far emergere ieri elementi inediti è stata la polizia, sotto il coordinamento dell'agguanto Sergio Colaiocco e del pm Andrea D'Angeli. Oggi, gli stessi magistrati conferiranno l'incarico al medico legale per accertare le cause della morte e stabilire se un intervento tempestivo – l'ambulanza sarebbe arrivata in ritardo – avrebbe potuto salvarle la vita. L'indagine, però, si concentra ora su José Lizàrraga, sull'anestesista Paolo Colcerasa e su un'infermiera presente durante l'operazione, tutti e tre sono indagati per omicidio colposo.

Ma il caso si allarga. Emergono nuovi dettagli che aprono un secondo filone investigativo, gettando ulteriori ombre sia su Lizàrraga che su un altro chirurgo, Carlo Bravi, già indagato per un altro decesso avvenuto a Roma. A morire, lo scorso marzo, era stata Simonetta Kalfus, anche lei sottoposta a una liposuzione. Anche in questo caso, l'accusa è di omicidio colposo. Ora l'attenzio-

ne degli inquirenti si concentra su un'ipotesi inquietante: l'esercizio abusivo della professione medica. Nell'inchiesta – condotta dal pm Stefano Opilio – spunta una terza persona, l'unica a essere indagata, Olivia Buldrini, informatrice farmaceutica che si sarebbe finta medico estetico.

Secondo quanto accertato dai carabinieri del Nas, Buldrini – senza alcuna abilitazione – avrebbe partecipato a un intervento di mastoplastica additiva nello stesso studio di Lizàrraga, a Torrevicchia, dove è stata operata anche Ana Sergia. Una presenza del tutto illegittima in un'équipe chirurgica. E, secondo gli investigatori, non sarebbe un'eccezione: Lizàrraga già in passato si sarebbe circondato di personale non qualificato, come segnalato dai Nas.

Al termine dell'intervento, Buldrini avrebbe approfittato della paziente per farsi pubblicità, proponendosi come esperta in iniezioni di botox e filler. La donna, fidandosi, le ha inviato un'amica, che si è sottoposta a trattamenti direttamente eseguiti dalla sedicente dottoressa. Ma Buldrini non si è fermata: ha suggerito anche una liposuzione, indicando come riferimento un medico di sua fiducia, Bravi. La paziente, però, ha iniziato a nutrire dubbi, insospettita dai risultati deludenti delle iniezioni. È stata lei a presentare denuncia, dando il via a un'indagine culminata con un blitz nello studio, oggi sotto sequestro, nell'elegante quartiere dei Parioli, dove Buldrini riceveva le clienti, un ambulatorio clandestino, completamente privo di autorizzazioni.

All'arrivo dei carabinieri, a maggio, Buldrini ha negato di essere medico, prendendo le distanze dai fatti. Ha però ammesso implicitamente che in quello studio operava anche un certo

“Carlo Bravi”. Un nome che ritorna e che ora potrebbe essere ascoltato dalla procura, insieme a Lizàrraga, per chiarire i contorni di quella che appare come una rete di operazioni estetiche svolte al limite della legalità.

«Attendiamo l'esito dell'autopsia – ha spiegato l'avvocato Francesco Tassini, legale di Lizàrraga – Il mio assistito è devastato da quanto accaduto». «Assieme all'Ordine dei medici – ha fatto sapere il governatore del Lazio Francesco Rocca – stiamo lavorando a un provvedimento che consenta, tramite QR code, una chiara identificazione di ciò che è consentito fare in uno studio medico, con riferimento anche alle specializzazioni del personale sanitario presente».

1 L'intervento nella clinica fai da te

Il 7 giugno Ana Sergia Alcivar Chenche si sottopone a un intervento di liposuzione nell'ambulatorio di Primavale del medico peruviano José Lizàrraga Picciotti

2 Il malore della paziente e i ritardi nei soccorsi

La paziente durante l'intervento si sente male ma i medici non allertano subito i soccorsi e tentano di rianimarla. Senza però macchinari di primo intervento, come il defibrillatore

3 Aperta un'inchiesta per omicidio colposo

La procura di Roma ha aperto un fascicolo per omicidio colposo. Oltre a Lizàrraga, sono indagati l'anestesista e un'infermiera. Nell'inchiesta anche il personale dell'ambulanza privata



IL "QUASI CANDIDATO"

Sanità: l'evento
con Cirielli costa
1 milione di Pnrr

◉ MANTOVANI A PAG. 14

STATI GENERALI

IL CONVEGNO LA MOGLIE, DIRIGENTE DEL MINISTERO, INVITA ANCHE IL MARITO, CHE STA AGLI ESTERI
I "Ciriellis", la passerella della Salute
a Napoli costerà 900 mila € tolti al Pnrr

Lunedì 16 e martedì 17 il ministero della Salute organizza a Napoli i primi Stati generali della Prevenzione. Tutto il mondo sanitario a convegno con il presidente Sergio Mattarella, visite e *screening* gratuiti (già *sold out*, ma la Regione aprirà altri centri) e media partner del calibro di Radio Kiss Kiss e Rai Campania. Che ci azzecca il viceministro degli Esteri, Edmondo Cirielli? C'entra, spiegano alla Salute, perché ha la delega all'Organizzazione mondiale della Sanità. Da cui buona parte della destra vorrebbe uscire. E intanto l'Italia si astiene sull'accordo Oms sulle pandemie con altri 10 Paesi tra cui Russia, Iran e Israele.

Guai a pensare che l'invito a Cirielli, uomo forte di Fratelli d'Italia in Campania, abbia a che fare con la sua possibile candidatura alla Regione in autunno. "Insinuazioni", si indignano alla Salute. Epperò la regia degli Stati generali è nelle mani di Maria Rosaria detta Mara Campitiello, capo dipartimento della Prevenzione, della

Ricerca e delle Emergenze e compagna di Cirielli, non priva di ambizioni politiche. È lei che firma l'appalto senza bando da 747 mila euro più Iva - oltre 900 mila, fondi Pnrr da spendere - alla Kidea Srl di Napoli che gestisce la Stazione marittima. E le spese non finiscono lì. Ci saranno il presidente della Campania Vincenzo De Luca e il sindaco Gaetano Manfredi, entrambi di centrosinistra, tutti i partiti, le Regioni, le società scientifiche, le corporazioni sanitarie e qualche associazione. Mancano solo i sindacati non medici e la Fondazione Gimbe, che ogni due per tre ricorda come i governi di tutti i colori abbiano defianziato la sanità pubblica, a vantaggio dei privati per i quali curare è meglio che prevenire. Centoventi relatori mal contacti, solo del ministero parlano il ministro Schillaci, il sottosegretario Marcello Gemmato e ben dieci diri-

genti. Chissà quante tessere di FdI hanno fatto in questi anni alla Salute. Chiude Giorgia Meloni, forse in video.

I convegni aiutano, speriamo che arrivino pure i soldi e politiche sensate per la prevenzione. Ai tempi del Covid non si parlava d'altro, ora gli indici arrancano: dai vaccini agli *screening* oncologici, per non dire di stili di vita, alimentazione, ecc... Napoli sta peggio di altre metropoli. Il piano Prevention Hub è ancora uno spot e intanto la spesa per la prevenzione è passata dai 10,4 miliardi del 2022 (quando c'era ancora il Covid) agli 8,5 del 2023: meno 18,6% (dati Istat-Sha sui consuntivi). La previsione è 6,4 per il 2024 e 6,7 per il 2025: + 4,6%. In bocca al lupo.

ALESSANDRO MANTOVANI

**VICEMINISTRO
POTREBBE
ESSERE
IL CANDIDATO
FDI CAMPANIA**



Edmondo Cirielli e Mara Campitiello ANSA

