

3 giugno 2026

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

Le strutture del privato accreditato sono al limite

Il grido d'allarme proviene dall'Arìs Piemonte (Associazione religiosa istituti socio-sanitari): il budget regionale insufficiente e il mancato rinnovo contrattuale penalizzano l'intero settore

L'INTERVISTA / 1

Mal comune, mezzo gaudio. È un detto che non vale se il male in questione riguarda la marea di problemi che si trova ad affrontare il sistema sanitario italiano. Quello pubblico e quello privato, per motivi diversi ma con conseguenze che mettono a rischio il servizio. Nella nostra regione, il mondo del privato accreditato sta vivendo un momento complesso, stritolato dal blocco dei budget (fermi a oltre dieci anni fa) e dalla fuga del personale.

Tra le realtà attive, un contributo importante proviene dalle strutture cattoliche. Solo nel Cuneese, tra la fondazione dei Santi Lorenzo e Teobaldo (che gestisce la Residenza di Rodello e altre strutture in Langa) e la Stella del mattino a Boves, si parla di circa 300 dipendenti, di cui circa 200 nella prima, tra medici (che sono il 10%), infermieri e fisioterapisti. «Sono famiglie che dipendono da noi», dice Marco Salza, presidente di Arìs Piemonte (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), di cui le realtà in questione fanno parte.

Ad aprile c'è stato uno scio-

pero nazionale che ha coinvolto i lavoratori delle strutture Arìs e Aiop (Associazione italiana ospedalità privata): qual è la posizione della vostra associazione, Salza?

«Sosteniamo la legittima richiesta da parte dei lavoratori di ottenere un adeguamento contrattuale. Spesso si crea un equivoco: anche noi rientriamo a pieno titolo nel sistema sanitario nazionale. Le nostre strutture offrono un servizio pubblico, essendo accreditate e convenzionate. Non c'è motivo per cui i nostri lavoratori debbano essere penalizzati. Parliamo dei più deboli della filiera: a causa dei mancati rinnovi, c'è chi ha perso fino al 22% del potere d'acquisto, basti pensare che un infermiere della sanità privata guadagna mediamente 500 euro in meno al mese rispetto a un collega del settore pubblico».

Questa differenza salariale che impatto ha sulla gestione delle vostre strutture?

«Ha conseguenze devastanti sul reclutamento e sulla fidelizzazione del personale. C'è una carenza di medici e infermieri che è ormai struttu-

rale. Se il contratto che possiamo offrire è economicamente debole, diventa quasi impossibile trovare professionisti. E anche quando riusciamo a contrattualizzare qualcuno, magari giovani appena laureati, assistiamo a un continuo transito verso la sanità pubblica. Investiamo mesi nella ricerca e nella formazione, per poi ritrovarci scoperti».

Ci sono territori che soffrono più di altri in Piemonte?

«La geografia conta. A Torino, per esempio, riusciamo ancora a lavorare in sinergia con l'università, ma se ci spostiamo nella provincia di Cuneo - penso a strutture significative come la Residenza a Rodello e la Stella del mattino a Boves -, la fatica è doppia perché

manca un bacino accademico di riferimento. Siamo dunque costretti a cercare personale all'estero, scontrandoci con barriere linguistiche e lungaggini burocratiche per il riconoscimento dei titoli. Tutto questo mentre la complessità dei pazienti aumenta: gli ospedali, per alleggerire la pressione, ci inviano persone con forti instabilità cliniche, in fasi molto più acute rispetto al passato. Il carico risulta maggiore».

E i rinnovi contrattuali?

«Come associazione **Aris**, nel 2020 abbiamo firmato il

contratto nazionale della sanità privata sulla base di una promessa formale fatta dal Ministero della salute e dalla conferenza Stato-Regioni, che si erano impegnati a coprire il 50 per cento degli oneri finanziari. Quella promessa nella nostra Regione Piemonte non è stata mantenuta e le strutture hanno dovuto farsi carico interamente degli aumenti, mettendo a rischio la propria tenuta gestionale. Nel 2024 abbiamo firmato un accordo ponte per le residenze per anziani, senza reali garanzie per

quanto riguarda le entrate. Il confronto per il nuovo contratto nazionale, per residenze e centri di riabilitazione, è partito a luglio del 2025. C'è una forte pressione da parte dei sindacati per firmare e noi stessi vogliamo riconoscere i diritti dei lavoratori. Ma se le Regioni non mettono delle risorse reali, sottoscrivere un contratto senza coperture significa decretare il fallimento e la chiusura delle nostre strutture».

Roberto Aria

**LA CARENZA DI FIGURE
PROFESSIONALI RESTA
GRAVE, SOPRATTUTTO
NELLE AREE PERIFERICHE**

500 in meno del pubblico:
lo stipendio mensile
euro di un infermiere oggi
operativo nel privato

GAZZETTA D'ALBA

02/06/2026

L'incremento delle rette è fuori discussione

IL PUNTO Da Torino, ogni anno, sono elargiti quasi settecento milioni di euro alle tante realtà che, con il loro lavoro, integrano l'offerta del servizio sanitario nazionale in ambito medico e riabilitativo. La cifra però è inferiore a quella di altre Regioni e provoca ricadute negative

LA FONDAZIONE

Della fondazione dei Santi Lorenzo e Teobaldo fanno parte la Residenza di Rodello, la Pineta di Cerretto Langhe e la casa famiglia di Narzole: alla presidenza c'è don Valerio Pennasso, il quale conferma le difficoltà evidenziate dall'Aris. «Reperire personale è davvero molto complicato, a partire dai medici, che non sono allettati da strutture in periferia, ma anche per Oss e infermieri», spiega. Dopo un periodo trascorso nelle strutture, «molti lavoratori, specialmente in certi ambiti, vanno in altre realtà private, dove possono spuntare retribuzioni maggiori tramite il pagamento della singola prestazione, o partecipano ai concorsi della sanità pubblica».

Sullo stanziamento economico della Regione Piemonte, Pennasso fa una riflessione: «Il contratto è fermo al 2012: chi andrebbe ancora avanti con accordi che hanno quasi quindici anni? In questo periodo l'inflazione e i costi sono aumentati parecchio. La sanità cattolica non persegue il guadagno, bensì il pareggio di bilancio: il risultato è comunque sempre più difficile da ottenere, soprattutto perché, per mantenere i servizi all'avanguardia, occorre investire e anche parecchio». Oltre a bollette e materie prime, sul bilancio pesa in effetti il costo

del lavoro. «In precedenza, applicavamo il contratto Aris Rsa, mentre l'anno scorso abbiamo aggiornato la remunerazione dei nostri lavoratori al contratto Aris sanità. È importante concedere il giusto equilibrio tra lavoro e vita familiare: se un dipendente si trova male, alla fine andrà via», spiega.

Altra questione riguarda il pagamento delle rette da parte degli ospiti: «Sebbene si faccia fatica, non le possiamo aumentare: ne andrebbe del bilancio delle

famiglie. E le quote della convenzione per i pazienti che svolgono riabilitazione prevedono, per contratto, un tetto massimo che non possiamo superare». Don Pennasso ipotizza anche scenari futuri: «Fino a oggi abbiamo proseguito normalmente con le nostre attività, ma se i conti continueranno a non quadrare e mancherà il personale, saremo costretti a rinunciare a erogare certi servizi».

Un aiuto è arrivato da alcuni investimenti nel settore energetico e nella parte informatica, che hanno ridotto le uscite, permettendo di migliorare la sostenibilità. «Lo abbiamo potuto fare grazie a contributi di vari enti, come fondazioni bancarie e Ministero». A fornire aiuto, nelle strutture ci sono anche i volontari, che si

occupano di accompagnamento e animazione: «Con il Comune di Rodello è stata firmata una convenzione per un progetto di inserimento di persone con disabilità».

In un contesto generale in cui l'età media è in continuo aumento, «gli ospiti delle Rsa sono di più rispetto a quelli indicati nella convenzione con la Regione, per cui i contributi arrivano solo per una parte di essi. C'era l'impegno, tempo fa, a riconoscere agli ospiti che usufruiscono della convenzione una percentuale maggiore, sep-

pur minima, ma alla fine è stato fatto nulla».

Riguardo ai 698 milioni riconosciuti dalla Regione ai privati accreditati, conclude: «Aris sta portando avanti le trattative. Siamo nella fase della rivalutazione da parte della Regione delle modalità di redistribuzione delle risorse. Tutto ciò sarà fatto quando? E le risorse resteranno sempre le stesse? Se non aumenteranno, si rischierà davvero il taglio di posti». **d.ba.**

Fino a oggi abbiamo proseguito normalmente, ma se i conti continueranno a non quadrare, saremo costretti a tagliare alcuni servizi

DON VALERIO PENNASSO

PER AVERE UN LIVELLO ALTO DI PRESTAZIONI È NECESSARIO INVESTIRE, MA È MOLTO DIFFICILE



Il grande complesso di Rodello.

GAZZETTA D'ALBA

02/06/2026

«Abbiamo un centinaio di volontari: garantiscono servizi di assistenza preziosi»

■ Suor Marta Marini è la direttrice della Piccola casa della divina Provvidenza del Cottolengo, in via Vernazza. Anche se la struttura non fa parte del mondo **Aris**, le problematiche da affrontare sono molto simili per quanto riguarda la gestione e il nodo del personale. «La situazione è migliorata rispetto ai tempi della pandemia, ma rimane sempre difficile», esordisce la direttrice. «Le difficoltà si evidenziano soprattutto nel reperire gli Oss, gli operatori sociosanitari e, in misura minore, gli infermieri. Le norme richiedono, a seconda della quantità di ospiti e della loro condizione di salute, un determinato minutaggio, ossia la presenza di un certo numero di addetti durante i turni: a volte non possiamo garantirlo a pieno e ciò ci impedisce di arrivare alla capienza completa della struttura. La questione del personale ha ricadute su

tutto il sistema», precisa. Sotto le torri il Cottolengo è una realtà storica e dispone di novantanove posti letto, di cui dodici per gli ospiti autosufficienti, trenta per i disabili e i restanti per gli anziani che hanno bisogno di assistenza. «Per le persone con disabilità è necessaria, per legge, la presenza di figure aggiuntive, come l'educatore, mentre per gli ospiti non autosufficienti devono essere assicurate alcune ore di fisioterapia, necessarie per garantire il loro benessere», prosegue Marini. Rispetto al passato, la direttrice ha notato alcuni cambiamenti: «Chi lavora da noi tende a rimanere meno tempo e, appena può, passa nella sanità pubblica. È un loro diritto e possiamo fare nulla. Proprio in questo periodo l'ospedale ha indetto un concorso e, con molta probabilità, a breve alcuni operatori ci lasceranno. Oltre

agli italiani, sono aumentati di molto gli stranieri». Grazie ad alcuni corsi promossi dall'Apro, spiega la direttrice, «alcuni operatori hanno potuto ottenere le qualifiche necessarie per proseguire il lavoro nell'ambito sanitario. Per noi, si è trattato di un grande aiuto, che ci ha permesso in parte di dare una risposta ai nostri bisogni». Come personale esistono anche altre figure: «Abbiamo anche due medici e un direttore sanitario. Oltre a questi professionisti, però, dobbiamo sicuramente ringraziare i nostri preziosi volontari, che sono più di un centinaio: sono riuniti in un'associazione interna, garantiscono assistenza e servizi che, diversamente, non potremmo erogare. Le loro attività includono il supporto nella distribuzione dei pasti, i trasporti, poi la portineria e vari laboratori. Grazie a loro, la qualità di

vita degli ospiti aumenta notevolmente». Disabili e anziani non autosufficienti possono usufruire anche della convenzione regionale, che interviene sulle rette coprendo i costi per le strutture: «Purtroppo le somme che la Regione ci concede per il servizio sono molto inferiori rispetto alla media nazionale e non sono sufficienti al fabbisogno. Nel pagamento delle spese ci vengono in supporto soprattutto le offerte di privati: siamo una realtà riconosciuta che, da oltre cent'anni, è presente in città. Credo che ci salvi anche il fatto di essere una casa abbastanza grande: strutture più piccole sono costrette purtroppo a chiudere». **d.ba.**



Una festa al Cottolengo con gli ospiti e la Famija albèisa.

Piloni (Pd): "Mancano posti letto nelle RSA e vanno rimborsate le rette per i malati di Alzheimer"

29 maggio 2026

Ieri in commissione Sostenibilità Sociale sono state audite le associazioni che rappresentano gli enti gestori delle RSA lombarde, UNEBA, **ARIS** e ANASTE, che hanno portato all'attenzione dei consiglieri regionali problematiche e criticità legate soprattutto alla carenza di posti letto contrattualizzati e alla loro inadeguata remunerazione che rischia di gravare sulle rette degli ospiti, alla necessità di riaprire le contrattualizzazioni per poter rispondere alla crescente domanda di posti letto e non ultimo al tema dei rimborsi per le rette degli ospiti affetti da Alzheimer e altre patologie neurodegenerative. “Non c'è niente di nuovo nelle criticità evidenziate dalle RSA – commenta il consigliere regionale del Pd Matteo Piloni - e altrettanto, purtroppo, non c'è niente di nuovo da parte della maggioranza di centrodestra in Regione Lombardia che, nonostante da inizio legislatura sia stata regolarmente aggiornata dagli enti sulle difficoltà di gestione e sul rischio di collasso di molte realtà a fronte di costi crescenti e carenza di personale, non ha ancora messo in atto la necessaria svolta per provare a garantire la tenuta della rete di RSA lombarde”.

Matteo Piloni
Consigliere Regionale PD



la Repubblica



Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
MARIO ORFEO



DOMANI IN REGALO

Il quarto album
con le prime pagine
di Repubblica

R sport
Il tennis azzurro
non è un miracolo
di **STEFANO MELOCCARO**
a pagina 39



Mercoledì
3 giugno 2026
Anno 51 - N° 136
Oggi con
Green&Blue
In Italia **€ 1,90**

Bruciati vivi perché volevano essere pagati

I quattro braccianti uccisi nel Cosentino avevano chiesto di non lavorare più gratis. Parla l'unico superstito: "Ci davano solo il cibo". Fermati due pakistani

dal nostro inviato

CORRADO ZUNINO AMENDOLARA

Li hanno bruciati vivi, dentro un monovolume scuro che li stava riportando a casa dopo otto ore trascorse a raccogliere fragole sulla costa jonica della Calabria. Due caporali pakistani sono stati fermati nella notte.

alle pagine 2 e 3

servizi di **DI GIROLAMO e FOSCHINI** a pagina 4



La carcassa dell'auto nella quale sono stati uccisi i quattro braccianti

Non chiamateli invisibili

di **LIRIO ABBATE**

Per ucciderli non è bastato il fuoco. Chi li ha assaliti in pieno giorno ha atteso che le fiamme riempissero l'abitacolo e ha bloccato le portiere del minivan perché nessuno potesse scappare. È un dettaglio che resta addosso più delle immagini dei corpi carbonizzati trovati davanti a una pompa di benzina sulla statale 106 Jonica, nel Cosentino.

a pagina 17

L'Italia di Mattarella

Il presidente e gli 80 anni della Repubblica: "Grande atto di libertà, Costituzione casa comune". Il dialogo con i giovani: "Siamo un popolo figlio di migrazioni". Salvini diserta la parata ai Fori

La democrazia
religione civile

di **CARLO GALLI**

Che cosa può significare questo 2 giugno? Come unire, oggi, la storia e l'educazione civica, il passato e la ragionevole speranza nel futuro? È la domanda che sta implicitamente alla base dell'iniziativa "Ne parliamo con il Presidente", il dialogo tra Mattarella e alcuni giovani che si è svolto ieri intorno a problematiche di grande rilevanza, al centro dell'interesse e delle preoccupazioni delle nuove generazioni - la tenuta democratica del Paese, il calo della partecipazione politica, la crisi del diritto internazionale, la questione ambientale e climatica, l'automazione delle attività lavorative, le difficoltà inerenti l'inclusione sociale, la denatalità, la gestione della nuova frontiera dello spazio -. Il pacato e argomentato ottimismo delle risposte del Presidente si fonda sulla «solidità dei valori nazionali», istituiti appunto nel lontano 1946, che Mattarella comunica e spiega agli interlocutori, mostrando come da quella data discenda una linea politica ancora valida.

continua a pagina 17

di **CONCETTO VECCHIO**

Lo preoccupano «gli uomini soli al comando». L'attacco alle corti internazionali. I monopolisti senza regole dell'intelligenza artificiale. Ma è anche pieno di ottimismo sull'Italia che verrà. Ha fiducia nei giovani, a cui concede una lunga intervista, in onda su Rai Uno, che è un po' la summa del suo pensiero.

a pagina 6

servizi di **BEI, CERAMI e SANNINO**

alle pagine 6, 7 e 9



La festa in piazza del Quirinale a Roma

Pioggia di droni
sull'Ucraina
Putin fa strage
di civili a Kiev

di **FABIO TONACCI**

a pagina 20



Trump-Netanyahu
la lite al telefono
"Pazzo, senza di me
saresti in galera"

di **PAOLO BRERA
e ANNA LOMBARDI**

alle pagine 14 e 15

it.ex
ITALIAN ASSOCIATION OF INTERNATIONAL EXPERTS
IT-EX. L'Italia che espone il futuro.

L'INTERVISTA
di **GIANLUCA DI FEO**

Luongo:
"Così cambiano
i carabinieri"



Salvatore
Luongo
comandante
generale dei
carabinieri

a pagina 11

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281



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

DIFENDIAMO L'EUROPA
VALLEVERDE logo

Ilaria e Riccardo, infermieri
«Così abbiamo salvato un bimbo sull'aereo»
di Marianna Peluso a pagina 22

Juan Carlos Ferrero
«Sì, allenerei Sinner ma Alcaraz è più forte»
di Gaia Piccardi alle pagine 42 e 43

VALLEVERDE logo

Una proposta
LA SFILATA DEGLI STATI D'EUROPA
di Paolo Mieli

Cinquant'anni fa quella del 2 giugno era una parata rituale a contestare la quale c'erano solo gli antimilitaristi radicali di Marco Pannella e qualche piccolo gruppo di pacifisti. Poi per decenni quell'esibizione della nostra potenza militare fu soppressa. Finché, all'inizio del suo settennato, l'ha riportata in vita Carlo Azeglio Ciampi ma nelle forme attuali ad un tempo patriottiche, festose e prive di muscolarità. Anche se non può sfuggire il significato del fatto che reparti in divisa e non sfilino inquadrati e rivolgendosi al capo dello Stato. Ci si potrebbe domandare: cosa c'entra una parata con la ricorrenza del giorno in cui l'Italia decise di darsi una forma repubblicana? Il significato è chiaro: una volta scelta la Repubblica, dobbiamo essere pronti, oggi come allora, a difenderla. In qualsiasi momento. Armi in pugno se necessario. E lo stesso discorso dovrà valere per la seconda Patria a cui abbiamo liberamente deciso di appartenere: l'Europa. Domenica scorsa, in un'intervista a Paola Di Caro pubblicata su questo giornale, Guido Crosetto, ministro della Difesa (o, come lui preferirebbe si dicesse, «ministro della difesa della Pace») ha raccontato che anche nel suo schieramento c'è chi non capisce o non vuole capire quanto sia importante rispettare l'impegno preso dai Paesi aderenti alla Nato ad alzare fino al 3,5% del Pil per le spese militari. continua a pagina 28



Il presidente Sergio Mattarella saluta gli attori, gli sportivi e gli scrittori protagonisti dello spettacolo al Quirinale per le celebrazioni del 2 giugno

2 Giugno Salvini, l'assenza è un caso
La parata, la festa e il monito di Mattarella: «No alla barbarie»
di Monica Guerzoni

Una festa di colori, a Roma, la parata militare lungo i Fori Imperiali, con il sorvolo delle Frece Tricolori per l'86esimo anniversario della Repubblica. Il presidente Mattarella e le guerre: «No alla barbarie». Fa discutere l'assenza del leader leghista Salvini. da pagina 2 a 5
Baccaro, Frignani, Logroscino

L'INTERVENTO DELL'ATTRICE CORTELLESI
Il voto e il ruolo delle donne
di Paola Cortellesi

Ottant'anni fa nasceva la Repubblica Italiana. Nacque dalla lotta partigiana degli uomini e delle donne della Resistenza. continua a pagina 4

Il tycoon sull'Iran: il dialogo avanza. Raid russi; strage di civili in Ucraina, due bambini tra le vittime
Libano, le bombe e la lite

Trump, tensione e insulti al telefono con Netanyahu: sei un fottuto pazzo

di Viviana Mazza e Marta Serafini
Medio Oriente in fiamme. Il presidente Donald Trump insulta al telefono il premier israeliano Benjamin Netanyahu: «Sei un pazzo». La Casa Bianca, però, è fiduciosa sull'esito della crisi con l'Iran: «Il dialogo con Teheran va avanti». Sul fronte europeo pesante attacco di Mosca in Ucraina. Decine le vittime tra i civili. Anche due bambini. da pagina 6 a pagina 11
ORALE CONDANNA DI UN SIKHI
Mori in manette per false accuse di razzismo
Choc a Londra
di Luigi Ippolito a pagina 17

Calabria Braccianti uccisi, due arresti. Parla il sopravvissuto
Il filmato della videosorveglianza: i due assassini bloccano dall'esterno le portiere dell'auto e gettano benzina sui braccianti imprigionati
«Per noi solo cibo, soldi mai. Io uscito dal bagagliaio»
Bruno, Gramigna e Sciacca alle pagine 18 e 19

PER INVESTIRE SULL'ENERGIA
Conti, l'apertura della Ue: l'Italia può spendere fino a 14 miliardi
di Francesca Basso e Simone Canettieri
Da Bruxelles arriva il via libera alla flessibilità. E per l'energia sono 7 miliardi all'anno. L'Italia aveva chiesto di poter estendere la clausola di salvaguardia, prevista per le spese di difesa, alle misure già in vigore per arginare la crisi energetica. Manovra che consente di derogare al patto di Stabilità per 18 mesi. alle pagine 12 e 13
Ferraino, Marro
LEI REPLICA: FOLLIA
Boccia e la ferita a Sanguiliano
I legali di lui: tentato omicidio
di Virginia Piccolillo a pagina 15

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini
La scena si svolge nella piazzola di un distributore. Le immagini delle telecamere mostrano due uomini che bloccano a forza le portiere dell'auto per impedire alle persone che stanno dentro di uscire. Poi uno di loro versa del liquido infiammabile dal portellone posteriore e gli dà fuoco. Un passeggero riesce a scappare dal bagagliaio, ma gli altri quattro muoiono bruciati vivi, come nel passato accadeva agli eretici. Sono braccianti, in prevalenza afghani. La loro colpa? Pretendevano di essere pagati. I «caporal» che hanno eseguito la sentenza vengono dal Pakistan: quanto basta agli emuli di Pontio Pilato per scrivere sui social «si ammazzano tra loro» e continuare a scrollare il telefonino. Scusatelo, però una cosa la devo dire: non

La disintegrazione
tanto a Vannacci, che una soluzione in testa ce l'hanno, per quanto cinica e impraticabile. Ma agli altri, compreso me. La sensibilità dei fautori dell'accoglienza ha una gittata molto breve: si ferma sulla spiaggia. Una volta che il migrante è scampato alla morte, nessuno si preoccupa di dargli anche una vita. Ci si affida alla selezione darwiniana: i più bravi e fortunati ne vengono fuori in qualche modo, gli altri vanno a ingrossare le file della manovalanza criminale e della manodopera servile. La condizione di irregolari li espone poi al ricatto di chiunque eserciti un potere sul loro destino. Questa è la realtà: smettiamola almeno con l'ipocrisia di chiamarla integrazione. È semmai la disintegrazione di qualsiasi forma di umanità.

Futuro in corso.
Crediamo che la transizione sostenibile abbia bisogno di comunità aperte e partecipative. Anche adesso, anche qui.
EDISON
Diventiamo l'energia che cambia tutto.

LA CHIESA
Maria nuova voce del Papa nel Vaticano che cambia

GIACOMO GALEAZZI - PAGINA 18



IL CASO DEL FILM DA TAGLIARE
Kinski, Wenders e i limiti tra rispetto e libertà

FABRIZIA GIULIANI - PAGINA 27



PARIGI, OGGI I QUARTI CON TRE AZZURRI
Leconte: italiani incredibili Cobolli può fare il colpo

STEFANO SEMERARO - PAGINE 28 E 29

190€ II ANNO 160 II N.147 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

MERCOLEDÌ 3 GIUGNO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



KIEV, A QUATTRO ANNI DI DISTANZA PUTIN CONTINUA A BOMBARDARE E COLPIRE DONNE E BAMBINI



Non è mai finita

2022

FILIPPO FEMIA, GIOVANNI PIIGNI

2026

Lo Zar e il prezzo della sconfitta

ANNA ZAFESOVA - PAGINA 3

Così l'Europa diventa più atomica

STEFANO STEFANINI - PAGINA 4

Asinistra, una delle prime donne ferite a Kiev nel 2022, a destra un'altra donna colpita dagli attacchi di ieri - PAGINE 2 E 3

LA TELEFONATA TESA FRA I LEADER DI USA E ISRAELE. NUOVI RAID NEL SUD DEL LIBANO, 6 MORTI

Trump a Netanyahu: sei un pazzo

IL COMMENTO

Donald e Bibi relazioni pericolose

FRANCESCA MANNOCCHI

Lunedì sera, poche ore dopo che Netanyahu aveva ordinato all'esercito israeliano di prepararsi a colpire il quartiere di Dahiyeh nel Sud di Beirut, Trump lo ha chiamato al telefono. Secondo Axios, Trump lo ha chiamato «pazzo». - PAGINA 7

DELLA MICHELINA, SEMPRINI



La telefonata fra Trump e Netanyahu non ha fermato gli scontri tra Israele e Hezbollah ma ha reso evidente la priorità americana. - PAGINE 6 E 7

LE IDEE

Se solo la guerra governa il mondo

GABRIELE SEGRE

C'è una sola istituzione che gode davvero di ottima salute su questo confuso pianeta. La guerra. Mica come la politica, che osserva gli eventi dal balcone delle grandi intenzioni e raggiunge solenni discorsi di tutto. - PAGINA 6

CONTI PUBBLICI



Energia, il sì dell'Ue vale 13 miliardi "Ma l'Italia investe"

BRESOLIN, LOMBARDO, MONTICELLI

Tredici miliardi e mezzo di euro: è il margine di flessibilità che la Commissione europea è disposta a concedere al governo italiano per sostenere gli interventi contro il caro-energia nell'arco del prossimo biennio. Per farlo, ha accettato di mettere a disposizione uno strumento che va nella direzione indicata da Giorgia Meloni nella lettera a Ursula von der Leyen. - PAGINE 8 E 9

LE STRATEGIE

La flessibilità non taglia le accise

VERONICA DE ROMANIS

«Flessibilità» è la nuova parola magica. Indica quella quota di debito degli Stati membri esclusa dal calcolo ai fini del rispetto del Patto di Stabilità e Crescita. Tutti chiedono più «flessibilità»: la maggioranza la invoca per finanziare le spese legate alla crisi energetica, l'opposizione per sostenere la sanità. - PAGINA 23

IL RISIKO BANCARIO

Unicredit al 53% di Commerzbank

GIULIANO BALESTRERI

La resistenza tedesca all'offerta di Unicredit si sgretola come un castello di sabbia. Non tanto per la pioggia che cade copiosa su piazza Gae Aulenti, quanto per le scelte degli investitori. - PAGINA 20

2 GIUGNO

Mattarella "I nostri giovani salveranno la Repubblica"

UGO MAGRI



Se avesse 60 anni in meno e incominciasse ora a fare politica, Sergio Mattarella si batterebbe anzitutto contro la denatalità. Solleciterebbe iniziative a sostegno delle famiglie. Metterebbe al centro il capitale umano insidiato da intelligenza artificiale e robot. Il presidente lo ha confidato in una conversazione con alcuni giovani proposta dalla Rai. AMABILE, DI MATTEO, GRIGNETTI

CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 10-12

IL DISCORSO

Tina, Irma e Nilde la lezione delle donne

PAOLA CORTELLESI



PAGINA 18

LE IDEE

La Festa e il futuro della memoria

ANNA FOA - PAGINA 11

IL DIBATTITO

Quel vuoto riempito dalla Costituzione

SERENA SILEONI - PAGINA 22

ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502

VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA
IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLO OGGETTO



LA STRAGE DEI PAKISTANI IN CALABRIA, A CASA DEL SOPRAVVISSUTO

"I miei amici bruciati vivi erano schiavi"

IL RACCONTO

La barbarie sotto i nostri occhi

MIMMO GANGEMI

Accidere non è stato l'asfalto della Statale 106, l'eterna assassina, l'eterna incompiuta. E non è stata la 'ndrangheta. - PAGINA 25

NICCOLÒ ZANCAN

«Con la testa», fa segno Taj Alamyar. «Ho sfondato il finestrino con una testata, poi ho spaccato i vetri con le mani. Tutti stavamo urlando, ma solo io sono riuscito a tirarmi fuori da quell'auto che bruciava». È per le fragole. Le fragole sono buone. Ma qui hanno ammazzato quattro ragazzi di vent'anni perché chiedevano la paga. D' AUTILIA - PAGINE 16 E 17

L'INTERVISTA

Saviano: caporalato governo indifferente

FEDERICO GENTA

«L'agricoltura italiana è morta, e questo governo non conosce nemmeno lontanamente il problema» dice Roberto Saviano. - PAGINA 17



Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 148 - N° 149
Sped. in A.P. 0333/2003 conv. L. 66/2004 art.1 c.1 03/3/01

NAZIONALE



Mercoledì 3 Giugno 2026 • S. Carlo Lwanga

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)

IL 2 GIUGNO/GLI 80 ANNI DAL REFERENDUM ISTITUZIONALE, MATTARELLA: DECISIONE STORICA

La Repubblica del futuro siamo noi

Il Presidente Sergio Mattarella con i ragazzi che hanno partecipato all'incontro sul tema "La Repubblica che verrà". Bechts, Pace e Fanalisi di Maria Serena Sapegno da pag. 2 a pag. 9

L'editoriale

IL VALORE DELLA PIAZZA

Paolo Pombeni

È una celebrazione molto impegnativa quella degli ottant'anni della repubblica e della elezione della Assemblée Costituente che doveva dare al Paese la sua nuova Carta fondamentale. Non solo perché invita a riflettere su una storia ormai lunga, ma perché si colloca in un momento in cui la memoria di quegli eventi viene stratonata nella polemica politica, cercando di stabilire chi fra le componenti è davvero figlio, chi solo figliastro, chi estraneo in rapporto a quelle radici.

Mattarella ha scelto, senz'altro dopo adeguata riflessione, di rispondere all'uso divisivo di quelle memorie tornando a ribadire che Repubblica e Costituzione non sono solo due momenti storici isolati, per quanto importantissimi, ma sono vita corrente, esperienza continua dell'Italia che in questa cornice vive oggi così come ha fatto da ottant'anni a questa parte.

Ci permettiamo di dire che il Presidente ha deciso di "mettere in scena" questa realtà, ben sapendo (...)
Continua a pag. 22



GLI APPROFONDIMENTI

Il racconto

Con Cortellesi & C una festa speciale

Mrio Ajello

Si trovano a trovarsi sul Quirinale per il 2 giugno ma non nei giardini del Colle. A pag. 3

L'incontro

I giovani e le sfide della nuova Italia

Bulleri a pag. 4

I liceali romani

Stella e Christian e l'invito al Colle

Trolli a pag. 5

L'intervista

Rosaria, 103 anni: quel voto una festa

Panetta a pag. 8

La parata

L'ovazione ai Fori per i vigili del fuoco

Pinna a pag. 7

Intervista al Comandante generale Luongo «L'Arma garanzia di fiducia più IA e presenza sul territorio»

Nicola Pinna

Il comandante generale dei Carabinieri Salvatore Luongo: «La nostra forza è la vicinanza ai cittadini, così si ferma la percezione di insicurezza. Siamo pronti alla sfida della guerra cognitiva».

A pag. 11



Telefonata di fuoco: «Vi odiano tutti». Nuovi raid sul Libano Trump a Netanyahu: «Sei pazzo»

Evangelisti e i pentiti di Andrew Spannaus a pag. 13 e Roberta Amoroso a pag. 15

Deroga sulle spese per l'energia: per l'Italia vale oltre 13 miliardi SÌ Ue alla flessibilità

Fabiana Luca

La Commissione Ue pronta ad accogliere le richieste di Roma: sì alla clausola di salvaguardia ma entro lo 0,6% del Pil. A pag. 15

Fermati due caporali



Il bracciante sfuggito alla strage: ho visto i miei amici bruciare

Valeria Di Corrado

I pakistani sono accusati di omicidio plurimo aggravato da premeditazione, crudeltà e futili motivi. Il sopravvissuto: «Un orrore».

A pag. 18

INTELLIGENZA ARTIFICIALE Un nuovo alleato per la prevenzione senologica



SenoClinic VILLA MAFALDA

Via Monte delle Gioie, 5 - Roma - Tel. 06 3630 3491 - Info e prenotazioni su [senoclinicroma.com](#)

Il Segno di LUCA

CAPRICORNO NUOVE SCOPERTE

Proprio mentre fatichi un po' a mettere a fuoco la situazione in cui ti trovi, qualcosa dentro di te va assestandosi e scopri che i tuoi limiti non sono motivo di frustrazione ma possono diventare punti di riferimento sui quali costruire. Nel lavoro senti emergere una nuova sicurezza, che nasce dal superamento della paura di non essere adeguato. Stai già vincendo una battaglia e questi sono solo i primi insegnamenti che ne ricavi.

MANTRA DEL GIORNO Il senso delle cose lo inventiamo.
L'oroscopo a pag. 22

* Tariffe con altri quotidiani (non acquistati separatamente): nella provincia di Modena, Lecco, Brescia e Taranto, Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con Tuttomattino € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero • Corriere dello Sport - Stadio € 1,40; nel Molise, Il Messaggero • Primo Piano Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport - Stadio € 1,50; "Fuori porta al Mare" - € 0,90 (Roma)



Mercoledì 3 giugno 2026

ANNO LIX n° 128
1,50 €
Santi Carlo Lwanga
e Compagni
-mercoledì-

Edizione chivasso
081.08.02

Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

JFK, Morin e il compito più urgente GLI ANTICORPI DELLA PACE

MARCO IMPAGLIAZZO

Oltre 60 anni fa, il 10 giugno 1963, nei mesi successivi alla crisi di Cuba che aveva fatto temere una nuova guerra mondiale, John Fitzgerald Kennedy pronunciò un discorso all'American University di Washington che sarebbe passato alla storia come il *peace speech*: «Ho scelto questo luogo e questo momento per parlare di un tema di cui troppo spesso non si coglie l'importanza, ovvero la pace nel mondo», esordì il presidente statunitense. Per poi continuare: «Quale pace intendo? Che tipo di pace cerchiamo? Non una *paix americana*, imposta al mondo con le nostre armi. Sto parlando di una pace autentica, il tipo di pace per cui vale la pena vivere. Non abbiamo nessun compito più urgente della ricerca di questa pace».

Si tratta di frasi che segnalano lo iato tra il nostro tempo - figlio invecchiato del ordine bipolare, affascinato da nulle tensioni, assuefatto alla parola "riarmo" - e una stagione in cui, come ha scritto il Papa nella *Magnifica humanitas*, «permaneva la consapevolezza che occorre evitare ad ogni costo un nuovo conflitto mondiale».

Ma il discorso kennediano offre anche altre ragioni per accostare quelle parole ai giorni nostri: «Qualcuno dice che non ha senso parlare [di pace] finché i leader sovietici non adotteranno una politica più illuminata. Io spero che lo facciano. E credo possiamo aiutarli a farlo. Ma credo anche che dobbiamo aiutarli a farlo. Il nostro atteggiamento nei loro confronti». Non si tratta, oggi come allora, di confondere tra aggressori e aggrediti, ma di rifiutare la logica del "noi che abbiamo ragione" contro "loro che hanno torto".

continua a pagina 14

Editoriale

Intelligenza artificiale applicata al cibo CHI DECIDERÀ IL PROSSIMO PANE

MAURIZIO MARTINA

Ci sono momenti in cui la storia si fa affrontata la questione sociale nel contesto della prima grande rivoluzione industriale; oggi la Chiesa offre il suo patrimonio di dottrina sociale per rispondere a un'altra rivoluzione industriale e agli sviluppi dell'intelligenza artificiale, che comportano nuove sfide per la difesa della dignità, della giustizia e del lavoro. Il parallelo è preciso. Se Leone XIII entrò nella rivoluzione industriale parlando di operai, capitalismo e diritti sociali, Leone XIV entra nella rivoluzione digitale parlando di algoritmi, umanità e limiti etici della tecnologia. Il Papa riprende il filo della Dottrina sociale della Chiesa, chiedendo un codice etico condiviso sull'IA e arrivando a invocare il suo "disarmo". Il nodo dell'Enciclica è quindi esplicito.

continua a pagina 14

UCRAINA «Nuova fase» dell'offensiva russa con un bombardamento a tappeto: 21 vittime. Lettera dell'ambasciata alla Santa Sede



Pioggia di fuoco su Kiev e Dnipro Ma Mosca apre a una trattativa sui bambini

Lo aveva preannunciato Putin: la risposta agli attacchi ucraini sarebbe stata terribile. E così è stato. La Russia ha inaugurato una «nuova fase» del conflitto all'insegna dei bombardamenti a tappeto: almeno 22 le vittime. Colpite in particolare Dnipro e la stessa capitale Kiev. L'escalation, però, potrebbe servire a forzare il negoziato. Intanto, con una nota, l'ambasciata russa in Vaticano fa sapere che la Russia è disposta alla «cooperazione internazionale sulle questioni umanitarie legate ai minori».

Ottaviani e Scavo a pagina 5

IL FATTO Due persone arrestate per la strage alla pompa di benzina. Svelata la realtà dello sfruttamento

Orrore caporalato

Quattro braccianti afgani bruciati vivi perché chiedevano un contratto regolare
Un superstite accusa gli sfruttatori pachistani. Il vescovo Savino: «Basta silenzi»

DOMENICO MARINO

LA FESTA DEL 2 GIUGNO

Mattarella: fiducia ai giovani E Meloni si chiede «che Repubblica vogliamo?»

Celebrazioni extra per il 2 giugno a 80 anni dal referendum per la Repubblica. Il presidente Mattarella dà la parola ai giovani, in cui vede «senso di responsabilità, di valori di riferimento, di volontà di costruire una condizione di convivenza migliore». Alla tradizionale parata sui Fori imperiali, Mattarella assiste assieme alla premier Meloni, con una che «dopo 80 anni ci si debba chiedere «che Repubblica vogliamo domani». Qualche polemica per l'assenza del vicepresidente Sabitini, fra i ranghi del Governo, e dei leader delle opposizioni.

D'Angelo, De Paola, Fatigante, Lenzi, Spagnolo
sulle pagine 2-3

Corradini a pagina 9

LA STRETTA ALL'ULTIMO PASSO

Migranti, la Ue trova l'intesa sui centri nei Paesi terzi Detenzione anche di minori

I governi dell'Unione e l'Europarlamento hanno trovato un accordo politico sulla stretta ai rimpatri dei migranti, ultimo pilastro della "fortezza Europa". Il regolamento, che sostituisce una direttiva del 2008, era il tassello mancante del Pato migrazione e asilo, la riforma che sarà applicata dal 12 giugno prossimo. Il nuovo accordo sulle espulsioni prevede perquisizioni e detenzioni sino a due anni e mezzo anche per le famiglie con bambini e per i minori non accompagnati. La maggior parte delle disposizioni saranno applicate da subito.

Fassini, Ghirardelli e Rosana
a pagina 7

I nostri temi

ATLANTE AFFETTIVO

I nostri ragazzi devono poter sbagliare

LUIGI BALLERINI

Noi adulti tendiamo a essere spaventati dagli errori, soprattutto da quelli dei giovani che ci stanno a cuore.

A pagina 15

VATICANO

Comunicazione
Il Papa sceglie una giornalista Usa



Maria Montserrat Alerado

GIACOMO GAMBASSI

A pagina 17

Partecipazione e accessibilità Città a misura di tutti cambiando lo sguardo

Granata nell'allegrato

MA PER SPESE STRUTTURALI

L'Italia strappa alla Ue 6 miliardi di flessibilità

Carlini a pagina 8

L'INTERVISTA

Bazoli: «Da Dio all'IA, in dialogo coi nipoti»

Motta a pagina 8

Che desidera eternità

«Vorrei conoscere l'odore del tuo paese, camminare di casa nel tuo giardino, respirare nell'aria sale e magiessa, gli aromi della tua salsa e del rosmarino. Vorrei che tutti gli anziani mi soltassero...» ricordo esattamente la stretta al cuore che mi provocò il primo ascolto di questo brano di Francesco Guccini tantissimi anni fa ma la cosa che mi stupisce è che l'emozione profonda si ripete ogni volta che le prime note raggiungono la mia anima. Non so quali intime corde riesca a toccare questo brano, so solo che l'inizio mi pare la descrizione di un corpo talmente vivo da

sembrare eterno. Profumi, piedi che camminano un giardino che l'amore sembra, vedere paradosso e poi il respiro e gli aromi, sembra davvero la condizione perfetta di un corpo che fa esperienza di eternità, qui, adesso, come se l'Infinito fosse qualcosa non solo di possibile ma di naturale. Siamo fatti per l'amore. E l'amore non può morire «che l'oggi restasse, oggi senza domani o domani potesse tendere all'infinito». Sarà per questo che ad un certo punto il cantautore regala l'ennesima perla «...perché non sono quando non ci sei». Un corpo che non esiste se non nella relazione d'amore, siamo partoriti alla vita dall'altro. La canzone si intitola "vorrei", e mi pare una luminosissima speranza d'eterno.

© IMMAGINE ASSOCIATI

Agorà

LETTERATURA

Sofia Samatar: «Siamo tutti un po' stranieri»

Zappà a pagina 18

SCENARI

Mhalla: il XXI secolo non ci governa ma programma

Righetto a pagina 19

ATLETICA

Jacobs a Roma per tornare grande al Golden Gala

Monetti a pagina 20

LUOGHI INFINITO
LE FORME DEL PANE
Da martedì 9 giugno in edicola e online su abbonamenti.avvenire.it



317
Giugno 2026

Liste d'attesa, 2 milioni di cure in ritardo. Migliorano 16 Regioni

Salute. Arriva la piattaforma gestita da Agenas che fornirà la mappa della capacità di risposta del sistema. Marche e Veneto al top. Quasi il 50% delle prescrizioni non viene utilizzato nel Ssn

Barbara Gobbi

I tempi per ricevere visite ed esami in sanità mostrano i primi segnali di miglioramento e soprattutto sono finalmente misurabili grazie alla Piattaforma nazionale liste d'attesa, istituita a giugno di due anni fa (DL 73/2024), che sta entrando nel vivo con la possibilità di fotografare le performance delle singole regioni per poi, a regime, fornire una mappa capillare della capacità di risposta del sistema. Ma è la stessa Piattaforma a certificare, anche, ben 2 milioni di cure che nei primi quattro mesi di quest'anno - tra gennaio e aprile - i centri pubblici e privati accreditati con il Servizio sanitario nazionale non sono riusciti a erogare ai cittadini nei tempi fissati dalla legge. Un pacchetto corposo di prestazioni "mancate" - 1,3 milioni di visite e 700mila esami - che possono spingere alla rinuncia o a rivolgersi al privato pagando di tasca propria e in cui rientrano esami come la colonscopia, la gastroscopia o l'elettromiografia così come la prima visita gastroenterologica o di chirurgia vascolare.

L'occasione per fare il punto su quella che è la priorità assoluta in sanità indicata dagli utenti così come dal ministro della Salute Orazio Schilacci - che ha fatto della lotta alle code il suo cavallo di battaglia rivendicando l'avvio della Piattaforma come «un'operazione trasparenza arrivata a oltre 47 anni dalla nascita del Servizio sanitario nazionale» - è stata la presentazione ieri a Roma del nuovo "cruscotto 2.0" ideato da Agenas,

l'Agenas per i servizi sanitari regionali che gestisce la Piattaforma.

Tra gennaio 2025 e aprile 2026 il sistema ha acquisito oltre 65 milioni di prenotazioni - 32 milioni per prime visite specialistiche e 33 milioni per esami diagnostici - mettendo sotto la lente quattordici prime visite e ventidue gruppi di esami. Nei primi quattro mesi del 2026, rispetto allo stesso periodo 2025, 16 regioni su 21 miglioreranno in tutte le classi di priorità: per le prime visite la percentuale passa dal 76% al 78,7% e per la diagnostica si va dall'83% all'84,7%. Un'accelerazione che, come ha sottolineato il direttore generale Agenas, Angelo Tanese, «è più marcata per le prestazioni urgenti da erogare entro 72 ore e per quelle in classe B da garantire entro dieci giorni, a riprova della capacità di risposta del sistema sanitario, che è ormai in marcia sul recupero dei tempi, nel gestire le richieste delle persone con bisogni clinici più immediati». Per le prime visite però da un anno all'altro peggiorano Abruzzo, Trento, Sardegna, Sicilia e Valle d'Aosta, mentre sulla diagnostica sono in calo Umbria, Sicilia, Trento, Bolzano, il Piemonte e di nuovo l'Abruzzo, anche se quest'ultima è tra le regioni che mostrano un balzo sulle urgenze crescendo dal 76,5% all'85,6% per le prime visite. Al top, per tutte le classi di priorità, si piazzano le Marche per le visite (94,7% di rispetto dei tempi) e il Veneto con il 97% per la diagnostica.

Restano in campo criticità "macro", che la Piattaforma riesce a intercettare sempre più, man mano che si alimenta: spie di inappropiatezza

prescrittiva, di mancata formazione e di "buchi" nei sistemi informatici che impattano sulla vita sanitaria dei cittadini. Prima anomalia è l'altissimo tasso di ricette con codice P - prestazioni programmabile e quindi da erogare entro 120 giorni - per cui si registra una forbice spiegabile solo con un nodo sui prescrittori: si va dal picco dell'85,5% in Basilicata al valore minimo di 7,8% della Toscana, passando per Campania e Molise (rispettivamente 80,1% e 71,5% di codici P) e dall'altra parte per Piemonte (8,2%) ed Emilia-Romagna (8,8%). Poi c'è il dato che emerge dal Sistema tessera sanitaria, segnale diretto dell'uscita dal Ssn di un'ampia fetta di pazienti: quel rapporto tra prescrizioni e prenotazioni effettivamente fatte, che si ferma a poco più del 50% (50,3% per le prime visite e 54,4% per gli esami), mentre sarebbe accettabile una quota del 75%, considerando come fisiologico il mancato passaggio al Cup al massimo di un 25-30% di ricette non utilizzate.

Infine, l'ultima scommessa tutta da giocare: portare fuori dal percorso troppo spesso labirintico dei Cup gli anziani e i malati cronici, perché il sistema a cominciare dal medico di famiglia dev'essere in grado di inserirli in percorsi predefiniti. «Per tutti questi pazienti - annuncia il Dg Tanese - dovrà valere la logica che prenota chi prescrive».

È RIPRODUZIONE RISERVATA



La salute che aspetta due milioni di esami in ritardo

di MICHELE BOCCI

Un passo avanti nel segno della trasparenza, che rivela quali visite ed esami sono in crisi dal punto di vista delle liste di attesa, ma anche quali sistemi sono usati dalle

Regioni per avere dati migliori. È stata aperta ieri la Piattaforma nazionale delle liste di attesa di Agenas, l'Agenzia sanitaria nazionale delle Regioni.

→ a pagina 21

Il Paese delle liste d'attesa “Due milioni di esami in ritardo da inizio anno”

di MICHELE BOCCI
ROMA

Colonscopie, risonanze, ecodoppler, visite dermatologiche, oculistiche, otorinolaringoiatriche. Sono alcune delle prestazioni per le quali in Italia si aspetta ancora troppo. Circa 2 milioni di prestazioni, visite ed esami, quest'anno sono state assicurate in ritardo, oltre i limiti massimi dei tempi di attesa. I dati sono della Piattaforma nazionale delle liste d'attesa di Agenas, l'Agenzia sanitaria nazionale delle Regioni, uno strumento appena reso pubblico che registra un miglioramento generale dei tempi rispetto al 2025. E svela anche i sistemi usati dalle Regioni per avere dati migliori. La piattaforma è utile per gli addetti ai lavori, ma non per i cittadini, che non troveranno indicazioni sulle singole prestazioni.

La situazione nazionale

Il portale permette di scattare foto d'insieme, ad esempio quella sui 2 milioni di prestazioni che quest'anno non hanno rispettato i tempi di attesa. Si tratta del 21% del totale delle visite e del 15% degli esami diagnostici. Agenas fa sapere che nel 2026 sono 16 le regioni che segnano un miglioramento per le visite e 15 per gli esami rispetto al 2025. Abruzzo, Trento, Bolzano, Piemonte, Sicilia, Valle d'Aosta e Sardegna sono le

realtà che peggiorano.

Le prestazioni in crisi

Nel nostro sistema sanitario ci sono quattro priorità, selezionate dal medico quando fa la richiesta: urgente (prestazione da fare in 72 ore), breve (10 giorni) differita (30 giorni per le visite, 60 per gli esami), programmata (120 giorni). La valutazione di come vanno le attese è fatta calcolando la percentuale di prestazioni che rispettano i tempi previsti dalla priorità. Ce ne sono alcune ancora in grave difficoltà, come la prima visita dermatologica, per la quale si rispettano i 30 giorni solo nel 64% dei casi, o quella oculistica (66%). Va male l'elettromiografia, che viene data entro tre giorni solo il 35% delle volte, la colonscopia (37%), la risonanza osteomuscolare (54%).

Soddisfatto il ministro Orazio Schillaci. «Il portale non nasce per fare classifiche o cercare colpevoli, ma per aiutarci a governare meglio il sistema, capire i fenomeni, individuare le criticità, intervenire dove necessario farlo». Oggi, ha concluso, «non presentiamo solo una piattaforma tecnologica, ma un cambio di metodo: più trasparenza, coordinamento, capacità di intervento».

Le visite a 120 giorni

I dati forse più interessanti non so-

no quelli delle attese sulle singole prestazioni, ma quelli che rivelano come certe Regioni migliorano le loro performance. Ad esempio, più di una realtà locale ha un numero altis-

simo di prime visite fissate a 120 giorni. Già è curioso che un medico ritenga necessario il consulto di uno specialista e valuti giusta un'attesa fino a quattro mesi, che sono tanti. Ancora più strano è vedere che in certe realtà questo tipo di visite sono prevalenti. Succede in Basilicata, dove sono addirittura l'85%. In questa Regione non ci sono pressioni sulle altre visite, da 3, 10 o 30 giorni. E infatti ha dati buoni, ma poco significativi. La Campania è all'80%, il Molise al 71%, la Calabria al 66%, il Lazio e la Puglia al 51%. Dati enormemente superiori a realtà come Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte, che stanno intorno all'8%, e quindi, in proporzione, garantiscono molte più prime visite in tempi rapidi. Angelo Tanese, direttore di Agenas, spiega che si lavora con le Regioni per chiarire il motivo delle differenze tra i dati (anche se è abbastanza



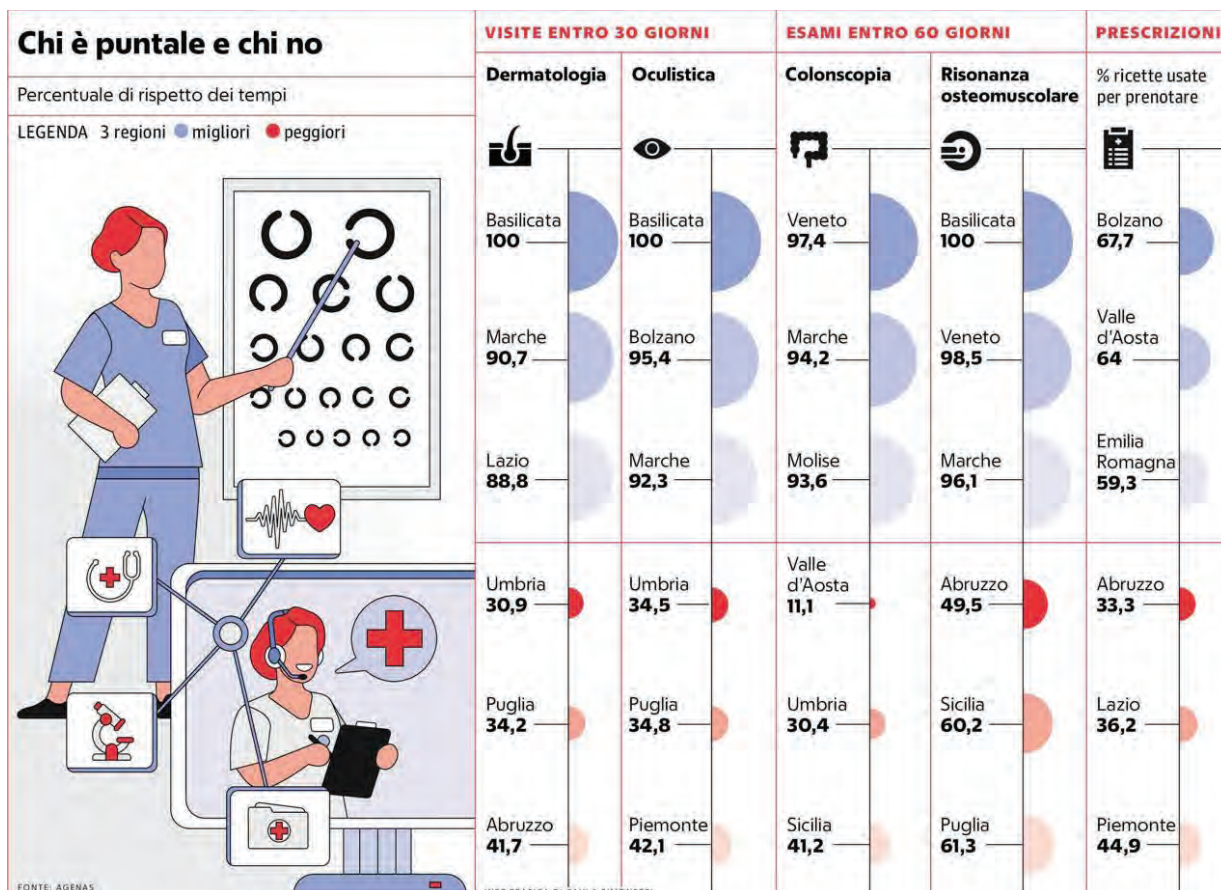
chiaro) e soprattutto per risolvere, rendendo il numero più omogeneo.

Dove si fa più attività privata

Altro dato molto interessante diffuso da Agenas riguarda la percentuale delle ricette effettivamente utilizzate. Si considera fisiologico che una certa quota di pazienti, circa il 25%, non sfrutti la richiesta del medico, perché magari gli è stata fatta per un problema che si è risolto. Ci sono però Regioni dove il dato delle ricette usate è bassissimo, segno si un probabile passaggio al privato. Chi ha una richiesta ma scopre che i tempi di risposta del pubblico sono troppo lunghi, decide di farsi visita-

re o fare l'esame a pagamento, per il quale non serve la prescrizione. Ebbene, appena il 33% delle ricette per una visita staccate in Abruzzo e il 36% nel Lazio sono poi effettivamente utilizzate. E infatti si tratta di Regioni dove il privato è molto forte. Il Piemonte è al 45%, la Puglia al 47% e la Lombardia, altra realtà dove il privato è forte, al 48%. Tendenza simile per gli esami (con Lazio e Abruzzo ultime al 40%). Ovvio che il tutto condiziona i tempi. Il dato più inquietante è la media nazionale, al 50%. Significa che in Italia si fanno nel pubblico la metà di visite ed esami richiesti dai medici.

Il nuovo portale di Agenas che monitora i risultati delle Regioni: i dati migliorano, ma per tante visite tempi ancora troppo lunghi





Servizio Ssn

Liste d'attesa, miglioramenti in 16 regioni

Le Regioni accelerano su visite ed esami da garantire al cittadino nei tempi più rapidi ma restano forti anomalie come l'85,5% di prestazioni erogabili in 4 mesi registrato in Basilicata

di Barbara Gobbi

29 maggio 2026

A voler vedere il bicchiere mezzo pieno, il sistema si muove eccome. Non solo rispetto al sostanziale stallo durato quasi mezzo secolo ma anche guardando a un anno e mezzo fa.

A considerare invece quel che resta da fare e soprattutto in termini di appropriatezza e di capacità di risposta, c'è molto da rimboccarsi le maniche visto che nei primi mesi di quest'anno sono stati "bucati" i tempi di 2 milioni di visite ed esami su circa 12,5 milioni di prenotazioni registrate dalla Piattaforma nazionale per il monitoraggio delle liste d'attesa.

Di certo c'è che la Piattaforma, istituita presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) con la legge (DI 73/2024), sta prendendo quota e per la prima volta consente una misurazione su scala nazionale di quella che è la prima magagna vissuta dai cittadini quando si interfacciano con il Servizio sanitario nazionale.

Dopo una partenza al ralenti, oggi si è arrivati al cruscotto 2.0, "in chiaro" anche per gli utenti, dove si dà conto delle performance regionali per le prime visite specialistiche e per 22 gruppi di esami diagnostici: quelli previsti dal Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019-2021 e che vanno dalla prima visita cardiologica a quella oncologica all'oculistica e dalla mammografia alla Tac torace fino alla spirometria.

Esami che quotidianamente vengono prescritti essenzialmente dal medico di famiglia sulla base di criteri di priorità che dettano - o almeno dovrebbero farlo - il tempo limite in cui ogni prestazione va erogata.

E cioè (sempre bene ricordarlo):

- 3 giorni per le urgenze (classe U);
- 10 giorni per un'attesa breve (classe B);
- 30 giorni per le visite;
- 60 giorni per gli esami per la classe D (differita) ;
- 120 giorni per la classe P (programmata).

Schillaci: «Operazione trasparenza»

La piattaforma, pure se consultabile dai cittadini, ha però ancora la valenza di strumento tecnico-organizzativo. Con la pubblicazione sempre più raffinata dei dati ci si aspetta che ogni Regione e

azienda sanitaria sia stimolata - non solo per obbligo di legge - a fare sempre meglio accorciando i tempi.

Di «operazione trasparenza» ha parlato aprendo la presentazione del nuovo “cruscotto” il ministro della Salute Orazio Schillaci, che della lotta alle liste d’attesa ha fatto la sua priorità.

«Dopo più di 47 anni dalla fondazione del Ssn l’Italia ha una Piattaforma nazionale di gestione delle liste d’attesa - ha detto -. Un vuoto di mezzo secolo che finalmente viene colmato».

Il ministro, che da inizio mandato ha avuto più di un motivo di scontro con i governatori proprio sull’attuazione della legge contro le code in sanità, ha voluto sottolineare che «la collaborazione con le Regioni non è mai stata così intensa» e che «la piattaforma non ha l’intento di essere una classifica ma nasce per migliorare il sistema in un’ottica di trasparenza».

A che punto siamo

A tracciare il bilancio è il direttore generale Agenas, Angelo Tanese: «Tra gennaio 2025 e aprile 2026 la Piattaforma ha acquisito oltre 65 milioni di prenotazioni, di cui circa 32 milioni per prime visite specialistiche e circa 33 milioni per prestazioni diagnostiche - ha spiegato - effettuate nel pubblico o nel privato accreditato.

Una base dati già molto ampia, che si alimenterà via via in modo automatico dai Cup delle Regioni e che finalmente ci consente di leggere il trend, comprendere il fenomeno, analizzare i punti critici e misurare l’impatto delle misure correttive.

Entro la fine del 2026, intanto, l’obiettivo è arrivare alla piena interoperabilità piena con le 21 piattaforme dei Cup regionali e misurare i tempi di attesa con un flusso dati giornaliero».

I nodi critici

Il primo dato critico è quello che emerge dal “punto” fatto da Agenas e che arriva ad aprile scorso: nei primi quattro mesi di quest’anno, riprendendo la logica del “bicchiere mezzo vuoto”, sono 2 milioni le richieste di prestazioni cui la sanità pubblica non è riuscita a dare una risposta. Per la precisione, 1,914 milioni, chiariscono da Agenas.

Nel dettaglio 1,3 milioni di visite e 700mila esami, tra cui prestazioni cruciali tanto da rientrare anche tra gli screening Ssn come la colonscopia che in caso di urgenza vede il rispetto dei tempi in appena il 37% dei casi.

Se si volesse ampliare lo sguardo all’anno e 4 mesi del monitoraggio (da gennaio 2025) che include i 65 milioni di prenotazioni acquisite dalla Piattaforma, un calcolo spannometrico restituirebbe un gap di 13 milioni di prestazioni non evase, mal contate, tra 7 milioni di visite e 5 milioni di esami “persi”.

Tra queste è chiaro che rientrano - come ha rilevato il Dg Tanese - innanzitutto anche quelle che «magari di un solo giorno» sfiorano i tempi prescritti dalle classi di priorità.

I dati per Regione

Nel primo quadrimestre di quest’anno rispetto allo stesso periodo del 2025 - rilevano dall’Agenzia che monitora in tempo reale la situazione e che ha annunciato un Bollettino trimestrale sull’andamento -, si evidenzia però un miglioramento a livello nazionale sia per le visite sia per gli esami diagnostici, su tutte le classi di priorità.

In particolare, per le prime visite la percentuale di rispetto dei tempi di attesa passa dal 76,1% al 78,7% mentre per gli esami diagnostici va dall'83% all'84,7 per cento. Il miglioramento riguarda soprattutto le prestazioni "urgenti" e "brevi", a testimonianza di «un lavoro intenso in corso nelle Regioni» e di un sistema che nel complesso «è in tensione», ha sottolineato ancora il Dg Tanese.

Il quadro generale restituisce il miglioramento in 16 Regioni su 21 mentre analizzando il dato sulle singole Regioni, per le prime visite peggiorano Abruzzo, Trento, Sardegna, Sicilia e Valle d'Aosta mentre per gli esami sono in "calo" sempre Abruzzo, Piemonte, Bolzano, Trento, Sicilia e Valle d'Aosta.

Alcune Regioni, come l'Abruzzo che nel complesso presenta un trend discesa, registrano però un balzo sulla classe di priorità U tra primo quadrimestre 2025 (76,5%) e primo quadrimestre di quest'anno (85,6%) a riconferma della scelta di recuperare proprio dove i cittadini presentano maggiore urgenza.

Troppe "programmate"

Tra le prime anomalie da correggere, l'attribuzione "sospetta" dei codici di priorità: in Basilicata la percentuale di prime visite in classe P (erogabile in 120 giorni) arriva all'85,5%, in Campania supera l'80%, in Molise è del 71,5% e in Calabria del 66,5% mentre nel Lazio è del 51,4% e giù a scendere.

All'opposto c'è il dato di Toscana (7,8%), Piemonte (8,2%), Emilia Romagna (8,8%) e Umbria (13,5%) e «su questo aspetto è stato avviato un confronto con le Regioni», avvisano da Agenas.

Poi c'è il dato che emerge dall'analisi del Sistema Tessera sanitaria ed è il rapporto tra prescrizioni e prenotazioni effettivamente avvenute che si ferma a poco più del 50% (50,3% prime visite e 54,4% esami) mentre si considera "fisiologico" il mancato passaggio al Cup di una quota al massimo del 25-30% delle ricette.

Al di là delle scelte dei singoli, è evidente che come rilevano da Agenas percentuali molto elevate di mancata presa in carico della ricetta sono indicative di una qualche difficoltà nella prenotazione di prime visite ed esami prescritti.

Su questo fronte per la prima visita "performano" peggio Abruzzo (33,7%), Lazio (36,2%), Piemonte (45%) e Puglia (46,8%) e per gli esami diagnostici Lazio (37,3%), Abruzzo (39,3%), Puglia (43,2%).

Parla Mr. liste d'attesa

Angelo Tanese è l'uomo scelto da Meloni per risolvere il problema. "Possiamo farcela", dice

Roma. "Il problema delle liste d'attesa nella sanità si può affrontare e risolvere. Ci vuole metodo e un grande impegno, ma possiamo farcela". Angelo Tanese è Mr. liste d'attesa, l'uomo che Giorgia Meloni ha chiamato per guidare Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e cercare di risolvere uno dei problemi più sentiti dai cittadini. Manager pubblico di lunga esperienza, ha guidato l'Asl

Roma 1 negli anni della pandemia. Stimato dalla politica bipartisan, oggi è a lui affidato questo complicatissimo compito. *(De Rosa segue nell'insero 1)*

"I dati per abbattere le liste d'attesa". Intervista al capo di Agenas

(segue dalla prima pagina)

Pochi giorni fa ha presentato la nuova piattaforma nazionale sulle liste di attesa che consente di vedere nel dettaglio come si stanno comportando le varie regioni. "La nuova piattaforma - dice - ci fornisce i dati analitici sulle singole regioni, così da permetterci di sapere non solo se ci sono criticità, ma dove sono e per cosa. Non è solo un'operazione di grande trasparenza, ma è soprattutto uno stimolo verso le regioni che, mettendosi a confronto e vedendo dove vanno meglio e dove invece devono migliorare, possono darsi degli obiettivi chiari". Tanese ci spiega bene anche cosa significa in concreto tutto questo. La piattaforma consente di osservare i dati con il massimo livello di dettaglio. Si possono vedere i numeri per anno (2025 e 2026), per regioni, per singole prestazioni e per classe di priorità. "Ad esempio - racconta - posso vedere la performance della regione Lazio sulla prima visita cardiologica di classe B, quelle a dieci giorni, e controllare quante prenotazioni rispettano la scadenza. E poi confrontare il dato nel tempo e con quello di un'altra regione. In questo modo si può stilare una classifica che diventa per le regioni e per le aziende sanitarie un formidabile strumento di lavoro". Per rendere possibile tutto questo Agenas ha lavorato per rendere i dati omogenei. "Ed entro la fine del 2026 - spiega il manager - l'obiettivo è riceverli direttamente in tempo reale dai Cup, senza che siano le regioni a trasmetterceli". Non solo. "Come agenzia forniremo anche una sorta di consulenza attraverso le buone pratiche che si registrano nelle diverse regioni". Gli esempi non mancano. Per affrontare il 'no show', ovvero il fenomeno per cui un paziente che ha prenotato una prestazione non si presenta all'appuntamento, alcune regioni hanno preso degli accorgimenti molto semplici,

ma efficaci. "Ad esempio - spiega Tanese - rendendo semplice la cancellazione della prenotazione attraverso una app o chiamando il paziente a pochi giorni dalla visita per avere conferma".

Ma oltre ai tempi di attesa c'è un'altra cosa che sembra fare la differenza: l'appropriatezza delle ricette. Spiega il capo di Agenas: "Ci sono alcune regioni in cui si prescrive meglio. Significa che si attribuisce il codice di priorità alle ricette in maniera più precisa e si prescrivono soltanto gli esami che servono davvero. In questo modo i dati sono più affidabili". Il manager chiarisce cosa significa facendo l'esempio di una regione, la Basilicata, dove il tasso di rispetto dei tempi è alto, ma un numero davvero molto elevato di prescrizioni si trova nella classe con scadenza più dilatata nel tempo, quella dei 120 giorni. "E' molto strano che in una regione le prestazioni a 120 giorni siano il 10 per cento, mentre in un'altra, come la Basilicata, il 70. E' un dato anomalo che indica che non si utilizzano in modo omogeneo le classi di priorità". Tra le regioni che si distinguono per un ottimo grado di appropriatezza Tanese cita Toscana, Emilia-Romagna e Piemonte, mentre a fare compagnia alla Basilicata tra le meno virtuose ci sono Campania e Molise.

In ogni caso i primi dati raccolti da Agenas - che confrontano il primo quadrimestre del 2026 con quello del 2025 - danno segnali incoraggianti. "C'è un'attenzione al miglioramento a livello nazionale, soprattutto per le classi di priorità più urgenti, ma non possiamo accontentarci perché circa il 20 per cento delle prestazioni continua e non essere erogato entro i tempi, e soprattutto c'è ancora una grande differenza tra le regioni". Alcune regioni hanno un'elevata performance come Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, ma anche Liguria e Lombardia stanno miglioran-

do rapidamente.

Tanese, comunque è fiducioso per due novità: "Tutte le regioni - spiega - stanno facendo grandi sforzi per andare verso una centralizzazione delle agende che non sono più gestite dalla singola struttura ma lo sono a livello centrale. Sia quelle pubbliche, sia quelle del privato accreditato. E' un passo molto importante. Inoltre queste agende centralizzate in alcune regioni cominciano a essere costruite in maniera più attenta ai fabbisogni delle persone, incrociando i dati demografici ed epidemiologici con quelli sulla domanda delle singole prestazioni". Tra i dati raccolti da Agenas ce n'è invece uno che desta particolare preoccupazione: quello delle prescrizioni che non si traducono in esami diagnostici effettuati o in visite. "Un 20-30 per cento è fisiologico", spiega Tanese. "Alcune ricette infatti sono state semplicemente scritte male dal medico, in altri casi invece i pazienti preferiscono non fare la visita o si avvalgono di un'assicurazione. Ma il resto sono persone che rinunciano alle prestazioni del servizio sanitario: o perché non riescono a prenotare o perché trovano liste troppo lunghe".

Gianluca De Rosa



Medici famiglia, riforma al palo Ecco la mappa delle carenze

L'allarme. Mancano in Lombardia e Veneto e nelle Province del Centro-Nord più abitate: record a Pistoia Rovigo e Lodi. Il decreto che introduce la dipendenza per coprire i «buchi» rischia di restare nei cassetti

Marzio Bartoloni
Michela Finizio

Per chi vive in una provincia del Centro-Nord, specie quelle più popolate, comprese grandi città come Milano, avere un medico di famiglia è sempre più una fortuna. Ogni anno sono sempre di meno - ne sono rimasti attivi circa 40mila - perché tra pensionamenti, posti vacanti in sedi disagiate e bandi che vanno mezzi deserti, quello del medico di famiglia diventa una specie in via di estinzione. E così i dottori che ancora aprono i loro ambulatori sono costretti all'extra lavoro, cioè ad avere ben oltre mille assistiti - che sarebbe la soglia ottimale - superando anche il massimale di 1.500 pazienti, asticella simbolica oltre alla quale garantire ricette e cure è un'impresa.

Il problema è noto: la professione è sempre meno attrattiva per chi sogna di indossare il camice bianco e ora rischia di finire in un vicolo cieco se farà flop anche l'ultimo tentativo del ministro della Salute Schilacci e delle Regioni di avviare una riforma graduale. L'idea allo studio è quella di introdurre un doppio canale: a fianco a quello principale dell'attuale convenzione (i medici restano liberi professionisti che firmano un "accordo" con il Ssn) si sta valutando la possibilità di introdurre un canale residuale che prevede di assumere i dottori come dipendenti, per farli lavorare nei territori dove ce ne sono di meno e dentro le oltre mille nuove Case di comunità che devono aprire entro fine giugno. Un'opzione quest'ultima bocciata dalla categoria e mal vista anche da larghe frange della maggioranza, con il rischio ormai concreto di far naufragare la riforma ancora prima che il provvedimento - un decreto legge - abbia visto la luce.

Nel frattempo in diverse parti d'Italia la carenza è ormai evidente: a Pistoia a esempio si conta un medico di famiglia ogni 1.520 maggiorenti e a Rovigo e Lodi uno ogni 1.507. Il rapporto tra residenti maggiorenti e camici bianchi emerge dalle analisi sul database OneKey di Iqvia che negli ultimi 12 mesi ha rilevato in media 40.374 medici di medicina generale attivi sul territorio nazionale e convenzionati con il sistema Sanitario nazionale: le situazioni italiane più problematiche si incontrano principalmente nelle province del Nord e in alcune aree interne.

La rilevazione di Iqvia viene fornita annualmente al Sole 24 Ore per l'indagine della Qualità della vita sulle province più vivibili e, rispetto al dato 2025 (43.018 professionisti attivi) si rileva un calo del 6,15% dei medici di base presenti nel database One Key, un elenco informatico che viene costantemente aggiornato attraverso gli archivi provinciali e regionali e verificato tramite il contatto diretto dagli operatori sanitari.

Il rapporto medio con la popolazione residente si attesta a 1.247 medici di famiglia ogni mille abitanti, con differenze territoriali molto marcate. Si passa dal bacino medio di oltre 1.500 pazienti per medico di famiglia rilevati appunto a Pistoia, Rovigo e Lodi, fino ai 996 pazienti per medico di Messina. Oppure ai 1.034 di Agrigento e ai 1.038 di Catania.

In Lombardia o in Veneto - e più in generale nei territori più densamente abitati - si incontrano le situazioni più critiche. A Monza e Brianza si conta un medico ogni 1.475 abitanti, a Como uno ogni 1.474, a Bergamo uno ogni 1.435, a Varese uno ogni 1.381, a Verona e Belluno uno ogni 1.365. Nella città metropolitana di Milano il rapporto

medio è di 1.430 abitanti per medico di famiglia e i professionisti attivi risultano in calo del 3,9% rispetto al 2015. A Firenze il rapporto è di 1.306 pazienti per medico, a Napoli 1.242. Nella Capitale invece la situazione migliora: 1.190 pazienti per medico, ma il calo dei professionisti è del 5,9% su base annua.

Dal lato opposto l'indice di copertura dei medici di famiglia risulta più sostenibile al Sud: sulle province del Mezzogiorno pesano le migrazioni interne (qui la popolazione tra 18 e 35 anni è diminuita in media del 10% dal 2019) verso le regioni del Nord e verso l'estero. Il risultato è il rapporto tra medici di famiglia e popolazione residente migliore, nonostante il marcato calo dei professionisti attivi sul territorio. In Sardegna nell'ultimo anno il calo è stato particolarmente marcato, tra il -14% di Sud Sardegna e il -16% di Oristano. Lo stesso trend pronunciato si rileva anche a Rovigo (-5,7%), Massa Carrara (-10,5%) e Grosseto (-11%), dove pesa la fatica di arruolare nuovi medici nelle aree interne meno servite del Paese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nella provincia di Monza si conta un medico ogni 1.475 abitanti, a Como uno ogni 1.474, a Bergamo uno ogni 1.435

Situazione più sostenibile al Sud grazie anche alle migrazioni verso le aree del Nord



I numeri
Il caso italiano

In Europa ne abbiamo meno degli altri

Italia in confronto all'Europa ha una delle più alte densità di medici: 5,4 dottori ogni 1.000 abitanti, oltre il 25% in più rispetto alla media europea. Ma non mancano importanti eccezioni tra i camici bianchi: proprio i medici di famiglia insieme ad alcune altre specializzazioni - come anestesia ed emergenza-urgenza che forma chi lavora in pronto soccorso - soffrono delle carenze più gravi. Il confronto con i Paesi più importanti dell'Europa non lascia dubbi e ci vede infatti praticamente all'ultima posizione per numero di medici di famiglia. A confermarlo anche un recente rapporto dell'Ocse («Italia, Profilo della Sanità 2025») presentato al Cnel che mette a confronto le nostre performance nella Sanità con quelle degli altri Paesi europei e che tra le altre cose fa emergere come nell'ultimo decennio mentre la densità complessiva dei medici in Italia è cresciuta di oltre l'1% all'anno, quella dei medici di medicina generale è diminuita di circa il 13% nello stesso periodo. Il deficit a livello nazionale è dunque attualmente stimato tra i 2.910 e i 5.897

medici di base, corrispondente a un deficit compreso tra l'8% e il 16%.

Il rapporto dell'Ocse spiega che l'insufficienza dei medici di base non è casuale, ma «riflette i disincentivi di lunga data presenti sia nei percorsi formativi che in quelli occupazionali». L'attrattiva di questo percorso di specializzazione, tradizionalmente erogato attraverso programmi regionali extrauniversitari, risente di condizioni meno favorevoli rispetto alla formazione universitaria. Come borse di studio inferiori di circa il 50% e un elevato carico di lavoro amministrativo, che toglie spazio alla pratica in clinica. In più, la mancanza di equivalenza formale tra il diploma di medicina generale e le lauree di specializzazione universitaria può scoraggiare gli studenti che vogliono intraprendere questa strada. E la situazione non sembra destinata a migliorare in futuro. Proprio la riforma alla studio del Governo punta a rivedere anche la formazione introducendo un corso di specializzazione di rango universitario per diventare medico di famiglia.

La riforma che viene molto conte-

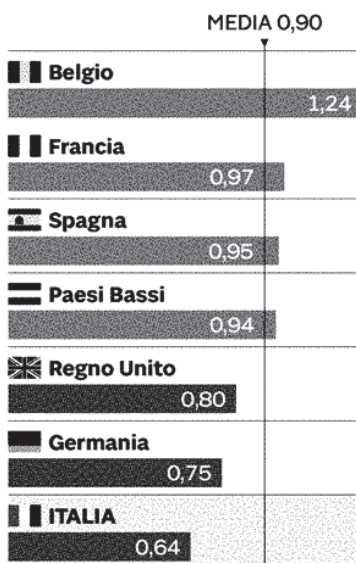
stata dalla categoria come noto prova a introdurre anche un sistema misto tra l'attuale convenzione e la possibile apertura alla dipendenza come canale residuale. Un modello questo che non è lontano da quello di altri Paesi europei dove si ricorre alla dipendenza tout court a esempio in Spagna e Portogallo o a modelli più misti tra liberi professionisti e salariati come in Francia e Germania, mentre in Inghilterra Belgio e Paesi bassi continua a prevalere un modello libero professionale come quello italiano.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il confronto

Medici di medicina generale per mille abitanti (anno 2023)



Fonte: database OECD ed Eurostat

All'estero ci sono modelli misti: dalla dipendenza ai liberi professionisti



SPECIALIZZAZIONE UFFICIALMENTE RICONOSCIUTA

Albo, prescrizioni, rimborsi L'osteopatia entra nel Ssn

Riconoscimento definitivo della professione e pieno inserimento nel Servizio sanitario
Oltre diecimila i lavoratori che la praticano, con una platea di milioni di pazienti

LUCA PUCCINI

■ Quel dolorino alla cervicale perché stai troppo al computer. Il ginocchio che scricchiola mentre fai le scale. La schiena bassa che pare pulsì dopo una notte insonne sul divano. Piccoli "tradimenti del corpo" che, passati i quarant'anni, spesso si risolvono con un suggerimento, il passaparola di famiglia o il tentativo che alla fine male non fa: mi-sa-che-provo-con-l'osteopata. Un po' fisioterapista (è un'altra cosa) e un po' massaggiatore (idem, però ci si capisce), presente ovunque (quelli attivi in Italia oscillano tra i 15mila e i 20mila), consigliato, consigliatissimo dall'amico che fa palestra e dal babbo che soffre di lombalgia da anni. Adesso, come è pubblicato sulla Gazzetta ufficiale numero 117 del 22 maggio, può entrare ufficialmente nel sistema sanitario nazionale (ssn). Sì, ma cosa cambia? Per noi che già l'abbiamo sperimentato, per chi ne sta cercando uno (maledetta sciataglia), per chi ne ha discusso col proprio medico, che succede? Ecco le sei domande di *Libero* sull'argomento.

1. Cosa dice il testo della normativa?

Anzitutto chiariamo che stiamo parlando di un atto attuativo della legge numero 3 del 2018 (la legge Lorenzin). Il decreto pubblicato in questi giorni, in sostanza, equipara il titolo di osteopata a quello di un professionista sanitario. Non è una bazzecola, è semmai un «riconoscimento avviato nel 2014 e un momento che resterà inciso nella storia della nostra professione», dice

Mauro Longobardi, il presidente del Roi (il Registro osteopati d'Italia): è una tappa formale importantissima un percorso che non si può ancora ritenere concluso.

2. Cosa fare ora l'osteopata?

La "riforma" prevede la creazione di un albo professionale autonomo (esattamente come quello degli infermieri e dei medici). L'osteopata, quando la misura sarà a regime, dovrà obbligatoriamente iscriversi per poter esercitare sul territorio italiano (il decreto interministeriale numero 1563 del 2023, per altro, ha già definito un corso di laurea in Osteopatia: ora si riconoscono anche i titoli pregressi, l'esperienza maturata in passato e le certificazioni ottenute all'estero).

3. Cosa accade al cittadino?

Al momento la novità più rilevante è che, proprio grazie alla prospettiva dell'albo, ci sarà più sicurezza e vigilanza nel settore. L'albo consentirà, infatti, di contrastare l'abusivismo professionale e garantirà a chi fa uso di questi servizi sanitari un controllo maggiore poiché tutti gli studi abilitati saranno necessariamente condotti da personale formato e qualificato.

4. Ma allora il medico di famiglia me lo prescriverà?

Per ora questa possibilità non è ancora concreta, anche se la novità è un passo in avanti che va esattamente in questa direzione. Tra l'altro, a ben vedere, già oggi, molti specialisti e parecchi medici, soprattutto quando si tratta di disturbi muscolo-scheletrici, a titolo di consiglio, già suggeriscono ai propri pazienti una terapia osteopatica.

5. Le sedute sono rimborsabili dallo Stato?

Per la stessa ragione, ossia perché il testo del decreto ancora non integra ufficialmente l'osteopatia nel ssn, a ora no. Ci vorrà molto più tempo, la strada della sua "gratuità a carico del pubblico" sarà con ogni probabilità progressiva, cioè a tappe intermedie, e tanto dipenderà da come reagiranno le regioni e il ministero della Salute nei prossimi anni. Va però ricordato che, di questo passo, si stanno ponendo tutte le condizioni per raggiungere proprio questo obiettivo: è vero che oggi le prestazioni osteopatiche sono quasi sempre erogate privatamente, ma se entreranno nei modelli organizzativi della sanità pubblica la questione s'inverterà.

6. Perché si tratta di una figura controversa?

Sarebbe disonesto non dirlo: il riconoscimento per titoli non chiude un dibattito scientifico sull'osteopatia che è e resta vivo (non solo in Italia). Il punto è che alcune tecniche manipolative applicate al dolore localizzato hanno mostrato, nel tempo, benefici anche documentati con evidenze certificate (nonostante la difficoltà a istituire studi sui trattamenti manuali), ma per altre persiste una patina di scetticismo. È per questa ragione, probabilmente, che si è optato per una scelta prudente che passa dalla definizione rigorosa delle competenze di un osteopata e finisce con l'ancoraggio universitario il quale dovrebbe delimitare un perimetro di autorevolezza in più.



LA GEOPOLITICA DELLA SALUTE

Tra guerre e clima La sanità piegata a logiche militari

FEDERICA PENNELLI

Dentro l'Europa della crisi permanente, tra guerre e instabilità geopolitiche, la salute globale sta diventando un'infrastruttura strategica. Dai conflitti alle pandemie, passando per politiche migratorie e climatiche, entra sempre più dentro le logiche della sicurezza e della gestione delle crisi. Secondo l'Oms, i conflitti armati colpiscono sempre più direttamente infrastrutture sanitarie, personale medico e accesso ai farmaci, aggravando epidemie, fame e mortalità. Lo abbiamo visto con il genocidio della popolazione palestinese: ospedali, ambulanze e tendopoli sanitarie sono diventate terreno di assedio e distruzione, portando a uno dei più gravi collassi sanitari contemporanei. Ma non sono soltanto genocidi e conflitti a ridefinire gli scenari.

Pensiamo alla pandemia da Covid-19: molti stati europei si erano trovati senza mascherine, reagenti e medicinali essenziali e ancora oggi, secondo la Corte dei conti europea, una parte significativa dei principi attivi farmaceutici continua a provenire da Cina e India. Per questi motivi l'Unione europea ha progressivamente esteso la *preparedness*, la preparazione e la capacità di risposta alle crisi: la Commissione europea — nella strategia 2025 sulle contromisure mediche — definisce infatti vaccini, terapie, diagnostiche e dispositivi di protezione individuale come «pro-

dotti geostrategici». Parlamento e Consiglio europeo hanno inoltre raggiunto un accordo politico provvisorio sul Critical Medicines Act, il regolamento che punta a rafforzare la produzione europea di farmaci essenziali e a ridurre la dipendenza dalle filiere extraeuropee. La salute viene così integrata dentro le strategie europee di sicurezza, resilienza industriale e autonomia produttiva, tra scorte strategiche, controllo delle filiere e capacità di risposta alle emergenze.

Dentro questa trasformazione cambiano anche le politiche sanitarie delle migrazioni. «In un'Europa dominata dalla crisi permanente, la sanità sta subendo una mutazione inquietante — dice Nicola Cocco, medico infettivologo e membro della Società italiana di medicina delle migrazioni — trasformandosi da diritto universale a vera e propria infrastruttura di guerra». La geopolitica sanitaria «paradossalmente incapace quando si tratta della gestione delle pandemie, diventa uno strumento di controllo e selezione dei corpi». Per Cocco assistiamo a quella che può essere definita una strategia di «migranticidio» sistemico: «Non solo le morti alle frontiere fisiche, ma l'annientamento programmato della dignità e della salute di chi varca il confine». In questa cornice, «la salute viene militarizzata: i vaccini e i farmaci diventano soft power, mentre i fondi per la ricerca medica vengono dirottati verso tecnologie di sorveglianza biometrica camuffata». «La crisi climatica funge da moltiplicatore di minacce, giu-

stificando una «sovranità sanitaria» che ricalca le logiche del comparto militare: la cura è riservata a chi è considerato «utile» o «integrabile», mentre per gli altri restano «solo le varie forme di contenimento e «metabolismo» sociale: marginalizzazione, criminalizzazione, detenzione ed espulsione».

Medici e mediche, all'interno di questa infrastruttura, vivono così una crisi deontologica «senza precedenti», rischiando di diventare «l'ingranaggio tecnico di una macchina che gestisce la vita e la morte in base alla convenienza geopolitica». Il «migranticidio» si compie «nel silenzio degli ambulatori di frontiera, dove la negazione della cura diventa un'arma non convenzionale di deterrenza e controllo». In questo scenario, i sistemi sanitari «smettono di operare come presidi di tutela universale per scivolare verso una gestione ragionieristica della spesa o, peggio, verso una metamorfosi in strumenti biopolitici asserviti alle nuove logiche di guerra; in cui la vulnerabilità degli ultimi diventa il banco di prova per politiche di contenimento violento.

La salute viene quindi progressivamente ridefinita come dispositivo di sicurezza. Dentro questa trasformazione, anche il cambiamento climatico vie-



DOMANI

neletto come fattore di instabilità sanitaria, sociale e migratoria. Hans Kluge, direttore regionale dell'Oms Europa, ha dichiarato che «la crisi climatica è una crisi sanitaria» e che il cambiamento climatico «sta già uccidendo». Anche il rapporto 2026 del Lancet Countdown on Health and Climate Change segnala un aggravamento degli impatti sanitari della crisi climatica nel continente europeo: aumento della mortalità legata al caldo, cre-

scita del rischio di diffusione di malattie trasmesse da vettori e maggiore pressione sui sistemi sanitari causata dagli eventi climatici estremi. Questa crisi tocca anche nodi legati alla tenuta dei sistemi sanitari tra carenza di personale, privatizzazione strisciante e medicina territoriale indebolita. L'Oms Europa ha avvertito che «senza interventi immediati, la carenza di personale sanitario potrebbe avere conseguenze disastrose», infatti in Ue

mancano 1,2 milioni tra medici, infermieri e ostetriche. Tutto questo apre una contraddizione sociale e politica profonda: la salute viene riconosciuta come infrastruttura essenziale proprio mentre cresce l'erosione del diritto alla cura. È dentro questa frattura che si gioca una delle grandi partite: chi sarà protetto dentro la sanità della crisi permanente e chi, invece, verrà trattato come corpo da contenere, controllare o respingere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'EPIDEMIOLOGO REZZA

“Ebola, il governo
di ex negazionisti
fa come Speranza”

DI BENEDETTO E PARPIGLIA
A PAG. 8

INTERVISTA • Giovanni Rezza Epidemiologo

“Ebola, il governo degli ex negazionisti fa come Speranza”

» Linda Di Benedetto

Il governo Meloni, che per quattro anni ha costruito parte del suo capitale politico sulla critica al rigore pandemico, sulla commissione d'inchiesta Covid e su un rapporto quantomeno ambiguo con il mondo no-vax, si ritrova oggi a essere il primo paese europeo a blindare i confini davanti al nuovo focolaio di Ebola. Il ministro Schillaci ha firmato un'ordinanza di massima cautela che prevede quarantene obbligatorie, biocontenimento di Classe 4 e cinque livelli di rischio graduati: un impianto che, nei contenuti, ricorda da vicino i decreti dell'era Speranza, quelli che questa maggioranza ha passato anni ad attaccare. A parlare, con la diplomazia di chi conosce bene entrambi i mondi, è Giovanni Rezza, docente di Igiene del San Raffaele di Milano, già direttore generale della Prevenzione al ministero della Salute: “Quando ci si trova concretamente davanti a un problema reale di sanità pubblica lo si deve affrontare come si deve, al di là degli aspetti ideologici”.

Professor Rezza, che ne pensa della circolare del ministero della Salute su Ebola?

Diciamo che rispecchia in pieno il principio della massima precauzione, mentre si allontana decisamente dallo spirito negazionista che ha un po' contraddistinto questo governo. Mi sembra che l'Italia sia partita per prima. Di fatto, credo che questo impianto sia il massimo che si possa fare in questo momento.

Quali potrebbero essere, a livello pratico, le criticità di questa circolare?

Il primo elemento critico è strutturale: bisogna considerare che l'Italia ha un sistema sanitario nazionale fortemente decentrato. Le precauzioni che le singole Asl prendono, dipendono dalla stratificazione del rischio e questo rischia di creare discrepanze e risposte disomogenee a

livello regionale che necessitano di adeguata formazione. Il secondo vero problema logistico, semmai, è quello di come rintracciare fisicamente le persone che vengono dai Paesi a rischio alto o altissimo. In questo momento l'ordinanza prova a risolverlo sulla carta, ma chi ha voli diretti, come la Francia, può farlo più facilmente intercettando i passeggeri direttamente all'arrivo. L'Italia



non ha voli diretti con quelle aree. Di conseguenza, chi viaggia con voli intermedi ha l'obbligo di segnalarsi. Se il passeggero omette lo scalo per paura della quarantena, rintracciarlo diventa quasi impossibile.

L'efficacia dell'ordinanza, però, si basa sulla sincerità del cittadino che si deve autodenunciare.

Sappiamo che negli Usa questo è un fatto normale: nessuno si sognerebbe di mentire. In Italia forse non abbiamo lo stesso approccio culturale, ma c'è un fatto da non sottovalutare: è un'ordinanza ministeriale, il mancato rispetto comporta una responsabilità penale.

La circolare prevede inoltre una rimodulazione del rischio.

Esatto. È stata inclusa l'area ad altissimo rischio, che è il Congo, e l'area ad alto rischio che registra già dei casi, ovvero l'Uganda. Non sono state inserite, invece,

aree ad alto rischio ma senza casi attivi. Questa flessibilità e modulazione era già stata usata ampiamente durante il Covid con le ordinanze di Speranza. In ogni caso, fa bene l'Italia ad alzare lo stato di allerta. Tempo fa scrissi sui social che non si poteva escludere l'arrivo di casi sporadici in Europa; quando ci sono molti focolai e molti operatori umanitari sul campo, la possibilità esiste sempre.

Esistono oggi cure o vaccini disponibili contro questo ceppo?

Purtroppo non ci sono

vaccini approvati per questo specifico ceppo. Il vaccino vettoriale sperimentato con successo in Guinea durante l'epidemia del 2014 è efficace contro il ceppo Zaire, ma non mostra efficacia contro il ceppo Bundibugyo, che è quello attuale. Sul fronte terapeutico si possono utilizzare anticorpi monoclonali e farmaci antivirali non specifici che mostrano una certa utilità, ma siamo ancora nel campo dei tentativi.

L'ordinanza Schillaci affronta un problema reale senza ideologia



LA CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

LE DISPOSIZIONI prevedono l'obbligo di dichiarazione per i viaggiatori in arrivo da Repubblica Democratica del Congo e Uganda. Sono cinque i livelli di rischio previsti, mentre i voli in arrivo in Italia con passeggeri a rischio dovranno atterrare all'hub sanitario di Fiumicino e le Regioni dovranno individuare i propri centri di riferimento per le malattie infettive



L'emergenza Congo, un malato di Ebola viene portato in ospedale
FOTO L'ESPRESSO



L'ANALISI DI MSF

Tagli alla sanità e miliardi in armi: Usa ed Europa aiutano il virus

» Enzo Porphiglia*

I team di Medici senza frontiere (MSF) stanno lavorando giorno e notte a una risposta d'emergenza su larga scala all'epidemia di Ebola nell'Est della Repubblica Democratica del Congo (RDC). L'intervento si svolge in collaborazione con le autorità sanitarie congolese e con altri partner, inclusa l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Ma mentre il virus Ebola ha iniziato a diffondersi nelle province orientali della Repubblica Democratica del Congo, il sistema globale di preparazione alle emergenze sanitarie era già pesantemente compromesso. Non a causa del virus, ma per scelte politiche prese dai governi nei mesi precedenti. È il 24 aprile quando un'infermiera sviluppa i sintomi che porteranno al primo decesso. Bisognerà però aspettare il 17 maggio per vedere dichiarata ufficialmente l'epidemia: settimane in cui il virus circola senza essere rilevato. Non perché i medici locali non lo cercassero, ma perché non avevano gli strumenti per riconoscerlo. I test sono stati progettati per il ceppo Zaire, più comune. Il ceppo Bundibugyo, raro e senza vaccino, richiede analisi che possono essere eseguite solo a Kinshasa, a più di mille km. Il rilevamento tardivo, il collasso dei sistemi di controllo delle infezioni e la grave carenza di equipaggiamento, per strutture sanitarie che per anni erano invece riuscite a operare con sistemi moderni, sono conseguenze dirette dei drastici tagli ai finanziamenti per la salute globale avviati dagli Usa all'inizio del 2025: il 24 gennaio 2025 tutti i programmi di salute globale sono stati fermati con "stop work orders" e il 2 febbraio l'Usaid - l'agenzia che coordinava i fondi - è stata smantellata. I

numeri del collasso sono verificabili. Sul portale ufficiale *ForeignAssistance.gov*: i finanziamenti Usa per la salute nel Congo crollano da 268 milioni di dollari nel 2022 a 20 nel 2026, una riduzione del 92,5%. Nel marzo 2025, sono terminati anche i fondi residui per la preparazione alle emergenze sanitarie nella Repubblica Democratica del Congo. E poi ci sono i 553 milioni di dollari persi dall'Oms quando gli Usa hanno deciso di ritirarsi (e i 2.371 dipendenti licenziati, un quarto dell'organizzazione). E i tagli di 700 milioni di dollari nei finanziamenti per la sorveglianza globale del *Cdc-Center for disease control*. L'Europa non ha fatto diversamente. Secondo l'Ispi, Germania, Francia, Regno Unito, Italia e altri Paesi hanno ridotto simultaneamente i finanziamenti alla salute globale. La Germania ha dimezzato i fondi per l'hub Oms di Berlino (da 30 a 15 milioni). La Francia ha ridotto il contributo al Global Fund a 660 milioni (erano 1,6 miliardi); l'Italia del 19%. Il Regno Unito ha tagliato di un terzo gli aiuti esteri. Nel novembre 2025, il Global Fund aveva raccolto solo 11,3 dei 18 miliardi di dollari necessari. Il sistema globale di preparazione alle emergenze sanitarie è crollato non perché il virus sia stato più pericoloso, ma perché i governi non lo hanno rifinanziato. Contemporaneamente hanno aumentato la spesa militare. Nel 2025, dati Sipri, la spesa militare globale ha raggiunto 2.887 trilioni di dollari: 642 volte più della preparazione pandemica, che costa 4.5 miliardi di dollari l'anno secondo Oms e Banca Mondiale. Stati Uniti in testa, l'amministrazione Trump ha destinato 1 trilione di dollari alle armi mentre tagliava 647 milioni di dollari alla sicurezza sanitaria globale. Ogni aumento dell'1% di spesa militare nei Paesi a basso reddito, dice l'Onu, corrisponde alla riduzione quasi equivalente nei servizi sanitari. I governi hanno scelto: non prevenzione delle pandemie, ma armi.

*Coordinatore delle emergenze di Medici Senza Frontiere



IL PIANO SANITARIO

Ebola, chi arriva dal Congo sarà tracciabile Il ministero prepara 5 livelli di intervento

La circolare di Schillaci. Il direttore Oms sbarca in Africa

Maria Sorbi

■ Ebola, il Ministero della Salute pubblica sulla Gazzetta ufficiale la circolare per gestire eventuali emergenze: 5 i livelli di rischio in base a cui individuare le misure più adeguate per le persone in arrivo in Italia da Repubblica Democratica del Congo e Uganda, dove sono in corso focolai di infezione dal ceppo Bundibugyo del virus. Chi è a rischio deve sbarcare direttamente a Fiumicino e essere portato allo Spallanzani, gli altri dovranno comunicare i propri dati e rendersi rintracciabili.

Per quanto riguarda l'esposizione, si distinguono quelle «ad alto rischio» e «non ad alto rischio». Le esposizioni ad alto rischio riguardano il contatto ravvicinato e senza protezioni con una persona con sintomi, o un rapporto

sessuale non protetto con un caso fino a tre mesi dalla guarigione, o ancora contatto con materiale contaminato da liquidi biologici di un caso probabile o confermato o infine un'esposizione percutanea (per esempio una puntura d'ago) o attraverso le mucose a liquidi biologici, tessuti o campioni di laboratorio di un caso probabile o confermato. Sono considerate esposizioni ad alto rischio anche la partecipazione a riti funebri con esposizione diretta e senza protezioni a resti umani nelle aree colpite dal virus o provenienti da quelle aree, e il contatto diretto con pipistrelli, roditori o primati non umani vivi o morti da aree colpite, oppure il contatto con carne di animali selvatici. È invece considerato non ad alto rischio il contatto casuale o la condivisione di spazi con una persona con febbre, ma autonoma e in grado di camminare.

Il direttore dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus è atterrato ieri nella provincia orientale del-

la Repubblica Democratica del Congo, la più colpita da una grave epidemia di Ebola. «La comunità internazionale - ha dichiarato - sta aiutando il governo della Rdc ad affrontare l'epidemia, ma allo stesso tempo è importante il coinvolgimento della comunità». La febbre emorragica altamente contagiosa è già presente in tre province orientali della Rdc e nella vicina Uganda, dove sono stati registrati nove casi confermati di infezione, tra cui un decesso. Secondo quanto riportato giovedì dai Centri africani per il controllo e la prevenzione delle malattie, nella Rdc si sono registrati almeno 1.077 casi sospetti di Ebola dall'inizio dell'epidemia, il 15 maggio, con 246 decessi. La reale portata dell'epidemia in Congo, che si ritiene circolasse già prima di essere individuata, è probabilmente molto più ampia, ha avvertito l'Oms.



Pnrr Sanità, la verità dietro i numeri: Case della Comunità aperte... ma spesso senza servizi

“L’
ampliamento della platea degli assistiti non si accompagna ancora a una verifica sistematica sull’effettiva capacità dell’investimento pubblico di migliorare lo stato di salute della popolazione più fragile”. È uno dei passaggi più significativi contenuti nel nuovo Referto della Corte dei conti sullo stato di avanzamento del PNRR negli enti territoriali. A poco più di un anno dalla scadenza del 30 giugno 2026, la Missione Salute del PNRR continua a muoversi tra accelerazioni e criticità. Il Referto approvato dalla Corte dei conti, fotografa una sanità italiana che avanza sul fronte tecnologico ma fatica ancora a trasformare gli investimenti in servizi territoriali realmente operativi e omogenei su tutto il territorio nazionale. Il dato simbolo riguarda le Case della Comunità. L’obiettivo nazionale prevede almeno 1.038 strutture attive entro giugno 2026, ma il monitoraggio Agenas segnala che, sebbene siano operative 781 strutture, solo 66 garantiscono pienamente tutti i servizi obbligatori previ-

sti dagli standard ministeriali. In pratica, appena il 3,8% delle Case della Comunità assicura presenza medica, assistenza infermieristica continuativa e copertura organizzativa completa. Anche sugli Ospedali di Comunità emergono forti squilibri territoriali. A fine 2025 risultano attivi 163 presidi sui 594 programmati, con differenze marcate tra Nord e Sud. Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna mostrano livelli di avanzamento più elevati, mentre diverse regioni meridionali restano indietro sia nella capacità di spesa sia nell’attivazione concreta dei servizi. Sul fronte della digitalizzazione ospedaliera, invece, il quadro appare più positivo. La Corte evidenzia il completamento degli obiettivi relativi alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere e il quasi totale collaudo delle grandi apparecchiature sanitarie previste dal Piano. Resta però aperto il nodo finanziario. Gli enti territoriali hanno dovuto anticipare miliardi di euro per sostenere i pagamenti dei progetti PNRR, in attesa dei trasferimenti statali.

Squilibrio rischia di aumentare ulteriormente le disuguaglianze territoriali. Un altro elemento critico riguarda l’Assistenza Domiciliare Integrata. Il target del 10% di over 65 assistiti è stato raggiunto in anticipo, ma la Corte avverte: aumentare il numero dei pazienti presi in carico non basta senza verificare qualità delle cure, continuità assistenziale e reale riduzione dei ricoveri evitabili. Una sanità sospesa tra innovazione e incompiutezza. Il PNRR ha aperto una stagione di investimenti senza precedenti, ma la vera sfida sarà trasformare strutture e tecnologie in servizi realmente funzionanti, accessibili e capaci di ridurre le disuguaglianze territoriali. Inaugurare una struttura non significa automaticamente garantire cure efficaci, personale adeguato e presa in carico concreta dei cittadini più fragili.

Giovanni Ianni



Volontariamente Costruire la salute nelle comunità

Paola Capoleva e Filippo Viganò*

La salute non coincide più con la cura ospedaliera o con l'intervento sanitario in senso stretto. È il risultato di un intreccio di fattori sociali, culturali e ambientali che prendono forma nei territori e nella vita quotidiana delle persone. È qui che si gioca una delle trasformazioni più profonde del welfare contemporaneo. Invecchiamento della popolazione, crescita delle cronicità, aumento delle fragilità sociali e della solitudine stanno ridisegnando la domanda di salute, che non può più essere letta come somma di prestazioni cliniche, ma come bisogno di continuità, prossimità e accompagnamento. In questo quadro si inserisce il convegno nazionale "Volontariato è salute!", promosso da CSVnet l'11 giugno all'Auditorium Marco Biagi di Modena nell'ambito della Capitale italiana del volontariato: un appuntamento per valorizzare il contributo del volontariato alla costruzione delle politiche per la salute e il benessere delle persone. Una prospettiva che trova conferme anche sul piano istituzionale. Il recente Protocollo d'intesa tra Ministero della Cultura e Ministero della Salute riconosce infatti la cultura come determinante di salute, parte integrante dei percorsi di cura. È il riconoscimento che la salute si costruisce anche fuori dalla

sanità, come ribadiscono università, istituzioni ed enti impegnati in iniziative e ricerche. La stessa direzione emerge nelle politiche territoriali avviate dal PNRR e dal DM 77/2022. Le Case della Comunità non rappresentano soltanto nuove strutture, ma un diverso modello di relazione tra servizi e cittadini, fondato su presa in carico integrata e connessione tra sanitario e sociale. Perché la salute, come ricorda l'OMS, è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Il volontariato, in questo scenario, non è un attore accessorio: è una componente strutturale dei determinanti sociali della salute, cioè di quell'insieme di condizioni economiche, relazionali e ambientali che incidono in modo decisivo sulla salute collettiva. In questo spazio operano ogni giorno migliaia di organizzazioni che contrastano la solitudine, promuovono inclusione e rafforzano la coesione sociale. In tale contesto si colloca anche l'esperienza sempre più diffusa dei "Tutor della Salute": volontari formati che svolgono una funzione di ponte tra cittadini fragili e sistema socio-sanitario. Nata in Lombardia, soprattutto nei territori di Monza e Brianza, questa figura non è un operatore sanitario né un assistente sociale, ma una persona di fiducia presente nel quartiere, capace di ascoltare e accompagnare. Il Tutor della Salute agisce su tre livelli: orientamento nei servizi, supporto digitale e ascolto attivo per contrastare l'isolamento. La sua efficacia dipen-

de però dalla qualità del network in cui è inserito: è qui che i Centri di servizio per il volontariato e le associazioni territoriali diventano protagonisti, trasformando il tessuto civico locale in un vero e proprio ecosistema di salute. In questa direzione si apre anche la prospettiva della prescrizione sociale. Sempre più medici e operatori delle Case della Comunità si trovano di fronte a pazienti il cui malessere non trova risposta in una ricetta, ma nella necessità di relazioni, attività culturali, sportive o associative. Il Tutor della Salute può essere il collegamento tra questa indicazione clinica e la sua concreta realizzazione, rendendo accessibili le risorse del territorio, che diventano così risorse terapeutiche riconosciute. Diventa quindi sempre più cruciale facilitare connessioni, costruire alleanze territoriali e mettere in relazione soggetti diversi che concorrono alla qualità della vita. È per questo che CSVnet e tanti Centri di servizio per il volontariato hanno posto nei loro programmi azioni di supporto e rafforzamento della partecipazione dei volontari a iniziative degli enti su benessere e salute. Un lavoro di mediazione e ricomposizione fondamentale, perché la sanità del futuro non dipenderà solo dalle risorse disponibili, ma anche dalla capacità delle comunità di attivare relazioni, prossimità e partecipazione.

**Consigliera e Consigliere
CSVnet*





Servizio Welfare e Sanità

Denatalità e punti nascita, serve una riforma di sistema

La transizione demografica richiede non solo interventi tecnici ed economici ma anche una profonda capacità di visione politica, culturale e progettuale

*di Alberto Garinei *, Riccardo Tartaglia *, Anna Franca Signorile ***

1 giugno 2026

La denatalità non rappresenta più soltanto una questione statistica o un fenomeno confinato alla sfera familiare, ma una delle principali sfide sociali, economiche e sanitarie del Paese. L'Italia sta vivendo una trasformazione demografica profonda che rischia di compromettere la sostenibilità del welfare, del sistema pensionistico e dello stesso Servizio sanitario nazionale. In un contesto segnato da crisi geopolitiche, economiche ed energetiche, il sistema sanitario italiano si trova infatti ad affrontare criticità sempre più complesse.

Lo scenario

Di questi temi si è discusso nel corso del convegno 'Denatalità e Punti nascita' organizzato dall'Università Marconi di Roma in collaborazione con le associazioni di ostetricia e ginecologia (Sigo e Agoi) e l'Italian Network for Safety in Healthcare, dedicato alle implicazioni della transizione demografica sul futuro del Paese e sulle prospettive del sistema sanitario.

L'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, l'obsolescenza tecnologica di molte strutture ospedaliere, la riduzione dei posti letto e la carenza di personale sanitario stanno mettendo a dura prova la capacità di mantenere un sistema sanitario universalistico. In questo scenario, il tema della riorganizzazione dell'assistenza ostetrica e dei punti nascita assume una rilevanza crescente, anche alla luce del drastico calo delle nascite.

In Italia si è passati dalle 577 mila nascite del 2008 alle circa 355 mila attuali e, secondo le stime, entro il 2050 la popolazione italiana potrebbe ridursi di circa quattro milioni di abitanti. Si tratta di un declino demografico che affonda le proprie radici in trasformazioni profonde e di lungo periodo. Anche l'immigrazione, pur rappresentando un contributo importante, non appare sufficiente da sola a invertire la tendenza.

Il calo della natalità si è accentuato dopo la crisi economica del 2008 e nel periodo post-pandemico, aumentando il livello di incertezza delle giovani coppie e scoraggiando le scelte riproduttive.

A questo si aggiunge il progressivo rinvio della maternità verso età più avanzate, fenomeno che comporta inevitabilmente una riduzione della fertilità biologica. Oggi il tasso di fecondità italiano è pari a circa 1,14 figli per donna, ben lontano dal valore di 2,1 necessario per garantire il ricambio generazionale.

Si riduce il capitale umano

La denatalità appare quindi come un fenomeno strutturale, strettamente legato alle trasformazioni socioeconomiche e culturali contemporanee, destinato a incidere profondamente sulle future dinamiche demografiche, politiche e relazionali del Paese. Le conseguenze sono già evidenti: spopolamento delle aree interne, fuga dei giovani qualificati all'estero e crescente carenza di professionisti specializzati. Nel solo settore sanitario, tra il 2020 e il 2022, circa 180 mila professionisti tra medici e infermieri hanno scelto di lavorare fuori dall'Italia. Una perdita di competenze che rischia di compromettere ulteriormente la capacità del sistema sanitario di affrontare le sfide future. Anche altri settori strategici, come quello ingegneristico, soffrono di una significativa carenza di professionisti altamente qualificati, è stimato che mancano in Italia oltre settemila ingegneri. Si crea così un paradosso: proprio nel momento storico in cui sarebbero necessarie più competenze, innovazione e ricerca, l'Italia continua a perdere capitale umano.

A rendere ancora più complesso lo scenario contribuisce l'aumento della speranza di vita, oggi superiore agli 81 anni per gli uomini e vicina agli 86 per le donne. Entro il 2050 circa il 35% degli italiani potrebbe avere più di 65 anni, mentre già oggi quasi il 40% della popolazione convive con almeno una patologia cronica.

Le strategie per contrastare la denatalità devono quindi affrontarne le cause profonde. Occupazione stabile, sicurezza economica, servizi sociali adeguati e una reale conciliazione tra lavoro e famiglia rappresentano condizioni essenziali per consentire alle coppie di realizzare concretamente il desiderio di avere figli.

Tra gli elementi considerati prioritari emergono il costo dei figli — non soltanto economico ma anche in termini di tempo e opportunità — la disponibilità di servizi per l'infanzia e di supporto alla genitorialità, la possibilità di conciliare maternità, paternità e lavoro e, infine, un contesto culturale e sociale capace di sostenere e valorizzare chi sceglie di avere figli.

Focus sulla salute riproduttiva

Accanto agli aspetti economici e sociali, durante il convegno è emersa con forza anche la questione della salute riproduttiva. Molti giovani risultano ancora poco consapevoli dei fattori che possono compromettere la fertilità e delle conseguenze legate al rinvio dei progetti familiari. Un tema che riguarda non soltanto le donne, ma anche gli uomini, la cui salute riproduttiva continua a ricevere minore attenzione nel dibattito pubblico.

Punti nascita da riorganizzare

Un tema cruciale è quello della riorganizzazione dei punti nascita. In Italia esistono ancora numerose strutture con volumi di attività inferiori agli standard ministeriali. Le soglie minime di attività non rappresentano un criterio burocratico, ma derivano da consolidate evidenze scientifiche che dimostrano la relazione tra volumi di attività ed esiti clinici. Nei punti nascita con bassi volumi possono risultare più difficili da gestire complicanze gravi come emorragia post-partum, sepsi o distocia di spalla.

Va superato il falso mito secondo cui "più vicino" significhi automaticamente "più sicuro". La sicurezza dipende invece dall'integrazione tra competenze professionali, organizzazione, tecnologie disponibili e capacità di affrontare tempestivamente le emergenze. Tra le possibili soluzioni: maggiore integrazione ospedale-territorio, potenziamento del trasporto materno assistito, centralizzazione dei casi complessi, formazione continua del personale e percorsi di rotazione nelle strutture ad alto volume per mantenere elevate competenze cliniche. Per le donne che vivono lontano dai punti nascita potrebbe inoltre essere utile prevedere, nelle fasi prossime al parto, soluzioni di accoglienza temporanea in prossimità degli ospedali.

La questione sanitaria per la sua complessità non è però risolvibile solo con interventi settoriali ma serve una riforma strutturale del servizio sanitario (non più rinviabile) da affrontare con un approccio sistemico.

Serve una strategia nazionale

Nel corso del confronto è stata sottolineata anche la necessità di affrontare la crisi demografica attraverso una strategia nazionale di lungo periodo, fondata su evidenze scientifiche e capace di integrare politiche sanitarie, sociali e del lavoro. La natalità non riguarda infatti soltanto il numero dei figli, ma investe direttamente la salute riproduttiva, la prevenzione, l'organizzazione del lavoro, il welfare, la salute materno-infantile e la qualità della vita delle future generazioni.

Tra le proposte emerse, la necessità di considerare gli investimenti in prevenzione, sostegno alla maternità e servizi territoriali non semplicemente come costi, ma come investimenti strategici sul futuro del Paese.

Importante il punto di vista delle nuove generazioni: la bassa fecondità italiana rifletterebbe soprattutto la difficoltà di realizzare progetti riproduttivi più che una reale riduzione del desiderio di avere figli. Il divario tra intenzioni e comportamenti riguarda tutte le età: il rinvio tra i giovani, le incertezze nella transizione al primo figlio e i limiti biologici nelle età più avanzate.

La transizione demografica richiede dunque non solo interventi tecnici ed economici ma anche una profonda capacità di visione politica, culturale e progettuale.

** Università degli Studi G. Marconi - Marconi** Azienda Tutela Salute Liguria*

IL MESSAGGIO

Prevost: salute, i dati dei pazienti siano tutelati

«Il miglioramento e l'evoluzione costanti della tecnologia significano che l'aggiornamento delle politiche di sicurezza e di privacy esistenti è diventato una questione urgente e fondamentale», soprattutto quando riguardano le informazioni legate ai «database sanitari» e alle biobanche. È quanto sottolinea Leone XIV in un messaggio in lingua inglese, a firma del segretario di Stato, cardinale Pietro Parolin, indirizzato al presidente della Pontificia Accademia per la vita (Pav) l'arcive-

scovo Renzo Pegoraro. L'occasione di questa lettera è il terzo incontro dedicato alla revisione della Dichiarazione di Taipei della World medical association (Wma), un documento di etica medica che stabilisce i principi fondamentali per la raccolta, la conservazione e l'utilizzo dei dati sanitari e dei campioni biologici nella ricerca scientifica. A conclusione del suo messaggio, il Pontefice ha incoraggiato «l'importante lavoro» e benediciendo tutti i partecipanti, «confida che le vostre delibe-

razioni cercheranno di sostenere la dignità umana e la conoscenza condivisa quale base di un vero bene comune».



Il fine vita si prepara al debutto in aula. Ma sarà subito stop

Un debutto, atteso da due anni, ma destinato ad un nuovo stop, subito. Il disegno di legge sul fine vita arriva alla prova dell'aula, domani al Senato, con il testo del Pd condiviso da tutte le opposizioni. Ma la maggioranza punta a rimandarlo indietro. Quel ddl è «eutanasico» e «fuori dai profili indicati dalla Consulta», ha sentenziato Francesco Zaffini di FdI, presidente della commissione Affari sociali. Da più di un anno divide la «concessione» del trattamento di fine vita da parte del Servizio sanitario nazionale: prevista nel testo del senatore dem, Alfredo Bazoli, e assolutamente esclusa nella proposta di maggioranza. Due percorsi destinati a non incrociarsi. Tant'è che il centrodestra domani chiederà che si discuta ancora del proprio testo, tornando in commissione per aspettare gli ulteriori emendamenti in cantiere, attesi il 9 giugno. Preannunciati da FI, nell'arduo tentativo di superare i veti incrociati e trovare l'accordo con le opposizioni, ma anche con gli altri alleati meno concilianti. La sinistra - è facile immaginare - punterà i piedi. E, convinta che si tratti dell'ennesimo rinvio per affossare la legge al limite della legislatura, chiederà di esaminare comunque il testo Bazoli, per certificare ufficialmente chi vuole una legge e chi no. A quel punto, potrebbe esserci un voto - per regolamento, a scrutinio palese - che deciderà quale legge andrà avanti e come. A sostegno del ritorno in commissione, si spenderà la maggioranza. A partire dai relatori che rimarcheranno come, dopo mesi di stallo, faticosamente si è tornati a ragionare di emendamenti. Sui quali resta da capire quanto peserà la cosiddetta «svolta liberal» promossa da Marina Berlusconi dentro FI. A gestire l'operazione è la capogruppo forzista Stefania Craxi, al lavoro specie sul nodo del Ssn. Qualcuno non esclude che potrebbe essere lei stessa domani a sollecitare una nuova data per l'esame in aula (che spetta co-

munque alla conferenza dei capigruppo), ipotizzando che sia prima della pausa estiva.

Il centrosinistra non ci crede, nè si fida. Ripete che anche le due audizioni, chieste dalla maggioranza e previste sempre domani, sono un trucco per allungare l'iter. A mezzogiorno interverrà l'Istituto superiore di sanità (e il Cnr, in forma scritta), chiamato in causa per stabilire se esiste un macchinario per autosomministrare il farmaco letale.

Parallelo al percorso contorto della legge in Parlamento, prosegue quello dei malati terminali che autonomamente chiedono di accedere al suicidio assistito. L'ultimo caso è di una donna trevigiana di 77 anni affetta da mesotelioma pleurico a cui l'Ulss ha negato la richiesta. Lo ha denunciato l'associazione Luca Coscioni, spiegando che «dopo ogni ciclo di chemioterapia la paziente è costretta a convivere con una debilitazione protratta, difficoltà respiratorie e importanti effetti collaterali che incidono pesantemente sulla qualità della vita». Chiamata in causa, l'Ulss 2 di Treviso respinge le accuse chiarendo che «opera nell'esclusivo solco tracciato dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale», con «un esame rigoroso e non scelte arbitrarie o discrezionali». (r.r.)

Dovrebbe essere un passaggio formale: la sinistra proporrà il ddl Bazoli, ma il centrodestra è pronto a tornare in commissione. Non escluso un voto per decidere.



Alfredo Bazoli, senatore del Pd



Forza Italia: "Si torni in commissione". Le opposizioni: "Un trucco"

Fine vita, oggi legge in Aula ma il centrodestra dice no "È del Pd, non la votiamo"

FEDERICO CAPURSO
ROMA

Oggi, a sette anni dalla sentenza della Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito, una proposta di legge sul fine vita riesce ad arrivare per la prima volta in Aula, in Senato. Il centrodestra, però, non ha alcuna intenzione di portarla avanti. Per un semplice motivo: il testo di questa proposta non è il suo, ma quello del centrosinistra. «E non possiamo permettere che passi la proposta del Pd», ammettono dentro Forza Italia.

Gli azzurri, sotto la spinta sui diritti civili impressa da Marina Berlusconi, dovrebbero essere i più propositivi. Ma tra la teoria e la pratica, ci sono gli equilibri di maggioranza da preservare. La Lega ha un approccio laico, al suo interno sono in tanti a essere favorevoli, tanto che in Veneto si farà un tentativo per una nuova legge regionale. La ritrosia di Fratelli d'Italia, inve-

ce, è difficile da vincere. Così, invece di proseguire l'esame del testo che oggi arriva in Aula, presentando magari degli emendamenti che modifichino la proposta del senatore del Pd Alfredo Bazoli per renderla più vicina alle loro idee, nel centrodestra hanno individuato un'altra strada. Si andrà avanti con la discussione generale, «poi però voteremo per riportare il testo in commissione». Nel frattempo, si potranno presentare entro il 9 giugno nuove proposte di modifica al testo del senatore di FI Pierantonio Zanettin, non a quello di Bazoli. Insomma, un passo avanti e due indietro.

L'obiettivo di Forza Italia è di emendare il suo testo per riportare al centro della proposta il ruolo del Servizio sanitario nazionale. Punto sul quale gli alleati di FdI sono stati irremovibili: «Non può essere coinvolta la sanità pubblica». Il possibile compromesso passa dall'affidamento delle pro-

cedure per il suicidio assistito al medico di base, anche in ospedale pubblico. Ma che non esalti FdI si vede già dal tipo di audizione che è stata chiesta in commissione, oggi, sul testo di Zanettin: verrà chiesto all'Istituto superiore di sanità se esiste un macchinario che possa auto-somministrare il farmaco letale.

Il centrosinistra ha le sue ragioni per sospettare che questa manovra sia «un trucco». Un escamotage utile solo a esaurire il tempo a disposizione del Parlamento. La proposta della maggioranza, infatti, è stata ferma in commissione per quasi un anno. «Se volevano proporre nuovi emendamenti, potevano farlo prima», commentano dal Movimento 5 stelle. Ed è «bizzarro», aggiungono, che questa accelerazione sia arrivata solo quando il testo delle opposizioni è riuscito ad approdare in Aula. Ma il testo della proposta di maggioranza è rimasto chiuso in un cassetto della

commissione anche per un altro motivo. Il ministero della Sanità, infatti, non avrebbe mai trasmesso al Senato i pareri necessari. E senza i pareri del governo, un testo non può andare avanti nel suo percorso. Ai senatori del Pd non è chiaro, poi, «in base a cosa, adesso, dovremmo aspettarci un'accelerazione dei lavori in commissione da parte di questa maggioranza». Le opposizioni, quindi, oggi chiederanno in Aula di andare avanti con la loro legge e di votare per capire quale proposta dovrà andare avanti e quale no. O forse - dal loro punto di vista - per capire chi vuole andare avanti e chi no.—



La variante azzurra
Marina Berlusconi, figlia del Cavaliere e presidente di Fininvest



La prima donna laica prefetta in Vaticano guiderà i media del Papa

di IACOPO SCARAMUZZI

CITTÀ DEL VATICANO

Con una sola nomina Leone XIV ha impresso una triplice torsione alla Curia romana. Il Papa ha scelto Maria Montserrat Alvarado, 47 anni, alla guida della comunicazione vaticana: entrerà in funzione il primo novembre e succederà a Paolo Ruffini, ex direttore di *Radio Uno*, *La7* e *Tv2000* che, chiamato in questo ruolo da Francesco nel 2018, a fine ottobre compirà 70 anni e andrà in pensione. Bergoglio aveva già nominato suor Simona Brambilla a capo dei religiosi e suor Raffaella Petrini alla guida dell'amministrazione dello Stato pontificio, suscitando critiche che si sono trascinate sin dentro il Conclave, ma ora Leone chiama una laica tra i suoi più stretti collaboratori. È la prima volta nella storia del Vaticano.

Nata a Città del Messico, naturalizzata statunitense, la nomina di "Montse" Alvarado accelera poi l'internazionalizzazione della Curia romana. La nuova prefetta conosce l'esperienza della migrazione: arrivò negli Usa bambina, il padre era console del Messico a Miami, inserirsi nella nuova società non fu scontato:

«Ho sperimentato che non ero abbastanza brava per essere americana», ha raccontato. Ha vissuto anche quattro anni a Montreal, e si diletta di canto jazz e classico.

Ma c'è un terzo motivo per il quale questa nomina non era scontata. La nuova prefetta del sistema comunicativo del Vaticano – *Osservatore Romano*, *Radio Vaticana*, *Vatican News*, oltre che sala stampa, tipografia, centro televisivo e Libreria editrice vaticana – proviene da *Ewtn* (*Eternal Word Television Network*), televisione statunitense cattolica conservatrice. Una realtà con simpatie nel mondo trumpiano e un passato polemico con papa Francesco e lo stesso Prevost. Prima che arrivasse Alvarado, l'emittente criticò duramente Bergoglio sui migranti o sulle coppie gay, e il Papa argentino reagì: «Una grande televisione cattolica», disse, «non esita a parlare continuamente male del Papa. Personalmente merito attacchi e insulti perché sono un peccatore, ma la Chiesa non li merita. Sono opera del diavolo». Quanto a Leone, il giornalista di una delle testate legate a *Ewtn*, il peruviano Alejandro Bermudez, ancora a ridosso del Conclave diffuse calunnie nei confronti di Prevost su un caso di abusi sessuali in Perù.

Prima di arrivare ai media Alvarado ha lavorato come attivista per la

libertà religiosa, difendendo davanti alla Corte suprema Usa i diritti di congregazioni di suore cattoliche, condannati a morte musulmani, scuole ebraiche. Ha combattuto il diritto all'aborto di Obamacare, il *Wall Street Journal* ha scritto che è stata «in prima linea nelle guerre culturali americane».

Dal 2023 è presidente e *chief operating officer* di *Ewtn*. Il Vaticano sottolinea la sua esperienza poliglotta e multimediale. La sua nomina è un messaggio di *appeasement* verso Trump? «Non credo», risponde Massimo Faggioli, storico del cristianesimo trapiantato negli Usa, «è certamente una mossa per migliorare i rapporti con il cattolicesimo anglo-americano che ha sensibilità più conservatrici, ma se *Ewtn* ha alcune voci che spiccano per la loro ideologia di destra, molte altre voci sono mainstream e si rivolgono a un pubblico non ideologizzato». Lei durante il Conclave diceva a *Reuters* che *Ewtn* è progressista per quanto riguarda immigrati e poveri, conservatrice su vita e famiglia. E assicurava lealtà a chiunque sarebbe stato eletto Papa.

Leone chiama a dirigere la comunicazione Montserrat Alvarado, messicana. Era a capo della tv conservatrice Ewtn

Alvarado
sostituisce
Paolo Ruffini,
ex direttore
di Radio Uno,
La7 e Tv2000



● Maria Montserrat Alvarado con Papa Leone XIV



Un cerotto made in Italy per curare il tumore cerebrale più letale

Nanomedicina. Il film sottile biodegradabile rilascia immuno-chemioterapia contro il glioblastoma. La ricerca è coordinata da Humanitas su tecnologia Iit

Gianluca Dotti

Rilasciare i farmaci direttamente nella cavità chirurgica, nel cervello, grazie a una sorta di "cerotto" nanostrutturato frutto della tecnologia made in Italy: verte su questo un'innovativa linea di sviluppo dedicata al glioblastoma, il tumore cerebrale maligno più diffuso, con un'incidenza fino a 4 casi ogni 100mila adulti e una sopravvivenza media dalla diagnosi di appena 20 mesi. A complicare le cure ci sono l'eterogeneità intra-tumorale, per cui cellule differenti del tumore rispondono diversamente alle terapie, e il micro-ambiente immunosoppressivo, che neutralizza sia le difese naturali sia le immunoterapie. Per di più, la barriera emato-encefalica impedisce ai farmaci somministrati per via sistemica di raggiungere in modo efficace il tessuto cerebrale, rendendo anche la chemioterapia poco adatta.

Il risultato è che nell'80% dei casi la recidiva, locale, si origina dal margine di tessuto non rimosso in sala operatoria. «Anche quando la resezione chirurgica è ampia e le terapie standard vengono applicate correttamente, il rischio di recidiva rimane elevatissimo. È un compromesso difficile: più si rimuove, maggiore è il rischio di danneggiare aree che governano linguaggio, movimento e memoria», spiega Marco Riva, neurochirurgo all'IRCCS Istituto Clinico Humanitas. «Le cellule tumorali che il chirurgo è costretto a lasciare non sono un fallimento tecnico, ma un limite biologico e anatomico».

Per superare questo ostacolo terapeutico è nata la linea di sviluppo NeuroMESH, coordinata da Riva in Humanitas e ora finanziata con 2,7 milioni di euro su cinque anni dal Fondo Italiano per le Scienze Appli-

cate (FISA) del ministero dell'Università e della Ricerca, che riunisce le competenze cliniche con quelle nanotecnologiche dell'Istituto Italiano di Tecnologia IIT. Il progetto punta a portare un film polimerico biodegradabile sviluppato dall'IIT - chiamato μ MESH - dalla sperimentazione preclinica all'applicazione clinica.

L'approccio in sé non è nuovo: negli ultimi trent'anni sono stati sperimentati metodi di somministrazione locale senza dover attraversare la barriera emato-encefalica, tra cui i wafer - dischetti rigidi impregnati di chemioterapico posizionati nella cavità al termine dell'intervento - senza però riuscire a modificare in modo sostanziale la pratica clinica. Il limite dei wafer è fisico, più che farmacologico: un dispositivo rigido non si adatta alle irregolarità del tessuto cerebrale, lasciando zone di contatto insufficiente e un rilascio disomogeneo. μ MESH parte da un'architettura diversa: un film sottile e flessibile con una microstruttura interna che si conforma sul tessuto molle e rilascia farmaci in modo controllato, per settimane. La tecnologia ha già raggiunto un livello di maturità (Technology Readiness Level - TRL 3) vicino a quello necessario per la sperimentazione clinica. « μ MESH può essere caricata con combinazioni diverse di chemioterapici e immunoterapici, rilasciandoli localmente», afferma Paolo Decuzzi, Senior Scientist dell'IIT e professore di oncologia a Stanford, a capo del gruppo che ha sviluppato la tecnologia. «L'obiettivo è colpire le cellule tumorali residue senza esporre il resto dell'organismo alla tossicità sistemica dei farmaci». IIT produce le configurazioni ottimizzate di μ MESH, che vengono testate da centri clinici terzi. Oltre a Humanitas, che dispone di una banca cellulare

derivata da pazienti operati, sfruttata per il trapianto in modelli murini, partecipano al progetto Stanford Medicine, l'Università della California San Francisco (UCSF), Harvard Medical School e l'MD Anderson Cancer Center di Houston, ciascuno con i propri modelli preclinici e protocolli. «In un momento in cui le collaborazioni scientifiche internazionali sono sotto pressione politica, questo progetto dimostra come Italia e Stati Uniti possano lavorare insieme in modo efficiente», osserva Decuzzi.

Nei cinque anni del progetto, μ MESH sarà validato secondo i requisiti richiesti dalle agenzie del farmaco europea (EMA), italiana (AIFA) e statunitense (FDA). «Abbiamo la possibilità di replicare nei modelli animali l'intero protocollo terapeutico, inclusa la radioterapia», precisa Riva. «La fase 1 di sperimentazione clinica sui pazienti potrebbe partire in questo arco di tempo, mentre per un'applicazione su larga scala il minimo è dieci anni». Proprio come per la pipeline sperimentale di un nuovo farmaco, «sono i pazienti del futuro, e non quelli odierni, che stiamo cercando di aiutare», conclude.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Progetto finanziato con 2,7 milioni di euro su cinque anni dal Fondo italiano per le scienze applicate del Mur



La proposta

QUELL'ARTE CHE CURA: PATRIMONIO FRUIBILE ANCHE NELLE CORSIE

di **Antonio D. Barretta**

Numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che le arti – nelle loro diverse forme espressive (arti visive, musica, teatro, danza, scrittura etc.) – possono contribuire in modo significativo al benessere psico-fisico di pazienti e professionisti e, quindi, alla qualità dell'assistenza sanitaria. Il rapporto n. 67 dell'Organizzazione mondiale della Sanità ha evidenziato che l'arte può sostenere l'esperienza della malattia e favorire migliori esiti di cura. Una letteratura scientifica ampia documenta benefici sia sul piano fisiologico - con effetti positivi su pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria - sia sul piano psicologico ed emotivo, migliorando la capacità dei pazienti di affrontare i trattamenti, riducendo l'ansia e aumentando il senso di fiducia e serenità anche in contesti non familiari. I benefici riguardano anche i professionisti sanitari. Le esperienze culturali e artistiche possono rafforzare le competenze relazionali, l'empatia e la capacità di ascolto, contribuendo al tempo stesso a ridurre stress e burnout e a sviluppare una maggiore dimensione riflessiva nella pratica clinica. In Italia esistono numerose esperienze di sostegno attraverso l'arte ai percorsi di cura. Si tratta però, nella maggior parte dei casi, di iniziative isolate, spesso legate alla sensibilità di singole aziende sanitarie, associazioni o realtà territoriali. Manca ancora una strategia organica, nazionale o regionale, capace di trasformare queste sperimentazioni in una componente strutturale delle politiche di umanizzazione delle cure.

In questa prospettiva, il protocollo «Prescrizione dell'arte che cura», sottoscritto nel febbraio 2026 dal ministero della Salute e dal ministero della Cultura, rappresenta un passaggio importante, a condizione che trovi concreta applicazione all'interno delle aziende del servizio sanitario nazionale.

Una strategia di sistema dovrebbe svilupparsi lungo direttrici precise: censire e

valorizzare le esperienze esistenti; promuovere studi sull'impatto delle arti in ambito sanitario; definire linee guida per l'integrazione dell'arte nei percorsi assistenziali; sostenere, attraverso bandi nazionali e regionali, progetti innovativi a finalità terapeutica e organizzativa. La formazione continua dei professionisti potrebbe includere percorsi dedicati all'integrazione tra arte e medicina, anche per affinare le competenze relazionali. Sarebbe auspicabile che si sviluppassero, e venissero sostenute, iniziative di collaborazione fra aziende sanitarie tese a confrontarsi sulle buone pratiche di impiego dell'arte nei processi di cura così da promuoverne, in un contesto di collaborazione reciproca, la diffusione.

In questo quadro potrebbe trovare spazio anche una certificazione rivolta alle aziende sanitarie che integrano l'arte nei percorsi di cura secondo degli standard definiti e verificabili.

L'Italia dispone di uno dei più importanti patrimoni artistico-culturali mondiali. Renderlo fruibile all'interno delle strutture sanitarie significa farne godere un pubblico insolito e fragile e, tramite questa politica, rendere il Servizio sanitario nazionale o migliore.

*Professore Ordinario di Economia aziendale presso
l'Università degli Studi di Siena e Direttore generale
dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOVITÀ ASSOLUTA DAL CONGRESSO MONDIALE DI ONCOLOGIA DI CHICAGO

Svolta per il cancro al pancreas: sopravvivenza raddoppiata

VITO SALINARO

Per comprendere la portata dello studio "RASolute 302", presentato al Congresso mondiale di oncologia (Asco) di Chicago che si è chiuso ieri, occorre andare al momento della presentazione dei risultati. I grafici pubblicati sui Ledwall della sala gremita da chirurghi, oncologi, ematologi e immunologi, illustrano la sopravvivenza a un anno dei malati di cancro del pancreas già metastatico: il 53,2% dei pazienti trattati con il nuovo farmaco daraxonrasib è in vita, contro il 17,3% di quelli curati con chemioterapia. Un brivido attraversa gli specialisti, tanti si commuovono, poi tutti si alzano in piedi e un applauso diventa una standing ovation.

Ora è acclarato: dopo decenni di tentativi inutili, questo farmaco orale, prodotto dall'americana Revolution Medicines, ha dimostrato di poter raggiungere risultati senza precedenti in pazienti già trattati con una prima linea di terapia. È una svolta. Al di là dei numeri della sopravvivenza, pure significativi nel deserto odierno di opzioni te-

rapeutiche, ciò che assume un valore enorme è che i ricercatori - lo studio è stato coordinato dal Dana-Farber Cancer Institute di Boston (per l'Italia hanno partecipato l'Istituto Nazionale Tumori e l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, l'Istituto Oncologico Veneto di Padova e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa) - hanno trovato la strada per agire su "Ras", una delle alterazioni più frequenti e più difficili da aggredire nella malattia. Insomma, non siamo di fronte alla cura definitiva ma all'inizio di un percorso, finalmente vincente, per il quale bisognerà continuare ad investire in ricerca. «Questi risultati sono rivoluzionari», dice la professoressa Rachna Shroff, primario di Oncologia del Cancer Center dell'Università dell'Arizona. «Il passo successivo al quale ora puntiamo - sottolinea entusiasta da Chicago Chiara Cremolini, responsabile del programma Sperimentazioni dell'Aou di Pisa - è di poter anticipare l'uso del farmaco anche ai

pazienti in fase più iniziale di malattia e non metastatici, con l'obiettivo futuro di poter arrivare anche alla guarigione».

Ma mentre per i malati americani l'autorizzazione all'assunzione del farmaco potrebbe arrivare nel giro di poche settimane, per l'immissione al commercio nel nostro Paese bisognerà attendere, forse anche un anno. Ecco perché i ricercatori italiani ed europei chiedono all'azienda produttrice di rendere possibile «l'uso compassionevole» nel Vecchio continente. Questa opzione, afferma Cremolini, «prevede la possibilità che i pazienti possano accedere al farmaco in via eccezionale, prima dell'approvazione, tramite i centri specializzati». Del resto, spiega l'oncologa, l'Autorità europea dei medicinali (Ema), ha dato al medicinale «la designazione di "farmaco orfano", per velocizzare i tempi di valutazione del dossier, ma in ogni caso saranno necessari dei mesi».

Dopo decenni di tentativi, un farmaco «rivoluziona le cure»
Già chiesto in Ue
l'uso compassionevole



Tumore al pancreas, c'è la pillola che raddoppia la sopravvivenza

LO STUDIO

Quarantadue lunghissimi secondi di applausi scroscianti hanno accolto la presentazione dei risultati dello studio RASolute 302, presso il McCormick Center di Chicago, dove si è appena tenuto il congresso dell'American Society of Clinical Oncology, uno dei più importanti dell'anno. Un farmaco innovativo sperimentale, il daraxonrasib, è riuscito a raddoppiare la sopravvivenza nelle persone con tumore del pancreas in fase metastatica, rispetto al trattamento con la chemioterapia tradizionale.

Il che, tradotto in mesi di vita guadagnati, significa estendere la sopravvivenza mediana a 13,2 mesi, contro i 6,7 mesi del gruppo trattato con quello che finora medici e pazienti hanno avuto a disposizione. Ed è un risultato epocale perché nessuna terapia

finora si era spinta così avanti in questo che è uno dei tumori più difficili da trattare anche perché spesso diagnosticato quando è già in fase avanzata: metà dei casi ha già dato metastasi alla diagnosi.

IL TRATTAMENTO

Ogni anno in Italia se ne diagnosticano 14 mila nuovi casi e l'aspettativa di vita di questi pazienti resta purtroppo limitata, anche se ricerche come quella presentata a Chicago riaccendo-

no la speranza e fanno segnare un punto importante contro questo tumore.

Il RASolute 302, uno studio di fase 3 (l'ultimo step di sperimentazione clinica, prima dell'approvazione e dell'immissione in commercio di una nuova terapia), pubblicato in contemporanea anche sul *New England Journal of Medicine*, ha coinvolto 500 pazienti con adenocarcinoma del pancreas in fase metastatica, arruolati in diversi Paesi del mondo, tra i quali l'Italia. Hanno preso parte a questa sperimentazione anche il professor Filippo Pietrantonio, dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano e la professoressa Chiara Cremolini dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

Metà dei pazienti sono stati trattati con il farmaco sperimentale daraxonrasib (si assume per bocca, una compressa al giorno) e l'altra metà con la chemioterapia tradizionale. E la differenza di risultati tra i due bracci di trattamento è stata netta: sopravvivenza raddoppiata nei soggetti trattati con il farmaco sperimentale, con una riduzione di mortalità del 60%. Il tutto al prezzo di effetti indesiderati modesti (soprattutto infiammazione delle mucose ed eruzione cutanea), se confrontati con quelli della chemioterapia.

E si tratta di un dato di non poco conto perché il nuovo far-

maco permette non solo di vivere

più a lungo, ma di vivere meglio. E questo, per una persona con una ridotta aspettativa di vita ha un significato ancora più importante.

IL MECCANISMO

Il farmaco delle speranze ha un meccanismo d'azione innovativo: colpisce il tumore a livello della mutazione RAS, responsabile della crescita incontrollata del tumore.

Oltre il 90% dei tumori del pancreas è caratterizzato dalla presenza di questa mutazione che è come un acceleratore premuto al massimo e "incastrato" in questa posizione. Il daraxonrasib, un inibitore del RAS, riesce a "spostare il piede" dall'acceleratore, impedendo così al tumore di crescere velocemente e indisturbato. È il primo farmaco a ottenere questo risultato ed è una vera innovazione. Purtroppo non è ancora a disposizione dei pazienti, al di fuori dagli studi clinici, perché deve essere approvato dalle autorità regolatorie. Ma visti questi risultati e la sostanziale assenza di opzioni terapeutiche risolutive per i pazienti con un tumore del pancreas in stadio metastatico, si spera che non si debba attendere troppo a lungo.

Maria Rita Montebelli

**IL DARAXONRASIB
SI ASSUME PER BOCCA,
RIDUCE LA MORTALITÀ
DEL 60% E HA EFFETTI
COLLATERALI PIÙ LIEVI
DELLA CHEMIOTERAPIA**

**UN RISULTATO EPOCALE
È LA PRIMA TERAPIA
CHE COLPISCE LA
MUTAZIONE RAS,
PRESENTE NEL 90
PER CENTO DEI CASI**



Servizio Congresso Asco

Tumore del pancreas metastatico: farmaco sperimentale raddoppia la sopravvivenza

Per l'adenocarcinoma in fase avanzata le opzioni terapeutiche hanno efficacia limitata e i pazienti hanno una prognosi sfavorevole: potrebbe aprirsi una nuova fase

di Maria Rita Montebelli

1 giugno 2026

Il daraxonsasib, un farmaco sperimentale orale, inibitore multisettivo dell'oncogene RAS, si è dimostrato un game changer nel tumore del pancreas metastatico, determinando un raddoppiamento della sopravvivenza rispetto ai pazienti trattati con chemioterapia tradizionale. I 248 pazienti trattati con daraxonsasib hanno presentato un raddoppiamento della sopravvivenza mediana (13,2 mesi, contro i 6,7 mesi) rispetto ai 252 pazienti trattati con chemioterapia. Mai nessun farmaco finora aveva raggiunto questo traguardo. È il motivo per cui i risultati dello studio internazionale di fase 3 RASolute 302, presentati davanti alla platea mondiale degli oncologi riuniti al congresso dell'ASCO a Chicago e pubblicati in contemporanea sul New England Journal of Medicine, sono stati accolti da una standing ovation. Entusiasmo a mille, ma anche un applauso liberatorio perché per l'adenocarcinoma del pancreas in fase avanzata le opzioni terapeutiche a disposizione hanno efficacia limitata e questi pazienti continuano ad avere una prognosi sfavorevole. Daraxonrasib non promette la guarigione dal tumore del pancreas, che resta uno dei più difficili da trattare; ma rappresenta un passo avanti epocale. Il farmaco è al momento la punta di diamante di Revolution Medicines, un'azienda pharma con una pipeline specializzata nello sviluppo di terapie mirate innovative per i tumori dipendenti dalle mutazioni RAS.

Il racconto dei risultati al congresso dell'Asco

Quando il coordinatore dello studio, Brian M. Wolpin, direttore del Hale Family Center for Pancreatic Cancer Research and Gastrointestinal Cancer Center del Dana-Farber Cancer Institute (Boston), ha proiettato la slide che mostrava la riduzione di mortalità del 60% prodotta da daraxonrasib, gli oncologi che assistevano alla sessione plenaria del congresso ASCO 2026 sono scoppiati in un applauso interminabile (durato 42 secondi), accompagnato da urla di gioia, fischi e qualunque tipo di apprezzamento. Un tifo da stadio per la vita, per quei mesi strappati alla morte, un 'grande slam' (nella definizione di Julie Gralow, vice-presidente di ASCO), tanto per i pazienti che per i ricercatori.

Ma c'è di più. Qui mesi guadagnati alla morte, sono anche mesi vissuti meglio, senza il dolore che accompagna l'epilogo di questo tumore e al prezzo di effetti collaterali del trattamento più che tollerabili (il rash cutaneo e la stomatite sono i più frequenti).

Come funziona il nuovo farmaco

Un farmaco intelligente, dunque il daraxonrasib che lavora in modo 'pulito', silenziando l'oncogene RAS che, quando attivato, induce una crescita tumorale incontrollata (oltre il 90% dei

tumori del pancreas alberga una mutazione RAS oncogenica). L'oncogene RAS in posizione 'on' è come un interruttore che rimane sempre acceso. Daraxonrasib riesce a spegnerlo e finora nessun'altra terapia era in grado di farlo nell'adenocarcinoma del pancreas. Per decenni il RAS è stato considerato un bersaglio 'non farmacologico' (undruggable). Poi è arrivato daraxonrasib, un inibitore RAS, anzi del RAS(ON), che si lega cioè alla forma bloccata su 'on' dell'interruttore mortale. È un farmaco orale (se ne prende una compressa al giorno da 300 mg). L'FDA americana gli ha concesso la designazione di breakthrough therapy per il trattamento del carcinoma pancreatico con mutazioni KRAS G12X. E non sorprende affatto.

Un nuovo standard di cura

“Daraxonrasib rappresenta un nuovo standard di cura nel trattamento di seconda linea dell'adenocarcinoma del pancreas – ha commentato la discussant della presentazione, la dottoressa Jennifer J. Knox, Princess Margaret Cancer Centre e Università di Toronto (Canada)-. L'altro punto che voglio sottolineare è che la terapia mirata a RAS dovrebbe avere un ruolo predominante negli studi clinici, lungo l'intero spettro delle manifestazioni cliniche del cancro del pancreas, sia come monoterapia che in combinazione, per offrire benefici a un numero maggiore di pazienti e migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita.”

In altre parole, il primo round daraxonrasib l'ha vinto nelle forme più avanzate di adenocarcinoma del pancreas. Ma potrebbe riservare soddisfazioni ancora maggiori se utilizzato in fase più precoce. Ma per questo sarà necessario aspettare i risultati di studi futuri.

Il melanoma si può curare con il vaccino “su misura”

LA SPERIMENTAZIONE

Contro il melanoma arriva una importante conferma dell'efficacia del vaccino a mRNA, la cui sperimentazione è iniziata nel 2021. Dopo 5 anni, è vivo il 92,2% dei pazienti cui è stato somministrato rispetto al 71,3% del gruppo di controllo, e combinato all'immunoterapia riduce il rischio che il tumore ritorni ed è in grado di abbattere del 59% il rischio di metastasi a distanza e del 49% il rischio di recidiva.

L'annuncio al congresso dell'American Society of Clinical Oncology: si tratta di un vaccino totalmente personalizzato e che

apre, spiegano i ricercatori, nuove strade per la ricerca. Lo studio, di Fase 2b Keynote-942, conferma la solidità e la tenuta nel tempo del vaccino personalizzato a mRNA contro il melanoma. La combinazione del vaccino anti-cancro personalizzato e dell'immunoterapia standard riduce del 49% il rischio di recidiva o morte rispetto alla sola immunoterapia nei pazienti con melanoma ad alto rischio. In Italia, così come in altre parti del mondo, è in corso lo studio di fase 3, avviato per primo all'Istituto Pascale di Napoli da Paolo Ascierto, professore ordinario di Oncologia all'Università Federico II di Napoli e presidente della Fondazione Melanoma Onlus.

«I risultati confermano che la strada intrapresa con il vaccino a mRNA è quella giusta e che l'efficacia della combinazione con

l'immunoterapia si mantiene costante nel tempo - commenta Ascierto -. Ridurre del 49% il rischio di recidiva e del 59% quello di metastasi a distanza a cinque anni apre prospettive cliniche importantissime per il futuro dei pazienti ad alto rischio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La prevenzione per un cuore sano inizia da piccoli

Antonio G.Rebuzzi

Le malattie cardiovascolari, prima causa di mortalità nel mondo occidentale, non iniziano nell'età avanzata. I vari fattori di rischio che portano successivamente all'infarto piuttosto che all'ictus cominciano molto prima, e spesso senza dare alcun segno.

Pertanto la prevenzione deve iniziare in età adolescenziale ed anche prima se geneticamente si è predisposti a patologie quali il diabete o l'ipercolesterolemia. Questo è il messaggio importante al centro dell'81° Congresso della Società Italiana di Pediatria che si è svolto recentemente a Padova. Gli specialisti hanno definitivamente chiarito che la prevenzione è una delle più importanti sfide per la salute delle prossime generazioni.

LE CONOSCENZE

A completamento di ciò, la Società Italiana di Pediatria, in collaborazione con la Consulta Intersocietaria di Cardio Prevenzione Pediatrica ed Adolescenziale, ha mandato alle stampe la prima guida completa dedicata alla salute in età pediatrica per aiutare le famiglie lungo tutto il percorso di crescita dei figli. Non solo fornendo precise conoscenze

scientifiche, ma anche traducendole in azioni quotidiane: quando iniziare i controlli, quali segnali osservare, come intervenire sugli stili di vita.

Una decisione meritoria in un mondo in cui, attraverso i social e spesso con fini esclusivamente commerciali, vengono spesso veicolati messaggi tutt'altro che scientifici o veritieri. I vari "nemici" del cuore dei bambini sono esaminati singolarmente, tenen-

do presente che le prime alterazioni aterosclerotiche, prodromo di future malattie cardiovascolari, possono comparire già intorno a 10 anni.

L'obesità è un importante fattore di rischio, visto che nel nostro Paese il 25% dei bambini e adolescenti è obeso. Ed un bambino obeso ha grosse probabilità di rimanere obeso da adulto. Parliamo di una patologia in continuo aumento e, con lei, cresce anche il rischio di ipertensione, diabete tipo 2 e malattie cardiovascolari in età adulta. Appare importante, quindi, valutare anche la circonferenza della vita che, nei bambini, non dovrebbe essere maggiore di metà dell'altezza.

L'ipertensione non è rara in età pediatrica (si stima una preva-

lenza del 4% circa). Raddoppia nei bambini in sovrappeso e aumenta fino a 6 volte negli obesi. In genere non dà sintomi e si deve misurare spesso, specie se è presente familiarità. Nei bambini la terapia è dietetico-comportamentale e raramente farmacologica.

LE CELLULE

Il diabete nei bambini è spesso di tipo 1, malattia autoimmune con distruzione delle cellule pancreatiche che producono insulina. E non ha relazione col peso, al contrario di ciò che accade col diabete di tipo 2 dove gli obesi hanno il triplo di rischio rispetto ai normo-pesi.

Una dieta corretta è essenziale nei bambini. Cibi ultra-processati (sottoposti a manipolazioni industriali) o di bassa qualità (cibi spazzatura) aumentano obesità e colesterolo, ipertensione e diabete. Purtroppo circa il 25% delle calorie consumate dai bambini italiani proviene da questi cibi carenti in fibre e vitamine e ricchi di zuccheri e sale.

*Professore di Cardiologia
Università Cattolica, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'IPERTENSIONE
NON È RARA IN ETÀ
PEDIATRICA MA
BISOGNA MONITORARE
SOPRATTUTTO SE
C'È FAMILIARITÀ**

**NEI BAMBINI IN
GRAVE SOVRAPPESO
L'INFIAMMAZIONE
DELLE ARTERIE
PUÒ COMPARIRE
ANCHE A DIECI ANNI**



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
**L'allarme: troppi giovani
rischiano con la nicotina**
Campisi a pagina 10

«Troppi adolescenti a rischio, fermare la nicotina sintetica»

ELISA CAMPISI

La battaglia contro quel mostro, che uccide metà di quelli che finiscono nelle sue grinfie, comincia a dare i suoi frutti: parliamo del fumo e delle politiche di contrasto alla dipendenza che stanno colpendo sensibilmente il consumo. La quota di fumatori a livello globale è passata dal 29% del 2005 al 24% attuale. Tuttavia, il tabacco causa ancora oltre 1,2 milioni di morti ogni anno solo in Europa, area leader mondiale nel consumo di prodotti che contengono questa sostanza. Il suo consumo è la prima causa di morbilità e mortalità prevenibile anche in Italia, dove causa circa 70mila morti l'anno, il 25% dei quali ha un'età tra i 35 e i 65 anni. In occasione della Giornata mondiale senza tabacco, che si è celebrata domenica scorsa, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha messo in guardia su queste minacce già conosciute, che si sommano a quelle nuove, sempre più diffuse tra i giovani.

Il tabagismo, nel 2024, ha contribuito a 420mila morti oncologiche in Europa, 55mila delle quali in Italia, e a 885mila nuove diagnosi, di cui 130mila nel nostro Paese. L'Oms, però, quest'anno denuncia in particolare i rischi legati a dispositivi di nuova generazione. A livello globale circa 40 milioni di ragazzi tra i 13 e i 15 anni fanno uso di prodotti contenenti tabacco. A crescere è soprattutto l'uso di sigarette elettroniche, appunto, e di bustine di nicotina, con una prevalenza in Europa del 14,3% tra gli adolescenti, la più alta a livello mondiale. Ma l'uso di questi dispositivi aumenta di quasi tre volte la possibilità che si inizi a fumare le sigarette tradizionali. Restano dunque «importanti lacune normative», ha spiegato l'Organizzazione, che esorta alla necessità di «smascherare le strategie dell'industria della nicotina per attrarre nuovi consumatori, soprattutto

adolescenti». L'Oms tira ancora una volta le orecchie ai governi: pochi Paesi vietano tutti gli aromi delle e-cigarette e alcuni non impongono limiti di età per la vendita. Per questo la campagna 2026 si concentra sul raggiungimento di tre obiettivi: denunciare l'impiego di nuove forme di nicotina, come quella sintetica; rafforzare le restrizioni su promozione di aromi, pubblicità e confezioni dei prodotti; fornire strumenti per riconoscere le strategie di marketing dell'industria.

La Ue come sta rispondendo? A fine maggio la Commissione ha avviato una consultazione pubblica, che si protrarrà fino al 14 agosto 2026, per raccogliere opinioni, proposte e commenti da parte di cittadini, organizzazioni e imprese. La consultazione, che si unisce alla possibilità di presentare contributi, è avviata in vista di una revisione della Direttiva Ue sui prodotti e di quella sulla pubblicità del tabacco. Anche le ultime valutazioni della Commissione hanno infatti riconosciuto le lacune nella legislazione per quanto riguarda la diffusione delle sigarette elettroniche, dei prodotti a tabacco riscaldato e delle bustine di nicotina, che introducono nuove problematiche per la salute pubblica. «Sebbene questi prodotti possano apparire moderni, di tendenza o meno dannosi, la realtà è chiara. Rappresentano un rischio concreto di dipendenza da nicotina», ha commentato in merito il commissario europeo alla Salute, Olivér Várhelyi, ricordando che «la revisione delle norme Ue sul controllo del tabacco è fondamentale per raggiungere l'obiettivo di una generazione libera dal tabacco e dalla nicotina entro il 2040». Se da una parte, come rileva la Commissione, l'armonizzazione delle norme Ue ha migliorato il funzionamen-

to del mercato interno e quindi il contrasto al fenomeno, dall'altra i Paesi fanno già fughe in avanti, o indietro, in ordine sparso. La Francia, per esempio, ha imposto il divieto a vendita, importazione, possesso e uso delle bustine aromatizzate che si mettono sotto il labbro e rilasciano nicotina. Una decisione che ha fatto infuriare la Svezia, dove le bustine di nicotina sono ormai un'alternativa molto diffusa allo snus, la tradizionale bustina di tabacco in polvere.

In Italia, invece, dove in quattro anni è quasi raddoppiato l'uso della sigaretta elettronica e di prodotti a tabacco riscaldato non bruciato, secondo l'Istituto Superiore di Sanità la sigaretta elettronica è oggi il prodotto più diffuso tra i giovani: nei primi mesi del 2026 il 37,1% degli adolescenti tra i 14 e i 17 anni dichiara di aver utilizzato almeno un prodotto contenente nicotina o tabacco nel mese precedente. Una proposta di legge d'iniziativa popolare, che ha raccolto già 50mila firme, punta a un rincaro di 5 euro su tutti i prodotti da fumo e da inalazione di nicotina proprio per scoraggiarne il consumo. Ma mentre tutti questi cittadini chiedono all'Italia e alla Ue di fare di più, sulla possibile revisione delle direttive il comparto del tabacco, riunito al tavolo permanente dell'Emilia-Romagna, ha espresso forte preoccupazione per le eventuali ricadute sulla filiera italia-



na dei prodotti innovativi del settore e ha chiesto un intervento urgente del Governo italiano sulle istituzioni europee. Quasi la totalità delle esportazioni italiane di prodotti da tabacco lavorati di nuova generazione fa capo infatti al polo industriale in questa regione. L'Italia, come l'Europa, si trova insomma ancora costretta a scegliere tra dare più respiro ai bilanci delle sue imprese o ai polmoni dei suoi cittadini. Vedremo cosa verrà fuori dalla consul-

tazione dopo Ferragosto, ma intanto i nostri adolescenti e le loro famiglie dovranno continuare a cavarsela da soli contro prodotti che sono ancora troppo accattivanti e diffusi tra i giovani.

Secondo l'Istituto superiore di sanità la sigaretta elettronica è oggi il prodotto più diffuso tra i giovani e rappresenta un rischio concreto di dipendenza. L'allarme dell'Oms e quello, opposto, del comparto del tabacco italiano



Un ragazzo fuma una sigaretta elettronica /Ansa



Il nutrizionista Tiziano Scarparo spiega quali sono i vantaggi per la salute: «Siamo fatti di acqua, oltre il 60 per cento. Ecco la formula precisa per capire quanto dobbiamo bere a seconda del peso»

Idratarsi è la chiave per vivere più a lungo

Sul podio per la longevità c'è la corretta idratazione: è fondamentale per vivere meglio e più a lungo, ma anche per mantenere la giusta lucidità mentale, per prenderci cura della nostra bellezza e tanto altro... «Siamo fatti di acqua, oltre il 60 per cento», spiega il dottor Tiziano Scarparo, medico nutrizionista, docente di Psico-neuro-alimentazione e scienze integrate del comportamento alimentare e del benessere Università Unicusano. «È il vero e proprio motore di ogni singola reazione biochimica che avviene nel nostro organismo. Con l'avanzare dell'età il corpo tende progressivamente a perdere acqua e questo fenomeno accelera i processi di invecchiamento dei tessuti e può influire negativamente sul funzionamento di numerosi organi. Gli adulti che non si idratano a sufficienza mostrano segni di invecchiamento biologico più rapidi e presentano un rischio maggiore di sviluppare malattie croniche». Quanto dovremmo bere ogni giorno? «Sono corretti i due litri di acqua, ma è bene dire che il fabbisogno idrico varia da persona a persona. Esiste una formula matematica che consiste nel moltiplicare 30-35

millilitri di acqua per ogni chilogrammo di peso corporeo. Un esempio: una persona che pesa 60 chilogrammi ha bisogno di circa 1,8 litri di acqua al giorno. Va fatta una distinzione in base al sesso. Gli uo-

mini possiedono generalmente una massa muscolare maggiore rispetto alle donne e il tessuto muscolare trattiene molta più acqua rispetto al tessuto adiposo. Per questo motivo l'Efsa (Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare) raccomanda un'assunzione giornaliera di circa 2,5 litri per gli uomini e di circa 2 litri per le donne, considerando anche l'acqua introdotta attraverso gli alimenti.

Bambini e anziani, invece, seguono logiche differenti, mentre chi pratica attività fisica o si trova in ambienti molto caldi deve aumentare l'apporto di liquidi. In questi casi è consigliabile aggiungere dai 500 millilitri a 1 litro di acqua per ogni ora di attività sportiva o di intensa sudorazione».

Ricordiamo di bere agli anziani, che perdono con il tempo il sintomo della sete. «L'idratazione deve diventare una sorta di prescrizione quotidiana», avverte Scarparo. «La disidratazione cronica rappresenta un logoramento silenzioso per tutto l'organismo. Il cuore è l'organo che soffre di più. Il sangue diventa più denso e viscoso, il cuore deve lavorare molto di più. Anche i reni risentono della mancanza di liquidi. Sono costretti a compiere un superlavoro per filtrare le tossine. Il cervello, che è composto per circa l'80% di acqua, è un altro organo particolarmente vulnerabile, le capacità cognitive ne risentono immediatamente», sottolinea Scarparo. Non tutte le acque

sono uguali. «Il residuo fisso sulle etichette indica la quantità di sali minerali disciolti in un litro d'acqua. Durante la sudorazione, soprattutto nei mesi estivi, non perdiamo solo acqua ma anche elettroliti fondamentali come sodio, potassio e magnesio. Può essere una scelta vantaggiosa alternare acque oligominerali e medio-minerali, con un residuo fisso intorno ai 500 milligrammi per litro».

FONTI

Quali sono le altre fonti di idratazione? «L'acqua contenuta nei vegetali è ricca di vitamine, antiossidanti e sali minerali già perfettamente bilanciati. Questa composizione la rende estremamente facile da assorbire da parte delle cellule». Mai sottovalutare i sintomi della disidratazione, specie con il caldo. «Una riduzione dell'idratazione pari appena all'1-2% può provocare conseguenze immediate. Tra i sintomi più frequenti troviamo mal di testa, difficoltà di concentrazione, stanchezza immotivata, sonnolenza, irritabilità e quella sensazione spesso descritta come 'nebbia cerebrale'. La bocca secca, invece, rappresenta già un segnale di disidratazione avanzata. Ultimo consiglio: osservare il colore delle urine. Se sono trasparenti o color paglierino chiaro, siamo ben idratati. Se sono scure, ambrate e concentrate, il corpo sta urlando che ha bisogno di acqua».

Angelica Amodei

SOPRATTUTTO GLI ANZIANI PERDONO CON IL TEMPO LA SETE: «ASSUMERE LIQUIDI È COME UNA PRESCRIZIONE MEDICA PER LORO»



Alberto Beretta

“Potremo vivere tutti fino a cent’anni Il problema sarà invecchiare bene”

L’immunologo: “La medicina moderna assicura la longevità, ma c’è bisogno di prevenzione. Occorre allenare la memoria e fare esercizio fisico. Serve anche un mutamento culturale”

L’INTERVISTA

FILIPPO MARIA BATTAGLIA

Saremo tutti centenari. Non è una promessa né una provocazione, assicura l’immunologo Alberto Beretta, ma la conseguenza di un cambiamento già in corso: «Per la prima volta nella storia della nostra specie, vivere cent’anni non è più un’eccezione, ma una possibilità concreta». Da oltre quarant’anni Beretta studia il sistema immunitario e i meccanismi biologici dell’invecchiamento: prima in Svezia e in Francia - era a Parigi nel 1983, quando Luc Montagnier isolava l’Hiv - poi a Milano, al San Raffaele, e ora alla “SoLongevity”, la start-up (che dirige) impegnata nello sviluppo di tecnologie per la longevità. A queste ricerche ha dedicato anche un libro (*Saremo tutti centenari*, in uscita il 9 giugno per La nave di Teseo), che ruota attorno a una domanda tanto semplice quanto decisiva: «Come vivremo questo tempo in più?».

Proviamo ad azzardare una risposta.

«Male, se non ci prepariamo per tempo. La medicina moderna ci ha permesso di vivere più a lungo, ma senza la garanzia di vivere meglio. Per questo, oggi non basta più intervenire quando qualcosa si rompe: bisogna agire molto prima».

Un esempio?

«L’Alzheimer. Dopo i 95 anni ne soffre una persona su due. Sappiamo che è legato ai depositi della β -amiloide, una proteina che pro-

gressivamente danneggia le sinapsi del cervello. Se si arriva a quell’età con poche connessioni neuronali attive, il decadimento cognitivo accelera; se invece quelle connessioni restano numerose, il processo può rallentare sensibilmente».

È dunque da questo “serbatoio” che dipende la nostra salute?

«In buona parte sì. In medicina lo chiamiamo riserva cognitiva. Ma esiste anche una riserva metabolica e una muscolare. Sono loro a determinare la qualità della vecchiaia. Ecco perché vanno coltivate molto prima dell’invecchiamento».

Come?

«Allenando la memoria, ad esempio; o imparando lingue nuove, e ancora mantenendo relazioni sociali attive. E, sul piano metabolico e muscolare, attraverso l’esercizio fisico e un corretto apporto proteico, in modo da mantenere un andamento ritmico. Ha presente un cantiere?».

Un cantiere?

«Sì. Il nostro metabolismo si divide in due stati principali: rincorsa e mantenimento. Il primo è molto simile alla fase di costruzione e demolizione, in cui si creano inevitabilmente polvere e detriti. Lo stato di mantenimento è invece la fase di pulizia e ispezione, in cui si rallenta per rimuovere i detriti e riparare gli attrezzi, assicurandosi che la struttura non crolli sotto il peso dei propri scarti. È questo equilibrio a conservare il nostro

tesoretto biologico».

Contano gli stili di vita, ma conta anche la genetica?

«Naturalmente. Ognuno di noi possiede un proprio spartito biologico, che orienta lo sviluppo dell’organismo e il modo in cui invecchia. Ed è dentro quello spartito che si nascondono molte delle chiavi della resilienza biologica: la capacità, cioè, di mantenere l’equilibrio anche sotto stress».

È per questo che durante la pandemia alcuni anziani hanno reagito meglio di persone molto più giovani?

«Sì. È la qualità dei sistemi biologici - e soprattutto la capacità di adattarsi allo stress - a determinare il modo in cui affrontiamo la malattia e l’invecchiamento. Ma lo spartito, da solo, non basta: conta anche il modo in cui lo interpretiamo ogni giorno, attraverso le nostre scelte».

Queste scelte possono allungare ulteriormente la vita?

«Qui la comunità scientifica si divide. C’è chi ritiene che, con gli strumenti attuali, abbiamo ormai raggiunto un limite: l’evoluzione non ci ha progettati per restare giovani e sani indefinitamente, ma per crescere, riprodurci e trasmettere i nostri geni. Altri invece pensano che la nostra flessibilità biologica lasci ancora ampi margini di miglioramento».

Lei con chi è d’accordo?



LA STAMPA

«Mi trovo a metà strada. La nostra biologia non è una macchina costruita per durare all'infinito: l'evoluzione ha ottimizzato i meccanismi genetici e molecolari non per vivere in eterno, ma per garantirci efficienza in età riproduttiva. Certo, continueremo ad allungare la vita, ma solo fino a un certo punto».

In questi anni la ricerca sulle cellule staminali ha fatto enormi progressi.

«Sì, ma il vero problema riguarda i tempi. Per arrivare a un impiego diffuso sull'uomo sano serviranno ancora decenni di sperimentazione. Per una ragione etica evidente: sperimentare su persone sane richiede cautele sensibilmente maggiori rispetto ai pazienti affetti da malattie

croniche e terminali. Per questo, oggi, la vera priorità resta la prevenzione».

L'Italia come sta affrontando questa trasformazione?

«Siamo ai primi posti sia per aspettativa di vita sia per "healthspan", la durata della vita vissuta in buona salute. Ma il problema riguarda il futuro e ha a che fare con la demografia: la popolazione sta invecchiando a una velocità impressionante. E questo avrà conseguenza anche sul sistema sanitario nazionale, che non sarà più in grado di gestire una massa enorme di patologie legate all'invecchiamento».

Che cosa andrebbe fatto?

«Bisognerebbe trasformare radicalmente la medicina del

territorio. Oggi resta soprattutto amministrativa: il paziente va dal medico e viene indirizzato verso il reparto che deve gestire la patologia. Servirà invece rafforzare la medicina preventiva, sensibilizzando i cittadini sull'importanza degli stili di vita».

È ottimista?

«Bisogna esserlo, anche se cambiare il sistema resta difficilissimo. Pesano ancora troppe resistenze organizzative, la carenza di personale medico e quella di strutture adeguate. Ma il vero nodo, prima ancora che sanitario, è culturale: occorre un cambio di passo e di mentalità».—

“

Alberto Beretta
immunologo

Esiste una riserva cognitiva, una metabolica e una muscolare. Vanno coltivate prima di invecchiare

La popolazione sta invecchiando a una velocità impressionante e ciò si rifletterà sul sistema sanitario

La nostra biologia non è una macchina costruita per durare all'infinito, la vita si allungherà solo fino a un certo punto

La medicina del territorio andrebbe trasformata sensibilizzando i cittadini sugli stili di vita

50%

delle persone con più di 95 anni soffre della malattia di Alzheimer

Il libro



Il saggio di Alberto Beretta, "Saremo tutti centenari", pubblicato da La nave di Teseo, pagine 368, euro 22, sarà disponibile in libreria dal 9 giugno. Il libro sarà presentato dall'autore alle 18 del 26 giugno, insieme a Fabio Genovesi, Gianni Biondillo e Mario Andreose, durante la "Milanesiana", alla Centrale dell'Acqua di Milano



Lo studioso Datrent'anni Alberto Beretta studia i meccanismi dell'invecchiamento, prima in Svezia e in Francia, poi al San Raffaele di Milano e infine con la startup SoLongevity



Servizio Nanomedicina

Un cerotto made in Italy per curare il tumore cerebrale più letale

Un film sottile biodegradabile rilascia immuno-chemioterapie contro il glioblastoma. La ricerca è coordinata da Humanitas su tecnologia dell'Istituto italiano di tecnologia

di Gianluca Dotti

2 giugno 2026

Rilasciare i farmaci direttamente nella cavità chirurgica, nel cervello, grazie a una sorta di “cerotto” nanostrutturato frutto della tecnologia made in Italy: verte su questo un'innovativa linea di sviluppo dedicata al glioblastoma, il tumore cerebrale maligno più diffuso, con un'incidenza fino a 4 casi ogni 100mila adulti e una sopravvivenza media dalla diagnosi di appena 20 mesi.

A complicare le cure ci sono l'eterogeneità intra-tumorale, per cui cellule differenti del tumore rispondono diversamente alle terapie, e il micro-ambiente immunosoppressivo, che neutralizza sia le difese naturali sia le immunoterapie.

Per di più, la barriera emato-encefalica impedisce ai farmaci somministrati per via sistemica di raggiungere in modo efficace il tessuto cerebrale, rendendo anche la chemioterapia poco adatta.

Il risultato è che nell'80% dei casi la recidiva, locale, si origina dal margine di tessuto non rimosso in sala operatoria.

«Anche quando la resezione chirurgica è ampia e le terapie standard vengono applicate correttamente, il rischio di recidiva rimane elevatissimo. È un compromesso difficile: più si rimuove, maggiore è il rischio di danneggiare aree che governano linguaggio, movimento e memoria», spiega Marco Riva, neurochirurgo all'IRCCS Istituto Clinico Humanitas.

«Le cellule tumorali che il chirurgo è costretto a lasciare non sono un fallimento tecnico, ma un limite biologico e anatomico».

Per superare questo ostacolo terapeutico è nata la linea di sviluppo NeuroMESH, coordinata da Riva in Humanitas e ora finanziata con 2,7 milioni di euro su cinque anni dal Fondo Italiano per le Scienze Applicate (FISA) del ministero dell'Università e della Ricerca, che riunisce le competenze cliniche con quelle nanotecnologiche dell'Istituto Italiano di Tecnologia IIT.

Il progetto punta a portare un film polimerico biodegradabile sviluppato dall'IIT – chiamato μ MESH – dalla sperimentazione preclinica all'applicazione clinica.

L'approccio in sé non è nuovo: negli ultimi trent'anni sono stati sperimentati metodi di somministrazione locale senza dover attraversare la barriera emato-encefalica, tra cui i wafer – dischetti rigidi impregnati di chemioterapico posizionati nella cavità al termine dell'intervento – senza però riuscire a modificare in modo sostanziale la pratica clinica. Il limite dei wafer è fisico,

più che farmacologico: un dispositivo rigido non si adatta alle irregolarità del tessuto cerebrale, lasciando zone di contatto insufficiente e un rilascio disomogeneo.

μ MESH parte da un'architettura diversa: un film sottile e flessibile con una microstruttura interna che si conforma sul tessuto molle e rilascia farmaci in modo controllato, per settimane.

La tecnologia ha già raggiunto un livello di maturità (Technology Readiness Level - TRL 3) vicino a quello necessario per la sperimentazione clinica. « μ MESH può essere caricata con combinazioni diverse di chemioterapici e immunoterapici, rilasciandoli localmente», afferma Paolo Decuzzi, Senior Scientist dell'IIT e professore di oncologia a Stanford, a capo del gruppo che ha sviluppato la tecnologia. «L'obiettivo è colpire le cellule tumorali residue senza esporre il resto dell'organismo alla tossicità sistemica dei farmaci».

IT produce le configurazioni ottimizzate di μ MESH, che vengono testate da centri clinici terzi. Oltre a Humanitas, che dispone di una banca cellulare derivata da pazienti operati, sfruttata per il trapianto in modelli murini, partecipano al progetto Stanford Medicine, l'Università della California San Francisco (UCSF), Harvard Medical School e l'MD Anderson Cancer Center di Houston, ciascuno con i propri modelli preclinici e protocolli. «In un momento in cui le collaborazioni scientifiche internazionali sono sotto pressione politica, questo progetto dimostra come Italia e Stati Uniti possano lavorare insieme in modo efficiente», osserva Decuzzi.

Nei cinque anni del progetto, μ MESH sarà validato secondo i requisiti richiesti dalle agenzie del farmaco europea (EMA), italiana (AIFA) e statunitense (FDA). «Abbiamo la possibilità di replicare nei modelli animali l'intero protocollo terapeutico, inclusa la radioterapia», precisa Riva. «La fase 1 di sperimentazione clinica sui pazienti potrebbe partire in questo arco di tempo, mentre per un'applicazione su larga scala il minimo è dieci anni». Proprio come per la pipeline sperimentale di un nuovo farmaco, «sono i pazienti del futuro, e non quelli odierni, che stiamo cercando di aiutare», conclude.

Servizio Oncologia d'avanguardia

Melanoma, il vaccino a mRNA taglia del 49% il rischio di recidiva a 5 anni

Il segreto del successo risiede nella personalizzazione assoluta. Ascierto: «Giro di boa atteso, presto i dati dello studio in corso in Italia»

di Redazione Salute

1 giugno 2026

I nuovi dati indicano che l'efficacia del vaccino combinato all'immunoterapia, oltre a ridurre il rischio che il tumore ritorni, è in grado di abbattere del 59% il rischio di metastasi a distanza. A oggi il 92,2% dei pazienti a cui è stato somministrato il vaccino è vivo a cinque anni, rispetto al 71,3% del gruppo di controllo

I dati

Non è più solo una promessa, ma una realtà clinica consolidata nel tempo: i risultati a 5 anni dello studio di Fase 2b Keynote-942 confermano la solidità e la tenuta nel tempo del vaccino personalizzato a mRNA contro il melanoma. I dati, presentati dai ricercatori della NYU Langone Health al congresso dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) in corso a Chicago, e pubblicati in contemporanea sul Journal of Clinical Oncology, certificano un traguardo straordinario: la combinazione del vaccino anti-cancro personalizzato (intismeran) e dell'immunoterapia standard (pembrolizumab) riduce del 49% il rischio di recidiva o morte rispetto alla sola immunoterapia nei pazienti con melanoma ad alto rischio. In Italia, così come in altre parti del mondo, è in corso lo studio di fase 3, avviato per primo all'Istituto Pascale di Napoli da Paolo Ascierto, professore ordinario di Oncologia all'Università Federico II di Napoli e presidente della Fondazione Melanoma Onlus.

La strada giusta

«I risultati presentati all'Asco confermano che la strada intrapresa con il vaccino a mRNA è quella giusta e che l'efficacia della combinazione con l'immunoterapia si mantiene costante nel tempo - commenta Ascierto -. Ridurre del 49% il rischio di recidiva e del 59% quello di metastasi a distanza a cinque anni apre prospettive cliniche importantissime per il futuro dei pazienti ad alto rischio». Lo studio ha coinvolto 157 pazienti con melanoma operati, divisi in due gruppi per valutare l'efficacia della terapia adiuvante (post-chirurgica). «A cinque anni dall'intervento, il 68,8% dei pazienti trattati con l'accoppiata vaccino più immunoterapia è completamente libero da tumore, contro il 49,1% di chi ha ricevuto solo l'immunoterapia - riferisce Ascierto -. Inoltre, la combinazione ha ridotto del 59% il rischio che il melanoma si diffonda in altri organi del corpo. Ma il dato forse più impressionante è che il 92,2% dei pazienti del gruppo vaccino è vivo a cinque anni, rispetto al 71,3% del gruppo di controllo».

Terapia su misura

Il segreto del successo del vaccino anti-cancro testato risiede nella personalizzazione assoluta. «Non si tratta di un vaccino preventivo tradizionale, ma di una terapia creata "su misura" per ogni singolo paziente - spiega Ascierto -. Attraverso l'analisi del tumore rimosso chirurgicamente, sono stati identificati fino a 34 neoantigeni, ovvero le "firme" proteiche specifiche ed esclusive di quel determinato melanoma. Sulla base di queste informazioni, è stato sintetizzato un filamento di mRNA che, una volta iniettato, istruisce i linfociti T, cioè i soldati del sistema immunitario, a riconoscere e distruggere qualsiasi cellula tumorale residua che tenti di nascondersi o riprodursi». L'immunoterapia con pembrolizumab toglie il "freno" al sistema immunitario che il tumore usa per difendersi; il vaccino intismeran, invece, fornisce ai linfociti T l'identikit esatto del bersaglio da colpire.

«Una nuova era»

I risultati dello studio aprono le porte a una nuova era della medicina oncologica. «La sicurezza del trattamento è ormai comprovata, con effetti collaterali assolutamente gestibili e sovrapponibili a quelli di una normale reazione influenzale - conclude Ascierto -. La sperimentazione internazionale di Fase 3 è già in corso e vede l'Italia fortemente protagonista. Ma la vera notizia è che questo approccio fa da apripista: la tecnologia dell'mRNA applicata ai tumori ad alto tasso di mutazione, come il melanoma, sta già venendo testata con successo anche per il tumore al polmone e altre neoplasie difficili da trattare. Siamo di fronte a un potenziale cambio di paradigma: se i dati della Fase 3 confermeranno questi trend, la medicina di precisione diventerà uno standard terapeutico consolidato per queste patologie».

Servizio La caccia alle nuove cure

Tumori, allarme degli oncologi: Cina nuovo colosso della ricerca e sorpasso sull'Europa

I trial clinici condotti in Cina stanno attirando l'attenzione in occasione del convegno internazionale di oncologia a Chicago

di Redazione Salute

1 giugno 2026

La ricerca oncologica corre veloce ma l'Europa, e l'Italia in particolare, rischiano di rimanere "drammaticamente" indietro senza una seria politica di investimenti in ricerca e sviluppo, mentre sulla scena mondiale è la Cina che sta facendo passi da leone quasi superando il gigante tecnologico statunitense. Giuseppe Curigliano, presidente eletto della Società europea di oncologia medica (Esmo), mette in guardia dai rischi legati alla nuova mappa geopolitica della ricerca scientifica e agli equilibri che stanno ridisegnando questo ambito strategico.

La rivoluzione in corso nell'oncologia

Dal congresso della Società americana di oncologia clinica (ASCO) in corso a Chicago, il maggior appuntamento mondiale del settore, Curigliano fa innanzitutto il punto sugli ultimi risultati raggiunti: "All'ASCO 2026 sono stati presentati studi rilevanti su molte neoplasie. Risultati importanti sono arrivati, tra gli altri, per il tumore della prostata, in termini di controllo della malattia e ritardo della comparsa di malattia metastatica. Spazio anche ai tumori rari come i liposarcomi, con nuove molecole che si sono dimostrate efficaci nel ritardare la progressione della malattia. E c'è stata quest'anno - spiega l'oncologo - un'esplosione degli anticorpi molecolari bispecifici, ovvero con due teste per riconoscere due bersagli attraverso i quali attaccare il tumore". Stiamo assistendo, afferma, ad "una rivoluzione tecnologica enorme e stiamo raggiungendo la capacità di creare dei farmaci che erano impensabili fino a dieci anni fa. Stiamo addirittura intercettando il cancro, attraverso la biopsia liquida, con l'identificazione di pazienti che ancora non sono pazienti perché ancora la malattia non si vede alla tac e alla pet, ma è nel dna".

All'Asco oltre il 50% dei lavori arriva dall'Oriente

Oggi, dunque, "la mission è sempre più quella di sconfiggere il cancro. Sembrano parole grosse, ma in ambiente ematologico ciò è quasi una realtà. Quindi - sottolinea Curigliano - gli obiettivi che si pongono gli investimenti in ambito di ricerca sul cancro sono molto alti. E' un messaggio molto forte di speranza". Per continuare questo trend è però "necessario potenziare la ricerca e se l'Italia non investe in ricerca e sviluppo - avverte - le aziende non verranno ad investire da noi e noi negheremo ai nostri pazienti l'accesso all'innovazione. Dobbiamo creare una rete che attragga le aziende ad investire da noi". Che gli equilibri siano cambiati, appare chiaro proprio osservando i lavori di ASCO 2026: circa 45mila professionisti da tutto il mondo ed 8mila studi presentati. Ma oltre il 50% dei lavori, racconta Curigliano, "arrivano da Cina, Giappone e Corea e molta parte delle nuove sperimentazioni cliniche si sta spostando verso oriente. Quindi, quello che sta

succedendo a livello geopolitico e militare, con attacchi indiretti tra Usa e Cina, di fatto è quello che si sta rivelando a livello scientifico. Cioè, la grande tecnologia americana in questo momento ha un forte competitor che è la grande tecnologia cinese e la Cina si sta proponendo sempre di più come una azienda di Stato che produce molecole ad elevata innovatività”.

Il sorpasso della Cina e l'Europa schiacciata

Quest'anno all'Asco, in ogni sessione, sottolinea, “ci sono 1-2 presentazioni di ricercatori cinesi. Questo significa che i cinesi sono diventati molto bravi a fare studi clinici, e che c'è un progetto sistemico, probabilmente politico-strategico, in cui la Cina sta investendo tantissimo in ricerca e sviluppo”. E se” l'Italia e l'Europa non si svegliano, rimarremo schiacciati in mezzo a due colossi di ricerca e saremo totalmente dipendenti da loro. Con la Cina che si sta affermando sempre di più come primo polo strategico”. Un sorpasso, quello da parte del gigante asiatico, che avrà impatti notevoli e di cui scrive anche il New York Times: “L'ascesa della Cina nello sviluppo di farmaci incombe sugli Stati Uniti. I trial clinici condotti in Cina stanno attirando l'attenzione in occasione del convegno internazionale di oncologia a Chicago: il rapido sviluppo dell'industria biotecnologica cinese - titola il quotidiano - sta alimentando il timore che il predominio degli Stati Uniti nel settore stia scemando”.

Servizio La sfida invecchiamento

Neurologia, le priorità per il futuro tra tecnologia e sostenibilità del sistema

La disponibilità di farmaci innovativi, biomarcatori e imaging sofisticato richiede competenze nuove e comporta per il sistema sanitario la ricerca di nuovi punti di equilibrio

*di Pasquale Palumbo **

1 giugno 2026

La neurologia italiana è oggi davanti a una doppia trasformazione. Da un lato aumentano le possibilità diagnostiche e terapeutiche, dall'altro cresce il peso delle malattie neurologiche croniche, in una popolazione che invecchia e che chiede non solo cura, ma prevenzione, qualità di vita e continuità assistenziale.

Questa trasformazione impone una riflessione seria sulle priorità della neurologia ospedaliera e territoriale. La disponibilità di farmaci innovativi, tecnologie avanzate, biomarcatori, imaging sempre più sofisticato e modelli di intervento che fino a pochi anni fa erano impensabili è una buona notizia, ma richiede competenze nuove per il neurologo e un peso economico importante sul sistema sanitario che deve cercare sempre nuovi punti di equilibrio.

Tecnologia e lavoro di squadra

Il lavoro quotidiano con cui le scienze neurologiche devono confrontarsi può essere suddiviso in due grandi categorie: intervento acuto e cronicità.

Nel primo ambito l'ictus resta l'esempio più evidente: è una patologia tempo-dipendente, nella quale diagnosi rapida, organizzazione delle reti, disponibilità di neuroradiologia interventistica e continuità tra pronto soccorso, stroke unit e riabilitazione incidono direttamente sugli esiti. In questi percorsi il neurologo non è una figura accessoria, ma uno snodo clinico essenziale e la possibilità di un consulto in tempi rapidi del neurologo può fare la differenza.

La seconda priorità riguarda la cronicità. Malattie come Alzheimer, Parkinson, sclerosi multipla, epilessie, neuropatie, patologie neuromuscolari e malattie rare neurologiche richiedono modelli di presa in carico che non possono più essere centrati solo sull'ospedale. Occorre sviluppare percorsi che colleghino ospedale, territorio, Case della comunità, domicilio, medicina generale, riabilitazione, infermieristica e servizi sociali. Non si tratta di "spostare" semplicemente le prestazioni fuori dall'ospedale, ma di costruire équipe di cura realmente integrate. È probabilmente questa la sfida organizzativa più difficile. Di integrazione si parla da anni, ma tradurla nella pratica quotidiana richiede un cambio culturale: uscire da una logica gerarchica e separata per specialità, e costruire modelli nei quali più professionisti lavorino intorno al paziente, con obiettivi condivisi, strumenti comuni e responsabilità chiare. Il neurologo deve saper dialogare

stabilmente con altri specialisti delle neuroscienze, con il medico di medicina generale, con il fisiatra, con l'infermiere, con il caregiver e con le strutture territoriali.

Telemedicina strategica

La tecnologia può diventare un fattore chiave tanto per l'acuto quanto per il cronico. La telemedicina non deve essere considerata un rimedio emergenziale o una modalità "minore" di assistenza. Può invece diventare uno strumento strategico. Nell'ictus, a esempio, non tutte le strutture possono disporre di un neurologo h24, in questo caso il collegamento remoto tra strutture periferiche e centri specialistici può favorire decisioni rapide e interventi che quanto prima vengono effettuati, tanto più migliorano l'esito per il paziente, riducendo le possibili conseguenze a lungo termine come le invalidità. Nelle patologie croniche, visite di controllo, rinnovi di piani terapeutici, monitoraggi a distanza e confronto tra professionisti possono ridurre spostamenti inutili, migliorare l'aderenza alle cure e alleggerire le liste d'attesa.

Naturalmente la tecnologia non basta. Servono infrastrutture interoperabili, sistemi informativi condivisi, protocolli chiari e professionisti formati. Se ogni attore del percorso usa strumenti separati, la digitalizzazione rischia di moltiplicare la complessità invece di ridurla. La vera innovazione non è avere più piattaforme, ma costruire un ecosistema in cui ospedale, territorio e medicina generale possano leggere e utilizzare informazioni cliniche coerenti.

La sfida sostenibilità

Un'altra priorità riguarda appropriatezza e sostenibilità. La neurologia è oggi attraversata da innovazioni importanti, ma spesso ad alto costo: pensiamo alle nuove terapie per alcune malattie rare, ai trattamenti avanzati per patologie neuroimmunologiche, agli scenari che si aprono nell'Alzheimer con i farmaci anti-amiloide, oppure alle tecnologie diagnostiche e interventistiche. Accogliere l'innovazione è necessario, ma non può significare rinunciare alla responsabilità nella gestione delle risorse. Il medico oggi deve essere anche un professionista capace di contribuire a scelte appropriate, fondate sulle evidenze e orientate al valore clinico reale.

Il tema è particolarmente rilevante nelle malattie rare neurologiche. Negli ultimi anni molte condizioni, un tempo prive di opzioni terapeutiche, stanno trovando risposte farmacologiche concrete. Ma perché queste opportunità arrivino ai pazienti, la competenza specialistica fa la differenza: bisogna sospettare la malattia, diagnosticarla precocemente, indirizzare il paziente nel percorso corretto e monitorare nel tempo efficacia e sicurezza. La disponibilità di un farmaco innovativo, da sola, non garantisce equità se manca una rete capace di intercettare i bisogni.

Lo stesso vale per le demenze. Nel caso dell'Alzheimer, la differenza nei prossimi anni la farà sempre di più la precocità della diagnosi: identificare tempestivamente i pazienti, distinguere le diverse forme di decadimento cognitivo, usare in modo appropriato biomarcatori, neuroimaging e valutazioni neuropsicologiche e costruire percorsi che garantiscano accesso equo alle nuove possibilità terapeutiche. La prevenzione e la diagnosi precoce diventeranno centrali non solo per la gestione dei sintomi, ma per l'intero assetto organizzativo della neurologia.

Neurologi a confronto

Su questi temi si confronterà anche il 65° Congresso nazionale SNO – Scienze Neurologiche Ospedaliere, che si terrà a Reggio Calabria dal 3 al 6 giugno, riunendo oltre mille medici e professionisti delle neuroscienze. Il congresso rappresenta il principale appuntamento annuale della nostra società scientifica e affronterà, attraverso sessioni plenarie, tavole tematiche e gruppi di lavoro, molte delle questioni oggi più urgenti: la rete clinica per l'Alzheimer e l'accesso ai nuovi trattamenti, l'intelligenza artificiale nelle neuroscienze, il rapporto tra sonno e cervello, la gestione

dello stroke acuto, la sclerosi multipla, le malattie rare, la neuroriabilitazione, la neurochirurgia e la neuroradiologia. Questi momenti di confronto tra professionisti del settore sono fondamentali per diffondere le best practice e trovare insieme nuove soluzioni per problemi sempre più urgenti.

Una rete di eccellenza

Il Congresso sarà anche l'occasione per ribadire un punto: la neurologia italiana dispone già di una rete professionale di altissimo livello. In molti ambiti, dai percorsi dell'ictus alla neuroradiologia, dalla neurochirurgia alla gestione delle patologie croniche, il nostro Paese ha sviluppato competenze, équipe specializzate e procedure condivise che rappresentano un patrimonio del Servizio Sanitario Nazionale. La sfida è rendere queste eccellenze più omogenee su tutto il territorio italiano.

Accanto alle criticità, infatti, esiste una nota positiva che non va trascurata. La domanda di salute sta cambiando: i cittadini sono più attenti alla prevenzione, alla qualità della vita, alla diagnosi precoce. È una trasformazione culturale importante, che la neurologia deve saper accogliere. Per farlo servono investimenti, organizzazione e tecnologie, ma anche una visione nuova del ruolo dello specialista: non più solo il medico che interviene quando la malattia è conclamata, ma un professionista capace di accompagnare il paziente lungo tutta la sua vita sia in assenza di sintomi a scopo preventivo, così come in casi di urgenza o di accompagnamento in patologie croniche.

Le priorità della neurologia convergono tutte in una direzione: costruire una rete delle neuroscienze più forte, più integrata e più vicina alle persone. È un obiettivo ambizioso, ma possibile e il patrimonio clinico, scientifico e umano della neurologia italiana ci dice che abbiamo già molte delle competenze necessarie per raggiungerlo.

** presidente SNO-Scienze neurologiche ospedaliere e Direttore Dipartimento Specialistiche mediche e Neurologia - Prato*



Servizio Altems

Ricerca clinica: Italia quarta in Europa ma troppo lenta nella fase di arruolamento

Impiegati 148 giorni per individuare i pazienti e attivare i trial, 36 in più della Spagna: perdita potenziale di 180 milioni per il Ssn nel triennio 2022-2025

di Redazione Salute

29 maggio 2026

L'Italia è al quarto posto tra i Paesi europei come volume complessivo di trial clinici attivati ma potrebbe salire sul podio superando i ritardi organizzativi e le criticità operative che rallentano l'attrattività nella ricerca. A pesare è soprattutto la capacità di arruolare pazienti negli studi clinici internazionali: il nostro Paese impiega mediamente 148 giorni per iniziare la fase effettiva di arruolamento, 36 in più rispetto alla Spagna. I dati sono del Rapporto 2025 "Missed Opportunities", realizzato dal Laboratorio sul Management delle Sperimentazioni Cliniche di Altems– Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore nel campus di Roma in collaborazione con Farindustria.

Gli esperti hanno stimato che, mediamente, ogni 2,5 giorni di ritardo corrispondono a un paziente perso per studio; complessivamente questo si traduce nell'arco di 3 anni in 10.540 pazienti in meno arruolati nel nostro paese con una significativa perdita di competitività del sistema. Il mancato arruolamento osservato potrebbe aver comportato una perdita potenziale di circa 180 milioni di euro per il Ssn nel triennio 2022–2025.

"Attrarre studi clinici in Italia è prioritario – afferma Marcello Cattani, presidente di Farindustria -. In primo luogo per i cittadini, che attraverso i trial possono accedere rapidamente a terapie innovative. Inoltre, per rafforzare l'ecosistema italiano della Ricerca e delle partnership pubblico-privato, oltre che per offrire possibilità di crescita professionale a medici e ricercatori. Ogni anno in Italia le imprese farmaceutiche investono oltre 800 milioni di euro in ricerca clinica, spesso nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. E vogliono continuare a farlo perché credono nelle tante eccellenze italiane. Occorre un deciso scatto in avanti, come evidenzia lo studio di Altems, per ridurre i tempi di accesso all'innovazione e rendere la nostra Nazione sempre più competitiva".

Gli obiettivi del progetto

Il progetto, coordinato dal direttore del Lab MSC Emmanouil Tsiasiotis, la project manager Francesca Orsini e il coordinatore dell'analisi statistica Vincenzo Nardelli, rappresenta una delle prime esperienze in Europa, e la prima in Italia di utilizzo sistematico del Clinical Trials Information System (CTIS), la piattaforma introdotta dal Regolamento Europeo n. 536/2014 che raccoglie i dati pubblici relativi alle sperimentazioni cliniche autorizzate nei Paesi membri. Attraverso questa infrastruttura dati, il Laboratorio MSC Altems ha sviluppato un'analisi comparativa della performance italiana rispetto ai principali competitor europei — tra cui Spagna,

Germania, Francia, Polonia, Belgio e Paesi Bassi — lungo l'intero "trial journey": dall'autorizzazione regolatoria all'attivazione dei centri, dall'avvio dell'arruolamento fino alla chiusura del reclutamento.

"Questo progetto - sottolinea Emmanouil Tsiasiotis, direttore dell'Altems Lab Msc - dimostra quanto sia strategico raccogliere e analizzare in modo sistematico i dati della ricerca clinica per trasformarli in evidenze utili alla governance del sistema. Per la prima volta in Italia abbiamo utilizzato i dati del CTIS (Clinical Trials Information System) integrandoli con dati operativi delle aziende, con l'obiettivo di misurare la competitività del Paese rispetto agli altri sistemi europei. Il nostro obiettivo è contribuire allo sviluppo di una governance della ricerca clinica basata su KPI (Key Performance Indicator) condivisi, trasparenza e benchmarking continuo. In questo percorso ALTEMS si propone come partner strategico dal punto di vista metodologico, analitico e infrastrutturale, a supporto di istituzioni, industria e centri sperimentali".

Evidente gap con la Spagna

L'analisi retrospettiva ha preso in esame circa 1.100 studi clinici multinazionali condotti nel periodo compreso tra l'1 febbraio 2022 e il 30 giugno 2025, utilizzando dati pubblici estratti dal CTIS e dati operativi condivisi dalle aziende partecipanti. Per approfondire le dinamiche di arruolamento, il progetto ha inoltre integrato dati relativi a 126 studi e oltre 1.700 pazienti arruolati in Italia, forniti dalle aziende partecipanti.

I risultati confermano che l'Italia mantiene un'elevata attrattività in termini di numero di studi clinici attivati, collocandosi tra i principali Paesi europei e al quarto posto per volume complessivo di trial. Tuttavia, il confronto con la Spagna evidenzia un gap di circa 450 studi clinici nel periodo analizzato, nonostante una sovrapposizione superiore al 75% del portafoglio di studi multinazionali tra i due Paesi.

Secondo il Rapporto, il principale elemento critico emerge nelle fasi operative successive all'autorizzazione regolatoria. In Italia trascorrono mediamente oltre 148 giorni prima dell'avvio effettivo dell'arruolamento, con un ritardo di circa 36 giorni rispetto alla Spagna. Anche dopo l'attivazione formale dei centri, il sistema italiano richiede ulteriori giorni per reclutare il primo paziente, comprimendo così la finestra utile di arruolamento. La durata effettiva della recruitment window in Italia risulta infatti inferiore rispetto ai principali competitor europei, in particolare nelle aree cardio-metabolica, neurologica e immunologica.

Questi ritardi hanno un impatto diretto sulla capacità di reclutamento dei pazienti. Le analisi mostrano che Spagna e Polonia presentano i livelli medi più elevati di pazienti arruolati per studio e le migliori performance nel raggiungimento dei target pianificati, mentre l'Italia registra valori inferiori sia per numero medio di pazienti pianificati sia per numero di pazienti effettivamente reclutati.

Particolarmente rilevante è il dato sulla velocità di arruolamento ("recruitment speed"), calcolata come rapporto tra pazienti arruolati e durata della finestra di reclutamento. Negli studi di fase III, la velocità italiana risulta circa la metà di quella osservata in Spagna, evidenziando un significativo divario competitivo nella gestione dei trial di fase avanzata.

I ritardi accumulati

Per quantificare l'impatto di questi ritardi, ALTEMS ha sviluppato un modello di regressione basato sui dati aggregati degli studi di fase III. L'analisi evidenzia una relazione diretta tra ritardo cumulativo nelle fasi iniziali del "trial journey" e riduzione dell'arruolamento: mediamente, ogni 2,5 giorni di ritardo corrispondono a un paziente perso per studio. Simulando uno scenario

controfattuale in cui l'Italia avesse performance temporali comparabili alla Spagna, il Rapporto stima che il sistema italiano avrebbe potuto arruolare circa 10.540 pazienti in più nel triennio analizzato.

Lo studio evidenzia inoltre una forte eterogeneità territoriale. Lombardia, Lazio ed Emilia-Romagna si confermano le principali regioni italiane per attrattività e capacità di arruolamento, mentre altre aree mostrano livelli significativamente inferiori di partecipazione agli studi multicentrici internazionali.

Il Rapporto collega, inoltre, le "missed opportunities" all'impatto economico della ricerca clinica. Secondo le analisi del progetto ALTEMS "Averted Costs", ogni euro investito direttamente dalle aziende farmaceutiche genera circa tre euro di valore indiretto per il Servizio sanitario nazionale. Applicando questo modello alle stime del progetto "Missed Opportunities", il mancato arruolamento osservato potrebbe aver comportato una perdita potenziale di circa 180 milioni di euro nel triennio 2022–2025.

Servizio Ricerca

Carne, pesce o uova? Il menu lo decide il microbiota e non la gola

A scegliere le proteine potrebbe non essere il palato ma piuttosto le indicazioni che giungono dalla megalopoli di batteri intestinali

di Federico Mereta

29 maggio 2026

Siete irresistibilmente attratti da una fiorentina? Non sapete resistere al filetto di orata o di branzino? Sentite l'acquolina in bocca di fronte ad un piatto di fagioli con olio evo? Quale che siano i vostri gusti, sappiate che forse a scegliere sul fronte delle proteine potrebbe non essere il vostro palato ma piuttosto le indicazioni che giungono dalla megalopoli di batteri (e non solo) che abita nelle vostre vie digestive. Perché alla fine, l'asse intestino-cervello domina anche sulle abitudini alimentari, in chiave qualitativa. Nutrirsi, infatti, non significa solamente puntare sulle calorie di cui c'è bisogno. Il corpo che ha bisogno di proteine, infatti, a volte si rende conto che ha bisogno di "mattoncini" che non sa costruire da solo. Quindi deve cercare gli aminoacidi essenziali, ovvero i costituenti delle proteine che non possono essere sintetizzati internamente e devono quindi provenire dal cibo. Ne sono particolarmente ricchi gli alimenti di origine animale e tra quelli di origine vegetale i legumi. Cosa accade? Come veri e propri "rilevatori", i batteri che costituiscono il microbiota intestinale prima si accorgono della necessità, poi portano l'organismo a rispondere di conseguenza, privilegiando alimenti come carne, pesce, latte e latticini, uova. A dimostrare questa realtà, non nell'uomo ma in diversi organismi del mondo animale. È una ricerca davvero originale apparsa su *Science*, realizzata da un team coordinato da Greg Seong-Bae Suh del Centro per la Fisiologia del Microbioma, del Corpo e del Cervello presso l'Istituto di Scienze di Base, in collaborazione con ricercatori della Seoul National University e della Ewha Womans University. "Lo studio suggerisce come, in condizioni di carenza proteica, vengano attivati segnali neurali e ormonali che spingono selettivamente verso la ricerca di aminoacidi essenziali, riducendo al tempo stesso l'interesse per altri nutrienti come gli zuccheri – commenta Daniela Martini, docente di Nutrizione Umana presso il Dipartimento di Scienze per gli Alimenti la Nutrizione dell'Università di Milano -. In poche parole, si tratta di un esempio "elegante" di come si possano regolare in modo dinamico le priorità nutrizionali".

L'intestino governa il cervello

Lo studio, siamo ancora nella ricerca di base, ha scoperto come l'intestino rilevi la carenza di proteine e indirizzi il cervello alla ricerca di nutrienti essenziali. Il tutto attraverso un sistema di segnalazione coordinato tra le due strutture, che porta a modificare rapidamente il comportamentointetizzatialimentare attraverso percorsi neuronali e ormonali coordinati. Soprattutto, questa ricerca spiega cosa ci sia dietro i meccanismi biologici che collegano la carenza di nutrienti al comportamento alimentare selettivo da parte degli animali. Stando all'indagine, due sarebbero le vie, perfettamente integrate tra loro, che "governano" le scelte proteiche: un circuito

neurale rapido informa velocemente il cervello della mancanza di aminoacidi essenziali, mentre un segnale ormonale più lento sostiene nel tempo il comportamento di ricerca di proteine. Il tutto, è stato dimostrato inizialmente nei moscerini della frutta, grazie ad una serie di esperimenti e rilevazioni. In particolare si è visto che in carenza di proteine dietetiche, specifiche cellule intestinali specializzate hanno prodotto un ormone chiamato CNMa. Questo segnale attiva dapprima i neuroni enterici associati all'intestino, che trasmettono rapidamente al cervello le informazioni sulla carenza di aminoacidi attraverso un circuito neurale diretto intestino-cervello. Allo stesso tempo, il CNMa entra in circolo come ormone e raggiunge il cervello più lentamente, rafforzando e sostenendo nel tempo l'appetito per gli aminoacidi essenziali.

Il ruolo del microbiota

Insomma: l'intestino non va considerato solamente un organo dell'apparato digerente ma un vero e proprio sistema sensoriale. Ed è in grado di guidare i comportamenti animali, non solo aumentando l'appetito ma anche sul fronte qualitativo. Addirittura questo sistema integrato dell'asse intestino-cervello arriva a modificare selettivamente le priorità alimentari: gli animali diventano più attratti dai nutrienti proteici, perdendo interesse per gli zuccheri. La segnalazione del CNMa inibisce l'attività dei neuroni sensibili agli zuccheri stessi spostando di fatto la preferenza alimentare dai carboidrati verso i nutrienti proteici. Ed in questo, un ruolo preponderante l'avrebbe il microbiota intestinale. Le mosche prive di batteri commensali intestinali hanno infatti mostrato una maggiore attivazione dei neuroni cerebrali deputati alla ricerca di aminoacidi. E questo meccanismo si sarebbe conservato anche nei mammiferi. Esperimenti simili condotti sui topi hanno rivelato che gli animali privati di proteine sviluppavano una forte preferenza per gli aminoacidi essenziali. Il tutto si è osservato anche nei topi privi di FGF21, un ormone che si ritiene da tempo svolga un ruolo centrale nell'appetito per le proteine. Quindi gli animali potrebbero avere ulteriori sistemi di rilevamento dei nutrienti, finora sconosciuti. "Sebbene il microbiota non decida autonomamente cosa mangiamo, può contribuire in modo importante alla regolazione dell'appetito e delle preferenze alimentari – è la conclusione di Martini -. Sappiamo infatti che i batteri intestinali producono metaboliti e modulano segnali nervosi e ormonali che influenzano fame, sazietà e ricerca di nutrienti specifici. Questo studio aggiunge che il microbiota potrebbe partecipare anche ai meccanismi che regolano il bisogno di proteine e aminoacidi essenziali. Forse non "sceglie al posto nostro", ma sembra instaurare un continuo dialogo con l'organismo per adattare il comportamento alimentare allo stato nutrizionale".

Prospettive future

Lo studio mostra che gli animali non si limitano a mangiare di più quando mancano dei nutrienti. Il cervello regola selettivamente le priorità alimentari per favorire i nutrienti specificamente carenti. Queste osservazioni potrebbero aprire importanti prospettive nella ricerca sull'obesità e sui disturbi del metabolismo, oltre che sulle problematiche legate al comportamento alimentare. Secondo Seong-Bae Suh "la maggior parte dei farmaci attualmente utilizzati per il trattamento dell'obesità e il controllo dell'appetito si basa sulla segnalazione ormonale intestinale, eppure sappiamo ancora relativamente poco su come i segnali intestinali prodotti naturalmente influenzino il cervello e il comportamento –". "L'asse intestino-cervello è oggi considerata uno dei principali sistemi di controllo del comportamento alimentare – conclude Martini -. L'intestino, considerato erroneamente per lungo tempo solo un organo digestivo, sembra essere in realtà un vero sistema sensoriale capace di informare rapidamente il cervello sulla disponibilità dei nutrienti". E questo, in futuro, potrebbe aprire strade nuove per la scienza. Il tutto partendo dal ruolo del microbiota e dalla visione dell'essere umano come aggregato di cellule eucariote, procariote e di archibatteri o archaea, a conferma che, almeno sul fronte numerico siamo destinati

ad essere "dominati" dagli abitanti del nostro corpo. Non per nulla, il censimento delle cellule microbiche che albergano nel corpo umano è superiore a dieci volte rispetto a quello delle cellule eucariote. La maggior parte di queste cellule procariote si trova nell'intestino umano, e anche sotto il profilo genetico i genomi di questi batteri contiene un numero di geni più che centuplicato rispetto a quello dell'uomo.



Servizio Fondazione Floriani

Cinquant'anni di impegno nelle cure palliative: la Carta di Milano per rilanciarle

L'obiettivo è trasformare le buone norme in diritti esigibili per una sanità che misuri il proprio valore non solo dai tassi di sopravvivenza ma dalla dignità con cui accompagna ogni persona nella malattia

*di Francesca Crippa**

31 maggio 2026

Viviamo un tempo in cui la medicina realizza cose straordinarie. Eppure, proprio questa medicina capace di prolungare la vita, di intervenire sulle malattie più complesse rischia di smarrire ciò che la rende profondamente umana, la capacità di riconoscere il limite, di alleviare e non abbandonare: le cure palliative.

Le cure palliative sono un insieme di interventi sanitari e di supporto medici, infermieristici, psicologici, spirituali e sociali finalizzati a ridurre la sofferenza globale al fine di migliorare la qualità di vita della persona malata e della sua famiglia. Nonostante il termine possa far pensare a qualcosa di residuale, non sono affatto una resa, bensì la risposta clinica, civile ed etica al bisogno più antico e ineludibile dell'umanità: curare quando non si può più guarire. Nel nostro paese le cure palliative devono molto alla Fondazione Floriani che mezzo secolo fa diede il via al primo servizio di terapia del dolore all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. A metà degli anni 70 l'ingegnere Virgilio Floriani, imprenditore a cui dobbiamo la messa a punto dei ponti radio con l'importante azienda Telettra, affronta la malattia inguaribile del fratello e vive in prima persona il drammatico abbandono delle persone malate di cancro (parola allora impronunciabile) per le quali "non c'è più niente da fare". Grazie all'incontro con il terapista del dolore Vittorio Ventafridda decide di impegnarsi, con un cospicuo lascito, nella creazione di una Fondazione dedicata a dare risposte ai bisogni di cura dei malati inguaribili. Da qui nasce un modello pionieristico multidisciplinare (medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali e spirituali) che ha seguito negli anni direttamente o indirettamente oltre 100mila persone ed è diventato paradigmatico per il resto del paese.

La strada percorsa ha portato all'importante traguardo della legge 38 del 2010, alla cui realizzazione ha contribuito anche la fondazione, che definisce le cure palliative un diritto acquisito, un Livello Essenziale di Assistenza. In realtà a tutt'oggi questo importante diritto nella pratica non è sempre esigibile. Per questo Fondazione Floriani nell'anniversario dei suoi 50 anni, fiera dei traguardi raggiunti, sente la necessità e il dovere di richiamare l'attenzione su quanto ancora manca veramente e tracciare un tragitto per il futuro. In Italia oggi poter usufruire di buone pratiche palliative dipende ancora dal luogo in cui si vive, dall'età che si ha, dal tipo di diagnosi o dalla capacità del sistema sanitario di organizzarsi.

È così che questo diritto doverosamente esigibile si trasforma spesso in una promessa non mantenuta: una cura mancata. Da qui l'esigenza di giungere ad un documento che rilanci su quanto ancora ci sia da fare, partendo dalla nostra città che ha visto nascere le cure palliative italiane che abbiamo chiamato "Carta di Milano".

Questa Carta, presentata alla Fondazione Feltrinelli dal professor Silvio Garattini, invita a compiere un passo di maturità collettiva al fine di trasformare le buone norme in diritti realmente esigibili per una sanità che misuri il proprio valore non solo dai tassi di sopravvivenza ma dalla dignità con cui accompagna ogni persona nella malattia, nella fragilità, nella fase avanzata della vita, fino alla fine.

Affinché le cure palliative non siano spesso e in qualche luogo una cura mancata occorre equità, occorre garantire una copertura effettiva su tutto il territorio nazionale ove ancora oggi sono erogate a macchia di leopardo (in particolare il sud del paese né e ancora orfano) perché le disuguaglianze del Sistema Sanitario Nazionale non sono più accettabili.

È necessario erogare Cure palliative primarie, coinvolgendo il medico di famiglia che deve essere parte integrante dell'equipe, anche al fine di valorizzare ove possibile la casa come luogo di cura.

Anche in ospedale è importante che le Cure palliative diventino una presenza strutturata di team specializzati nei vari reparti per evitare sofferenze inutili qualsiasi sia la patologia.

È necessario migliorare l'accesso alle cure palliative pediatriche attraverso il riconoscimento precoce dei bisogni e una programmazione proiettata nel protrarsi delle aspettative di vita.

È importante introdurre la figura dell'eticista clinico nei contesti di cura per contribuire a dare risposte corrette alle crescenti criticità che una medicina sempre più complessa propone.

È ormai imprescindibile implementare Formazione e ricerca in ambito accademico con corsi di specializzazione pre e post-laurea e valorizzare la "terza missione" che deve interagire direttamente con la società per la crescita di una cultura che sappia accettare la morte come parte inevitabile della vita.

Perché La pratica delle cure palliative non riguarda soltanto i professionisti sanitari, ma tutti noi: istituzioni, decisori pubblici, associazioni, mondo accademico, società civile, per questo serve una società consapevole. Quando ognuno saprà che non sarà abbandonato, che avrà voce in capitolo sulla propria storia fino alla fine, solo allora le cure palliative non saranno più una cura mancata .

**Vicepresidente Fondazione Floriani Ets*

Ecco i profili (niente nomi, qui non siamo per le gogne e rispettiamo sempre la presunzione di innocenza) dei primi otto medici accusati di falso ideologico e interruzione di pubblico servizio per aver rilasciato certificati medici farlocchi ai clandestini per evitare il loro rimpatrio

DI ALESSIO BUZZELLI
a pagina 2

DI FRANCESCA MUSACCHIO

Tutto sulla rete «No Cpr» Attività e programmi

a pagina 3

SE QUESTO È UN MEDICO

DI PIETRO DE LEO

Violenze e saccheggi Immigrati e seconde generazioni mettono Parigi a ferro e fuoco
a pagina 5

DI DARIO MARTINI

Macron e gli altri che fingono di non capire
a pagina 5

DI FRANCESCA TOTOLO

Saracinesche italiane abbassate E i market stranieri invadono le città
a pagina 4

L'INCHIESTA ESCLUSIVA /3

SE QUESTO È UN MEDICO



Dai certificati sospetti alle intercettazioni Ecco gli otto camici «anti-rimpatrio»

*Gli indagati provengono dallo stesso reparto e hanno tra i 26 e i 62 anni
Sono accusati di falso ideologico e interruzione di pubblico servizio
Per tutti loro il gip ha emesso misure cautelari, tre sono ricorsi al Riesame*

ALESSIO BUZZELLI

••• In questi giorni Il Tempo ha raccontato sotto molteplici aspetti e punti di vista il caso dei così detti presunti «certificati anti-rimpatrio», che sarebbero stati emessi tra l'estate del 2024 e l'inizio del 2026 da alcuni medici del reparto di malattie infettive dell'ospedale di Ravenna per evitare, questa l'ipotesi, che diversi migranti raggiunti da decreti di espulsione fossero trasferiti in un Cpr. Vicenda che nel febbraio scorso è finita alla ribalta delle cronache nazionali, nonché nelle aule della Procura della città romagnola, con un processo ancora in pieno svolgimento e nelle more del quale non è stata ancora emessa alcuna sentenza di condanna definitiva per nessuno degli imputati, essendo ancora nella fase delle indagini preliminari. Dopo aver approfondito nelle scorse puntate i meccanismi sottesi alla dinamica della vicenda - con il potenziale allargamento ad altri parti d'Italia - e aver raccontato come alcuni dei clandestini dichiarati inidonei dai camici ravennati, una volta tornati libe-

ri, abbiano accumulato una notevole sequela di arresti e denunce, oggi vale la pena soffermarsi sulle figure attorno alle quali ruota tutta questa storia, ovvero i medici protagonisti dell'inchiesta della Procura.

Nel pieno rispetto dello spirito garantista che da sempre anima Il Tempo - in virtù del quale nessuno è colpevole finché tutti i gradi di giudizio non siano stati espletati e del principio per cui la presunzione d'innocenza è sacra -, in questa puntata cercheremo di capire meglio quale sarebbe stato il loro ruolo, evitando però di imbastire gogne mediatiche di sorta. Perché ora il punto non è il nome di chi avrebbe fatto cosa, ma il come e il perché. I medici indagati sono otto, tutti facenti parte del reparto di malattie infettive, di un'età compresa tra i 26 e i 62 anni: l'ipotesi d'accusa formulata dai pm è quella di falso ideologico e interruzione di pubblico servizio. Questo è un fatto. L'altro fatto è che il gip, il 13 marzo scorso, ha disposto delle misure cautelari per gli indagati, accogliendo nella so-

stanza la visione proposta dalla Procura, ma rimodulandone le richieste. I pubblici ministeri avevano infatti chiesto per gli otto medici un anno di interdizione dalla professione, adducendo la motivazione, tra le altre, di un possibile rischio di reiterazione; il gip ha invece deciso che cinque di loro non potranno occuparsi dei certificati di idoneità al Cpr per dieci mesi, mentre per tre dottoresse - le quali avrebbero poi fatto ricorso al Tribunale del Riesame - una sospensione dalla professione per lo stesso periodo di tempo, accogliendo il criterio di proporzionalità richiesto dalle difese.

Uno dei passaggi dell'ordinanza avrebbe evidenziato come per il gip il punto centrale non sarebbe solo e tanto l'approc-



cio ideologico che avrebbe sconfinato fuori dall'ambito strettamente sanitario, quanto dei presunti «comportamenti antiggiuridici» e irrispettosi della deontologia. Ma cosa avrebbero fatto gli indagati? Secondo l'accusa, i medici avrebbero rilasciato certificati di idoneità ai Cpr per 34 stranieri, su un totale di 64 casi presi in esame dagli inquirenti, al fine proprio di evitarne il trasferimento in uno dei centri per il rimpatrio, come la legge dispone, per poi essere espulsi. Il tutto, per l'accusa, sarebbe stato fatto uscendo dal perimetro della stretta analisi clinica, ipotizzando che altri elementi e convinzioni avrebbero animato tali azioni. I legali degli indagati, da parte loro, hanno sempre ribadito la veridicità dei pareri medici espressi nei certificati e la totale correttezza dell'operato, sia a mezzo stampa, sia durante l'interrogatorio di garanzia andato in scena il 12

marzo scorso, nel quale hanno chiesto invano anche l'annullamento delle misure cautelari. In cosa consistono questi certificati? La visita di idoneità al trasferimento nei Cpr è un atto medico nel quale il professionista è chiamato a valutare sulla base di criteri clinici la presenza di vulnerabilità di varia natura che possano risultare incompatibili con una detenzione amministrativa. Ebbene, i magistrati ha ritenuto che qualcosa non sarebbe andato come doveva andare, poiché alla base dei referti, sostiene la procura, non ci sarebbero solo dati ed evidenze cliniche. Ciò anche alla luce di una serie di chat e intercettazioni ambientali acquisite dagli inquirenti il 12 febbraio attraverso due perquisizioni. Conversazioni poi riportate da diversi quotidiani, dalle quali sarebbero emersi elementi a sostegno della tesi accusatoria e in cui si parlerebbe di questioni «etiche» e

di «dissenso» riguardo il sistema dei Cpr. «La polizia mi vuole fare un verbale perché non ho dato l'idoneità a uno che vogliono espellere... ma è una questione etica per me... visto cosa sono i Cpr», avrebbe scritto un camice; «ormai ci siamo dentro da così tanto... è una rottura ma la scelta è puramente etica. Noi avremo dato più di 20 idoneità e non è successo niente. La cosa importante è essere uniti», si leggerebbe in un altro messaggio. Parole che avrebbero spinto il giudice ad affermare che i sanitari sarebbero stati uniti da «un forte coinvolgimento ideologico ed emotivo», e che, come si legge nell'ordinanza del gip, i medici coinvolti avrebbero realizzato quei certificati in un'ottica «di aperta contestazione del sistema di gestione dell'immigrazione clandestina». Che sarebbe ovviamente legittima, purché esercitata all'interno della correttezza delle procedure e

delle regole deontologiche, circostanza che viene contestata. Chi ha difeso l'operato dei medici di Ravenna al di fuori delle aule di tribunali ha sollevato una obiezione fondamentale sulla tesi dell'accusa, e cioè che i medici non dovrebbero essere utilizzati come «strumenti di garanzia dell'ordine pubblico» ma dovrebbero solo svolgere compiti clinici a tutela della vita e della salute della persona. Probabilmente questa ed altre obiezioni troveranno risposta nel corso dell'iter giudiziario da poco iniziato.

L'inizio

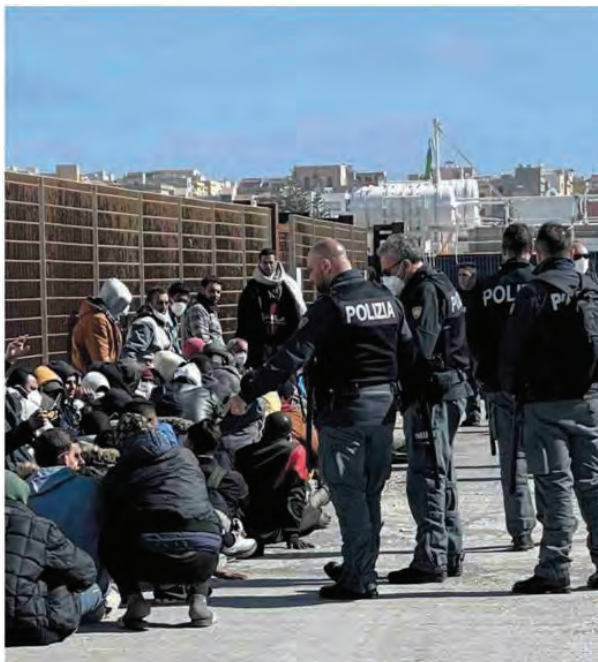
I sospetti della questura dopo la visione di uno «strano» referto di idoneità dal quale è partita poi l'indagine della procura

Le misure

*Per cinque medici interdizione dalle certificazioni per i Cpr
Per gli altri tre sospensione di 10 mesi dalla professione*

Le chat

Durante alcune perquisizioni sono state acquisite conversazioni e intercettazioni che sosterranno le ipotesi dell'accusa



**MAURIZIO
GASPARRI (FI)****«Dottori ideologizzati
Danno per la sicurezza
Interrogazione»****Mineo a pagina 5****PARLA MAURIZIO GASPARRI (FI)**

«Interrogazione ai ministri dell'Interno e della Salute»

*Il senatore: «Medici ideologizzati, danno alla sicurezza»
Certificazioni di comodo usate «al solo scopo di contrastare
l'esistenza stessa dei centri di permanenza e rimpatrio»*

GAETANO MINEO

••• La nostra inchiesta sui certificati medici utilizzati per ottenere il rilascio degli immigrati dai Centri di permanenza per il rimpatrio (Cpr) approda in Parlamento. Il senatore di Forza Italia, Maurizio Gasparri, ha annunciato un'interrogazione ai ministri dell'Interno e della Salute affinché «accertino se vi siano state violazioni deontologiche o un uso improprio delle certificazioni». Per l'esponente azzurro, qualora le ricostruzioni trovassero conferma, medici ideologizzati sarebbero un ulteriore danno alla sicurezza.

Senatore perché ritiene necessario un intervento del ministero della Salute?

«Perché la vicenda coinvolge direttamente il comportamento di alcuni medici. Se i fatti fossero confermati, si configurerebbe una questione deontologica di enorme rilievo. Il medico ha il dovere di certificare uno stato di salute sulla base della pura verità clinica. Se invece una certificazione venisse rilasciata per finalità diverse, ci troveremmo di fronte a un problema gravissimo».

Dagli atti emergerebbero motivazioni ideologiche dietro il comportamento di alcuni medici.

«Se venisse confermato che alcuni medici agiscono spinti da militanza politica, saremmo davanti a un fatto inaccettabile. La gestione dei Cpr non può essere ridotta a un terreno di scontro ideologico. Il mio non vuole essere un attacco alla categoria medica nel suo complesso, ma a quei singoli professionisti che si prestano a questa strumentalizzazione. Ciò che sconcerta è l'ipotesi che si usino certificazioni di comodo al solo scopo di contrastare l'esistenza stessa dei centri. Per lo Stato diventa estremamente faticoso garantire la legalità e l'ordine pubblico se figure professionali così autorevoli abusano del proprio ruolo. Vedere medici che usano il proprio timbro

e la propria firma per facilitare comportamenti illeciti significa essere arrivati alla follia più totale. Emergerebbe, tra l'altro, collaborazioni con organizzazioni che hanno fatto nel favoreggiamento all'immigrazione clandestina una vera e propria ragione



ne di vita».

Intercettazioni riportano anche duri attacchi verbali da parte di alcuni medici contro le forze dell'ordine. Cosa sta succedendo alla tenuta sociale del Paese?

«Siamo di fronte a una precisa strategia

ideologica, guidata da una certa sinistra che continua a polarizzare il dibattito. Questo clima mi ricorda da vicino il post-Sessantotto, l'epoca in cui nacquero realtà come Magistratura Democratica. All'epoca, come oggi, si assisteva al tentativo di arruolare intere categorie professionali e intellettuali sotto un'unica bandiera politica. L'uso sistematico del termine 'democratico' (basti pensare all'evoluzione del nome del Partito Democratico) è spesso un abuso semantico, una formula retorica usata

per appropriarsi in modo esclusivo di un valore universale. Il vero obiettivo di queste storiche associazioni, da Magistratura Democratica a Psichiatria Democratica, è sempre stato quello di creare nuclei fortemente ideologizzati all'interno dei gangli vitali della società, piegando le competenze professionali e scientifiche a fini di parte, anziché metterle al servizio della verità e dell'oggettività».

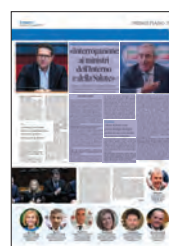
Qual è la sua valutazione sul tema della sicurezza, anche alla luce delle contestazioni della sinistra ai decreti del governo?

«Nonostante i risultati importanti già ottenuti dallo Stato, la domanda di sicurezza da parte dei cittadini resta elevata e richiede un impegno costante. Proprio per questo, ritengo fortemente contraddittoria la

sistematica opposizione della sinistra a provvedimenti che puntano a prevenire la violenza, contrastare l'immigrazione clandestina e tutelare la cittadinanza».

Il sistema

«Siamo di fronte a una precisa strategia ideologica guidata da una certa sinistra che polarizza il dibattito»



**NICOLA
MOLTENI (LEGA)****«Siano i medici
di Polizia e Esercito
a fare le attestazioni»**

a pagina 4

PARLA NICOLA MOLTENI (LEGA)

«A certificare siano i medici della Polizia e quelli militari»

*Il sottosegretario: «Un sistema contro il governo»
Le contromisure: «La strada più rapida sarebbe
un emendamento al dl sull'immigrazione»*

PIETRO DE LEO

••• All'indomani dell'inchiesta del Tempo sulla presunta rete di false certificazioni mediche per impedire i rimpatri di immigrati irregolari, il Tempo contatta il Sottosegretario all'Interno e deputato della Lega Nicola Molteni.

Sottosegretario Molteni, come valuta i contenuti dell'inchiesta del Tempo?

«Se gli elementi fossero confermati saremmo davanti a qualcosa di gravissimo. Stiamo parlando dell'eventuale esistenza di un sistema finalizzato a ostacolare le politiche dello Stato contro l'immigrazione illegale. Sarebbe un vero e proprio ostruzionismo organizzato che impedisce il trattenimento e il successivo rimpatrio di soggetti che non hanno titolo per restare in Italia e che spesso tornano a delinquere sul nostro territorio».

Quale può essere un'iniziativa

per evitare degenerazioni di questo tipo?

«La Lega ha già pronta una proposta: siano i medici della Polizia di Stato e i medici militari a certificare l'idoneità al trattenimento nei CPR e alle procedure di espulsione. In questo modo si eviterebbero zone grigie e si garantirebbe che il giudizio sia esclusivamente sanitario e non influenzato da impostazioni ideologiche contrarie ai rimpatri».

Quali step e tempistiche ci sarebbero per questa proposta?

«Ne abbiamo già parlato con il ministro Piantedosi e sono state avviate valutazioni tecniche. La strada più rapida è un emendamento al disegno di legge sull'immigrazione attualmente calendarizzato in Senato. È un provvedimento che contiene già importanti misure di contrasto all'immigrazione illegale e rappresenta il veicolo normativo ideale per introdurre questa novità. Se ci sarà la necessaria convergenza politica, la norma potrà essere inserita direttamente nel disegno di legge e

diventare operativa una volta concluso il percorso parlamentare. Noi riteniamo che sia una molto importante».

L'opposizione sostiene che il Governo punti eccessivamente sui Cpr.

«Noi andiamo avanti senza esitazioni. Oggi disponiamo di dieci Cpr operativi, oltre alla struttura in Albania, e stiamo lavorando per realizzarne altri sei. Chi si oppone ai Cpr spesso racconta una realtà distorta: non vi finiscono le badanti o chi lavora onestamente, ma cittadini stranieri irregolari che in molti casi hanno commesso reati gravi. Più Cpr significa più possibilità di identificare, trattenere e rimpatriare persone socialmente pericolose».

Qual è il bilancio dell'azione



del Governo sul fronte dei rimpatri?

«I numeri parlano chiaro. Nel 2025 abbiamo registrato circa 7 mila rimpatri, il dato più alto degli ultimi anni dopo quello del 2018, quando era ministro dell'interno Matteo Salvini. Negli anni in cui governava la sinistra, i rimpatri erano circa la metà. Quest'anno registriamo un ulteriore incremento di circa il 30% e, mantenendo questo andamento, possiamo avvicinarci alla quota di 10 mila rimpatri annui, che rappresenterebbe uno dei migliori

risultati degli ultimi quindici anni». **Quindi ritiene che la linea del Governo stia funzionando?**

«Sì. Stanno funzionando sia le politiche di contrasto all'immigrazione illegale sia quelle di riduzione degli sbarchi. Rispetto all'inizio della legislatura abbiamo registrato una diminuzione molto significativa degli arrivi irregolari. Naturalmente c'è ancora molto

da fare, ma la direzione è quella giusta: più controlli, più rimpatri e più sicurezza per i cittadini italiani».

Cpr

«Andiamo avanti senza esitazioni, oggi disponiamo di 10 centri operativi oltre a quelli in Albania»



Ifo, mezzo milione di danni per i furbetti del cartellino

La Corte dei Conti mette nel mirino 89 tra medici e impiegati del polo oncologico via alle prime condanne e ai licenziamenti per chi si faceva passare il badge dai colleghi

di **ANDREA OSSINO**

Medici, infermieri e personale amministrativo dell'istituto nazionale tumori. Sono 89 i furbetti del cartellino finiti nel mirino della Corte dei Conti. I pm contestano un danno per le casse dello Stato

che supera mezzo milione di euro. Negli Ifo c'era chi spariva durante il turno, chi non si preoccupava nemmeno di arrivare a lavoro e chi usciva prima facendo timbrare il badge ai colleghi per risultare regolarmente in servizio.

➔ a pagina 2

Badge selvaggio agli Ifo mezzo milione di danni da 89 medici e impiegati

Indagine della procura e della Corte dei Conti sul polo oncologico già scattati i licenziamenti e le prime condanne di risarcimento

A pedinare i dipendenti sono stati carabinieri e finanziari. L'accusa è di truffa aggravata contro la struttura

di **ANDREA OSSINO**

C'era chi spariva durante il turno, chi non si preoccupava nemmeno di arrivare a lavoro e chi usciva prima. Chi faceva timbrare il badge ai colleghi per risultare regolarmente in servizio quando in realtà non era mai uscito da casa. E chi, pur essendo altrove, continuava a figurare presente in ospedale. Un sistema diffuso, secondo gli investigatori, dentro gli Ifo - l'Istituto nazionale tumori Re-

gina Elena e il San Gallicano - dove per anni false timbrature, badge passati di mano in mano e presenze fittizie sarebbero diventate prassi quotidiana.

Adesso quel meccanismo è finito



nero su bianco nelle carte della Corte dei Conti del Lazio. I finanzieri e i carabinieri di Roma hanno individuato 89 dipendenti. E i loro nomi sono finiti nell'inchiesta sull'assenteismo all'interno del polo oncologico di via Elio Chianesi. Venti le citazioni a giudizio già depositate dai magistrati contabili. Il conto per le casse pubbliche supera il mezzo milione di euro: 557.485,45 euro di danno erariale contestato a medici, infermieri, tecnici e amministrativi accusati di truffa aggravata ai danni dello Stato.

La vicenda è stata richiamata anche dal procuratore regionale della Corte dei Conti, Paolo Luigi Rebecchi, durante l'inaugurazione dell'anno giudiziario: «False attestazioni sulla presenza in servizio - si legge - Ipotesi di reato per truffa aggravata, in relazione alla constatazione di un sistema di false timbrature e artificiose presenze in servizio, che vedeva coinvolti 89 dipendenti tra dirigenti medici, infermieri, tecnici e amministrativi. Danno patrimoniale e danno all'immagine per assenteismo».

Un passaggio che fotografa la gravità attribuita all'indagine, nata dopo alcune segnalazioni interne. Troppe assenze, troppi movimenti sospetti per passare inosservati. Così sono partiti gli accertamenti: controlli incrociati tra badge elettronici, celle telefoniche e pedinamenti. E il quadro emerso avrebbe confermato un sistema consolidato di assenteismo nella sanità pubblica romana. Ai danni del rinomato ospedale.

I fatti risalgono agli anni scorsi, ma le contestazioni contabili sono arrivate solo di recente. E in alcuni casi hanno già prodotto le prime condanne.

Come quella dell'infermiera finita al centro di un procedimento parallelo avviato la scorsa estate, sempre all'interno degli Ifo. Secondo la procura contabile, la donna avrebbe chiesto ad alcuni colleghi di timbrare il cartellino al posto suo, risultando formalmente in servizio mentre si trovava fuori dall'ospedale. I carabinieri hanno ricostruito i suoi spostamenti, smentendo le giustificazioni presentate durante il proce-

dimento disciplinare.

Per i giudici contabili si sarebbe trattato di una condotta reiterata e consapevole, poi inserita nell'inchiesta più ampia che coinvolge i dipendenti del polo oncologico romano. L'infermiera è stata licenziata il 10 luglio 2024, al termine dell'iter disciplinare interno.

La procura della Corte dei Conti aveva inizialmente chiesto oltre 35mila euro di risarcimento. Ma i giudici hanno ridimensionato la cifra, ritenendo eccessiva la quantificazione del danno d'immagine in assenza di una condanna penale definitiva e considerata la limitata esposizione mediatica della vicenda. Alla fine il conto è stato ridotto a 4.600 euro complessivi tra danno patrimoniale, danno da disservizio e lesione dell'immagine della pubblica amministrazione. Ora tocca ai colleghi.



Sanità Ieri la Giornata mondiale dei Dca: sono under 14 il 30% in cura. Insufficienti i posti nelle strutture, il piano della Regione per aumentarli

Disturbi alimentari: sono 400mila i malati

Nel Lazio migliaia di pazienti tra i 4 e i 60 anni soffrono di anoressia, bulimia e di nutrizione incontrollata

Nel Lazio, 400mila persone soffrono di Disturbi del comportamento alimentare (Dca), di cui ieri si è celebrata la Giornata mondiale, in nome della sensibilizzazione. Sempre più precoce l'età in cui insorgono i sintomi di anoressia, bulimia o altre patologie. «Quasi un paziente su tre è under 14. E il 60 per cento soffre di comorbidità psichiatriche come l'autolesionismo», ha spiegato Laura Dalla Ragione.

Con i malati che aumentano in modo costante, servono sempre più posti e disponibilità. Al Lazio sono stati destinati 2 milioni nel biennio 2023-24 e un altro milione fino alla fi-

ne di questo mese dal Fondo nazionale. Da dicembre 2024 è attivo poi il Piano regionale che prevede di implementare quelli attuali con altri 132 posti in strutture residenziali e 166 in quelli semiresidenziali, un ambulatorio in ognuna delle dieci Asl del territorio, e un maggiore coinvolgimento dei centri specializzati presenti al Policlinico Tor Vergata e al Sant'Andrea.

a pagina 2 **Salvatori**



Una psicologa (di spalle) incontra la madre di una paziente (Foto Claudio Guaitoli)

Disturbi alimentari, più malati: un terzo sono under 14

Nel Lazio sono oltre 400mila le persone a soffrire di anoressia e bulimia
I posti letto per curarle non bastano: il piano della Regione per aumentarli

Sono circa 400mila, nel Lazio, i pazienti tra i 4 e i 60 anni che soffrono di disturbi del comportamento alimentare (Dca): anoressia, bulimia, alimentazione incontrollata, Arfid (Disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo) colpiscono sempre di più e sempre più in giovane età. Ieri si è celebrata la Giornata mondiale dei Dca, un'iniziativa per sensi-

bilizzare verso queste patologie che dopo la pandemia da Covid hanno colpito in modo esponenziale. «Il 30 per cento dei pazienti è under 14, il 20 è costituito da maschi e tra i 3 e i 10 anni, tantissimi bambini soffrono di disturbi selettivi, ovvero mangiano tre-quattro cibi e hanno quindi una dieta tutt'altro che bilanciata», ha spiegato Laura Dalla Ragione,

referente regionale dell'Umbria per i Disturbi del comportamento alimentare e docente Dca al Campus Bio-Medico di Roma. Ma l'allarme vero è quello che riguarda altri aspet-



ti: «Il 60 per cento dei pazienti presenta comorbidità di tipo psichiatrico — ha aggiunto — tra cui la più frequente è l'autolesionismo: i giovani si tagliano, si bruciano e poi danno risalto alla loro patologia condividendo video sui social e aumentando quindi il rischio di emulazione».

A fronte di numeri così importanti e di una domanda in continua crescita negli anni, ovvio che i posti disponibili non bastino, per quanto negli ultimi anni si stia lavorando per aumentarli — grazie al Fondo nazionale del governo (che nel biennio 2023-24 aveva stanziato per il Lazio due milioni e per periodo gennaio 2025-giugno 2026 un altro milione) e al Piano regionale improntato alla fine del 2024 —,

con il fine di anticipare la diagnosi e la presa in carico dei pazienti.

Al momento della firma del documento regionale, la mappa delle strutture per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione parlava di una settantina di posti in strutture semiresidenziali (centri diurni) e altrettanti in quelle residenziali: tra quelli pubblici al Santa Maria della Pietà (Asl 1) e quelli privati accreditati a Villa Armonia nuova (Asl 3), Villa Pia a Guidonia (Asl 5) e istituto San Giorgio a Soriano (Viterbo). Per la gestione dei casi acuti si poteva contare sul day hospital all'Umberto I, il San Giovanni e il Bambino Gesù (che oggi ha raddoppiato la capienza). Negli obiettivi della Regione agguincerne 132 in strutture residenziali e 166 in quelli semire-

sidenziali. Le novità introdotte nel Piano regionale prevedevano un maggiore coinvolgimento dei centri specializzati del Policlinico Tor Vergata e del Sant'Andrea, oltre all'attivazione e il potenziamento degli ambulatori nelle dieci Asl territoriali (sulla carta dovranno essere uno ogni mezzo milione di residenti) dove opereranno équipe multiprofessionali e multidisciplinari di psichiatri e pediatri, psicologi e dietisti. E dove verranno realizzati percorsi di cura personalizzati, riabilitazione e pasti assistiti.

Clarida Salvatori



LA DOTTORESSA ZANNA

«Al Bambino Gesù trattiamo in un anno oltre 2.700 persone»

«Nell'ultimo anno, è stata ampliata l'attività del Centro Dca dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù. Nel Day hospital abbiamo preso in carico 2.700 pazienti, all'incirca 250 ogni mese», racconta Valeria Zanna, responsabile del reparto Anoressia e disturbi alimentari dell'ospedale pediatrico del Gianicolo. «La nostra è un'assistenza combinata paziente-famiglia perché il genitore spesso si sente impotente davanti alle problematiche dei figli. Ma fuori

dall'ambulatorio saranno loro che dovranno gestirli».

a pagina 3

«Al Bambino Gesù c'è un centro ricoveri e il Day hospital: riduciamo i tempi»

La dottoressa Zanna: «In un anno assistiti in 2.700»

L'ospedale

«L'attività del Centro Dca del Bambino Gesù, nell'ultimo anno, è stata ampliata. E questa è un'ottima notizia. C'è stato anche un miglioramento generale nella gestione e nella presa in carico da parte del territorio»: Valeria Zanna, responsabile dell'unità operativa semplice Anoressia e disturbi alimentari dell'ospedale pediatrico del Gianicolo, in occasione della ricorrenza della Giornata mondiale, stila un bilancio delle attività e delle novità introdotte nel Lazio.

Come è cambiato il vostro lavoro?

«Nel nostro ospedale ci sono il Day hospital e un centro di ricovero e riusciamo a canalizzare meglio gli interventi su situazioni più complesse e delicate».

Nella pratica questo come si traduce?

«Nel nostro reparto riusciamo spesso a ridurre i tempi di ricovero poiché possiamo garantire la continuità degli interventi terapeutici in Day hospital».

Quali sono le attività che si svolgono in Day hospital?

«Sono interventi di alta assistenza, sui pazienti e sulle loro famiglie. E, cosa importantissima, facciamo il pasto assistito».

Perché la presa in carico è combinata paziente-famiglia?

«Perché il genitore spesso si sente impotente davanti alle problematiche dei figli. Quindi la presa in carico si rivolge anche a loro perché al di fuori dell'ambulatorio saran-

no loro che dovranno gestirli».

Con che frequenza vedete un paziente in Day hospital?

«Dipende dal grado di gravità del caso. In media si parla di tre volte a settimana, ma alcuni pazienti richiedono all'inizio anche 5 incontri. Poi man mano si va a decrescere fino ad arrivare anche al monosettimanale».

L'incremento delle attività del centro ha aiutato a diminuire le liste d'attesa?

«Le nostre liste d'attesa non superano i due mesi, mentre per le situazioni più gravi sol-



leccitate dal Pronto soccorso i tempi sono immediati».

Quanti pazienti assistete in un anno?

«Nell'ultimo anno in Day hospital abbiamo assistito 2.700 pazienti. Una media di 250 al mese».

Rispetto all'anno precedente questo numero è rimasto invariato?

«In realtà è aumentato. L'anno precedente erano stati intorno ai 2.500. Ma la crescita è costante anche rispetto agli anni prima. E soprattutto questo numero sale di pari passo con la capacità di assi-

stenza».

Maggiore è l'offerta, maggiore la domanda.

«Esattamente così».

Quale trend avete evidenziato di recente?

«È in crescita il disturbo restrittivo dell'assunzione (Arfid), come in crescita è il numero di maschi che soffre di Dca. Dietro c'è quasi sempre un disturbo d'ansia».

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In media vediamo i pazienti tre volte a settimana, ma se serve anche cinque

● **La parola**

DCA

L'acronimo Dca sta per Disturbo del comportamento alimentare e indica alcune patologie caratterizzate da un rapporto alterato con il cibo e da un'eccessiva preoccupazione, da parte del paziente che ne soffre, per il peso e per le forme del proprio corpo. All'interno di questa categoria sono comprese diverse patologie: l'anoressia, la bulimia, il disturbo dell'alimentazione incontrollata (Binge eating disorder) e anche quello evitante o restrittivo dell'assunzione di cibo (Arfid). Negli ultimi anni l'insorgere della malattia è sempre più precoce.



Visita La mamma di una paziente con un medico



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Sanità L'assistenza specialistica San Camillo, terapia Car-T Novità per i malati di cancro

Al San Camillo Forlanini apre il Centro per l'infusione delle cellule Car-T. Una terapia innovativa e personalizzata che offre una speranza di guarigione per i pazienti onco-ematologici che non hanno risposto alle terapie tradizionali. Già somministrate a un primo paziente affetto da linfoma mantellare che ora è

stato dimesso e sta bene. Si tratta del terzo centro aperto nel Lazio, dopo quelli di Gemelli e Umberto I.

a pagina **6** **Salvatori**

San Camillo, arriva la terapia Car-T Cure personalizzate ai malati di cancro

L'ospedale è il terzo centro del Lazio che usa questo innovativo metodo per i tumori del sangue

Il San Camillo Forlanini apre a un grande spiraglio di speranza per i pazienti onco-ematologici: nell'ospedale della circonvallazione Gianicolense è stata infatti introdotta la terapia cellulare delle Car-T (Chimeric antigen receptor T cell therapies), una cura genica antitumorale personalizzata e innovativa, in grado di «insegnare» al sistema immunitario a riconoscere e distruggere le cellule malate.

Con quello del San Camillo viene così inaugurato il terzo centro nel Lazio, il primo non universitario (dopo il Gemelli e il Policlinico Umberto I, ma anche dopo il Bambino Gesù riservato però ai soli pazienti pediatrici). «Questa tecnologia consente di ampliare l'accesso a cure altamente specialistiche per pazienti affetti da patologie ematologiche complesse — ha detto il presidente della Regione, Francesco Rocca —. È un importante passo avanti per la sanità del Lazio».

Si tratta infatti del primo tassello di un percorso che inizia proprio da qui, perché al San Camillo, in futuro, nascerà anche il Centro regionale per le terapie cellulari e geniche, che sarà punto di riferimento regionale e per il centro-sud d'Italia nella produzione diretta delle Car-T.

Al San Camillo è già stato trattato con successo un primo paziente: affetto da linfoma mantellare, un tumore raro e aggressivo del sistema linfatico che in genere si manifesta già in forma avanzata al momento della diagnosi, non risponde alle terapie tradizionali. Ricoverato dalla metà di aprile e trattato con le Car-T, è stato dimesso il 6 maggio dopo un necessario periodo di osservazione e le sue condizioni di salute sono attualmente ritenute buone.

Cosa sono e come funzionano le cellule Car-T? Si tratta di linfociti T, uno specifico gruppo di globuli bianchi, che ven-

gono prelevati dal paziente e geneticamente riprogrammati per andare a riconoscere e poi sconfiggere le cellule cancerogene. In altre parole: una componente dell'essere umano che in qualche modo si trasforma in farmaco. Un farmaco talmente potente ed efficace che, anziché controllare il tumore, mira a eliminarlo del tutto. E che viene utilizzato in forme molto aggressive dei tumori del sangue, come nei linfomi non Hodgkin, in quelli follicolari e in quelli mantellari, nella leucemia linfoblastica acuta o nel mieloma multiplo.

Ecco il procedimento: una volta prelevato, il sangue del paziente viene raccolto, centrifugato e diviso nelle sue componenti. A quel punto viene trasferito in un centro specializzato che trasformerà i linfociti T in cellule Car-T che, crioconservate a meno 180 gradi, torneranno nell'ospedale di cura dove verranno reinfuse al paziente stesso,



che nel frattempo avrà seguito una preparazione specifica e che poi resterà in osservazione per altri 10-15 giorni. «Potere offrire questa tecnologia d'avanguardia significa posizionare il San Camillo nel network dei centri di eccellenza ematologica a livello nazionale — ha aggiunto Roberta Battistini, direttore di Ematologia e trapianto —. Per i pa-

zienti affetti da linfomi o leucemie che non hanno risposto alle cure tradizionali, tutto questo si traduce in una reale e rivoluzionaria opportunità di guarigione».

Clarida Salvatori

La novità

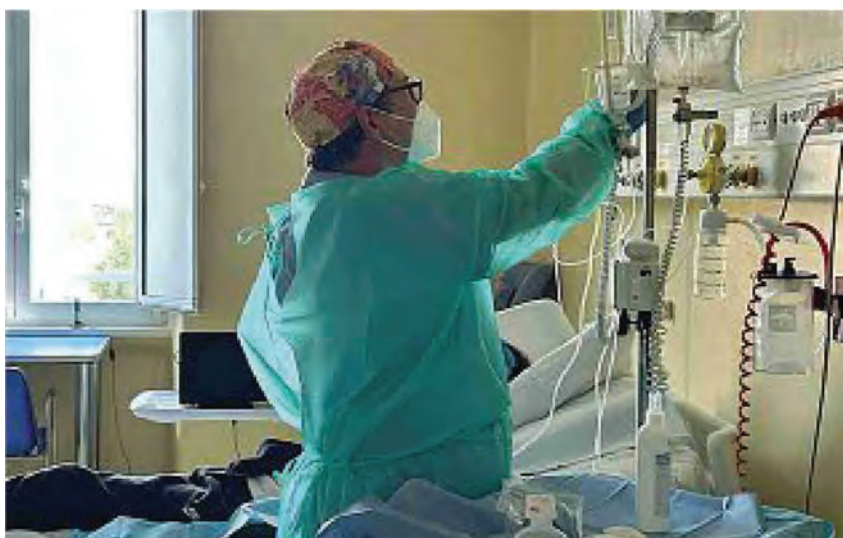


L'infusione

Al San Camillo è stato somministrata la terapia Car-T al primo paziente, affetto da linfoma mantellare

● Aperto al San Camillo il centro per l'infusione delle Car-T, cellule per la terapia genica avanzata che dona speranza ai malati oncoematologici

● Efficaci i risultati per i tumori del sangue come linfomi, leucemia e mieloma multiplo



Il caso delle liste d'attesa per la metà delle visite prescrizioni a 120 giorni

Il Lazio è la Regione dove vengono usate meno ricette per prenotare prestazioni sanitarie, poco più di un terzo di quelle firmate dai medici, e dove ben il 50% delle visite specialistiche sono prescritte con la priorità meno urgente, quella a 120 giorni. Si tratta di due dati che rendono meno brillanti i risultati ottenuti sulle liste di attesa e certificati da Agenas. Indicando che 2 pazienti su 3 rinunciano alle cure pubbliche.

di **MICHELE BOCCI**

➔ a pagina 5



Tagli alle liste d'attesa ma due su tre rinunciano alle cure pubbliche

Il Lazio è la Regione peggiore sul numero di prescrizioni utilizzate
E la metà delle visite specialistiche ha tempi di attesa di 120 giorni

di **MICHELE BOCCI**

Il Lazio è la Regione dove vengono usate meno ricette per prenotare prestazioni sanitarie, poco più di un terzo di quelle firmate dai medici, e dove ben il 50% delle visite specialistiche sono prescritte con la priorità meno urgente, quella a 120 giorni. Si tratta di due dati che rendono meno brillanti i risultati ottenuti sulle liste di attesa e certificati dalla Piattaforma nazionale appena messa online venerdì da Agenas, l'A-

genzia sanitaria nazionale delle Regioni, su richiesta del ministero alla Salute.

Se si prendono tutte le prime visite prenotate nei primi quattro mesi del 2026, indipendentemente dalla priorità, la risposta è arrivata entro i termini nel 90% dei casi (dato un po' peggiore di quello del 2025). Per gli esami la percentuale è dell'88%, pure questa in calo rispetto all'anno scorso. Si tratta comunque di nume-

ri abbastanza positivi, anche nel confronto con le altre realtà locali.

L'analisi della qualità della risposta deve però tenere conto anche di due fattori, uno dei quali ha spinto a un intervento piuttosto duro da par-



te del presidente Francesco Rocca nei confronti dei direttori generali delle Asl. Ben il 51% delle prescrizioni delle prime visite sono state infatti inserite come "classe P", quella che va assicurata appunto entro 120 giorni. Il dato è altissimo, superiore a quello di altre 16 Regioni. La prima conseguenza che provoca è la riduzione della domanda di visite urgenti (da fare entro 72 ore), brevi (10 giorni) e differite (30), cosa che rende più facile per il sistema sanitario rispondere nei termini previsti. Ci sono Regioni, come Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte, dove le "classe P" rappresentano appena l'8% delle prescrizioni. Peggio del Lazio vanno solo quattro realtà del Sud che raggiungono anche l'80%. Rocca nei giorni scorsi ha chiesto ai direttori generali delle Asl di portare addirittura a zero il numero di questo tipo di ricette entro la fine dell'anno, altrimenti, ha detto, non devono presentarsi da lui per chiedere il rinnovo del contratto. Una minaccia certamente forzata e comunque legata a un obiettivo irrealizzabile in così poco tempo, ma che dà comunque la misura di quanto il presidente ritenga grave la situazione. Secondo la Regione, molte di quelle prescritte in "classe P" non sono prime visite ma accertamenti di controllo, che

non passano dal Cup regionale ma vanno prenotati nelle Asl dove il paziente viene seguito.

Poi c'è il secondo punto, il cosiddetto "catchment index", che calcola il numero di ricette staccate dai medici e poi effettivamente usate dai cittadini per prenotare. Si ritiene accettabile una certa "mortalità" delle ricette, perché ad esempio può capitare che un cittadino richieda una visita o un accertamento per un problema che poi si risolve da solo. E infatti Agenas stima che "una quota di mancata presa in carico tra il 25 e il 30% può essere considerata fisiologica. Per la parte restante è opportuno effettuare ulteriori approfondimenti". Approfondimenti che andranno fatti prima di tutto nel Lazio, che per le visite è penultima tra le Regioni con appena il 36% delle richieste utilizzate e per gli esami è ultima con il 37%. Sempre per dare un termine di paragone, ci

sono realtà locali che arrivano al 60-70%.

Cosa succede nel Lazio? Di solito, chi sceglie di non usare la ricetta lo fa perché non trova posto in tempi accettabili, o vicino a casa, nel servizio pubblico e sceglie così di rivolgersi al privato, dove non c'è bisogno della prescrizione per ricevere una prestazione sanitaria. Del resto, è noto il grande peso che ha l'attività specialistica privata nel Lazio. Ma dover dare seguito a poco più di un terzo delle ricette staccate permette anche al servizio sanitario regionale di avere una domanda ridotta rispetto a quella potenziale. E così di raggiungere dati migliori sulle liste di attesa.

**Analisi dei risultati
certificati dall'Agenas
Rocca insoddisfatto dà
l'ultimatum ai manager**

I NUMERI

90%

Le visite rispettate

Il rispetto dei tempi previsti per le prime visite nei primi quattro mesi dell'anno in corso

4

Le regioni del Sud

Le uniche che vanno peggio del Lazio sul numero di prescrizioni da assicurare entro 120 giorni

36%

Le ricette utilizzate

Il numero di prescrizioni utilizzate realmente nel Lazio dai pazienti che hanno bisogno di una visita. Una percentuale che sale ma solo al 37% per quanto riguarda le prescrizioni per effettuare esami



L'INTERVISTA

Bartoletti: "Così si finisce sempre dai privati"

Il rappresentante romano
dei medici di base
"Gli appuntamenti spesso
in luoghi lontani ma noi
possiamo essere d'aiuto"

di **VALENTINA LUPIA**

I dati di Agenas? Vorrei dire che non ce li saremmo aspettati. Ma invece sottolineo che noi alla Regione l'avevamo detto». Lo dice con fermezza Pier Luigi Bartoletti, medico di famiglia e segretario romano della Federazione italiana dei medici di medicina generale. Direttamente da Malaga, dove è in corso un convegno della Fimmg, entra nel merito dei dati e ne dà la sua interpretazione, evidenziando le criticità del sistema.

Il 51,4% delle prescrizioni di prime visite nel Lazio risultano in classe P, ossia programmata o programmabile, da effettuare entro 120 giorni. Perché un numero così alto? In alcune Regioni questa percentuale è inferiore al 10%. «Lo spiego con un esempio. Prescrivo a un paziente una visita

diabetologica, lui va in un ospedale o in un centro convenzionato e a quel punto ciò che succede è assolutamente random: può darsi, ma questa casistica non supera il 10%, che il medico specialista gli faccia una ricetta per la visita di controllo. A quel punto, non si pone alcun problema. Ma nel 90% delle volte accade che lo specialista scrive su un pezzo di carta di tornare dopo alcuni mesi e di rivolgersi al proprio medico di base per la prescrizione della visita di controllo. Che andrebbe fatta con il codice "A" e non con la "P"».

E quindi che succede?

«Che quando poi il paziente torna in quell'ospedale, non è detto che trovi di turno lo specialista che l'ha seguito per la prima volta, ma magari un altro dottore. E questo, vedendo la terapia, e non avendo mai seguito quel paziente, lo rimanda al medico di base per una ricetta da prima visita».

Un altro dato tremendo per il Lazio è quello del rapporto tra le prenotazioni e le prescrizioni del 2025: solo il 37,3% degli esami

diagnostici viene effettivamente preso in carico.

«Certo, i tempi sono lunghi e se non sono lunghi sono in punti della regione lontanissimi dalla propria residenza, così alla fine i pazienti si rivolgono ai privati. Quello che pensa la Fimmg è che serve un sistema che qualifichi il medico di base. Con il policlinico di Tor Vergata, anni fa, abbiamo definito un protocollo di invio dei pazienti con nodulo polmonare. A seconda delle informazioni fornite dal dottore di base, lo specialista decide con che tempi visitare un paziente: con questa prediagnosi, ho beccato dieci casi di cancro al polmone subito. Ecco, questo dovrebbe essere applicato ovunque. Un'alternativa? Degli slot di visita per i pazienti che arrivano dagli studi dei dottori di famiglia o un ambulatorio per la medicina generale dedicato alle patologie più urgenti, come quelle oncologiche».



Pier Luigi Bartoletti, medico di famiglia e segretario romano della Federazione italiana dei medici di medicina generale



Ebola, a Cagliari un altro caso sospetto

Paziente prelevato in casa: è arrivato dal Congo dopo gli scali al Cairo e Roma. I prelievi inviati allo Spallanzani

CAGLIARI Un caso sospetto di Ebola a Cagliari. Un cittadino di origine congolese e di nazionalità italiana rientrato pochi giorni fa dal Congo, è stato ricoverato nel reparto malattie infettive dell'ospedale Santissima Trinità. Intorno alla sua abitazione, nella centrale via Manno, è scattato il cordone sanitario: isolati alcuni edifici, la strada chiusa al traffico e transennata mentre medici e infermieri delle ambulanze specializzate del 118 lo hanno prelevato dalla sua abitazione. Alcuni passanti hanno riferito che l'intervento dei sanitari nel primo pomeriggio, con tute protettive bianche e maschere, si è protratto per più di un'ora. Negozi e bar sono stati chiusi.

Non sono state fornite le

generalità della persona ricoverata, si sa soltanto che era partito da Cagliari il mese scorso per andare a trovare la famiglia in Congo — che è il paese africano dove più è diffusa l'epidemia, con centinaia di morti — ed è ritornato in Sardegna la scorsa settimana con un volo da Kinshasa che ha fatto scalo al Cairo e successivamente a Fiumicino. Forse perché proveniente dall'Egitto, all'arrivo in Italia non ha subito specifici controlli. I primi sintomi li ha percepiti pochi giorni fa (febbre, cefalea, nausea) ma probabilmente ha ritenuto di avere contratto una banale influenza. Nelle ultime ore avrebbe lamentato anche difficoltà respiratorie.

Subito dopo il ricovero sono stati effettuati i prelievi di

sangue e sierologici per eseguire i test molecolari e antigenici; sono state anche assunte le informazioni sui contatti avuti dopo il suo arrivo a Cagliari, per attivare immediatamente le misure di prevenzione e profilassi.

È stato avviato anche un contatto continuativo con l'ospedale Spallanzani di Roma che, secondo le direttive del ministero della Salute, ha preso in carico il sangue prelevato, inviato con procedura d'urgenza in elicottero, e dovrà procedere a un eventuale riscontro sul virus o dare un responso di negatività, come è avvenuto nei giorni scorsi per la dottoressa volontaria di Medici Senza Frontiere, rientrata in Italia da un paese centro africano: aveva gli stessi

sintomi del paziente di Cagliari.

I risultati sono attesi per oggi. In caso di positività il paziente che vive a Cagliari sarà trasferito immediatamente allo Spallanzani di Roma con un volo militare, come previsto dalle procedure d'emergenza. Ma proprio il caso precedente di negatività, quello della dottoressa, induce il ministero a ribadire che «il rischio di contagio resta molto basso». Comunque è stato confermato l'obbligo per chiunque provenga da Congo e Uganda di inviare entro 24 ore dall'arrivo una dettagliata dichiarazione informativa all'Asl di residenza.

Alberto Pinna

La vicenda

- Un cittadino di origini congolese, residente a Cagliari e rientrato nei giorni scorsi da Kinshasa, ha manifestato sintomi compatibili col virus Ebola. I test all'Istituto Spallanzani di Roma sono attesi per oggi

