

24 luglio 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

CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06 688281Servizio Clienti - Tel. 02 63757510
mail: servizioclienti@corriere.it

Le nuove banconote
Leonardo o il merlo?
Sondaggio della Bce
di **Massimiliano Jattori Dall'Asén** a pagina 21



Cairo e il futuro del calcio
«Bene Malagò e Maldini
Ma 8 anni sono troppi»
di **Monica Colombo**
a pagina 43



Valori e tecnologia

IVANTAGGI (APPARENTI) DELLA CINA

di **Danilo Taino**

Mao Zedong, il fondatore della Repubblica Popolare Cinese, criticava chi «guarda i fiori stando a cavallo», superficialmente. Avvertimento utile, perché, quando in Occidente si parla proprio di Cina, di rado si scende da cavallo: tutti i fiori paiono bellissimi. Questo approccio sbrigativo e fuorviante rischia di essere applicato anche allo scontro più importante di questi anni, quello che determinerà una parte enorme del futuro: il modello di intelligenza artificiale che il mondo adotterà.

Vista a volo d'uccello, la situazione è questa: i grandi gruppi hi-tech privati americani sviluppano ecosistemi di intelligenza artificiale (AI) proprietari, chiusi, e li vendono a prezzi elevati alle imprese che li utilizzano; i cinesi producono modelli open-source, cioè scaricabili gratuitamente o a bassi costi, eccellenti in certe applicazioni; il resto del mondo al momento non è in grado di competere in questa gara e difficilmente riuscirà a farlo. La grande domanda, dunque, è: si imporrà a livello globale il sistema americano, basato su enormi investimenti e sul mercato, oppure quello cinese realizzato a costi più bassi, puntando su efficienza e innovazione e orientato dallo Stato?

Nel giorni scorsi, la Cina ha lanciato la World AI Cooperation Organisation (Waico) che il presidente Xi Jinping ha definito una «pietra miliare nella storia mondiale dello sviluppo dell'AI».

continua a pagina 28

GIANNELLI

di **Paolo Focchi**

a pagina 15

Legge elettorale, pronta l'intesa nel centrodestra
La mediazione con FI e Lega sulle preferenze

IL DISEGNO DI LEGGE

Imputabilità sempre possibile dai 14 anni

di **Paolo Focchi**

Il governo approva il ddl «anti maranzano»: cambiano le regole sull'imputabilità dei minori. Meloni: chi sbaglia risponde delle proprie azioni. Le opposizioni: vergogna.

di **Francesco Verderami**

Nuova legge elettorale, il centrodestra avrebbe trovato l'intesa. Il condizionale è d'obbligo. L'emendamento che introduce le preferenze, bocciato alla Camera, sarà ripresentato al Senato. Meloni, inflessibile sul punto, ha ottenuto l'ok degli alleati. E senza voto segreto, a Palazzo Madama non previsto, non ci saranno «ammutinamenti». La mediazione con Lega e FI.

alle pagine 8 e 9
Di **Caro, Loggrosino**

CRONACA E NORME

Il dilemma del consenso

di **Ernesto Galli della Loggia**

«Carli concittadini, come molti di voi anche io sono colpita dagli episodi di violenza che si succedono in misura crescente nelle nostre città. E capisco il senso di allarme e di insicurezza che essi producono. Ma possiamo per questo accettare che ognuno allora si faccia giustizia da solo? Esistono delle leggi che regolano i limiti in cui può essere esercitata la legittima difesa: e sono limiti ragionevoli fondati sulla proporzionalità».

continua a pagina 28

Milano perde il 2,8%. Trump e l'intesa sul nucleare con Riad: se non riconosce Israele salta. Mosca, sanzioni Ue

Raid nel Mar Rosso, giù le Borse

Houthi, colpite navi saudite. Gli Usa: puniremo loro e l'Iran. Vola il petrolio

Mentre la Camera Usa limita i poteri del presidente sulla guerra, e mentre il petrolio va alle stelle e le Borse sprofondano proprio per la crisi in Medio Oriente, Trump minaccia di «scatenare contro l'Iran l'attacco più grande di sempre». E su Riad e il patto sul nucleare, dice: se non riconoscono Israele, salta. I raid degli Houthi complicano lo scenario. Intanto, nuove sanzioni Ue contro Mosca.

da pagina 2 a pagina 7

LE CHAT, LA MOSSA DEL PM

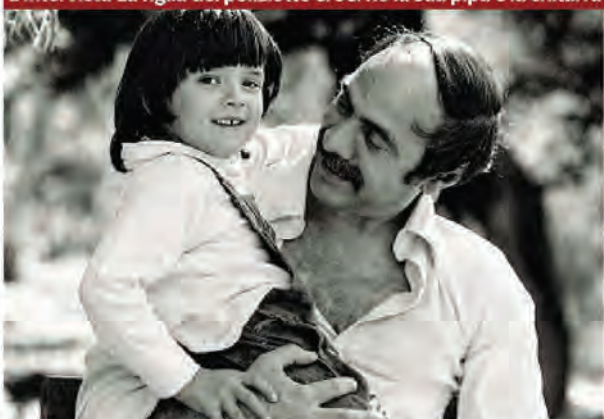
Caso Delmastro, verso il conflitto di attribuzione

di **Giulio De Santis**

Dopo il no della Giunta della Camera all'acquisizione dei messaggi tra Andrea Delmastro (Rdi) e Mauro Carocci (il ristorante condannato in via definitiva per instigazione filiziana di beni), la Procura di Roma valuta il conflitto di attribuzione. Deciderà all'esito del voto alla Camera sull'autorizzazione che ci sarà in Aula il 30 luglio.

alle pagine 10 e 11 **Santaripa**

L'intervista La figlia del poliziotto eroe: ho la sua pipa e la chitarra



«Era Boris Giuliano, mi raccontava le fiabe»

di **Alessio Ribaud**

Il 21 luglio 1979 il boss corleonese Leoluca Bagarella, cognato di Totò Riina, lo uccise con sette colpi alle spalle. E da quasi mezzo secolo l'Italia lo ricorda come il commissario Boris Giuliano, il capo della Mobile di Palermo. La figlia Selma racconta il padre e l'uomo dolce che per tutti loro era Giorgio.

a pagina 25

TROPEA

«Batterio all'asilo»
Muore bambino di diciotto mesi, altri 4 ricoverati

di **Luca Pernice**

Un bambino di 18 mesi è morto mentre altri quattro che frequentano lo stesso asilo di Tropea sono stati ricoverati con sintomi simili, forse riconducibili a un batterio, il «clostridium difficile». Tre sono già stati dimessi, mentre uno è ancora ricoverato a Catanzaro. I pm di Vibo Valentia indagano.

a pagina 22

IL VIDEO DELLA BODYCAM

Fakir, ecco perché i due poliziotti lo hanno bloccato

di **Andreina Baccaro**e **Rinaldo Frignani**

Altri video sulla tragica fine di Fakir. I pm di Bologna lo avevano fatto capire subito. Vengono dalla bodycam del poliziotto, ma anche dai telefonini dei residenti del Pilastro. Gli agenti scherzano con Fakir, che poi si scaglia contro un giovane. Frame di una storia sbagliata.

alle pagine 12 e 13 **Corno**IL CAFFÈ di **Massimo Gramellini**

Si è sempre detto che non serve tassare i miliardari perché, a differenza di noi mortali, possono spostare altrove i loro patrimoni con un clic. Ovviamente l'obiezione verrebbe meno se fossero gli stessi miliardari a offrirsi di pagare di più. Perciò desta scalpore l'appello con cui oltre cento rappresentanti di quella ristrettissima categoria hanno chiesto al governo di aumentare loro le tasse. Si parla di manager, imprenditori, artisti, sportivi. A ispirarli non è solo la commovente e un po' enfatica affermazione che chi ha avuto tanto è chiamato a restituire qualcosa. Nel loro ragionamento affiora anche una componente più egoistica. Un super-ricco non vive dentro una fortezza, e se ci vive, dopo un po' si annoia. Ha bisogno di muoversi in mezzo a una comunità felice o moderatamente ar-

Cento di questi ricchi

rabbiati. Non si sente contento (né al sicuro) quando attracca il suo yacht in un porto dove chi lo guarda non può permettersi di affittare un pedale. E se la forbice tra i pochi e i troppi si allarga, a cosa serve aumentare un po' le tasse ai non moltissimi che stanno nel mezzo, come avviene con la patrimoniale? Bisogna aumentarle tanto a quei pochi. Perché, dicono, basterebbe il 2% delle loro ricchezze (un prelievo di cui neanche si accorgerebbero) per finanziare scuole, strade e ospedali.

Bravi, così si fa. Precisiamo a scanso di equivoci che i miliardari smaniosi di aumentare le tasse, e forse persino di pagarle, sono inglesi. Quelli italiani per ora non si pronunciano. Ci sarà un problema con la traduzione.

di **MASSIMO GRAMELLINI**

La voce di Reale Group

ECOSISTEMA DELLA SALUTE:
la strategia che mette al centro la persona e la prevenzione



Scopri di più all'interno del Corriere della Sera



LA STAMPA

VENERDÌ 24 LUGLIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



L'APPELLO A BURNHAM

I Paperoni d'Inghilterra
"Tassateci di più"

DANILO CECCHARELLI - PAGINA 13



IL SEQUESTRO NEL NOVARESE

Quel boss ai domiciliari
nella villa con piscina

GIUSEPPE LEGATO, LORENZO ROTELLA - PAGINA 17



IL DELITTO DI TORINO

Svolta nel giallo di Daniela
indagato l'ex compagno

CATERINA STAMIN - PAGINA 15



L'INFERNO NEL MAR ROSSO TERREMOTA I MERCATI E ARRIVANO NUOVI DAZI USA

Hormuz infiamma il petrolio

Spari Houthi contro due navi saudite nel Mar Rosso: il greggio sale a 100 dollari, giù le Borse
Slittano le misure sul caro-benzina, tensione in Cdm. Schlein: Meloni ha tradito le promesse

IL GRANDE ALLIBRATORE



GORIA, Malfetano,
Monticelli, Simoni

L'economia globale si scontra con una crisi energetica di vasta scala. L'attacco degli Houthi contro due petroliere spinge il Brent oltre i 100 dollari al barile. - PAGINE 2-4

GLI STATI UNITI

L'ira di Trump
su Teheran
"Ora siamo pronti
all'attacco più duro"

FABIANA MAGRI

Il presidente degli Stati Uniti Donald Trump si dice «vicino a prendere la decisione» di lanciare un «attacco massiccio» contro l'Iran, il «più grande di sempre». Ma potrebbe essere Teheran, che sta cercando di ampliare la guerra, a sferrare l'attacco per prima, con l'intenzione di provocare Israele. - PAGINE 2 E 3

PARLA KIMI ANTONELLI: LA ROSSA OGGI MI SEGUE? È NORMALE



JACOPO D'ORSI - PAGINA 19

BARBERA: BUTTA FUOCO E I TAGLI DI BRUXELLES? L'UE MI DISCONCERTA



FULVIA CAPRARA - PAGINE 26 E 27

IL COMMENTO

Sondaggio choc
in Germania
Gli estremisti
volano al 29%

FRANCESCA FORZA

Se le elezioni federali in Germania si tenessero oggi, il 29 per cento degli intervistati voterebbe per il partito di estrema destra AfD, mentre il 21 per cento sosterrrebbe i cristiano-democratici della Cdu-Csu. Un record? No, una scalata. Una sorpresa? No, un'avanzata. I dati registrati dal sondaggio condotto questa settimana dall'Istituto demoscopico Insa per il quotidiano popolare Bild arrivano infatti ultimi dopo una serie di altri: c'era stato un altro sondaggio a maggio scorso, uno a ottobre 2025, uno nell'aprile precedente, e il titolo del lancio di agenzia era sempre lo stesso: «Nuovo record per l'Afd»; cambiavano solo le percentuali, un punto alla volta, fino al sorpasso della Cdu. - PAGINA 23

NEI VIDEO DEGLI AGENTI LA LITE TRA L'UOMO E UN RESIDENTE

L'ultimo urlo di Fakir "Così mi uccidete"

GIUBILEI, FIORINI, SCHIANCHI

In uno dei filmati che registrano gli ultimi attimi di vita di Abderrahim Fakir si sente una supplica: «Aria, aria, aria. Mi uccidete!». Un nuovo indizio sulla possibilità che il quarantaduenne abbia cercato disperatamente il proprio inalatore per l'asma, mentre i due agenti di polizia lo schiacciavano a terra. Altri video mostrano gli antefatti della tragedia, e in particolare Fakir che litiga con una persona del posto. - PAGINE 6 E 7

Batterli all'asilo nido
morto a diciotto mesi

VALERIA D'AUTILIA - PAGINA 14

IL DDL "ANTI-MARANZA"

Stretta del governo
Minori imputabili
a quattordici anni

ANTONIO BRAVETTI

Imputabili già a 14 anni. Il governo ha varato ieri un disegno di legge che cambia le regole sull'imputabilità dei minorenni. «Chi sbaglia deve rispondere delle proprie azioni. Anche quando è minorenne», dice Giorgia Meloni con un video sui social. Matteo Mauri, responsabile Sicurezza del Pd, accusa il governo di «criminalizzare un'intera generazione». - PAGINA 10

LA RIFORMA PER CONSERVATORI E ISTITUTI ARTISTICI

Accademie, lauree come all'Università

FLAVIA AMABILE

Via libera in forma preliminare da parte del Consiglio dei ministri all'equiparazione alle università del sistema di istruzione che comprende conservatori, accademie di belle arti, accademie di danza. Dal prossimo anno accademico il documento finale del percorso accademico non si chiamerà più diploma ma laurea. - PAGINA 25



IL CALENDARIO PIRELLI

Padma Lakshmi
la bellezza e la lotta

MARIA CORBI

Padma Lakshmi a 56 anni torna protagonista del calendario Pirelli. - PAGINA 18





€ 1,40* ANNO 148 - N° 290
Sped. in A.P. 03/33/2003 come L. 46/7094 art. 1 (3) 03/33 RM

Il Messaggero

NAZIONALE



VALLEVERDE



Venerdì 24 Luglio 2026 • S. Cristina

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

I volti dell'archivio Ansa
All'Auditorium tutte le donne della Repubblica
Ajello a pag. 25



Maldini con Malagò
Progetto Italia per il nuovo ct «Puntiamo in alto»
Abbate nello Sport



I film in concorso
Venezia "italiana" con Moretti
Ma anche gli Oasis
Satta a pag. 26



L'editoriale
EUROPA
TECNOLOGIA
E POLITICA
INDUSTRIALE
Giuseppe Vegas

Il mondo si evolve rapidamente, tanto che oggi è ormai diffusa convinzione che, se lo sviluppo economico del ventesimo secolo è stato alimentato dal petrolio e dall'acciaio, quello del ventunesimo sarà alimentato dall'innovazione e dai minerali che la renderanno possibile. Ci troviamo, dunque, di fronte ad uno scenario, che forse non era stato adeguatamente avvertito anche nel recente passato, ma che oggi, soprattutto in conseguenza della guerra nel Golfo, si è insediato al primo posto nell'agenda delle scelte economiche e geopolitiche.

Non a caso, gli Stati Uniti si sono fatti promotori di un accordo internazionale, la cosiddetta Pax Silica, che si propone di dar corpo agli interessi dei Paesi che tuttora dipendono dalle importazioni, attraverso un vero e proprio partenariato strategico. Unire gli interventi pubblici all'iniziativa privata, per garantire un adeguato livello di resilienza nei confronti dei possibili shock geopolitici, creando riserve di capitale condivise, alleanze produttive e meccanismi di ripartizione dei rischi lungo tutta la catena degli approvvigionamenti strategici. Un accordo che sembra avere generato una sorta di "cortina di silicio", con vaghe somiglianze con quella "cortina di ferro" che nella mente di Winston Churchill avrebbe dovuto separare l'occidente dai regimi comunisti.

Fino ad oggi, l'accordo, che prevede investimenti per mille miliardi di dollari, è stato sottoscritto da quindici Paesi (...)

Continua a pag. 9

DOPO HORMUZ, MAR ROSSO IN FIAMME: GLI HOUTHI ATTACCANO LE PETROLIERE

Minacce all'Iran, vola il petrolio

► La guerra del Golfo si allarga. Trump: pronto al raid su Teheran più massiccio di sempre. Il Brent oltre i 100 dollari al barile. Giù le Borse: Milano perde il 3%. La Bce tiene fermi i tassi

ROMA Minacce all'Iran, Trump: penso a un attacco massiccio. Vola il petrolio, giù le Borse.

Dimito, Paura e Vita alle pag. 2 e 3

SPIAGGE Troppe disgrazie? Bagnanti indisciplinati



La denuncia dei bagnini
«Regole ignorate e insulti»

Da agosto le nuove misure

Giro di vite sulle piscine, chiuse quelle irregolari

Evangelisti a pag. 12

Le analisi del Messaggero

● **IL SEGNALE DEI MERCATI A PARIGI E BERLINO**
Andrea Bassi a pag. 3

● **IL COMMERCIO TROVA ALTRE VIE**
Antonino Pane a pag. 2

● **LE SCELTE DIFFICILI DI ZELENSKY**
Michele Valensise a pag. 20

La trattativa sulla riforma elettorale
Preferenze, si alza la tensione
Patto anti fake Meloni-Schlein

Pigliatulle a pag. 7



Stretta del Cdm, Meloni: chi sbaglia ne risponde
Una legge anti-baby gang
minori sempre imputabili

Sciarrà a pag. 4

Nuovo video, spunta un altro uomo
Gli esami sul corpo di Fakir
«Vie respiratorie ostruite»

Di Corrado a pag. 5

Il punto
CASO ROGGERO
TRA PANCIA E TESTA

Bruno Vespa a pag. 20

Orrore a Tropea, sospetti di contaminazione sui fasciatoi
Batterio killer in un asilo nido
Muore un bimbo, 4 ricoverati

Troili a pag. 11

Romanzo d'estate



La resistenza di Ranucci per tenersi Report
Mario Ajello

La resistenza di Sigfrido. Ranucci è assediato, dentro e fuori dalla Rai, ma proprio non molla.

A pag. 10

CLAUDIO BAGLIONI

Che Notte è Questa!

PIAZZA DI SIENA
24 e 25 10.2026
la partenza

ROMA
Grand Tour
11.10.2026
il ritorno

FORI IMPERIALI
23.10.2027

Il Segno di LUCA

I GEMELLI RIPARTONO

Mercurio, il pianeta che ti governa, ha finalmente interrotto il periodo di retrogradazione ed è ripartito in avanti sullo zodiaco. Questo significa che molte cose si rimettono in moto per te, ponendo fine a una fase di rallentamento che ti ha permesso di correggere il tiro e precisare alcune cose ma ti ha intralciato. Ora la configurazione ha effetti molto positivi sulla tua salute, come se ti rimettessi al volante dopo un check-up. MANTRA DEL GIORNO Le domande orientano lo sguardo.

L'oroscopo a pag. 20

* Tariffa con altri quotidiani (non acquistati separatamente): nella versione di Milano, Lecce, Brescia e Trento, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con l'abbonamento € 1,40; in Abruzzo il Messaggero - Corriere dello Sport-Stampa € 1,40; nel Molise il Messaggero - Primo Piano - Molise € 1,50; nelle versioni di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport-Stampa € 1,50; "Fuori porta al Mare" € 0,80 (Roma); "Il popolo di Urbino" € 0,80 (Roma)



Venerdì 24 luglio
2026

ANNO LIX n° 172
1,50 €
San Charbel
Makhlouf
scrittore

Edizione italiana
dal 01/02/20

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Nel tempo indistinto tra guerra e pace

DIPLOMAZIA ULTIMO ARGINE

LUCA MIELE

Il ritorno alle armi nello scacchiere mediorientale, con i raid statunitensi sull'Iran da una parte e lo stillicidio di attacchi a Gaza dall'altra - oltre alla guerra "infinita" in Ucraina - certifica la profondità di un movimento in atto ormai da tempo: siamo entrati in un'era di indistinguibilità tra guerra e pace, guerra e terrorismo, guerra e politica. La porosità e la reversibilità dei termini - si può chiamare pace un tempo segnato da una corsa ossessiva al riarmo? Si può chiamare pace un tempo inchiodato alla costruzione retorica, altrettanto ossessiva, del nemico? - ha portato allo sfrangiamento, se non al collasso, della diplomazia, come categoria dotata di uno spessore "ontologico" distinto, autonomo, indipendente dalla guerra. Il percorso che ha portato al già naufragato Memorandum d'intesa tra Washington e Teheran, firmato lo scorso 17 giugno, è stato punteggiato da continui strappi (e azioni militari).

Gli Stati Uniti hanno attaccato l'Iran, più di una volta, mentre sedevano al tavolo negoziale. Mentre il raggiungimento del Board of Peace non ha fermato lo stillicidio degli attacchi su Gaza e Israele non ha esitato a uccidere, nel settembre dello scorso anno, i negoziatori di Hamas. Sull'altro fronte, quello che sta insanguinando l'Ucraina da oltre quattro anni, la diplomazia è stata da subito silenziata, ridotta a un balbettare privo di risultati che non ha escluso nessuno degli attori coinvolti. Il faccia a faccia tra Putin e Trump in Alaska, lo scorso anno, non ha influito sul corso della guerra, risolvendosi in una spettacolarizzazione estemporanea a cui è seguito il vuoto.

Ma l'azzeramento della diplomazia non significa altro che l'azzeramento della politica, che senza aver smarrito la sua vocazione e abdicato al suo compito - la risoluzione pacifica dei conflitti - per votarsi a un unico obiettivo: l'esercizio della forza, la costruzione di una nuova sovranità svincolata da qualsiasi bordatura legale. Come ha scritto il giurista Luigi Daniele, «l'idea di fondo di questa nuova concezione della sovranità internazionale, che al primato della legge sostituisce completamente quello della forza senza legge e della guerra come unico principio ordinatore, supera di misura l'idea schmittiana dello stato di eccezione e appare incentrata, piuttosto, sulla capacità di disarticolare completamente dei vincoli giuridici. Sovrano, in questa ottica, non è colui che decide sullo stato di eccezione, ma colui che è capace di distruggere il governo della legge, di elevare la propria forza al di sopra di esso, e di restare immune da ogni conseguenza».

D'altronde la distruzione di ogni vestigia del diritto internazionale non è un evento improvviso. Viene da lontano. La sua architettura è stata progressivamente svuotata e erosa. Come ha notato Alessandro Colombo, dopo la fine della Guerra Fredda che sembrava avesse espulso il conflitto armato dalla scena mondiale, la guerra è stata progressivamente rilegitimata, attraverso travestimenti vari. La «guerra totale al terrorismo», lanciata dagli Stati Uniti all'indomani dell'11 settembre, ha non solo reso la guerra da discreta e localizzata a continua e infinita, ma ha progressivamente smantellato la cornice giuridica che in qualche modo doveva contenerla. Un esempio su tutti: gli omicidi mirati. Attori statali hanno scelto di agire specularmente a quel terrorismo che volevano combattere: imitando, nei fatti, i metodi. La guerra dei droni oggi ne è il prolungamento drammatico, perché "infinitizza" la guerra. Alla fine di questo tragitto, c'è l'equiparazione tra civili e combattenti che ha portato alle mutanze indiscriminate nel Medio Oriente. Quel che rimaneva del diritto internazionale, il suo totale smontaggio, è stato funzionale così alla rottura di ogni argine, portando all'indistinguibilità tra guerra e pace, guerra e terrorismo, guerra e politica.

continua a pagina 16

IL FATTO Ddi del Governo, Meloni: «Colpiamo chi sfrutta o si sente intoccabile». Le opposizioni: deriva autoritaria

Presunti responsabili

Giro di vite sui minori che commettono reati, l'incapacità di intendere andrà dimostrata
Bacchettata della Consulta sul caso Almasri: gli atti vanno subito inviati alla Corte dell'Aja

CONTI PUBBLICI/1

Per le armi impegnati
130 miliardi in 15 anni

Muolo

a pagina 9

CONTI PUBBLICI/2

Allo studio (per ora)
nuovi tagli alla benzina

Fatigante

a pagina 8

MARCO IASEVOLI - VINCENZO R. SPAGNOLO

«Chi sbaglia deve rispondere, anche se minore». Così la premier Giorgia Meloni riassume lo scopo di un disegno di legge varato dal Cdm, che presuppone la capacità di intendere dei minori fra i 14 e 18 anni, se approvato, li renderebbe imputabili. Per le opposizioni è «una norma perversa, interverrebbe la Consulta». E proprio dalla Corte arriva una bacchettata al Governo sul caso Almasri.

Primopiano a pagina 7



ISRAELE Per l'ex premier, Netanyahu è alla fine

Governo con gli arabi la ricetta di Olmert

NELLO SCAVO
Inviato a Tel Aviv

Lo chiama solo Bibi, e non per affetto. Non ha dubbi: Netanyahu «è finito». Ma teme colpi di coda di chi, dentro e fuori Israele, per sopravvivere politicamente punta sulla guerra. Vorrebbe esponenti arabi al governo e uno scambio di territori con la Palestina per chiudere la stagione delle colonie. A Ehud Olmert, ex premier e fondatore del partito Likud, non interessa passare per il «falco diventato colomba». E punta sulla vittoria elettorale del generale Eisenkot.

Foschi a pagina 2

VALORI Passa la legge regionale che apre una breccia sul suicidio assistito

Fine vita, l'Emilia-Romagna ha dettato le "sue" regole

CHIARA PAZZAGLIA

L'Assemblea legislativa dell'Emilia-Romagna ha approvato ieri alle 20 con 31 voti favorevoli e 12 contrari (7 i consiglieri assenti) la legge regionale che definisce le modalità organizzative per dare attuazione alle sentenze della Corte costituzionale n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024 sul suicidio medicalmente assistito. Dopo Toscana e Sardegna, l'Emilia-Romagna diventa così la terza Regione a dotarsi di una normativa specifica, in assenza di una legge nazionale. La legge stabilisce che l'istanza deve essere

presentata alla Direzione sanitaria dell'Azienda Usi o dell'ospedale presso cui il paziente è ricoverato, corredata dal consenso informato e dalla documentazione clinica. Una commissione ad hoc effettua le verifiche del caso e relaziona al Corec, che esprime un parere obbligatorio ma non vincolante. In caso di esito positivo, la relazione conclusiva indica farmaci, dosi, modalità di autosomministrazione e presidi necessari. Le prestazioni sono garantite dal Servizio sanitario regionale.

Ognibene e Piccarello a pagina 6

FRONTIERE
D'AMERICA

In Texas l'Ice ha arrestato anche una suora nigeriana

Molinari a pagina 3

MESSA A BOCCADASSE

Non solo violenza
il G8 di Genova e la pace

Lambruschini a pagina 12

DAL PRIMO AGOSTO

Bocchettoni non a norma
scatta il divieto in piscina

Fassini a pagina 11

Soliloquio

E dunque
Gioele Dix

Lo ammetto: a volte parlo da solo. Credo capiti più o meno a tutti, per me è un'abitudine che viene da lontano. Da bambino ero parecchio introverso - riservato come dicevano le maestre con educato eufemismo - e la conversazione non era proprio il mio forte. Preferivo tacere per mettermi al riparo dal rischio di fare brutta figura. Eccessi di timidezza che si è via via stemperata con l'adolescenza, durante la quale mi sono aperto al mondo con sempre maggiore fiducia e sicurezza. Tuttavia, non ho mai rinunciato del tutto al soliloquio e ai suoi benefici effetti terapeutici. Lo pratico ancora, seppur sporadicamente, specie

quando sono alla guida nel traffico cittadino. Può essere utile per riordinare i pensieri accumulati. Ma anche per trovare le parole adatte a un incontro, a un appuntamento importante. Si fanno le prove ad alta voce, poi si affronta la sfida. E pazienza se in pubblico, per un residuo di impaccio infantile, ci si dimentica delle frasi preparate prima e le si ripete inutilmente in privato dopo. Succede sì, sono i rischi del mestiere di monologhista, soprattutto se recidivo. L'importante è non farne un dramma. E nessuna vergogna, per favore: se qualcuno vi vede gesticolare nell'abitacolo mentre siete al semaforo, fingete di essere in vivavoce.

© FOTOGRAFIA NORD

Agorà

ANTEPRIMA

Isaiah Berlin distilla
i tratti essenziali
del populismo

Pallagà e un inedito a pagina 18

SOCIETÀ

Sharia, fatwa e IA:
la libertà come scelta
nel pensiero islamico

Farooq a pagina 19

IL PREMIO

La fede a fumetti
da Fra Tino ai missionari
(passando per Snoopy)

Gulducci a pagina 21

IL NUOVO LIBRO DI
PAPA LEONE XIV

Disarmata
e disarmante

«La pace
si edifica
con la verità.
Ciascuno faccia
della pace
la causa della
propria vita»
LEONE XIV

LIBRERIA
EDITORIALE
VATICANA

www.libreriaeditorialevaticana.it

Sanità, da settembre al via le nuove tariffe per visite ed esami

Prestazioni Ssn

Per una specialistica
il rimborso sarà di 26 euro
In media aumenti del 5,8%

Dal 21 settembre scattano le nuove tariffe con le quali vengono rimborsate le prestazioni garantite dalle strutture sanitarie per conto del Ssn. L'aggiornamento riguarda in particolare 448 prestazioni di specialistica ambulatoriale (dalle visite agli esami diagnostici) e 222 codici relativi a voci per l'assistenza ai disabili. Il decreto, approvato ieri in Conferenza Stato

Regioni, porta a 26 euro il rimborso per una visita specialistica e prevede aumenti medi del 5,8% rispetto alle tariffe precedenti.

Marzio Bartoloni — a pag. 8

Sanità, da settembre al via le nuove tariffe per visite ed esami

Il decreto. Aggiornati i rimborsi di oltre 600 tra prestazioni specialistiche e cure protesiche. Fondi alle Case di comunità per le apparecchiature

Marzio Bartoloni

Dal prossimo 21 settembre scattano le nuove tariffe con le quali vengono rimborsate le prestazioni garantite dalle strutture sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale: l'aggiornamento riguarda 448 prestazioni di specialistica ambulatoriale (dalle visite agli esami diagnostici) e 222 codici su un totale di 1063 del nomenclatore dell'assistenza protesica su misura in particolare ausili per le persone con disabilità. Il decreto - approvato ieri in Conferenza Stato Regioni - era atteso da tempo e sostituisce quello del 25 novembre 2024 che era stato annullato dalle sentenze del Tar del Lazio dopo

la pioggia di ricorsi delle strutture sanitarie private accreditate. Allora i giudici amministrativi avevano bocciato i calcoli sulle tariffe di rimborso del ministero della Salute perché superati e giudicati insufficienti, in particolare a esempio per i rimborsi delle prime visite specialistiche. Che ora invece avranno riconosciuto una tariffa media fissata a 26 euro e valori più alti per alcune branche, ma gli aumenti medi - che si aggirano circa sul 5,8% in più - toccano tante altre prestazioni specialistiche come ecocolordoppler, diagnostica vascolare, medicina nucleare, endoscopia ed elettromiografia, e per dispositivi come ortesi spinali, protesi di arto e ausili ottici.

La revisione delle tariffe costerà a regime 210,7 milioni in più all'anno - da sommare ai circa 550 milioni che

erano già previsti per finanziare il decreto del 2024 - e potranno contare



sulle risorse stanziare dall'ultima manovra di bilancio che ha messo sul piatto 100 milioni per quest'anno e 183 milioni per il 2027 proprio per poter aggiornare al rialzo il tariffario. L'aggiornamento non soddisfa però tutti gli operatori privati: già nei giorni scorsi la Uap, Unione nazionale ambulatori, poliambulatori, enti e ospedalità privata, aveva parlato di una revisione con tariffe non sostenibili perché con questi importi «si riducono le prestazioni, si allungano le attese e si indebolisce l'intero Servizio sanitario nazionale».

Ieri in Conferenza Stato-Regioni è stato approvato anche il decreto che stanziava i fondi per l'acquisto delle apparecchiature per la presa in carico dei pazienti nelle oltre 1200 nuove Case di comunità. La dote di 235 milioni risale a un precedente stanziamento del 2022 destinato ai medici e pediatri di famiglia per dotarsi di strumenti di prima diagnostica (Ecg, spirometri, ecc.) che ora potranno essere acquistati fino al 50% delle risorse per le nuove strutture della Sanità territoriale finanziate con 2 miliardi dal Pnrr. Le Regioni devono presentare, entro 90

giorni dall'entrata in vigore del decreto, il piano dei fabbisogni per l'utilizzo delle risorse da destinare alle attrezzature e una quota delle risorse dovrà comunque essere garantita per dotare di strumenti diagnostici gli studi dei medici di famiglia e dei pediatri o le sedi di aggregazioni di medicina di gruppo che insistono in zone interne, piccole isole, o periferie urbane: «L'obiettivo è favorire la capillarità dei servizi di prima diagnostica e una maggiore equità di accesso alle cure laddove più lo richiedano la conformazione geografiche e morfologiche del territorio o le caratteristiche demografiche», avverte una nota delle Regioni.

Infine sempre ieri è stato sancito l'accordo sul fabbisogno formativo del personale medico 2026/2027 che consentirà al ministero dell'Università e della Ricerca di programmare gli accessi ai corsi di laurea del prossimo anno sulla base delle indicazioni dei territori. In particolare per il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale si cercano 20.842 medici chirurghi e 25.479 infermieri. Le Regioni

e le Province autonome hanno individuato il numero di professionisti per ciascuna categoria specialistica, attraverso un percorso di programmazione condiviso con ministero

della Salute e le Federazioni nazionali degli Ordini professionali. La programmazione comprende, tra gli altri, anche 1.599 odontoiatri e 1.733 veterinari, 1.500 farmacisti, 2.673 biologi, 469 chimici, 287 fisici.

Intanto il ministro della Salute Orazio Schillaci ha confermato che in vista della legge di bilancio - nei prossimi giorni l'incontro con il collega al l'Economia Giancarlo Giorgetti - «la prima richiesta sarà quella di aumentare il personale e pagare meglio chi lavora nel nostro Servizio sanitario nazionale».

DI RIPRODUZIONE RISERVATA

Al via l'accordo sul fabbisogno di sanitari: si cercano 20.842 medici chirurghi e 25.479 infermieri

Quante ricette diventano visite mediche nel Ssn

Rapporto tra le prenotazioni e le prescrizioni di prime visite
Dati in percentuale, 2025



Fonte: dati tessera sanitaria, Agenas



Liste d'attesa, solo una ricetta su due diventa prestazione

I dati sulle prescrizioni

Pesano i tempi e la scelta
di andare dal privato
Grandi divari tra le Regioni

Solo una ricetta medica su due diventa una visita o un esame. In pratica solo metà delle prescrizioni dei camici bianchi agli italiani si concretizza in una prestazione del Servizio sanitario. E il resto delle ricette? Difficile fare stime esatte, ma è sicuro che una parte di queste restano nei cassetti perché i pazienti hanno rinunciato a causa delle liste d'attesa troppo lunghe, mentre un'altra fetta di ricette è stata impiegata per andare dal privato pagando di tasca propria la prestazione oppure facendosi rimborsare dalle casse sanitarie. Vanno poi contate quelle ricette non proprio necessarie ("non appropriate") tanto da spingere gli italiani a non fare nulla. Resta il fatto che milioni di prescrizioni restano inutilizzate: si tratta di un dato significativo che racconta un problema che cova sotto la cenere.

Per Agenas, l'Agenzia dei servizi

sanitari regionali che ha pubblicato i dati al 2025 che arrivano dalla tessera sanitaria «una quota di mancata presa in carico tra il 25% e il 30% può essere considerata fisiologica» per il resto però è «opportuno effettuare ulteriori approfondimenti». Tra l'altro come sempre ci sono divari molto grandi tra le Regioni: il dato nazionale sulle prime visite tra "presa in carico" e "prescritto" è del 50,3% mentre per gli esami diagnostici la percentuale cresce di poco a 54,4%, ma sulle prime visite si va dal 67,7% o al 59-58% di Emilia, Friuli e Veneto al 33,7% dell'Abruzzo e al 36,2% del Lazio mentre sugli esami si passa dal 73,4% di Bolzano e il 66,6% del Friuli al 37,3% del Lazio e del 39,3% dell'Abruzzo. Numeri questi che vanno presi in considerazione quando si leggono anche i recentissimi dati sulle liste d'attesa della Piattaforma nazionale che hanno mostra-

to come nei primi sei mesi del 2026 le strutture sanitarie hanno erogato nei tempi 1,6 milioni di visite mediche ed esami in più rispetto allo stesso periodo del 2025, ma con ancora 2,8 milioni di prestazioni fuori il tempo. «Se vengono misurate solo le prestazioni effettivamente erogate, mentre una quota rilevante delle prescrizioni si perde perché i cittadini rinunciano o ricorrono al privato, gli indicatori sul rispetto dei tempi rischiano di descrivere solo una parte della realtà», avverte Marcello Crivellini, docente al Politecnico di Milano e Consigliere generale dell'Associazione Luca Coscioni. Insomma i dati sulle liste d'attesa «non descrivono ancora tutta la realtà che invece i cittadini si trovano costretti a vivere per accedere al Ssn nei tempi giusti», sottolinea Tonino Aceti presidente di Salutequità. Che chiede «una profonda riflessione sulle cause e sul come invertire la

tendenza. Molti cittadini si trovano di fronte a proposte di appuntamenti a centinaia di km di distanza dal proprio domicilio e sono costretti a rinunciare andando in privato con costi inferiori. Anche i cosiddetti percorsi di garanzia funzionano poco perché su ambiti di territoriali troppi ampi. È necessario che Stato e regioni fissino il rapporto ottimale tra prescritto ed erogato, che tutte le regioni devono raggiungere e che insieme al rispetto dei tempi massimi di attesa, diventino indicatori di performance nella garanzia dei Lea».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**TONINO
ACETI**
Presidente
Salutequità



Dati Agenas

Migliorano le liste d'attesa:
1,6 milioni di visite nei
tempi ma restano ritardi
per 2,8 milioni di pazienti

Dal confronto con il primo semestre del 2025 emerge un aumento delle prenotazioni effettuate, passate da 13,3 milioni nel primo semestre 2025 a 14,9 milioni nel primo semestre 2026

PAGINA

2

Giampiero Guadagni

DATI AGENAS. Progressi per quasi tutte le regioni. Ma restano ritardi per 2,8 milioni di pazienti

Migliorano le liste d'attesa 1,6 milioni di visite nei tempi



Oltre un milione e seicentomila visite ed esami diagnostici in più garantiti entro i tempi di attesa. È il risultato registrato nel primo semestre del 2026 rispetto all'analogo periodo dello scorso anno dal Servizio Sanitario Nazionale, frutto dell'aumento della produttività e di una migliore organizzazione dell'offerta. Il dato emerge dal primo Bollettino trimestrale sull'andamento delle liste di attesa predisposto da Agenas, dopo la presentazione, lo scorso maggio, della nuova Piattaforma nazionale per il monitoraggio delle Liste di Attesa, che consente di seguire mese per mese e Regione per Regione l'andamento dei tempi di attesa per 14 tipologie di prime visite e 22 accertamenti diagnostici. Dal confronto con il primo semestre del 2025 emerge un aumento delle prenotazioni effettuate, passate da 13,3 milioni nel primo seme-

stre 2025 a 14,9 milioni nel primo semestre 2026. Cresce anche l'offerta di visite ed esami effettuati nei fine settimana: erano 330 mila nel primo semestre dello scorso anno e sono 357 mila nei primi sei mesi del 2026. All'incremento della produttività - che è il risultato di una migliore organizzazione e di risorse dedicate all'incremento dell'offerta per abbattere le liste d'attesa - è corrisposto un ulteriore passo avanti nel rispetto dei tempi di garanzia. Le prime visite effettuate entro i tempi previsti salgono infatti dal 76,4% al 78,5%, mentre gli esami diagnostici passano dall'82,8% all'84,6%. Le prime visite erogate nei tempi di garanzia aumentano così da circa 5,8 milioni a 6,6 milioni, con 757 mila prestazioni in più rispetto al primo semestre 2025. Gli esami diagnostici passano invece da 4,7 milioni a 5,5 milioni, pari a 867 mila accertamenti in più eseguiti entro le soglie previste. Complessivamen-

te sono un milione e 624 mila le prenotazioni effettuate rispettando i tempi massimi di attesa previsti per ciascun codice di priorità. Per effetto dell'aumento complessivo dell'attività, cresce lievemente anche il numero assoluto delle prenotazioni effettuate oltre i tempi massimi di garanzia, che passano da 2 milioni e 782 mila a 2 milioni e 811 mila. Di queste, aumentano da 552 mila a 606 mila le prenotazioni effettuate con ritardi contenuti rispetto alla soglia di garanzia. Le altre prenotazioni effettuate oltre i tempi di garanzia restano sostanzialmente stabili in numero assoluti (da 1,47 mi-



lioni a 1,44 milioni per le prime visite e da 754 mila a 759 mila per gli esami diagnostici) ma con un minor peso percentuale sul totale delle prestazioni (rispettivamente dal 19,3% al 17,2% per le prime visite e dal 13,3% all'11,6% per gli esami diagnostici). L'aspetto più rilevante riguarda il miglioramento registrato nelle prestazioni urgenti, da erogare entro tre giorni, e in quelle classificate come "Breve", che devono essere garantite entro dieci giorni. Le prime visite urgenti effettuate entro i tre giorni passano infatti dal 77,7% all'81%, mentre quelle in classe B aumentano dal 77,3% all'80,2%. Anche per gli accertamenti diagnostici si osserva un miglioramento: quelli urgenti garantiti entro tre giorni salgono dal 73,2% al 76,4%, mentre quelli in classe B passano dal 75,9% al 77,6%. Migliorano anche le prestazioni differibili, che devono essere garantite entro 30 giorni per le prime visite ed entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici. Per le visite la quota di prestazioni erogate nei tempi previsti cresce dal 70% al 73,3%, mentre per gli esami

diagnostici passa dall'82,8% all'85,1%. Tra gli accertamenti diagnostici, il recupero più significativo è quello della colonoscopia, che registra il maggiore incremento tra tutte le prestazioni monitorate, passando dal 60,8% al 69,8%. Anche la gastroscopia sale dal 66,4% al 71,9%, l'ecografia della mammella dal 78% all'81,6%, la risonanza magnetica dell'addome dal 78,6% all'81%, il test cardiovascolare da sforzo dall'80% all'82,2%, l'ecografia addome dall'84,6% all'86,7%. Particolarmente significativo anche il miglioramento della mammografia, che passa dall'86,1% all'89%. L'unica prestazione che registra una lieve flessione è la risonanza magnetica del tronco encefalico, che passa dall'83,9% all'81,9%. Analizzando il dato e il trend delle singole Regioni, tra il 1 semestre 2025 e il 1 semestre 2026 per quanto riguarda le prime visite si evidenzia un buon andamento nella maggior parte delle regioni: 7 Regioni confermano una elevata percentuale di rispetto dei tempi massimi di garanzia già raggiunti nel 2025. Alcune Regioni presentano

peggioramenti rispetto al corrispondente periodo del 2025, come Abruzzo, Sicilia, Sardegna e Provincia Autonoma di Trento. Permangono percentuali di rispetto dei tempi ancora inferiori al 70% in 5 Regioni, pur con segnali di inversione di tendenza, come in Friuli-Venezia Giulia, in Puglia e in Umbria. Anche per gli esami diagnostici, nel confronto tra 1 semestre 2025 e 1 semestre 2026 la maggior parte delle Regioni mostra buoni risultati. In particolare: 10 Regioni confermano una elevata percentuale di rispetto dei tempi massimi di garanzia già raggiunti nel 2025, superiore al 80%.

Giampiero Guadagni



BUSIA: più trasparenza. Intanto ok della Camera alle preintese sull' "autonomia differenziata

Anac: necessaria l'unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione



ia libera della Camera alle risoluzioni di maggioranza sugli schemi di intesa preliminare tra il Governo e le regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di Autonomia nelle materie "protezione civile", "professioni" e "previdenza complementare e integrativa" e per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di Autonomia nelle materie "tutela della salute - coordinamento della finanza pubblica".

In Aula le opposizioni hanno duramente contestato le preintese, in particolare con riferimento al tema della salute. In audizione alla commissione Affari Sociali della Camera, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'attuazione dei livelli essenziali di assistenza, il presidente dell'Anac, l'Autorità nazionale anti-corruzione, Giuseppe Busia ha fornito alcune indicazioni: più trasparenza nelle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie, standard minimi nazionali omogenei, introduzione di piattaforme digitali uniche regionali, interoperabili e costantemente aggiornate. Ma anche più trasparenza nelle nomine dei dirigenti sanitari. Ha aggiunto Busia: "Serve l'unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Cup su base regionale o almeno provinciale, facilmente accessibile con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene alla prima visita e ai follow up successivi".

Criteri trasparenti, infine, per Busia dovrebbero essere impiegati anche nelle

nomine dei dirigenti sanitari: "Il sistema va cambiato, reso più trasparente, prevedendo criteri professionali più stringenti, dove contano capacità e non appartenenza politica".

Per il presidente dell'Anac "la vastità dei flussi finanziari destinati alla sanità (circa il 25% della spesa complessiva dei contratti pubblici), accresce il rischio di cattiva gestione e opacità amministrativa". Tanto che l'8% delle segnalazioni di whistleblowing, vale a dire la segnalazione di illeciti, "riguarda proprio il settore sanitario".

Il presidente dell'Anac ha messo in guardia dai numerosi rischi di irregolarità nel settore sanitario. Nel caso dei rapporti fra Regioni, aziende sanitarie e soggetti privati accreditati, che rappresenta un ambito decisivo per la piena attuazione dei Lea, "la trasparenza dei processi di accreditamento e la correttezza delle convenzioni stipulate assumono un ruolo determinante". In particolare, "l'assenza di adeguati livelli di trasparenza nelle procedure autorizzative o la mancata standardizzazione degli strumenti utilizzati nelle attività negoziali e ispettive possono favorire opacità, asimmetrie informative e, nei casi più gravi, fenomeni devianti".

Il presidente dell'Anac ha inoltre messo in guardia dalla pratica sempre più frequente di acquistare macchinari a prezzo scontato ma con una contropartita nascosta, legata a onerosissimi servizi di manutenzione.

G.G.



ADDIO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: È L'AUTONOMIA

GIANFRANCO VIESTI

Il servizio sanitario nazionale (Ssn) è una delle più importanti conquiste dell'Italia repubblicana. È da tempo sotto attacco. E le intese sull'autonomia regionale differenziata che il governo Meloni sta concludendo con quattro regioni del Nord governate dalla destra configurano una delle offensive più pericolose.

La copertura universalistica pubblica dei bisogni di prevenzione, assistenza e cura è uno dei motivi, insieme ad alcuni dei nostri stili di vita, per cui in Italia l'aspettativa è altissima nel confronto internazionale; e da quando c'è il Ssn, dal 1978, i progressi sono stati nettissimi. Il paragone con gli Usa, dove i redditi medi dei cittadini sono maggiori ma si vive molto meno, non potrebbe essere più chiaro. Da noi, almeno in teoria, si cerca di garantire la sanità a tutti; lì l'accesso alle cure è collegato alle possibilità economiche: la vita è lunga per i benestanti, breve per i poveri. Il sistema italiano, lo sappiamo, non è perfetto. Le differenziazioni territoriali rappresentano un problema serio. Al Sud la sanità funziona peggio e la vita media in alcune regioni è minore (anche se sempre molto alta in comparazione internazio-

nale). La spiegazione di queste differenze non è banale. Non vi è dubbio che contino le capacità delle Amministrazioni Regionali di garantire efficienza e una qualità diffusa: il sistema sanitario al Sud è molto diverso da ospedale a ospedale. Vi sono certamente distorsioni indotte da decisioni in materia sanitaria a fini di consenso politico. Ma questo certamente non accade solo al Sud. E certamente contano anche altri fattori.

La sanità meridionale è da sempre più debole in termini di strutture e strumentazioni. Lo scarto si è ampliato (come mostrano l'Ufficio Parlamentare di Bilancio e la Banca d'Italia) negli ultimi venti anni, come conseguenza dei piani di rientro: ledottazioni di posti letto, ad esempio, sono minori; così come il numero di infermieri. È meno finanziata: i criteri di riparto del fondo sanitario, dall'inizio del secolo, tengono giustamente conto dell'anzianità (che in passato era minore al Sud), ma ignorano la fondamentale circostanza che i poveri (più numerosi al Sud) hanno maggiori bisogni di cura. Chi ha bassi livelli di istruzione ha stili di vita più a rischio, fanno analisi e controlli, è meno in grado di gestire bene la propria salute. Così, molti cittadini trascurano la prevenzione, hanno difficoltà a accedere ai servizi, scontano ritardi; non pochi rinunciano. L'universalismo del nostro sistema è incompleto. La disuguaglianza, si badi bene, non è fra astratte "regioni", ma fra i cittadini che le abitano.

Il sistema sanitario pubblico

avrebbe bisogno di un paziente, grande, rilancio; riducendone le inefficienze e le iniquità. Stabilendo livelli garantiti di servizio per tutti noi (i Lep previsti dalla Costituzione) e finanziandoli adeguatamente secondo i fabbisogni. Gli attuali Lea, si badi bene, sono semplici indicatori di monitoraggio. Accrescendo così la sua natura di grande infrastruttura collettiva nazionale, al servizio di tutti gli italiani, indipendentemente da reddito o residenza; di investimento sul nostro futuro. Ma l'universalismo non va più di moda, tantomeno il contrasto alle disuguaglianze. Il Ssn è da tempo sotto attacco.

In confronto ai principali partner europei, è significativamente

sottofinanziato. Un numero descrive bene la criticità: quasi un quarto della spesa sanitaria totale è ormai sopportata dalle famiglie; una percentuale estremamente alta. Il che accresce la selettività dell'accesso alla cura in base al reddito: i meno abbienti non ce la fanno. E questo accade molto al Sud ma anche al Nord.

Potenti interessi economici, sia nella sanità privata sia nei sistemi assicurativi, lo stanno corrodendo. È propagandata la tesi, sovente interessata, che sia insostenibile; e che quindi è un bene che si diffondano le polizze personali o di categoria. Per chi può. Iniquità territoriali e privatizzazione si tengono: il 70% dei ser-



vizi sanitari lombardi erogati ai non residenti è offerto da strutture private. L'idea corrente è che ciascuno si salva da solo. Che quel che conta è la mia salute, il mio medico, il mio ospedale. Le richieste di Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria si muovono pienamente in questa logica. Basta col sistema nazionale; ogni regione per sé (magari aprendo sempre più al privato come in

Lombardia). Non è cura dell'efficienza a casa propria senza danni per gli altri, perché come hanno dimostrato le fonti più autorevoli nelle lunghe audizioni in Parlamento, le nuove potestà produrrebbero conseguenze anche sulle altre regioni. Le disuguaglianze crescerebbero. Non sono piccole questioni tecniche, anche se da sempre così le

si vuole mascherare. Si tratta di una grande battaglia politica. Una secessione, dei ricchi (intesi sia come persone che come territori), da un futuro comune.



«Autonomia, dopo salute e previdenza avanti con istruzione, ricerca e lavoro»

L'intervista

Alberto Stefani

Presidente Regione Veneto

Sara Monaci

«**P**er ora abbiamo chiesto l'autonomia in quattro settori, ma se ne aggiungeranno altri». Il governatore del Veneto Alberto Stefani prosegue dritto sul tema dell'autonomia regionale, di cui la Camera ha da poco approvato la risoluzione pre-intese per Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto.

Dal primo referendum in Veneto sono passati quasi 10 anni. Non le sembra che il processo stia andando molto a rallentatore?

«Siamo il primo governo di centrodestra, dobbiamo tenere conto di questo. Prima non c'erano le condizioni».

Però ci sono regioni come l'Emilia Romagna che nel tempo si sono mostrate favorevoli, pur essendo di centrosinistra. Non cercate un confronto anche con regioni di altro segno politico?
«Sì lo facciamo, perché molte si stanno rendendo conto che l'autonomia regionale non spacca l'Italia. Anzi ricordo che la nostra Costituzione riconosce le autonomie locali e il decentramento amministrativo. Inoltre la legge del 2001 fu sostenuta dal centrosinistra».

Ma a volte l'autonomia ha trovato freni anche all'interno della vostra coalizione, con Fratelli

d'Italia proiettati più ad una visione nazionale. E anche nella Lega ormai le sensibilità sembrano diverse.

«A livello nazionale la Lega ha saputo portare avanti l'agenda, grazie al lavoro di Matteo Salvini e di Roberto Calderoli, oltre che di Luca Zaia. Tutti hanno guardato in quella direzione, sfido chiunque a dire il contrario».

Entriamo nel merito delle vostre richieste. Cosa chiedete, tanto per cominciare?

«Chiediamo la gestione autonoma nella tutela della salute, nella previdenza, protezione civile e professioni, intese come qualifiche professionali».

E poi?

«Andremo a chiedere anche l'autonomia per istruzione, ricerca scientifica e politiche del lavoro».

Sappiamo che l'autonomia ha un processo lungo che si chiama "Lep": la definizione dei livelli essenziali di prestazione. Occorre molto tempo.

«Abbiamo realizzato il Lea nella sanità con quello che la legge ci permetteva, adesso sono fiducioso che andremo più spediti del previsto. Intanto le nostre richieste in Veneto passeranno da una delibera già entro la fine del 2026, e lo schema definitivo vogliamo realizzarlo entro il 2027».

Ma perché un cittadino dovrebbe sentirsi più garantito dal governo regionale piuttosto che da quello centrale?

«Perché i nostri governatori

vogliono assumersi delle responsabilità in più, senza guadagnarci niente, e perché la vicinanza al territorio e la conoscenza delle sue caratteristiche dà maggiori garanzie».

Non vede il rischio di spaccare il Paese e renderlo meno solidale?

Chi lo dice non ha letto il testo. Proprio i Lep danno la garanzia di un fondo perequativo. La capacità economica delle regioni autonome migliorerà senza togliere nulla al Sud.

Ma qualcuno al Sud interessato non c'è?

Sì ma per ora non lo dirò. Ma abbiamo delle interlocuzioni.

Come si concilia la valorizzazione delle Regioni con un'Europa che punta a federare i Paesi?

L'Europa per noi è quella delle Regioni, è questo il percorso virtuoso, dobbiamo partire dalla conoscenza dei territori e dalla loro diversità.

In Italia a chiedere più autonomia sono anche le città, per esempio Milano. A loro cosa risponde?

«Che sono d'accordo con questi sindaci. Ovviamente all'interno di una cornice d'intesa con le Regioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Per le richieste del Veneto schema definitivo entro il 2027. Interesse per l'autonomia anche al Sud»



Sanità, le regioni approvano il fabbisogno

DI GIOVANNI GALLI

Le regioni stimano un fabbisogno di 25.479 infermieri, un dato molto vicino ai 25.840 indicati dalla Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi). A questi si aggiungono 7.072 profili dell'area infermieristica e ostetrica, 257 infermieri pediatrici e 1.414 ostetriche. Per i medici e chirurghi, invece, il fabbisogno raggiunge quota 20.842. È quanto prevede lo schema di accordo approvato ieri dalla Conferenza Stato-Regioni sul prossimo anno accademico delle professioni sanitarie.

I numeri confermano ancora una volta la forte carenza di personale nel comparto infermieristico. Sommando tutte le figure dell'area, il fabbisogno complessivo raggiunge infatti 34.222 unità.

Resta elevata anche la richiesta di medici, ma su questo punto si registra una marcata differenza rispetto alle stime della Fnomceo. La Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri aveva infatti indicato un fabbisogno di 13.000 posti, oltre 7mila in meno rispetto alla richiesta delle regioni.



L'Italia castigata ancora sulla sanità

La spesa è inferiore alla media Ocse. Un motivo c'è. Report di Mediobanca

L'Italia si conferma al di sotto della media Ocse sia in termini di spesa sanitaria sia a livello pro capite sia in rapporto al pil. Nel 2024, secondo il rapporto annuale di Mediobanca, nel nostro paese la spesa sanitaria pubblica ammontava a 138,3 miliardi di euro, pari al 6,3 per cento del pil, dietro Spagna (6,7 per cento), Regno Unito (9,1 per cento), Francia (9,7 per cento) e Germania (10,6 per cento). "Le risorse del Pnrr – osserva il rapporto – hanno favorito la riorganizzazione dell'offerta, contribuendo allo sviluppo dell'assistenza territoriale e della digitalizzazione, senza incidere in modo significativo sulla dinamica strutturale della spesa". E le cose non sem-

brano destinate a migliorare. Le stime per il periodo 2026-2029 indicano, infatti, una stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica nazionale al 6,4 per cento del pil ed è previsto un aumento dell'incidenza della sanità sulla spesa corrente primaria (15,7 per cento nel 2027 contro il 15,4 per cento del 2025) a conferma del peso crescente sul bilancio pubblico. Lo studio di Mediobanca si riferisce al 2024 poiché è l'ultimo anno in cui sono disponibili i bilanci degli operatori privati del settore, il cui ruolo in Italia è in costante crescita: l'attesa per il 2025, infatti, è di un aumento del loro giro d'affari del 3,7 per cento rispetto all'anno precedente (13,4 miliardi di euro). Inoltre, quasi

l'80 per cento del valore complessivo della spesa pubblica è originato dalle strutture pubbliche e il 20,8 per cento da quelle accreditate con il servizio sanitario nazionale (gli operatori privati per i quali l'accreditamento incide di più sul totale dei ricavi sono l'Ics Maugeri (96 per cento) e il San Raffaele Roma della famiglia Angelucci (87,2 per cento). Nel complesso, secondo Mediobanca, permane un tipo di governance della sanità italiana orientata al contenimento della spesa, fondato su tetti e centralizzazione degli acquisti mentre il procuratore generale della Corte dei conti ha ricordato la necessità di un'allocatione più selettiva delle risorse.



ECOSISTEMA DELLA SALUTE: LA STRATEGIA CHE METTE AL CENTRO LA PERSONA E LA PREVENZIONE

*Un nuovo modello di cura
che passa dalla sinergia
tra pubblico e privato per
offrire servizi accessibili a
tutta la comunità*

Il mondo della sanità, e più in generale il modo di intendere la salute, sta vivendo una trasformazione profonda e strutturale. Il dibattito quotidiano, che contrappone in maniera antitetica il Sistema sanitario nazionale e quello privato, non aiuta a individuare percorsi chiari, che al contrario possono nascere solo dall'integrazione tra i due comparti. Il modello tradizionale di sanità, che da decenni garantisce livelli elevati di tutela e accesso alle cure, si trova oggi ad affrontare nuove sfide. Pur fondato su un approccio spesso reattivo - orientato cioè al trattamento delle patologie già in atto - mostra alcune aree di tensione nel rispondere in modo tempestivo e capillare a bisogni crescenti e sempre più complessi.

Un settore sotto pressione

Una delle questioni più discusse riguarda i lunghi tempi d'attesa per la prenotazione di visite e interventi clinici, in parte spiegabile con il progressivo trend di invecchiamento della popolazione. Nel nostro Paese circa 14,8 milioni di persone hanno più di 65 anni, oltre il 25% del totale. Siamo la nazione più anziana d'Europa. E questo si traduce in un forte aumento di

malati cronici (oltre il 57% degli over 65) e dei bisogni legati al caring. Questo anche perché oggi si vive sempre più soli, dopo il progressivo esaurimento del "welfare familiare", quando l'assistenza domestica si svolgeva tra le mura di casa ed era appannaggio di figli e parenti stretti. Ma l'impennata di richieste di prestazioni sanitarie, che non sempre riescono a essere soddisfatte con la tempestività richiesta, si lega anche a una carenza ormai cronica di personale medico e infermieristico, così come allo sviluppo delle tecnologie di ultima generazione, che permettono di individuare e trattare un numero molto più elevato di disturbi rispetto al passato. Ancora, negli ultimi anni sono venuti a mancare i punti di riferimento e orientamento più importanti per il cittadino. La crisi della medicina di prossimità e la mancata evoluzione della figura del medico di base - accentuate dall'effetto pan-



demico - hanno reso più difficile orientarsi nel percorso di cura. Il risultato è che spesso ci si muove in modo non ottimale, arrivando talvolta ai limiti dell'appropriatezza del percorso terapeutico. Insomma, il settore assistenziale è sotto pressione e ciò finisce per avere effetti negativi sulla qualità stessa dei servizi erogati, a discapito della salute dei pazienti.

Un nuovo modello di sanità

Da questo quadro emerge l'opportunità di evolvere e rafforzare l'attuale modello di cura per valorizzare le possibilità diagnostico-terapeutiche offerte dalle innovazioni tecnologiche e superare la frammentazione e le lacune del sistema vigente. Serve un nuovo paradigma fondato su una presa in carico continua e coordinata della persona, che trova nella prevenzione, nella protezione e nella cura i suoi pilastri portanti. Un approccio basato sulla centralità dell'individuo e su una proficua collaborazione tra pubblico e privato, sinergicamente impegnati per offrire servizi accessibili a tutta la comunità. Perché se è vero che oggi l'aspettativa di vita è maggiore, cresce l'attenzione verso il passaggio dal *lifespan* (l'età anagrafica) all'*healthspan* (gli anni trascorsi in piena efficienza fisica e mentale). Non conta solo quanto si vive, ma come si vive. E non a caso il termine longevità, che fino a qualche anno fa identificava un concetto prevalentemente statistico, è diventato un macro-trend globale collegato al benessere. La prevenzione rappresenta una leva fondamentale: si gioca d'anticipo, agendo sui fattori di rischio e promuovendo stili di vita sani, percorsi di monitoraggio e diagnosi precoci. Ma la longevità non si costruisce solo in ambito clinico: dipende anche da comportamenti quotidiani, contesto sociale e qualità della vita. Così la salute può davvero precedere la malattia.

Prevenzione, protezione, cura

In questa direzione s'inserisce la strategia di Reale Group, che opera in Italia attraverso Società Reale Mutua (dal 2022 società benefit) e le sue controllate, offrendo soluzioni e tutela a oltre 5 milioni di clienti in campo assicurativo, bancario, immobiliare e dei servizi. Reale Group è tra gli attori maggiormente impegnati nello sviluppo di un Ecosistema Salute volto ad accompagnare le persone lungo tutto il percorso assistenziale, dalla prevenzione alla protezione fino alla

cura, integrando assicurazione e prestazioni mediche. L'evoluzione nasce dalle radici mutualistiche di Reale Mutua e si fonda sull'idea che una compagnia assicurativa non debba limitarsi a intervenire nel momento del sinistro, ma possa contribuire attivamente al benessere dei singoli e della collettività attraverso servizi di assistenza sanitaria, accesso alle terapie, telemedicina, sviluppo innovazione e diagnostica all'interno di centri medici e strutture ospedaliere di alta qualità. In questo modello, l'assicurazione evolve da semplice "pagatore" a orchestratore attivo di servizi sanitari, in grado di guidare il paziente tra prevenzione, diagnosi e cura.

L'ultima tappa del progetto

Proprio nei giorni scorsi Reale Group ha finalizzato l'acquisizione dell'80% delle quote di Lifenet Healthcare, un importante gruppo attivo nel settore della sanità che include ospedali privati accreditati, centri chirurgici, poliambulatori diagnostici e cliniche oculistiche e dentali in cinque regioni italiane. In tutto 26 strutture d'eccellenza specialistica tra la Lombardia, il Piemonte, l'Emilia Romagna, la Toscana e il Lazio, per una capacità di accoglienza di 1.100 posti letto e circa 5mila collaboratori impiegati.

Tappa strategica del piano di sviluppo di Reale Group, l'acquisizione di Lifenet Healthcare segna un'ulteriore evoluzione nel modo di intendere la cura da parte del Gruppo secondo una prospettiva che va ben oltre l'orizzonte della polizza e punta a dare un supporto concreto lungo tutta la filiera dell'assistenza sanitaria.

Efficienza e bene collettivo

In un modello che punta a rendere il percorso di cura più integrato e continuo, diventa centrale anche il ruolo della relazione. In questo contesto, l'agente assicurativo evolve in un vero e proprio punto di riferimento, accompagnando e orientando la persona nell'accesso ai servizi. Per Reale Group quest'evoluzione rappresenta



ta un passaggio importante nella capacità di coniugare efficienza gestionale e interesse collettivo, rafforzando il posizionamento di Lifenet Healthcare in coerenza con il motto mutualistico del Gruppo: *taking care of people for a better world, together*. Questo si traduce concretamente in una maggiore continuità del percorso sanitario, una migliore appropriatezza delle diagnosi e una progressiva riduzione dei tempi di accesso alle prestazioni.

Più valore per tutti

Ma Lifenet Healthcare rappresenta soltanto l'ultimo tassello dell'Ecosistema Salute di Reale Group, un percorso avviato già più di 30 anni fa con la creazione di Blue Assistance, società che gestisce tutto l'iter sanitario dei clienti, dalla presa in carico dei bisogni sanitari al rimborso delle spese sostenute, fino al customer care post-prestazione. Ad oggi il network può contare su 8.350 punti di erogazione convenzionati, più di 280mila medici e professionisti sanitari e oltre 3,5 milioni di

assistiti all'anno. Tra gli altri asset dell'Ecosistema Salute figura anche Blue Health Center, la società di Digital Health di Blue Assistance, una piattaforma di telemedicina nata per sviluppare servizi innovativi di prevenzione e cura, soluzioni digitali che consentono l'accesso a consulenze mediche a distanza e ad altri strumenti di assistenza sanitaria personalizzata. L'Ecosistema Salute non è indirizzato esclusivamente ai clienti: anche i dipendenti del Gruppo possono usufruire di tutti i servizi in un'ottica di integrazione tra benessere personale, wellbeing aziendale e sostenibilità sociale. Programmi di prevenzione, supporto psicologico, educazione alimentare, attività sportive e mindfulness sono solo alcune delle iniziative messe in campo. L'obiettivo è sempre lo stesso: costruire un modello che generi valore sia per i lavoratori che per la comunità.



Mascherine anti covid, il giallo dei produttori introvabili o inventati

Anomalie nella tracciabilità delle forniture. Sui pacchi sequestrati c'è il nome di un'azienda cinese inesistente

SIMONE DI MEO

Un nome sulla scatola dei dispositivi di protezione, un altro (diverso) nel decreto di sequestro del pubblico ministero, un terzo (ancor differente) nel sistema informatico della ditta di trasporto e stoccaggio. È da qui che parte il rebus delle mascherine cinesi finite nei depositi della rete Sda durante l'emergenza Covid.

A Settala, l'11 febbraio 2021, la Guardia di Finanza sequestra dieci FFP3 attribuite a Wenzhou Yongzheng Medical Technology e dieci KN95 ricondotte a Wenzhou Xilian Electrical Technology. Ma per quest'ultimo gruppo compare subito una anomalia: nell'archivio elettronico degli spedizionieri, il produttore è registrato come "Xinie". Una sigla che di fatto, come rilevano immediatamente le Fiamme Gialle, non esiste.

Paolo Bruno Campanile, responsabile della logistica Sda per la commessa della Protezione Civile nel Nord Italia, mette a verbale: «Il produttore dei Dpi non corrisponde a quello indicato all'interno del decreto», spiega, «a causa di un errore di registrazione al sistema, ma il numero di colli, il

numero di pezzi per collo ed il numero Air Waybill corrispondono a quello che all'interno dei nostri sistemi risulta essere sotto la voce Xinie».

I numeri tornano, il nome no. Coincidono l'Awb, i colli e le quantità. Resta però senza risposta la domanda più importante: da dove è saltato fuori "Xinie"? Un rifiuto, un'abbreviazione, una traduzione storta, un marchio o un'altra società? Nessuno lo sa. E quando i finanziari chiedono la documentazione amministrativa del consorzio, questa non è disponibile.

«Posso presumibilmente dirvi», sottolinea ancora Campanile, «che l'importatore dei dispositivi di protezione individuale è la società Wenzhou Light Industrial Product Arts & Crafts Import Export Co. Ltd., dato preso dal foglio Excel del magazzino a cui corrispondono i campioni da voi sequestrati». Quel "presumibilmente" pesa. La società che ha inondato l'Italia di milioni di mascherine (farlocche) non viene individuata attraverso una fattura o una dichiarazione doganale, ma tramite un file Excel interno di una società privata.

Un caso isolato, si dirà. Uno sbaglio fatto in buona fede incalzato dallo stress delle consegne di quei mesi complicati. In realtà, un problema del genere era già emerso una settimana prima in un altro deposito, ad Arcese di Cesano Maderno.

«Devo precisare», è sempre Campanile a raccontare a verbale, «che sulle bolle di spedizione che vi ho consegnato risulta solo il nominativo della società fornitrice e il relativo codice Lta, identificativo unico della spedizione, a volte riportato anche come Awb, ma non riporta la società produttrice delle mascherine in parola». Dunque, le fabbriche che hanno materialmente prodotto le mascherine, scegliendo i tessuti e preoccupandosi delle validazioni e dei controlli qualità, sono rimaste avvolte in una cortina fumogena di anonima-



to.

Per risalire alla ditta bisognava incrociare (con un po' di fortuna) codice di spedizione, collo, confezione, marchio e certificato interno. Una caccia al tesoro, più che una lettura lineare di documenti che avrebbero dovuto tracciare, senza dubbi o errate interpretazioni, l'identità di chi ha prodotto cosa, e di chi ha trasportato cosa in Italia. Per alcune commesse, hanno inoltre scoperto i finanziamenti, mancava persino una bolla capace di collegare senza dubbi il fornitore alla spedizione. «Per tre di queste spedizioni», prosegue

Campanile, «non riesco a fornirvi un documento che associ univocamente il fornitore alla spedizione. Per tanto», conclude, «vi fornisco un'extrapolazione in formato Excel che ci ha inviato la Protezione civile». L'identità incerta dei produttori, peraltro, non si nascondeva solo nei magazzini e nelle bolle fantasma. La stessa crepa compariva a monte, negli uffici della Struttura commissariale che, per un contratto da 294 milioni di euro, aveva omesso di indicare nella lettera di incarico l'Usci, ovvero un codice numerico di

18 cifre, in vigore in Cina, che assomiglia molto alla nostra partita Iva. Una informazione irrinunciabile per qualsiasi Pubblica Amministrazione che avesse a cuore la tracciabilità dei pagamenti e delle forniture. Ma in Italia, a quel tempo, regnava l'anarchia ■

Le società che hanno inondato l'Italia di Dpi farlocchi sono state individuate da un file Excel

La struttura commissariale ha omesso di indicare nella lettera d'incarico il codice cinese

Le dieci domande a Conte

1 Perché, da premier che ha governato durante l'emergenza Covid, tolse i poteri di controllo contabile alla Corte dei Conti?

3 Ha mai chiesto conto al professor Guido Alpa delle abnormi provvigioni applicate dal suo studio alle operazioni legate alla pandemia?

5 Perché ha voluto accentrare nelle mani di un solo uomo, il Commissario straordinario Domenico Arcuri, un potere finanziario così grande, escludendo le verifiche preventive dello Stato, come per esempio quelle dell'Anti-corruzione?

7 Ricevette anche lei specifiche informative dei servizi segreti relative a speculazioni sulle forniture legate all'emergenza Covid?

9 Nonostante i disastri contabili certificati e la rimozione da parte di Mario Draghi, Arcuri è stato mantenuto ai vertici di Treccani con compensi superiori a 250.000 euro annui: lo trova etico?

2 Perché il suo ex collega, l'avvocato Luca Di Donna, si presentava come suo braccio destro per ottenere lucrose consulenze?

4 Come si spiega che gli imprenditori che rifiutavano le onerose consulenze dei legali a lei noti subissero ritorsioni commerciali o aumenti delle ispezioni?

6 Qual è il suo giudizio sulla più grande commessa diretta dalla storia repubblicana, 1,25 miliardi per mascherine cinesi pagate a prezzi quadruplicati e poi rivelatesi fallate, firmata sotto la gestione del commissario Arcuri?

8 Se da premier ricevette le informative, perché non ha bloccato i pagamenti miliardari di Arcuri? Se invece non fu informato, come ritiene possibile che la Presidenza del Consiglio non sia stata messa a parte di dossier così importanti?

10 Il suo ministro della Salute, Roberto Speranza, affermava che le chiusure erano imposte dagli esperti, ma i tecnici oggi lo smentiscono. Di chi è dunque la responsabilità di una decisione costata miliardi di euro di ristori e la perdita di migliaia di posti di lavoro?



VALORI Passa la legge regionale che apre una breccia sul suicidio assistito

Fine vita, l'Emilia-Romagna ha dettato le "sue" regole

CHIARA PAZZAGLIA

L'Assemblea legislativa dell'Emilia-Romagna ha approvato ieri alle 20 con 31 voti favorevoli e 12 contrari (7 i consiglieri assenti) la legge regionale che definisce le modalità organizzative per dare attuazione alle sentenze della Corte costituzionale n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024 sul suicidio medicalmente assistito. Dopo Toscana e Sardegna, l'Emilia-Romagna diventa così la terza Regione a dotarsi di una normativa specifica, in assenza di una legge nazionale. La legge stabilisce che l'istanza deve essere presentata alla Direzione sanitaria dell'Azienda Usl o dell'ospedale presso cui il paziente è ricoverato, corredata dal consenso informato e dalla documentazione clinica. Una commissione ad hoc effettua le verifiche del caso e relaziona al Corec, che esprime

un parere obbligatorio ma non vincolante. In caso di esito positivo, la relazione conclusiva indica farmaci, dosi, modalità di autosomministrazione e presidi necessari. Le prestazioni sono garantite dal Servizio sanitario regionale.

Ognibene e Picariello a pagina 6

Dopo Toscana e Sardegna, ora la prima Regione del Nord approva una legge che disciplina la procedura per ottenere la morte con aiuto medico attraverso personale e strutture del Servizio sanitario

Suicidio assistito l'Emilia-Romagna apre la sua breccia

CHIARA PAZZAGLIA

L'Assemblea legislativa dell'Emilia-Romagna ha approvato ieri alle 20 con 31 voti favorevoli e 12 contrari (7 i consiglieri assenti) la

legge regionale che definisce le modalità organizzative per dare attuazione alle sentenze della Corte costituzionale n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024 sul suicidio medicalmente assistito.

Dopo Toscana e Sardegna, l'Emilia-Romagna diventa così la terza Regione a dotarsi di una normativa specifica, in assenza di una legge nazionale. Il percorso era iniziato nella



precedente legislatura con il progetto di legge d'iniziativa popolare, validato dalla Consulta di garanzia statutaria nel 2023 e assegnato alla IV Commissione. Quel testo non era mai arrivato in Aula, in assenza di una sintesi politica. Nel frattempo, le Aziende sanitarie avevano iniziato a ricevere richieste di verifica dei requisiti previsti dalla sentenza 242 e la Regione era intervenuta, nel febbraio 2024, prima con una delibera di Giunta – poi impugnata al Tar – e successivamente con atti amministrativi, istituendo il Comitato regionale per l'etica nella clinica (Corec) e adottando istruzioni tecnico-operative per evitare una gestione disomogenea dei casi. La svolta è arrivata con la XII legislatura. Nel giugno 2026 un gruppo di consiglieri ha presentato un nuovo progetto di legge d'iniziativa consiliare, che recepisce entrambe le sentenze della Corte e definisce in modo dettagliato il percorso di accesso al suicidio medicalmente assistito. Da lì si è arrivati, il 14 luglio, a varare il testo n. 3/2026, poi approvato dall'Assemblea. La legge istituisce una Commissione di valutazione multidisciplinare di Area vasta (CoVam), composta da diverse professionalità cliniche, incaricata di verificare la sussistenza dei requisiti e di definire le modalità di attuazione.

L'istanza deve essere presentata alla Direzione sanitaria dell'Azienda Usl o dell'ospedale presso cui il paziente è ricoverato, corredata dal consenso informato e dalla documentazione clinica. La CoVam deve

accertare la volontà dell'interessato, effettuare una visita, svolgere colloqui con le persone indicate dal paziente, verificare che siano state offerte alternative e informare la persona della possibilità di revocare in ogni momento la richiesta. La relazione della CoVam viene trasmessa al Corec, che esprime un parere obbligatorio ma non vincolante. In caso di esito positivo, la relazione conclusiva indica farmaci, dosi, modalità di autosomministrazione e presidi necessari. Le prestazioni sono garantite dal Servizio sanitario regionale.

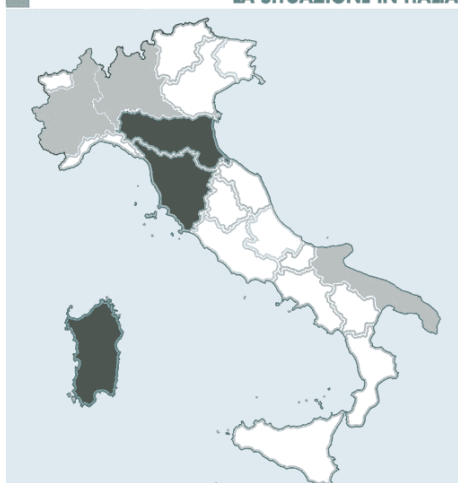
Valentina Castaldini, consigliera di Forza Italia, si è detta contraria parlando di una scelta destinata ad avere un peso che va oltre i nostri confini regionali, perché rappresenta un modello che potrà essere ripreso anche da altre Regioni, in assenza di una legge nazionale. Ho votato convintamente no a questa legge, ma ho ritenuto doveroso intervenire sul testo nella seduta della Commissione competente, ottenendo che il Comitato chiamato a valutare la sussistenza dei quattro re-

quisiti richiesti dalla Corte costituzionale incontri personalmente il paziente, perché nessuna decisione possa essere assunta limitandosi a leggere delle carte; che possa ascoltare le persone indicate dal paziente; e che medici e operatori sanitari siano coinvolti esclusivamente su base volontaria. Resta invece il rammarico per il mancato accoglimento degli emendamenti che ritenevamo più importanti: garantire che ogni paziente sia accompagnato da uno specialista in cure palliative, affinché conosca fino in fondo tutte le alternative e assicurare che la Commissione sia composta sulla base di competenza, merito e professionalità e non attraverso semplici nomine». L'intervento è stato ripreso dal governatore Michele de Pascale, che ha sottolineato come si debba porre l'attenzione non tanto sulle convinzioni etiche e religiose, quanto sugli articoli 2 e 32 della Costituzione. Manuela Rontini, sottosegretaria alla Presidenza, da canto suo ha detto che «chi mi conosce sa qual è la mia posizione personale sul fine vita, che deriva dalla mia esperienza, dall'essere cresciuta in parrocchia e nell'Azione Cattolica, così come è noto l'impegno messo in campo nella passata legislatura, da consigliera regionale: quanto ci siamo battuti perché, su un tema

così delicato, ogni Regione non avesse una legge diversa con procedure differenti. A seguito della sentenza 204/2025, che ha sancito un cambio di prospettiva definendo che, sul piano organizzativo e sanitario, le Regioni possono legiferare per dare attuazione alle procedure di fine vita, sono rimasta molto colpita dalla sensibilità con cui il presidente de Pascale ha approcciato un tema sul quale, di partenza, avevamo sensibilità diverse», ascoltando con rispetto tutte le posizioni, riconoscendo che su temi così complessi non esistono certezze assolute.

Con 31 voti a favore e 12 contrari il Consiglio regionale ha dato il via libera a un provvedimento lungamente discusso. Nascono una Commissione per valutare i casi e un Comitato etico

LA SITUAZIONE IN ITALIA



Tra interventi legislativi e linee guida

La mappa sintetizza la situazione dei provvedimenti regionali in tema di suicidio assistito. In nero sono le tre Regioni che hanno una propria legge (Toscana, Sardegna e, da ieri, Emilia Romagna), in grigio quelle dove la materia è regolamentata da interventi amministrativi. In bianco le Regioni dove non c'è alcuna disciplina locale.



Tra le questioni più discusse c'è il coinvolgimento di strutture e personale del Servizio sanitario nelle procedure di suicidio assistito



LA COSTITUZIONALISTA BENEDETTA VIMERCATI

«Esclusi i requisiti di accesso solo lo Stato può intervenire»

ANGELO PICARIELLO

La legge dell'Emilia-Romagna è solo l'ultima, destinata a non rimanere tale una volta che la Consulta ha dato il via libera alla legge toscana, sia pur con una notevole restrizione del suo ambito operativo. Un fai-da-te delle Regioni che potrebbe essere arginato solo da una norma nazionale che, a questo punto, non è realistico ipotizzare entro fine legislatura. Se ne dice convinta Benedetta Vimercati, docente associata di Diritto costituzionale alla Statale di Milano: «Mi pare che il Parlamento in questo momento sia preso da tutt'altre questioni, oltre al fatto che nella stessa maggioranza convivono sensibilità diverse che non rendono semplice il percorso legislativo».

Della legge toscana la Consulta ha salvato le disposizioni or-

ganizzative, ma ha stoppato alcuni aspetti procedurali giudicati una forzatura.

Uno dei più importanti è la definizione di termini stringenti per la verifica dei requisiti di accesso, che la Corte ha dichiarato incostituzionale non solo perché, trattandosi di una scelta che incide sul bilanciamento tra tutela della vita, autodeterminazione del paziente e autonomia professionale del medico, essa rientra nella competenza dello Stato ma anche perché termini così stringenti potrebbero risultare incompatibili con un eventuale supplemento di istruttoria per verificare la sussistenza dei requisiti indicati dalla stessa Corte.

Se le Regioni legiferano una legge nazionale è ancora necessaria?

Diverse sono le ragioni che suggerirebbero l'opportunità di una legge nazionale. Anzitutto, l'esigenza di sottrarre una materia così delicata a una disciplina

frammentaria per arrivare a un quadro normativo uniforme che, ad esempio, consenta di chiarire se siamo nel mero campo della libertà o di fronte al diritto a una prestazione sanitaria. C'è poi il ruolo degli operatori sanitari, anche nei termini di una possibile obiezione di coscienza. Anche solo a mettere nero su bianco i paletti posti dalla sentenza della Corte – patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, e mantenimento in vita tramite trattamenti di sostegno vitale – difficilmente una legge potrebbe rappresentare una soluzione definitiva, trattandosi di una materia destinata a confrontarsi con l'evoluzione della sensibilità sociale, della pratica clinica e della stessa giurisprudenza costituzionale.

Quali specificità presenta la legge dell'Emilia-Romagna?

Le istruzioni tecnico-operative per il suicidio medicalmente assistito erano state adottate attraverso una determinazione del

direttore generale Cura della Persona, Salute e Welfare. La scelta di utilizzare un atto amministrativo, sottratto al confronto politico e al controllo dell'organismo legislativo regionale, aveva sollevato perplessità. Per di più, alcuni dei contenuti di questo atto presentano profili analoghi a quelli successivamente censurati dalla Corte costituzionale nella legge toscana, rendendo opportuno un adeguamento.

La legge dell'Emilia-Romagna non interviene sui criteri di valutazione del suicidio assistito, sottratti alla competenza regionale. Su quali altri aspetti ha inciso la sentenza della Consulta sulla legge toscana?

Oltre all'elemento delle tempistiche, la previsione che facoltizzava la presentazione dell'istanza non solo al malato ma anche a un suo delegato. Opzione che la Corte costituzionale ha ritenuto incostituzionale.

La frammentazione delle norme locali rilancia il tema di un testo nazionale. Con la Corte costituzionale che vigila. E interviene



Benedetta Vimercati



A PERUGIA E NAPOLI ITER ALLE PRIME BATTUTE, A VENEZIA SI RIAPRE IL DOSSIER BOCCIATO DUE ANNI FA

Umbria, Campania, Veneto: le Regioni si muovono

FRANCESCO OGNIBENE

Il Parlamento esita, le Regioni no. Nell'attività politica per regolamentare il suicidio assistito il piano locale si muove quando quello nazionale pare fermarsi. È lecito dubitare che le Regioni – almeno quelle intenzionate a legalizzare i percorsi per la morte con aiuto medico – si fermerebbero in presenza di un improvviso attivismo romano: oltre all'impegno per dare risposta ai casi estremi (sinora assai limitati) di pazienti che chiedono la morte, c'è infatti un'intenzione politica evidente nel fatto che le tre Regioni con una legge siano tutte guidate dal centro-sinistra, mentre altre con la stessa maggioranza si stanno muovendo verso la meta. Più passa il tempo, però, più questa lettura si fa complessa: tra le Regioni che hanno regolamentato – per via amministrativa – la procedura di suicidio assistito secondo i criteri fissati dalla Corte costituzionale ci sono infatti anche Regioni di centro-destra, specchio degli scricchiolii all'interno di una maggioranza di governo non più così compatta. Uno scollamento che sembra suggerire di evitare la conta nell'aula del Senato,

dove il disegno di legge è ora tornato in commissione dopo una fugace apparizione in plenaria. E dunque le Regioni che pensavano a una legge ora si stanno muovendo, anche perché – come mostra l'Emilia-Romagna – la stessa Consulta ha di fatto mostrato loro la strada da seguire "tagliando" dalla legge della Toscana (la prima, nel febbraio 2025) la parte dei criteri di accesso, di competenza nazionale, e lasciando intatta quella sulla procedura sanitaria, di responsabilità regionale. E a Bologna è proprio su quella che si è deciso di puntare, per non entrare in rotta di collisione con la Corte costituzionale. A prendere l'iniziativa in questi giorni è stata l'Umbria. Il punto di partenza – la proposta di iniziativa popolare dell'Associazione Luca Coscioni, impegnata per legalizzare l'eutanasia – è sempre la stessa, modificata con emendamenti per rendere il testo compatibile con i paletti piantati dai giudici costituzionali nella "sentenza-madre", la 242 del 2019 (quella del caso Cappato-dj Fabo). Sotto il titolo di "Disposizioni per l'assistenza sanitaria regionale alla morte volontaria medicalmente assistita mediante autosomministrazione di farmaco letale" il provvedimento incardinato in Consiglio regionale a Perugia verrà esaminato a settembre, con l'obiettivo di approvarlo entro il mese. Altra Regione governata dal centro-sinistra che si è messa in movimento – a fine

maggio – è la Campania, con il deposito di un disegno di legge regionale col quale, secondo il vicepresidente del Consiglio regionale Luca Trapanese (M5s), si vogliono «definire procedure chiare, responsabilità certe e una presa in carico uniforme da parte delle aziende sanitarie, evitando ritardi e incertezze che rischiano di trasformarsi in ulteriore sofferenza per le persone e le famiglie. Il testo prevede, inoltre, che le prestazioni e i trattamenti connessi alla procedura siano a carico del Servizio sanitario regionale». Un progetto sul quale i vescovi della Campania hanno espresso contrarietà rivolgendo la loro preoccupazione «alla custodia della vita fragile e sofferente, al dibattito sul fine vita, alla necessità di cure palliative, di accompagnamento e di prossimità, perché nessuno sia lasciato solo dinanzi alla malattia, alla sofferenza e alla morte». Ma anche una Regione guidata dal centro-destra come il Veneto – che due anni fa aveva bocciato la prima legge arrivata al voto di un consiglio regionale – ora riapre il dossier: da lunedì 27 riparte la discussione, con l'esplicito appoggio dell'ex governatore Luca Zaia.



Vaccini, Brusaferro difende le scelte dell'Iss

L'ex presidente ascoltato dalla commissione d'inchiesta sulla gestione della pandemia

La validazione dei test Covid non spettava all'Istituto superiore di sanità. A chiarirlo è stato l'ex presidente dell'Iss, Silvio Brusaferro, ascoltato dalla commissione parlamentare d'inchiesta sulla pandemia. L'Istituto, ha spiegato, forniva indicazioni sull'impiego dei diversi strumenti diagnostici e chiavi per interpretarne i risultati, raccolte nei report pubblici, mentre i parametri di affidabilità venivano fissati sulla base delle soglie indicate dalla Commissione europea e dal ministero della Salute. Il punto era stabilire quanto un test fosse capace di riconoscere correttamente i positivi e i negativi. Sotto determinati livelli di sensibilità e specificità, ha ri-

cordato Brusaferro, il risultato non poteva essere considerato attendibile. La definizione dei casi restava comunque fondata sul tampone molecolare, per il quale erano stati stabiliti «livelli e cut off stringenti». Nel corso dell'audizione l'ex presidente dell'Iss è tornato anche sulla vaccinazione anti-Covid dei bambini, uno dei temi più discussi nelle fasi successive dell'emergenza. Alla domanda se, alla luce di quanto emerso dopo, quella scelta si sarebbe potuta evitare, Brusaferro ha risposto che il vaccino garantiva una buona protezione contro le forme gravi e che le decisioni dovevano essere prese sulla base dei dati allora disponibili. Anche po-

chi ricoveri pediatrici, 5 o 10 casi, rappresentavano secondo l'ex presidente dell'Iss un rischio da ridurre. Con l'accumularsi delle evidenze, ha aggiunto, le strategie potevano essere corrette e gli sforzi concentrati sulle persone più esposte.

SUB



Silvio Brusaferro (ANSA)



La malnutrizione costa 10 miliardi di euro al Servizio sanitario nazionale e 170 in Europa

LA FAME ENTRA IN OSPEDALE

Lezo (Sinpe): a rischio il 50 per cento dei ricoverati

Echi dalla conferenza di Parigi sulla malnutrizione correlata a malattie danno le dimensioni di un allarme sanitario e sociale: colpisce il 50% dei pazienti ricoverati (circa il 25% di quelli pediatrici), aumenta di 2,6 volte il rischio di mortalità, triplica le complicanze e allunga del 30% le degenze. Con un impatto economico: che, nella sola Italia, è quantificabile fino a 10 miliardi di euro l'anno per il Servizio Sanitario Nazionale, cifra che sale a ben 170 miliardi per i sistemi sanitari europei. Una delle voci più sottovalutate della spesa sanitaria.

«Malnutrizione non significa solo mangiare poco», spiega **Antonella Lezo**, presidente della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (Sinpe). «Rappresenta una condizione in cui l'organismo non riceve o non riesce a utilizzare correttamente energia, proteine e nutrienti necessari per funzionare in modo adeguato. Può colpire persone di qualunque età e si sviluppa spesso in presenza di tumori, infezioni, interventi chirurgici, insufficienze

d'organo o lunghe ospedalizzazioni, anche in pazienti normopeso o sovrappeso».

Intervenire precocemente conviene, sul piano clinico e

su quello economico. Lo studio internazionale Effort ha dimostrato che una terapia nutrizionale individualizzata, nei pazienti ricoverati a rischio, riduce in modo significativo mortalità e complicanze. Trattando 37 pazienti per 30 giorni si previene un decesso, mentre ogni 25 trattati si evita una complicanza maggiore: dal ricovero in terapia intensiva ai gravi eventi cardiovascolari e

gastrointestinali.

Queste cifre sono state messe in evidenza nel corso di *Optimal Nutritional Care for All*, la principale conferenza europea sulla nutrizione clinica, ospitata nei giorni scorsi a Parigi con la Società Europea di Nutrizione Clinica e Metabolismo (Esen). Per gli specialisti, pochi interventi sanitari offrono un rapporto altrettanto favorevole tra investimento ed esiti. «L'ottimizzazione delle cure delle patologie croniche e complesse non può prescindere da un adeguato supporto nutrizionale», osserva Lezo. «In

assenza di una terapia nutrizionale appropriata, rischiano di essere compromessi la risposta ai trattamenti, il recupero funzionale e gli investimenti destinati a terapie sempre più avanzate e costose. Contrastare la malnutrizione significa non solo ridurre complicanze e ricoveri, ma preservare l'efficacia dell'intero percorso di cura, aumentare gli anni di vita vissuti in salute e contribuire alla sostenibilità del SSN».

Resta però la distanza tra ciò che la ricerca dimostra e il sistema garantisce. In Italia la nutrizione clinica è esclusa dai Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) e il nuovo nomenclatore tariffario non la riconosce come branca autonoma: le prestazioni finiscono attribuite ad altre specialità, con divari regionali che complicano il monitoraggio di attività, appropriatezza e accesso. Un primo passo è arrivato con la recente legge di Bilancio, che ha introdotto lo screening nutrizionale per i pazienti oncologici: una misura ancora da applicare in modo uniforme sul territorio e da estendere a tutti i ricoverati.

E poi lo screening, da solo, non basta.

«Ma identificare il rischio è soltanto il primo passo», conclude la presidente Sinpe. «Servono professionisti dedicati, percorsi strutturati, équipe multidisciplinari, continuità tra ospedale e territorio e accesso tempestivo

alle terapie nutrizionali. Inserire la nutrizione clinica negli standard di cura garantiti dai Lea significherebbe rendere il sistema sanitario più equo, efficace e sostenibile». (riproduzione riservata)

Enrico Sbandi



Antonella Lezo
presidente Sinpe



Tumori neuroendocrini, un Position Paper per il Ssn sull'innovazione terapeutica

Presentato a Roma il documento redatto da istituzioni, clinici e associazioni dei pazienti, con il supporto non condizionante di Ipsen, per rafforzare diagnosi, reti specialistiche e presa in carico multidisciplinare. Nei tumori neuroendocrini la disponibilità di nuove opzioni terapeutiche rende ancora più urgente un'evoluzione dei percorsi assistenziali.

Diagnosi spesso tardive, sintomi non specifici, frammentazione degli accertamenti e disomogeneità territoriali possono infatti rallentare l'identificazione dei pazienti e il loro accesso ai centri specialistici. È questo il tema al centro dell'evento «Tumori neuroendocrini, oltre la rarità: dai reali bisogni alle possibili soluzioni», promosso dal senatore **Guido Quintino Liris**, membro della Commissione Bilancio, con la partecipazione di rappresentanti istituzionali, esperti clinici e associazioni dei pazienti.

«I tumori neuroendocrini sono patologie rare e ancora poco conosciute, per le quali è fondamentale promuovere una maggiore informazione e sensibilizzazione, così da favorire diagnosi più tempestive. Allo stesso tempo, occorre rafforzare percorsi di cura efficienti, multidisciplinari e omogenei sul territorio, per garantire a tutti i pazienti una presa in carico appropriata e un accesso equo alle opportunità offerte dall'innovazione terapeutica. Questa è la direzione

in cui il Servizio sanitario nazionale deve continuare a investire, per assicurare risposte sempre più appropriate e vicine ai bisogni dei pazienti», dichiara il ministro della Salute, Orazio Schillaci, intervenendo all'evento.

«Nel percorso di cura dei pazienti con tumori neuroendocrini, la tempestività della diagnosi e la qualità dell'organizzazione assistenziale sono fattori decisivi. Le innovazioni terapeutiche oggi disponibili offrono prospettive sempre più importanti, ma il loro pieno po-

tenziale può essere espresso solo all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici strutturati, di una presa in carico multidisciplinare e di una rete assistenziale capace di accompagnare il paziente in ogni fase della malattia. Rafforzare questi strumenti significa garantire un accesso più equo alle cure e trasformare l'innovazione in un beneficio concreto per tutti i pazienti», spiega il senatore Liris.

I tumori neuroendocrini (Net) sono neoplasie rare e complesse, che rappresentano meno dello

0,5% dei tumori maligni, ma che hanno un impatto assistenziale significativo per la lunga sopravvivenza dei pazienti e per la necessità di monitoraggio e cure specialistiche nel tempo. La variabilità biologica della malattia, l'eterogeneità delle manifestazioni cliniche e la frequente aspecificità dei sintomi rendono particolarmente complesso il percorso che conduce alla diagnosi. (riproduzione riservata)



*Il senatore
Guido Quintino Liris*



Il dolore di 5 mln di donne a cui l'Italia non crede

Al via la campagna «Non è mica un segreto, è vulvodinia» promossa dall'Associazione Italiana Vulvodinia con il supporto non condizionante di Zambon. L'attrice **Carolina de' Castiglioni** – nota sui social per il personaggio della «sciura» milanese – interpreta una donna con vulvodinia, un dolore persistente da almeno 3 mesi, caratterizzato da bruciore, dolore, prurito o ipersensibilità nella zona della vulva. Bruciore, prurito, dolore persistente nella zona della vulva: succede a 5 milioni di donne in Italia, ma in 8 casi su 10 la risposta che ricevono è «Non è nulla di che», «È solo stress», «Smetti di lamentarti». Una verità scomoda, sepolta da anni di minimizzazione da parte di partner (21%), medici (16%), colleghi (13%), parenti (9%) e amici (8%), che la campagna «Non è mica un segreto, è vulvodinia» vuole raccontare per favorire il riconoscimento sociale della patologia. Promossa dall'Associazione Italiana Vulvodinia con il supporto non condizionante di Zambon, la campagna dà vita anche alla prima serie social sulla vulvodinia: cinque episodi per smontare gli alibi di chi non vuole credere, capire o addirittura riduce il dolore a un disturbo psicosomatico (25%).

My vajayjay is on fire! Dall'irriverenza dell'attrice Carolina

de' Castiglioni – nota sui social per le parodie della «società bene» – prende vita la serie social in 5 episodi che per la prima volta mette in scena la vulvodinia tra imbarazzo, minimizzazione e impatto quotidiano. Così, la protagonista sperimenta il non essere creduta dalle amiche, che le consigliano una camomilla per tranquillizzarsi, dal partner che la invita a non pensarci, dalla mamma che le suggerisce come soluzione un nipotino. Episodio dopo episodio, la protagonista accumula incomprensioni e frustrazioni, ma trova anche la forza di reagire e capisce che ad esagerare non è lei, ma tutti coloro che minimizzano e non capiscono l'impatto reale della vulvodinia. La serie è disponibile sul sito di AIV, sui canali social dell'Associazione e di Carolina de' Castiglioni. (riproduzione riservata)



La memoria è un grande cantiere I ricordi si «fabbricano»

Neuroscienze Steve Ramirez
spiega come sia possibile
riscrivere il nostro passato

Matteo Sacchi

La memoria umana, uno dei fondamenti della nostra personalità, a noi sembra qualcosa di stabile: i ricordi sono i nostri “documenti d’archivio”. Ma i ricordi, percorsi elettrochimici tra i neuroni del nostro cervello, non sono faldoni su scaffali immobili, ma piuttosto percorsi in una foresta. Sono vivi, cambiano, si trasformano, vengono continuamente riscritti. Ad esempio molti dei nostri ricordi precedenti i sei anni di vita non sono veri ricordi ma “riscritture a posteriori”. È da questa premessa che parte Steve Ramirez, neuroscienziato di fama, nel suo nuovo saggio *Riscrivere il passato* (Raffaello Cortina Editore). Il lavoro di Ramirez fonde bene divulgazione scientifica, etica e introspezione, per spiegare al lettore i meccanismi che regolano la

plasticità della memoria. Una plasticità ampiamente influenzabile: fatto che apre incredibili prospettive scientifiche e mediche, al netto di grandi rischi e di un senso di destabilizzazione dell’Io. Ramirez dimostra con grande messe di dati ed esperimenti che, ogni volta che ricordiamo, modifichiamo il ricordo stesso.

La memoria non è un vecchio vhs che riavvolge, ma un processo «ricostruttivo» che ogni volta “sfasa” un po’ il passato. E se questa peculiarità del cervello venisse utilizzata in modo intenzionale per migliorare l’esistenza?

Ramirez spiega come i ricordi possano essere riattivati, attenuati, cancellati o addirittura impiantati in laboratorio. Con scenari terapeutici enormi, una sorta di “chirurgia della memoria”. Si va dalla cura del disturbo post traumatico da stress all’ansia, dal versante psicologico delle dipendenze alle degenerazioni cognitive. Ramirez intesse i risultati di laboratorio e clinica con il proprio percorso umano, interrogandosi su come la manipolazione della me-

moria influenzi l’immaginazione, l’identità e la percezione di sé. Ed è così che si arriva al grande quesito meta-cognitivo: se potessimo eliminare un ricordo traumatico, saremmo ancora noi stessi? L’autore affronta anche il lato oscuro (un lato enorme) della questione: il rischio di un uso improprio ed invasivo di queste tecniche. Chi decide quali ricordi modificare? Con quali limiti? E con quali garanzie? Ramirez invita a una riflessione collettiva, sottolineando come la scienza debba procedere insieme all’etica, affinché la manipolazione della memoria diventi uno strumento di cura e non di controllo. Il rischio se no sono mostruosità fantascientifiche in stile *Total Recall*.



Attenti maschi: le notti bollenti ammazzano la libido e la fertilità

I ginecologi lanciano l'allarme: il caldo torrido ha ripercussioni negative sulla salute riproduttiva dell'uomo. Non solo c'è un calo del desiderio sessuale, anche gli spermatozoi ne risentono e calano i concepimenti

DANIELA MASTROMATTEI

«Anto', fa caldo». Sussurrava una giovanissima Luisa Ranieri, bellissima e provocante, all'uomo disteso accanto a lei, pronto a tentare un approccio amoroso. Quella battuta di un famoso spot di fine anni Novanta è diventata proverbiale. Oggi, con le estati che sembrano uscite da un forno ventilato e le notti bollenti che trasformano le camere da letto in serre tropicali, quella frase suona quasi come una diagnosi clinica. Perché il caldo è un sabotatore silenzioso del desiderio.

A lanciare l'allarme è Claudio Giorlandino, ginecologo, direttore scientifico dell'Istituto di ricerca Altamedica e presidente della Società italiana di diagnosi prenatale e medicina materno-fetale (Sidip), secondo cui le notti afose rappresentano un nemico tanto del sonno quanto della salute riproduttiva maschile. Il motivo è sorprendentemente semplice. «Il testicolo è stato progettato dalla natura per funzionare a una temperatura inferiore rispetto a quella del resto del corpo», spiega. Non è un dettaglio anatomico curioso: è una necessità biologica. Quando il caldo non dà tregua nemmeno dopo il tramonto, questo sofisticato sistema di raffreddamento naturale entra in crisi. «Molti uomini riferiscono un calo del desiderio sessuale e della performance», spiega Giorlandino. Non perché il testosterone precipiti improvvisamente, ma perché il corpo è sotto pressione: si dorme male, aumenta lo stress, cresce la disidratazione e l'organismo fatica a recuperare energie.

LA SORPRESA

In altre parole, dopo una notte passata a rigirarsi tra lenzuola incandescenti e cuscini infuocati, l'ultima impresa atletica che il cervello ha voglia di programmare non è esattamente quella amorosa. La vera sorpresa, però, arriva in autunno. Sembra un paradosso, invece è pura biologia. La produzione di uno spermatozoo richiede circa tre mesi. Ed è proprio durante questa delicata fase che il calore può provocare stress ossidativo, alterazioni del Dna spermatico e una riduzione della qualità del

liquido seminale. Gli studi internazionali parlano di una diminuzione della concentrazione e della motilità degli spermatozoi compresa tra il 20 e il 30%, accompagnata da un aumento della frammentazione del Dna, parametro associato a una minore probabilità di concepimento e a un maggior rischio di aborto precoce. A confermare questa teoria una curiosa osservazione demografica arriva dagli Stati Uniti. Alcuni studi americani, infatti, hanno rilevato che alle estati particolarmente torride, con temperature medie superiori ai 27 gradi, seguono spesso cali delle nascite otto-dieci mesi dopo. Non è una condanna definitiva. Fortunatamente il fenomeno è reversibile riportando i gioielli di famiglia a condizioni termiche normali, nell'arco di un nuovo ciclo di spermatogenesi - bastano circa 90 giorni - per recuperare la fertilità. A questo punto sembrerebbe tutto deciso: caldo uguale meno sesso. E invece no. Perché il desiderio umano è molto meno prevedibile di un termometro. Se da una parte il corpo soffre le temperature estreme, dall'altra il cervello sembra vivere una stagione completamente diversa. L'estate significa più luce, giornate più lunghe, vacanze, più centimetri di pelle scoperta, aperitivi all'aperto, maggiore socializzazione, incontri casuali, colpi di fulmine... Si esce di più, si guarda di più, ci si incontra di più. Il cervello registra ogni stimolo. Non è soltanto una sensazione romantica.

LA PASSIONE CONGELATA

E se ogni dieta smantella quella precedente, a smentire l'idea che il caldo congeli definitivamente la passione arrivano anche i numeri. Secondo il rapporto Censis dei primi di luglio, sensualità e piacere



non vanno in vacanza: quasi due italiani su tre tra i 18 e i 60 anni fanno l'amore almeno una volta alla settimana. Il 5,3% dichiara rapporti sessuali quotidiani, quasi il 30% due o tre volte alla settimana e oltre un quarto almeno una volta ogni sette giorni. Tra gli under 35 la quota sale addirittura al 72%.

Il caldo non è necessariamente afrodisiaco. Ma neppure abbastanza potente da mettere gli italiani in astinenza. Alla fine, forse, la salute sessuale estiva si riassume in poche regole di buon senso. Bere molto. Dormire al meglio. Preferire camere fresche e ventilate. Sono gli stessi consigli che

il ministero della Salute ripete ogni estate per affrontare le ondate di calore. E, a ben vedere, valgono anche per la vita di coppia. Perché il desiderio, proprio come qualsiasi altra funzione del nostro organismo, ama stare bene.

E se una sera, mentre il condizionatore combatte la sua battaglia impossibile contro quaranta gradi percepiti, qualcuno dovesse borbottare «Bella mia, fa caldo...», forse non sarà più soltanto una citazione nostalgica. Sarà la più scientifica delle giustificazioni. Meglio del mal di testa. —





Servizio Progetto LiverMapAI

Malattie del fegato: la classificazione cambia con l'intelligenza artificiale

Investire in una diagnosi più accurata significa curare in modo mirato, evitare terapie inutili e, in prospettiva, riconoscere i farmaci utili o dannosi

*di Alessio Gerussi**

23 luglio 2026

Si crede spesso che le malattie siano definibili in modo chiaro e netto, ma di frequente la realtà è molto diversa. I medici e i ricercatori si affannano a “tagliare con l'accetta” (o meglio, “con il bisturi”...) i limiti e i confini delle malattie, ma nella realtà clinica quello che succede è che un paziente può mostrare delle caratteristiche sia di una malattia che di un'altra. In questi casi in medicina si utilizza spesso il termine inglese “overlap”, sovrapposizione, ad indicare appunto la presenza concomitante di aspetti attribuiti a condizioni distinte nelle classificazioni a priori, o “variante”, ad indicare che il paziente presenta degli aspetti clinici atipici o misti rispetto alle classificazioni disponibili. Di sindromi da overlap/variante ne esistono in molte specialità mediche, incluse le malattie del fegato.

Come è nata la ricerca

Negli ultimi due anni ho coordinato un consenso internazionale tra i massimi esperti al mondo per ridefinire una di queste condizioni complesse: quella in cui convivono nello stesso paziente due malattie rare e autoimmuni del fegato, la colangite biliare primitiva e l'epatite autoimmune. I risultati, pubblicati a luglio 2026 sulla rivista *Hepatology*, sono stati un passo avanti importante. Ma resta un limite di fondo: si basano sul giudizio di centinaia di specialisti, non su nuovi dati scientifici.

È proprio questo limite ad aver dato origine a LiverMapAI, il progetto di ricerca che ho iniziato come Principal Investigator il 1° luglio 2026 all'Università di Milano-Bicocca. Tale progetto è stato selezionato e finanziato nel contesto del bando competitivo Starting Grant - Fondo Italiano Scienza (FIS2) del Ministero dell'Università e della Ricerca, che finanzia ricercatori emergenti con un budget da 1,2 a 1,5 milioni di euro. L'idea è semplice da enunciare e ambiziosa da realizzare: usare l'intelligenza artificiale per ripensare da capo la classificazione delle malattie epatiche autoimmuni e del danno epatico da farmaci e prodotti erboristici (DHILI, Drug- and Herbal-Induced Liver Injury), partendo non più solo dal parere degli esperti ma dai dati stessi.

Perché includere anche la DHILI nello studio? Perché è un problema di salute pubblica, che rappresenta una delle cause più comuni di interruzione dello sviluppo di nuovi farmaci. Inoltre la DHILI può manifestarsi con quadri clinici molto simili a quelli autoimmuni. Ad oggi mancano strumenti capaci di prevedere in anticipo quali pazienti sono a rischio di DHILI e come distinguere le forme di DHILI simil-immuni dalle reali malattie autoimmuni del fegato. La conseguenza diretta di una errata diagnosi è che alcuni pazienti ricevono farmaci immunosoppressori di cui non

hanno bisogno, mentre altri che ne avrebbero bisogno li ricevono troppo tardi, con un danno epatico che nel frattempo è diventato irreversibile.

Gli obiettivi del progetto Liver MapAI

Il progetto LiverMapAI lavora su due fronti. Il primo è raccogliere, con le tecniche più moderne, informazioni dettagliate su pazienti con quadri clinici tipici e su quelli con quadri più sfumati o atipici. Il secondo è affidare all'intelligenza artificiale, in modo trasparente e verificabile, il compito di leggere insieme le immagini della biopsia epatica, la cartella clinica del paziente, i suoi geni e le analisi molecolari più avanzate sul tessuto, per far emergere pattern che oggi restano invisibili. Le immagini della biopsia, in particolare, sono oggi osservate al microscopio in modo perlopiù qualitativo: custodiscono probabilmente molta più informazione di quanta un occhio umano riesca a cogliere. È lì che un algoritmo può fare la differenza.

Investire in una diagnosi più accurata significa poter curare in modo più mirato, evitare terapie inutili, e in prospettiva riconoscere in anticipo quali pazienti un farmaco rischia di danneggiare.

**Medico e ricercatore presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca*

Servizio L'allarme

Se Oprah, Serena Williams e Musk consigliano il farmaco dimagrante: chi controlla cosa dicono?

La denuncia arriva dalle pagine del New England Journal of Medicine, dove un gruppo di ricercatori mette nero su bianco un fenomeno che si è preso la scena negli ultimi anni

di Maria Rita Montebelli

23 luglio 2026

C'era una volta il divieto di pubblicità dei farmaci diretta al pubblico. Per la verità, in tutto il mondo, tranne negli Stati Uniti e in Nuova Zelanda. Ma questo aveva un senso in epoca pre-social, perché ormai la pubblicità è migrata dalle pagine stampate dei giornali e dagli adv televisive alla palude delle nebbie di Internet e dei social in particolare. E qui, celebrità del calibro di Serena Williams, Oprah Winfrey o addirittura Elon Musk, ti strizzano l'occhio, come se parlassero con un amico o un vicino di casa e ti raccontano i prodigi degli attuali best-selling tra i farmaci con ricetta (che si suppone dunque prescrivibili solo dal medico): quelli basati sul GLP1. Certo, nonostante tutti i suoi milioni di dollari, Elon Musk non può fare una ricetta, ma facilmente il suo "consiglio", portato all'attenzione del medico di fiducia, diventerà ricetta. Siamo insomma davanti ad una nuova potentissima forma di marketing che elude qualunque confine, sia geografico, che delle normative vigenti in materia di pubblicità diretta ai farmaci.

È questa la denuncia-warning che arriva dalle pagine del New England Journal of Medicine, dove un gruppo di ricercatori guidati da Nils Krüger, insieme al noto esperto di politiche farmaceutiche Aaron Kesselheim, mette nero su bianco un fenomeno che si è preso la scena negli ultimi anni: la pubblicità dei farmaci fatta, più o meno consapevolmente, dai VIP.

Quei consigli che fanno impennare le vendite dei farmaci per dimagrire

Il caso più eclatante riguarda Oprah Winfrey che, nel marzo 2024, dedicò un programma televisivo nazionale ai farmaci per la perdita di peso, parlando apertamente dei benefici di semaglutide e tirzepatide, con la partecipazione di consulenti proposti da Novo Nordisk ed Eli Lilly. Diverso, ma altrettanto emblematico, il caso di Serena Williams, vincitrice di 23 Grandi Slam, che nell'agosto 2025 ha raccontato in una campagna social per l'azienda di telemedicina Ro la propria esperienza con questi farmaci dopo il parto, (dicendo che il suo corpo ne "aveva bisogno", senza mai nominare esplicitamente il principio attivo); ma a far gridare allo scandalo è stato lo spot di 30 secondi trasmesso davanti alla più grande platea televisiva dell'anno, durante l'half time del Super Bowl lo scorso febbraio, durante il quale la campionessa di tennis si iniettava un farmaco basato sul GLP-1 ricordando quanto le aveva fatto bene ("ho perso 15 Kg, ridotto del 30% il colesterolo e abbattuto il mio rischio di malattie cardio-vascolari del 70%") e non mancando di ricordare che "adesso è disponibile anche la versione in pillola di questo farmaco" (semaglutide orale a dosaggio per l'obesità è disponibile negli Usa da fine 2025, al prezzo di lancio di 149 dollari al mese).

Anche Elon Musk ha più volte parlato pubblicamente e con toni entusiastici del proprio uso di questi farmaci per perdere peso, mentre Tom Brady (un ex giocatore di football americano statunitense) è addirittura investitore e chief wellness officer di un'azienda di telemedicina che li commercializza. E così, giorno per giorno, il confine tra opinione personale, sponsorizzazione e vera e propria pubblicità si fa sempre più sottile.

Gli avvertimenti della Food and Drug Administration alle aziende produttrici

Di fronte al moltiplicarsi dei consigli VIP, lo scorso settembre la Food and Drug Administration ha reagito inviando una serie di lettere di avvertimento. A Novo Nordisk ed Eli Lilly è stato contestato di aver dato, tramite il programma di Oprah, un'immagine fuorviante della sicurezza dei farmaci, minimizzandone i rischi. La campagna di Ro con Serena Williams, pur presentando caratteristiche simili — benefici in primo piano, rischi quasi assenti — non ha invece portato ad alcuna azione da parte dell'agenzia regolatoria. Una differenza di trattamento che gli autori dell'articolo sottolineano come sintomatica di un sistema che fatica a stare al passo con i tempi.

Perché è arrivato il momento di attenzionare questo fenomeno?

Siamo di fronte ad una strategia di marketing molto efficace ed è proprio questo il punto critico, secondo gli autori. Le piattaforme di telemedicina hanno registrato un aumento delle richieste di consulenza per la perdita di peso proprio dopo le campagne con testimonial famosi. Mentre una recente indagine, citata nell'articolo del NEJM, ha rilevato che 7 medici su 10 sono stati interpellati da pazienti, riguardo a farmaci visti sui social e quasi la metà di loro ha poi effettivamente prescritto il prodotto richiesto. Non sono dettagli da poco, considerando che diverse categorie di farmaci pesantemente pubblicizzate — dimagranti, psicofarmaci, formulazioni di testosterone, prodotti contro la caduta dei capelli — possono avere effetti collaterali anche seri. Rischi che - avvertono gli autori - potrebbe impattare in modo sproporzionato sui più giovani, grandi frequentatori dei social, esposti a un'immagine sbilanciata a favore dei benefici e a una banalizzazione dell'uso (e degli eventuali effetti indesiderati) dei farmaci su prescrizione.

Le proposte per un maggiore controllo

Cosa si può fare, dunque? Gli autori avanzano alcune proposte: piattaforme social che etichettino in modo più chiaro i contenuti sponsorizzati legati alla salute, mostrando i rischi in modo altrettanto chiaro dei benefici; una FDA (o altre agenzie regolatorie) che aggiorni le regole sul cosiddetto “fair balance”, imponendo che le informazioni sui rischi compaiano insieme alle affermazioni sui benefici nello stesso contenuto, senza relegarle su un sito separato o scrivendole a caratteri minuscoli; una definizione di pubblicità farmaceutica allargata anche alla promozione di un'intera classe di farmaci, non solo dei singoli prodotti con nome commerciale.

Sul fronte legislativo, negli Stati Uniti sono già sul tavolo due proposte di legge agli antipodi. Da un lato l'End Prescription Drug Ads Now Act, che vorrebbe vietare del tutto la pubblicità dei farmaci da parte delle aziende produttrici — una misura che si scontrerebbe quasi certamente con la giurisprudenza della Corte Suprema, in materia di libertà di espressione commerciale. Dall'altro, la Protecting Patients from Deceptive Drug Ads Act, più moderata, che chiederebbe agli influencer di dichiarare i compensi ricevuti per la promozione di farmaci in un apposito registro pubblico e che estenderebbe anche alle aziende di telemedicina gli stessi obblighi di trasparenza oggi validi per i produttori.

Sul versante europeo, un modello al quale guardare arriva dalla Germania, dove nel 2025 una corte regionale ha stabilito che gli influencer pagati per promuovere farmaci vadano considerati a tutti gli effetti agenti delle aziende farmaceutiche, sottoposti quindi agli stessi obblighi di

trasparenza previsti dalla legge tedesca, con regole ancora più stringenti per i “personaggi noti”, cioè celebrità e influencer con un gran numero di follower sui social.

Il take home message dell'articolo del New England è semplice, ma anche scomodo: quando la pubblicità di un farmaco assume le sembianze di una confidenza tra amici o di un consiglio medico informale, il confine tra informazione e persuasione commerciale si assottiglia pericolosamente. E se davvero vogliamo che il principio della rappresentazione equilibrata di benefici e rischi non resti lettera morta, servono regole scritte, aggiornate per l'epoca dei social, che superino (nei due Paesi dove la pubblicità è consentita) quelle degli spot in TV.



Servizio La sfida demenze

Alzheimer, Lilly conferma l'impegno su sostenibilità e cure ai pazienti

La proposta di accordi con Aifa per favorire l'accessibilità nel Ssn e collaborazioni con i centri specialistici per rendere disponibile donanemab anche in casi di fragilità economica

di Redazione Salute

23 luglio 2026

Eli Lilly Italia "conferma il proprio impegno a garantire ai pazienti italiani con malattia di Alzheimer l'accesso alle opzioni terapeutiche approvate, proseguendo nel dialogo con le istituzioni per il riconoscimento della rimborsabilità da parte del Ssn e, al tempo stesso, mettendo a disposizione strumenti concreti per non lasciare senza opzioni i pazienti candidabili al trattamento". E' un dialogo che da "carsico" torna di nuovo alla luce quello - difficile come è complessa la malattia di Alzheimer - sulle nuove terapie che rallentano il decorso nelle fasi precoci della patologia. Lilly affida a una nota sia la parte "amministrativa" della questione e cioè quella legata alla rimborsabilità sia l'aspetto cruciale delle terapie da portare per così dire al letto dei pazienti eleggibili.

Il dialogo con Aifa

Sul piano istituzionale, nell'ambito dell'iter di valutazione in corso per la rimborsabilità di donanemab, l'azienda ha presentato le proprie osservazioni all'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) "accompagnate da proposte che mirano a minimizzare l'impatto economico di eventuali insuccessi terapeutici sulle risorse pubbliche". Una proposta che "punta a coniugare la disponibilità di un'innovazione terapeutica rilevante con la piena sostenibilità del sistema sanitario pubblico, a conferma dell'impegno di Lilly a rendere l'innovazione nata dalla propria ricerca accessibile a tutti i pazienti che possono beneficiarne, indipendentemente dalla collocazione geografica o dalle possibilità economiche", fa notare l'azienda.

La promessa ai pazienti

In parallelo, Lilly inizierà a lavorare a collaborazioni con i principali centri specialistici italiani per rendere donanemab disponibile ai pazienti candidabili a costi più sostenibili, tramite soluzioni a sostegno dei pazienti economicamente più fragili. Queste misure "assicurano continuità di accesso anche ai pazienti non inclusi nel programma di uso compassionevole, che si chiuderà il 2 agosto e che - ricordano dalla Società - ha garantito il trattamento gratuito a oltre 200 pazienti in 61 centri di 16 regioni in Italia".

L'impegno nella ricerca

Lilly conferma infine il proprio impegno nella ricerca sull'Alzheimer, di cui l'approvazione europea di donanemab rappresenta un primo, importante traguardo. Come spiega Elias Khalil, Presidente

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

e Amministratore Delegato di Eli Lilly Italy Hub: «Il nostro impegno è dare a ogni paziente che possa beneficiarne l'accesso all'innovazione nata dalla nostra ricerca, indipendentemente da dove vive o dalle sue possibilità economiche -. Continueremo a lavorare con le istituzioni perché queste terapie possano essere rese accessibili attraverso il Servizio sanitario nazionale e, nel frattempo, faremo la nostra parte affinché nessun paziente candidabile resti senza una possibilità di cura per ragioni economiche. L'approvazione europea di donanemab è un primo, importante traguardo nella lotta all'Alzheimer, ma per noi è solo l'inizio: non ci fermeremo finché la scienza non ci consentirà di offrire ai pazienti una cura definitiva».

Cure palliative nelle Marche piano su medici e hospice

Arriva dalla Regione Marche una nuova spinta alle cure palliative. L'annuncio è dell'assessore alla Sanità, Paolo Calcinaro, che ha presentato il Piano di potenziamento 2026-2027 delle reti di cure palliative per adulti e pediatriche, approvato dalla giunta regionale. «Si tratta di un impegno importante – dice Calcinaro –, in continuità con quanto già fatto dal governo Acquaroli, che prevede un investimento di oltre due milioni di euro per il prossimo biennio. Una scelta di civiltà che mette al

centro la persona». Verranno introdotti 25 nuovi posti letto negli hospice e altri 9 medici palliativisti oltre a psicologi, assistenti sociali, oss e infermieri. Le Marche avanzano così verso l'obiettivo – fissato con legge nazionale – della copertura entro il 2028 di almeno il 90% della popolazione che necessita di cure palliative. L'attuazione del Piano sarà monitorata dall'Agenzia regionale sanitaria. Verrà potenziato l'hospice di Fossombrone “Il Giardino del Duca”, punto di riferimento

regionale, che passerà a breve da 10 a 19 posti letto. «Per il futuro si pensa di continuare a sostenere le famiglie potenziando l'assistenza domiciliare anche attraverso la telemedicina e la formazione di operatori specializzati – conclude l'assessore –; vogliamo rafforzare queste cure, che garantiscono dignità e qualità della vita fino all'ultimo». In materia di fine vita nelle Marche è stata depositata una proposta di legge a iniziativa dei consiglieri

della minoranza di centro-sinistra su “Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito”. Il governo della Regione però vuole attendere una legge nazionale.
Roberto Mazzoli



Medici e infermieri negli ospedali aggressioni in calo

► Dal ritorno dei posti fissi di polizia nei pronto soccorso episodi giù del 6%

Diminuiscono le aggressioni al personale medico e infermieristico del Lazio. È quanto decreta l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie relativo all'anno 2025 e pubblicato dal Ministero della Salute. Il report è importante non solo per il risultato, agevolato senz'altro dal ripristino dei posti di polizia nella maggior parte

degli ospedali, ma soprattutto per il metodo d'analisi essendo stato elaborato sulla base delle segnalazioni provenute proprio dal territorio. E dunque da medici e specialisti, infermieri.

Mozzetti a pag. 41

Ospedali, meno aggressioni con i presidi fissi di polizia

► Il report pubblicato sul sito del Ministero della Salute: nel 2025 le violenze contro infermieri e medici nei pronto soccorso diminuite del 6% rispetto all'anno precedente

IL FOCUS

Diminuiscono le aggressioni al personale medico e infermieristico del Lazio. È quanto decreta l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie relativo all'anno 2025 e pubblicato dal Ministero della Salute. Il report è importante non solo per il risultato, agevolato senz'altro dal ripristino dei posti di polizia nella maggior parte degli ospedali, ma soprattutto per il metodo d'analisi essendo stato elaborato sulla base delle segnalazioni provenute proprio dal territorio. E dunque da medici e speciali-

sti, nonché infermieri, impegnati ogni giorno nei presidi regionali.

I DATI

Entrando nel dettaglio, fatto certo il numero delle aggressioni, fisiche e verbali, totalizzate lo scorso anno e uguali a 1.137 con il coinvolgimento di 1.814 operatori, segna una riduzione dell'1,64 per cento degli episodi e dell'1,41 per cento per le figure coinvolte. La maggior parte delle vittime, tuttavia, restano le donne (68 per cento) in linea con quanto registrato nel 2024 men-

tre per la qualifica ricoperta, crescono le aggressioni contro le e gli infermieri: 63,3 per cento rispetto al 62,9 per cento dell'anno precedente. È fatto certo che gli episodi si consumano tanto nei giorni feriali quanto in quelli festivi, diminuiscono le aggressioni mattutine del tre per cento mentre aumentano quelle nelle ore pomeridiane e notturne. Gioco forza, mentre non si registra-



no aggressioni negli ambulatori dei medici di base e in quelli dei pediatri di libera scelta, il 59,9 per cento si verifica in ambiente ospedaliero ma diminuiscono quelle nei pronto soccorso che arrivano al 35,5 per cento rispetto al 41,5 per cento del 2024. Entrando ancora più nel dettaglio, i dati raccolti dall'Osservatorio hanno contato nel 2025, 242 aggressioni nei pronto soccorso, 198 nelle aree di degenza, 99 nelle zone comuni (come le sale d'attesa), 74 negli ambulatori e 68 nei servizi psichiatrici diagnosi e cura. Non mancano tuttavia gli atti, fisici e verbali, contro il personale neanche nelle Rsa (77 episodi contati) e negli istituti penitenziari (41 casi).

LE PROFESSIONI

Per quanto riguarda la qualifica

professionale, dopo gli infermieri - 1.149 aggressioni registrate - si contano 349 casi a danno dei medici chirurghi che insieme agli operatori socio sanitari, sono le figure maggiormente colpite. Seguono in quarta posizione i dipendenti non sanitari, ovvero gli impiegati del "front-office" mentre per tornare all'ambito medici ad essere colpiti sono stati anche 15 psicologi, 13 assistenti sociali, 11 ostetriche, sette farmacisti e altrettanti fisioterapisti. La maggior parte dei casi si è registrato nel settore pubblico (1.005 aggressioni) ma non sono mancate quelle nel privato accreditato convenzionato (132 casi). Infine la tipologia: a prevalere restano le violenze verbali. Attacchi d'ira e insulti per il 71,4 per cento mentre scendono le aggressioni fisiche che passano dal 24,5 per cen-

to del 2024 al 23,9 per cento dell'anno scorso. A colpire - con le parole e non solo - sono per oltre il 70 per cento (rispetto al 67 per cento del 2024) i pazienti stessi mentre diminuisce la soglia di parenti e/o amici che dal 25,2 per cento scende al 24,5 per cento.

Camilla Mozzetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A COLPIRE DI PIÙ SONO SEMPRE I PAZIENTI (70%) SCENDE INVECE LA SOGLIA DI PARENTI O AMICI PASSATA DAL 25,2% AL 24,5%

I NUMERI

1.137

Gli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari registrati nel 2025 in calo di quasi il due per cento rispetto all'anno precedente

63,3%

Sono le aggressioni contro il personale infermieristico: 1.149 casi nel 2025 con un aumento dello 0,4%

1.232

Le donne che ricoprono ruoli all'interno del comparto sanitario aggredite verbalmente o fisicamente



Negli ospedali del Lazio diminuiscono le aggressioni a medici e infermieri: i dati relativi al 2025 pubblicati dall'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie



Batteri all'asilo nido
morto a diciotto mesi

VALERIA D'AUTILIA — PAGINA 14

Batteri nel fasciatoio dell'asilo nido muore a 18 mesi, altri 4 bimbi ricoverati

La tragedia a Tropea. L'ipotesi è che la vittima abbia contratto l'infezione in ospedale e poi contagiato i compagni

VALERIA D'AUTILIA

Forse un'infezione contratta in ospedale giorni prima. E poi, una volta tornato all'asilo, uno dei bambini potrebbe aver contaminato un fasciatoio. Oppure la presenza di un focolaio proprio all'interno dell'istituto. Un batterio – o anche un'intossicazione alimentare – avrebbe colpito una dozzina di piccoli che frequentano la *Family baby school* di Tropea. Tra loro c'era anche Alessio Pio. Diciotto mesi e, probabilmente, una setticemia fulminante: il suo cuore mercoledì ha smesso di battere. Inutili i soccorsi e le cure dei medici. Ora saranno l'inchiesta della procura di Vibo Valentia e l'autopsia sul suo corpicino a ricostruire quei drammatici momenti ed eventuali responsabilità.

La struttura - nido e scuola d'infanzia privati con un centinaio di bimbi – era stata subito chiusa in via precauzionale. Non appena preso atto della «presenza di diversi episodi di natura gastrointestinale e della particolare gravità assunta da alcuni casi», la direzione – in una lettera alle fami-

glie – aveva annunciato la «temporanea sospensione delle attività». Ora è sotto sequestro. Oltre ad Alessio Pio, altri quattro bimbi hanno fatto accesso in pronto soccorso e uno di loro risulta ancora ricoverato. Per tutti sintomi simili e seri disturbi gastrointestinali. Non si esclude l'azione di un batterio, il *Clostridium difficile*, a trasmissione oro-fecale. Masi attendono conferme ufficiali. Così come bisognerà capire se sia stato introdotto dall'esterno. Il principale fattore di rischio è il trattamento con antibiotici che, alterando l'equilibrio dei batteri "buoni", favorisce la moltiplicazione del patogeno, la produzione di tossine e quindi l'infezione. Riesce a vivere a lungo sulle superfici ed è resistente a molti disinfettanti. Può verificarsi anche dopo un ricovero in strutture sanitarie dove può diffondersi con le spore che contaminano mani e oggetti, intaccando soprattutto persone fragili. Da semplici diarree a quadri clinici molto severi, come accaduto per Alessio Pio.

Dati alla mano, l'Istituto superiore di Sanità aveva già re-

gistrato, negli ultimi decenni, un aumento dei casi ma anche della gravità di queste infezioni e della mortalità associata, soprattutto negli anziani. E adesso sono in corso accertamenti sanitari e investigativi. Il *Clostridium difficile* è solo una delle ipotesi. Il commissario straordinario della locale azienda sanitaria, Angelo Vittorio Sestito, ha confermato che - già alle prime avvisaglie - la *Family baby school* aveva inviato una pec per segnalare l'accaduto e chiedere quali procedure adottare. «Stiamo ipotizzando insieme all'Asp – dice la dirigente dell'asilo, Serena Miceli - quello che potrebbe essere successo. Molto probabilmente è un batterio entrato dall'esterno, e quindi stanno facendo verifiche per capire come interrompere questa catena di contagi». Nel frattempo, è stato avviato un intervento di sanificazione. «Le scuole igienizzano quotidianamente con prodotti a base di cloro. Questo tipo di batterio, invece, si debella con prodotti a base di acqua ossigenata, usati negli ospedali».

Intanto, i genitori del piccolo chiedono verità: sono stati loro, residenti nel comune di Zungri – in provincia di Vibo



Valentia – a presentare denuncia contro ignoti. Immediate le indagini e il sequestro delle cartelle cliniche. Per Alessio Pio i primi malori si sarebbero registrati lo scorso 17 luglio. Gastroenterite, vomito e diarrea. A quel punto la scelta di portarlo in ospedale. Ma le sue condizioni si erano aggravate e mercoledì era stato necessario il trasporto d'urgenza

all'ospedale di Catanzaro, dove è deceduto in tarda serata. Era in terapia intensiva. Convulsioni e febbre alta. Adesso nuovi elementi potrebbero arrivare dall'esame autoptico, dalle testimonianze e dai rilievi di queste ore. E c'è apprensione anche per l'altro piccolo paziente, tuttora sotto osservazione. Ma sarebbe fuori pericolo. —

“Infezioni in aumento”
Una setticemia non ha lasciato scampo al piccolo Alessio Pio

S La parola

Clostridium difficile

Il “Clostridium difficile” è un batterio che può infettare l'intestino, causando diarrea e infiammazioni. È presente nella flora batterica intestinale e vaginale. La maggior parte delle infezioni pediatriche da Clostridium difficile, sono pericolose per la vita e si verificano tra i bambini che recentemente hanno assunto antibiotici prescritti negli studi medici per altre patologie. È presente nel 2-3% della popolazione adulta sana ed è trasportato asintomaticamente dal 15 al 70% dei neonati



Batterio killer

Saranno le indagini della Procura di Vibo Valentia a fare chiarezza sulla morte del piccolo Alessio Pio, 18 mesi, morto in un asilo di Tropea, in Calabria. La magistratura ha disposto il sequestro del corpicino e disporrà l'autopsia nelle prossime ore

