

4 novembre 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

SANITÀ | 03 novembre 2025, 19:04

Piano Socio Sanitario: associazioni sindacali e di categoria in audizione

Al tavolo della commissione Sanità della Regione
presieduto da Luigi Icardi



Nella seduta pomeridiana, presieduta dal presidente **Luigi Icardi** alla presenza dell'assessore **Federico Riboldi**, sono stati auditi i rappresentanti delle associazioni sindacali e di categoria.

Per le associazioni sindacali sono intervenuti **Enrica Valfrè** e **Massimo Esposto** per la Cgil, **Francesco Lo Grasso** e **Lorenzino Cestari** per la Uil, **Aldo Roncarolo** per la Cisl, che hanno sottolineato la necessità di costituire il nuovo Piano sociosanitario “che sia calato nella realtà regionale, sia frutto del contributo di tutti i soggetti interessati e abbia finanziamenti adeguati per essere in grado di soddisfare le richieste per impiegare il personale ed erogare i servizi necessari al diritto alla salute dei cittadini”. **Chiara Rivetti** per Anaa-Assomed e **Savino Santovito** per Cimo-Fesmed hanno sottolineato rispettivamente la necessità di una “fotografia

epidemiologica dei problemi sanitari del Piemonte e di una programmazione e distribuzione dei posti letto” e “di valorizzare il lavoro dei medici e del personale sanitario per porre rimedio alla fuga da reparti quali, per esempio, i Pronto soccorso”.

Alberta Pasquero, presidente della Commissione Sanità e scienza della vita di Confindustria Piemonte ha sostenuto la “necessaria collaborazione tra pubblico e privato per superare pregiudizi che non ci possiamo più permettere di mantenere”, mentre il presidente di Aiop Piemonte **Giancarlo Perla**, intervenuto con il consigliere **Paolo Berno**, ha sostenuto “l’importanza di avere un occhio attento non solo verso Torino ma anche verso le periferie per rilanciare la Sanità piemontese e la sua offerta ospedaliera”.

I presidenti di **Aris** Piemonte **Marco Salza** e suor **Albina Bertone** di Agidae hanno auspicato “soluzioni condivise che abbiano come priorità i bisogni e le necessità dei più fragili”, mentre il presidente di Federfarma Piemonte **Andrea Colombo** ha lamentato che “le farmacie, il cui ruolo, capillarità e offerta di servizi sul territorio cresce nel tempo, non sembra avere un ruolo significativo all’interno del Piano”.

Amedeo Prevete di Uneba, **Michele Colaci** di Confapi, **Michele Assandri** di Anaste e **Gabriele Gilardi** dell’Associazione cuneese Case di riposo hanno sottolineato l’importanza del ruolo delle Rsa “emerso in tutta la sua evidenza nei giorni della pandemia e con il progressivo invecchiamento della popolazione”. Realtà - ha notato Gilardi - da tutelare per non rischiare di chiudere interi paesi di vallata e di montagna: un patrimonio che potrebbe essere trasformato in una sorta di centro servizi al posto degli Ospedali sia per la parte assistenziale sia per quella sanitaria”.

Sara Cassin di Fenascop e **Anna Graglia** del Coordinamento pensionati delle Associazioni dei lavoratori autonomi del commercio, artigianato e agricoltura del Piemonte - infine - hanno sottolineato rispettivamente “la necessità di potenziare i servizi per la salute mentale dei giovani” e “l’importanza di mettere in campo ogni sforzo per riequilibrare la forbice della possibilità di curarsi tra ricchi e poveri”.

Sono intervenute, per richiesta di spiegazioni, **Monica Canalis** (Pd) e **Alice Ravinale** (Avs).

Anche la seduta mattutina, presieduta da **lcardi** con la partecipazione del vicepresidente **Daniele Valle**, è proseguita la serie di audizioni dei portatori di interesse per la valutazione del nuovo Piano sanitario regionale.

Al centro degli interventi, l’accesso inclusivo ai servizi sanitari e sociosanitari e l’attenzione alle fragilità: disabilità, anziani, salute mentale - con particolare riferimento alla neuropsichiatria infantile - e dipendenze.

Maurizio Serpetino, vicepresidente di Confcooperative Federsolidarietà Piemonte, ha evidenziato il ruolo delle cooperative sociali nella gestione dei servizi, chiedendo maggiore attenzione al tema dell’inclusione.

Barbara Daniele (Legacoop Piemonte) ha segnalato le difficoltà legate alla lungodegenza e alla riabilitazione, sottolineando l’assenza di certezze per il settore e la carenza di operatori sanitari.

Giuseppe D’Anna, presidente di Agci Piemonte, ha parlato di un “ritardo di trent’anni” da parte della Regione e di una forte mancanza di risorse.

È intervenuto anche **Vittorio Marabotto**, segretario regionale di Uecoop.

Sabrina Altavilla, presidente dei Fisioterapisti del Piemonte e della Valle d’Aosta, ha chiesto di declinare la riabilitazione in modo più specifico, distinguendo tra acuzie e cronicità e valorizzando il concetto di recupero precoce, ambito in cui il Piano offre margini di sviluppo.

Sabrina Testa, vicepresidente dell’Ordine degli Assistenti sociali del Piemonte e Valle d’Aosta, ha ricordato come i servizi sociali intervengano quando la malattia incide sui bisogni dei cittadini, ribadendo che le politiche

sanitarie non possono essere disgiunte da quelle sociali.

Sono intervenuti per delucidazioni i consiglieri **Canalis (Pd)**, **Silvio Magliano (Lista Cirio)**, **Giulia Marro** e **Ravinale (Avs)**.

Hanno poi preso la parola alcuni rappresentanti delle associazioni del dono: **Fabio Arossa**, vicepresidente Aido Piemonte, **Luca Vanelli**, presidente Avis regionale Piemonte, **Dante Cola**, vicepresidente Fondazione Admo Piemonte e **Alberto Garabello**, consigliere coordinamento regionale Fidas. Da parte di tutti è stata indicata la necessità di investire in campagne informative verso i cittadini, con il fondamentale supporto delle istituzioni, sensibilizzando in particolare i giovani, a partire dalle scuole, anche perché è stato evidenziato un problema in termini di avvicendamento generazionale fra i donatori. Un aspetto particolarmente urgente secondo Admo, in quanto l'iscrizione al registro nazionale dei potenziali donatori di cellule staminali da midollo osseo può avvenire solo nella fascia di età fra 18 e 35 anni. E in Italia i donatori sono ancora pochi: nel 78% dei trapianti di cellule staminali da midollo osseo da donatore non familiare il trapianto avviene grazie a un donatore estero.

Avis ha inoltre auspicato uniformità nelle linee guida per i servizi trasfusionali nelle diverse province della regione e una maggiore collaborazione di tutti per migliorare il rapporto con i servizi trasfusionali.

A chiedere precisazioni e porre domande sono intervenuti i consiglieri **Gianna Pentenero**, **Canalis**, **Domenico Rossi (Pd)** e **Davide Zappalà (Fdi)**.

CORRIERE DELLA SERA

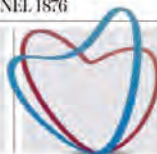
RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

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

Bolle su Buone Notizie
«Danzando in classe
per ispirare i ragazzi»
di Chiara Maffioletti
alle pagine 31 e 32



Da domani a domenica
Milano «capitale»
della salute
l'evento del «Corriere»
al Palazzo dei Giureconsulti



Identità e dilemmi

RIFORMISTI
ALLA PROVA
GIUSTIZIA

di Angelo Panebianco

Tra l'incudine e il martello. Forse la posizione più difficile, meno invidiabile, in vista del referendum sulla separazione delle carriere dei magistrati, è quella della componente riformista, la minoranza, del Pd. Se sceglie il «sì» a una riforma di impronta liberale come quella, riafferma la sua identità e la sua vocazione riformista ma se lo fa trasforma anche se stessa in un gruppo di «sociali traditori», di sabotatori della «causa». La quale causa consiste nel tentativo di usare il referendum per dare una spallata al governo Meloni. Un bel dilemma. Probabilmente se si facesse un sondaggio rigorosamente anonimo fra i dirigenti del Pd verrebbe fuori una maggioranza favorevole alla riforma Nordio. Ma una cosa sono le verità «private», quelle che si conservano ben chiuse nel proprio cuore, un'altra cosa sono le verità «pubbliche», quelle in cui conta il gioco di squadra, la disciplina di partito, gli obiettivi politici da perseguire. Quelli che, della minoranza, si piegheranno al diktat della segreteria, ovviamente, cercheranno per lo meno di salvare la forma non potendo salvare la sostanza: non si lanceranno in ininterrotte sulla deriva autoritaria, le minacce alla democrazia, l'attacco alla Costituzione, eccetera eccetera. Si limiteranno a dire, più o meno a mezza bocca, che il loro «no» alla riforma dipende dal fatto che essa non è in grado di risolvere le gravi disfunzioni del nostro sistema giudiziario.

continua a pagina 38

A Roma cede una parte della Torre dei Conti. Muore un operaio estratto dopo 11 ore, salvi altri tre

Crollo ai Fori, Mosca insulta

Le accuse russe: sprecate i soldi per Kiev. La Farnesina: parole squallide

di Rinaldo Frignani

Paura in centro a Roma, vicino ai Fori Imperiali. Intorno alle 11.30 si è crollata una parte della Torre dei Conti in largo Corrado Ricci, in ristrutturazione con i fondi del Pnrr. Travolti quattro operai, uno dei quali è rimasto intrappolato per ore sotto i detriti ed è morto nella notte in ospedale. Un secondo cedimento mentre erano già al lavoro i soccorritori. Si indaga per omicidio e disastro colposo. Le polemiche con il Cremlino.

alle pagine 2, 3 e 4
Caccia, Conti, Fiano

LE REAZIONI

Sdegno bipartisan
Convocato
l'ambasciatore

di Alessandra Arachi

Reazione univoca di sdegno e disappunto per le parole della portavoce del ministero degli Esteri di Mosca Maria Zakharova. E Roma convoca l'ambasciatore russo.

a pagina 5
Ricci Sargentini

IL CASO VENEZUELA

Trump, la sfida
a Maduro:
ha i giorni contati

di Viviana Mazza

a pagina 10

L'ELEZIONE DEL SINDACO

New York al voto
Code ai seggi:
effetto Mamdani

di Federico Rampini

a pagina 11



La scala dei soccorritori investita e avvolta dai detriti durante il secondo cedimento della Torre dei Conti, a Roma

GIANNELLI



«Gesto senza movente». Grave una 43enne, fermato l'uomo

Accoltellata alle spalle,
choc in centro a Milano

di Pierpaolo Lio

Accoltellata alla schiena in piazza Gae Aulenti: grave una donna di 43 anni, funzionaria della Regione Lombardia. A colpirla senza motivo un sgenne uscito da poco da una comunità e che dieci anni fa aveva compiuto lo stesso gesto nella Bergamasca. Lo ha riconosciuto la sorella gemella.

alle pagine 6 e 8



Vincenzo Lanni, 59 anni

LA GEMELLA: È LUI

L'aggressore era appena uscito da una comunità: aveva già colpito

di Cesare Giuszi

a pagina 8

octopusenergy

L'energia non deve costarci il mondo

★ Trustpilot ★★★★★ octopusenergy.it

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini

Maria Zakharova è la portavoce del ministero degli Esteri russo e ogni giorno deve strappare un fatto di cronaca per montare la maiestosa della propaganda di Putin. Un lavoro faticoso e, immagino, piuttosto snerante, ma almeno lei viene pagata per farlo. Da noi in tanti la imitano gratis, e non con la stessa brillantezza, va detto. Ieri Zakharova, sfoderando il suo caratteristico sorriso da buttafuori, ha collegato il crollo della Torre dei Conti agli aiuti militari ai resistenti ucraini, stabilendo un nesso tra i soldi negati ai monumenti e quelli dati agli armamenti, e profetizzando per l'Italia finanziatrice di Kiev un futuro di macerie. La ringraziamo per il pensiero, però vorremmo anche tranquillizzarla. La trascuratezza nella gestione del patri-

Sostiene Zakharova

monio culturale è un nostro marchio di fabbrica e vanta una tradizione bimillenaria. Non sono cose che si improvvisano lì per lì, solo per fare un favore a Zelensky o un dispetto a lei. Non dipende dai droni, ma dai pelandroni. Zakharova è libera di augurarsi tutte le disgrazie che crede, però suona bizzarro che la predica sull'uso a scopi pacifici delle finanze pubbliche ci arrivi proprio dallo Stato che più di ogni altro investe in armi il denaro sottratto al benessere dei cittadini: quel popolo russo amatissimo da tanti di noi, ma un po' meno dai suoi capi, che fin dai tempi degli zar lo hanno sempre considerato carne da cannone. E questo non lo sostiene la propaganda occidentale, ma Tolstoj.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SUN68

SUN68.COM

IL RISIKO BANCARIO
Caltagirone al 20% di Mps
c'è il via libera della Ue

GIULIANO BALESTRERI - PAGINA 20

LA VIOLENZA DI TORINO
Baby gang di Halloween
bestie travestite da normali

STAMIN, ZANCAN - PAGINA 15 LUCARICCI - PAGINA 23



L'EDUCAZIONE AFFETTIVA
Perché l'identità dei ragazzi
passa dal laboratorio scuola

MATTEO LANCINI - PAGINA 17

1,90€ II ANNO 159 II N.304 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

MARTEDÌ 4 NOVEMBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

IL MINISTERO DI SALVINI VUOLE SNELLIRE LE AUTORIZZAZIONI DI SOVRINTENDENZE ED ENTI AMBIENTALI

Grandi opere a rilento il piano contro i veti

Sfratti e morosità, un miliardo di costi per i proprietari solo nel 2024

L'ANALISI

Se si cancella
il diritto alla casa

CHIARA SARACENO

In Italia manca da tempo una politica della casa attenta ai bisogni dei ceti economicamente più modesti, quando non fragili. Il primo e unico intervento sistematico è stato il Piano Casa Fanfani. - PAGINA 7

PAOLO BARONI, FEDERICO CAPURSO

Salvini prepara un piano per sveltire le autorizzazioni delle opere pubbliche. I lavori per la Manovra entrano nel vivo con le audizioni davanti alle commissioni Bilancio di Camera e Senato. - PAGINE 6-8

La privacy, Ghiglia
e i garanti politicizzati

FLAVIA PERINA - PAGINA 23

LA POLITICA

Settis: così la sinistra
muore di tattica

FRANCESCA SCHIANCHI - PAGINA 9

Fiano e Bernini
nell'arena Ca' Foscari

FRANCESCO MOSCATELLI - PAGINA 16

CROLLO DI ROMA, OPERA IO TI RESO SOTTO LE MACERIE MUORE DOPO L'ARRIVO IN OSPEDALE. SALVI ALTRI 4 LAVORATORI

La Torre dei Conti sbagliati

IRENE FAMA



Carandini: che incompetenti

FLAVIA AMABILE - PAGINA 2

Se Putin manipola i disastri

ILARIO LOMBARDO - PAGINA 4

Il crollo della Torre dei Conti è avvenuto durante una difficile operazione di recupero dell'edificio. BRAVETTI - PAGINE 2-4

GLI STATI UNITI



New York al voto
la stella Mamdani
nel mirino di Trump

MARIA LAURA RODOTÀ

Il problema con Zohran Mamdani non è che, come direbbe Silvio Berlusconi, è un povero comunista. Il problema è che lui, come Silvio Berlusconi, ha il sole in tasca. È sempre allegro, i comici lo prendono in giro per il sorriso da indolenzimento labiale. Parla di affitti cari e trasporti gratis e convince elettori Maga infuriati. Lo accusano di voler portare la Sharia a Manhattan e lui risponde con fieri video sull'essere musulmani e poi gira, il sabato prima delle elezioni, per locali gay. - PAGINA 25

LE STRAGI IN NIGERIA

L'ultima crociata
di Donald in Africa

DOMENICO QUIRICO

Non suonano le campane la domenica per la messa nel Nord della Nigeria, califfato africano di implacabili islamisti. SEMPRINI - PAGINE 15 E 14

IL VOLO AIR INDIA

Ramy, la sindrome
del sopravvissuto

RAFFAELLA ROMAGNOLI

Ci vorrebbe uno scrittore come Emmanuel Carrère, penso leggendo della vicenda di Vishweshwar Ramesh. - PAGINA 14

L'ASSALTO A MILANO

Coltellata
alla manager
Aveva già colpito
dieci anni fa

ANDREA SIRAVO



«È stato un pazzo, è stato un pazzo». La donna lo ripete al marito mentre è tra le sue braccia, a terra, in piazza Gae Aulenti, pieno centro di Milano. Per A. L. V., 43 anni, la giornata inizia come un qualunque lunedì: di corsa per raggiungere gli uffici di Finlombarda, la società finanziaria della Regione Lombardia di cui è manager, in una delle torri del nuovo distretto di Porta Nuova a Milano. La donna sta per entrare nella piazza da uno dei varchi ricavati tra due grattacieli quando alle sue spalle compare un uomo che la accoltella. - PAGINA 18

LA DENUNCIA

Quegli odiatori
con la divisa
che scatenano
i linciaggi social

FRANCESCA SANTOLINI

Il politicamente corretto minaccia la libertà d'espressione, viviamo tempi di censura, ormai «non si può più dire nulla». Lo ripetono in molti, come un mantra e mentre si moltiplicano le lamentele, più o meno in buona fede, contro il cosiddetto wokismo, chi prova a raccontare fatti verificabili, che magari non sono in linea con la propaganda dominante, viene travolto da ondate di odio. Da quasi un anno mi trovo in un vortice dai risvolti angosciosi. - PAGINA 19

Buongiorno

Da grande appassionato di Massimo D'Alema, mi sono diviso la bella e lunga intervista concessa a Aldo Cazzullo. Su ogni risposta, non avessimo tutti più prosaiche incombenze quotidiane, si potrebbero aprire interi capitoli di psicologia e politologia dalemiana. Io mi ritaglio però questo spazio e questo tempo per sottoporvi un solo brevissimo passaggio, nel quale l'intervistato esorta l'Occidente a infittire i rapporti con la Cina, senza puzza sotto al naso. «I nostri principi - ha detto - non sono un assoluto, devono convivere con i principi degli altri» (in Cina, aggiungerà subito dopo, ha seguito un molto interessante convegno di studi confuciani). Può darsi sia vero che gli occidentali considerino spesso migliori i loro principi ma il problema è, nel caso cinese, con quali principi dovremmo precisa-

I conviventi

MATTIA FELTRI

mente convivere. Perché per esempio mi ricordo di quando, nel 1989, gli studenti provarono a suggerire qualche principio alternativo in piazza Tienanmen, e finirono sotto i cingoli dei carri armati. Guarda caso proprio in questi giorni sto finendo un libro di Mo Yan, cinese, premio Nobel per la letteratura. Si chiama *Grande seno, fianchi larghi* e racconta un'epopea familiare dagli anni Trenta ai primi Duemila. Ecco, non è una scoperta, ma lui lo racconta bene che lì, nei decenni, la convivenza dei principi non ha funzionato granché: finiva sempre più o meno proprio come in piazza Tienanmen (che Mo Yan, seppur dissidente, non cita, forse perché coi principi è meglio andarci piano anche per lui). Ma è comunque sempre un incanto riscoprire con quali principi convivano quelli di D'Alema.

**ACQUISTIAMO
ANTIQUARIATO
orientale ed europeo**

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI
GRATUITE IN
TUTTA ITALIA
IMPORTANTI
COLLEZIONI O
SINGOLI
OGGETTI





€ 1,40* ANNO 147-147 304
Sped. in A.P. 03/2010 come L. 48/2004 art. 1 (03/2010)

Il Messaggero

NAZIONALE



51105
9 771129 622405

Martedì 4 Novembre 2025 • S. Carlo Borromeo

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su ILMESSAGGERO.IT

La nuova biografia
Julio Iglesias
il Carisma
del seduttore

Palazzo a pag. 19



Cagliari battuto: 2-0
Isaksen-Zaccagni
la Lazio in volo
con le sue ali

Abbate e Dalla Palma nello Sport



L'album di inediti
Giorgia e Sanremo
«Sono pronta a fare
il direttore artistico»

Marzi a pag. 24



Il Fiscal drag che non c'è
SE LA BCE
SMONTA
LE ACCUSE
SUI SALARI

Andrea Bassi

C'è un documento della Banca Centrale Europea che da qualche giorno sta gettando un certo scompiglio nel dibattito economico italiano e presto, c'è da scommetterci, diventerà oggetto di discussione politica. È un rapporto che non parla delle politiche monetarie di Francoforte o della redditività delle banche. Parla piuttosto di salari. Si tratta di uno studio condotto da ben 30 economisti in forza alla Banca centrale e che mette sotto la lente, in 21 Paesi del Vecchio Continente, un tema assai delicato: il Fiscal drag, il drenaggio fiscale.

Lo si potrebbe tradurre, in maniera un po' semplicistica, come "Extraprofitto" dello Stato o scapito dei lavoratori. In un periodo di forte inflazione gli aumenti di retribuzione vengono "mangiati" dal Fisco per il meccanismo progressivo dell'Irpef che fa salire di scagione chi riceve l'aumento. Lo Stato incassa di più, ma il lavoratore non riesce a mantenere il suo potere d'acquisto. La Cgil e buona parte dell'opposizione, hanno costruito sulla perdita di potere d'acquisto dei salari un pezzo importante della loro "offerta" politica. E la novità sta proprio qui, perché il rapporto della Bce, considerato il lavoro più completo in circolazione sul tema, smonta questo racconto. In Italia spiega l'analisi, non c'è stato nessun drenaggio fiscale. Il governo Draghi prima, e il governo Meloni dopo, hanno più che restituito ai lavoratori "Extraprofitto" delle maggiori entrate generato dal meccanismo (-)

Continua a pag. 18

Affitti e sfratti, nuove norme

► Manovra: l'ipotesi di un'imposta al 23% sulle locazioni brevi e sgravi sui contratti lunghi. Inquilini morosi: via in 10 giorni. Dipendenti comunali, c'è l'ok ad aumenti e settimana corta

ROMA. Manovra, via alle audizioni. L'Abi: «Si al confronto in Parlamento, pronti ad aiutare famiglie e imprese». Su affitti e sfratti si profilano nuove norme. L'ipotesi di un'imposta al 23% sulle locazioni brevi e sgravi sui contratti lunghi. Inquilini morosi: via in 10 giorni e senza il "preavviso". Firmato intanto il nuovo contratto per i dipendenti comunali: aumenti e settimana corta, 4 giorni su 7 a parità di orario. Nuove regole su buoni pasto e smart working.

Dimito, Pace, Pigliatelli e Pira alle pag. 4, 5 e 6

Oggi la Grande Mela elegge il sindaco

Gli italiani di New York con Cuomo
Il musulmano Mamdani fa paura

da New York
New York stanotte eleggerà il nuovo sindaco. La frastuona generazionale nella comunità italo-americana. «Cuomo è uno di noi», dicono alcuni. Mentre i giovani



sono per Zohran Mamdani, musulmano, il candidato del partito democratico in testa in tutti i sondaggi. Trump avverte: se vincerà lui, difficile per me dare soldi alla città.

Paura a pag. 8

Referendum, gara a depositare le firme

Le promozioni in massa del Csm
Nordio: con la riforma stop correnti

Francesco Bechis

Scatta la corsa per la presentazione delle firme a sostegno della richiesta del referendum sulla riforma della Giustizia. Il ministro Nordio



e le pagelle del Csm: «Promuove il 99% dei giudici. Così non sono credibili». E ancora: «Con la riforma interrompiamo il legame perverso fra correnti».

A pag. 7
Bulleri a pag. 7

L'edificio medievale in ristrutturazione, salvo nella notte l'operaio intrappolato. L'attacco-provocazione di Mosca



Il momento del secondo crollo alla Torre dei Conti ai Fori Imperiali. Di Corrado, Marini e Savelli a pag. 2

Il crollo della Torre ai Fori

La testimonianza

«Tremava tutto poi un boato e sono precipitato»

Paolo Chiratti

«A l'improvviso un boato e siamo precipitati». Così un operaio ricoverato in ospedale.

A pag. 3

La storia

La fortezza voluta dai papi e cantata dal Petrarca

Laura Larcari

La fortezza voluta da Innocenzo III e ammirata da Petrarca. «Il terremoto la danneggiò».

A pag. 3

Aggressore fermato: aveva colpito 2 persone già 10 anni fa. La vittima è grave
Pugnalata alla schiena nella City di Milano

Claudia Guasco

Una coltellata alla schiena e senza un motivo. Così Anna Laura Valsecchi, dipendente 43enne di Finlombarda, è stata aggredita di prima mattina a due passi dall'ufficio di piazza Gae Aulenti, a Milano. L'autore è stato individuato in serata. Vincenzo Lanni, 59 anni, era già stato arrestato nel 2015 per aver accoltellato in strada due pensionati a Villa di Serio e ad Albano, nella Bergamasca. L'uomo si era allontanato da qualche giorno da una comunità psichiatrica. La donna è grave.



A pag. 13

Nel fermo immagine l'agguato alla donna, accanto l'aggressore

Il Segno di LUCA

SAGITTARIO
PRONTO ALL'AZIONE

La notte scorsa Marte è entrato nel tuo segno, portando con sé la carica di vigore e combattività che lo caratterizza e che annulla la distanza tra pensiero e azione. Sarà tuo ospite per un mese abbondante, approfittane per riprendere in mano le redini e lanciarti alla conquista dei tuoi obiettivi. Ma prima ancora, ritrova un rapporto diretto con il corpo e la salute. Portandovi l'attenzione migliorerai anche i risultati che ottieni.

MANTRA DEL GIORNO
Per avere paura ci vuole coraggio.

L'oroscopo a pag. 18

Forum Risk Management
20 Years
25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

L'evento della
Sanità italiana
COMPIE VENT'ANNI

UN NUOVO
SISTEMA SANITARIO
LA RIFORMA IN CAMMINO

SEGUICI E
ISCRIVITI
ALL'EVENTO

INTRA
ECM
LA RES

www.forumriskmanagement.it

ForumRisk



Martedì 4 novembre 2025

ANNO LVIII n° 261
1,50 €
San Carlo Borromeo
Vercelli

Edizione: mattina
ore 06.30

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Referendum, parliamo di contenuti LA GIUSTIZIA NEL MERITO

MARIO CHIAVARI

Nella varietà delle forme di comunicazione compaiono anche gesti avventi l'apparenza di semplici postille a qualcosa di ben altrimenti importante. Ma talora qualcuno di quei gesti viene invece ad essere, forse ancor più delle affermazioni cui accede, significativo e persino esemplare. Penso a una recente dichiarazione di Gaia Tortora, nota giornalista figlia di una delle vittime più illustri di un modo deplorabile di imbastire e condurre un'indagine penale. Lei - ha sottolineato - voterà convintamente "sì" al referendum sulla cosiddetta riforma costituzionale della giustizia, non risparmiando neppure critiche severe all'atteggiamento delle forze politiche che invece vi si oppongono. Tuttavia - ha subito aggiunto - non pensa di aderire, benché sollecitata, ad alcun comitato di sostegno a quel sì. «Preferisco essere libera di andare dove desidero, quando lo desidero. Di dire quello che credo o di non dire niente se il livello del dibattito resta quello di adesso: basso».

continua a pagina 12

Editoriale

Il patto tra generazioni è firmato LEGGI A MISURA DI FUTURO

ENRICO GIOVANNI

«Le leggi della Repubblica promuovono l'equità intergenerazionale anche nell'interesse delle generazioni future». Così recita il disegno di legge governativo approvato definitivamente la scorsa settimana dalla Camera dei Deputati, con il voto favorevole (sull'articolo in questione) di tutte le forze politiche, caso più unico che raro. La legge prevede anche che, d'ora in poi, tutte le nuove normative dovranno essere preventivamente valutate rispetto al loro impatto sociale e ambientale non solo sulle giovani generazioni, ma anche su quelle future. Si tratta di un principio "forte" e di una scelta politica impegnativa, coerente con la Costituzione italiana come riformata nel 2022, che ora indica, all'art. 9, che la Repubblica «tutela l'ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi, anche nell'interesse delle future generazioni». Come dicono i giuristi, il "combinato disposto" della modifica costituzionale e della nuova legge, ambedue proposte dall'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (AsViS) fin dal 2016, porta nell'ordinamento giuridico non solo il principio che sta alla base del concetto di sviluppo sostenibile.

continua a pagina 9

IL FATTO Si intensifica la pressione degli Usa. Obiettivi: far cadere Maduro e incidere sugli equilibri africani

Lo sceriffo è tornato

Portaerei e marine verso le coste del Venezuela, minacce di invasione alla Nigeria
Trump parla di lotta alla droga e di difesa dei cristiani. Ma c'entra anche il petrolio

SCANDALO IN ISRAELE

Violenze nelle carceri
Arrestata l'avvocata
generale dell'Esercito

Rimovato l'arresto dell'avvocata dell'esercito che aveva divulgato il video delle violenze su un palestinese detenuto. Per il premier il problema non sono le torture, ma la fuga di notizie. Crescono le tensioni. Mentre il Paese ricorda 30 anni dall'assassinio di Rabin.

Scavo e Uglietti
a pagina 2

Un anno dopo la sua elezione, Donald Trump ha abbandonato la postura non-interventista e isolazionista che l'ha riportato alla Casa Bianca per usare la minaccia della guerra come strumento di pressione economica in Africa e America Latina. I nigeriani di ogni appartenenza religiosa hanno respinto le minacce dei giorni scorsi del presidente degli Stati Uniti di intervenire militarmente nel Paese con la motivazione ufficiale di proteggere i cristiani. Stessa posizione quella assunta dal dittatore venezuelano Maduro, che si dice «non preoccupato» dalle manovre dei marine nei Caraibi.

Molinari e un'analisi di Giulio Albanese a pagina 3

ROMA Due cedimenti durante i lavori di restauro. Recuperati 4 lavoratori. Si indaga per disastro colposo



Crolli alla Torre dei Conti, si scava per salvare uno degli operai

Muolo e Ferrario a pagina 7

PROVOCAZIONI DEL CREMLINO

Mosca ne approfitta: giù tutto aiutando Kiev

D'Angelo e Picariello a pagina 6

MILANO L'annuncio della ministra Roccella: più cooperazione e una rete

Alle famiglie 52 milioni per rilanciare le adozioni

Un segnale concreto per rimettere al centro la bellezza dell'accoglienza: alla Biennale dedicata ad affido e adozioni in corso a Milano arriva l'annuncio di nuovi fondi per sostenere le coppie che scelgono percorsi adottivi internazionali. Il piano prevede contributi diretti per le famiglie con procedure in corso (e aperte a partire dal 2022), incentivi per l'adozione di minori con bisogni speciali e rimborsi più alti per le spese sostenute.

Daloso e Molà a pagina 9

I nostri temi

L'ANALISI

Europa e Russia
Javilinskij spiega
l'occasione persa

R. CHODKO KARPINSKI

Il fondatore del partito di opposizione Yabloko, Grigorij Javilinskij, autore del mancato «Piano Marshall» post-Urss, denuncia le responsabilità incrociate di Occidente e Mosca nel fallimento delle riforme. «Siamo tutti sullo stesso Titanic. L'attenzione Ue a un'alleanza difensiva non ci salverà».

A pagina 13

STUPEFACENTI

Cocaina e crack
troppe bugie
sul consumo

ANNA PAOLA LACATENA

Se da più parti si levano strepiti e fragori a proposito di un'innanziamente conversione del consumo di sostanze psicotrope in direzione oppioide sintetica, le strade italiane continuano a riempirsi di cocaina. Ci hanno fatto credere che questa sia la droga dei ricchi...

A pagina 13

DISEGNO DI LEGGE

Il «Piano casa» inizia
dagli sfratti rapidissimi
Ma c'è preoccupazione

Marcelli
a pagina 4

«SOLITARIO» CON PRECEDENTI

Accoltellata a Milano
Arrestato l'aggressore

Marcier e Parozzi a pagina 8

RAPPORTO OCSE

Immigrati fondamentali
ma «segregati» nel lavoro

Arera e Fassini a pagina 5

il Regno
documenti
19
Papa Leone: Dilexi te
Per abbonamenti
a questo supplemento
o per info visitate
www.avvenire.it

Kenobi
Alessandro Zaccari
Capirne di meno
Capitava a volte che il signor Kenobi e lo scherzoso sulle circostanze che avevano reso possibile il nostro incontro. Oggi come oggi, gli dicevo, ci saremmo contesi quell'unica copia del libro in un'asta online, non ci saremmo mai visti in faccia, con ogni probabilità non avremmo neppure conosciuto l'uno il nome dell'altro. «E lei avrebbe perso l'occasione di essere cortese con me», aggiungeva lui, con la solita punta di ironia. Poi, più seriamente, ci mettevamo a riflettere su quanto la rete avesse cambiato le nostre abitudini di lettori. Entrambi rievocavamo con una buona dose di rimpianto il piacere di recuperare casualmente un'informazione cercata a lungo, entrambi avevamo la nostra scorta di equivoci e aneddoti. In maniera un po' scontata, finivo per citare Eliot, «dov'è la saggezza che abbiamo perduto nella conoscenza?», e puntualmente il signor Kenobi trovava modo di ribattere. «Prima della saggezza verrebbe il desiderio di essere saggi - sosteneva -. Credo che sia stato questo a guidarci, fino a un certo momento. Volevamo saperne di più, perché eravamo convinti che solo in questo modo avremmo potuto capire di più. Adesso che qualsiasi informazione è disponibile in qualsiasi momento, non c'è più nulla che ci interessi davvero. Potremmo saperne di più, ne capiamo di meno».

Agorà
SPIRITUALITÀ
La speranza
e l'invito al viaggio:
la vita come seme
Valentino de Mendonça a pagina 16
ARCHEOLOGIA
In Terra Santa
un sigillo conferma
vicende della Bibbia
Coffili a pagina 17
MILANO-CORTINA
Mazzel e De Silvestro,
gli alfiere azzurri
alle Paralimpiadi
Nicollelli a pagina 18

il Regno
documenti
19
Papa Leone: Dilexi te
Per abbonamenti
a questo supplemento
o per info visitate
www.avvenire.it

IN RAPPORTO AL PIL SAREBBERO 17,5 MILIARDI ENTRO IL 2026

Gimbe accusa: alla sanità tolto l'equivalente di una manovra

La manovra 2026 riapre il dibattito sul possibile rischio di definanziamento della sanità pubblica. Sull'allarme insistono la Cgil e la Fondazione Gimbe, che contestano i numeri del governo e tornano a denunciare la progressiva riduzione della quota di Pil destinata al Servizio sanitario nazionale (Ssn). «Il disegno di legge di Bilancio prevede risorse del tutto insufficienti ad affrontare il drammatico sottofinanziamento della sanità pubblica», dichiara la segretaria confederale del sindacato di Corso Italia, Daniela Barbaresi, sottolineando che dal 2022 «il governo ha ridotto di quasi mezzo punto di Pil il finanziamento alla sanità, pari a circa 9 miliardi di euro in meno ogni anno».

Secondo le stime del sindacato, il fabbisogno sanitario nazionale sarà di 136,5 miliardi nel 2025 (6,05% del Pil) e salirà a 142,9 miliardi nel 2026 (6,15%), con incrementi di 2,4 miliardi e 2,65 miliardi rispettivamente per il 2027 e 2028. «In rapporto al Pil - aggiunge Barbaresi - il finanziamento resterà però inadeguato, toccando nel 2028 il minimo storico del 5,93%». La Cgil chiede quin-

di di aumentare i fondi di 10,5 miliardi nel 2026, 14,2 miliardi nel 2027 e 14,7 miliardi dal 2028, da destinare al potenziamento di servizi e assunzioni.

In audizione davanti alle commissioni Bilancio ha parlato di «definanziamento strutturale» anche la Fondazione Gimbe. «A fronte di miliardi sbandierati in valore assoluto - spiega Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione - la sanità pubblica ha perso in quattro anni l'equivalente di una legge di Bilancio». Secondo Gimbe, tra il Fondo sanitario effettivo e quello che si sarebbe ottenuto mantenendo il livello di finanziamento al 6,3% del Pil del 2022, si registra uno scarto cumulato di 17,5 miliardi di euro nel periodo 2023-2026. L'aumento nominale delle risorse nasconde dunque una ri-

duzione della quota di Pil destinata alla sanità: dal 6,3% del 2022 al 6,05% nel 2027 e fino al 5,93% nel 2028. Inoltre, oltre 430 milioni delle misure annunciate derivano da fondi già stanziati in precedenti provvedimenti.

Sono cifre colte al balzo dal Pd: per la segretaria Elly Schlein i dati «dimostrano che così smantellano il Servizio sanitario senza nemmeno il coraggio di ammetterlo. La sanità pubblica è in emergenza e ha bisogno di investimenti veri e di riforme per garantire il diritto alla salute di tutte e tutti. Inoltre Gimbe segnala che c'è una grossa differenza tra la spesa prevista e il finanziamento del governo: chi coprirà quello che manca? Le Regioni non ce la fanno».

Nel corso della stessa audizione, il presidente di Farindustria, Marcello Cattani, pur evidenziando alcuni aspetti positivi della manovra, ha tuttavia avvertito: «Il risultato complessivo non è ancora sufficiente a mantenere l'Italia attrattiva». Farindustria chiede quindi «un ulteriore aumento del tetto per gli acquisti diretti di almeno 0,5%, l'esclusione dei plasmaderivati dal conteggio della spesa soggetta a tetto e il superamento strutturale del *payback*». Tra le altre proposte: «Riduzione dei tempi di accesso alle terapie con uno schema di *early access*» e più risorse per prevenzione, immunizzazione e screening». È stata sentita anche la presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), Barbara Mangiacavalli, che ha chiesto di specificare nel testo la destinazione dei fondi per le assunzioni. (r.r.)



«Ora chiarezza sui fondi per assumere infermieri»

«Chiediamo che nel testo della legge di bilancio sia precisata con chiarezza la destinazione dei fondi per le assunzioni, per evitare che, in assenza di indicazioni sui profili professionali, parte delle risorse venga vanificata». Lo ha detto Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), nel corso dell'audizione davanti alle commissioni Bilancio di Senato e Camera sulla manovra 2026-2028.

La presidente Fnopi ha espresso apprezzamento per «il riconoscimento delle difficili condizioni di lavoro nei pronto soccorso», ma ha sollecitato due interventi urgenti: l'estensione dell'indennità di esclusività ai dirigenti delle professioni sanitarie «per garantire

equità a parità di funzioni» e la detassazione dei turni notturni e festivi anche nel pubblico, già prevista per la sanità privata.

«È il momento – ha sottolineato Mangiacavalli – di avviare un piano strutturale di investimento sulla professione infermieristica, in termini di formazione, sviluppo di carriera e percorsi specialistici. Le risorse dovranno essere distribuite in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale e finalizzate, secondo le indicazioni dei ministeri competenti, anche alla professione infermieristica».

Dal canto suo, l'Osservatorio del sindacato infermieri Nursing Up, continua ad ospitare testimonianze eloquenti. Come quella di Laura, per la quale «fare l'infermiere non è una vocazione. Basta con queste tristi retoriche. È resistenza, è come essere ogni giorno

al fronte, laddove il triste teatro delle nostre battaglie è la corsia di un ospedale». Laura verbalizza un malessere collettivo che vuole arrivare alla politica e ai media. «Questo lavoro mi schiaccia e mi toglie il respiro, se potessi scapperei via. Ci penso ogni giorno», scrive dipanando un racconto che non parla solo di lei, ma delle tante donne italiane, professioniste qualificate, ma soprattutto madri, mogli, figlie, stremate e schiacciate nel profondo da un sistema che le vuole invisibili per le istituzioni, ma sempre presenti per i pazienti. «Resistiamo come su una nave alla deriva, al collasso di un sistema che ci celebra solo quando serve, poi ci dimentica e ci getta via come rifiuti – afferma Laura –, combattiamo come soldatesse in trincea: i nostri nemici, però, si chiamano turni infiniti e

massacranti, ferie negate, burocrazia che ci soffoca e ci stringe come un nodo alla gola. La professione infermieristica, più che mai nel 2025, vale la pena ribadirlo, non è vocazione, basta con queste affermazioni: è scelta, è competenza, è dignità». L'Osservatorio Nursing Up, ha raccolto negli ultimi mesi decine di testimonianze analoghe. (V. Sal.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL GOVERNO SBANDIERA SUCCESSI, MA LA REALTÀ È DIVERSA

Altro che fondi record I tagli invisibili di Meloni che affossano la sanità

NINO CARTABELLOTTA

Mai nessun governo ha messo così tanti soldi sulla sanità». Uno slogan che riecheggia più volte nelle aule parlamentari e nel dibattito pubblico, un leitmotiv di esponenti dell'esecutivo e, soprattutto, della presidente Meloni. Eppure, a fronte dei trionfali proclami, la sanità pubblica arretra. I sondaggi confermano che la salute è una delle principali preoccupazioni degli italiani e le testimonianze di pazienti e professionisti sanitari raccontano di un Servizio sanitario nazionale (Ssn) sempre più in affanno.

Crisi sanitaria

I numeri confermano impietosamente la crisi: nel 2024 la spesa delle famiglie ha superato i 41 miliardi di euro e 5,8 milioni di persone hanno rinunciato almeno a una prestazione sanitaria, proprio quegli indigenti a cui la Repubblica deve garantire cure gratuite. In questo scenario, il simbolo più evidente della crisi è il decreto Liste di attesa: il vessillo del ministro Schillaci è ormai una bandiera ammainata a mezz'asta. Nonostante il suo impegno, dopo 16 mesi non si registra alcun beneficio concreto per i pazienti: la piattaforma nazionale è impantanata e due decreti attuativi non hanno mai visto la luce. Certo, la crisi del Ssn non si deve solo alla scarsità di risorse, ma servono anche coraggiose riforme. Tuttavia, la radice del problema resta il sottofinanziamento cronico: un impoverimento che ha progressivamente demotivato il personale sanitario, ormai stanco di lavorare in trincea e sempre meno

attratto da quel Ssn che un tempo era il fiore all'occhiello del paese.

Al di là dei numeri sbandierati, la manovra 2026 non segna alcuna inversione di rotta per il Ssn. Non c'è un rilancio progressivo del Fondo sanitario nazionale (Fsn): siamo di fronte all'ennesima illusione contabile di cifre altisonanti abilmente combinate. L'estrema frammentazione di misure e investimenti sembra poi più finalizzata a non scontentare nessuno che a porre le basi per il rilancio della sanità pubblica.

La manovra 2026 assegna ben 7,7 miliardi di euro alla sanità: 2,4 miliardi nel 2026, 2,65 miliardi nel 2027 e 2,65 miliardi nel 2028. Sommando le risorse già stanziate dalle precedenti manovre, il Fsn raggiungerà 143,1 miliardi di euro nel 2026, 144,1 nel 2027 e 145 nel 2028. Cifre apparentemente imponenti, che abbagliano l'opinione pubblica, ma che cambiano volto se rapportate al Pil: la quota di ricchezza nazionale destinata alla sanità sale dal 6,04 per cento del 2025 al 6,16 per cento del 2026, per poi ridursi al 6,05 per cento nel 2027 e al 5,93 per cento nel 2028.

I tagli invisibili

Ed è proprio qui che emergono i tagli invisibili del governo Meloni nel periodo 2023-2026. È vero che il Fsn è aumentato di ben 19,6 miliardi di euro in quattro anni, cifra mai raggiunta da nessun esecutivo. Ma nello stesso periodo la quota di Pil destinata alla sanità è scesa dal 6,3 per cento del 2022 a poco più del 6 per cento,



determinando una perdita di 17,7 miliardi di euro, pari all'intero valore di questa finanziaria.

Le regioni si trovano così intrappolate tra le risorse assegnate dalla Manovra e le previsioni di spesa sanitaria del Documento Programmatico di Finanza Pubblica, pari al 6,4 per cento del Pil per gli anni 2025, 2027 e 2028 e 6,5 per cento per il 2026. Un gap pari a 6,8 miliardi di euro nel 2026, 7,6 nel 2027 e 10,7 nel 2028. Così lo stato viene meno ad una competenza esclusiva affidata dalla Riforma del Titolo V della Costituzione: assegnare le risorse necessarie per rendere esigibili i Livelli Essenziali di Assistenza definiti. Con i bilanci sempre più in rosso, le regioni non riusciranno infatti a colmare questo buco con risorse proprie e si

troveranno davanti a un bivio per evitare il Piano di rientro: tagliare i servizi o alzare le imposte. Due strade in cui il "pedaggio" sarà ancora una volta a carico di cittadini e pazienti. Al di là delle cifre, la realtà è più cruda: alla sanità pubblica non viene destinato quello che serve, ma solo ciò che avanza. Un avanzo contabile, non un investimento per la salute individuale e collettiva. E ogni confronto con il passato su chi abbia tagliato di più o investito di meno diventa sterile.

Oggi la crisi del Ssn non intacca solo l'inalienabile diritto costituzionale alla tutela della salute, ma mina la coesione sociale e la tenuta democratica del paese. Ecco, perché sarebbe più onesto ammettere che i fondi sono insufficienti,

invece di insistere sulla narrazione degli "investimenti record". Perché di record, ormai, restano solo i tempi di attesa, le disuguaglianze di accesso alle cure, la spesa a carico dei cittadini e le rinunce alle prestazioni sanitarie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il simbolo della crisi del Servizio sanitario nazionale è il decreto Liste d'attesa, vessillo del ministro Schillaci, ormai bandiera ammainata

FOTO ANSA



Lavoro, assicurazioni e mutui: al palo la legge sull'oblio oncologico

I ritardi. A due anni dall'approvazione delle misure per evitare discriminazioni su chi è guarito mancano all'appello un decreto e i provvedimenti di Cicr e Ivass

Marzio Bartoloni

Per oltre un milione di italiani guariti dal tumore non c'è ancora la garanzia di non essere discriminati a lavoro o quando stipulano una assicurazione e o accendono un mutuo. A due anni dalla legge sull'oblio oncologico (la 193/2023) approvata a dicembre del 2023 resta ancora ampiamente sulla carta «il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica».

Mancano infatti ancora all'appello tre provvedimenti cruciali che dovevano dare sostanza all'oblio oncologico e che erano attesi già dall'estate del 2024: il primo, un decreto del ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il ministro della Salute - sentite le organizzazioni dei pazienti oncologici - aveva il compito di disegnare specifiche politiche attive per assicurare, a ogni persona che sia stata affetta da una patologia oncologica e quindi non solo ai guariti, «eguaglianza di opportunità nell'inserimento e nella permanenza nel lavoro, nella fruizione dei relativi servizi e nella riqualificazione dei percorsi di carriera e retributivi». Sempre entro inizio luglio 2024 erano attesi anche due provvedimenti - uno a cura del Comitato interministeriale per il credito e il risparmio (Cicr) e l'altro Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass), sentito il Garante privacy - con l'obiettivo di modificare e uniformare moduli, formulari e disciplinare il divieto di

chiedere informazioni sullo stato di salute di chi sta contraendo contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi oltre a formare il personale sull'oblio oncologico. «La legge rappresenta una svolta culturale e giuridica, ma senza i provvedimenti attuativi nei settori chiave - lavoro, credito, assicurazioni - il diritto all'oblio oncologico resta incompleto. E questo ritardo non è solo tecnico: è una grave responsabilità istituzionale. Ogni giorno di silenzio istituzionale è un giorno in cui migliaia di cittadini guariti continuano a subire discriminazioni ingiustificate», avverte Elisabetta Iannelli segretario generale di Favo, la Federazione delle associazioni di volontariato in oncologia.

La legge che riconosce ai cittadini guariti da un tumore il diritto a non dichiarare la precedente malattia dopo dieci anni dalla fine delle cure (5 anni per chi ha ricevuto la diagnosi prima dei 21 anni) è stata celebrata come una grande conquista in un Paese dove vivono quasi 4 milioni di italiani con una diagnosi di tumore, mentre i guariti definitivamente sono almeno un milione. Finora per attuare la legge sono arrivati tre decreti - firmati tutti dal ministero della Salute - che hanno disciplinato le modalità per ottenere il certificato di oblio oncologico, l'elenco delle patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto ai 10 e 5 anni (per gli under 21) standard e infine quello con le disposizioni in materia di adozioni. Degli altri invece si sono perse le tracce, con l'eccezione del decreto per promuovere l'adesione alle politiche attive del lavoro per i guariti di tumore che è finito nei giorni scorsi nel mirino di un question time alla Camera presentato dalla deputata Elena Boschi durante

il quale la ministra del Lavoro Marina Elvira Calderone dopo aver segnalato che «l'attività istruttoria è stata particolarmente complessa», ha assicurato che la procedura per la definizione del decreto attuativo «è in fase di definizione ultima e sarà tempestivamente adottata».

Sul provvedimento dell'Ivass non sono mancate le interlocuzioni con le associazioni dei pazienti che in particolare hanno chiesto di modificare regolamenti, pratiche e formulari in modo da escludere nella valutazione del merito assicurativo i riferimenti a patologie oncologiche trascorse. Introducendo anche un obbligo di informazione e trasparenza in modo che le compagnie assicurative comunichino chiaramente ai clienti il diritto all'oblio e le modalità di esercizio e prevedendo anche la formazione per operatori e broker. «A quasi due anni dall'approvazione della legge sull'oblio oncologico, siamo costretti a constatare con amarezza che le istituzioni competenti non hanno ancora completato il quadro attuativo necessario per renderla pienamente operativa», aggiunge Iannelli che giudica «inaccettabile» che provvedimenti fondamentali - per garantire pari opportunità lavorative, accesso equo al credito e tutela assicurativa a chi ha superato un tumore - siano ancora fermi, ostaggio di una burocrazia che sembra ignorare il valore umano e sociale di questa norma. La legge sull'oblio oncologico non è una concessione: è un diritto. E ogni giorno di ritardo - conclude il segretario Favo - è una ferita aperta per migliaia di cittadini che continuano a subire discriminazioni ingiustificate»

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Lavoriamo tutti insieme per raggiungere l'obiettivo, ma ora facciamo presto»

L'intervista

Maria Elena Boschi

Capo gruppo Italia Viva alla Camera

«**Q**uesta legge ha segnato una svolta, una chiamata alla responsabilità per tutti, comprese banche e assicurazioni. Non voglio fare battaglie politiche su questa materia e quindi ribadisco che bisogna lavorare tutti insieme per raggiungere l'obiettivo, ma ora non perdiamo più tempo». Maria Elena Boschi, capogruppo di Italia Viva alla Camera, è stata la relatrice della legge e pochi giorni fa ha presentato un question time alla ministra del Lavoro Calderone per sapere che fine avesse fatto il decreto attuativo di sua competenza: «Ha detto che arriverà presto. Non voglio fare polemiche, ma ci dia una data e se servono delle risorse, come ha fatto intendere, le trovi in manovra».

E i provvedimenti Cile e Ivass?
Su questo purtroppo non possiamo chiederne conto in Parlamento. Si tratta di organismi indipendenti dal Governo su cui non si possono svolgere interrogazioni. Questo non significa che Governo, Parlamento e società civile non possano fare moral suasion su un

ritardo non giustificabile

Ma banche e assicurazioni magari già rispettano le regole?

Anche se è così non si capisce perché non attuare la legge rivedendo in modo univoco e standardizzato i formulari e attivando come prevede la legge anche la comunicazione al cittadino del suo diritto all'oblio perché qualcuno potrebbe non conoscerlo nel momento in cui gli viene consegnato un formulario che magari è precedente alla legge. I nuovi dovrebbero scriverlo nero su bianco. È una tutela in più.

Ma c'era bisogno della legge?

Absolutamente sì. Ce lo chiedevano prima di tutto i guariti da tumore, le associazioni dei pazienti come Favo e le altre e i medici di Aiom. È stata una grande battaglia che abbiamo fatto tutti insieme e infatti è stata approvata all'unanimità. C'era una grande consapevolezza a livello trasversale sull'importanza di questa legge che è stata ribadita qualche giorno fa anche dal Presidente della Repubblica Mattarella. La malattia oncologica può capitare a chiunque: oggi con i progressi della scienza si

può guarire più che in passato e in futuro si spera ancora di più. Per questo è fondamentale tutelare anche chi guarisce per evitare che subisca discriminazioni odiose.

Come vigilare in futuro?

La legge stessa prevede che il cittadino possa rivolgersi al Garante della privacy e all'autorità giudiziaria per farne garantire il rispetto. Come Parlamento chiederemo di ottenere uno stato dell'arte sull'attuazione. E poi ci sono le associazioni dei pazienti che già oggi fanno un lavoro importante di controllo.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ZANGRILLO SODDISFATTO

Dipendenti pubblici e della sanità, c'è il contratto

Dopo 17 mesi di trattativa serrata è stato firmato l'accordo per il contratto nazionale di lavoro 2022/2024 per gli oltre 430 mila dipendenti degli enti locali: previsti aumenti pari a poco meno del 6%, circa 140 euro. «Questa firma rappresenta un risultato importante per oltre 430 mila dipendenti che operano quotidianamente nelle Regioni, nei Comuni, nelle Province, nelle Città metropolitane e nelle Camere di Commercio», commenta il ministro per la Pubblica Amministrazione Paolo Zangrillo. «L'accordo rappresenta un equilibrio tra le legittime aspettative del personale degli enti locali e la sostenibilità del sistema», afferma il presidente dell'Aran, Antonio Naddeo. Unico sindacato a non firmare

l'accordo è la Cgil: «È un aumento che non copre la perdita dell'inflazione che dal 2021 al 2024 è stata del 16%». Soddisfatta invece la Cisl: «La positiva conclusione di questa trattativa è stata resa possibile solo per la perseveranza e il grande senso di responsabilità, che ci ha sempre contraddistinto», ha detto Daniela Fumarola.

Nel dettaglio, il contratto prevede aumenti medi mensili lordi di 136,76 euro per tredici mensilità, pari al 5,78% del monte salari 2021. Considerando anche lo 0,22% destinato al trattamento accessorio, l'aumento complessivo raggiunge circa 140 euro al mese. Si prevede anche un orario di lavoro più flessibile. In via sperimentale e su base volontaria, i dipendenti potranno distri-

buire le 36 ore settimanali su quattro giorni. Il buono pasto sarà riconosciuto anche a chi lavora in smart working.

Aumenti anche per infermieri, ostetriche, amministrativi e sanitari - in tutto una platea di 581 mila lavoratori - fino a 172 euro lordi al mese, in busta paga già da novembre per gli arretrati 2024-25. E tante novità: dall'ampliamento dei percorsi di carriera alla settimana corta lavorando 36 ore settimanali su 4 giorni. Cgil e la Uil non hanno sottoscritto l'accordo. Zangrillo: «La trattativa è stata molto complicata, ma è fondamentale essere giunti alla fine e con gli aumenti previsti». —



La sanità digitale come nuovo spazio di efficienza e fiducia

DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, C'È UN NUOVO CONFINE DELLA CURA: QUELLO CHE NON SI VEDE. NON È PIÙ SOLO TECNOLOGIA

C'è una rivoluzione silenziosa che sta cambiando la geografia della salute. Non passa per l'apertura di nuovi ospedali, ma per

TESTO REALIZZATO CON AI
la capacità di portare la cura dove prima non arrivava: nelle case, nei piccoli ambulatori, nei quartieri, perfino nei telefoni. Dopo anni in cui il sistema sanitario è stato giudicato solo in base ai posti letto o ai tempi d'attesa, la nuova frontiera è la connessione. Oggi efficienza e prossimità non sono due opposti: sono la stessa cosa.

L'Italia, in questo campo, è un laboratorio interessante. Secondo il ministero della Salute, oltre 480 progetti di telemedicina sono stati avviati tra il 2021 e il 2025, con una copertura che va dai consulti specialistici a distanza alle piattaforme per il monitoraggio dei pazienti cronici. Nel solo 2024, più di 900 mila cittadini hanno usufruito di servizi sanitari digitali integrati nel Fascicolo sanitario elettronico. Ma la vera trasformazione non è nei numeri: è nel modo in cui la relazione di cura cambia pelle. Nelle Marche, un sistema di sensori distribuiti nelle case dei pazienti cardiopatici rileva in tempo reale anomalie di ritmo o pressione e invia allerta automatica ai medici di riferimento. In Lombardia, la piattaforma di teleconsulto per i malati oncologici ha ridotto del 30 per cento gli accessi impropri al pronto soccorso. In Sicilia, il progetto di teleassistenza domiciliare per i diabetici ha portato a un miglioramento del 18 per cento negli indicatori di aderenza terapeutica. Non si tratta solo di efficienza: è un modo nuovo di restituire tempo, fiducia e autonomia alle persone.

Dietro queste esperienze non c'è la freddezza della macchina, ma una diversa idea di umanità. L'intelligenza artificiale, nelle sue applicazioni più evolute, non serve solo a riconoscere pattern o prevedere diagnosi: serve a spiegare. A tradurre dati complessi in linguaggio comprensibile, a rendere visibile ciò che accade nel corpo e nella mente. Lo chiamano "AI spiegabile", ed è già in uso in alcune piattaforme pubbliche per l'analisi delle immagini radiologiche. Invece di sostituire il medico, lo aiuta a comunicare meglio con il paziente. Non è un caso che molte delle start-up più promettenti nel settore sanitario lavorino proprio sul confine

tra tecnologia e fiducia. Minded, nata a Torino, ha sviluppato un'app che combina monitoraggio dell'umore e dialogo guidato con psicologi in carne e ossa. PatchAI, integrata nel gruppo Zuellig Pharma, utilizza modelli predittivi per aumentare la partecipazione dei pazienti alle sperimentazioni cliniche. In entrambi i casi, la chiave è la trasparenza: il paziente capisce come e perché l'algoritmo arriva a un certo consiglio. La fiducia diventa una forma di terapia. Non solo start-up, ma anche aziende italiane con una lunga storia di innovazione stanno ridisegnando il confine tra tecnologia e cura. Tra queste, ab medica, pioniera nel campo della telemedicina, che da oltre due decenni investe in ricerca e soluzioni digitali per rendere la medicina più vicina, personalizzata e continua. Tra i suoi progetti più avanzati c'è Maia, piattaforma intelligente per il monitoraggio remoto dei pazienti cronici e fragili, capace di trasformare i dati in strumenti di prevenzione e dialogo tra medico e paziente. Un esempio concreto di come la tecnologia, quando è ben progettata, diventi parte integrante della fiducia terapeutica.

Naturalmente, la digitalizzazione non cancella le disuguaglianze: rischia, anzi, di moltiplicarle se non accompagnata da formazione e infrastruttura. Il Pnrr ha destinato 2,6 miliardi alla sanità territoriale e digitale, ma gli esperti ricordano che servono non solo piattaforme ma persone in grado di usarle. Secondo Agenas, oggi meno del 40 per cento dei medici di medicina generale utilizza strumenti di telemedicina integrati nei sistemi regionali. La metà dei cittadini non sa cosa sia il Fascicolo sanitario elettronico. La sfida, dunque, è culturale: trasformare la tecnologia in linguaggio comune. La sanità digitale non sostituisce il rapporto umano, ma lo allunga. Dove prima c'era il muro dell'ospedale, ora c'è una linea di continuità. E' la "rete di prossimità" di cui parlano i piani regionali: centri di comunità, case di salute, ambulatori digitali dove il medico di base collabora con specialisti a distanza. In Emilia-Romagna è già realtà un modello ibrido: i medici di famiglia si connettono in tempo reale con i reparti ospedalieri per discutere i casi complessi, riducendo del 25 per cento i ricoveri evitabili. E' una piccola rivoluzione or-

ganizzativa che restituisce tempo agli ospedali e attenzione ai pazienti. Il passaggio "dall'ospedale al territorio" non è solo una formula politica: è una mappa economica. Secondo l'Osservatorio innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano, ogni euro investito in telemonitoraggio fa risparmiare al sistema fino a 2,5 euro in ricoveri, trasporti e giornate di degenza. Ma c'è un ritorno più difficile da misurare: quello sulla fiducia. Dopo la pandemia, il 67 per cento degli italiani dichiara di volere un contatto diretto ma anche digitale con il proprio medico. Anche il modo in cui si produce conoscenza medica sta cambiando. Gli *open data* sanitari - dall'epidemiologia territoriale alle banche dati genetiche - permettono oggi di anticipare tendenze, scoprire correlazioni, personalizzare i protocolli. L'AI entra in gioco per cercare nessi che l'occhio umano non vede, ma la regia resta umana: i comitati etici, i centri di ricerca, le reti cliniche che garantiscono il controllo dei bias e la tutela della privacy. E' l'alleanza fra scienza e trasparenza che rende credibile la digitalizzazione. In fondo, la sanità digitale non è una fuga dalla realtà fisica, ma un ritorno alla concretezza della cura. Significa sapere prima, agire prima, spiegare meglio. Significa che il dato non è un fine, ma un modo per restituire alla medicina la sua essenza: ascoltare, prevedere, accompagnare. Se l'ospedale resta il cuore della sanità, il territorio ne è il respiro. E la tecnologia, in mezzo, è il sistema circolatorio che tiene in vita entrambi. In questa prospettiva, l'efficienza non è solo riduzione dei costi, ma moltiplicazione delle possibilità. Settemila caratteri di futuro, che parlano di medici, cittadini e reti. La sanità che ci aspetta non sarà più "digitale" o "tradizionale": sarà una sanità che sa unire. Come ogni cura ben riuscita.





Servizio L'analisi

Dai dati digitali ai piani per la fragilità: così l'Italia risponde alla sfida sociosanitaria

Regioni e aziende sanitarie hanno ormai chiara la necessità di costruire una sanità capace di dialogare con il sociale ma la partita si giocherà nel prossimo biennio con investimenti anche sul territorio e la piena implementazione del Pnrr

*di Annamaria Di Ruscio *, Marta Rho, ***

3 novembre 2025

L'integrazione tra sanità e sistema socio-assistenziale è uno dei nodi più complessi e urgenti del nostro Paese. L'allarme arriva dai dati della Fondazione Gimbe, che segnalano un sistema sanitario in affanno: risorse in calo, personale insufficiente e un numero crescente di cittadini costretti a rinunciare alle cure.

Un Paese in movimento

Eppure, accanto alle difficoltà, non mancano esperienze e progettualità che indicano la strada verso un modello più integrato. Sulla base della survey realizzata nel primo semestre del 2025, l'analisi di NetConsulting cube evidenzia un quadro in evoluzione. Regioni e Aziende sanitarie hanno ormai chiara la direzione da seguire: costruire una sanità capace di dialogare con il sociale, attraverso piattaforme digitali condivise e percorsi di presa in carico integrati. Ma la distanza tra visione e attuazione resta ancora ampia. Un obiettivo ancora lontano nella realizzazione, ma finalmente riconosciuto come necessario.

Il Fse 2.0 come must

Secondo l'indagine, il 90% indica come priorità lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, pensato per includere non solo dati sanitari ma anche informazioni di natura sociale. Un passo fondamentale per costruire un ecosistema digitale in grado di restituire una visione completa dei bisogni dei cittadini, rendendo più efficace il monitoraggio, soprattutto dei più fragili.

In questa stessa prospettiva, l'84% delle Regioni, il 44% delle Direzioni Generali e il 28% dei Chief Information Officer dichiarano di voler digitalizzare i Piani Assistenziali Individuali (PAI), integrando interventi medici e sociali all'interno di processi condivisi. Tuttavia, database realmente comuni tra le due componenti – sanitaria e sociale – sono oggi presenti solo nell'8% dei progetti digitali.

Restano dunque ampie le lacune da colmare: il livello di maturità digitale dei territori è ancora disomogeneo, le piattaforme regionali non sempre comunicano tra loro e manca uno standard nazionale per l'integrazione dei dati sociali. A ciò si aggiunge l'assenza di una cornice normativa univoca su accesso, condivisione e responsabilità nella gestione delle informazioni.

La cartella sociale, inoltre, è raramente connessa ai sistemi centrali e la sua diffusione procede a macchia di leopardo. Questa frammentazione si traduce in inefficienze e in un uso poco mirato delle risorse, con progetti e investimenti ancora troppo concentrati sull'ospedale e poco sul territorio.

La sfida del territorio

È però proprio sul territorio che Regioni e Aziende Sanitarie sanno di giocarsi la vera sfida.

Un elemento particolarmente significativo emerge guardando alle iniziative rivolte ai pazienti più vulnerabili.

Le progettualità dedicate alla gestione dei pazienti fragili – anziani, disabili, persone con patologie croniche – mostrano una crescente consapevolezza della necessità di integrare sanità e sociale, ma una capacità di attuazione ancora limitata.

Verso l'inclusione dei dati sociali

L'inLa vera novità sta però nella portata delle ambizioni progettuali per il biennio 2025–2026: quasi tutte le Regioni prevedono investimenti mirati per colmare il divario tra visione e attuazione.

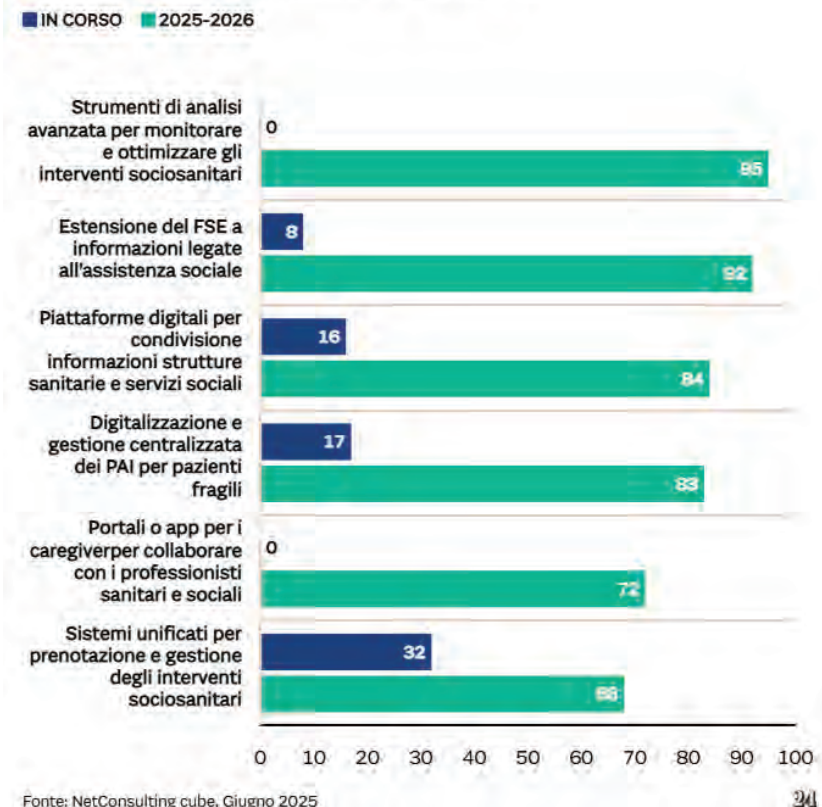
Secondo NetConsulting cube, il 95% delle amministrazioni prevede entro il 2026 l'introduzione di strumenti di analisi avanzata per monitorare e ottimizzare gli interventi socio-sanitari, un ambito oggi ancora del tutto assente. Un'analoga tendenza riguarda l'estensione del Fascicolo Sanitario Elettronico ai dati sociali, attualmente implementata solo nell'8% dei casi ma già programmata dal 92% delle Regioni.

La tendenza è analoga nello sviluppo di piattaforme digitali condivise tra strutture sanitarie e servizi sociali: presenti oggi nel 16% dei casi, ma previste dall'84% delle Regioni nel prossimo biennio. Un andamento simile si osserva nella digitalizzazione e gestione centralizzata dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI), oggi attiva solo nel 17% ma in programma nel restante 83%. Il segnale è chiaro: si punta a costruire un'infrastruttura digitale integrata, capace di rendere davvero coordinata la presa in carico del cittadino.

A completare il quadro, il 72% delle Regioni punta su portali e app dedicate ai caregiver, strumenti destinati a rafforzare il collegamento tra famiglie, operatori e professionisti, favorendo una maggiore continuità assistenziale

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Integrazione tra il servizio sanitario e l'assistenza sociale per gestire pazienti fragili o persone con patologie croniche. Valori in %



Digitalizzare i percorsi di cura

Un andamento simile emerge anche nei progetti di personalizzazione dei percorsi di cura, che combinano risorse mediche e sociali per migliorare la presa in carico dei pazienti più fragili.

Anche in questo caso l'attuazione, per ora, resta limitata, ma il potenziale di trasformazione è evidente.

Solo l'1% dispone oggi di sistemi di business intelligence per l'analisi congiunta dei dati sanitari e sociali, ma l'88% ne prevede l'attivazione entro il 2026: un segnale di chiara volontà di passare da una gestione reattiva a una capacità predittiva e di programmazione.

Gli strumenti digitali per la progettazione e il monitoraggio di percorsi personalizzati, che rappresentano la chiave per un approccio realmente integrato, sono attivi nell'8% dei casi ma in sviluppo nel 92%.

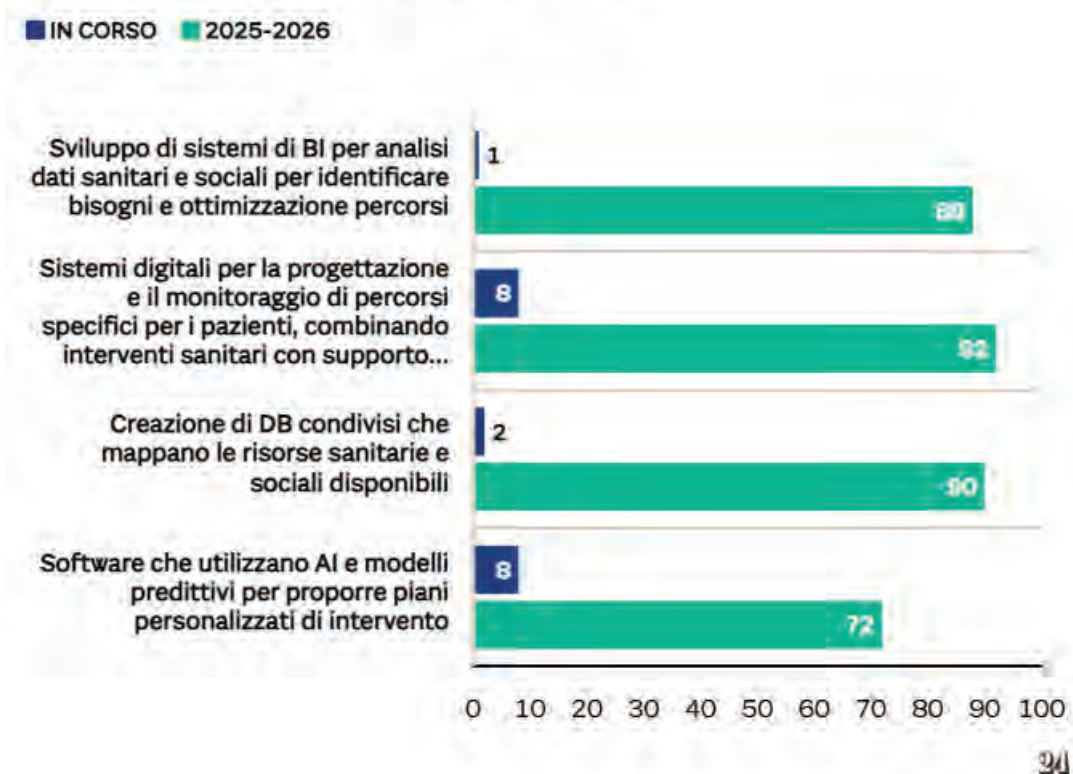
Parallelamente cresce l'impegno per la creazione di database condivisi per mappare in modo sistematico le risorse sanitarie e sociali disponibili: un'infrastruttura oggi attiva solo nel 2% dei casi, ma in fase di progettazione nel 90% delle Regioni.

L'AI in campo

Analogamente, cresce l'interesse per soluzioni basate su intelligenza artificiale e modelli predittivi per la pianificazione e la personalizzazione degli interventi: oggi presenti nell'8% dei casi, ma previste nel 72% entro due anni.

PERCORSI CON RISORSE MEDICO-SOCIALI INTEGRATE

Progetti di personalizzazione con la creazione di percorsi specifici che combinano risorse mediche e sociali. *Valori in %*



Percentuali altissime, che testimoniano un fermento progettuale senza precedenti. Ma la domanda resta: la sanità italiana saprà trasformare questi progetti in un vero modello di integrazione con il sociale?

Dal punto di vista della spesa in Information Technology, le stime di NetConsulting cube mostrano segnali incoraggianti, che indicano una possibile evoluzione positiva nei prossimi anni.

Dove si investe

La parte più consistente degli investimenti, attuali e stimati, continua ad essere quella dei sistemi clinici e ospedalieri, che assorbono la quota maggiore della spesa: da 702 milioni nel 2022 a quasi 1 miliardo stimato entro la fine del 2025. Nel 2024 questa voce rappresenta il 45% del totale, con un valore di 892 milioni. Si tratta di un trend fisiologico destinato a mantenersi stabile nei prossimi anni con tassi di crescita costanti e che riflette esigenza di modernizzare le infrastrutture cose, digitalizzare i flussi clinici e garantire la piena integrazione con i sistemi regionali e nazionali.

I sistemi amministrativo-contabili, direzionali e delle risorse umane incidono invece per il 21% del totale e hanno raggiunto nel 2024 un valore di 407 milioni (+3,5%). La crescita di questo settore è ormai matura, non si prevedono incrementi significativi nei prossimi anni.

Accanto a queste componenti "core", emergono dinamiche di crescita più interessanti sul piano strategico. Gli applicativi socio-assistenziali e territoriali, pur partendo da valori più contenuti, crescono del 41% tra il 2022 e il 2025 (da 82 a 116 milioni), segnalando una crescente attenzione verso la dimensione territoriale della cura e la gestione integrata dei pazienti fragili.

Il fattore Pnrr

Ancora più marcato è l'incremento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e della telemedicina, sostenuti in gran parte dai finanziamenti del Pnrr. Il FSE passa da 123,9 milioni nel 2022 a 181

milioni stimati per il 2025 (+46%), mentre la telemedicina quasi raddoppia nello stesso periodo (+116%, da 69 a oltre 150 milioni). Nel solo 2024, la spesa IT per la telemedicina ha raggiunto i 129 milioni di euro (+17,6%), con una crescita prevista del 16% nel 2025 e del 13,8% nel 2026. Nei prossimi anni, per il FSE, è invece atteso un rallentamento fisiologico, a fronte delle risorse già investite.

Un'ulteriore area in espansione è quella dei sistemi di accoglienza (prenotazioni, anagrafiche, front office digitali), stimati a passare da 189 milioni nel 2022 a 240 milioni nel 2025. Un segnale del costante e progressivo investimento sulla user experience del cittadino e sull'accesso ai servizi di prossimità.

Ambito socio-assistenziale, FSE, telemedicina e accoglienza rappresentano i pilastri tecnologici dell'integrazione tra sanità e sociale, condizione necessaria per un sistema davvero connesso, equo e sostenibile.

Uno sguardo al futuro

Con il Pnrr ormai prossimo all'esaurimento, l'Italia dovrà individuare nuove leve finanziarie e organizzative per dare continuità agli investimenti e trasformarli in risultati strutturali.

Le priorità restano chiare: rafforzare i modelli territoriali, garantire l'integrazione tra sanità e sociale anche sul piano dei dati e promuovere una nuova cultura dell'innovazione. La vera sfida sarà tradurre la logica del progetto in una politica di sistema, capace di connettere risorse, competenze e governance. Fermarsi ora significherebbe disperdere tutto il lavoro sin qui svolto e trasformarlo in solo debito.

Di questi temi – e di come costruire la prossima fase della sanità digitale italiana – si parlerà alla Digital Health Conference (DHC), luogo di confronto tra istituzioni, imprese e professionisti del settore in programma il prossimo 5 e 6 Novembre, organizzato da GGallery e NetConsulting cube.

** NetConsulting cube*

Sul fine vita pdl Lega per l'assistente spirituale laico

Dare vita alla figura dell'assistente spirituale nell'ambito delle reti di cure palliative. Per poter dare una mano nel momento in cui «la persona assistita e i suoi familiari vivono le fasi più fragili dell'esperienza umana». È il senso della proposta di legge che, mentre in Senato si discute delle norme sul fine vita, la Lega lancia alla Camera per

riconoscere questa figura professionale che «possa ascoltare e accompagnare la persona in un percorso interiore capace di ricondurre la sofferenza a un orizzonte di senso, attingendo a risorse interiori, convinzioni ed esperienze proprie». Una figura «laica» nelle intenzioni del primo firmatario, Augusto Marchetti, tenendo presente che «non andrebbe a

sostituire alcuna figura religiosa, ma si integrerebbe nel lavoro di medici, psicologi e operatori sanitari».



Salute 24

L'intervista Coscienza invisibile La ricerca è italiana

Francesca Cerati — a pag. 25

L'intervista. Marcello Massimini. Dagli studi del neuroscienziato dell'Università di Milano il metodo oggettivo per distinguere chi è davvero incosciente da chi, nel silenzio del coma, è ancora cosciente

La ricerca italiana che misura la coscienza invisibile

Francesca Cerati

Quando il corpo tace e il cervello non risponde, come sapere se dentro c'è ancora qualcuno? È la domanda che guida la ricerca di Marcello Massimini, professore di Fisiologia all'Università degli Studi di Milano e Senior fellow del Canadian Institute for advanced research, tra i protagonisti, il 10 novembre, di "Sviluppo ed evoluzione: pensare al futuro", ciclo di incontri promosso dall'Accademia delle Scienze e delle Lettere di Milano. Il suo gruppo lavora da anni su un metodo che permette di misurare la coscienza anche quando il comportamento non può rivelarla: il Perturbational complexity index (Pci).

Professore, che cosa intendiamo quando parliamo di coscienza in medicina?

La coscienza è tutto ciò che scompare quando entriamo in un sonno profondo o sotto anestesia: quel senso di esistenza intrinseca che rimane anche nel buio e nel silenzio assoluto. Ognuno di noi sa di essere cosciente, e sa che la propria coscienza svanisce e ritorna. Il problema nasce quando dobbiamo giudicare la coscienza altrui che non è direttamente osservabile: dobbiamo desumerla da segnali indiretti, come il comportamento. È il principio delle scale del coma: se il paziente

reagisce, lo riteniamo cosciente; se non lo fa, lo consideriamo privo di coscienza. Ma questo metodo può fallire.

Quanto spesso accade che il comportamento inganni?

Le ricerche mostrano che circa un paziente su cinque classificato come non responsivo presenta in realtà una forma di coscienza residua. Si tratta di persone sveglie ma incapaci di muoversi o comunicare, come nei casi di "locked-in syndrome" o di stato di minima coscienza. In questi casi la coscienza c'è, ma non si manifesta. Serve allora un approccio che la misuri per ciò che è, non per ciò che fa.

È qui che nasce il Pci?

Sì. L'obiettivo è individuare una misura quantitativa della coscienza, indipendente dal comportamento. Il Pci nasce dalla combinazione di una stimolazione magnetica transcranica (Tms) e dall'elettroencefalografia (Eeg). Un breve impulso magnetico viene inviato a una zona della corteccia cerebrale, e i sensori dell'Eeg registrano come l'attività si propaga nel cervello. È come mandare un segnale radar dentro una nuvola: nei cervelli coscienti l'eco rimbalza in maniera diffusa, complessa e coordinata, attraversando molte aree; nei cervelli incoscienti, invece, l'eco si spegne subito, restando locale, segno che le aree non "dialogano" più tra loro. Da questa differenza

nasce un numero, l'indice di complessità perturbazionale: più la risposta è articolata, più è alta la probabilità che la persona sia cosciente.

Avete verificato che questo indice funzioni anche in stati fisiologici, come il sonno o l'anestesia?

Sì, ed è stato un passaggio cruciale. Abbiamo misurato il Pci in soggetti sani durante il sonno profondo, il sogno, l'anestesia e il risveglio, confrontando i risultati con quelli dei pazienti non responsivi. La coerenza dei dati è sorprendente: quando la coscienza sparisce – come nel sonno senza sogni o sotto anestesia profonda – il Pci scende drasticamente; quando ritorna, aumenta. Questo ci dà fiducia nel fatto che stiamo misurando qualcosa di reale, non un artefatto statistico.

Quali sono oggi le applicazioni cliniche?

«Il Pci è già in uso in diversi centri italiani, tra cui la Fondazione Don Gnocchi di Milano, con cui



collaboriamo da anni, e in laboratori statunitensi come l'Università del Wisconsin e il Massachusetts General Hospital di Boston, dove lo stanno testando su campioni diversi per arrivare a rendere questa misura uno strumento affidabile e accessibile a tutti. Lo scopo è validare lo strumento in diverse condizioni di perdita o alterazione della coscienza, per capire quanto la misura possa aiutare nella diagnosi e nel monitoraggio dei pazienti non responsivi. È un'informazione preziosa per la gestione clinica.

Come viene usato concretamente in ospedale e quali sono le prospettive?
Il test dura pochi minuti, è indolore e non invasivo. Serve come supporto alla diagnosi, per distinguere gli stati di minima

coscienza da quelli vegetativi e in futuro potrà essere utilizzato per monitorare nel tempo i cambiamenti nello stato di coscienza dei pazienti e per affinare le decisioni cliniche. Stiamo lavorando per rendere la tecnologia più compatta e automatizzata, in modo che possa essere usata anche nei reparti di rianimazione. Il Pci non sostituisce il giudizio clinico, ma lo integra, permettendo di orientare le scelte terapeutiche con maggiore precisione.

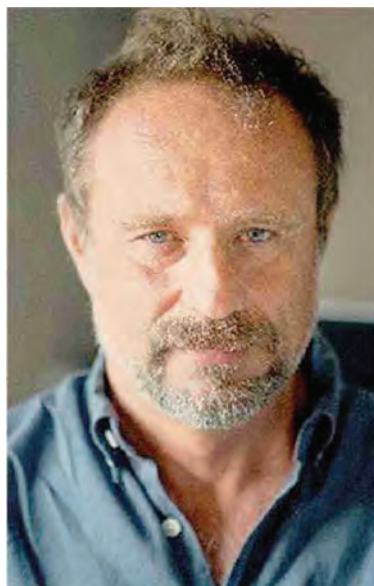
Nel suo intervento all'Accademia delle Scienze e delle Lettere lei parlerà anche dei sistemi artificiali, come ChatGpt. Che relazione c'è con la coscienza umana?

L'analogia è utile proprio per capire il limite del nostro modo di inferire. Nel paziente

silenzioso rischiamo di negare la coscienza dove c'è; nel sistema artificiale rischiamo di attribuirle dove non c'è. In entrambi i casi confondiamo il comportamento con l'esperienza. Il Pci e altre misure simili servono a fondare questa distinzione su basi fisiche e verificabili, non su impressioni. Solo così possiamo affrontare in modo maturo il tema della coscienza, umana o artificiale che sia.

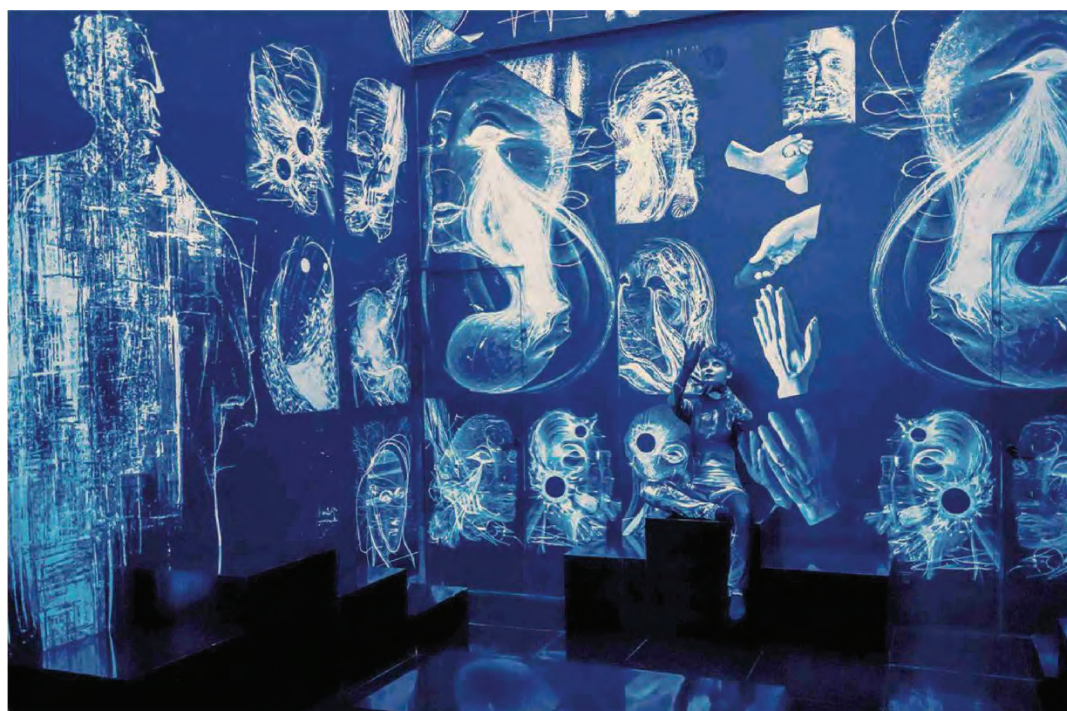
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Perturbational complexity index (Pci) apre nuove prospettive nella diagnosi dei disturbi della coscienza. Dal sonno profondo al coma, la complessità del cervello racconta chi è presente a se stesso



Marcello Massimini.

Professore di Fisiologia umana all'Università degli Studi di Milano e Senior fellow del Canadian Institute for advanced research



Neurofisiologia clinica.

Con un impulso magnetico e un tracciato elettroencefalografico è possibile vedere la differenza tra un cervello acceso e uno spento. Funziona come un radar: si manda un segnale all'interno del cervello e poi si legge la complessità dell'eco elettrico di ritorno



Nel lato oscuro del Dna è nascosto il futuro della prevenzione

Conoscere fin dall'infanzia la predisposizione genetica all'obesità o all'ipertensione permetterà un giorno di impostare percorsi di prevenzione personalizzati e ridurre in modo significativo il rischio di malattia. Alla base di questa prospettiva c'è la nostra conoscenza del Dna non codificante, una vasta porzione del genoma, circa il 98%, che non produce proteine. Per anni definito "dark Dna", o Dna spazzatura perché considerato privo di funzioni, oggi la ricerca ha capito che invece rappresenta la rete di controllo che regola l'attività dei geni e condiziona molti processi alla base della salute e delle malattie. «Le regioni non codificanti - spiega Nicola Pirastu, biologo e responsabile dell'Unità di Biostatistica del Centro di ricerca per la genomica dello Human Technopole - controllano l'attivazione dei geni che codificano per le proteine. Non cambiano la qualità delle proteine prodotta, ma la quantità o la loro presenza in un certo tipo di cellula. In questo senso, funzionano come un sistema di regolazione fine che risponde anche a stimoli ambientali».

È proprio nel Dna non codificante che si concentra la maggior parte delle varianti genetiche associate alle malattie comuni. «La gran parte delle varianti che studiamo - afferma Pirastu - sono ereditarie e si concentrano nel Dna non codificante agendo quindi più come manopole del volume piuttosto che come interruttori». Cambiare quanto e quando viene prodotta una proteina può bastare a determinare un rischio più alto o più basso di sviluppare una malattia.

Un caso interessante riguarda l'ipertensione. «Nei giapponesi - racconta Pirastu - il gene più associato alla pressione alta è quello che codifica una proteina epatica che metabolizza l'alcol. Chi ha una variante che ne riduce l'attività non riesce a metabolizzare bene l'alcol, si sente male quando beve e quindi tende a bere meno: di fatto, questo lo protegge dall'ipertensione. Chi invece ha la variante opposta non avverte fastidi e tende a bere di più, aumentando il rischio. Anche se questa variante cambia la proteina, il suo impatto finale viene fortemente modificato da varianti che invece agiscono sulla quantità».

Nei tumori, le varianti nel Dna non codificante possono agire da interruttori di predisposizione. «Oggi possiamo sommare l'effetto di milioni di varianti e calcolare un polygenic risk score, cioè un

punteggio di rischio genetico - dice l'esperto - Nel tumore della mammella, per esempio, chi si trova nel gruppo più alto di rischio non solo ha una probabilità maggiore di ammalarsi, ma tende a sviluppare la malattia prima».

Nel cancro, aggiunge, è importante capire se la variante è ereditaria o comparsa nel tempo. Entrambe possono agire su regioni regolatorie del Dna e alterare i meccanismi che controllano la crescita cellulare. Capire questi legami aiuta non solo a stimare il rischio, ma anche a individuare nuove strategie terapeutiche. «Già solo comprendere perché una certa variante porta alla malattia permette di capire su quali processi intervenire, anche in modo preventivo. Alcune aziende stanno già sperimentando terapie geniche per il colesterolo alto nate proprio da questi studi».

Allo Human Technopole Nicola Pirastu collabora a due progetti di ricerca guidati dalla professoressa Nicole Soranzo: Cardinal e Molisani. «Con Cardinal analizziamo oltre 6.000 persone, studiando migliaia di cellule immunitarie per ciascuna. Vogliamo capire come le variazioni genetiche influenzano l'espressione dei geni nelle singole cellule immunitarie».

Il secondo progetto, Molisani, realizzato con l'Istituto Neuromed, coinvolge 25.000 molisani e serve a valutare se i modelli di rischio genetico sviluppati nel Nord Europa siano applicabili anche alla popolazione italiana. «Ci aiuterà a capire se e come strumenti come i polygenic risk score possano essere usati anche nella salute pubblica». Il passo successivo è infatti tradurre queste conoscenze nella medicina quotidiana, e rendere queste informazioni utili per il medico.

Il costo del sequenziamento oggi non è più un ostacolo. «Quello che manca - conclude Pirastu - è la capacità di integrare i dati genetici nella pratica clinica. Il Regno Unito lo sta già facendo. Anche in Italia abbiamo le competenze e la ricerca per trasformare la conoscenza genomica in salute pubblica».

— **Michela Moretti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medicina di precisione. Il Dark Dna è il nuovo protagonista



Farmaci e dispositivi: le aziende chiedono di superare il payback

Sanità

Le filiere di Farindustria
e Confindustria Dm
invocano misure più incisive

Marzio Bartoloni

Il payback torna nel mirino delle imprese che riforniscono il Servizio sanitario nazionale dei preziosi farmaci e dispositivi medici (dalle siringhe alle Tac). Nelle audizioni di ieri in commissione Bilancio sulla parte sanitaria della manovra di bilancio le due filiere industriali hanno chiesto più coraggio nel superamento di questo «meccanismo perverso» che prevede il ripiano in caso di superamento dei tetti di spesa e che è ormai diventato «insostenibile» per le aziende e soprattutto poco attrattivo per gli investimenti.

«Occorre eliminare o ridurre fortemente le barriere non tariffarie che comprimono la spesa, a partire dal payback, migliorare le condizioni e i tempi di accesso ai farmaci, mantenere la possibilità per le aziende di praticare sconti, anche confidenziali, al Ssn in forma cash, per non penalizzare l'Italia nei confronti internazionali dei prezzi», ha spiegato ieri il presidente di Farindustria, Marcello Cattani, nella sua audizione che vede però anche alcuni segnali positivi in manovra come l'abolizione del payback sulla spesa convenzionata e l'aumento dei tetti di spesa dello 0,25 per cento. Per Cattani però «è necessario e urgente aumentare il tetto della spesa per acquisti diretti dell'1% o almeno dello 0,5%, escludendo dalla spesa soggetta al tetto i plasmaderivati e in-

roducendo da subito meccanismi value-based di misurazione della spesa all'interno del percorso terapeutico» che superino appunto il payback definitivamente dal 2027.

Sulla stessa scia il presidente di Confindustria dispositivi medici Fabio Faltoni che giudica positivamente il rialzo del tetto di spesa per il settore che con la manovra sale dal 4,4% al 4,6%, «un significativo segnale, ma una risposta ancora parziale e di breve respiro». Per Faltoni è «un ritocco che non cambia nei fatti l'inadeguatezza di un tetto fissato oltre dieci anni fa» inadeguato rispetto all'effettiva spesa che «si attesta tra il 6 e il 6,5% se scomputiamo dal calcolo i servizi e le grandi apparecchiature, e sale oltre il 7% se li includiamo» e che contribuisce a far lievitare il payback a carico delle aziende del settore che hanno pagato un saldo di 500 milioni

per il triennio 2015-2018 e che ora chiedono di «mettere la parola fine a questo meccanismo folle che si autoalimenta di anno in anno».

Da Aiop (l'ospedale privato) giudizi positivi sulla possibilità prevista in manovra di incrementare di un punto gli acquisti di prestazioni dal privato così come l'aumento delle risorse per aggiornare le tariffe dei ricoveri ospedalieri così come delle prestazioni ambulatoriali giudicate «una premessa per una evoluzione nelle prossime annualità» e che secondo Gabriele

Pelissero presidente Aiop potrebbero aiutare le aziende a rinnovare i contratti del personale fermi da tempo. Anche la Fnopi (la Federazione degli Ordini delle professioni sanitarie) con la sua presidente Barbara Mangiacavalli parla di «misure positive» relative all'aumento dell'indennità di specificità in busta paga, «un fattore motivazionale utile per fidelizzare gli infermieri al Ssn». La Fondazione Gimbe invece ribadisce il rischio definanziamento: «A fronte di miliardi sbandierati in valore assoluto - spiega il presidente Nino Cartabellotta - la sanità pubblica ha perso in quattro anni l'equivalente di una legge di bilancio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio Audizioni

Ddl Bilancio: nuovo altolà delle imprese al payback su farmaci e dispositivi medici

Per Gimbe la crescita del Fondo sanitario sarà ristretta al solo 2026, poi buio pesto. Infermieri soddissfatti delle misure previste dalla manovra

di Ernesto Diffidenti

3 novembre 2025

“Occorre eliminare o ridurre fortemente le barriere non tariffarie che comprimono la spesa, a partire dal payback, migliorare le condizioni e i tempi di accesso ai farmaci, mantenere la possibilità per le aziende di praticare sconti, anche confidenziali, al Ssn in forma cash, per non penalizzare l'Italia nei confronti internazionali dei prezzi”. Lo ha detto il presidente di Farindustria, Marcello Cattani, nell'audizione sul ddl Bilancio alle commissioni riunite Bilancio di Camera e Senato riconoscendo “il percorso costruttivo” intrapreso dall'attuale legislatura. Secondo Cattani “è necessario e urgente aumentare il tetto della spesa per acquisti diretti dell'1% o quantomeno dello 0,5%, escludere dalla spesa soggetta al tetto i plasmaderivati e introdurre da subito meccanismi value-based di misurazione della spesa all'interno del percorso terapeutico”. “Una logica in investimento e di reale efficienza - continua - che può consentire di avviare un percorso di superamento del meccanismo stesso del payback, potrà essere completata nell'ambito del Testo unico sulla legislazione farmaceutica, che rappresenta una opportunità molto positiva di modernizzazione del sistema”.

Dispositivi medici: aggiornare i fabbisogni in tempo reale

Per Fabio Faltoni, presidente di Confindustria Dispositivi Medici, “l'aumento del tetto di spesa per i dispositivi medici dal 4,4% al 4,6% per il 2026 è indiscutibilmente necessario: rappresenta un significativo e atteso segnale da parte del Governo, una risposta concreta, seppur parziale e di breve respiro, alle richieste del settore”. Un passo avanti, ma non basta. “È un ritocco - spiega - che non cambia nei fatti l'inadeguatezza di un tetto fissato oltre dieci anni fa, che resta assolutamente insufficiente rispetto al reale fabbisogno del settore, che si attesta tra il 6 e il 6,5% se scomputiamo dal calcolo i servizi e le grandi apparecchiature, e sale oltre il 7% se li includiamo”. Per Faltoni occorre “istituire da subito uno standard di monitoraggio in grado di calcolare e aggiornare in tempo reale i fabbisogni e, chiuso il quadriennio 2015-18, mettere fine al meccanismo folle del payback che si autoalimenta di anno in anno anche rendendo permanente il Tavolo sul payback avviato dal ministero dell'Economia lo scorso marzo”.

Gimbe: crescita solo nel 2025, poi buio pesto

“L'apparente aumento delle risorse maschera un definanziamento strutturale: tra il Fondo sanitario nazionale (Fsn) effettivo e quello che si sarebbe ottenuto mantenendo il livello di finanziamento stabile al 6,3% del Pil nel 2022, si registra un gap cumulato di 17,5 miliardi nel periodo 2023–2026”. Lo afferma il presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta,

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

nell'audizione sul ddl Bilancio alle commissioni Bilancio riunite di Camera e Senato, sottolineando che "a fronte di miliardi sbandierati in valore assoluto, la sanità pubblica ha perso in quattro anni l'equivalente di una legge di bilancio, mentre per cittadini e Regioni crescono liste di attesa, spesa privata e diseguaglianze di accesso". Il boom di risorse, aggiunge Cartabellotta "riguarda esclusivamente il 2026, quando il Fsn crescerà di € 6,6 miliardi (+4,8%) rispetto al 2025, grazie a 2,4 miliardi previsti dalla manovra 2026 e, soprattutto, a 4,2 miliardi già stanziati con le precedenti manovre, in gran parte già allocati per i rinnovi contrattuali del personale sanitario". "Nel biennio successivo - conclude - la crescita del Fsn in termini assoluti è irrisoria: 995 milioni (+0,7%) nel 2027 e € 867 milioni (+0,6%) nel 2028".

Fnopi: positive le misure per gli infermieri

"Esprimiamo apprezzamento per le previsioni contenute nella legge di Bilancio 2026, che dimostrano attenzione sui problemi della sanità in Italia e un segnale concreto verso le professioni infermieristiche". Lo afferma Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi) nell'audizione delle Commissioni Bilancio riunite di Camera e Senato sul ddl Bilancio, sottolineando che "le misure previste rappresentano un importante riconoscimento dell'essenzialità e del valore del ruolo degli infermieri all'interno del Servizio sanitario nazionale, collocandosi nel solco della continuità rispetto a quanto già previsto dalla scorsa manovra". La Fnopi accoglie "positivamente la previsione di aumenti retributivi attraverso l'ulteriore incremento dell'indennità di specificità infermieristica, da 285 a 480 milioni, nonché la tassazione agevolata con imposta sostitutiva al 15% sui compensi erogati per prestazioni aggiuntive svolte dal personale sanitario".

Innovare per la salute: la sfida sostenibile di Gsk in Italia

Nuova strategia

La via dell'Ad Biroccio

Sostenibilità e innovazione. Trovare la ricetta per far convivere questi due fattori chiave di sviluppo per la sanità rappresenta la vera, grande sfida per il domani. Ma c'è forse una parola chiave che può mettere a sistema complessità apparentemente così difficili da aggregare ed è collaborazione. Perché proprio attraverso un percorso che comprenda tutti i diversi stakeholder impegnati per la salute delle persone e di un Servizio sanitario pubblico come il nostro, modello su scala internazionale, si può arrivare a disegnare il futuro. A prospettare queste indicazioni è Antonino Biroccio, nato a Reggio Calabria nel 1973, da ieri General manager di Gsk Italia oltre che presidente e amministratore delegato di Gsk Spa. Laureato in Chimica farmaceutica con dottorato in Genetica e Biologia molecolare, Biroccio ha assunto le redini delle attività nel nostro Paese da Fabio Landazabal, destinato a divenire responsabile del Gruppo per l'America Latina. Il pensiero del manager si basa sul valore che come Paese e mondo aziendale possiamo produrre e realizzare. «Abbiamo

un sistema sanitario universale invidiato, università e ricercatori sopraffini e maestranze che sanno tradurre in eccellenza i progetti e le produzioni più complicate – è il suo commento. Per questo in Europa, nel settore farmaceutico, siamo secondi solo alla Germania e riusciamo ancora ad attrarre investimenti in un mondo globalizzato». In questo quadro, che vede Gsk presentare sul territorio nazionale un centro direzionale a Verona, due centri ricerca a Siena e stabilimenti a Rosia e Parma, con 1,6 miliardi di euro di fatturato di cui un terzo all'export in oltre 100 paesi di tutto il mondo, nella visione del manager occorre puntare la barra sull'innovazione. Con l'azienda Pharma che deve rappresentare un naturale motore di discussione, di condivisione di esperienze, di analisi che ne dimostrino il valore, anche in ambiti complessi come quello dell'oncologia del futuro e dei farmaci "intelligenti". Un esempio per tutti: l'Italia può diventare una sorta di "caso di studio", con una demografia che ci posiziona tra i Paesi più "anziani" nel vecchio continente. «Le vaccinazioni raccomandate per adulti fragili, se corretta-

mente organizzate in tutto il Paese, porterebbero un risparmio di oltre 10 miliardi di euro, pari a una finanziaria – è il commento di Biroccio -. L'obiettivo primario del mio mandato sarà quello di contribuire a favorire l'innovazione, quella vera, che una volta introdotta migliora le condizioni di salute e di vita, di prosperità economica, generando attrattività e competitività, con un occhio di riguardo alla coperta corta dei costi, in particolare quelli sanitari, messi severamente sotto pressione da una popolazione in progressivo invecchiamento, con maggiori necessità di salute».

— **Federico Mereta**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANTONINO BIROCCIO
Nuovo General manager di Gsk Italia, presidente e Ad di Gsk Spa



Tecnologia che cura. L'umanità della medicina di precisione

LE NUOVE MACCHINE DIAGNOSTICHE ENTRANO NEL CUORE DELLA CURA E CAMBIANO IL MODO IN CUI INTENDIAMO LA SALUTE

La medicina ha cambiato accento. Non parla più solo il linguaggio del bisturi, ma quello del dato. Non misura soltanto la febbre: misura il futuro. La

TESTO REALIZZATO CON AI
tecnologia entra nel cuore della cura come un nuovo battito, invisibile ma costante, e cambia il modo stesso in cui intendiamo la salute: non più un atto di riparazione, ma un processo continuo di ascolto, previsione, prevenzione.

Le nuove macchine diagnostiche riconoscono lesioni che sfuggono persino all'occhio più esperto. I software di *imaging* non guardano: interpretano. Scandagliano, confrontano, prevedono. L'intelligenza artificiale impara a leggere la trama invisibile delle cellule e a segnalare l'anomalia prima che diventi malattia. E' una rivoluzione silenziosa, fatta di algoritmi e sensibilità, di precisione che si fa compassione.

Non è più la medicina che arriva dopo, ma quella che arriva prima. Prima della crisi, prima del dolore. La prevenzione, che un tempo era un invito morale ("fate i controlli"), oggi è una tecnologia: sensori che monitorano, dispositivi che segnalano, piattaforme che incrociano miliardi di dati per dire al medico e al paziente che qualcosa sta cambiando. La diagnosi precoce non è più fortuna, è metodo.

In questa nuova topografia della cura, il confine tra corpo e macchina si dissolve. Non per sostituire l'uomo, ma per renderlo più acuto. Il chirurgo che opera guidato da una visione 3D aumentata non è meno umano: è un umano potenziato nella precisione. Il radiologo che si affida a un algoritmo

di supporto non delega il giudizio: lo affina. La tecnologia, quando è usata con intelligenza, non ruba mestiere: restituisce tempo.

C'è qualcosa di profondamente etico in questa nuova alleanza tra scienza e codice. Perché la cura, per funzionare, ha bisogno di attenzione, e l'attenzione oggi passa anche per la capacità di analizzare, correlare, anticipare. L'errore clinico non è più solo un inciampo umano: è un fallimento del sistema informativo. E così la responsabilità si allarga, diventando collettiva, quasi ecologica. Eppure, mentre la medicina si fa predittiva, cresce anche il bisogno di non ridurre la salute a un grafico. Perché nessun algoritmo può misurare l'ansia di un'attesa, o la paura di una diagnosi. La nuova medicina deve imparare a integrare il dato con l'emozione, la statistica con la storia individuale. Ogni paziente è un insieme di numeri e di narrazioni, e la qualità della cura dipenderà dalla capacità di connettere le due dimensioni. In questo senso, l'intelligenza artificiale è una lente, non un oracolo: illumina, ma non decide. E' l'uomo, ancora, a dare senso a ciò che vede. La vera sfida sarà formare medici capaci di leggere un referto e un algoritmo con la stessa lucidità, e di capire quando fidarsi dell'uno dell'altro.

Naturalmente, la tecnologia non è infallibile. Un algoritmo può sbagliare, un dato può essere mal raccolto, un modello può rispecchiare un pregiudizio. Ma la forza del progresso non sta nell'infallibilità: sta nella trasparenza. La medicina digitale deve restare spiegabile, verificabile, discus-

sa. Ogni linea di codice, come ogni diagnosi, deve potersi raccontare. E' lì che la fiducia prende forma.

Il nuovo volto della cura non è fatto di pixel, ma di prossimità. La connessione diventa carezza, il monitoraggio diventa attenzione. Il paziente non è più un corpo da aggiustare, ma una persona da accompagnare in un percorso continuo, dove la tecnologia amplifica, non sostituisce, la sensibilità clinica.

Così la medicina di precisione si trasforma in medicina della persona. Perché curare con più dati non significa curare con meno empatia. Significa ascoltare meglio, prevedere prima, intervenire con più rispetto del tempo biologico di ciascuno. La macchina non toglie l'umanità alla cura: la rende più esatta, e dunque più umana.

Il futuro della medicina non sarà un trionfo di robot, ma una nuova grammatica della fiducia. L'innovazione, quando è ben calibrata, non allontana il medico dal paziente: lo mette più vicino. Lo libera dalle incombenze per restituirgli la sua funzione più antica e più nobile: capire, spiegare, prendersi cura. E allora sì, la tecnologia cura. Non perché guarisce da sola, ma perché ricorda all'uomo che la precisione, in fondo, è una forma di amore.

L'intelligenza artificiale impara a leggere la trama invisibile delle cellule e a segnalare l'anomalia prima che diventi malattia. È una rivoluzione silenziosa, fatta di algoritmi e sensibilità, di precisione che si fa compassione



Innovazione tecnologica in corsia (e a casa)

Il robot Pepper è diventato assistente «in prova» degli anziani

Pepper, il robot umanoide, reso «intelligente» dal Rice-Dibris (Dipartimento di Informatica, Bioingegneria, Robotica e Ingegneria dei Sistemi) dell'Università di Genova, ha iniziato a «scaldare i suoi algoritmi», per la prima volta in Italia in due trial clinici.

Nel primo, coordinato dal Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze dell'Università di Modena e Reggio Emilia (UniMoRe), sta per entrare in casa di persone affette da declino cognitivo - demenza o MCI (Mild Cognitive Impairment) - per aiutarle a combattere l'apatia, uno dei sintomi comportamentali più frequenti e disturbanti.

Nell'altro, condotto al Policlinico San Martino di Genova, Pepper ha invece già iniziato a «lavorare» nei reparti di Geriatria e OrtoGeriatria per verificarne la capacità di ridurre l'incidenza del delirium. «La fase di configurazione del robot è stata molto impegnativa, perché l'ambiente dell'ospedale fa sorgere problematiche nuove — spiega Antonio Sgorbissa, professore ordinario di

Robotica al Dibris —. La connessione in rete non funziona altrettanto bene in tutte le aree, alcune persone hanno difficoltà a udire o a parlare, essere a letto non è ottimale per l'interazione con il robot. Sono tutte sfide importanti, in cui abbiamo imparato molto. Ora comincia la sfida più grande, con i primi partecipanti reclutati per il trial: se le cose vanno come speriamo, potremmo aver trovato un impiego davvero importante per la tecnologia dei robot sociali».

Nella fase preliminare, al San Martino, sono stati coinvolti 12 pazienti. La maggior parte (donne, età media 86 anni) ha accolto con curiosità e simpatia l'ospite artificiale. Solo quattro hanno preferito non proseguire dopo il primo incontro. Le reazioni sono state in gran parte positive: una paziente ha raccontato entusiasta l'esperienza alla figlia, un'altra ha registrato un video per il nipote.

In un caso, una donna che aveva poi sviluppato delirium ricordava comunque l'interazione con il robot, segno della traccia mnestica lasciata dall'esperienza. «A oggi sono due i pazienti arruolati nella seconda par-

te dello studio, nella quale sarà comparata la gestione del delirium "standard" rispetto a quella con il robot — spiega Alessio Nencioni, ordinario di Medicina Interna e Geriatria all'Università di Genova —. La prima paziente valuta l'esperienza positiva, anche se ha trovato Pepper un po' ripetitivo in alcuni aspetti e non ha sviluppato delirium durante la degenza. Il secondo paziente, invece, è stato assegnato al braccio di controllo del trial. Contiamo di poter gestire due pazienti alla settimana e così completare l'arruolamento entro un anno».

Al via, anche il secondo trial: «Siamo pronti e poiché lo lasceremo per sei settimane a casa dei pazienti, abbiamo ottimizzato Pepper in modo che ogni tanto prenda l'iniziativa ad iniziare la conversazione», conclude Giovanna Zamboni, professoressa associata di Neurologia, UniMoRe.

Ruggiero Corcella



Farmacologia

La rivoluzione dell'Rna adesso serve anche per il cuore

Una rivoluzione, che cambierà la medicina come e probabilmente più della scoperta degli antibiotici: è servita una pandemia per accendere i riflettori sull'Rna, ma oggi dopo decenni di ricerche condotte senza troppi clamori queste molecole sono protagoniste di una svolta epocale non solo perché sono state fondamentali nello sviluppo dei vaccini per Sars-CoV-2, ma perché sono e saranno sempre di più la chiave per curare innumerevoli malattie, anche quelle per cui oggi non abbiamo armi efficaci. Scegliendo l'Rna «giusto» e utilizzandolo in maniera opportuna si possono infatti far produrre alle cellule le proteine mancanti, per esempio in caso di malattie genetiche, o bloccare al contrario le proteine responsabili di patologie.

Un approccio rivoluzionario perché, anziché prendere un farmaco che è pur sempre una molecola «estranea», si sfrutta la biologia dell'organismo per creare ciò di cui abbiamo bisogno o per cambiare alcune funzionalità cellulari a nostro vantaggio. Le possibilità di interven-

to sono sterminate: grazie all'uso di particolari tipi di Rna, gli Rna messaggeri fondamentali per la sintesi delle proteine, è per esempio possibile far produrre all'organismo proteine presenti su germi o cellule tumorali da attaccare ed eliminare, ottenendo vaccini all'avanguardia; oppure, usandoli come stampo, si possono produrre proteine mancanti o carenti. Ed è già realtà anche l'impiego della tecnologia dell'Rna *interference*, o interferenza dell'Rna: figlia di ricerche che hanno portato al Nobel per la medicina nel 2006, consiste nel creare piccoli Rna di sintesi che vanno a «incastrarsi» con precisione su specifici Rna cellulari silenziandoli, ovvero impedendo che vengano tradotti in proteine. Il risultato è lo «spegnimento» di geni che se espressi porterebbero a conseguenze dannose, risolvendo di fatto parecchi guai alla radice perché, anziché affrontare i problemi dovuti a proteine anomale, si impedisce che vengano prodotte. Esistono già farmaci che agiscono in questo modo, approvati per alcune malattie rare e soprattutto per controllare in

maniera molto efficace il colesterolo alto, una delle maggiori minacce per la salute cardiovascolare.

Per capire come possiamo «salvare il cuore» grazie all'interferenza dell'Rna e per conoscere meglio le potenzialità dei farmaci del futuro, che saranno sempre più spesso a base di Rna, durante Il Tempo della Salute si terrà un incontro con due esperti che potranno spiegare questa rivoluzione della medicina in corso: Alberto Corsini, docente di farmacologia del Dipartimento di Scienze Farmacologiche e Biomolecolari dell'Università di Milano, e Mario Crisci, cardiologo dell'Uoc di Cardiologia Interventistica dell'Ospedale Monaldi di Napoli, chiariranno dubbi e spiegheranno perché non bisogna temere i farmaci a base di Rna, ma anzi considerarli la strada per arrivare a terapie sempre più precise, sicure ed efficaci.

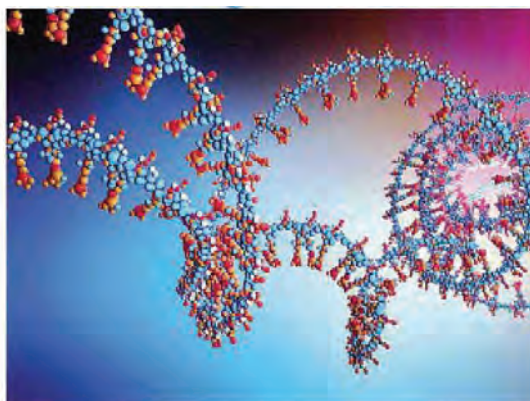
Elena Meli



Alberto Corsini



Mario Crisci



Le storie

«Così la tecnologia (unita alla volontà) ci ha fatto tornare a camminare»

Non si erano mai incontrati prima, ma le loro storie sembrano scritte per rincorrersi. Paolo Baldassini, 57 anni, ligure della «Motor Valley», e Andrea Scotti, 34 anni, bresciano, uomo di montagna, hanno condiviso la stessa sorte: un incidente, la paralisi, la perdita del movimento. E poi un filo di speranza, che ha preso forma nella ricerca scientifica e in una tecnologia d'avanguardia, grazie all'impianto di un neurostimolatore midollare.

Si tratta di una sperimentazione (finora sono state operate 10 persone, tra cui 2 donne) condotta da un team multidisciplinare del MINE Lab, che vede coinvolti i medici, fisioterapisti e i ricercatori dell'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano e Università Vita-Salute San Raffaele, guidati dal professor Pietro

Mortini (direttore dell'Unità di Neurochirurgia e ordinario di Neurochirurgia) insieme ai bioingegneri della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa coordinati dal professor Silvestro Micera.

Sul palco del Tempo della Salute, Andrea e Paolo racconteranno il loro viaggio dalla disperazione alla rinascita. Con loro la professoressa Antonella Delle Fave, psicologa dell'Università Statale di Milano, esperta in psicologia positiva e coautrice del blog Malattia come opportunità.

«Pane e due ruote: la mia vita è sempre stata questa», dice Baldassini, ex agente artigiano Gpl, cresciuto tra bici, moto e amici di pista. Nel luglio 2020, su un rettilineo vicino a La Spezia, la sua moto urta qualcosa lasciato sull'asfalto. «Una botta al petto, poi il buio». Quando si ri-

sveglia, i medici gli dicono che non camminerà più. «È stato un disastro. Non riuscivo ad accettarlo». Ma la storia cambia tre anni dopo. Paolo vede in tv un servizio su una paziente del San Raffaele tornata a muoversi grazie a un neurostimolatore. Chiamata, viene selezionato, si sottopone all'intervento guidato dal professor Mortini. «Ho camminato per 800 metri con il deambulatore, dopo l'intervento. Poi purtroppo sono stato investito e mi hanno dovuto fare una protesi totale di anca e femore».

Andrea Scotti, imprenditore di Ceto, in Valcamonica, faceva il rocciatore: scavava, metteva reti paramassi, lavorava sospeso nel vuoto. Nel 2019, una rampa si rompe mentre carica un trattore. «Sono saltato giù, sono atterrato in piedi, e una vertebra ha fatto crack». Lesione grave del

cono midollare, paralisi completa. È stata sua madre a non arrendersi. «Scriveva a tutti. Fino a quando siamo arrivati al San Raffaele». Il 23 novembre 2023 Andrea viene operato con lo stesso protocollo sperimentale.

«Non ricordavo di essere così alto», è la sua prima frase quando torna in piedi. Oggi si allena ogni giorno, cammina con i tutori e sogna di partecipare alle Paralimpiadi invernali del 2026. «Se hai carattere, determinazione e voglia di fare, puoi sempre andare avanti».

Ruggiero Corcella



Andrea Scotti



Paolo Baldassini



Antonella Delle Fave



Oncologia

Terapie sempre più mirate e precise per i tumori del sangue (e non solo)

Sia ben chiaro: la chemioterapia ha salvato milioni di vite e continua a farlo. Ancora oggi grazie al suo utilizzo un numero sempre maggiore di persone, in Italia e nel mondo, guarisce o riesce a convivere a lungo con il cancro.

Certo, come tutti i medicinali, i farmaci chemioterapici hanno degli effetti collaterali, che possono essere pesanti da tollerare. Per questo la ricerca scientifica punta da tempo a mettere a punto nuovi trattamenti, che siano meno tossici e più efficaci: ed è su questo fronte che sono stati raggiunti traguardi importantissimi. Anche in materia di guarigione.

Una parola che i medici che curano i malati di cancro sono cauti a utilizzare, sempre alla ricerca di un corretto equilibrio fra infondere coraggio e speranza, senza eccedere nelle false illusioni.

Oncologi ed ematologi, abituati a convivere con il dolore di tanti pazienti e familiari, non amano la parola «rivoluzione». Tuttavia, seppur raramente, qualche volta la utilizzano: quando davvero il cambia-

mento è grande e i progressi sono sia significativi, sia scientificamente dimostrati.

È accaduto negli anni Ottanta, quando Umberto Veronesi cambiò la storia del tumore al seno, risparmiando a milioni di donne un'operazione invasiva come la mastectomia. Ed è avvenuto, negli ultimi anni, per la cura di diversi tumori del sangue che ogni anno vengono diagnosticati a circa 32 mila italiani.

Con le terapie le Car-T, che hanno cambiato le prospettive di pazienti per i quali «non c'era più nulla da fare» (non erano riusciti a ottenere risultati con tutte le altre cure disponibili) e che ora possono persino guarire e riprendersi a pieno la vita.

O per la leucemia linfatica cronica, una patologia per la quale la sopravvivenza media dei malati supera i 10 anni dalla diagnosi e oggi si parla di «remissione»: un termine che si utilizza quando un tumore, una volta concluse le terapie, è assente, non viene rilevato da nessun esame di controllo. Grazie ai progressi terapeutici degli ultimi anni

si è verificato un «cambio di prospettiva»: la cura può avere una durata fissa, dunque essere sospesa a un certo punto, senza che la malattia si ripresenti o con un rischio comunque assai ridotto che riprenda a progredire.

Di questo si parlerà a Il Tempo della Salute con Enrico Derenzini, direttore della Divisione di Oncoematologia dell'Istituto Europeo di Oncologia e professore associato di Ematologia presso l'Università degli Studi di Milano; Davide Petruzelli, presidente dell'Associazione La lampada di Aladino, e con Eliana Liotta, giornalista e saggista scientifica, che presenterà il libro di Umberto Veronesi «100 pensieri ribelli per cambiare il mondo» (Sonzogno), una raccolta di scritti scelti del grande oncologo pubblicata in occasione del centenario della sua nascita.

Vera Martinella



Malattie neurodegenerative

La stimolazione magnetica per «dialogare» con il cervello

Oggi la scienza ha imparato a dialogare con il cervello, ad ascoltare le sue risposte e - in alcuni casi - a guidarlo attraverso la sua stessa rete di connessioni, con quelle scintille elettriche che attraversano ogni secondo miliardi di cellule.

Grazie a tecnologie sempre più raffinate possiamo stimolare l'attività cerebrale, osservarne le reazioni e persino orientarla verso una guarigione possibile. È un nuovo modo di fare medicina: non solo somministrare un farmaco, ma allenare il cervello a ritrovare sé stesso.

Tra queste tecniche, una tra le più promettenti è la stimolazione magnetica transcranica, o TMS. Stimolare il cervello per capire come funziona, ma anche per aiutarlo a guarire, è la frontiera della ricerca che il professor Giacomo Koch, vice-direttore scientifico della Fondazione Santa Lucia Ircs di Roma, dove dirige il Laboratorio di Neurofisiologia, e

professore ordinario di Fisiologia all'Università di Ferrara, racconterà al pubblico. Grazie alla TMS, oggi è possibile «dialogare» con le aree cerebrali inviando impulsi elettromagnetici non invasivi e registrando in tempo reale le risposte dei neuroni.

È come gettare un sasso nello stagno e osservare le onde che si propagano», spiega Koch. «Così possiamo capire come le diverse regioni del cervello comunicano tra loro, e cosa accade quando questa comunicazione si interrompe a causa di una malattia».

Il laboratorio guidato da Koch è tra i più avanzati al mondo nello studio di modelli neurofisiologici personalizzati, capaci di misurare e modulare l'attività cerebrale. L'obiettivo non è solo osservare, ma intervenire. «Nel caso dell'Alzheimer, ad esempio, stimoliamo un'area specifica chiamata precuneo. Farlo in modo ripetuto per settimane può modificare in modo

duraturo l'attività cerebrale e tradursi in un miglioramento clinico». Si tratta di dati preliminari sebbene promettenti: nei pazienti trattati con TMS si osserva un rallentamento della progressione dell'atrofia cerebrale e un mantenimento più stabile delle funzioni cognitive. «È una forma di medicina di precisione: ogni cervello reagisce in modo diverso, e la nostra sfida è adattare la stimolazione a ciascun paziente».

La ricerca, tuttavia, guarda anche oltre la cura. La stimolazione magnetica transcranica potrebbe diventare uno strumento per potenziare il cervello sano, migliorando memoria e attenzione, e per prevenire il declino cognitivo.

Ruggiero Corcella



Giacomo Koch

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



Aderenza terapeutica

Tumore al seno

La costanza abbatte il rischio di recidive

Ci vogliono costanza, motivazione, coraggio anche per non mollare una cura che ti salva la vita. È una realtà che conoscono bene moltissime delle 54 mila donne che ogni anno in Italia ricevono una diagnosi di tumore al seno, la neoplasia più comune nel sesso femminile.

Quasi 9 su 10 oggi guariscono, grazie soprattutto al fatto che la diagnosi è precoce e il tumore piccolo, localizzato, quando viene individuato.

La ricerca scientifica ha però permesso di scoprire che esistono molti tipi di carcinoma mammario diversi, alcuni più aggressivi, altri meno. E che questa neoplasia si ripresenta, con una certa frequenza, anche a distanza di parecchi anni.

Se è vero che le cure per ridurre il rischio di recidiva esi-

stono, così come le strategie per convivere con gli effetti collaterali delle terapie e limitare l'ansia, è anche vero che una quota importante di pazienti (tra il 30 e il 50%) interrompe la terapia prescritta prima del previsto.

Fra le italiane intervistate in una recente indagine per la campagna «The Life Button - il bottone che ti lega alla vita», il timore che la neoplasia ritorni è ancora fortissimo: il 75% teme una recidiva, il 55% ha paura di non accorgersene in tempo.

Ciononostante molte, troppe, fra le donne interpellate sospendono prima del tempo la cura (in pastiglie da assumere a casa), con una durata compresa tra 5 e 10 anni, proprio per ridurre il rischio di ricadute e mortalità. Per quale motivo? Effetti collaterali (56%) e disagio

psicologico (50%) sono le due principali cause di interruzione precoce delle terapie.

Un problema che ha un nome: in gergo tecnico si chiama «mancata aderenza terapeutica» ed è un «bel problema» perché nasce dal fatto che migliaia di donne scoprono un tumore ai primi stadi (grazie alla diagnosi precoce) e hanno alte probabilità di guarire.

Che cosa si può fare per risolverlo? Il 46% delle interpellate dal sondaggio ritiene importante un supporto continuativo medico e psicologico per gestire gli effetti collaterali. Il 37% crede nell'informazione sul valore salvavita della terapia e per il 33% serve una migliore comunicazione medico-paziente.

Delle possibili soluzioni si parlerà durante un incontro a l-

Tempo della Salute insieme a Grazia Arpino, professore associato oncologia medica università di Napoli Federico II; Alessandra Fabi, responsabile Medicina di Precisione in Senologia Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs di Roma; Gabriella Pravettoni, direttrice della Divisione di Psiconcologia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano e docente di Psicologia delle decisioni all'Università Statale di Milano e a Sabrina Salerno, cantante.

Vera Martinella



Analgesia

Cure palliative simultanee

Nuovo paradigma contro il dolore

Le cure palliative sono tradizionalmente percepite come trattamenti che servono a ridurre il dolore alla fine della vita, quando non c'è più nulla da fare. Ma, in realtà, ci sono due considerazioni da fare a proposito di questa convinzione. La prima è che, come ricordano sempre i palliativisti: «Quando non c'è più nulla da fare, c'è molto da fare», perché la vita possa essere vissuta in modo dignitoso anche quando non ci si possa aspettare che una malattia venga eliminata.

La seconda considerazione, che fonda la sua ragione anche sui progressi della medicina, è che la sofferenza merita di essere alleviata anche quando siano in corso trattamenti il cui scopo sia la guarigione, e quindi, la parola «fine» non sia affatto «parte in causa» nella relazione

fra il medico e il paziente.

È il caso di quelle che vengono definite *cure palliative simultanee*, che sono sempre più importanti soprattutto, ma non solo, in ambito oncologico, dove sempre maggiori sono le possibilità di cura grazie a terapie mirate ed efficaci, nel corso delle quali l'eliminazione del dolore può essere a buona ragione considerata parte integrante della cura. E non si tratta di un tema marginale dal punto di vista numerico. Secondo stime recenti ogni anno nel nostro Paese tra le 450 e le 540 mila persone hanno bisogno di cure palliative (rapporto Società Italiana Cure Palliative). Si tratta di un numero già molto significativo, destinato presumibilmente a crescere nei prossimi anni. Di queste persone, oltre un terzo presenta bisogni

complessi, che non possono essere affrontati senza il supporto di équipe specialistiche, costituite da professionisti formati, in grado di intervenire in diversi contesti: a casa del paziente, negli hospice, negli ospedali o in strutture residenziali. Solo in ambito oncologico, si stimano circa 395 mila nuovi casi di tumore ogni anno, secondo i dati Aiom (Associazione Italiana Oncologia Medica), un numero che esprime quanto sia fondamentale garantire un'assistenza oncologica non solo efficace, ma anche completa e integrata.

Attualmente, però, solo il 35% dei pazienti con malattia avanzata riceve un supporto palliativo tempestivo. Questo dato sottolinea l'urgenza di rafforzare l'integrazione tra le cure oncologiche e quelle palliative. In un'epoca in cui l'oncologia è

sempre più personalizzata e supportata da tecnologie avanzate, la vera sfida consiste nel garantire una cura centrata sulla persona, capace di coniugare innovazione ed equità. E quanto vale per l'oncologia può essere riverberato per molte altre situazioni. Di questi temi si parlerà a Il tempo della Salute insieme a Augusto Caraceni, direttore Cure Palliative Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, Giada Lonati, direttore socio-sanitario di Vidas, e Tania Piccione, presidente della Federazione Cure Palliative.



Augusto Caraceni



Giada Lonati



Tania Piccione



RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA





Servizio Studio internazionale

Melatonina sotto osservazione: l'uso prolungato è legato a rischio per il cuore

Condotta su oltre 130mila adulti con insonnia, l'indagine segnala un'associazione tra assunzione prolungata dell'ormone e maggior probabilità di insufficienza cardiaca e ricovero ospedaliero. I ricercatori: «Servono ulteriori verifiche sulla sicurezza cardiovascolare»

di Francesca Cerati

3 novembre 2025

Quello che per milioni di persone è considerato un aiuto naturale e sicuro per dormire, potrebbe non essere così innocuo. L'uso prolungato di integratori a base di melatonina, l'ormone che regola il ciclo sonno-veglia, potrebbe essere associato a un rischio più elevato di insufficienza cardiaca, ricovero ospedaliero e mortalità generale.

È quanto emerge da un'ampia analisi internazionale che sarà presentata alle Scientific Sessions 2025 dell'American heart association (Aha), in programma dal 7 al 10 novembre a New Orleans. Lo studio, che ha coinvolto 130.828 adulti con diagnosi di insonnia, è stato condotto utilizzando i dati della rete globale TriNetX Global Research Network, una piattaforma che raccoglie milioni di cartelle cliniche elettroniche anonimizzate.

Cosa ha rilevato lo studio

Gli studiosi hanno confrontato le cartelle cliniche di pazienti con insonnia cronica che avevano assunto melatonina per almeno un anno con quelle di soggetti affetti dalla stessa patologia, ma mai trattati con l'integratore. L'obiettivo: verificare se l'uso prolungato potesse alterare il rischio di malattie cardiache.

I risultati sono stati netti. Il 4,6% di chi assumeva melatonina ha sviluppato insufficienza cardiaca nei cinque anni successivi, contro il 2,7% del gruppo di controllo: quasi il doppio del rischio. Ancora più marcata la differenza nei ricoveri ospedalieri: 19% tra gli utilizzatori di melatonina contro 6,6% tra i non utilizzatori, una probabilità 3,5 volte superiore. E anche il tasso di mortalità generale risultava quasi raddoppiato (7,8% contro 4,3%).

Un'analisi di sensibilità, basata su pazienti con almeno due prescrizioni di melatonina a distanza di 90 giorni, ha confermato un incremento dell'82% del rischio di insufficienza cardiaca rispetto ai non utilizzatori.

Melatonina, tra natura e chimica

La melatonina è un ormone prodotto dalla ghiandola pineale, che aiuta a sincronizzare il ritmo circadiano, i suoi livelli aumentano durante il buio e diminuiscono durante il giorno. Le versioni sintetiche, chimicamente identiche alla molecola naturale, sono ampiamente disponibili senza

ricetta, anche in Italia e negli Stati Uniti, dove però non sono soggette a una regolamentazione rigorosa. Ogni marca può differire per concentrazione e purezza.

Proprio questa percezione di “integratore naturale e sicuro” ha spinto i ricercatori a indagare. «Gli integratori di melatonina sono considerati innocui, ma abbiamo riscontrato aumenti costanti e significativi di eventi cardiovascolari gravi, anche dopo aver corretto per altri fattori di rischio», ha commentato Ekenedilichukwu Nnadi, autore principale dello studio e primario di medicina interna presso Suny Downstate/Kings County Primary Care a Brooklyn, New York.

Dubbi e prudenza dal mondo scientifico

Sulla stessa linea Marie-Pierre St-Onge, direttrice del Center of Excellence for Sleep & Circadian Research presso il Columbia University Irving Medical Center e presidente del gruppo Aha che ha elaborato la dichiarazione scientifica “Multidimensional Sleep Health”. «Sono sorpresa – ha spiegato – che la melatonina venga prescritta per oltre un anno. Negli Stati Uniti non è indicata per l’insonnia cronica, e le persone dovrebbero sapere che non va assunta a lungo senza una precisa indicazione medica».

Lo studio, pur rilevante per dimensioni, presenta alcune limitazioni metodologiche. Non è stato possibile conoscere la localizzazione geografica dei pazienti (nei Paesi come il Regno Unito la melatonina è solo su prescrizione, altrove è da banco), né distinguere chi la assumesse autonomamente senza che fosse registrata in cartella clinica. Inoltre, mancavano dati sulla gravità dell’insonnia, sulla presenza di disturbi psichiatrici o sull’uso concomitante di altri farmaci per dormire.

«È possibile che un peggioramento dell’insonnia o di condizioni come ansia e depressione sia collegato sia all’uso di melatonina che al rischio cardiaco – ha precisato Nnadi –. Il nostro lavoro mostra un’associazione, ma non dimostra un nesso diretto di causa-effetto. Servono nuovi studi controllati per chiarire la sicurezza cardiovascolare di questo integratore».

L’insufficienza cardiaca in numeri

Secondo le statistiche dell’American Heart Association 2025, l’insufficienza cardiaca colpisce 6,7 milioni di adulti solo negli Stati Uniti. Si tratta di una condizione cronica in cui il cuore non riesce a pompare sangue a sufficienza per soddisfare le necessità dell’organismo. Gli autori sottolineano che, se confermati, i risultati potrebbero influenzare le raccomandazioni mediche sull’uso dei sonniferi a base di melatonina, oggi spesso considerati una soluzione innocua.

In attesa di ulteriori ricerche, il messaggio degli esperti è di prudenza. La melatonina resta utile per disturbi del ritmo sonno-veglia come il jet lag o per insonnie occasionali, ma l’assunzione cronica senza supervisione medica potrebbe non essere priva di rischi.

Come spesso accade in medicina, ciò che è “naturale” non è automaticamente sicuro. E il cuore, anche quando si cerca solo un po’ di sonno in più, merita sempre cautela.

Servizio Fecondazione assistita

Primo bebè grazie a intelligenza artificiale e robot: la svolta nell'infertilità maschile

La tecnica, sviluppata alla Columbia University, individua spermatozoi rari negli uomini con azoospermia, aprendo nuove prospettive nella medicina riproduttiva

di Francesca Cerati

3 novembre 2025

Un risultato senza precedenti arriva dagli Stati Uniti: una coppia che da 19 anni cercava invano di avere un figlio è riuscita a ottenere una gravidanza grazie a un sistema di intelligenza artificiale (Ai) e robotica capace di identificare e recuperare spermatozoi estremamente rari.

La straordinaria impresa è descritta sulla prestigiosa rivista The Lancet e rappresenta la prima gravidanza al mondo ottenuta grazie a un metodo di fecondazione assistita guidato dall'Ai.

Il metodo, chiamato Star (acronimo di Sperm tracking and recovery), è stato messo a punto da un team di ricerca del Columbia University Fertility Center di New York, diretto da Zev Williams e coordinato da Hemant Suryawanshi. L'obiettivo: trovare una soluzione non invasiva ai casi più gravi di infertilità maschile, in particolare quelli dovuti ad azoospermia, una condizione in cui il liquido seminale contiene pochissimi o nessun spermatozoo.

«Il nostro team riunisce esperti in imaging avanzato, microfluidica ed endocrinologia riproduttiva per affrontare ogni passaggio necessario a trovare e isolare spermatozoi vitali», spiega Suryawanshi, primo autore dello studio.

Un mare di cellule, ma nessuno spermatozoo

Per molti uomini con infertilità severa, il campione di sperma può apparire normale, ma al microscopio rivela solo un "mare di detriti cellulari", senza spermatozoi visibili. Fino a oggi, le soluzioni erano limitate a procedure chirurgiche invasive per estrarre direttamente gli spermatozoi dai testicoli, con esiti spesso deludenti e rischi di complicanze.

Il sistema Star cambia radicalmente approccio. Grazie a una combinazione di tecnologie di imaging ad altissima risoluzione e algoritmi di deep learning, riesce a scandagliare milioni di immagini di un campione di sperma in pochi minuti, riconoscendo automaticamente la presenza di spermatozoi vivi.

Una volta identificati, un microchip con canali più sottili di un capello isola la parte utile del campione, e un robot di precisione estrae lo spermatozoo selezionato in pochi millisecondi. Questo può poi essere utilizzato per fecondare un ovocita oppure conservato a basse temperature per un uso futuro.

Il caso clinico: 19 anni di attesa

La tecnica è stata sperimentata su una coppia che cercava un figlio da quasi vent'anni. La donna, 37 anni, aveva affrontato 11 cicli di stimolazione ovarica e vari tentativi di fecondazione in vitro senza successo. Il partner, 39 anni, soffriva di azoospermia non ostruttiva, con testicoli ipotrofici ma livelli ormonali normali.

Durante l'esperimento, il sistema Star ha analizzato 2,5 milioni di immagini in circa due ore, identificando sette spermatozoi, di cui due mobili. Questi due sono stati iniettati in altrettanti ovociti maturi, generando due embrioni. Entrambi sono stati trasferiti nell'utero della donna e, tredici giorni dopo, il test di gravidanza è risultato positivo. Un'ecografia a otto settimane ha confermato la gravidanza, con un feto in crescita e battito cardiaco regolare.

«Basta un solo spermatozoo sano per creare un embrione - sottolinea Williams - Questo risultato, anche se basato su un singolo caso, mostra la fattibilità e il potenziale di Star per dare una chance biologica a coppie che fino a oggi non ne avevano alcuna».

Come funziona la tecnologia Star

Il sistema Star integra tre elementi chiave: un sistema di imaging ad alta velocità (fino a 1,1 milioni di immagini l'ora); un chip microfluidico personalizzato che permette di isolare aree minime del campione; un modello di intelligenza artificiale basato sul deep learning addestrato a riconoscere in tempo reale spermatozoi vivi anche in un campione apparentemente privo di cellule.

Il modello utilizza l'architettura "Yolo" (You only look once), capace di individuare oggetti in movimento in un solo passaggio, con un'accuratezza del 90%. L'intero processo avviene in un sistema chiuso e sterile, riducendo al minimo il rischio di contaminazioni.

Un passo avanti nella medicina riproduttiva

L'infertilità maschile è responsabile di circa il 40% dei casi di infertilità di coppia, e fino al 15% degli uomini infertili presenta azoospermia o casi estremi di criptoazoospermia. Per molte coppie, la diagnosi significa affrontare anni di interventi invasivi e stress emotivo, spesso con l'unica alternativa del seme di donatore o dell'adozione.

La piattaforma Star offre una prospettiva completamente nuova: un sistema automatizzato, non invasivo e potenzialmente più efficace, capace di ridare speranza a chi pensava di averla perduta. Attualmente sono in corso studi clinici più ampi per testare l'affidabilità e la riproducibilità del metodo. Se i risultati verranno confermati, si aprirà un nuovo capitolo nella lotta contro l'infertilità maschile.

«Questo è solo l'inizio - conclude Williams -. L'integrazione tra intelligenza artificiale, robotica e biologia umana potrebbe cambiare per sempre la medicina riproduttiva».



Servizio Ricerca e produzione

Un ecosistema per la salute: la visione di Gsk Italia

«Collaborazione, conoscenza e responsabilità condivisa»: il nuovo Ad Antonino Biroccio racconta la via italiana all'innovazione sostenibile nel farmaco

di Federico Mereta

3 novembre 2025

Oltre 4.200 collaboratori, pari a circa il 6% dello staff dell'intero settore farmaceutico. Una presenza industriale con due siti produttivi (Parma e Rosia) e altrettanti centri di ricerca, con un fatturato complessivo di circa 1,6 miliardi di euro, di cui il 30% derivante dall'export (circa 480 milioni di euro), trainato principalmente dalla produzione. E sono 324 i milioni di euro investiti in un anno (pari al 20% del fatturato), quasi l'8% degli investimenti complessivi in ricerca e produzione del Pharma nel nostro Paese.

Sono solo alcune delle cifre che caratterizzano la realtà di Gsk in Italia. L'azienda, dopo Fabio Landazabal, destinato a diventare responsabile dell'America Latina per il gruppo, ha oggi un nuovo general manager, che guiderà la struttura dalla sede di Verona. Si chiama Antonino Biroccio. E' nato a Reggio Calabria nel 1973, si è laureato in Chimica farmaceutica con dottorato in Genetica e Biologia molecolare e dopo un percorso professionale che lo ha portato anche in altre aziende, è il nuovo presidente ed amministratore delegato di Gsk spa.

Innovazione che viaggia veloce

«Sostenibilità vuol dire futuro». Si può raccontare così l'impegno di Biroccio: continuare sulla strada che porta all'innovazione, facendo crescere ancora l'azienda, presente in Italia dagli inizi del secolo scorso e che nella sua crescita è divenuta una multinazionale del Pharma a ciclo completo. In modo sostenibile. «Bisogna concentrarsi sul domani: i traguardi che abbiamo raggiunto come azienda e Paese (Italia secondo produttore europeo di farmaci dopo la Germania) rischiano di vanificarsi se non cogliamo la trasformazione in atto».

La parola d'ordine che guida l'impegno del manager è sicuramente innovazione. Ma deve essere quella "vera", che «una volta introdotta, migliora le condizioni di salute e di vita, di prosperità economica, generando attrattività e competitività, con un occhio di riguardo alla coperta corta dei costi, in particolare quelli sanitari messi severamente sotto pressione da una popolazione in progressivo invecchiamento, con maggiori necessità di salute».

L'importante è sapere che bisogna muoversi all'interno di un ecosistema di interazioni con tutti gli attori della salute, con obiettivi condivisi e con priorità comuni di sviluppo, organizzazione ed accesso. «Il mio impegno passa attraverso la collaborazione con medici, pazienti, Istituzioni e associazioni di riferimento per fare avanzare solo un tipo d'innovazione, quella reale che arriva al letto del paziente, che diminuisce i costi sociali, che attrae investimenti esteri nel nostro Paese, che aumenta il nostro export e quella cui vogliamo avere accesso, tutti noi, con la stessa tempestività degli altri cittadini europei».

Strategie per crescere

Come dovrebbe muoversi un'azienda in un panorama così complesso, comprendendo i propri limiti ma al contempo proponendosi come motore di cambiamento? Secondo Biroccio la risposta passa attraverso la capacità di creare momenti di riflessione sociale ed economica, condividere esperienze e analisi e mettere a disposizione gli investimenti già fatti o in corso di realizzazione per mettere a disposizione per il nostro Paese vaccini e farmaci. E la condivisione di conoscenze e competenze significa offrire gli strumenti per valutazioni sanitarie e sociali che aiutino il sistema Paese.

«Le vaccinazioni raccomandate per adulti fragili, se correttamente organizzate in tutto il Paese, porterebbero un risparmio di oltre 10 miliardi di euro, pari a una finanziaria – propone come esempio Biroccio -. Abbiamo una delle popolazioni più vecchie in Europa, che ha bisogno di salute e contribuisce all'economia, che lavora ancora, che mobilita un quarto del Pil e dei consumi delle famiglie italiane. Una silver economy che guarda anche alla sostenibilità del nostro sistema sanitario per un futuro di speranza, dove i bisogni medici sono urgenti, come in oncologia».

Produzione di valore

Ricerca e produzione di alto livello, con l'Italia al centro dello scacchiere mondiale, sono le parole chiave per tratteggiare la presenza del gruppo in Italia. Oltre ai centri ricerche a Siena sui vaccini e la produzione dello stabilimento di Rosia, a Parma si producono nuovi farmaci per gli studi clinici, antivirali di ultima generazione, anticorpi monoclonali in immunologia, malattie respiratorie ed oncologia.

«Con gli anticorpi monoclonali ci siamo prefissati obiettivi ambiziosi, nelle malattie reumatiche e in quelle respiratorie mediate dall'interleuchina 5 ma soprattutto in oncologia – commenta Biroccio -. E Parma è al centro di tutto questo con la sua piattaforma tecnologica e in particolare quella per la produzione dei cosiddetti Adc, fra i farmaci più promettenti per i tumori più difficili da trattare». La sigla sta per anticorpi monoclonali coniugati con un citotossico (Adc). E rappresenta una piattaforma tecnologica guardata con interesse per l'efficacia terapeutica, ma è anche una grande sfida tecnologica produttiva riuscire ad abbinare in sicurezza e qualità farmaci così diversi per arrivare a un effetto terapeutico maggiore della loro semplice somma, magari in aree come quelle dell'oncologia polmonare e della prostata.

Insomma: un viaggio tra presente e futuro? Pare proprio di sì. «Il farmaco Adc di Gsk per il mieloma multiplo è prodotto a Parma per tutto il mondo – ha sottolineato Biroccio – è già stato approvato da Ema ed è in attesa di registrazione in Italia mentre il 23 ottobre scorso ha avuto il via libera anche dalla Fda statunitense. Ma non è tutto perché il 27 ottobre abbiamo siglato un accordo con Syndivia per un altro candidato Adc che andrebbe a rafforzare la nostra linea di candidati Adc in sviluppo per il tumore prostatico e il giorno successivo abbiamo ottenuto la Odd (Orphan drug designation) in Europa per un altro nostro candidato Adc nella terapia del microcitoma».

Sanità Inaugurate tre sale operatorie e un reparto di terapia sub intensiva

Centro trapianti all'avanguardia, una nuova era al San Camillo

Tre sale operatorie all'avanguardia, ventinove posti letti in terapia sub intensiva: ecco il nuovo Polo interaziendale Trapianti del San Camillo (Poit) che è stato inaugurato ieri dal presidente della Regione Rocca e dal direttore generale Aliquò.

a pagina 6 **Salvatori**



San Camillo, si apre un'era: ecco il nuovo centro trapianti

Tra le novità: tre sale operatorie, un reparto di terapia sub intensiva da 29 posti

Potenziato, rinnovato e dotato delle migliori tecnologie al servizio dei malati di Roma, del Lazio e non solo. È stato inaugurato ieri il nuovo polo interaziendale Trapianti del San Camillo-Forlanini (Poit), con tre sale operatorie, un nuovo reparto di terapia sub intensiva da 29 posti letto e camere a pressione controllata. Interventi importanti nel polo nato 18 anni fa nel padiglione Puddu, costati 3,2 milioni per lavori edili e impiantistici e 770mila per l'acquisizione di attrezzature di ultima generazione. Dopo che ad agosto era stata trasferita lì tutta l'attività operatoria: «A tre mesi dalla piena operatività sono stati effettuati 187 interventi oncologici, vale a dire il 20 per cento in più rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente — fanno sapere dall'ospedale —. Le nuove sale operatorie hanno permesso la piena ripresa degli interventi di trapianto di fegato e di rene».

«Il San Camillo si rinnova e

si riorganizza, razionalizzando. E questo è il segno di una grande attenzione che la Regione sta riservando a un ospedale che è un'eccellenza della sanità del Lazio — ha detto il presidente della Regione, Francesco Rocca —. Non solo al centro trapianti, ma anche alla chirurgia che qui ha dei numeri importantissimi su tante patologie. E allo Spallanzani, valorizzando la sua unicità e la sua specificità, partirà la chirurgia dell'infetto. A casa sua, essendo l'istituto nazionale per le malattie infettive». «Modernizzare oggi non è un semplice rinnovamento — ha aggiunto il direttore generale del San Camillo, Angelo Aliquò —: significa costruire l'ospedale che servirà alle persone di domani, riducendo i consumi energetici, migliorando la sicurezza e garantendo servizi più efficaci e sostenibili».

L'intervento si inserisce in un'ottica di grande rinnova-

mento della struttura ospedaliera sulla circonvallazione Gianicolense, dalla quale con apposita delibera regionale sono stati riservati 80 milioni: quasi 23 e mezzo destinati all'acquisto di macchinari di ultima generazione, come Tac, Pet-risonanza, un robot per la chirurgia mini invasiva e un sistema di ultrasuoni focalizzati che migliorano i tremori che colpiscono per esempio i pazienti affetti dal morbo di Parkinson; mentre altri 56 serviranno all'ammodernamento della struttura a padiglioni attraverso la ristrutturazione dei tunnel sotterranei di collegamento, all'ampliamento del blocco operatorio e di due sale dell'emergenza, al blocco di Fisiatria e di Anatomia patologica, all'aumento dei posti let-



to complessivi (che supereranno i mille) e alla creazione ex novo del day hospital oncologico.

Fondamentale però, per mettere il reparto trapianti in condizioni ottimali di lavoro è aumentare il numero dei donatori di organi. «Bisogna investire sulla donazione. Permette di ridare la vita a tante persone che non hanno chan-

ce — ha aggiunto il direttore del dipartimento interaziendale Trapianti, Giuseppe Maria Ettore —. Abbiamo delle liste importanti con oltre 80-90 malati. Vedere che non riusciamo a dare questi organi per la mancanza di donazione è un po' un cruccio. La Regione si sta facendo veramente

parte attiva in questo e speriamo di riuscire ad abbassare questi numeri».

Clarida Salvatori

Il polo

● Il nuovo polo interaziendale del San Camillo-Forlanini (Poit) può contare su 3 sale operatorie, un nuovo reparto di terapia sub intensiva da 29 posti letto e camere a pressione controllata

● Gli interventi nel polo nato 18 anni fa nel padiglione Puddu, sono costati 3,2 milioni per lavori edili e impiantistici e 770mila per attrezzature di ultima generazione



Lavori finiti
Una nuova camera operatoria del centro trapianti d'organo del San Camillo (Foto Stefanelli/LaPresse)



La scoperta al Sant'Andrea

«La bimba è epilettica» No, ha una malattia rara Ora sta bene e recupera

Da anni i medici le avevano diagnosticato l'epilessia, disturbi del comportamento e del sonno. E per quella la curavano. Invece la piccola Alessia (nome di fantasia), di appena 5 anni, è risultata affetta da una malattia genetica rara. E la scoperta è stata fatta al Sant'Andrea. La bambina è arrivata nell'ospedale da un'altra regione italiana per una «second opinion», ovvero un secondo consulto medico. Dopo una gravidanza andata bene e un parto senza complicazioni, qualcosa nella bimba non andava: un lieve ritardo psicomotorio che e un deficit del linguaggio. Da quando ha due anni inizia a manifestare episodi di terrore notturno, con angoscia e pianto. A 4 compaiono i primi disturbi comportamentali e le crisi epilettiche motorie.

«Alessia giunge da noi dopo un peggioramento della ricorrenza di questi episodi soprattutto durante il sonno,

che si presentano più volte in un mese. Nel corso del suo ricovero viene sottoposta a diversi esami anche durante il sonno», spiega Alessandro Ferretti, neuropsiatra dell'unità di Pediatria dell'azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea. Esami da cui si evince che i farmaci anti epilettici apportano un beneficio solo parziale, ma soprattutto si arriva a capire che la bambina risulta portatrice di un deficit del primo dei geni implicati nella sintesi della creatina (Agat). «A quel punto abbiamo iniziato il trattamento con dosi di creatina 50-100 volte maggiori rispetto al fabbisogno quotidiano di un bambino sano — prosegue Ferretti —. E dopo l'avvio della terapia sostitutiva orale, la piccola non ha più presentato crisi epilettiche. Il che ha portato a un miglioramento delle sue performance cognitive, scolastiche e sociali».

Nel caso di Alessia, che è

stata anche al centro di un articolo scientifico dedicato ai primi due casi di epilessia legati alla mutazione specifica del gene alterato sulla rivista ufficiale della Lega internazionale contro l'epilessia (Ilae), le crisi non erano la malattia, ma il sintomo di una condizione genetica, strutturale, metabolica. Come accade per altre malattie genetiche, anche nel caso di Alessia, avere una diagnosi precoce e tempestiva della malattia genetica rara può prevenire e migliorare i sintomi oltre che rallentare lo sviluppo dei danni neurologici: per la bambina in cura al Sant'Andrea si potrà quindi sperare in miglioramento delle capacità cognitive e in un controllo degli attacchi di epilessia.

«Il nostro centro, a maggio, è stato riconosciuto dalla Regione Lazio come *spoke* per alcune malattie genetiche rare, alcune delle quali caratterizzate da severe encefalopa-

tie epilettiche — conclude Ferretti —. Seguiamo ormai tanti bambini che si ritrovano in casi simili, in collaborazione con il servizio di genetica medica. Una collaborazione che ha permesso in 2 anni di identificare oltre 20 cause genetiche rare di epilessia nei bambini in *follow up*».

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Via di Grottarossa L'ingresso del pronto soccorso del Sant'Andrea



Meno figli dopo il Covid Paura e crisi economica dietro al calo delle nascite

► Il 32% ha rinunciato al sogno di diventare genitori: la tendenza negativa nel Lazio confermata dallo studio del San Filippo Neri condotto nel centro di Procreazione Assistita

IL FOCUS

Le conseguenze economiche della pandemia da Covid-19 hanno avuto un effetto negativo anche sul calo delle nascite. A metterlo nero su bianco è uno studio scientifico condotto nel Centro di Procreazione Medicalmente Assistita dell'ospedale San Filippo Neri di Roma che ha analizzato le tendenze e i comportamenti delle coppie che, negli anni del Covid, stavano seguendo un percorso di Pma. Secondo i risultati dello studio, condotto su 300 pazienti tra i 25 e i 47 anni, la pandemia e le conseguenti restrizioni economiche e sociali hanno influito sull'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita sul desiderio di diventare genitori. Provocando quindi un conseguente calo delle nascite di cui gli effetti si avvertono oggi.

I NUMERI

In particolare, il 31,7 per cento degli intervistati ha dichiarato di aver rinunciato momentaneamente alle procedure di Pma. Di questi, il 24% ha

rinunciato per motivi economici. Ma la maggior parte delle persone (82,6 per cento) ha dichiarato di non aver visto ridursi il proprio desiderio di prole dall'inizio dell'emergenza sanitaria.

Per quasi tutti i partecipanti allo studio, infatti, la gravidanza era un sogno che si desiderava da più di due anni (per l'80,8 per cento degli intervistati). Un sogno che si è interrotto, però, non solo a causa della paura di contrarre il virus e del timore di portare avanti una gravidanza nel corso di una pandemia mondiale di cui, all'inizio, si sapeva ancora molto poco. Ma anche perché le incertezze economiche derivate dal prolungarsi delle restrizioni hanno inciso anche su scelte così delicate per le coppie. Per quanto riguarda il costo delle procedure mediche necessarie, il 62,5 per cento dei partecipanti allo studio ha ritenuto il prezzo nelle strutture pubbliche "adeguato" e il 79,8 per cento ha definito il costo nelle cliniche private "eccessivo".

GLI EFFETTI

«Rinunciare ai percorsi di Pma in quel determinato momento storico, per molte coppie ha significato rinunciare del tutto alla possibilità concreta di poter fare figli», spiega la dottoressa Arianna Pacchiarotti, direttrice della Procreazione Medicalmente Assistita della Asl Roma 1, responsabile dei centri

di Pma della Asl Romal e tra gli autori della ricerca. Secondo l'esperta, «i numeri e l'entità di quel fenomeno, emergono nei dati di oggi».

L'interruzione dei percorsi avvenuta tra il 2020 e il 2021, fa quindi sentire i suoi effetti oggi, con un numero di culle vuote che continua ad aumentare. In Italia, i trattamenti con Pma incidono più del 5 per cento sul totale delle nuove nascite. Nel caso del Lazio il numero è leggermente più alto (tra il 5 e l'8 per cento) sia per densità di popolazione, sia perché la Regione Lazio è all'avanguardia per l'accesso alle tecniche. Per quanto riguarda lo studio del San Filippo Neri, infatti, quasi tutti gli intervistati (94,2 per cento) risiedevano nel Lazio; l'84,6 per cento a Roma.

LE DIFFICOLTÀ

La crisi economica che ha investito molti settori negli anni del Covid, ha avuto quindi ripercussioni anche sul desiderio di diventare genitori. Anche perché, a differenza di altri ambiti, «in questo campo non sono stati fatti investimenti economici per tamponare l'emergenza», aggiunge Pacchiarotti. Ma ol-



tre agli aspetti economici ha inciso anche la paura e la difficoltà di avere accesso alle strutture sanitarie. «Nel momento più buio della crisi sanitaria, si è data la precedenza a situazioni più complesse come i pazienti oncologici e neurologici: cure che non potevano essere procrastinate - aggiunge la dottoressa - ma molte coppie hanno rinunciato anche per la paura

di contrarre il Covid in una fase in cui non c'era il vaccino e il virus era ancora letale».

Chiara Adinolfi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I COSTI ELEVATI
HANNO COSTRETTO
LE COPPIE A
INTERROMPERE I
TRATTAMENTI PER
L'INSEMINAZIONE**

**LA DIRETTRICE ASL
PACCHIAROTTI: «IN
QUESTO CAMPO
NESSUN INVESTIMENTO
PER TAMPONARE
L'EMERGENZA»**

300

I pazienti coinvolti nello studio del San Filippo Neri, quasi tutti residenti a Roma (l'84,6%)

80,8

In percentuale, il numero di pazienti che sognava una gravidanza da più di due anni. Il 16,3% da 1-2 anni



Le conseguenze economiche della pandemia hanno avuto un effetto negativo anche sul calo delle nascite. Le restrizioni economiche e sociali hanno influito, nelle coppie tra i 25 e i 47 anni, sull'accesso alle tecniche di procreazione assistita

