

13 giugno 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

Ospedalità classificata. Firmato l'accordo tra Aris e Anmirs: "Risultato corale che premia il lavoro di tutti"

Giovanni Costantino, Capodelegazione Aris: "Il nuovo contratto nazionale contempera due differenti esigenze, entrambe essenziali per la tenuta del sistema, e cioè valorizzare adeguatamente il personale medico senza pregiudicare le condizioni di sostenibilità degli ospedali".



12 GIU - "La decisione di ratificare l'ipotesi d'intesa per la dirigenza medica dell'Ospedalità classificata dimostra ancora una volta il grande senso di responsabilità e la ferma volontà dell'**Aris** di continuare a cooperare, come sempre ha fatto, per garantire il diritto alla salute dei cittadini, fornendo, tramite le proprie strutture, un fondamentale contributo al Servizio Sanitario Nazionale".

Queste le dichiarazioni di **Giovanni Costantino**, Capodelegazione Aris, a margine dell'incontro sindacale dell'11 giugno 2025, durante il quale è stato sottoscritto l'accordo definitivo per l'applicazione del ccnl Aris/Anmirs.

"Il nuovo contratto nazionale - prosegue Costantino – contempera due differenti esigenze, entrambe essenziali per la tenuta del sistema, e cioè valorizzare adeguatamente il personale medico senza pregiudicare le condizioni di sostenibilità degli ospedali".

"Siamo soddisfatti del risultato raggiunto – conclude il Capodelegazione Aris – che consente di riaffermare la centralità della contrattazione nazionale, pur recependo le intese già raggiunte a livello locale. Tuttavia, le criticità che hanno impedito sinora la ratifica non possono dirsi superate. Per tale ragione, non sono stati riconosciuti arretrati ed è stato previsto, a favore delle strutture, un periodo di 12 mesi per adeguarsi ai nuovi valori contrattuali, nell'auspicio che in questo intervallo le parti riescano congiuntamente a sensibilizzare le Istituzioni".

12 giugno 2025



Sanità: Aris-Anmirs, siglato accordo contratto medici ospedalità classificata

di Redazione - 12 Giugno 2025 - 18:49



E' stato siglato l'accordo tra **Aris**, Associazione religiosa istituti socio sanitari e Anmirs, (Associazione Nazionale Medici Istituti Religiosi Spedaliери) per il contratto dei camici bianchi dell'ospedalità classificata.

"La decisione di ratificare l'ipotesi d'intesa" dimostra "ancora una volta il grande senso di responsabilità e la ferma volontà dell'Aris di continuare a cooperare, come sempre ha fatto, per garantire il diritto alla salute dei cittadini, fornendo, tramite le proprie strutture, un fondamentale contributo al Servizio sanitario nazionale", dichiarato Giovanni Costantino, capodelegazione Aris, a margine dell'incontro sindacale di oggi, durante il quale è stato sottoscritto l'accordo definitivo per l'applicazione del contratto nazionale Aris/Anmirs.

"Il nuovo contratto nazionale – prosegue Costantino – contempera due differenti esigenze, entrambe essenziali per la tenuta del sistema, e cioè valorizzare adeguatamente il personale medico senza pregiudicare le condizioni di sostenibilità degli ospedali".

"Siamo soddisfatti del risultato raggiunto – conclude il capodelegazione Aris – che consente di riaffermare la centralità della contrattazione nazionale, pur recependo le intese già raggiunte a livello locale.

Tuttavia, le criticità che hanno impedito sinora la ratifica non possono dirsi superate. Per tale ragione, non sono stati riconosciuti arretrati ed è stato previsto, a favore delle strutture, un periodo di 12 mesi per adeguarsi ai nuovi valori contrattuali, nell'auspicio che in questo intervallo le parti riescano congiuntamente a sensibilizzare le istituzioni".



Sanità: Aris-Anmirs, siglato accordo contratto medici ospedalità classificata

12 Giugno 2025

E' stato siglato l'accordo tra **Aris**, Associazione religiosa istituti socio sanitari e Anmirs, (Associazione Nazionale Medici Istituti Religiosi Spedaliere) per il contratto dei camici bianchi dell'ospedalità classificata.

“La decisione di ratificare l'ipotesi d'intesa” dimostra “ancora una volta il grande senso di responsabilità e la ferma volontà dell'Aris di continuare a cooperare, come sempre ha fatto, per garantire il diritto alla salute dei cittadini, fornendo, tramite le proprie strutture, un fondamentale contributo al Servizio sanitario nazionale”, dichiarato Giovanni Costantino, capodelegazione Aris, a margine dell'incontro sindacale di oggi, durante il quale è stato sottoscritto l'accordo definitivo per l'applicazione del contratto nazionale Aris/Anmirs.

“Il nuovo contratto nazionale – prosegue Costantino – contempera due differenti esigenze, entrambe essenziali per la tenuta del sistema, e cioè valorizzare adeguatamente il personale medico senza pregiudicare le condizioni di sostenibilità degli ospedali”. “Siamo soddisfatti del risultato raggiunto – conclude il capodelegazione Aris – che consente di riaffermare la centralità della contrattazione nazionale, pur recependo le intese già raggiunte a livello locale.

Tuttavia, le criticità che hanno impedito sinora la ratifica non possono dirsi superate. Per tale ragione, non sono stati riconosciuti arretrati ed è stato previsto, a favore delle strutture, un periodo di 12 mesi per adeguarsi ai nuovi valori contrattuali, nell'auspicio che in questo intervallo le parti riescano congiuntamente a sensibilizzare le istituzioni”.



**SVEGLIA EUROPA
VALLEVERDE**

Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
MARIO ORFEO



Racconta

Storia del mio libro
messo al bando

di **MELANIA MAZZUCCO**
a pagina 39

Rispettacoli

Scorsese: con la fede
ho scelto il cinema

di **ARIANNA FINOS**
a pagina 42



VALLEVERDE

Venerdì
13 giugno 2025
Anno 50 - N° 139

Oggi con
il Venerdì
in Italia € 2,90

Tragedia in India, aereo precipita sulle case

Lo schianto al decollo, il volo diretto a Londra. Un solo superstite tra le 242 persone a bordo, decine di vittime anche a terra



Il Boeing tra gli edifici, a sinistra l'unico sopravvissuto all'incidente

di **ANTONELLO GUERRERA** LONDRA

Il Boeing 787 di Air India spicca il volo alle 13.38 locali con direzione Londra Gatwick. «Mayday mayday», urla il pilota in radio.

alle pagine 2, 3, 4 e 5
con i servizi di **BONOTTI** e **PIZZATI**



Iran, la sfida nucleare

L'Aiea: non rispetta gli obblighi. E Teheran: i piani di potenziamento vanno avanti
I media Usa: Israele pronto a colpire. Trump frena Netanyahu ma non esclude l'attacco

L'Aiea, l'agenzia Onu per l'energia atomica, censura per la prima volta l'Iran perché non rispetta gli obblighi sul programma nucleare, non collabora con le ispezioni e non spiega la presenza di tracce di uranio trovate in tre siti non dichiarati. Ma la Repubblica islamica attacca: «Una decisione politica» e va avanti con l'arricchimento. Secondo i network americani Israele sarebbe pronto per un attacco a Teheran, che Trump non esclude ma che chiede di fermare per non compromettere il raggiungimento di un accordo «piuttosto vicino». Su quello tra Russia e Ucraina il presidente Usa si è invece detto deluso: «Poteva essere fatto».

di **BASILE, MOLARUSSO, GINORI** e **MASTROBUONI** alle pagine 6 e 8

Come ci siamo svegliati xenofobi

di **LUIGI MANCONI**

Negli anni Cinquanta del secolo scorso, in Francia, si verificarono conflitti molto aspri tra lavoratori locali e lavoratori immigrati.

a pagina 19

Carabiniere ucciso dai ladri
a un passo dalla pensione

di **GIULIANO FOSCHINI** FRANCAVILLA FONTANA



Carlo Legrottagli
aveva 60 anni

La vita del brigadiere Carlo Legrottagli, 60 anni, al suo quarantunesimo giorno di lavoro prima della pensione, è finita alle 7.07 del mattino di un caldissimo giovedì di giugno, come era passata: in divisa, in nome della legge, da uomo per bene. A ucciderlo un uomo, suo coetaneo, che la vita l'aveva trascorsa in modo opposto. E in modo opposto, quattro ore dopo, anche per lui è finita.

alle pagine 16 e 17
con un servizio di **SPAGNOLO**

DA OGGI A DOMENICA

Repubblica delle Idee
inizia la festa a Bologna

altan

VORREI UN FUTURO.
ANCHE USATO.



di **SARA SCARAFIA** alle pagine 36 e 37



Queste storie perdute e ritrovate sono una festa,
un'ubriacatura. Il dono prezioso
dell'autrice di *Accabadora*.

EINAUDI

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/6821
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06/685281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02/6870730
mail: servizioclienti@corriere.it

Usa, il procuratore federale
«Migranti, dico no
alle città santuario»
di **Viviana Mazza**
a pagina 13

Alessandra Amoroso
«In tour col pancione
Da voce alle donne»
di **Sandra Cesaraie**
a pagina 41



I limiti, le cause

LA NOSTRA CLASSE DIRIGENTE

di Ernesto Galli della Loggia

«L a destra ha un problema: non ha una classe dirigente»: da anni capita di ascoltare assai spesso queste parole, perlopiù dette con un tono d'implicita rampogna. È tutto sommato vero. La destra manca di una classe dirigente (o perlomeno ne dispone in misura assai minore rispetto alla sinistra). Manca di una classe dirigente specialmente se s'intende con questa espressione da un lato l'insieme dell'alta dirigenza dello Stato, delle magistrature e della sfera pubblica e parapubblica, e dall'altro la capacità di presenza sulla scena mediatica, culturale e accademica del Paese, tra le voci più significative o ascoltate della società civile. C'è da chiedersi però se una tale situazione più che un deficit della destra, di certo esistente, non sia soprattutto la spia di qualcosa d'altro. E cioè innanzi tutto del fatto che in realtà in Italia una vera classe dirigente non esiste. Infatti, in un Paese che ancora oggi stenta ad avere valori comuni e una larga memoria condivisa, nel quale non è affatto scontata l'idea che esistono «interessi nazionali», cioè riguardanti tutti (la stessa parola nazione fa arricciare il naso a tanti), in un Paese come il nostro dove l'appartenenza politico-ideologica è ancora così rilevante per definire l'identità individuale, e nel quale la politica ha ancora e sempre un potere così vasto nel disporre di risorse, di impieghi e di carriere, in un simile Paese la possibilità che vi sia una vera classe dirigente è davvero assai scarsa.

continua a pagina 26

Il volo per Londra. L'aereo caduto su uno studentato



India, schianto dopo il decollo: più di 290 vittime

di Leonard Barberi

alle pagine 2 e 3



Vishwash Kumar Ramesh, posto 11A sul Boeing, il superstite (cpi)

L'UNICO SOPRAVVISSUTO

Salvo il passeggero del posto 11A: «I corpi intorno a me»

di Michele Farina

a pagina 3



Il vertice La premier a Rutte: «Servono elasticità e gradualità»

Le richieste Nato su spese e Difesa I paletti di Meloni

La leader: io e Trump ci capiamo, vedrò il Papa

L'EX SEGRETARIO DELLA CISL

Arriva Sbarra nel governo (con polemiche)

di Claudia Voltattorni

Luigi Sbarra, ex leader della Cisl, entra nella squadra di governo. Sarà sottosegretario alla presidenza del Consiglio con la delega per il Sud. La nomina su proposta della premier Giorgia Meloni. La protesta di Pd e M5S.

a pagina 17

GIANNELLI

DAZI: ACCORDO STATI UNITI-CINA



alle pagine 4, 5 e 6

Puglia L'inseguimento, gli spari: muore anche un rapinatore

Il carabiniere ucciso alla vigilia della pensione

di Nicolò Delvecchio e Carlo Vulpio

Il vicebrigadiere capo dei carabinieri Carlo Legrotttaglie, 59 anni, a un passo dalla pensione, ha perso la vita sotto i colpi di un rapinatore che stava inseguendo nelle campagne del Brindisino. Una pallottola gli ha perforato l'arteria iliaca. Più tardi, in un altro conflitto a fuoco, è stato ucciso un altro carabiniere. Il carabiniere lascia la moglie e due figlie di 15 anni. «Non è un addio, ti ameremo per sempre», hanno scritto.

alle pagine 8 e 9 Bechis

CASO ESCORT, ERANO SEPOLTI IN GIARDINO

Trovati resti umani e slip a casa del killer di Denisa

di Antonella Mollica

a pagina 18

ROMA, IL MARITO È IN FUGA

Identificata la donna morta a Villa Pamphili

di Valeria Costantini e Fulvio Fiano

a pagina 19



IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

Legrotttaglie Carlo, brigadiere

Il destino aspettava il brigadiere Legrotttaglie Carlo su una strada di campagna del Brindisino, a meno di un mese dal suo sessantesimo compleanno e a pochi giorni dalla pensione. Il brigadiere aveva grandi progetti per il dopo. Anzitutto un viaggio con la moglie, preparato nei particolari. Da Ostuni, dove abitavano, sarebbero andati in Sicilia a trovare un amico e poi l'avrebbero girata tutta in moto, mandando le foto dell'impresa alle gemelle, le figlie adolescenti rimaste a casa. Ieri, durante uno dei suoi ultimi turni di lavoro (non proprio l'ultimo, ma quasi), c'è stato un inseguimento. Quando i banditi lasciano l'auto per scappare a piedi, Legrotttaglie potrebbe restare in macchina: perché rischiare ancora una volta la vita alla vigilia del congedo? Ma queste sono le domande



che ci facciamo noi. Il brigadiere fa rima con dovere: scende dall'auto di servizio con un collega e rincorre i banditi, due professionisti del ramo che hanno quasi sessant'anni come lui, solo che loro in pensione non vanno mai. Uno si volta e spara. Il colpo raggiunge l'arteria iliaca ed è come se una bomba esplodesse nel cuore. Quante probabilità ci sono che il proiettile di un bandito perfori l'arteria iliaca di un carabiniere in movimento, alla vigilia della pensione? Una su un miliardo? Nessun algoritmo sarebbe in grado di darci una risposta plausibile. Solo il destino, a cui stavolta non ci inchiniamo. Mentre ci inchiniamo a Legrotttaglie Carlo, brigadiere, che sognava di girare la Sicilia in moto.

© RIPRODUZIONE AUTORIZZATA



IDIRITTI
Impariamo dalla Toscana
sul fine vita è un modello

CHIARA SARACENO - PAGINA 19



L'UNIVERSITÀ
Prandi rettrice a Torino
"Prima donna in 620 anni"

CHIARA COMAI - PAGINA 25



L'INDUSTRIA
Elkann: "L'auto frenata
dalla burocrazia europea"

LEONARDO DIPACCO - PAGINA 28

1,90 € • ANNO 159 • N. 161 • IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) • SPEDIZIONE ABB. POSTALE • D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) • ART. 1, COMMA 1, DC5 - TO • WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

VENERDÌ 13 GIUGNO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

IN MEDIO ORIENTE VENTI DI GUERRA TRA ISRAELE E IRAN. LA CASA BIANCA: AVANTI CON I NEGOZIATI MA UN ATTACCO È POSSIBILE

"L'Ue si armi prima che sia tardi"

Intervista a Kallas: "Trump si sottragga al gioco del Cremlino". Spese militari, Meloni tratta con Rutte

IL COMMENTO

Che cosa vogliono
gli Usa da Teheran

STEFANO STEFANINI

I segnali americani sull'Iran non sono (solo) avvisi di burrasca. Sono un ultimatum. A Teheran. Dietro una cortina fumogena che avverte l'Iran "basta tirare alla lunga il negoziato nucleare". Tempo scaduto. O prendere - la richiesta americana di mettere fine all'arricchimento dell'uranio; o lasciare, e trovarsi in guerra con Israele sostenuto dagli Stati Uniti. Smettete di traccheggiare, non è un bluff. A scanso di equivoci, mentre Israele tace, da parte americana si mettono in atto pre-misure di sicurezza per lo scenario bellico.

La cortina fumogena. Gli americani fanno rientrare personale diplomatico e famiglie da Baghdad, Kuwait e Bahrain; l'agenzia marittima britannica Ukmta dà l'allerta alle navi che transitano nel Golfo causa "accresciute tensioni che potrebbero condurre a un'escalation delle attività militari nella regione". All'origine la notizia, prontamente riportata dalla Cbs in prime time Usa, che Israele è "prontissimo" a lanciare un attacco contro l'Iran. La fonte? Imprecisati "funzionari". La luce rossa dell'allarme Iran si accende a tre giorni del sesto incontro bilaterale Usa-Iran in programma a Mascate domenica. A ieri era ancora nei piani di viaggio del globe trotter negoziale americano, Steve Witkoff.

Diradiamola. Che Israele prepari l'intervento militare è un segreto di Pulcinella. - PAGINA 11

L'APPELLO

Lasciate entrare
i giornalisti a Gaza

NELLO DEL GATTO

ALESSANDRO BARBERA

Kaja Kallas è sul terrazzo di Villa Madama dove si è appena chiuso il vertice "Weimar plus" con i ministri degli esteri dei grandi Paesi europei e l'Ucraina. Il solo nome evoca scenari meno rassicuranti del panorama sulla città eterna. Nell'intervista a La Stampa, l'ex premier estone - oggi rappresentante per la politica estera dei Ventisette - evoca gli anni Trenta, quando il suo Paese scelse il neutralismo e in quattro anni si trovò invaso tre volte. - PAGINA 3

CAPURSO, Malfetano, Semprini
- PAGINE 2, 3, 10 E 11

LA GUERRA IN UCRAINA

Se Rubio festeggia
la Russia di Putin

GIUSEPPE AGLIASTRO

Erano tre anni che gli Usa non inviavano un messaggio di auguri per la Giornata della Russia. Ieri il segretario di Stato americano Marco Rubio ha rotto questo silenzio con un comunicato in cui auspica che la guerra in Ucraina possa terminare con «una pace duratura» attraverso «un impegno costruttivo» di Mosca e Washington. - PAGINA 4

Il cimitero dello Zar
mille morti al giorno

ANNA ZAFESOVA

Il popolo russo è «immortale», e la sua immortalità viene conquistata «nelle vittorie di chi oggi è in prima linea al fronte». Nel giorno della festa nazionale, Vladimir Putin ha invitato al Cremlino i suoi concittadini preferiti, i militari del programma «L'epoca degli eroi», i reduci dalla guerra in Ucraina. - PAGINA 4

PARLA IL REGISTA DI ORIGINI ITALIANE SCORSESE, A LOS ANGELES CACCIA AI MIGRANTI: 2 MILA ARRESTI

"La mia America feroce"

FULVIA CAPRARA, ALBERTO SIMONI



La fretta che erode le democrazie

GABRIELE SEGRE

Perché la politica è più forte di Musk

MARCO FOLLINI

Il grande regista Martin Scorsese premiato a Taormina. Il suo attacco a Trump: "Gli piace creare dolore" - PAGINE 6 E 7

L'INTERVISTA

Gaja: "I dazi
Meloni, Trump
e i segreti
delle Langhe"

ANDREA MALAGUTI



L'ho inseguito a lungo Angelo Gaja. Volevo capire come pensa uno che pensa in un altro modo. Ci siamo incontrati, abbiamo parlato. - PAGINE 26 E 27

LA STRAGE IN INDIA

"Io, sopravvissuto
sul Boeing a pezzi"

CARLO PIZZATI



Vishwesh Kumar Ramesh è l'unico sopravvissuto del volo Air India caduto sui tetti di Ahmedabad. «Trenta secondi dopo il decollo, abbiamo sentito un botto. Poi l'aereo si è schiantato. È successo tutto così in fretta». Quando, increduli che qualcuno sia uscito vivo dalla bolia di fuoco, gli agenti di polizia gli hanno chiesto una prova che si trovasse davvero a bordo del volo, Ramesh ha frugato nella tasca dei pantaloni, affermando il biglietto timbrato e con le barre in codice con scritto "11A". - PAGINE 20 E 21

**DONA IL
5X1000 AI
BUFFONI
DI CORTE**

CF09871470010

Buongiorno

Con un'operazione simpatia immagino studiata al dettaglio, il Pd organizza una conferenza stampa dal titolo "Troppi zuccheri!" e si riprende la scena. Alla Camera dei deputati è stata illustrata una proposta di legge per rendere più chiara, sulle etichette, la quantità di zucchero contenuta nei prodotti, di modo che i consumatori facciano scelte consapevoli. L'eccesso di zucchero, è stato detto dalla parlamentare Eleonora Evi, è un guaio per la salute. E fin qui niente da strano. Poi però è intervenuto lo stratega Marco Furfaro, nuova leva emersa con Elly Schlein, a sollecitare la sugar tax, da applicare alle bevande con alte quantità di zucchero: aranciate, chinotti, coca, robe così. Vecchissima storia. Tra l'altro il governo ne ha appena rinviato di un anno l'approvazione. Ma alla fine vincerà Furfaro

sulla spinta dei moltissimi furfariani del mondo, secondo i quali la politica deve premiare o punire i cittadini in base al loro stile di vita. È una tale stupidaggine da Stato etico, che subito Furfaro e i furfariani scartano e ne fanno una questione di salute, ma dei conti pubblici: se gli italiani si gonfiano di gazzosa, poi si ammalano e tocca curarli, e in qualche modo bisogna recuperare denari. Dalle tasse sulle sigarette al casco obbligatorio, l'idea è sempre di finanziare o non pesare sul sistema sanitario (peraltro già pagato dalle tasse, e se non basta si chiedi a chi non le paga). Ma se la ragione è questa, qualcosa non torna: vivremo da monaci, saremo sani come pesci, camperemo fino a cent'anni e spenderemo più in pensioni che in medici. Caro Furfaro, tocca trovare un'altra spiegazione.

Dolci tasse

MATTIA FELTRI

**SEGUICI
SOSTIENICI**



€ 1,40* ANNO 147 - N° 181
Sped. in A.P. 03/03/2020 con L.46/2024 art.1 c1 DCB SM

Il Messaggero

NAZIONALE



VALLEVERDE



Venerdì 13 Giugno 2025 • S. Antonio di Padova

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Domani con Il Messaggero
Grand Tour, guida alle meraviglie d'Italia da scoprire
Arnaldi a pag. 14



Ribaltone Nazionale
Ripartenza azzurra con Gattuso ct
Prandelli dirigente
Angeloni nello Sport



Napoli, delirio De Bruyne
La Roma di Gasp si a Dybala-Soule
il nodo è Dovbyk
Aloisi e Lengua nello Sport



L'editoriale

DAZI, IL RUOLO CHE L'EUROPA PUÒ GIOCARE TRA I GRANDI

Francesco Grillo

Il saggio sui "principi di economia politica" di David Ricardo è uno dei più eleganti trattati scritti nella storia di quella scienza che è l'economia, che cerca di consigliare ai governi come utilizzare risorse scarse per massimizzare il benessere di tutti. E, tuttavia, il problema di quelle costruzioni classiche è che considerano un mondo più povero e stabile. Ricardo dimostra con l'utilizzo di semplici formule matematiche (fa l'esempio dell'Inghilterra e del Portogallo che devono dividersi la produzione di vino e stoffa), che conviene sempre adottare il criterio della massima specializzazione in un determinato settore. Tale convinzione, sopravvissuta per due secoli, ha prodotto, però, una vulnerabilità che Ricardo non poteva prevedere. Se è solo uno il Paese che produce stoffa (o pannelli solari), basta una pandemia (o la chiusura dello Stretto di Suez) per impoverire tutti. È tale vulnerabilità che fornisce forza politica ad una ricetta - quella dei dazi - che, tuttavia, rischia di farci finire nella pancia della brace.

A guardare i dati dei primi mesi che hanno seguito l'ormai celebre "giornata della liberazione" (dal disavanzo commerciale) celebrata da Donald Trump il 2 aprile con la pubblicazione dei dati "reciproci", sembrerebbe che la cura stia raggiungendo il proprio obiettivo. Ad aprile, il deficit commerciale degli Stati Uniti si è dimezzato (passando da quasi 140 a poco più di 60 miliardi di dollari) e ciò è interamente dovuto ad un crollo delle importazioni.

Continua a pag. 18

Un volo di linea per Londra precipita in India tra le case: oltre 300 morti, un solo sopravvissuto a bordo

La strage del Boeing



I SERVIZI

Il superstite
Il miracolo grazie a quel posto IIA



Pace a pag. 3

Le altre vittime
I giovani medici giù dai balconi

Bruschi a pag. 3

Le cause
Motori o fusoliera difettosi: le ipotesi

Gualta a pag. 2

La coda del Boeing precipitato - Ventura a pag. 2

Villa Pamphilj, le due vittime erano cittadine americane

► Il compagno sospettato è in fuga. Erano stati fermati per una lite

Camilla Mozzetti
Federica Pozzi

Il giallo di Villa Pamphilj: madre e figlia erano cittadine americane. La donna aveva 29 anni. Identificata anche l'uomo accusato del delitto, a sua volta statunitense: è già in fuga all'estero. I due erano stati schedati dalla polizia vicino al parco dopo un litigio.

A pag. 13
Savelli a pag. 13

Polemiche sulla circolare della Procura di Roma



Nordio: sequestrare il cellulare per le indagini è perversione

Andrea Bulleri

«Perversione da evitare». Nordio contro la procura di Roma sul sequestro dei cellulari.

A pag. 7

Brindisi, presi i due rapinatori: uno è morto

Carabiniere ucciso in azione a poche ore dalla pensione

Valentina Errante

È morto nell'ultimo giorno di lavoro, Carlo Legrottaglie, Brigadiere capo di 59 anni. Vittima di una sparatoria in una zona periferica di Francavilla Fontana: era di pattuglia a Ostuni, aveva inseguito due rapinatori che non si erano fermati all'alt.

A pag. 12
Santoro a pag. 12

Il commento

L'EROE E IL BANDITO
VITE OPPOSITE
DESTINI INCROCIATI

Mario Ajello

Non è una semplice storia, tremenda, di guardie e ladri. Non è una tipica (...) Continua a pag. 18

Svolta per la Sanità



Liste d'attesa, patto governo-Regioni per accelerare i tempi

ROMA Liste d'attesa, sì delle Regioni: poteri speciali per il governo. Il ministero interverrà se le misure per ridurre i tempi non vengono attuate.

Melina e Troili a pag. 4

SUPERMERCATO

PREFERITO DAI CONSUMATORI

INSEGNE LOCALI

Il Segno di LUCA

CAPRICORNIO, CERCA LA SEMPLICITÀ

La Luna nel tuo segno ti rilassa e ti incoraggia a prendere le cose dal lato più semplice, evitando di fare leva come tuo solito sul senso del dovere e affidandoti piuttosto alla spontaneità, che fa intravedere le strade più percorribili. Intanto Giove e Mercurio facilitano le relazioni, migliorando in maniera significativa la comunicazione grazie a un atteggiamento conciliante ed affettuoso. L'amore si intrufola dappertutto... MANTRA DEL GIORNO L'eccesso di rigore diventa prigione.

L'oroscopo a pag. 18

* Tasse e diritti di quantificazione (non addebitabili separatamente): per il giornale a Padova, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Numero Quotidiano di Puglia € 1,20; la domenica con Fotomontaggio € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport Studio € 1,40; nel Molise, Il Messaggero - Primo Piano. Poste € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Numero Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Studio € 1,50; "Passeggiate ed escursioni nel Lazio" € 9,90 (Lazio).



Venerdì 13 giugno 2025

ANNO LVIII n° 139
1,50 €
San'Antonio
di Padova
sacerdote e direttore
Olivio Chessa
Editoriale: Paolo
Lambruschi
049 041 02

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

L'accoglienza oltre gli slogan LA NORMALITÀ DELL'INCLUSIONE

PAOLO LAMBRUSCHI

L'intesa appena siglata tra Vaticano e Cei per favorire l'integrazione dei migranti che ne hanno diritto con iniziative di accoglienza e inclusione può finalmente favorire una crescita dell'opinione pubblica su un tema decisivo da tempo polarizzato e paralizzato. Oggi fanno paura a molti italiani gli arrivi via mare. Gli sbarchi creano la paura dell'invasione, ovvero la mobilità forzata di chi fugge da guerre, persecuzioni e violenze. Lasciamo da parte le responsabilità dei media e le strumentalizzazioni politiche, parliamo solo di cifre. Come ha ribadito l'Unhcr, il quadro mondiale è tragico: con 122 milioni di profughi, raddoppiati in 10 anni, e anche se i tagli apportati dall'amministrazione Trump e dai Paesi del G7 agli aiuti umanitari fanno prevedere una intensificazione della mobilità verso Europa e Italia, non c'è nessuna inversione. Nel 2024 sono arrivate infatti 96 mila persone via mare e a metà 2025 siamo a 26 mila arrivi. E alla fine del 2024 vivevano nel nostro Paese circa 150.000 beneficiari di protezione internazionale, 207.000 richiedenti asilo e oltre 163.000 cittadini ucraini con protezione temporanea.

continua a pagina 16

Editoriale

Il rischio delle riforme senza dialogo LA POLITICA DEI MURI

AGOSTINO GIOVAGNOLI

Perché tanta paura del dialogo, del confronto, della discussione? E questa paura, infatti, che sembra prevalere nei commenti sui referendum. Ignorando il merito dei quesiti referendari, si interpretano i risultati in chiave di mera prova di forza. Per gli uni, la prevalenza degli astenuti esprime la vittoria schiacciante della maggioranza al governo; il non piccolo numero di votanti viene presentato come una mezza vittoria delle opposizioni, sempre nella stessa logica. Ma nessuno può intendersi l'astensione come vittoria della propria parte, perché è sempre una sconfitta della democrazia e di tutti coloro che l'hanno a cuore: la partecipazione al voto ne è un pilastro essenziale, già fortemente indebolito da una crescente disaffezione che non va in nessun modo incentivata.

Non si può perciò irridere chi ha scelto di andare a votare per i referendum né ammettere *tout court* i votanti alle file dell'opposizione. Soprattutto, non si possono ignorare le questioni di cui i quesiti referendari sono espressione.

continua a pagina 16

IL FATTO Il presidente Trump cerca di frenare Tel Aviv: intesa vicina con Teheran, domenica i colloqui decisivi

Costi atomici

Israele pronto ad attaccare gli impianti in Iran, gli Usa ritirano il personale nella regione
Per mantenere gli arsenali spesi 100 miliardi nel 2024. Per le guerre 122 milioni di sfollati

FONDI ALLA DIFESA

Meloni incontra Rutte
«Si al 5% per la Nato
ma con flessibilità»

Vertice tra la presidente del Consiglio e il segretario della Nato in vista della riunione dell'Alleanza del 24-25 a L'Aja. L'Italia chiede di spianare gli aumenti sino al 2035, senza «obblighi annuali» e con la possibilità di una verifica a metà percorso. Il governo non ha ancora una quadra. Crosetto parla di obiettivo «impossibile».

Isaevoli e Marcelli

a pagina 5

«REGOLE OTTIME»

La premier frena tutti
sulla cittadinanza
e «arruola» Sbarra

Meloni commenta i referendum: «Una conta a sinistra». E sulla cittadinanza avverte (anche Forza Italia): «La penso come la stragrande maggioranza degli italiani». I suoi padellati: nessun dimezzamento dei tempi, valutare solo interventi «di buon senso». Les segretario della Cisl nominato sottosegretario del governo per il Sud.

Guerrieri

a pagina 9

Sarà una domenica cruciale, la prossima, a Muscat in Oman. Iran e Stati Uniti si confronteranno nella sesta tornata di colloqui sul nucleare di Teheran. Ma sarà una sosta di prendere o lasciare. Voci di stampa, forse caricate ad arte di tensione, affermano che «Israele è pronto a colpire i siti nucleari di Teheran». Un'ipotesi peraltro non nuova, ma avallata dal fatto che gli Usa hanno ritirato il personale non essenziale dalle rappresentanze diplomatiche in Medio Oriente. Trump ha rincarato poi la dose, affermando (al contrario del giorno prima) che l'intesa «è vicina e che Israele non deve attaccare». Un gioco delle parti o di sponda tra i due alleati? Intanto in guerra a Gaza si muove ancora, come in Ucraina e in Sudan, l'Onu certifica che lo scorso anno gli sfollati «forzati» hanno raddoppiato il numero di 10 anni superando quota 122 milioni. Il rapporto dell'Ican (Campagna internazionale per l'abolizione delle armi nucleari), mostra invece l'aumento delle spese dell'11% nel 2024: oltre i 100 miliardi. Per l'Italia, che ospita testate Usa, si stimano uscite di mezzo miliardo di euro l'anno.



Missile da crociera

scorso anno gli sfollati «forzati» hanno raddoppiato il numero di 10 anni superando quota 122 milioni. Il rapporto dell'Ican (Campagna internazionale per l'abolizione delle armi nucleari), mostra invece l'aumento delle spese dell'11% nel 2024: oltre i 100 miliardi. Per l'Italia, che ospita testate Usa, si stimano uscite di mezzo miliardo di euro l'anno.

Primopiano alle pagine 2-3 e 6

I nostri temi

A ITALIA E ISRAELE
Gaza, l'appello
dei giornalisti:
«Fateci entrare»

IL TESTO

a pagina 16

DALLA STRISCIA

Le braccia aperte
di tutta l'Italia
per Adam e gli altri

BELLASPIGA, BIGI E MELINA

a pagina 7

SACERDOTI

Il Papa: al prete
si chiede unità
ed esemplarità

GIACOMO GAMBASSI

a pagina 17

INDIA Un solo sopravvissuto sul Boeing precipitato su un edificio, alloggio per medici



Mirza

a pagina 13

La strage dell'aereo: 300 morti

La coda dell'aereo, quasi intatta, è conficcata nell'edificio che il temendo urto ha «azzannato», senza però sbriciolarlo. Tutto attorno, dove l'eri mattina «si è schiantato il Boeing Dreamliner 787-8 dell'Air India, è un paesaggio lunare di lamiere contorte, palazzi sventrati e ammassi. Dentro a questo cimitero, i soccorritori hanno scavato ininterrottamente, per recuperare i corpi, carbonizzati, delle vittime.

MIGRANTI Legali e Ong: pericoloso
La Cedu ci scagiona:
non imputabili
per le violenze libiche

VINCENZO R. SPAGNOLI

La decisione è arrivata in mattinata, come previsto. Ma il suo contenuto si è rivelato non del tutto prevedibile. Con una sentenza giunta a otto anni di distanza dai fatti, nel caso «S.S. e altri contro l'Italia», la Corte europea dei diritti umani ha dichiarato «inammissibile» il ricorso presentato nel 2018 dai legali di alcuni migranti, che ritenevano il nostro Paese responsabile delle morti dei loro figli, nonché dei maltrattamenti subiti durante un soccorso in mare della Guardia costiera libica. Una pronuncia «unanime e finale», che non nega che vi siano state violazioni dei trattati internazionali, ma che si basa sui limiti della Convenzione e sulla non possibilità per i giudici di decidere. I legali dei migranti si dicono preoccupati per le letture restrittive delle norme che può costituire «un precedente pericoloso» proprio mentre crescono le «esternalizzazioni» della gestione dei flussi e i respingimenti per procura.

Mira e un'analisi di Scavo a pagina 8

DAI BANDITI
NEL BRINDISINO

Carabiniere ucciso
al suo ultimo giorno

Ferrario e un commento di Patricioello a pagina 10

MENO ISCRITTI, PIÙ RISULTATI

Le scuole cattoliche
resistono con la qualità

Beretta a pagina 12

PROTESTE PER GLI IMMIGRATI

A Los Angeles in strada
restano solo i marine

Molinari a pagina 13

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

San Francesco

momenti francescani

Svolte
Lisa Ginzburg

Nei panni altrui

Riuscire a mettersi nei panni altrui è svolta decisiva nella vita di ciascuno: un vero e proprio caposaldo per chi lavora con l'immaginazione. Non puoi inventare nessuna storia se non sei in grado di calarti nella psicologia di un altro. Consapevoli che «Talfo» sempre un poco ci assomiglia, tanto quanto sempre è da noi distanti. Pensai intensamente a questo quando con stupore e un lieve soprassalto, da lettrici mi imbattii in un personaggio di *L'Amante*, primo romanzo tradotto in Italia dello scrittore israeliano Abraham B. Yehoshua. Dopo un centinaio di pagine, nella vicenda fa irruzione

il personaggio di Na'im. Na'im è un giovane arabo; si innamorerà di una ragazza israeliana, e per di stare vicino a lei conoscerà un mondo e una cultura a lui opposti. Lo scrittore fa parlare Na'im in prima persona. Riferendosi allo sguardo degli ebrei, «noi siamo all'infuori dell'odio, siamo come ombre per loro», gli fa dire. Andrebbe letto e riletto, quel libro che racconta dal dentro l'interseccarsi del mondo arabo e di quello ebraico in Israele. Incontrare il personaggio di Na'im per me significò moltissimo. Un mondo possibile mi si dischiuse: un mondo narrativo, e prima ancora, un mondo umano. Fatto di sforzi di immediatezza e comprensione, innanzitutto.

Gutenberg

I veri confini
non sono
frontiere

Nell'allegato

Dove va a finire il tuo 5x1000?
LORO LO SANNO

DAI IL TUO 5X1000 A PROGETTO ARCA

1 1 1 8 3 5 7 0 1 5 6

Dove va a finire il tuo 5x1000? Con Progetto Arca diventa pastore e accoglienza per migliaia di persone povere. Ogni giorno ti prendiamo cura di loro.

5x1000.progettoarca.org
@comit.arca

PROGETTO ARCA

Liste d'attesa più veloci, accordo Stato-Regioni sui poteri sostitutivi

Sanità

Accordo in Conferenza Stato-Regioni sul decreto che regola i poteri sostitutivi sulle liste d'attesa: Il Dpcm è uno dei tasselli più importanti del piano varato quasi un anno fa dal Governo. **Bartoloni** — a pag. 2

Liste d'attesa, ecco quando scattano i poteri sostitutivi

Il decreto. Trovata l'intesa con le Regioni: Roma potrà intervenire in caso di inadempienze e ritardi. Prima dell'intervento sarà possibile sanare la criticità tra 60 e 90 giorni dall'alert del ministero

Marzio Bartoloni

Liste d'attesa troppo lunghe, Cup che non rispondono o non rendono disponibile tutta l'offerta di visite ed esami che hanno a disposizione (dagli ospedali pubblici e quelli privati convenzionati con il Ssn) o che addirittura chiudono le agende delle prenotazioni invitando il cittadino a richiamare un'altra volta per prenotare una prestazione di cui ha bisogno. Di fronte a queste e altre gravi inadempienze a livello locale, denunciate in passato dai Nas nelle loro ispezioni in Asl e ospedali, potranno scattare i poteri sostitutivi di Roma che di fatto potrà "commissariare" per quell'adempimento la Regione sostituendola fino all'adozione della misura necessaria per poi restituire subito dopo la competenza alle Regioni. Prima di intervenire però degli alert temporali consentiranno alle Regioni di mettersi in regola.

Dopo mesi di scontri e trattative è arrivata - come anticipato ieri dal Sole 24 ore - la fumata bianca in Conferenza Stato-Regioni sul decreto che regola i poteri sostitutivi sulle liste d'at-

tesa: Il Dpcm è uno dei tasselli più importanti del piano varato ormai quasi un anno fa dal Governo alla vigilia delle elezioni europee. E che potrebbe rappresentare - se applicato - un importante strumento di deterrenza per intervenire ed evitare rimpalli di responsabilità tra Roma e il livello regionale o locale. Sperando così di ridurre almeno di un po' la platea dei 4 milioni di italiani che secondo l'Istat hanno rinunciato a curarsi a causa delle liste d'attesa troppo lunghe.

Il ministro della Salute Orazio Schillaci che si era scontrato duramente con il presidente delle Regioni Massimiliano Fedriga proprio sul ritardo nell'adozione di questo Dpcm ieri lo ha ringraziato invitando le Regioni ad andare «avanti insieme con la piena attuazione della legge per abbattere le liste d'attesa e garantire ai cittadini servizi sempre più efficienti». Sulla stessa scia Fedriga che parla di «proficua collaborazione», necessaria anche nei prossimi mesi visto che restano ancora alcune misure da attuare oltre che far partire l'attesa Piattaforma sulle liste d'attesa che dovrebbe mettere in rete i primi dati

a breve.

Ma cosa prevede il decreto? Che l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria possa assumere i poteri se le Regioni dovessero risultare inadempienti. In caso di ritardi o mancanze anche parziali l'Organismo segnalerà formalmente la criticità alla Regione interessata e al ministro della Salute, dando un primo termine di 30 giorni per le controdeduzioni. Se le risposte saranno assenti o insufficienti, scatterà un secondo termine (60 o 90 giorni) per sanare le criticità. Trascorso anche questo periodo senza alcun esito, l'Organismo potrà adottare direttamente i provvedimenti necessari op-



pure indicare alla Regione le linee operative da seguire, verificandone l'attuazione.

Nel caso il Ruas (Responsabile unico regionale dell'assistenza Sanitaria) non venga nominato, sarà l'Organismo a procedere direttamente, individuandolo nel Direttore regionale della sanità. Tutte le attività svolte con i poteri sostitutivi dovranno essere dettagliatamente documentate in una relazione da inviare sia alla Regione inadempiente che al ministero della Salute. La relazione conterrà l'elenco degli atti adottati, le eventuali verifiche svolte sul campo, l'assistenza fornita dai carabinieri del

Nas e il dettaglio delle spese sostenute. Infine, entro il 10 gennaio di ogni anno l'Organismo dovrà produrre una relazione generale sulle attività svolte nel corso dell'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Dpcm è una delle misure attuative del piano anti liste d'attesa varato dal Governo quasi un anno fa



Liste d'attesa.

Di fronte alle inadempienze di Asl e ospedali potranno scattare i poteri sostitutivi del governo



Svolta per la Sanità

Liste d'attesa, patto governo-Regioni per accelerare i tempi

ROMA Liste d'attesa, sì delle Regioni: poteri speciali per il governo. Il ministero interverrà se le misure per ridurre i tempi non vengono attuate.

Melina e Troili a pag. 4



Liste d'attesa, sì delle Regioni poteri speciali per il governo

► Il ministero interverrà se le misure per ridurre i tempi non verranno attuate
Gli ordini dei medici: «Liberando gli specialisti fino a 5 milioni di visite in più»

L'ACCORDO

ROMA Per prenotare una visita medica o un esame specialistico in tempi ragionevoli, tra chi vive in Sicilia oppure in Lombardia non ci saranno più differenze. Anche perché, se qualche Regione continuerà ad arrancare rispetto alle altre, il ministero della Salute potrà intervenire per far cambiare subito la rotta. È stato infatti firmato ieri in Conferenza Stato-Regioni, l'accordo sul cosiddetto potere sostitutivo in caso di inadempienze sulla gestione delle liste d'attesa (previsto dal decreto legge 73 del 2024). Il che vuol dire che le Regioni dovranno applicare tutte le misure già previste per ridurre le liste di attesa: a cominciare dalla nomina di un re-

sponsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (Ruas), fino all'inserimento sulla piattaforma di prenotazione di tutte le disponibilità sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati. Temporeggiare sulle prestazioni, ignorando la classe di priorità, non sarà più consentito. In ciascuna regione, poi, ospedali e ambulatori dovranno garantire la presa in carico delle persone affette da malattie croniche e degenerative o rare; la programmazione dovrà essere diretta, e gli accessi alle prestazioni coerenti con il piano perso-

nalizzato di assistenza.

La norma è chiara: per le Regioni inadempienti scatterà una sorta di commissariamento da parte dell'organismo di verifica e di controllo sull'assistenza sanitaria istituito presso il ministero della Salute. «L'intesa raggiunta - dichiara il presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome, Massimiliano Fedriga - è l'esito di una collaborazione proficua, caratteriz-



zata da una fase di confronti continui con il ministero della Salute che hanno reso possibile condividere le procedure e le modalità funzionali all'obiettivo di tutti: abbattere le liste di attesa e garantire ai cittadini l'accesso alle cure». Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, non aspettava altro, visto che ci lavorava da tempo: «Bene l'intesa Stato-Regioni sul decreto che disciplina i poteri sostitutivi - commenta - Ringrazio il presidente Fedriga e ora andiamo avanti, insieme alle Regioni, con la piena attuazione della legge per abbattere le liste d'attesa e garantire ai cittadini servizi sempre più efficienti».

Intanto, medici ed esperti, tirano un sospiro di sollievo: sanno bene che l'intesa con le Regioni è un primo passo per garantire un'assistenza sanitaria a tutti, a prescindere da dove si vive. «Il monitoraggio è pos-

sibile solo se le Regioni e lo Stato collaborano» conferma il presidente della Fnomceo (la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), Filippo Anelli. Che però prova già a rilanciare: «Ci sono 5 milioni di visite specialistiche pronte e subito disponibili, se venissero aboliti i piani terapeutici»: introdotti nel 2004 per assicurare, per i nuovi farmaci, una continuità prescrittiva e assisten-

ziale tra specialista e medico di medicina generale, obbligano infatti i pazienti a rivolgersi sempre allo specialista. «Noi chiediamo di limitare la necessità del piano terapeutico ai primi 12 mesi di terapia - spiega Anelli - per aprire poi la prescrizione a tutti i medici, ferme restando le condizioni di rimborsabilità stabilite dall'Agenzia italiana del farmaco». Ma c'è anche chi, intesa con le regioni a parte, ne fa una questione di gestione del sistema. «Noi dobbiamo lavorare per governare un aspetto fondamentale che è quello dell'appropriatezza delle richieste e delle prescrizioni - ammette Giovanni Migliore, presidente della Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) - E poi dobbiamo puntare ad una sanità intelligente attraverso l'uso di strumenti che ci consentano di fare un'analisi immediata dei dati a disposizione, per dare a ciascuno quello di cui ha effettivamente bisogno, secondo le esigenze cliniche, basate su decisioni e percorsi disegnati sulle necessità di ogni cittadino».

MEDICINA DIFENSIVA

Non è nuovo infatti il tema, ancora insoluto, delle conseguenze della medicina difensiva, e quindi della

prescrizione di esami spesso superflui, necessari solo per mettersi al riparo da eventuali contenziosi. «La possibilità di essere denunciato per un medico è altissima - ricorda Walter Ricciardi, ordinario di igiene dell'Università Cattolica di Roma - L'intesa con le Regioni va nella giusta direzione per la gestione trasparente dei dati sul numero delle prestazioni e sull'appropriatezza. Ma per la sanità servono anche finanziamenti aggiuntivi e una migliore gestione delle risorse umane, che vanno valorizzate e messe in condizione di lavorare in sicurezza». «Fino a quando da Nord a Sud non inseriranno dentro la piattaforma l'offerta di prestazione sia nel pubblico che del privato accreditato - rimarca Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe - sarà però difficile uniformare il sistema di monitoraggio e di prenotazione di tutte le prestazioni sanitarie». La palla passa ora alle Regioni.

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**AMMINISTRAZIONI
LOCALI COMMISSARIATE
SE NON CREANO LA
PIATTAFORMA CON
TUTTE LE DISPONIBILITÀ
ANCHE NEL PRIVATO**

**SCHILLACI: «BENE
L'INTESA, DOBBIAMO
COLLABORARE PER
MIGLIORARE I SERVIZI»
L'OBIETTIVO DI ELIMINARE
GLI ESAMI INUTILI**



Nel 2024 quattro milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a una prestazione sanitaria per i tempi di attesa troppo lunghi. Nel 2019 era successo a meno di 2 milioni



Servizio Il decreto sui poteri sostitutivi

Liste d'attesa, verso la pace con le Regioni: ecco come Roma potrà intervenire se le code si allungano

Il ruolo dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria istituito presso il ministero della Salute che nei casi delle inadempienze più gravi può intervenire al posto delle Regioni

di Marzio Bartoloni

12 giugno 2025

E' pronta a scoppiare la pace tra il Governo e le Regioni sul terreno minato delle liste d'attesa: si sblocca il decreto sui poteri sostitutivi, le misure che prevedono fino a dove si può spingere l'intervento di Roma quando a livello locale, come troppo spesso accade, non funzionano le cose e i cittadini sono costretti ad attese infinite per visite ed esami di cui hanno bisogno. Il decreto - un Dpcm - aveva acceso nelle settimane scorse un duro scontro istituzionale in particolare con il ministro della Salute Orazio Schillaci stufo dei rinvii delle Regioni che avevano bloccato questo importante passaggio necessario a dare attuazione al piano sulle liste d'attesa approvato ormai quasi un anno fa dal Governo, alla vigilia delle elezioni europee, e ancora in buona parte al palo.

Si sblocca il decreto sui poteri sostitutivi

Oggi i governatori che avevano congelato questo Dpcm perché "colpevole" di invadere le loro competenze con lo spauracchio del commissariamento daranno, a meno di sorprese dell'ultima ora, l'intesa in una Conferenza straordinaria delle Regioni. Anche grazie al pressing del Quirinale - "in Sanità essenziale la collaborazione tra Governo e Regioni", le parole di Mattarella un paio di settimane fa- invece del muro contro muro (il Governo aveva pensato di approvare il Dpcm senza l'intesa delle Regioni) si è arrivati a un compromesso che dovrebbe accontentare tutti: il nodo centrale ruota attorno al ruolo dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria istituito presso il ministero della Salute che nei casi delle inadempienze più gravi può intervenire al posto delle Regioni. Nella "riscrittura" del decreto il ministero concederà più tempo per mettersi in regola - si va dalla nomina del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria alla messa a terra delle misure anti liste d'attesa come Cup e agende uniche per le prenotazioni fino al meccanismo salta code - con l'assegnazione di termini di 60-90 giorni per "eliminare le criticità".

Sono 4 milioni gli italiani che non si curano per le liste d'attesa

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

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

Raddoppiati gli italiani che rinunciano a curarsi per i tempi troppo lunghi

IL FOCUS

ROMA Nessuna visita specialistica urgente (da svolgersi entro 72 ore) ad oggi viene effettuata rispettando i tempi. Si tratta di consulti oncologici, cardiologici, di chirurgia vascolare, endocrinologia, neurologia, ortopedia, ginecologia, otorinolaringoiatria, fisioterapia, pneumologia. La conseguenza delle improbabili scoraggianti liste d'attesa è che sempre più italiani rinunciano alle prestazioni: una percentuale più che raddoppiata in cinque anni (dal 2,8% del 2019 al 6,8% del 2024) è l'allarme lanciato dalla Fondazione Gimbe sulla base dei dati Istat. Nel 2024, 4 milioni di italiani (7% della popolazione) hanno dovuto accantonare le cure sanitarie per colpa dei tempi d'attesa troppo lunghi. Rinunce che si sommano a quelle dovute a motivi economici, anche queste in aumento: sono passate dal 3,2% del 2022 (1,9 milioni di persone) al 5,3% del 2024 (3,1 milioni).

«E il fenomeno riguarda l'intero Paese», ha segnalato il presidente di Gimbe Nino Cartabelotta, quadro confermato dai dati diffusi dall'Ista, che non vedono nessuna Regione brillare per tempi d'attesa, ma piuttosto mostrano tante persone che sfiduciate finiscono per rinunciare alle visite mediche, in cima la Sardegna, ma anche Regioni del Nord come Pie-

monte e Liguria.

Novantotto i giorni - almeno questi quantificati - per una visita der-

matologica come pure gastroenterologica, 22 per un accertamento urologico. Questo raccontano i dati raccolti da Cittadinanzattiva sulla base delle segnalazioni dei cittadini diffusi nel 2024. Chi doveva sottoporsi a un controllo entro 10 giorni ne ha aspettati 127 per la chirurgia vascolare, 180 per una visita urologica, 180 per una oculistica. Una sanità a macchia di leopardo che sfugge a verifiche capillari poiché solo 9 regioni fino a giugno 2024 diffondevano on line gli aggiornamenti sulle liste d'attesa.

I CASI LIMITE

Cittadinanzattiva ha segnalato alcuni casi limite: in Friuli-Venezia Giulia tutte le prestazioni oggetto di indagine vengono erogate ben oltre i 100 giorni previsti, con una media addirittura di 498 giorni per l'ecografia addome con codice P nell'Azienda universitaria Friuli Centrale. In Veneto l'esatto contrario: tempi rispettati per tutte le prestazioni e tutte le priorità. Ancora: nell'Azienda Sanitaria 3 Ligure si aspettano in media 427 giorni per una visita cardiologica. All'Asl di Bari si riescono a erogare nei tempi previsti (10 giorni) solo il 9% delle visite pneumologiche con codice B, mentre alla Asl Napoli 1 Centro si rispettano i tempi delle visite oncologiche in priorità Bin appena il 14% dei casi. Interventi chirurgici a rilento, prestazioni ambulatoriali rimandate ma anche disservizi nelle prenotazioni, con telefoni che squillano spesso a vuoto. Una recente indagine sempre di Cittadinanzattiva su 8 regioni e diffusa ad aprile conferma come buona parte delle strutture sanitarie non rispettino

i tempi massimi previsti per 4 prestazioni: visita cardiologica, ecografia all'addome, mammografia e tac rachide dorsale. Accertamenti importanti che possono salvare la vita. Tra le emergenze, i tempi medi d'attesa della Puglia dove per una visita cardiologica urgentissima (entro 3 giorni) si aspettano mediamente 34 giorni; 83 i giorni per le urgenti (invece di 10 giorni); 20 i giorni per un'ecografia all'addome urgentissima e 40 per l'urgente, 34 giorni per una mammografia urgente e 30 per

una Tac della rachide dorsale.

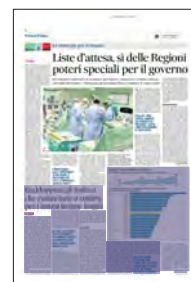
«Finalmente l'accordo tra Regioni e governo - commenta Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva - Ci auguriamo si continui su questa strada, consapevoli che l'emergenza sui lunghi tempi di attesa può essere affrontata solo con un atteggiamento di ascolto e collaborazione fra tutti i soggetti, avendo innanzitutto a cuore la sanità pubblica del nostro paese e i bisogni dei cittadini».

Raffaella Troili

RIPRODUZIONE RISERVATA

**QUATTRO MILIONI
DI PERSONE NON
FANNO VISITE ED ESAMI
PERCHÉ NON C'È POSTO
ALTRI TRE MILIONI
PER MOTIVI ECONOMICI**

**IN FRIULI 498 GIORNI
PER UN'ECOGRAFIA
ALL'ADDOME, IN PUGLIA
34 GIORNI PER UNA
VISITA CARDIOLOGICA
URGENTISSIMA**



Agli italiani piace l'intelligenza artificiale in corsia: «Migliora cure e taglia burocrazia»

Negli ospedali

Per il 61% l'Ia inciderà positivamente nelle cure.
Nasce l'Osservatorio di Fiaso

Se gli italiani temono l'intelligenza artificiale sul luogo di lavoro perché hanno paura che gli rubi il posto, sono invece pronti a darle il benvenuto in ospedale o negli studi dei medici perché in maggioranza - sei su dieci - sono convinti che nei prossimi dieci anni inciderà positivamente migliorando sia le cure che tagliando la burocrazia. «Non possiamo più affrontare i problemi della sanità italiana con strumenti del passato. L'Intelligenza artificiale non è una bacchetta magica, ma un supporto per chi si prende cura delle persone. Ad esempio può dare un aiuto ad affrontare problemi annosi come le liste d'attesa», avverte Giovanni Migliore presidente di Fiaso - la Federazione che riunisce i manager che guidano Asl e ospedali - che in occasione del lancio ufficiale ieri dell'Osservatorio sull'Ia in Sanità, che ha già mappato una quarantina di progetti in corso nelle corsie ospedaliere italiane, ha diffuso anche i dati di un'ampia indagine di Demopolis, condotta su un campione di 3.400 persone: il sondaggio mostra come per il 61% degli italiani l'intelligenza artificiale possa cambiare in positivo - a dispetto del solo 38% nel mondo del lavoro - la gestione della salute e la cura delle malattie.

Del resto l'Intelligenza artificiale è già ben presente nella medicina e nella Sanità: dagli strumenti di dia-

gnostica che la impiegano sempre di più alla ricerca di nuovi farmaci. Ma ora, con il suo utilizzo nella ge-

stione della Sanità, grazie anche alla possibilità di abbeverarsi all'oceano di dati sanitari che transiteranno sui fascicoli sanitari degli italiani (accuratamente anonimizzati) oltre che in tutto il Servizio sanita-

rio nazionale, si spera che sarà finalmente possibile rendere più efficiente la macchina sanitaria che continua a fare acqua da tutte parti tra sprechi e ostacoli burocratici che complicano la vita a medici e pazienti. Su questo concordano gli italiani: tra i vantaggi dell'Ia ci sono l'analisi rapida dei dati clinici (73%), la riduzione della burocrazia (61%) e una migliore organizzazione dei servizi (54%). Non a caso tra i progetti già mappati da Fiaso si va dal triage intelligente al pronto soccorso agli algoritmi per prevedere il rischio di infarto fino al supporto nella scelta degli esami medici da prescrivere in modo da ridurre le liste d'attesa. In sostanza, più rapidità e meno sprechi. «L'Osservatorio è uno strumento strategico per guidare il cambiamento già in atto - ha spiegato il presidente di Fiaso - e si propone come una vetrina dell'innovazione, in grado di censire e accelerare quanto sta già avvenendo sul territorio». I progetti già raccolti, provenienti da ospedali e Asl da Nord a Sud Italia, offrono soluzioni utilizzabili per l'automazione della cartella clinica, la diagnosi precoce, il monitoraggio remoto dei pazienti con malattie croniche andando incontro a quello che chiedono i cittadini.

Il cambiamento, però, secondo Fiaso, deve essere anche condiviso. Per questo, al Forum Logos & Technique di Siracusa, in programma dal 26 al 28 giugno, Fiaso presenterà anche Next Health, la piattaforma di innovazione collaborativa che connette aziende sanitarie pubbliche, università, startup e imprese. «L'obiettivo è passare - ha concluso Migliore - da una logica di sperimentazione isolata a un processo strutturato». Il forum, ospitato nella città di Archimede, sarà anche il palcoscenico dell'«Hackathon AI for Health», in cui team multidisciplinari composti da ricercatori e addetti ai lavori svilupperanno idee innovative per migliorare prevenzione, diagnosi e cura.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sui disabili il governo perde tempo

CARLO TECCE

In una di quelle cerimonie ben protette, coi sacri nastri istituzionali attorno, la leghista **Alessandra Locatelli** ha proferito da Livorno parole di buon senso sulla disabilità: «Abbiamo bisogno di scardinare determinati modi che, pure nelle amministrazioni, ormai contraddistinguono i servizi a tutti i livelli. Ciascuno di noi ha bisogno di quella dimensione della vita che ci rende felici, cioè di poter scegliere e di poter avere nella vita anche quel tempo ricreativo e sociale che fa la differenza e che deve essere liberamente scelto. Il diritto di scegliere: questa è la cosa principale su cui bisogna puntare in tutti i casi». A tratti commovente.

Se non fosse proprio Alessandra Locatelli la ministra per le disabilità, il discorso sarebbe da portare urgentemente all'attenzione del ministro per le disabilità. Perciò non si comprende appieno lo spirito innovatore di una ministra in carica da oltre due anni e mezzo che, tredici mesi fa, ha approvato una Riforma che entrerà in vigore forse nel 2027 e, per dopo le ferie estive si suppone, ha promesso di svelare una proposta definitiva per i *caregiver* (coloro che si prendono cura di un disabile) in tempo per stanziare i fondi con la legge di Bilancio che salpa nel 2026. Locatelli innovatrice e Locatelli ministra, un tutt'uno, ha spesso convenuto sul grave ritardo normativo per i *caregiver*, ultimi in Europa, «ora la bozza verrà messa di nuovo a sistema» (22 maggio 2025), nel mentre a Livorno ha celebrato

l'ennesima tappa della nave scuola "Amerigo Vespucci" conteggiando le 6.000 visite a bordo di ospiti con disabilità. Più che commovente, pietrificante. Non potendo esaminare le idee della ministra sui *caregiver*

perché, come s'è detto, non esistono ancora su carta nonostante il lavoro parlamentare, proviamo a esaminare la Riforma con la maiuscola, un testo parzialmente esistente e già abbastanza sofferente.

La Riforma del comparto disabilità di Locatelli proviene da una delega risalente al governo tecnico di **Mario Draghi** (22 dicembre 2021, ministra **Erika Stefani**, ugualmente leghista) per «la revisione e il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità». Il governo Draghi aveva previsto l'adozione di uno o più decreti legislativi, ricostruisce con la solita accuratezza il servizio studi di Camera e Senato, e la ministra Locatelli ne ha varati tre: il primo schema ha riqualificato i servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, il secondo ha costituito una Autorità garante nazionale per i diritti delle persone con disabilità, il terzo è la Riforma con la maiuscola. In due concetti, la Riforma di Locatelli mirava a «digitalizzare» e «semplificare». Siccome la burocrazia è uno strumento e non il fine, nel senso che allo Stato non è sufficiente riconoscere al disabile la sua disabilità per sentirsi assolto nei suoi doveri, la Riforma ha un difetto congenito, non ancora superato, neanche mitigato. La ministra ha sviluppato i due concetti quantomeno coevi – ovunque si vuole «digitalizzare» e «semplificare», anche perché sarebbe impopolare «materializzare» e «complicare» – attraverso quattro punti cardine: 1. nuovo processo per accertare la disabilità, più parametri,



come patologia, contesto, autonomia (valutazione multidimensionale); 2. domanda unica per fruire del supporto pubblico, dunque non più percorsi diversi per accompagnamento e i vari gradi di invalidità; 3. riduzione delle attese con un costante dialogo fra le banche dati di aziende sanitarie locali, ministero della Salute e, soprattutto, l'ente previdenziale Inps; 4. nessuna revisione per le persone con malattie irreversibili. *Vaste programme!*

Forse perché scoraggiato o perché troppo ambizioso, all'improvviso il governo è diventato prudente. La fase di sperimentazione è subito raddoppiata – decisione di marzo – da un anno a due anni, coinvolgendo 9 piccole province fin qui che poi, da settembre (l'estate va protetta), lievitano a 20 lasciando fuori le restanti 87. Le motivazioni sono tante e varie, certamente il governo s'è spaventato: niente era davvero preparato, a cominciare dalle piattaforme ►
► me digitali. La fase di sperimentazione sta riguardando essenzialmente la certificazione della disabilità, da gennaio in capo unicamente all'Inps, così da escludere i controlli incrociati con le aziende sociosanitarie territoriali. Questa novità pone due questioni. Una teorica, una sorta di conflitto di interessi: l'Inps certifica in solitaria la disabilità e poi eroga il servizio accollandosi la spesa. E una pratica, basata sui primi riscontri ottenuti nelle 9 province della fase sperimentale: le domande per accertare la disabilità si sono ridotte, se non proprio dimezzate.

Cassando l'ipotesi che la disabilità non sia più un fenomeno di alto e grave impatto in quelle zone, evidentemente le modalità di presentazione delle domande non sono adeguate alle esigenze dei cittadini. Per esempio, il certificato medico introduttivo è un documento più dettagliato e richiede una compilazione più articolata. Questo ha comportato un maggiore impegno per i medici, costretti a infilarsi nei meandri oscuri delle piattaforme, e di conseguenza sono aumentate anche le tariffe. Un ordine provinciale dei medici ha suggerito agli iscritti, chiaramente liberi di «discostarsi», di portare il costo del certificato da 75 euro ad almeno 130 visto l'aggravio di lavoro e di respon-

sabilità. Questo aspetto, più che simbolico, viene spesso sollevato dalle opposizioni al governo e alla Riforma. E citiamo, fra i pochi, la senatrice **Sandra Zampa**, capogruppo dem in commissione Affari Sociali.

La ministra Locatelli ha firmato un provvedimento con intenzioni nobili, ma con effetti non pervenuti o dannosi. E in particolare, questa è la contestazione principale, la Riforma non dà soldi ai disabili e alle famiglie, non aumenta le pensioni né gli assegni, ma rischia di creare un mercato parallelo per i privati. Volgarmente: un *business*. I progetti di vita «individualizzati» sono un caso da osservare: è indubbio che sia necessario predisporre piani di assistenza e inclusione sociale «personalizzati», ma è altrettanto indubbio che sia fondamentale avere a disposizione professionisti validi e risorse copiose.

In Italia ci sono circa 13 milioni di persone con disabilità, 3 milioni sono in condizioni gravi e 1,5 milioni di questi ha più di 75 anni. Stupisce che la disabilità, nel dibattito pubblico, sia un argomento laterale, confinato a nicchie spesso intrise di ipocrisia. Oppure sbagliamo a stupirci perché lo Stato, non soltanto durante il governo di centrodestra, in sua vece ha frequentemente scaricato l'assistenza e l'inclusione sociale sulle famiglie, i conviventi, i parenti. Però la disabilità, da un lustro e più, è un tema costantemente presidiato dalla Lega di **Matteo Salvini**, da oltre due anni e mezzo consegnato ad Alessandra Locatelli. Già ministra nel governo gialloverde di **Giuseppe Conte**, poi assessore alla Regione in Lombardia, Locatelli si muove con un basso profilo nell'agone politico-mediatico, ma non disdegna le cerimonie ben protette, le passerelle istituzionali, gli appuntamenti all'estero. A proposito di stupore, non stupisce che non abbia risposto alle domande de L'Espresso. In ossequio all'antica regola che più affascina i potenti *ad interim*: non disturbare il manovratore.

E

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Una riforma sbagliata: così l'Italia scoraggia i medici del futuro

Una domanda elementare: chi ha ideato la riforma del reclutamento degli studenti di medicina (DL n. 71 del 15 maggio 2025) e ne sta gestendo l'attuazione, si è chiesto come sta cambiando davvero la medicina? Sotto la pressione dell'innovazione tecnologica, dell'intelligenza artificiale, dell'evoluzione scientifica e dei mutamenti demografici che ridisegneranno i bisogni sanitari? O degli avanzamenti nella psicologia dell'apprendimento, dei bias nel ragionamento clinico, dei disagi psicologici che colpiscono studenti smarriti in sistemi scolastici farraginosi e ansiogeni? La risposta è semplice: no. Nessuno ha pensato a cosa serve davvero insegnare ai medici di domani, e a cosa invece sarebbe da evitare. Se lo si può comprendere da parte di chi ignora l'università o vive nel realismo magico della politica, è più grave che lo faccia chi conosce il mondo accademico e si genuflette a burocrazie ministeriali che sbandierano riforme come propaganda. Esiste ancora un'etica della formazione? Un'etica della cura? Difficile trovarla, oggi, nei gangli dell'istruzione pubblica.

Sarebbe facile smontare la riforma: è già stato fatto. I decreti attuativi ne amplificano le storture. Si promette l'abolizione del numero chiuso, ma non è vero. Si dice addio al quiz nazionale, ma il nuovo test è peggio. Si sbandiera uguaglianza, ma chi ha più risorse sarà comunque più avvantaggiato. Si afferma che i mesi di preparazione serviranno agli studenti per orientarsi: in realtà, si costruisce un percorso di tre anni fatto di tentativi ripetuti, ansia e frustrazione. Tutti i

sistemi più seri del mondo affrontano con fatica la selezione dei futuri medici. L'Italia, invece, adotta una delle soluzioni più confuse e inadeguate, figlia di una visione vecchia, provinciale, ideologica. C'è un aspetto fondamentale che sfugge a chi sostiene la riforma, compresi i professionisti della retorica dell'innovazione. Se non si formano professionisti capaci, un paese perde in salute, ma anche in competitività. Nei prossimi anni, miliardi confluiranno nel mondo sanitario: nei centri di cura, nei laboratori, nell'industria farmaceutica, nelle agenzie di regolazione. Senza capitale umano preparato, saremo tagliati fuori. Gli investimenti nella medicina clinica e nella ricerca biomedica crescono in modo continuo. Da 240 miliardi nel 2009 a 300 miliardi nel 2023. Il mercato globale delle sperimentazioni cliniche ha raggiunto i 60,9 miliardi nel 2024 e salirà a oltre 104 miliardi entro il 2032 (Cagr 6,8 per cento). In Italia abbiamo équipe di livello mondiale, ma le norme e i vincoli politici stanno soffocando la loro capacità attrattiva. Le multinazionali scelgono altri paesi. Nel 2024 la Cina ha superato gli Stati Uniti: oltre 7.100 trial clinici contro 6.000. Saremo consumatori passivi di farmaci testati altrove. Anche gli investimenti in private equity in sanità sono saliti: 115 miliardi nel 2024, secondo valore annuo storico. In crescita il settore biofarmaceutico, l'IT sanitario e le infrastrutture per le sperimentazioni. La "bioconvergenza" – incrocio tra biologia, ingegneria e data science – è già un mercato da 110 miliardi. e si

espanderà del 7,4 per cento annuo fino al 2030. Il segnale è chiaro: servono professionisti ibridi, aperti, aggiornati. La formazione medica è oggi decisiva. Deve fondersi con le nuove tecnologie, includere IA, medicina di precisione, economia sanitaria e politiche pubbliche. Bisogna insegnare ai futuri medici non solo biologia e anatomia, ma anche come si organizza l'assistenza, come si valuta una politica sanitaria, come si costruisce un sistema efficiente. Solo così i medici potranno davvero affrontare il futuro: con spirito critico, competenze trasversali e capacità di adattamento. Le facoltà di medicina non sono solo scuole: sono hub di innovazione, sviluppo economico, produzione scientifica. Dovrebbero formare medici capaci di apprendimento continuo, con una visione globale e sistemica della salute. Ma tutto questo non si vede nella riforma attuale. Niente di ciò che oggi serve è stato considerato da chi ha in mano la leva dell'istruzione. E a pagare saranno, ancora una volta, i giovani. Anche nella loro salute mentale. Anche nel loro diritto di studiare medicina in un paese che non li scoraggia a ogni passo.

Gilberto Corbellini



Servizio Cronaca

Chirurgia estetica, 14 i centri chiusi dai Nas tra abusivismo, farmaci scaduti e “filler” venduti sul web

I controlli condotti da inizio anno dai Carabinieri d'intesa con il ministero della Salute su 1160 strutture in Italia si sono intensificati dopo i decessi di tre donne a Roma: sequestrati dispositivi medici e farmaci per 3 milioni e mezzo di euro

di Redazione Salute

12 giugno 2025

Tre donne morte in pochi mesi solo a Roma, dopo essersi sottoposte a interventi di medicina estetica. L'ultimo caso, quello della cittadina equadoriana di 46 anni deceduta dopo la liposuzione in un ambulatorio abusivo a Roma. Una scia di decessi che rende più che lecito sospettare l'esistenza di un vero e proprio Far West nella gestione delle prestazioni in centri improvvisati. Da qui l'intensificazione, nel mese di maggio, dei controlli da parte dei Carabinieri dei Nas, che hanno portato dall'inizio di quest'anno al sequestro di 14 centri di medicina estetica in diverse Regioni nell'ambito di una campagna di 1160 check realizzati d'intesa con il ministero della Sanità.

Con i Nas stessi che nel comunicare i risultati delle “visite” ai centri parlano di “recenti e drammatici episodi di cronaca legati a interventi di chirurgia estetica effettuati da personale non qualificato, incurante delle gravi conseguenze che possono derivare da prestazioni eseguite in assenza di adeguata preparazione medico-professionale, con apparecchiatura non idonea e in locali carenti dei minimi requisiti sanitari e strutturali”.

Dall'abusivismo ai farmaci scaduti

Il “setaccio” dell'Arma ha comportato anche il sequestro di dispositivi medici e farmaci per un valore di 3 milioni e mezzo di euro e all'accertamento di 32 illeciti penali, riconducibili all'esercizio abusivo della professione sanitaria, all'attivazione abusiva di ambulatori di medicina estetica, a irregolarità nella gestione e detenzione dei farmaci risultati scaduti, alla ricettazione di farmaci a uso ospedaliero e alla falsificazione di attestati professionali. Contestate anche ulteriori 156 sanzioni amministrative per inadempienze autorizzative e procedurali connesse con la mancata applicazione di leggi regionali e della normativa inerente all'attività di estetista. Irrogate sanzioni pecuniarie per 130mila euro.

Il pericolo corre (anche) sul web

Le attività di controllo sono state estese anche al web al fine di verificare la vendita o anche la pubblicità illegale di medicinali e dispositivi medici utilizzati abusivamente nel campo della “medicina estetica”, Nei casi più gravi si è arrivati all'oscuramento di quei siti web, “solitamente ospitati su server esteri e con gestori anonimi facilmente raggiungibili dall'Italia”, sottolineano dai

Nas, che promuovevano o vendevano illegalmente medicinali soggetti a prescrizione medica obbligatoria, vendibili in farmacia e utilizzabili solo sotto controllo di personale sanitario; dispositivi medici iniettabili per via sottocutanea (cd. filler); prodotti cosmetici con etichettatura irregolare.

DIRITTI

Impariamo dalla Toscana sul fine vita è un modello

CHIARA SARACENO — PAGINA 19

Una legge sul suicidio assistito dovrebbe corrispondere all'idea di vita dignitosa del malato che voglia ricorrervi

Cure palliative e sedazione non bastano Sul fine vita si segua il modello Toscana

L'ANALISI

CHIARA SARACENO



Il governo e i partiti che ne fanno parte sembrano finalmente consapevoli della necessità di arrivare ad una legge sul suicidio assistito, come ha chiesto da ormai qualche anno la Corte costituzionale con ben due diverse sentenze, indicando anche i criteri cui dovrebbe attenersi. Continuare a procrastinare, dopo aver fatto ricorso alla Corte costituzionale contro la legge della regione Toscana perché entrerebbe in una questione di responsabilità dello stato, diverrebbe difficilmente sostenibile, stante che è appunto colpa dello stato che da anni non dà corso alle sentenze della Corte costituzionale se manca una legge nazionale che regolamenti in modo chiaro le procedure necessarie e le responsabilità di chi deve verificare che esistano le condizioni stabilite dalla Corte e fornire l'assistenza necessaria.

Qualsiasi sia la decisione della Corte costituzionale, non potrà non includere un richiamo al governo e al Parlamento perché facciano il proprio dovere. Anzi, se la Corte si pronunciasse a favore del ricorso del Governo, questo richiamo sarà tanto più forte.

Desta qualche preoccupa-

zione, tuttavia, il modo in cui nella maggioranza si sta discutendo su come debba essere formulata questa legge, che cosa debba contenere, quasi che si trattasse ancora, nonostante le sentenze della Corte, di decidere preliminarmente la liceità del suicidio assistito a determinate, e stringenti, condizioni: presenza di una patologia irreversibile; presenza intollerabile di sofferenze fisiche o psicologiche; dipendenza da trattamenti di sostegni vitali; capacità dell'interessato di prendere decisioni libere e consapevoli che devono essere certificate dal servizio sanitario nazionale. Vi è infatti chi sostiene che basti offrire cure palliative o la sedazione profonda.

Certo che sarebbe necessario rendere generalizzato a tutti coloro che ne hanno bisogno e le desiderano l'accesso alle cure palliative, ovvero a cure che allevino per quanto possibile la sofferenza, accompagnando il malato ma anche chi si cura di lui/lei. Benché da diversi anni facciano parte dei Livelli essenziali di assistenza, esse tuttavia non sono garantite nello stesso modo ovunque. Più che di una legge che le istituisca, occorrerebbe quindi dare attuazione al Lea che le riguarda. Ma non sempre, non per tutti, non per tutto il tempo necessario perché il corpo finalmente ceda nonostante tutti i sostegni vitali, le cure palliative sono efficaci, o anche solo ac-

cettate. Daniele Pieroni, che ha ottenuto il suicidio assistito qualche giorno fa in base alla legge toscana, ad esempio, le aveva provate per un po', ma senza trarne alcun beneficio, al contrario.

Le cure palliative, quindi, non possono essere poste in alternativa al suicidio assistito, per chi lo chiede in piena libertà e consapevolezza. Imporle come unica soluzione ad una sofferenza e dipenden-

za vissute come intollerabili e non dignitose per sé non è una riaffermazione della dignità e valore supremo della vita, bensì una sua negazione, una condanna a una vita sentita come intollerabile e non dignitosa. Quanto alla sedazione profonda, forse toglie la sofferenza o almeno la sua consapevolezza, ma certamente non corrisponde non solo all'idea di vita dignitosa che ciascuno di noi può avere, ma alla stessa idea di "vita". È un modo indiretto di accompagnare alla morte, eliminando la



coscienza del morente. Un modo che chi è cosciente e fino a che è cosciente può non considerare buono per sé stesso/a. Comunque non corrisponde al diritto, sancito dalle sentenze della Corte Costituzionale in circostanze definite, ad essere aiutati a morire in piena coscienza di sé.

Per questo motivo, a mio parere non ha neppure senso, o meglio giustificazione, un'altra proposta che sta emergendo, ovvero di demandare la decisione finale a un qualche comitato etico, regionale o nazionale. Viste le sentenze della Corte Costituzionale in materia, non si tratta, infatti, di decidere se essere aiutati a morire perché non si è in grado di farlo da sé sia o meno eticamente accetta-

bile. La Corte ne ha già sancito la legittimità. Occorre solo che si accerti che ne esistono le condizioni, sia materiali, sia psicologiche e di lucidità intellettuale, sia di non costrizione. E che siano state offerte tutte le alternative e sostegni possibili. Questa valutazione non è compito di un comitato etico, ma di una équipe multidisciplinare fatta di medici, psicologi, assistenti sociali, che decida in tempi certi sulla base non di legittime opinioni sui "valori della vita", ma sulla effettiva corrispondenza del caso specifico ai criteri stabiliti dalla Corte interagendo con la persona interessata e i suoi familiari e assumendosi la re-

sponsabilità dell'accompagnamento fino in fondo. La legge toscana, nella sua semplicità, chiarezza e totale aderenza ai criteri indicati dalla Corte, potrebbe essere presa come falsariga di una legge nazionale. —

Da anni lo Stato non dà corso alle sentenze della Corte costituzionale. Non ha senso l'idea della coalizione di governo di lasciare la decisione a un comitato etico.

S I punti

1

La Consulta

Ha stabilito quattro requisiti per il suicidio assistito: patologia incurabile, sofferenze psichiche intollerabili, dipendenza del malato da sostegni vitali e libera formazione della sua volontà consapevole.



2

Le Regioni

Si stanno muovendo in ordine sparso: finora ha legiferato solo la Toscana, mentre in Emilia-Romagna sono state emesse delibere rivolte alle Asl e nelle altre sono in discussione proposte di legge.

3

Il centrodestra

Nell'ultima riunione a Palazzo Chigi ha deciso di presentare un testo condiviso che contempli il ricorso a cure palliative e che demandi a un comitato etico nazionale l'ultima parola sui casi di fine vita.



Veglia per Piergiorgio Welby e il suo diritto a morire: chiese e ottenne l'eutanasia nel 2006



Il confronto tra maggioranza e vescovi. Ma anche la Chiesa rischia spaccarsi sulla legge

Il tavolo con la Cei: "Intesa possibile"

IL RETROSCENA
GIACOMO GALEAZZI
CITTÀ DEL VATICANO

«Un buon compromesso». È questo l'obiettivo del negoziato in corso tra Stato e Chiesa sul fine vita.

L'intesa è definita «possibile» su entrambe le sponde del Tevere. E il centrodestra oscilla tra il timore di perdere voti su una questione sempre più presente nel dibattito pubblico e l'impressione che possa trattarsi di una fuga in avanti che disorienti i moderati. «Non è una contrapposizione tra credenti e non credenti» spiega a *La Stampa* il professor Filippo Vari, costituzionalista cattolico dell'Università Europea di Roma. Il punto è l'interpretazione che si dà dei diritti inviolabili protetti

dalla Costituzione e ai quali nessuno può rinunciare. Già gli antichi romani parlavano di diritto naturale. Sul fine vita l'unica soluzione compatibile con il Magistero è una legge che fissi il divieto di accanimento e di ogni forma di eutanasia, prevedendo al limite sanzioni più lievi in presenza di circostanze particolari che tocca al Parlamento stabilire».

Tra gerarchie ecclesiastiche e associazioni cattoliche impegnate a difesa della vita ci sono differenze destinate ad acuirsi. Aggiunge Vari: «La valutazione e la mediazione spettano al politico, il laicato cattolico deve mantenere una visione profetica e cioè continuare a dire la verità». Per la Cei l'eutanasia è la risposta semplificata di una società che ha smarrito la capacità di stare nel limite, nel dolore, nella relazione poiché ogni essere umano è portatore di una dignità inalienabile, dal concepimento fino al suo ultimo respiro. Secondo i vescovi laddove la medicina della prossimità funziona, la domanda di eutanasia diminuisce, quindi le cure palliative sono un dovere civile, morale e spirituale, e rappresentano il vero argine alla cultura della morte mascherata da libertà. L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute, non solo a guarire ma anche a essere accompagnati nel morire in qualunque regione si viva. «La scelta è tra il diritto alla vita, con cure che aiutino nei casi di bisogno, e una sempre più incisiva configurazione di un diritto alla morte – dice Vari. Qualora fosse quest'ultimo a prevalere, verrebbe meno uno dei cardini del sistema costituzionale e si affermerebbe un'idea di autodeterminazione e di libertà priva di limiti».

Il cardinale Augusto Pao-

lo Lojudece (consiglio Cei) chiede sul fine vita «un vero confronto a livello nazionale, lontano dai riflettori, che punti prima di tutto a ridare centralità alle cure palliative accompagnando il paziente non più guaribile nel tempo della sofferenza e del fine vita. La solitudine e il dolore devono trovare rete a cui aggrapparsi. Il diritto alle cure palliative va garantito a tutti i pazienti e su questo c'è ancora tanto da fare». —



Il Consiglio permanente Cei



CAMBIA LA VITA PER MILIONI DI ITALIANI AFFETTI DA DIABETE

Rivoluzione insulina: diventa settimanale

Si passa da una iniezione al giorno a una ogni sette. Italia primo Paese al mondo con il farmaco a carico del Ssn

SIMONA PLETTO

■ C'è una rivoluzione silenziosa che sta prendendo forma tra le corsie degli ambulatori di diabetologia, e questa volta è l'Italia a fare da apripista. Dopo l'approvazione dell'Agenzia europea per i Medicinali (Ema), il nostro Paese è pronto ad accogliere la prima "insulina settimanale" al mondo. Icodec, così si chiama, è sviluppata da Novo Nordisk. Sarà presto commercializzata con il nome di Awikli e sarà a carico del servizio sanitario nazionale, gratuita per i pazienti.

Una sola iniezione ogni sette giorni, dunque, invece delle tradizionali dosi quotidiane. Un cambiamento sostanziale che per chi convive con il diabete, che arriva dopo 101 anni dalla prima insulina, e - come detto - con il nostro Paese in prima fila tra i protagonisti europei.

Non si tratta solo di un vantaggio pratico. Secondo i principali studi clinici, tra cui il programma Onward che ha coinvolto migliaia di pazienti in tutto il mondo - inclusi numerosi centri italiani -, l'efficacia di questa nuova insulina è sovrapponibile, se non lievemente superiore, rispetto alle insuline basali attualmente in uso. Ma è soprattutto nella qualità della vita che si misura il salto. Meno iniezioni (52 anziché 365) significa meno stress, meno dimenticanze, meno ansia da ago. Per molti pazienti il rapporto quotidiano con la terapia insulinica rappresenta infatti un peso psicologico che si somma alla fatica di gestire l'alimentazione, l'attività fisica, i controlli medici. Poter concentrare tutto in un gesto settimanale cambia la prospettiva.

L'Italia, come spesso accade, si ritrova in prima linea non solo per motivi clinici, ma anche perché qui il diabete è un tema urgente.

Secondo le stime, sono poco meno di quattro milioni le persone affette nel nostro Paese, con un'incidenza in costante crescita. La prospettiva di poter alleggerire la loro routine - e con essa la pressione sui servizi sanitari - è di notevole importanza. L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) sta ora lavorando per stabilire i criteri di accesso, la rimborsabilità e le modalità di introduzione della nuova terapia nel sistema sanitario nazionale. Una volta completato l'iter, Awikli potrebbe essere disponibile già entro la fine del 2025.

Le associazioni dei pazienti, come "Diabete Italia", e le principali società scientifiche, tra cui la SID (Società Italiana di Diabetologia) e l'Amd (Associazione Medici Diabetologi), hanno accolto con entusiasmo la notizia. Per loro non è solo una novità farmaceutica, ma l'inizio di un approccio diverso, più umano, alla gestione della malattia. Non a caso i commenti parlano di «libertà ritrovata», di «qualità della vita», di «maggiore serenità per i pazienti». Espressioni rare nel linguaggio della medicina, ma che raccontano bene cosa significa davvero convivere con il diabete.

«Ora bisogna garantire un accesso equo e veloce a vantaggio di tutte le persone affette da diabete, assicurando inoltre una piena fiducia nel suo utilizzo da parte della classe medica», rimarca la professoressa Raffaella Buzzetti, presidente della Società Italiana di Diabetologia (Sid) e presidente della Federazione società diabetologiche italiane. «Ed è doveroso riconoscere l'impegno delle Istituzioni che, in tempi rapidi, hanno reso disponibile questa innovazione terapeutica in Italia» aggiunge Riccardo Candido, professore associato di Endocrinologia all'Univer-

sità degli studi di Trieste e presidente nazionale dell'Associazione medici diabetologi.

L'insulina settimanale, va detto, non sarà adatta a tutti. È indicata per il diabete di tipo 2 e per alcuni casi selezionati di tipo 1. In ogni caso, sarà il medico a stabilire se e come introdurla nel piano terapeutico. Ma la direzione è chiara.

In un sistema sanitario che punta sempre più alla personalizzazione delle cure, questa innovazione rappresenta un passo concreto verso un modello in cui la tecnologia farmaceutica si mette al servizio della vita quotidiana. Non si tratta solo di ridurre il numero di iniezioni, ma di restituire ai pazienti un po' di tempo, un po' di spazio mentale, un po' di normalità. Proprio a causa di questa complessità quotidiana, oggi si stima che il 50% dei pazienti ritardi di oltre due anni l'avvio della terapia insulinica. In Italia, un paziente su tre non è ancora trattato con insulina, nonostante valori sballanti della glicemia. Il ritardo nell'avvio del trattamento insulinico espone inoltre a un rischio aumentato di complicanze gravi: infarto (+67%), insufficienza cardiaca (+64%), ictus (+51%), nefropatia (+18%), neuropatia (+8%) e retinopatia (+7%).

Alla fine, dunque, questa novità rappresenta anche un risparmio per lo stesso sistema sanitario. E non è cosa da poco.



Giappone, terapia di gruppo con i chatbot

DI MAICOL MERCURIALI

Si chiama Rin, ma non è una terapeuta in carne e ossa. È un chatbot, un'intelligenza artificiale conversazionale. Accanto a lei, Hanako e Riko: due pazienti digitali che partecipano a una seduta simulata di gruppo, dialogando con una donna - questa in carne e ossa - affetta da sindrome premestruale. Non è fantascienza, ma il cuore di uno studio condotto da un'équipe della Graduate School of Engineering dell'Università di Tokyo, presentato recentemente alla conferenza internazionale CHI 2025 di Yokohama. L'obiettivo del progetto è offrire un supporto accessibile e continuo alle donne che soffrono di sindrome premestruale (PMS), una condizione che colpisce molte donne in età fertile, e che nel 3-8% dei casi si manifesta in forma severa, con sintomi comparabili a quelli di un disturbo dell'umore cronico. Dolori fisici, cali di energia, ansia e irritabilità possono compromettere seriamente la vita quotidiana, specie nei rapporti sociali e sul lavoro. Eppure, come sottolineano i ricercatori, la PMS è spesso vissuta in solitudine, per via dello stigma culturale che la circonda. Da qui l'intuizione del team guidato dal professor Koji Yatani: simulare un contesto terapeutico collettivo grazie a un sistema di chatbot specializzati. Non più, quindi, il classico assistente virtuale "uno a uno", ma un'interazione multipla, dove ogni bot svolge un ruolo preciso. Rin è la facilitatrice, Hanako e Riko sono le "pari" che condividono espe-

rienze simili, per offrire empatia, comprensione e strategie di coping. «La tecnologia attuale consente alle donne di monitorare il ciclo mestruale, ma non fornisce strumenti emotivi e relazionali sufficienti per affrontare i disagi psicologici che il ciclo può comportare», ha spiegato la dottoranda Shixian Geng, prima autrice dello studio.

Il sistema sviluppato a Tokyo si ispira ai principi della motivational interviewing e alle dinamiche della terapia di gruppo, largamente utilizzata nella gestione di disturbi come depressione, ansia, dipendenze e proprio PMS. «Abbiamo voluto riprodurre digitalmente un ambiente dove l'utente possa riflettere sui propri sintomi, sentirsi compresa, e ricevere sostegno, anche se attraverso un'interfaccia virtuale», ha spiegato Yatani. I chatbot non si limitano a fornire risposte preconfezionate, ma simulano una vera conversazione a più voci, con turni, empatia e domande aperte.

Secondo gli autori, questo approccio potrebbe colmare il vuoto lasciato dalle terapie tradizionali, spesso poco accessibili per ragioni economiche o logistiche. E al tempo stesso potrebbe ridurre il senso di isolamento che molte donne provano. La ricerca apre così una nuova frontiera nell'uso dell'intelligenza artificiale per la salute.



NUOVI DOLORI, IL PESO, LE OSSA E UN ALTRO SGUARDO SU DI SÉ GUIDA ALLA MEZZA ETÀ (FELICE)

Fra i 40 e i 60 anni il corpo cambia linguaggio: si fa più lento, più esigente, meno incline a perdonare gli eccessi. I segnali di trasformazione a volte sorprendono, altre disorientano. Dall'esercizio fisico, aerobico e anaerobico («il fattore che più rallenta l'orologio biologico»), alla struttura delle ossa: i consigli che fanno la differenza. Per esempio: sapete cos'è la «duapausa»?

di ANNA FREGONARA

L

La mezza età è qualcosa di più di un'etichetta anagrafica. È un punto di svolta che introduce una nuova stagione della vita, convenzionalmente compresa tra i 40 e i 60 anni, in cui il corpo inizia a cambiare linguaggio: si fa più lento, più esigente, meno incline a perdonare gli eccessi. È il momento in cui comincia a raccontarci la storia delle nostre abitudini, che non sono immutabili, ma diventano visibili. I segnali di trasformazione, talvolta, sorprendono; altre volte disorientano. Il *New York Times* ha invitato i lettori a condividere le loro domande sulla mezza età. Ne sono arrivate oltre 800, un flusso di riflessioni che spazia dal quotidiano all'esistenziale.

Tra i temi più ricorrenti spiccano la perdita di massa muscolare e i dolori osteoarticolari. D'altra parte, con l'avanzare dell'età, molti tendono a ridurre l'attività fisica rispetto a quando erano giovani adulti. Se non si è più abituati a sollecitare certi gruppi muscolari, anche gesti semplici, come portare la spesa o fare le scale, possono lasciare un senso di affaticamento o indolenzimento. A questo si aggiunge una naturale rigidità articolare, dovuta all'accumulo di usura e alla ridotta elasticità dei tessuti. Le donne sono particolarmente esposte perché la mezza età coincide con la menopausa. «Menopausa significa data dell'ultima mestruazione. In realtà indica un periodo della vita che può durare fino a circa 5-7 anni che si definisce perimenopausa, mentre la postmenopausa comprende circa i 10 anni dopo la fine della mestruazione», spiega Rossella Nappi, ginecologa, endocrinologa e sessuologa, professoressa

di Ginecologia e Ostetricia all'Università degli Studi e all'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. «Si verifica in modo naturale nella maggior parte delle donne tra i 47 e i 53 anni, in Italia avviene circa a 50-51 anni e segna la fine della capacità riproduttiva e della produzione di ormoni estrogeni». È proprio la carenza di estrogeni a coinvolgere il sistema muscolo-scheletrico, rendendolo più vulnerabile, meno forte e flessibile. «**Diversamente da quanto si pensi, l'osso non è una struttura fissa, si rimodella per tutta la vita.** È formato da una componente cellulare (gli osteociti, gli osteoblasti e gli osteoclasti) e da una minerale costituita soprattutto da calcio e fosforo e vive in un costante equilibrio tra formazione e riassorbimento. Gli osteoblasti costruiscono nuovo osso, gli osteoclasti lo riassorbono e gli

osteociti mantengono la vitalità del tessuto. Durante l'età fertile, questo equilibrio è bilanciato. Dopo la menopausa, però, la riduzione degli estrogeni accelera il lavoro degli osteoclasti, favorendo la perdita di massa ossea e aumentando il rischio di osteoporosi», chiarisce Cesare Faldini, professore ordinario di Ortopedia e Traumatologia all'Università di Bologna e direttore della S. C. Clinica ortopedica e traumatologica 1 dell'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna. «**L'equilibrio osseo dipende anche dal carico meccanico: l'osso "sente" il movimento. Quando è sottoposto a carico, si rafforza; quando è inattivo, tende a riassorbirsi.** Per questo l'attività fisica, sia aerobica sia anaerobica, regolare è fondamentale anche nella prevenzione dell'osteoporosi. Inoltre, in tutti gli adulti la massa muscolare tende a ridursi, un processo noto come sarcopenia, che può essere contrastato con un apporto adeguato di proteine e un allenamento costante. Recuperare massa ossea e muscolare è possibile, ma più difficile: ecco perché è essenziale non perderla».



Ma quanto e come muoversi? L'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda, per gli adulti tra i 18 e i 64 anni, **150-300 minuti a settimana di attività aerobica moderata (come camminata veloce o bicicletta) oppure 75-150 minuti di attività intensa (come corsa o nuoto), più due sedute settimanali di esercizi di forza.** Dopo i 65 anni, è utile aggiungere esercizi di equilibrio e coordinazione almeno tre volte a settimana, come tai chi, yoga lento o camminata su terreni irregolari, per prevenire le cadute e mantenere l'autonomia. Se questo non basta a convincerci ad alzarci dal divano, può riuscirci Eric Topol, cardiologo e fondatore dello Scripps Research Translational Institute. Con il suo team ha studiato per sei anni il genoma di oltre 1.400 ultraottantenni senza malattie croniche gravi, scoprendo che il DNA non spiegava il loro "super invecchiamento". La domanda allora è: che cosa fa davvero la differenza? **Dati scientifici alla mano, Topol, 71 anni a giugno, risponde che l'esercizio fisico, sia aerobico sia anaerobico, è il fattore che più di tutti rallenta l'orologio biologico.** È l'unico intervento con prove solide sull'invecchiamento sano e non è mai troppo tardi per iniziare, anche da anziani si può diventare più forti e in forma (e lui lo è). Muoversi, tra l'altro, si riflette sulla salute del cuore. «La mezza età è il momento in cui viene meno il vantaggio biologico delle donne, fino ad allora protette dagli estrogeni», spiega Roberto Pedretti, professore associato di Malattie dell'apparato cardiovascolare all'Università di Milano Bicocca e direttore Unità operativa di cardiologia, Ospedale di Erba (Como).

«Con la menopausa, le malattie cardiovascolari diventano più frequenti anche nel sesso femminile. A livello globale, infatti, sono responsabili del 39% dei decessi tra le donne, rappresentando la prima causa di morte, proprio come avviene per gli uomini. Per questo, in entrambi i sessi, è fondamentale porre grande attenzione alla prevenzione cardiovascolare, le cui strategie hanno dimostrata efficacia: **non fumare, seguire un'alimentazione equilibrata, mantenersi attivi, tenere sotto controllo il peso, dormire bene e gestire lo stress sono comportamenti chiave per proteggere il cuore.** A questi vanno affiancati la diagnosi precoce e il trattamento delle patologie che aumentano il rischio cardiovascolare, come ipertensione arteriosa, colesterolo elevato e diabete».

Tra gli altri temi ricorrenti emersi dall'indagine del *New York Times* spiccano l'aumento di peso e il cambiamento nella forma del corpo, aspetti che, sebbene con sfumature diverse, possiamo definire "unisex". «Donne e uomini tendono ad aumentare di peso in modo improvviso con l'avanzare dell'età», continua la ginecologa Nappi. «Nel caso delle donne, la carenza di estrogeni, il rallentamento del metabolismo e il fatto che si tenda a mangiare di più e consumare meno sono fattori che si sommano. Gli estrogeni favori-

scono la deposizione del grasso su fianchi e cosce. Con la menopausa, però, questo assetto cambia: la carenza ormonale sposta il grasso verso l'addome. Questo tipo di grasso è pericoloso perché può favorire la resistenza all'insulina, alterando il controllo degli zuccheri nel sangue. **Anche gli uomini, pur non attraversando una menopausa vera e propria poiché il testosterone non si azzerà mai, vanno incontro a cambiamenti nella forma fisica,** nella salute cardiovascolare e, talvolta, anche nella sfera sessuale. Il concetto di "Duapausa" nasce proprio da qui: **l'idea che, nella coppia, ci si possa prendere cura di sé contemporaneamente, rafforzando a vicenda la motivazione a stare bene e a vivere meglio insieme, in salute.** L'importante è non cristallizzarsi in un'immagine di sé che appartiene al passato, ma cercare quella attuale, consapevoli che la menopausa o un dolore al ginocchio che non avevamo fino a ieri sono un campanello d'allarme che ci richiama a prenderci cura di noi per gli anni a venire».

In fondo, la mezza età è un tempo di riorganizzazione, di bilancio, ma anche di rilancio. Un tempo dove ciò che cambia non è solo il corpo, ma anche lo sguardo su di sé. Come quando, per esempio, viviamo, e se ne lamentano più le donne in menopausa, problemi di memoria, di concentrazione e di lucidità mentale, fenomeni spesso descritti come *brain fog* o "annebbiamento mentale". «Questi cambiamenti sono reali e hanno basi biologiche e neurologiche. Il motivo principale è il calo dei livelli di estrogeni, in particolare l'estradiolo. **Gli estrogeni svolgono un ruolo chiave nel funzionamento del cervello, aumentando l'attività di vari neurotrasmettitori, proteggendo le cellule cerebrali dallo stress ossidativo e favorendo la neuroplasticità, cioè la capacità del cervello di formare nuove connessioni.** Il loro calo può quindi influire negativamente sulla memoria a breve termine e sulla capacità di concentrazione», chiarisce Michela Matteoli, docente di Farmacologia presso Humanitas University e direttrice del Programma di neuroscienze dell'ospedale Humanitas. «Oltre ai cambiamenti ormonali, altri fattori possono aggravare i problemi cognitivi come i disturbi del sonno nonché ansia e depressione, comuni in menopausa».

I problemi cognitivi durante la menopausa sono nella maggior parte dei casi transitori. Studi longitudinali, come l'americano Study of Women's Health Across the Nation, iniziato nel 1996 e ancora attivo, hanno mostrato che molte donne recuperano le abilità cognitive dopo alcuni anni dalla menopausa. «Aiutiamoci praticando esercizio fisico regolare, anche aerobico perché questo aumenta la produzione di fattori neurotrofici che potenziano la plasticità sinaptica; possiamo favorire la stimolazione cognitiva tramite lettura, apprendimento, giochi mentali e infine migliorare la gestione dello



stress attraverso meditazione, mindfulness, yoga. **La dieta è uno dei pilastri più importanti per la salute cerebrale, ne può potenziare la funzionalità:** verdure come spinaci e cavolo riccio, frutti di bosco, noci, pesce grasso (salmone, sgombero, sardine), legumi (lenticchie, ceci, fagioli), olio extravergine di oliva e cereali, soprattutto integrali, sono componenti base di diete che preservano la funzione cerebrale, quali la MIND e la nostra dieta mediterranea».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«L'OSSO "SENTE" IL MOVIMENTO. QUANDO È SOTTOPOSTO A CARICO, SI RAFFORZA; QUANDO È INATTIVO, TENDE A RIASSORBIRSI»

«IL CONCETTO DI "DUAPAUSA" È L'IDEA CHE NELLA COPPIA CI SI POSSA PRENDERE CURA DI SÉ, RAFFORZANDOSI A VICENDA»

LE TRE P

La regola delle tre P individua i periodi in cui le donne sono più vulnerabili allo sviluppo di disturbi alimentari sia nella forma restrittiva, come l'anoressia, sia in quella caratterizzata da perdita di controllo, come la bulimia o il disturbo da *binge-eating*. Le tre P si riferiscono ad altrettante parole inglesi che indicano fasi di profonda trasformazione ormonale e identitaria: *puberty* (pubertà), *pregnancy/post partum* (gravidanza e post partum) e *perimenopause/menopause* (perimenopausa e menopausa). «Le alterazioni ormonali tipiche della menopausa possono aumentare la sensibilità della donna sia sul piano fisico sia su quello psicologico», dice Stefano Erzegovesi, medico nutrizionista e psichiatra, esperto in nutrizione preventiva e disturbi alimentari. «Da un lato, si osserva una tendenza all'accumulo di grasso viscerale; dall'altro, possono comparire oscillazioni dell'umore, spesso in senso depressivo. È un periodo in cui molte donne si sentono poco definite nella propria identità personale».

IL CERVELLO

Durante la mezza età il metabolismo rallenta anche per colpa del cervello. Sebbene rappresenti solo il 2% del peso corporeo, consuma circa il 20% dell'energia totale in condizioni di riposo. «Questo enorme fabbisogno energetico serve a mantenere l'attività elettrica dei neuroni, alimentare la sintesi di neurotrasmettitori e quindi sostenere i processi cognitivi», dice la neuroscienziata Michela Matteoli. «A partire dai 30-40 anni, però, il cervello comincia a poco a poco a ridursi di volume, un processo che accelera dopo i 60 anni. Essendoci meno tessuto attivo, è necessaria meno energia. Inoltre, con l'invecchiamento si assiste alla tendenza a una minore attivazione spontanea del cervello, anche in soggetti cognitivamente sani, e anche questo contribuisce alla minore richiesta energetica. Quindi non smettiamo mai di stimolarlo. Studiare o fare cose nuove favorisce le sinapsi».



Senza aiuti l'Aids torna a far paura

JESSICA MARIANA MASUCCI

Sudafrica, Cambogia, Ucraina, Uganda: ovunque nel mondo ci sono pazienti che in questi primi sei mesi del 2025 hanno interrotto la terapia per l'Hiv. I medicinali scarseggiano, così come i test diagnostici. Il personale delle organizzazioni mediche e umanitarie che si occupano di Aids e altre malattie infettive è stato decimato dai licenziamenti; tutti sono in cerca di finanziamenti alternativi. È l'impatto globale delle decisioni in materia di salute globale dell'amministrazione Trump II: la mancata riautorizzazione del piano PEPFAR – il programma ventennale di aiuti per il contrasto alla diffusione di Hiv e Aids – e soprattutto i tagli alla Usaid, l'agenzia statunitense che sovrintendeva ai programmi di cooperazione interna-

zionale. In connessione ai tagli «un gruppo di esperti internazionali su The Lancet ha stimato che solo nel continente africano si potrebbero verificare un milione di nuove infezioni da Hiv tra i bambini e la morte per cause collegate all'Aids di quasi mezzo milione di minori entro il 2030», ha evidenziato a L'Espresso **Stefania Burbo**, focal point del Network italiano salute globale. Lo UNAIDS, il programma delle Nazioni Unite contro l'Hiv/Aids, sta tenendo traccia sul proprio sito della crisi causata dai tagli agli aiuti americani. In una ricerca pubblicata a maggio e condotta su 56 Paesi nel mondo, è risultato che il 14 per cento di loro ha scorte di alcuni farmaci antiretrovirali per al massimo sei mesi, il 21 per cento potrebbe presto rimanere senza test per l'Hiv e il 46 per cento ha manifestato difficoltà nella catena di distribuzione. La crisi interessa non solo Africa, Asia e Sud America ma anche l'Est Europa, innanzitutto l'Ucraina. In un

aggiornamento del 22 aprile, tra gli altri effetti dei tagli, si segnala che l'interruzione delle forniture che arrivavano grazie agli Stati Uniti sta mettendo a rischio la campagna nazionale di prevenzione con la profilassi pre-esposizione, la PrEP: in base al consumo medio mensile attuale, le scorte di farmaci necessari potrebbero terminare a metà agosto, lasciando la popolazione già in guerra priva di un importante strumento di prevenzione.

Mentre **Elon Musk** nei giorni scorsi si è ritirato dal suo ruolo nel Department of Government Efficiency (Doge), nei luoghi dove arrivavano i fondi americani per la salute globale le persone invece di ricevere le cure necessarie «restano a casa, non sanno dove andranno a prendere le loro medicine e non hanno certezze sul proprio futuro». A parlare è **Jovia Mirembe**, attivista del Global Fund Advocates Network. Jovia è un'avvocata ugandese, esperta di diritti umani e soprattutto di discriminazioni nei confronti di chi vive con l'Hiv e di altre categorie. Lei stessa ha ricevuto la diagnosi nel 1997, affrontando lo stigma sociale legato alla sua condizione medica e al fatto di essere diventata madre a 14 anni. Il taglio ai fondi destinati alla salute globale ha travolto anche il suo lavoro e la sua famiglia. Alla Universal Coalition of Affirming Africans Uganda si sono ritrovati senza soldi per pagarla e quando con suo figlio è andata in ospedale per fargli fare l'ultimo test diagnostico necessario per avere la conferma della sua negatività al virus dell'Hiv non



ha trovato nessuno, fatta eccezione per un volontario. «Quando gli ho detto che mio figlio doveva fare il Pcr (il test di reazione a catena della polimerasi, ndr), mi ha spiegato che in quel momento non stavano facendo nessun test: «Vieni, ti diamo le medicine necessarie per un mese e poi vai via». Gli ho chiesto che cosa avrei dovuto fare, allora, e la sua risposta è stata: «Continua a dargli medicine finché la situazione non si stabilizza»». Pur di non far prendere medicinali potenzialmente inutili al ragazzo, Jovia ha effettuato altrove il test a pagamento scoprendo che poteva, appunto, smettere di fargli assumere i farmaci.

Le difficoltà non sono solamente nel far analizzare il sangue dei pazienti. **Choub Sok Chamreun** è il direttore esecutivo di Khana, una organizzazione non governativa che opera in Cambogia e supporta i pazienti con Hiv, tubercolosi, epatite e che si occupa di salute riproduttiva, materna e infantile. L'organizzazione cambogiana, che alla fine del 2024 aveva prestato servizi a oltre 80mila persone, si è ritrovata come tante altre dall'oggi al domani senza i fondi Usaid, nel suo caso destinati alla cura e alla prevenzione della tubercolosi, e ha dovuto licenziare parte del personale. Molti dei pazienti – che talvolta hanno sia l'Hiv sia la tubercolosi – hanno perso il loro punto di riferimento, il *community worker* che si occupava di loro facendo visita a luoghi lontani dalle strutture mediche. Chamreun spiega che il progetto finanziato dalla Usaid consentiva di portare «i macchinari per i raggi X al torace fino ai villaggi nei quali si sospettava che gli abitanti potessero avere la tubercolosi». Se la diagnosi veniva confermata «ricevevano sul posto la registrazione per ottenere i farmaci». Anche le informazioni ora arrivano in maniera limitata, non potendo più contare su una rete di persone che lavoravano sul campo.

Nella ong cambogiana si stanno dando da fare per cercare nuovi finanziamenti, ma al momento non hanno ancora certez-

ze su come rimpiazzare i soldi che arrivavano dagli Stati Uniti. Che si tratti di fondi per Hiv o la tubercolosi il discorso non cambia: il disimpegno netto e improvviso del principale finanziatore della salute globale ha evidenziato la dipendenza di molti Paesi dagli aiuti americani. «Possiamo ancora combattere e vincere la lotta contro l'Hiv solo se collaboriamo con i nostri governi e se i nostri governi si rimboccano le maniche e non dipendono da finanziamenti esteri per affrontare i propri problemi», sostiene **Sibongile Tshabalala**, presidente nazionale della organizzazione sudafricana Tac, Treatment Action Campaign, una delle principali voci della lotta contro l'Aids in un Paese nel quale il 13,1 per cento delle morti è ancora causato da questa malattia. Per fare un confronto, in Italia lo 0,2 per cento della popolazione tra i 15 e i 49 anni vive con Hiv o Aids, in Uganda è il 5,12 per cento, in Sudafrica il 17,1 per cento. L'impatto dell'interruzione improvvisa degli aiuti americani è descritto dalla presidente di Tac non solo in termini di perdita di posti di lavoro e interruzione delle terapie, ma anche per la raccolta dati e per la ricerca.

Della necessità di rivolgersi ai governi locali ne parla anche **Jovia Mirembe**, evidenziando però i problemi legati al governo ugandese, nel suo caso specifico. Nel 2023 l'Uganda è balzato nelle cronache internazionali per l'approvazione di una legge che punisce l'omosessualità, decisione che ha un impatto non solo sui diritti civili ma anche sulla salute sessuale della popolazione. E questo in un Paese che, stando alle parole di Jovia, criminalizza chi vive con l'Hiv. «Ci si aspetta che proteggiamo ogni altra persona negativa dal contrarre l'Hiv, eppure l'onere di garantire che la propria negatività rimanga tale dovrebbe essere una responsabilità personale», aggiunge. Al momento lei e gli altri attivisti stanno facendo pressione al governo ugandese per far aumentare il *budget* destinato alla sanità. «Non abbiamo ancora ricevuto promesse concrete ma insistiamo. Roma non è stata costruita in un giorno; speriamo di riuscirci».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I tagli della Casa Bianca a Usaid e al programma contro l'Hiv mettono in ginocchio il contrasto al virus in tutto il mondo. E tra pochi mesi si esauriranno i farmaci necessari



Il dramma dei medici: «A Gaza siamo costretti a scegliere chi salvare»

► I dottori sul campo raccontano com'è lavorare negli ospedali al collasso: «Cerchiamo di seguire anche chi soffre di malattie complesse, ma per molti non ci sono speranze»

LA TRAGEDIA

Abitare nella Striscia di Gaza è una quotidiana lotta per la sopravvivenza. Si può rimanere uccisi dalle bombe e dalla furia della guerra. Si può morire lentamente di fame. Ma si può anche morire per quello che è uno dei mali oscuri di questa terra: l'impossibilità di curarsi. Non riuscire ad accedere a terapie e cure che nel resto del mondo sono alla portata di tutti, ma che qui, sotto assedio e con gli ospedali al collasso, sono dei beni sempre più preziosi. Impossibili da trovare, se non a caro prezzo. «Ho camminato per ore per raggiungere una clinica», racconta Hadi, «ma qua non possono curarmi. Ho una vecchia ferita per una bomba, dovrei essere operato il prima possibile, ho i tendini lacerati, ma non possono farmi niente. Curano solo le ferite nuove». È tornato il giorno dopo in ospedale per sua figlia, ma anche in questo caso, Hadi si è trovato di fronte a un muro: «Non possiamo fare nulla». «È tornata in ospedale perché ha un'infezione, peggiora, è malnutrita. I medici dicono che avrebbero bisogno di immagini dell'apparato digerente e dovrebbe sottoporsi a un'endoscopia... ma tutti questi esami non sono più disponibili negli ospedali pubblici. I medici ormai devono scegliere. Siamo nelle

mani di Dio».

DIALISI

Il dramma di Hadi è quello di migliaia di pazienti, di genitori e di figli che vedono se stessi e i propri cari soffrire senza un'alternativa. «Quasi tutti quelli che soffrivano di patologie croniche sono morti» racconta Tiziana Roggio dell'ong Ideals, «i pazienti diabetici, quelli molto anziani, quelli che hanno un'insufficienza renale, sono praticamente condannati». «Immaginate un paziente che ha un'insufficienza renale e vede l'ultimo centro di dialisi a nord di Gaza distrutto, non ha speranza», ammette Roggio. Una situazione drammatica, confermata anche da Angelo Rusconi, capo progetto di Medici Senza Frontiere a Gaza. «Cerchiamo di fare di tutto, anche le dialisi, seguiamo le mamme incinte, i bambini, sempre più malnutriti. Ma molti arrivano quan-

do è troppo tardi» spiega Rusconi, «l'altro giorno in clinica è venuto un uomo che forse non aveva nemmeno 45 anni, aveva tutti tagli ai piedi causati da diabete alto, ovviamente non curato. E lì a quel punto non c'è alternativa: o hai le cure o devi amputare».

GLI STRUMENTI

Ai continui sfilamenti, alla pericolosità della strada per arrivare in ospedale e all'assenza di strutture, spesso distrutte, si aggiunge poi la mancanza di farmaci. «Noi per ora abbiamo una certezza: possiamo essere autonomi ancora per un mese... anzi, direi che abbiamo sicuramente altre tre settimane», dice Rusconi. E dello stesso avviso è il dottor

Mohammed Abu Mughaisib. «Abbiamo fatto una scorta, ma se continua così, con questa richiesta, ci troveremo in una situazione davvero critica», dice il medico a Khan Younis. «Abbiamo bisogno di strumenti per la chirurgia, di materiale per medicare le ferite, ci servono i farmaci, gli antidolorifici, gli antibiotici. Senza farmaci noi non potremo più curare» continua il dottore palestinese

di Msf. E nella Striscia di Gaza si fa il possibile con quello che si ha, sapendo che forse non sarà sufficiente. «Gli antibiotici sono scarsi, nell'ospedale di Nasser non era più operativo il laboratorio di microbiologia, che è quello che ti dice quale tipo di batterio si sta sviluppando» racconta la dottoressa Roggio, «così non puoi stabilire una terapia antibiotica adeguata. A volte siamo stati costretti a usare antibiotici generici per ferite altamente contaminate». E tutto questo avviene in ospedali sempre più ridotti di numero, sovraffollati, senza letti, con i pazienti distesi nei corridoi e i feriti in attesa di un miracolo. Gli operatori cercano di recuperare tutto. Di salvare il salvabile. «Ieri sono venuti alcuni apparecchi da un ospedale bombardato, alcuni mobili erano impolverati, altri erano anche mezzi bruciati» racconta Rusconi, «eppure tutti gli infermieri hanno provato a rimettere insieme i pezzi, a salvarli e riutilizzarli. Se uno strumento si accende, allora vuol dire che funziona. È com-movente, ma loro vivono così».

Lorenzo Vita

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Telethon

«Taglio ai progetti di ricerca sulle malattie genetiche rare»

Alessandro Betti

A causa del tetto sul 5x1000, Fondazione Telethon quest'anno non potrà disporre di circa 700mila euro già destinati dai cittadini. Un importo che equivale a circa tre progetti di ricerca che non saranno finanziati. Questa limitazione ha un duplice effetto negativo: da un lato disattende la volontà di migliaia di cittadini che hanno scelto di sostenere la nostra missione, dall'altro riduce concretamente le opportunità per le persone con malattie genetiche rare che confidano nella ricerca per avere risposte. Rinunciare a questo finanziamento, significa togliere risorse alla nostra Missione, alle speranze di tante famiglie che convivono con una malattia genetica rara e ripongono nella nostra Fondazione l'attesa concreta di un futuro migliore.

Vuol dire interrompere il filo pre-

zioso tra la fiducia degli italiani che scelgono di sostenerci e il lavoro dei ricercatori che, grazie a quel gesto, possono dedicarsi allo studio e allo sviluppo di terapie, anche quando nessun altro lo fa. Per Fondazione Telethon ogni euro è fondamentale, perché ogni euro alimenta una ricerca rigorosa, valutata con criteri internazionali, e orientata a rispondere ai reali bisogni dei pazienti. Dal 1990 siamo al fianco della comunità delle persone che lottano contro una malattia genetica rara, e rendicontiamo in modo puntuale e trasparente ogni contributo ricevuto, nel rispetto dei nostri sostenitori e delle persone per cui lavoriamo.

Ogni contributo, ogni firma, ogni gesto di sostegno ci permette di andare avanti con ancora più impegno, per costruire – insieme – un futuro in cui la parola «cura» possa essere scritta accanto al nome di ogni malattia ge-

netica rara. Ed è proprio per questo che è fondamentale che Fondazione Telethon possa disporre interamente delle risorse che i cittadini ci affidano.

*Direttore Raccolta Fondi
di Fondazione Telethon*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sbloccato l'impasse ed evitato il commissariamento. Entro un mese la nomina del vertice

Cnr, in arrivo cda e nuovo presidente

IL RETROSCENA
ALESSANDRO BARBERA
ROMA

Dopo alcuni giorni di silenzio, Anna Maria Bernini ha deciso: il Consiglio nazionale delle ricerche non sarà commissariato e avrà un nuovo presidente. Ieri il ministro dell'Università ha firmato il decreto di nomina dei tre componenti del consiglio di amministrazione dell'ente - fin qui bloccato - e varato il comitato di selezione che sceglierà il nuovo vertice. I tre consiglieri sono Francesco Svelto, Giuseppe Tripoli ed Elisabetta Cerbai, proposti ri-

spettivamente dalla Conferenza dei rettori, da Confindustria, Unioncamere, e dalla Conferenza delle Regioni. Il comitato di selezione proporrà nel frattempo una rosa di cinque nomi tra i quali il ministro individuerà e nominerà entro un mese il nuovo presidente.

Si chiude così una vicenda che stava creando una frattura fra il ministro e la comunità scientifica, la quale temeva il protrarsi di un limbo iniziato a febbraio con la mancata nomina dei consiglieri scaduti e la fine del mandato del presidente, l'ex ministro Maria Chiara Carrozza. Secondo quanto hanno fatto trapelare ieri fonti del ministero, in queste settimane il ministro Bernini si è confron-

tata con molti esponenti degli enti di ricerca raccogliendo proposte per quella che è «ritenuta in larghissima parte un'opera necessaria di riorganizzazione e valorizzazione del Cnr». Il dilemma del ministro su cosa fare nasceva da qui, ovvero la convinzione di dover scegliere la strada più radicale del commissariamento per mettere mano ai molti problemi dell'istituto. C'era però un ostacolo giuridico. Grazie al Piano nazionale di ripresa e resilienza il Cnr ha potuto godere negli ultimi anni di finanziamenti straordinari per circa novecento milioni di euro, e dunque il bilancio dell'Istituto aveva chiuso il 2024 con ben 81 milioni di utile: incompatibile con la scelta di un commissario.

Ciò ovviamente non toglie che il ministero registri sovrapposizione di competenze, un uso inefficiente delle risorse, una frammentazione eccessiva dei centri di spesa, e il conseguente calo dell'ente nei ranking internazionali della ricerca. In una intervista ieri a questo giornale, il premio Nobel per la Fisica ed ex ricercatore Cnr Giorgio Parisi aveva duramente criticato la decisione del ministro di prendere tempo: senza consiglio di amministrazione, l'ente era semiparalizzato. Una situazione resa ancor più insostenibile dai progetti Pnrr da realizzare entro la scadenza di metà 2026. —

S Su "La Stampa"



Su La Stampa di mercoledì scorso il retroscena sul mancato rinnovo del Consiglio Nazionale delle Ricerche. Senza un consiglio di amministrazione operativo, l'ente era semi-paralizzato. Ieri la svolta con un decreto



Il ministro Anna Maria Bernini



Caccia alle coperture su sconto al payback e rinvio della sugar tax

Le misure slittate

A inizio della prossima settimana il nuovo decreto per imprese e contribuenti

Per le norme di spesa il Governo si prende ancora qualche giorno per trovare le necessarie coperture e varare un nuovo decreto targato ministero dell'Economia. Dopo aver approvato ieri in Consiglio dei ministri il decreto fiscale l'Esecutivo ha infatti rinviato all'inizio della prossima settimana - forse già lunedì - l'approvazione di altre misure particolarmente attese da contribuenti e associazioni di categorie. Una di queste è quella fortemente voluta dalle imprese del settore biomedicale e dei dispositivi medici che dopo una lunga trattativa con il governo e le regioni avrebbero ottenuto uno sconto sul miliardo che devono ancora pagare per lo sfioramento dai tetti di spesa sugli acquisti per le annualità tra il 2015 e il 2018.

La soluzione (parziale) a questa tagliola invisita alle aziende del biomedicale dovrebbe prevedere una riduzione di circa la metà del miliardo ancora in sospeso. I giorni in più serviranno a capire nel dettaglio le coperture visto che si prevede appunto che per abbattere l'importo a carico delle imprese - come già avvenuto in passato portando da 2 miliardi a un miliardo il totale da pagare - ci sarà un intervento diretto del Governo che metterà sul piatto attraverso il mi-

nistero dell'Economia 350 milioni, mentre le Regioni dovrebbero rinunciare a 120 milioni (sono loro a incassare il payback sui dispositivi medici dalle imprese). C'è anche l'ipotesi di un mini intervento del ministero della Salute con una dote di circa 10 milioni. Resterebbero a carico così delle industrie poco più di 500 milioni con la possibile esenzione per le aziende più piccole che hanno un fatturato inferiore ai 5 milioni l'anno, visto che con la mazzata del payback rischierebbero di chiudere subito i battenti. Per ora nulla sarebbe stato deciso per gli anni successivi e in particolare per gli anni 2019-2023 che vedrebbe il conto per le imprese salire a circa 3 miliardi.

Tra le altre misure di spesa attese per la prossima settimana c'è il differimento dell'entrata in vigore della sugar tax dal 1° luglio al prossimo 1° gennaio, anche se il vicepremier Tajani continua a chiedere il rinvio di un anno, così da accorpate la tassa sulle bevande edulcorate alla scadenza dell'altra tassa green, la Plastic tax, posticipata col il decreto Superbonus al primo luglio 2026. Per le imprese del settore la tassa sulle bevande zuccherate rischia di produrre soltanto un freno agli investimenti per oltre 46 milioni, un calo degli

acquisti di materia prima di oltre 400 milioni e un taglio del 10% del fatturato.

Stessa sorte anche per la norma fortemente voluta dal ministro della Cultura, Alessandro Giuli, con cui il governo punta ad allineare l'Italia agli altri Paesi europei sull'Iva applicata all'arte. L'idea di fondo e più volte rilanciata è quella di poter applicare l'aliquota agevolata del 5% anche alle cessioni di opere d'arte, oggi tassate con l'Iva

ordinaria del 22 per cento. Una misura che renderebbe più competitivi galleristi, collezionisti e mercanti d'arte italiani nei confronti, ad esempio, di Francia e Germania che hanno già ridotto il prelievo Iva, rispettivamente, al 5,5% e al 7 per cento. Il via libera all'agevolazione sembra ormai scontato anche perché le risorse necessarie per coprire la perdita di gettito sarebbero state recuperate da una revisione delle agevolazioni già oggi esistenti per il settore delle opere d'arte.

—**Mar.B.**
M.Mo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Si punta anche ad allineare l'Italia agli altri Paesi europei sull'Iva agevolata nella cessione di opere d'arte



Servizio Terapie

Dolore oncologico: il ruolo dei farmaci oppiacei e l'uso essenziale del Fentanyl

E' la molecola analgesica più potente a disposizione nella pratica clinica e con differenti vie di somministrazione garantisce un'azione immediata

*di Vittorio Guardamagna**

12 giugno 2025

Il dolore, sia acuto che cronico, è una delle componenti più invalidanti per chi affronta un tumore e il suo trattamento rappresenta una priorità clinica per il nostro servizio sanitario. Il vantaggio è certamente quello di una migliore qualità di vita, ma anche di una maggiore aderenza ai trattamenti oncologici, la cui gestione da parte del paziente è spesso compromessa proprio a causa del mancato controllo del dolore. Un mito da sfatare è che il dolore oncologico sia esclusivo della malattia in stadio avanzato: può invece presentarsi in ogni fase del percorso, già prima della manifestazione clinica della neoplasia, nel corso dei trattamenti antineoplastici e anche oltre la guarigione, condizione oggi sempre più frequente grazie ai progressi delle terapie oncologiche e alla diagnosi precoce.

Il dolore cronico colpisce circa la metà dei pazienti oncologici

Accanto al dolore di tipo cronico e continuo, che interessa all'incirca la metà dei pazienti oncologici, una percentuale altissima di pazienti soffre di riacutizzazioni violente del dolore di base, che prendono il nome di Breakthrough cancer pain (BTcP), avvertite come pugnalate che insorgono in modo rapido e talvolta imprevedibile, anche più volte al giorno, e che sfuggono al controllo del farmaco di base, determinando conseguenze molto negative sul piano fisico e psico-emotivo.

Il trattamento del dolore oncologico si avvale dell'uso di farmaci conosciuti e sicuri, e noi clinici abbiamo la possibilità di proporre strategie terapeutiche mirate, che tengono conto del tipo di dolore che accompagna la neoplasia e delle esigenze individuali di ciascun paziente.

L'uso dei farmaci oppioidi e il ruolo del Fentanyl

Secondo le principali linee guida nazionali e internazionali, l'uso dei farmaci oppioidi costituisce una strategia terapeutica fondamentale per il trattamento del dolore da cancro, e il loro utilizzo appropriato e controllato non deve destare preoccupazioni nei pazienti. Tra gli oppiacei, il Fentanyl rappresenta uno strumento terapeutico insostituibile, da tempo inserito dall'Organizzazione mondiale della sanità nella lista dei farmaci essenziali per il trattamento del dolore nei pazienti affetti da tumore. È la molecola analgesica più potente che abbiamo a disposizione nella pratica clinica e, rispetto ad altri farmaci, è in grado di entrare nell'organismo attraverso differenti vie di somministrazione che garantiscono un'azione immediata della molecola. In particolare, i picchi improvvisi di dolore (BTcP) necessitano di essere trattati con un

farmaco analgesico rapido e potente come il Fentanyl che può essere somministrato velocemente per via transmurale, cioè tramite spray nasale e pastiglie sublinguali, riuscendo così a risolvere le crisi di dolore e a far stare subito meglio il paziente. Inoltre, il farmaco viene rapidamente metabolizzato ed eliminato una volta assorbito, risultando particolarmente indicato per i pazienti che presentano insufficienza d'organo, per esempio insufficienza epatica o renale.

Come evitare sovradosaggio accidentale e abuso

Le innovazioni in arrivo renderanno ancora più sicuro l'uso del Fentanyl, grazie a dispositivi di somministrazione 'intelligenti' studiati per ridurre al minimo il rischio di sovradosaggio accidentale e di abuso del farmaco. Una buona notizia per i pazienti e per la classe medica, nell'ottica di assicurare, accanto al beneficio terapeutico, un uso corretto del medicinale. Come emerso nel corso dell'ultimo Congresso della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) dedicato a "Dolore e cure palliative", l'innovazione in questo campo potrà svolgere un ruolo importante anche al fine di aumentare la conoscenza della terapia del dolore e di sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza e sulla sicurezza degli oppioidi, farmaci essenziali per il trattamento del dolore oncologico di cui non bisogna avere timore se ci si affida al controllo medico, in un contesto di cure personalizzate.

**Direttore Cure Palliative e Terapia del dolore, Istituto Europeo di Oncologia (IEO), Milano*

Servizio Malattie infettive

Morbillo al raddoppio in un mese: il monito degli esperti a vaccinarsi prima delle vacanze

Focus dell'Istituto superiore di sanità sull'aumento dei casi imputabile anche agli spostamenti per ferie. E sul papillomavirus esperti europei riuniti a Roma per rilanciare i target di copertura che in Italia non superano il 45%

di Barbara Gobbi

12 giugno 2025

Dai 37 casi di aprile ai 65 segnalati a maggio: il morbillo in un mese “raddoppia” proseguendo il trend in ascesa. Che è tanto più preoccupante in vista delle vacanze estive. Perché sono gli spostamenti uno dei principali veicoli, tanto che il 20% dei 334 casi - di cui quasi il 90% in persone non vaccinate - segnalati da inizio 2025 è stato associato a viaggi internazionali, complici i tanti “ponti” di questa prima metà d'anno, dato in aumento rispetto al 18% del periodo precedente.

A lanciare il monito a vaccinarsi prima di partire per le vacanze è l'Istituto superiore di sanità, alla luce dei trend degli ultimi mesi e del bollettino di giugno relativo a morbillo e rosolia, che dà conto dei risultati della sorveglianza coordinata dal Dipartimento di Malattie infettive dell'Iss con il contributo della rete nazionale di laboratori regionali.

I dati e i rischi

Lo stato vaccinale è noto per 313 dei 334 casi segnalati nel 2025 e in 275 casi (quasi il 90%) le persone colpite risultavano non vaccinate, spiegano dall'Iss. In circa un terzo dei casi, 108, è stata riportata almeno una complicanza: tra le più frequenti epatite o aumento delle transaminasi e polmonite, ma si sono verificate anche cheratocongiuntivite, diarrea, insufficienza respiratoria, stomatite, trombocitopenia, laringotracheobronchite, otite, e convulsioni. Sono stati segnalati tre casi di encefalite, rispettivamente in due adulti e in un preadolescente, tutti non vaccinati.

Più colpiti i bambini under 5

L'appello degli esperti è quindi quello di “verificare il proprio stato vaccinale contro il morbillo prima di intraprendere qualsiasi viaggio all'estero. Quasi l'80% dei casi si verificano infatti in persone di età pari o superiore a 15 anni, per la maggior parte non vaccinati o che hanno effettuato una sola dose. E da proteggere sono anche i bambini: la fascia di età più colpita, in termini di incidenza, rimane quella sotto i cinque anni, che è anche particolarmente vulnerabile alle complicanze del morbillo a breve e lungo termine. Ma continuano a essere segnalati casi anche tra i lattanti, per i quali come sottolineano gli esperti “la protezione dipende da un elevato livello di immunità nella popolazione, visto che l'età raccomandata per la somministrazione della prima dose di vaccino Mpr è 12 mesi”.

Non solo morbillo: focus sull'Hpv

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Definire una roadmap condivisa e un manifesto per rafforzare la lotta contro il papilloma virus (Hpv) in Europa, che mostra ancora coperture vaccinali molto distanti dal target Oms al 2030 del 90%, con dati che nel 2023 si attestavano al 36% tra le ragazze quindicenni e al 24% tra i ragazzi.

E l'Italia? In un panorama europeo estremamente eterogeneo in cui si oscilla dai picchi dell'80 - 90% di Norvegia, Danimarca, Portogallo e Regno Unito fino al crollo al 10% in alcuni Paesi dell'Est Europa, il nostro Paese si colloca nel mezzo. Lo dicono i dati del ministero della Salute: sempre nel 2023 la copertura vaccinale per l'Hpv tra i dodicenni si attesta al 45% per le ragazze e al 39% per i ragazzi. Tra i quindicenni, la copertura sale rispettivamente al 70% per le femmine e al 58% per i maschi. A livello regionale, nessuna Regione ha ancora raggiunto l'obiettivo del 95% in tutte le coorti, e persistono differenze significative tra aree geografiche.

Il progetto Perch

In tre Regioni italiane intanto è stata introdotta la vaccinazione scolastica, con coperture che nei primi comuni coinvolti raggiungono il 90% per la prima dose tra le ragazze e l'87% tra i ragazzi; per il ciclo completo si registra l'80% tra le femmine e circa il 70% tra i maschi. Sono esperienze pilota avviate nell'ambito del progetto europeo Perch sul quale il prossimo focus è atteso il 13 giugno proprio a Roma dove 18 Paesi si sono dati appuntamento presso l'Istituto superiore di sanità per il convegno internazionale "EU4Health Projects on HPV: Final Results. What's the Next?" nell'ambito del PartnERship to Contrast Hpv (Perch, appunto). L'idea è di «stimolare la convergenza delle strategie di prevenzione, favorendo l'apprendimento reciproco», sottolinea Raffaella Bucciardini, coordinatrice scientifica del progetto Perch.

Servizio Medicina

Microbioma, arriva dai medici (per i medici) la cassetta degli attrezzi sulle frontiere di cura

Il punto sulle applicazioni diagnostico-terapeutiche in un articolo pubblicato sulla rivista Cell dagli esperti del Gemelli e dell'Università Cattolica. «Serve più comunicazione tra la ricerca di base e quella clinica per accelerare il passo finale»

di Nicola Barone

12 giugno 2025

Una serie di preziose applicazioni diagnostico-terapeutiche basate sul microbioma potrebbero essere davvero dietro l'angolo. E ora la cassetta degli attrezzi predisposta dai medici per gli stessi medici arriva in un articolo pubblicato sulla rivista scientifica Cell, grazie a un team di esperti del Gemelli e dell'Università Cattolica. Un punto ragionato sui risultati dallo straordinario potenziale, utile anche a colmare quel gap di comunicazione tra ricercatori di base e clinici che sta rallentando la loro implementazione.

Target per la medicina di precisione

«Abbiamo pensato – spiega il dottor Gianluca Ianaro, ricercatore in Gastroenterologia all'Università Cattolica e dirigente medico UOC di Gastroenterologia Policlinico Gemelli IRCCS -, che fosse arrivato il momento di fare il punto sulle possibili applicazioni cliniche del microbioma. A fronte di un'enorme mole di ricerche e di studi sul microbioma, le applicazioni cliniche restano ancora molto scarse, a volte non del tutto ortodosse, a volte "primordiali". Ma questo cambierà presto, perché il microbioma è il target perfetto per la medicina di precisione, specifico da persona a persona e dalla composizione variabile a seconda degli eventi della vita e della dieta». Perché dunque non viene ancora applicato nella pratica clinica? «Per una serie di challenge, di "freni" – spiega la dottoressa Serena Porcari, UOC di Gastroenterologia Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS e prima autrice del lavoro su Cell-. Il primo è biologico: individuare dei nessi causali tra composizione del microbioma e patologie è difficile per l'eterogeneità e la complessità del microbioma intestinale. Il secondo è metodologico: gli studi clinici sul microbioma sono complessi perché devono tener conto della dieta, dei farmaci assunti, di influenze ambientali nel loro disegno; mancano inoltre protocolli standardizzati per la sua analisi. Il terzo è di tipo logistico: mancano studi multicentrici di vasta portata perché la maggior parte delle evidenze in questo campo viene da ricerche accademiche condotte da singoli centri e con bassa numerosità del campione (anche i finanziamenti sono scarsi). C'è scarsa comunicazione tra clinici e scienziati di base. L'ultimo 'freno' è di tipo culturale: la limitata dimestichezza col microbioma della maggior parte dei medici previene l'applicazione clinica dei dati di ricerca».

Biomarcatore di malattia precoce

Ma i risultati ottenuti finora, fanno comunque presagire delle prospettive sia per un utilizzo diagnostico che terapeutico del microbiota, entro i prossimi cinque-dieci anni (soprattutto sul fronte diagnostico). «Nel primo caso – spiega il professor Antonio Gasbarrini, preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia e Ordinario di Medicina Interna presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, sirettore della UOC Medicina Interna e Gastroenterologia e del Centro Malattie dell'Apparato Digerente (Cemad) della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS - il microbiota potrebbe essere utilizzato come biomarcatore di malattia precoce; in questo ambito, gli studi più convincenti sono finora quelli sul cancro del colon. Oppure potrebbe essere utilizzato come predittore di risposta ad una terapia (ad esempio, all'immunoterapia in oncologia), o ancora il microbiota può essere utilizzato per la diagnosi differenziale tra colite ulcerosa e malattia di Crohn. Sul versante terapeutico, abbiamo diverse direzioni. Quella del trapianto fecale che si sta affinando sempre di più e si sta muovendo verso i consorzi microbici (una sorta di cocktail di microbi selezionati, già impiegati per il trattamento delle coliti da *Costridium difficile*); un'altra prospettiva promettente è quella dei batteriofagi, virus che colonizzano i batteri patogeni e li distruggono (i fagi 'litici'); infine c'è quella dell'ingegnerizzazione dei probiotici (produttori o carrier di composti benefici)».

I test all'orizzonte

Come accelerare dunque l'utilizzo del microbioma nella pratica clinica? «Attraverso diverse possibili azioni – sostiene il professor Giovanni Cammarota, Ordinario di Gastroenterologia all'Università Cattolica e direttore della UOC di Gastroenterologia Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS - : standardizzare la ricerca e il referto di un test del microbiota da un laboratorio all'altro; migliorare il disegno dei trial clinici; affinare il razionale dei trial (capire i meccanismi attraverso la ricerca di base e costruire i trial clinici sui risultati di queste ricerche); mettere in comunicazione il mondo della ricerca con quello dei clinici, fare formazione e promuovere l'interdisciplinarietà». Cosa c'è dietro l'angolo? «La prima cosa che arriverà in clinica – rivela il dottor Ianaro - sarà un test sullo screening del cancro del colon che potrà guidare verso l'indicazione alla colonscopia per le persone che, oltre ad un sangue occulto nelle feci positivo (FIT, Fecal Immunochemical Test) presentino una particolare tipologia di microbiota. Un altro test dietro l'angolo è quello per prevedere la risposta all'immunoterapia in un paziente oncologico (i dati più solidi acquisiti finora sono sul tumore del polmone e sul melanoma). Sul fronte della terapia, oltre alle indicazioni consolidate del trapianto di microbiota per le coliti da *Costridium difficile*, le prossime applicazioni saranno sull'eradicazione di batteri multi-farmaco resistenti (MDR) come la *Klebsiella* nelle infezioni intestinali o prima che queste facciano danni (ad esempio nei pazienti in attesa di un trapianto d'organo). La prossima frontiera consisterà nell'utilizzare il microbiota per potenziare l'azione dell'immunoterapia in campo oncologico».



Servizio Progetto Avatar-SC

Scompenso cardiaco, l'intelligenza artificiale «ascolta» i pazienti

Parte da Milano una nuova frontiera della sanità digitale per ridurre le riospedalizzazioni nei pazienti con insufficienza cardiaca, grazie all'analisi vocale

di Francesca Cerati

12 giugno 2025

L'intelligenza artificiale (Ai) ascolta la voce dei pazienti con scompenso cardiaco e anticipa i segnali di allarme. Si chiama Avatar-SC il progetto che, per la prima volta in Italia, unisce Ai, telemedicina e analisi vocale per prevenire le riospedalizzazioni nei pazienti con insufficienza cardiaca. Il cuore del sistema? Un avatar digitale interattivo che dialoga con il paziente a casa, ne analizza la voce e il linguaggio, monitora parametri vitali e promuove una medicina più umana e predittiva.

Il progetto, coordinato dalla Fondazione Cardiotoracovascolare Angelo De Gasperis Ets insieme a Asst Niguarda, Università dell'Insubria e Politecnico di Milano, è stato finanziato da Fondazione Cariplo con 219.300 euro nell'ambito del bando InnovaWelfare, dedicato all'innovazione tecnologica nel terzo settore.

Una voce che cura, prima che la crisi arrivi

L'insufficienza cardiaca è una delle principali cause di ricovero nelle persone over 65, con un tasso di riospedalizzazione che supera il 25% entro i primi 30 giorni dalla dimissione. Un dato allarmante, che Avatar-SC punta a ridurre intercettando segnali precoci grazie all'analisi automatizzata della voce.

«Con Avatar-SC vogliamo rispondere a un bisogno reale e ancora irrisolto – spiega Alessandro Verde, responsabile del progetto –: migliorare il follow-up e la qualità della vita dei pazienti grazie a tecnologie all'avanguardia, ma intuitive, semplici, a misura d'uomo».

Il sistema dialoga quotidianamente con il paziente attraverso uno smart assistant personalizzato, raccogliendo informazioni vocali che, combinate a dati clinici come biomarcatori, pressione, battito cardiaco e sintomi riferiti, permettono di elaborare profili di rischio dinamici. L'obiettivo: intervenire prima che la situazione clinica degeneri.

Tra algoritmi ed empatia

A rendere il progetto particolarmente innovativo non è solo la potenza tecnologica, ma l'attenzione al fattore umano. «L'interfaccia vocale non deve essere solo uno strumento, ma un supporto empatico – spiega Tamara Rabà, psicologa clinica all'Asst Niguarda –. Lavoreremo perché il contatto quotidiano con l'avatar sia anche un'occasione per sostenere il benessere psicologico e la motivazione dei pazienti cronici, spesso soli o fragili».

Non a caso, uno degli assi portanti del progetto è lo studio dell'interazione uomo-macchina, un campo in cui l'Italia vanta eccellenze internazionali.

«L'uso integrato di linguistica computazionale, machine learning e intelligenza artificiale rende Avatar-SC un progetto pionieristico – aggiunge Davide Tosi, delegato all'Ai dell'Università dell'Insubria –. La voce è una fonte di informazione sottovalutata, ma contiene preziosi segnali di stress, affaticamento, deterioramento neurologico o cardiaco».

Prevenire è meglio che ricoverare

Nel team del progetto c'è anche il dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria del Politecnico di Milano, che fornirà gli algoritmi predittivi per tradurre i dati vocali in segnali clinicamente rilevanti: «Analizzare la voce dei pazienti per capire, prima che accada, quando serve intervenire: è questa la sfida – afferma Mirco Pezzoli –. Avatar-SC potrà diventare uno strumento concreto per evitare crisi e ospedalizzazioni inutili». E se funzionerà, il modello potrà essere esteso ad altri ambiti: dal diabete alla Bpco, dall'oncologia alle patologie neurodegenerative.

Un welfare digitale più vicino alle persone

L'iniziativa rientra nel bando InnovaWelfare di Fondazione Cariplo, che punta a portare la trasformazione digitale dentro il terzo settore, finanziando soluzioni scalabili che migliorino la vita dei cittadini.

Grazie alla collaborazione tra tre eccellenze scientifiche e cliniche, Avatar -SC potrebbe segnare una svolta nel modo in cui ci prendiamo cura dei pazienti cronici: non più solo “sorvegliati” da lontano, ma ascoltati con attenzione, ogni giorno, anche a casa loro.



Servizio Medicina traslazionale

Super-microscopi: Humanitas porta in Italia la «Tac cellulare»

La nuova piattaforma, la prima in Italia, permette di osservare le cellule in tempo reale, con una risoluzione nanometrica e in 4D. A guidare il progetto, un ricercatore rientrato dal Max Planck Institute

di Francesca Cerati

12 giugno 2025

Cosa succede all'interno di una cellula nel momento in cui una malattia prende forma? Come possiamo "vedere" i meccanismi molecolari mentre accadono, senza fermarli o danneggiarli? Da oggi, queste domande trovano risposte concrete in Italia, grazie all'inaugurazione del nuovo laboratorio Clem di Humanitas, una delle più avanzate piattaforme europee per l'imaging cellulare e molecolare, che unisce microscopi ottici, elettronici, tecniche criogeniche e potenza computazionale basata sull'Intelligenza Artificiale.

Una "Tac cellulare" in quattro dimensioni, capace di bloccare il tempo biologico a -196°C e di tradurre le immagini in dati utili per diagnosi e cura: questo è il cuore della tecnologia Correlative light and electron microscopy (Clem), ora installata nel campus di Humanitas University, a Pieve Emanuele, a pochi passi dai reparti clinici dell'Irccs Istituto Clinico Humanitas.

Clem: il ponte tra dinamica e dettaglio molecolare

La Clem nasce da una sfida scientifica: superare i limiti della microscopia tradizionale. Da un lato c'è la microscopia ottica a fluorescenza, che consente di osservare cellule vive in azione; dall'altro, quella elettronica, che fornisce una risoluzione nanometrica, ma solo su campioni fissi e morti. Unendo queste tecnologie – e arricchendole con tecniche come la crio-microscopia e la Volume Electron Microscopy – è ora possibile osservare un evento biologico in diretta, identificarlo, congelarlo in millisecondi con azoto liquido, e studiarlo in 3D con precisione atomica.

«È come passare dalla mappa di Google a una passeggiata immersiva in realtà virtuale», spiega Edoardo D'Imprima, responsabile scientifico del laboratorio, tornato in Italia dopo anni al prestigioso Embl di Heidelberg e al Max Planck Institute of Biophysics di Francoforte, dove ha contribuito allo sviluppo di pipeline di imaging multimodale pionieristiche, e tra i maggiori esperti di microscopia elettronica e crioEm in Europa. «La Clem permette di collegare ciò che accade nella cellula con ciò che si manifesta nel corpo – continua D'Imprima –. È come girare un film all'interno della materia vivente, e poi fermare l'immagine al fotogramma esatto per analizzarla al livello molecolare. Ma non basta: l'Intelligenza artificiale (Ai) traduce le immagini in numeri e modelli, offrendo ai medici dati quantitativi e predittivi».

La medicina di precisione inizia da una cellula

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Il valore del laboratorio Clem non è solo tecnologico, ma strategico. Per la prima volta in Italia, una struttura di questo tipo è integrata all'interno di un ospedale di Ricerca. Questo significa che le domande cliniche possono guidare direttamente la ricerca: la biologia diventa uno strumento al servizio dei medici, non solo dei biologi.

«Con la piattaforma Clem, unita alle tecnologie già presenti come proteomica, metabolomica e biologia computazionale – spiega Luigi Maria Terracciano, direttore Scientifico di Humanitas e Rettore di Humanitas University – possiamo finalmente esplorare in profondità i meccanismi alla base delle malattie e sviluppare nuove strategie terapeutiche personalizzate».

Alcuni progetti sono già partiti: dalle neuroscienze, con lo studio dell'infiammazione nelle sinapsi nei disturbi neurodegenerativi, alla biofisica applicata, per analizzare come evitare infezioni nelle protesi senza ricorrere ad antibiotici, fino allo studio del microbiota intestinale e della trasmissione della resistenza agli antibiotici.

L'Ai al microscopio: la sfida dei big data biologici

Una tale mole di immagini ad altissima definizione comporta un problema: i dati. Per affrontarlo, Humanitas ha potenziato il proprio centro di high performance computing (Hpc), che consente non solo di archiviare, ma di processare e analizzare in tempo reale enormi quantità di informazioni, traducendo immagini complesse in numeri, pattern, previsioni.

«Stiamo trasformando immagini microscopiche in modelli computazionali – aggiunge D'Imprima – utili ai medici per prendere decisioni più informate. L'integrazione con l'Ai permette di fare inferenze che sarebbero impossibili da ottenere a occhio nudo».

Dalle scienze dei materiali alla biomedicina: il modello Max Planck

Il percorso di Clem affonda le radici nei grandi centri europei di fisica e chimica strutturale. Tra questi, il Max Planck Institute di Francoforte è stato uno dei primi a sperimentare la microscopia elettronica 3D su proteine in ambiente nativo, sviluppando algoritmi avanzati per l'elaborazione delle immagini. Proprio lì, Edoardo D'Imprima ha condotto studi pionieristici su complessi proteici con la crio-Em, contribuendo all'adozione di queste tecniche in ambito biomedico.

Il know-how accumulato nei centri tedeschi viene oggi trasferito e adattato al contesto italiano, dimostrando come il “cervello in fuga” può diventare “cervello di ritorno” se trova infrastrutture adeguate e una visione integrata tra ricerca e clinica.

Un ecosistema ad alta innovazione

Il laboratorio Clem è solo uno dei tasselli del più ampio Roberto Rocca Innovation Building, che ospita anche il 3D Innovation Lab (dedicato a stampa e biofabbricazione), una Tac a conteggio di fotoni – la terza in Italia – e una Rmn a 3 Tesla tra le più evolute al mondo, entrambe acquisite grazie al progetto Anthem finanziato dal Piano Nazionale Complementare al Pnrr. L'obiettivo? Creare un hub internazionale per la medicina di precisione.

Dalla Tac cellulare al letto del paziente

La grande scommessa di Humanitas è quella della ricerca traslazionale: portare le scoperte fatte al microscopio direttamente al letto del paziente, migliorando diagnosi, trattamenti e prevenzione. Con Clem, questa visione si concretizza. Studiare la vita nelle sue unità più piccole non è più solo una questione accademica, ma una via per curare meglio.

Come dice D'Imprima, «il futuro della medicina sarà sempre più integrato: una sinergia tra biologia, ingegneria e calcolo. E il nostro compito è mettere questi strumenti al servizio dei pazienti, ogni giorno».

Servizio Nuovo board

Dagli inventori pentiti dell'mRna ai fautori dell'immunità naturale: il nuovo volto del comitato vaccini Usa

Esclusi 17 esperti storici, entrano figure vicine al movimento scettico. Prima prova il 25 giugno, tra timori di fratture nella comunità scientifica

di Francesca Cerati

12 giugno 2025

Per la prima volta in oltre cinquant'anni, i Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) si ritrovano con un nuovo comitato consultivo sulle pratiche vaccinali (Acip) composto da otto membri, selezionati direttamente dal segretario alla Salute Robert F. Kennedy Jr., due giorni dopo aver licenziato in blocco i 17 componenti precedenti.

La decisione è stata motivata da Kennedy come un "reset necessario" per ristabilire trasparenza, indipendenza e fiducia pubblica in un campo, quello dei vaccini, diventato negli ultimi anni un terreno di forte polarizzazione. Tuttavia, molti dei nuovi nominati hanno espresso, in passato, posizioni apertamente critiche verso le vaccinazioni anti-Covid, i mandati vaccinali e, in particolare, l'uso della tecnologia a mRNA. Alcuni di loro, inoltre, hanno competenze limitate nel campo delle malattie infettive o della vaccinologia.

Una svolta storica

Tradizionalmente, l'Acip è stato composto da esperti di alto profilo in immunologia, malattie infettive, pediatria e sanità pubblica, con l'obiettivo di fornire raccomandazioni basate su dati scientifici per proteggere la salute pubblica. Con questa nuova nomina, secondo Paul Offit, co-inventore di un vaccino contro il rotavirus ed ex membro dell'Acip, «viene cancellata la memoria istituzionale e compromessa l'affidabilità scientifica delle decisioni del Cdc».

«Alcuni dei nuovi membri hanno una chiara storia anti-vaccinale - ha affermato Offit -. La comunità medica rischia di non riconoscere più l'autorità dell'Acip e creare propri comitati indipendenti».

Chi sono i nuovi 8 membri dell'Acip

I nuovi otto membri sembrano possedere solide competenze in medicina, sanità pubblica, epidemiologia e statistica, ma con minore enfasi sulle competenze in immunologia, virologia e vaccinologia rispetto ai comitati precedenti. E almeno quattro di questi otto membri sembrano aver influenzato le convinzioni di Kennedy: Malone, Kuldorff, Pebsworth e Meissner, sono tutti elencati nella dedica del libro del segretario, "The Real Anthony Fauci", che tenta di screditare il lavoro dell'ex funzionario sanitario e di mettere in discussione le sue motivazioni prima e durante la pandemia. In sintesi, ecco chi sono:

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

1. Robert Malone

Medico e biologo molecolare, è noto per aver contribuito allo sviluppo della tecnologia mRNA, che ha poi criticato definendola “sperimentale e rischiosa” e sostenendo che le persone erano state “ipnotizzate” e indotte a fare la vaccinazione. Figura di riferimento per la galassia scettica verso i vaccini Covid, è molto attivo nei media alternativi.

2. Martin Kulldorff

Epidemiologo, coautore della Great Barrington Declaration, documento che promuove l'immunità naturale e si oppone ai lockdown e ai mandati vaccinali. Ha spesso sostenuto che i vaccini dovrebbero essere riservati ai più vulnerabili.

3. Retsef Levi

Docente al Mit, ha chiesto in passato una moratoria temporanea sull'uso dei vaccini mRNA nei giovani, citando preoccupazioni su miocarditi e reazioni avverse sottostimate. Ha pubblicato una ricerca non sottoposta a revisione paritaria insieme al chirurgo generale della Florida, Joseph Ladapo, sui vaccini contro il Covid-19, suggerendo che persone sane sono morte a causa delle iniezioni.

4. Cody Meissner

Pediatra ed ex membro di comitati Fda, ha espresso posizioni caute sulla vaccinazione nei bambini e criticato la velocità dell'approvazione dei vaccini Covid, pur non essendo apertamente anti-vaccino.

5. Joseph R. Hibbeln

Psichiatra ed ex dirigente Nih noto per aver studiato il legame tra consumo di pesce in gravidanza e sviluppo neurologico. Non ha esperienza diretta in vaccinologia, ma ha sottolineato l'importanza di una visione olistica della salute.

6. Vicky Pebsworth

Ex consulente della Fda, membro del consiglio del National Vaccine Information Center, organizzazione che spesso diffonde dubbi sulla sicurezza dei vaccini. È sostenitrice della libertà di scelta vaccinale e contraria ai mandati.

7. Michael A. Ross

Professore e investitore in sanità. Non ha una lunga esperienza nel campo dei vaccini ma ha espresso l'intenzione di “revisionare le politiche vaccinali con occhio critico e indipendente”.

8. James Pagano

Figura meno nota, con formazione scientifica ma senza una carriera documentata nel campo della vaccinologia. Considerato un tecnico vicino agli ambienti “alternativi” della ricerca.

Critiche e preoccupazioni

Oltre alle critiche di Offit, numerosi accademici e operatori sanitari hanno espresso preoccupazioni per l'impatto che questa nomina potrebbe avere sulla credibilità del Cdc e sulla salute pubblica. «Molti dei nuovi membri sono noti per la loro opposizione ai vaccini o per la loro scarsa esperienza clinica», ha commentato un ex dirigente Cdc sotto anonimato.

Secondo Kennedy, però, «la lista include scienziati altamente qualificati, esperti di salute pubblica e alcuni dei medici più affermati d'America». In un post su X, ha ribadito che il nuovo Acip garantirà maggiore trasparenza e sarà libero da pressioni dell'industria farmaceutica.

Il primo banco di prova sarà la riunione del 25 giugno, durante la quale il nuovo comitato dovrà esprimersi sulle raccomandazioni per i vaccini stagionali antinfluenzali e per i richiami anti-Covid 2025-2026.



Servizio CITTADINANZATTIVA RISPONDE

“Parto con la mia famiglia per l'Africa. Quali vaccini devo fare prima e quanto mi costano?”

L'associazione per la partecipazione e tutela dei cittadini risponde alle domande sui diritti e l'accesso ai servizi sanitari.

12 giugno 2025

Sto programmando un viaggio in Africa sub-sahariana insieme a mia moglie e ai miei figli di otto e dieci anni. Ho sentito dire che prima di partire è necessario vaccinarsi contro alcune malattie presenti in quei luoghi? E' vero? Per i bambini c'è una profilassi specifica da seguire? A chi devo rivolgermi? Ci sono dei costi specifici da sostenere in caso ci fossero dei vaccini da fare?

Quando si programma un viaggio in un Paese lontano, è bene sapere se e quali vaccini è necessario fare a maggior ragione se si viaggia con bambini. Chi viaggia in alcuni Paesi del mondo, in particolare chi si reca in zone rurali o in paesi in via di sviluppo, può correre il rischio di essere esposto a malattie che non sono presenti sul territorio italiano e che si possono prevenire con le vaccinazioni. Prima di partire è buona prassi controllare di essere in regola con le vaccinazioni previste dal programma nazionale.

A seconda della meta e del tipo di viaggio, del periodo di permanenza e delle condizioni di salute personali, è inoltre consigliata l'effettuazione di vaccini contro patologie specifiche (come colera, encefalite giapponese, encefalite da zecche, epatite A, febbre gialla, febbre tifoide, meningite meningococcica, poliomielite, rabbia e dengue). E consigliabile fare il punto sulle vaccinazioni anticipatamente con il proprio medico e con il proprio pediatra almeno 8 settimane prima della partenza, poiché, in alcuni casi, completare le vaccinazioni utili può richiedere tempo. La maggior parte delle vaccinazioni per i viaggiatori può essere eseguita presso gli ambulatori vaccinali pubblici. Per quanto riguarda i bambini, alcune vaccinazioni sono obbligatorie, altre sono raccomandate dall'Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità), altre ancora sono consigliate solo in particolari circostanze ambientali. Il piano delle vaccinazioni dipende dall'età e dallo stato immunitario dei bimbi. In alcuni casi, se le vaccinazioni di routine sono “aggiornate”, potrebbe non essere indispensabile farne di ulteriori: prima di partire è utile parlarne con il pediatra di famiglia e gli operatori degli ambulatori di Igiene Pubblica delle Aziende sanitarie.

Per alcune vaccinazioni come quella contro la febbre gialla il vaccino può essere somministrato solo in Centri autorizzati dal Ministero della Salute, che possono rilasciare una certificazione conforme allo standard dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Consigliamo, inoltre, di informarsi anche in merito ai costi dei vaccini necessari per i viaggi internazionali poiché alcuni vaccini sono a pagamento e le norme cambiano da Regione a Regione. Esistono diversi siti per informarsi come Viaggiare Sicuri, un servizio del ministero degli Affari esteri e della Cooperazione internazionale, oppure le informazioni dell'Istituto superiore di Sanità e del ministero della Salute. I Punti di intervento e tutela di Cittadinanzattiva sono un servizio di tutela gratuito presente sul territorio. Per saperne di più visita il sito di [cittadinanzattiva](http://cittadinanzattiva.it)

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

REGIONE, IL SEGRETARIO DI NOI MODERATI

Di Stefano, lo strappo sulla sanità Striglia Rocca e lascia il gruppo con FI

di **Andrea Arzilli**
a pagina 5

Regione, strappo sulla sanità Di Stefano striglia Rocca: «È sbilanciata sui privati»

Il consigliere di Noi Moderati lascia il gruppo interforze con FI

Il congresso, la proclamazione di Marco Di Stefano a nuovo segretario regionale e lo strappo, doppio, di Noi Moderati: lascia il gruppo interforze costituito con FI e striglia il governatore del Lazio Francesco Rocca sulla sanità, «sbilanciata sui privati a discapito del pubblico».

Di Stefano, ci spiega i motivi del doppio strappo?

«Un anno fa è nato l'intergruppo con FI, un progetto speranzoso: pensavamo che avendo valori, ideali e battaglie comuni, li avremmo portato avanti insieme, anche per difenderci a vicenda nelle dinamiche del centrodestra. Ma per l'assemblea, e io sono d'accordo, l'intergruppo non ha lavorato facendo proposte e andando a dare una sveglia alla maggioranza in Regione su temi fondamentali per i cittadini, in primis la sanità. Quindi dobbiamo interrompere questo rapporto che non ci ha portato da nessuna parte

se non a parlare di temi poco nobili, soprattutto quando c'è stata una crisi politica della quale, poi, abbiamo avuto notizie dai giornali».

C'entra il fatto che Noi Moderati non è in giunta e, quindi, è fuori dai giochi?

«Mi chiedo: ma perché non si è sentita necessità di vederci e confrontarci? Concordo nella rottura, basta però essere consapevoli che la fine dell'intergruppo non vuol dire andare agli scontri nei territori con FI, perché ci sono più cose che ci uniscono rispetto a quelle che ci dividono».

Uscirete pure dalla maggioranza in Regione?

«No. Lascieremo intergruppo per far capire che siamo una struttura a parte, non ci squaglieremo in FI di nuovo, rivendichiamo indipendenza e autonomia. E faremo battaglie partendo dal programma, perché le coalizioni esistono prima e dopo le elezioni».

E secondo lei Rocca ha ri-

spettato il programma elettorale sulla sanità?

«Non mi pare proprio. Noi abbiamo sentito 7 mila persone per sapere come vanno veramente le cose nella sanità del Lazio, non come nelle conferenze stampa in cui va tutto bene e madama dorè. Siamo andati per le strade, fuori da ospedali, guardato la gente negli occhi e visto la sofferenza di chi ha a che fare con la sanità di questa Regione. All'80 per cento le persone non sono contente, troppo spesso dicono di essere costrette a ricorrere ai privati perché i tempi del pubblico sono lunghi, una mammografia 9 mesi, una tac 6 mesi... E così svuotare il portafogli per le visite nel privato. Con questo sondaggio non attacchiamo nessuno e non vogliamo essere solo critici, sarebbe troppo facile. Con i risultati abbiamo fatto un libro bianco che doniamo a Rocca. Sperando sia utile, perché la sanità deve cambiare rotta».



Per dirigersi dove?

«Deve passare il concetto che il pubblico è centro del sistema sanitario, mentre i dati raccontano di altri soldi dati alle cliniche private. Bisogna andare verso il privato, che non va demonizzato, solo dove la sanità pubblica non arriva: nel Lazio il percorso è inverso, siamo la Regione che in

Italia spende di più per il settore privato, 600 euro procapite all'anno. È un dato che dobbiamo invertire».

Andrea Arzilli



Restiamo nella maggioranza e non andremo allo scontro nei territori con FI ma il pubblico è il centro del sistema sanitario



Critico DiStefano, segretario di Noi Moderati, ha criticato la Regione



La morte di Ana
Liposuzione fatale
dall'autopsia ipotesi
embolia polmonare

Morta dopo la liposuzione escluso lo choc anafilattico provocato dall'anestesia

► I primi risultati dell'autopsia tracciano due ipotesi per il decesso di Ana: embolia o un problema cardiaco. Dallo studio sarebbe sparita la cartella clinica della vittima

Potrebbe essere una tromboembolia o una complicazione cardiaca insorta durante l'intervento la causa del decesso di Ana Sergia Alcivar Chenche, la 46enne ecuadoregna morta sabato scorso dopo una liposuzione in uno studio medico privato a Primavalle. È quanto emerge dai primi risultati dell'autopsia svolta ieri al policlinico Gemelli.

Di Corrado a pag. 58

L'INCHIESTA

Potrebbe essere una tromboembolia o una complicazione cardiaca insorta durante l'intervento la causa del decesso di Ana Sergia Alcivar Chenche, la 46enne ecuadoregna morta sabato scorso dopo una liposuzione in uno studio medico privato a Primavalle. È quanto emerge dai primi risultati dell'autopsia svolta ieri al policlinico Gemelli. Saranno gli esami istologici a restringere ulteriormente il campo delle ipotesi. Quel che è certo è che non ci sono segni macroscopici di shock anafilattico dovuto ad una reazione avversa all'anestesia, né segni di setticemia. L'altra certezza è che la paziente fosse a digiuno, co-

me viene raccomandato per questo genere di operazioni. La consulenza medico legale dovrà inoltre verificare se i ritardi nei soccorsi, ossia nel trasporto della donna in ospedale, abbia avuto un contributo causale nel peggioramento delle sue condizioni cliniche che hanno portato al decesso. L'attività di consulenza è stata disposta dalla Procura che indaga per omicidio colposo e ha iscritto nel registro degli indagati il titolare dell'appartamento trasformato in ambulatorio, il dottor Jose Lizarraga Picciotti, cittadino peruviano di 65 anni, l'anestesista di 67 anni e un'infermiera. Lo studio, che operava da 12 anni senza certificazione, è risultato sprovvisto di attrezzature di primo intervento come il defibrillatore. Anche su questo aspetto i consulenti del pm dovranno stabilire se l'assenza di dispositivi salva vita abbia avuto un "peso" nella tragedia.

Nelle stanze di via Roncati non è stata trovata la cartella clinica della vittima, arrivata appositamente per l'intervento dalla Liguria, né un archivio sulle operazioni eseguite sulle altre pazienti. Gli inquirenti hanno sequestrato i cellulari del chirurgo e degli altri due indagati allo scopo di analizzare le comunicazioni intercorse sabato scorso con la 46enne, e per capire se ci fos-

sero dei feedback negativi di altre donne che si erano affidate al medico peruviano. Il titolare dell'ambulatorio ha precedenti per lesioni a Roma - la sentenza di condanna di primo grado è caduta in prescrizione in appello - e risulta attualmente sotto processo Brescia per lo stesso reato in relazione a un intervento di liposuzione a cui venne sottoposta una brasiliana nella Capitale.

L'ESPERTO

«Esiste un tipo di embolia polmonare non gassosa, che non è causata quindi da bolle d'aria, ma dal grasso che entra in circolo», ha spiegato all'Adnkronos Salute Giorgio Sesti, docente di Medicina interna all'Università La Sapienza. È possibile, infatti, che il «grasso che viene liberato dai siti della liposuzione entri in circolazione e crei gravi danni. Questi fenomeni acca-



dono se, per esempio, si ha un trauma in un incidente della strada e la persona traumatizzata è abbastanza in sovrappeso. Per quanto riguarda le cause cardiache, invece, i problemi possono essere tanti: «per esempio si può avere un grosso calo dei liquidi, quindi uno shock cardiovascolare legato proprio all'ipotensione. Ma ci possono essere danni diretti da sofferenza

cardiaca, come accade in qualsiasi intervento chirurgico».

Valeria Di Corrado

**SEQUESTRATI IL
TELEFONINO DEL
MEDICO E DEGLI
ALTRI DUE INDAGATI
PER RINTRACCIARE
TUTTE LE CLIENTI**



Ana Sergia Alcivar Chenche (a sinistra) morta dopo un intervento di liposuzione. In alto il palazzo che ospita lo studio del chirurgo



L'accusa al chirurgo «Usava la grappa come anestetico»

► La denuncia di una donna operata da Lizarraga

Grappa come anestetico durante un intervento

► Tra le donne che accusano il chirurgo, c'è la 40enne brasiliana che per prima lo ha denunciato: «Mi operò sul divano di casa mia, oggi vivo tra dolori e cicatrici»

«Mi ha ridotto lo stomaco come un campo da golf. Mi ha rovinata». Lo dice a denti stretti. Non vuole che si sappia il suo nome, non vuole più parlare. Ma la sua storia, quella sì, è impossibile da nascondere. Brasiliana, poco più che quarantenne, oggi vive con i segni profondi di un incubo cominciato nel 2019, dentro quello studio di Torrevecchia a Roma. Lo stesso dove, il 7 giugno scorso, è morta Ana Sergia Alcivar Chenche, 46 anni, dopo una liposuzione. Ad operare entrambe, con la stessa mano e la stessa leggerezza, José Lizarraga Picciotti, 65 anni, medico di origine peruviana. Oggi il dottore è sotto processo a Brescia con l'accusa di lesioni gravissime. L'ultima udienza è fissata per settembre. Intanto, a Roma, è stato iscritto nel registro degli indagati per omicidio colposo. Ma lei, la donna che ha trovato il coraggio di denunciarlo anni prima, vive ancora oggi con i postumi di quell'intervento: dolori persistenti, cicatrici sull'addome, interventi correttivi da affrontare. Guarda le notizie e trema. Perché lo stomaco, ormai è devastato: «È tutto bucherellato, come un campo da cross».

Pace a pag. 59

IL RACCONTO

«Mi ha ridotto lo stomaco come un campo da golf. Mi ha rovinata. Sono viva per miracolo». Lo dice a denti stretti. Non vuole che si sappia il suo nome, non vuole più parlare. Ma la sua storia, quella sì, è impossibile da nascondere. Urla da ogni segno inciso sul suo corpo. Brasiliana, poco più che quarantenne, oggi vive con i segni profondi di un incubo cominciato nel 2019, dentro quello studio di Torrevecchia a Roma. Lo stesso dove, il 7 giugno scorso, è morta Ana Sergia Alcivar Chenche, 46 anni, dopo una liposuzione. Ad operare entrambe, con la stessa mano e la stessa leggerezza,

za, José Lizarraga Picciotti, 65 anni, medico di origine peruviana. Oggi il dottore è sotto processo a Brescia con l'accusa di lesioni gravissime. L'ultima udienza è fissata per settembre. Intanto, a Roma, è stato iscritto nel registro degli indagati per omicidio colposo. Ma lei, la donna che ha trovato il coraggio di denunciarlo anni prima, vive ancora oggi con i postumi di quell'intervento: dolori persistenti, cicatrici sull'addome, interventi correttivi da affrontare. Guarda le notizie e trema. Perché lo stomaco, ormai è devastato: «È tutto bucherellato, come un campo da cross».

LA VICENDA

Prima della tragedia di sabato scorso, Lizarraga era un nome noto nella comunità sudamericana a Roma, una vera star della chirurgia estetica. Un passaparola tra amiche, conoscenti, anche nel mondo delle escort: brasiliane, peruviane, dominicane.

Donne con un sogno in comune: migliorare il proprio corpo. Alcune, come la vittima bresciana, ci sono finite di mezzo per consiglio di una ex fiamma del dottore stesso. Era un circuito chiuso, una rete che sembrava di fiducia. «Lui era il dottore di tutte», racconta chi lo ha incrociato. La 40enne assistita dall'avvocato Alessandro Pozzani è stata una di loro. E non ha mai dimenticato il dolore,

l'orrore, la paura. Ha subito due interventi. Il primo nell'aprile del 2019 a Roma, proprio nello studio di Torrevecchia. Il secondo, disperato un mese dopo a maggio, nel salotto di casa sua a Desenzano del Garda. «Era arrivato con una bottiglia di grappa, da usare come anestetico», riferisce l'avvocato. «Aveva con sé bisturi, garze, nulla di sterilizzato. Nessuna anestesista. Nessun aiuto. Solo lui, in una stanza normale, a tentare di rimediare al pasticcio di Roma. Gratis. Ma era già troppo tardi».

«La signora si è sottoposta a una liposuzione nello studio di Roma, anche se lui non poteva più fare quel tipo di operazioni dal 2012. Già subito dopo stava malissimo. Aveva una sacca per il drenaggio addominale attaccata al corpo, dolori lancinanti, infezioni. Lo chiamò in lacrime: "Dottore, sto male". E lui: "Non andare in ospedale. Vengo io. Ci penso io"». È così che il "chirurgo delle latine" si presenta a Desenzano. Una casa privata, la casa della paziente. È lì che improvvisa un intervento in piena violazione di



ogni norma sanitaria. A testimoniare quell'orrore, oggi, ci sono

dei video, agli atti del processo. «Girato tutto da un'amica della signora che era con lì con lei. Inospettata, si era portata il cellulare e ha filmato tutto. Sono proprio quelle immagini che oggi lo inchiodano: si vede mentre inserisce la cannula nell'addome della paziente, senza anestesista, senza alcun supporto medico. Se ci fosse stata una complicanza, nessuno avrebbe potuto intervenire». Quel secondo intervento non risolve nulla. Anzi. Il corpo della donna viene segnato per sempre.

**L'AVVOCATO RACCONTA:
«LA MIA ASSISTITA LO
CHIAMÒ SPIEGANDO DI
STAR MALE, LUI LE DISSE
DI NON RIVOLGERSI
ALL'OSPEDALE»**

«L'addome oggi è irriconoscibile. Dovrà affrontare altri interventi correttivi» spiega l'avvocato. Il processo a Brescia si concluderà il 26 settembre. In aula, Lizarraga ha ammesso ogni cosa: interventi, grappa, operazione in casa. «Con una nonchalance sconvolgente», dice l'avvocato Pozzani. E intanto, resta la domanda: perché queste donne si sono fidate? Perché prometteva tutto: prezzi bassi, risultati veloci, sorrisi rassicuranti.

Laura Pace

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I PUNTI

Disposti nuovi esami istologici

Saranno gli esami istologici a restringere ulteriormente il campo delle ipotesi. Quel che è certo è che non ci sono segni macroscopici di shock anafilattico

Si cercano i documenti

Gli investigatori stanno cercando la cartella clinica della vittima, ma anche altre cartelle di pazienti operate nello studio, di cui non vi sarebbe traccia

Analisi sui tabulati

La procura sta analizzando i tabulati telefonici dei cellulari delle vittime e del numero dello studio per vedere quante e quali chiamate ci siano state dopo la tragedia

Le clienti dell'ambulatorio

L'obiettivo degli inquirenti è anche quello di ricostruire l'attività complessiva dell'ambulatorio dove è stata operata Ana, deceduta dopo l'intervento

