

13 luglio 2026

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Largo della Sanità Militare, 60

00184 Roma

Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343



Uneba e Aris: Rsa fondamentali per i più fragili tra i fragili

Pubblicato il: 10/07/2026

Le Rsa, che ospitano gli ultimi mesi di vita dei più fragili tra gli anziani quando le famiglie non riescono più a prendersene cura, sono fondamentali. E anzi, servirebbero più posti letto.

Assistenza domiciliare e residenzialità sono due servizi diversi per bisogni diversi. E vari enti svolgono entrambi.

Sono due dei punti della risposta di Uneba, con il presidente Franco Massi, e **Aris**, con il presidente p.Virginio Bebbber, all'articolo pubblicato da mons.Vincenzo Paglia su La Stampa il 9 luglio 2026.

Assistenza domiciliare e Rsa, entrambi diversi e entrambi fondamentali – Lettera Uneba Aris



Roma, 10 luglio 2026

Alla cortese attenzione di

Antonio Di Rosa

direttore La Stampa

lettere@lastampa.it

direzionegenerale@lastampa.it

Gentile direttore,

siamo i presidenti delle associazioni di categoria che rappresentano strutture sanitarie e sociosanitarie di radici cristiane. Siamo la voce, tra gli altri, delle Rsa non profit, che sono la maggioranza in Italia. Rappresentiamo migliaia di enti, decine di migliaia di lavoratori.

Le scriviamo per manifestare stupore e dispiacere per l'articolo "Moltiplicare i posti letto non serve, va sostenuta l'assistenza a casa" pubblicato il 9 luglio.

Non per la tesi espressa – legittima, che legittimamente non condividiamo.

Bensì per le premesse da cui la tesi nasce, che ci paiono non del tutto corrispondenti a realtà.

Ad esempio, noi del sociosanitario siamo i primi a sostenere – e da tempo lo facciamo! - l'importanza dell'assistenza domiciliare e della necessità di portare i servizi e le competenze delle strutture residenziali anche a casa delle persone fragili, come afferma mons. Vincenzo Paglia nel suo articolo.

Ma non solo lo sosteniamo: lo facciamo già.

Le "case di riposo che diventano presidi di assistenza domiciliare" esistono già, da tempo.

Volentieri accoglieremmo mons. Paglia in visita in qualcuna di queste, enti nostri associati.

In Lombardia, in particolare, da ancora prima della pandemia esiste il servizio "Rsa Aperta".

Contestiamo inoltre l'idea, evidenziata dal titolo dell'articolo, che assistenza domiciliare e Rsa siano alternative da aut aut.

Sono invece, come prevede l'organizzazione del nostro Sistema Sanitario Nazionale, due servizi diversi per due bisogni diversi. In rozza sintesi, la struttura residenziale è per chi è in condizione di maggiore gravità. Oltre a questi due servizi, ce ne sono altri, come i centri diurni, o gli alloggi protetti.

Già oggi, degli anziani non autosufficienti, solo uno su 10 è in Rsa. Mentre 1 su 3 riceve servizi di assistenza domiciliare.

Se il sistema cambiasse nel senso proposto "Gli over 65 potrebbero restare nella loro casa", si legge nell'articolo,

Ma già lo fanno, praticamente tutti. L'età media degli anziani che entrano in Rsa è infatti di circa 85 anni.

ARIS: Largo della Sanità Militare ,60 cap 00184 Roma -E-mail: segreteria@arisassociazione.it

UNEBA: Via Gioberti, 60 cap 00185 Roma – E-mail: info@uneba.it

Previdenza complementare, presentato al Ministero del Lavoro il progetto Acop Aris Fism Uneba

Pubblicato il: 10/07/2026

Previdenza complementare – Comunicato Acop Aris Fism Uneba

Al Ministero del Lavoro il progetto di un Fondo Pensione di comparto per la sanità privata e religiosa, per l'assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale e per le scuole dell'infanzia

Presentato al Sottosegretario al Lavoro Sen. Claudio Durigon l'iniziativa promossa dalle Associazioni datoriali **ARIS**, UNEBA, FISM e ACOP

Un fondo di previdenza complementare dedicato a medici, personale sanitario non medico, personale amministrativo delle strutture del comparto della sanità privata e religiosa, dell'assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale del comparto di diritto privato sanitario e al personale delle scuole dell'infanzia paritarie. E' il progetto presentato questa mattina, venerdì 10 luglio a Roma, al Sottosegretario del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Sen. Claudio Durigon.

Un progetto per un intero comparto

Il progetto nasce dalla consapevolezza delle profonde trasformazioni che attraversano il sistema previdenziale italiano – l'evoluzione demografica, il progressivo allungamento dell'età lavorativa e della vita media – e dalla crescente necessità di affiancare alla previdenza pubblica e all'accantonamento del TFR strumenti solidi di secondo pilastro. L'idea è quella di dotare per la prima volta un intero comparto di uno strumento di previdenza complementare costruito sulle sue specificità.

Il Fondo si rivolgerebbe a una platea ampia e finora priva di un riferimento previdenziale dedicato: non solo i medici, ma anche il personale sanitario non medico, socio-assistenziale ed il personale amministrativo delle strutture aderenti, ai quali si aggiungerebbe il personale della formazione scolastica dell'infanzia. Un bacino che, sommando i dipendenti delle quattro Associazioni fondatrici, riguarderebbe 275.000 lavoratori e che, considerando anche l'opzione di trasferimento del TFR pregresso, il numero raggiungerebbe un potenziale di quasi 300.000 aderenti.

Una dimensione che rappresenterebbe il vero punto di forza dell'iniziativa: consentirebbe infatti di negoziare le migliori condizioni di mercato, di dotare il Fondo di una struttura organizzativa efficiente e di contenere i costi di gestione a beneficio diretto dei lavoratori.

Per i dipendenti del comparto l'adesione al Fondo si tradurrebbe in benefici concreti, sia nella gestione del proprio TFR sia sul fronte fiscale.

Tra gli obiettivi del progetto anche la salvaguardia dell'autonomia della contrattazione: il Fondo non sostituirebbe né assorbirebbe gli accordi negoziali in essere. Ogni ulteriore intesa contrattuale, esistente o futura, si aggiungerebbe a tale contributo restando destinata esclusivamente alla platea di riferimento.

L'iniziativa si colloca pienamente nel solco dei più recenti sviluppi della previdenza complementare delineati dalla Legge di Bilancio 2026, a partire dai nuovi meccanismi di adesione tramite silenzio-assenso e dall'innalzamento delle soglie di deducibilità.

L'incontro con il Sottosegretario Durigon rappresenta un passaggio istituzionale qualificante di un importante progetto nei settori sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale ed educativo.

“Con la realizzazione di questo progetto vorremmo fornire ai lavoratori del nostro comparto – medici, professionisti sanitari, personale socio-assistenziale, personale amministrativo ed educativo – uno strumento previdenziale moderno, trasparente e sostenibile, costruito sulle reali esigenze di chi ogni giorno opera nella sanità, nell'assistenza e nell'istruzione. La forza dei numeri ci consente di garantire condizioni che i singoli, individualmente, non potrebbero mai ottenere”, hanno sottolineato i promotori dell'iniziativa.



All'incontro con il Sottosegretario Durigon, hanno preso parte i vertici delle Associazioni promotrici: il Presidente, Padre Virginio Bebbier con il Direttore Generale, Dott. Mauro Mattiacci per l'ARIS; il Presidente Dott. Franco Massi con il Segretario Generale Alessandro Baccelli per l'UNEBA; il Dott. Luca Iemmi, Presidente della FISM e il Dott. Massimo Miraglia, in rappresentanza dell'ACOP.

Ricordiamo che ARIS, UNEBA, FISM e ACOP rappresentano una parte significativa del sistema sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale ed educativo del Paese, per un totale di oltre 275.000 lavoratori occupati in migliaia di strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali ed educative, in prevalenza non profit e di ispirazione cristiana.

ACOP – ARIS – FISM – UNEBA

Banca Ifis

la Repubblica

SIAMO IL
CREDITO
PER LA TUA
AZIENDAFondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

R50

R cultura

Elogio di Wodehouse
e dello humour britishdi ANDREA PENNACCHI
alle pagine 22 e 23

R sport

Argentina-Inghilterra
la partita della rivaltadi PABLO MAURETTE
a pagina 28Lunedì
13 luglio 2026

Anno 13 - N° 27

Oggi con

Affari&Finanza
in Italia €1,90Una storia
unica
di giornale

di MARIO ORFEO

È stato per me un onore e un privilegio dirigere *Repubblica*, il giornale in cui sono cresciuto professionalmente con l'esempio prima del fondatore Eugenio Scalfari e poi del suo successore Ezio Mauro. L'ho fatto con passione e spirito di servizio verso quella comunità di lettori che si è formata negli anni intorno a un'idea nuova e rivoluzionaria del giornalismo, una voce unica nel panorama dell'editoria, un punto di riferimento per più generazioni e classi sociali.

L'ho fatto sempre con la responsabilità e la dedizione che una storia di impegno politico e culturale lunga mezzo secolo richiedeva, cercando di adeguare ai tempi di oggi gli insegnamenti di ieri. Con lo straordinario lavoro della redazione abbiamo in due anni rinnovato il giornale nella grafica - sotto la guida di Angelo Rinaldi - e nei contenuti aumentando qualità e analisi. Abbiamo investito sull'innovazione tecnologica sviluppando il sito nella consapevolezza che la leadership del digitale sia una garanzia per il futuro. Fedeli ai valori e all'identità di un quotidiano libero, "indipendente ma non neutrale" come scrisse Scalfari nell'editoriale del primo numero, diventato modello di integrazione tra carta e web.

continua a pagina 12



TENNIS

Sinner fa l'impresa bis
a Wimbledon il ritorno del reL'eccezione
che ti aspetti

di ANGELO CAROTENUTO

a pagina 3

dal nostro inviato

MASSIMO CALANDRI

Lunga vita a re Jannik. Wimbledon incorona il ragazzo dai capelli rossi, è il secondo successo consecutivo sull'erba di Church Road.

a pagina 2, servizio di GUERRERA

Battaglia
sul controllo
di HormuzPioggia di missili sull'Iran e navi colpite
Teheran annuncia la chiusura dello Stretto
gli Usa smentiscono. Lagarde a Washington

Lo Stretto di Hormuz è riaperto, anzi no. Dopo la pioggia di missili sull'Iran, Teheran sostiene che sia chiuso «fino a nuovo ordine», mentre Trump dice che «rotte di transito libero» sono accessibili e che Teheran «non controlla lo Stretto». Visita di Lagarde a Washington.

di CAFERRI, DE CICCO, LONGHIN, SANTELLI e TONACCI

da pagina 4 a pagina 8

La via obbligata per una Nato più europea

di PAOLO GENTILONI

No, nessuno è nemico dell'Ucraina. E figurarsi se qualcuno si professa amico di Putin. Eppure, contro gli aiuti militari all'Ucraina e contro la difesa europea si va formando in Italia una convergenza trasversale che si esprime in alcuni voti al Parlamento europeo e prova a incidere, sia pure da posizioni di

minoranza, sulle coalizioni di Governo e opposizione. Continuare a sostenere la resistenza dell'Ucraina è una doverosa scelta di principio - i confini non si modificano con le armi - ed è più che mai la sola condizione per rendere possibile una pace giusta e duratura.

continua a pagina 14

Biennale, per lo stop ai fondi
M5S e Lega alleati contro l'Ue

di DI PERI e SANNINO a pagina 10

FOSSATI
SERRAMENTIFinanzia i tuoi nuovi serramenti!
Anticipi solo il 25%

Il restante 75% lo paghi in 120 rate (10 anni)
a TASSO ZERO. Prima rata dopo 90gg. Inoltre, grazie
ai bonus statali, puoi recuperare fino al 50% in 10 anni.



Fossati Serramenti per la tua casa: finestre, portefinestre, cassonetti, oscuranti, alianti scorrevoli anche di grande formato, portoncini e finestre ad arco.

Tel. 0523 165500 - www.fossatiserramenti.it

LEGGE ELETTORALE

Sulle preferenze
non c'è accordo
dentro il governo

di SERENA RIFORMATO

Ai termine di un weekend di telefonate bollenti, dossier comparativi e simulazioni, l'accordo non c'è. Oggi alle 13 a Montecitorio scadrà il termine per la presentazione degli emendamenti al Melonellum. Salvo sorprese in extremis, la proposta di modifica sulle preferenze verrà presentata solo da Fratelli d'Italia, Noi Moderati e Udc.

a pagina 16

Uccide l'ex moglie
"Non è femminicidio"
bufera sulla procura

di ALESSIA CANDITO

a pagina 19

LE IDEE

I faccendieri
la politica
e il potere del ricatto

di CONCITA DE GREGORIO

Faccende e faccendieri. Ristoranti di pesce e mani di poker, signorine a bordo piscina nell'hotel di lusso, spie nei parcheggi, monsignori e onorevoli. La notte appuntamento in un garage, la mattina in Vaticano. Roma è così. È la città del potere e il potere si fonda sul ricatto. Il ricatto sulla conoscenza dell'altrui punto debole, la tua vulnerabilità è il tuo prezzo e tutti ne hanno una.

a pagina 12

CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06 688281150
anni
DEL LUNEDÌServizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.itITLAS
IL LEGNO. LA TUA CASA.**Aveva 93 anni**
Addio a Paolo Fresco
un «americano» alla Fiat
di **Michelangelo Borillo**
a pagina 19**Domani gratis**
Le grandi interviste
di Aldo Cazzullo
il libro sarà in edicola solo il 14 luglio
con il CorriereITLAS
IL LEGNO. LA TUA CASA.

Commercio globale

LA FORZA
SUPERA
IL DIRITTOdi **Federico Fubini**

C'era una volta un sistema del commercio retto da leggi sovranazionali nelle quali i Paesi si riconoscevano. Le accettavano anche quando evitavano di ratificarle, com'è sempre stato il caso per gli Stati Uniti con la Convenzione delle Nazioni Unite sul diritto marittimo. Quel sistema prevedeva una libertà degli scambi quasi incontrastata e garantiva che le navi cariche di petrolio, gas o container, affrontassero i mari ed entrassero in quasi tutti i porti senza rischi. L'Organizzazione mondiale del commercio (Wto) aveva un «organismo d'appello», con sede a Ginevra, che si pronunciava sulle dispute fra Paesi.

continua a pagina 6

Legge elettorale

L'INTESA
CHE SERVE
ADESSOdi **Roberto Gressi**

C'è ancora tempo per cambiare passo sulla legge elettorale. Che nessuno sia affezionato alle norme attuali non è un mistero. Per altro, hanno funzionato, nel senso della stabilità del sistema, solo perché nel 2022 il centrosinistra si è presentato diviso. Ma le nuove regole balbettano, anche per le divisioni all'interno della maggioranza, e il rischio che non se ne faccia nulla è concreto, come è concreta la possibilità di andare a sbattere contro le osservazioni della Corte costituzionale.

continua a pagina 28

La finale Batte Zverev, poi la dedica alla mamma

Ancora Sinner
È lui il re a Wimbledondi **Gaia Piccardi**
alle pagine 36 e 37

Quinto slam per Jannik Sinner, 24 anni, che ieri ha conquistato ancora una volta il torneo di Wimbledon

JANNIK, IL CAMPIONE
«Il sole si è abbassato ed è stato più facile»di **Marco Imarisio**

a pagina 37

IL COMMENTO
Sembra senza limiti
E chissà dove arriveràdi **Adriano Panatta**

a pagina 36

Raid degli Usa e di Teheran, che attacca i Paesi del Golfo

Bombe su Hormuz
L'Iran: lo Stretto
vale più dell'atomica

Trump: sono malati, hanno rinunciato a tutto

di **Giulio Fasano**
e **Greta Privitera**

Nuova escalation in Medio Oriente. Il presidente Usa Trump: «Hormuz è aperto, li abbiamo colpiti pesantemente». Botta e risposta tra Stati Uniti e Iran, che dopo aver danneggiato una nave nello Stretto aveva affermato di averlo chiuso. Ieri pomeriggio altra rappresaglia americana con nuovi raid sulla costa iraniana e con esplosioni udite a Bandar Abbas e sull'isola di Qeshm. «Per noi — dicono gli iraniani — lo Stretto vale più dell'atomica». E Trump: «Sono malati». Mattarella all'emiro del Qatar: «Inaccettabili i nuovi attacchi iraniani».

da pagina 4 a pagina 8
Battistini, Sarcina

GIANNELLI



Le temperature Record previsto in Sardegna. Le zone rosse

Caldo, via alla terza ondata
Una settimana a 40 gradi

Terza ondata di caldo sull'Italia, giovedì il picco. «Nella Pianura Padana si raggiungeranno i 38-39 gradi». Punte di 40 gradi in Sicilia e Sardegna. Le città da bollino rosso.

alle pagine 2 e 3

IL VADEMECUM

I rifugi climatici,
l'alimentazione
Come difendersidi **Gramigna e Ravanelli**

a pagina 3

POLITICA ESTERA. LE TENSIONI

Conte avverte il Pd:
sul riarmo un'unica lineadi **Emanuele Buzzi** e **Maria Teresa Meli**

Sul riarmo il leader del M5s Conte avverte il Pd: «Stanno costruendo una minaccia russa per convincerci che dobbiamo armarci fino ai denti». E spiega: «La linea dei progressisti non può essere quella di Fdi». Risponde Provenzano, responsabile esteri del Pd: «Il sostegno, anche militare, all'Ucraina non discende da un ordine della Nato ma dall'articolo 51 della Carta dell'Onu che sancisce la legittima difesa dell'aggressito».

a pagina 13

GIUSEPPE CRUCIANI

LIBERTÀ

TUTTO CRUCIANI DALL'A ALLA Z
L'AFRICO DEL PRIMO ROMANZO SCOPERTO

in libreria

CARRO

Ora la Rai «indaga» sul B&B di Lavitola

Verifiche su eventuali pernottamenti di cronisti di Report. La Russa attacca Schleien

ARCHIVIO VATICANO

Il mistero
delle 12 casse
del Ducedi **Alessandro Furloni**

Il mistero delle dodici casse con le carte segrete del Duce. Una spy story con sullo sfondo il Vaticano e gli oob americani.

a pagina 21

di **Simone Canettieri**
e **Maria Sacchetti**

Il reclutamento dei quattro «manovali» arrestati per l'attentato a Ranucci sarebbe costato poco più di 5 mila euro, certamente sotto i 10 mila. Questo emerge dall'inchiesta, mentre in Rai è sempre scontro su Report si e Report no. Inoltre, l'azienda di via Teulada ha avviato accertamenti per capire chi, tra i cronisti, sarebbe stato ospite del bed and breakfast del faccendiere Lavitola.

a pagina 10

(Il Corriere dell'estate)
L'ex compagna
di Turatello,
ascesa e mortedi **Andrea Galli**

Il delitto di Lia Zenari e l'ombra di Francis Turatello. L'ex compagna del boss uccisa a Milano nel 1978.

alle pagine 24 e 25

GIALLO SVEZIA

I MIGLIORI ROMANZI GIALLI RACCONTATI NEL MONDO EUROPEO

RAI MARILLO

LA PRIMA USCITA
"LA PRINCIPESSA DI CHIACCIO"
IN EDICOLA DAL 24 LUGLIO

CONSIGLIO DELLA SERA LA PRIMA USCITA OGGI



€ 1,40* ANNO 148 - N° 388
Sped. in A.P. 03/33/2003 con L. 46/2004 art. 1 (3/33 RM)

Il Messaggero

NAZIONALE



Lunedì 13 Luglio 2026 • S. Enrico

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su **ILM*** **ERO.IT**

Attesi in settimana oltre 40 al Sud e nelle isole
Avanza la terza ondata
Roma, caldo su di 5 gradi

Evangelisti e Pace alle pagine 2 e 3



Il raduno a Triggia
La Roma riparte
Rosa da costruire
per la Champions

Aloisi e Angeloni nello Sport



L'editoriale I RIFORMISTI E LO SPAZIO PER ISOLARE I POPULISMI

Paolo Pombeni

Dovrebbe essere l'ora dei riformisti, ma la politica è concentrata sul tema di tenersi stretti gli elettorati più radicalizzati: pazienza se metà circa del corpo elettorale non si reca alle urne, quelli che ci vanno si ritiene lo facciano perché mossi dal sacro fuoco dell'ideologia, ridotta ormai a poco più che alcuni slogan utili a distinguere fra amici e nemici, fra noi e loro senza consentire dialoghi. A spostare i voti da un blocco all'altro, da un partito a un partito concorrente non ci si pensa, dando più o meno per scontato che chi abbandona deluso un campo si rifugerà nell'astensione piuttosto che passare all'altra parte.

È vero che adesso il quadro è stato modificato dal formarsi di nuove ali estreme a destra come a sinistra, ma trattandosi di formazioni molto radicali quanto a collocazione diciamo così ideologica (parola impropria, ma tanto per capirci) i tattici che guidano i due blocchi contrapposti danno quasi per scontato che nel caso di un duello fra loro o rientreranno nel ranghio o si limiteranno a fare testimonianza.

Il quadro è più complesso perché ci si ostina a non tenere nel dovuto conto quella che si usa definire la componente centrista dell'elettorato, anche se il termine è improprio perché fa pensare a soggetti che oscillano fra una destra moderata e una sinistra moderata, mentre in realtà la domanda che sale da quegli ambienti è: basta ideologie e avanti con delle proposte di riforme, realistiche, che sfruttino le dinamiche positive del paese per prendere di petto i ritardi e i nodi che bloccano crescita e sviluppo.

Continua a pag. 21

Per il secondo anno di fila Re Sinner conquista Wimbledon. Zverev battuto in 4 set. Meloni esulta: una pagina di storia

Il nostro Mondiale

Piero Mei

Il nostro mondiale è un ragazzo di montagna che sognava forse di diventare un nuovo Tomiba ma poi mise gli sci in soffitta, prese una racchetta sola (sulla neve gliene servivano due), scese al mare e diventò Sinner. *Nello Sport*



Jannik Sinner bacia il trofeo di Wimbledon dopo la vittoria su Zverev. *Arco Martucci nello Sport*

Iran-Usa, la battaglia su Hormuz

► Teheran annuncia la chiusura e colpisce una portacontainer che provava a passare
Trump nega: è aperto. E sferra nuovi raid contro i pasdaran. Bombe sulle basi americane

ROMA Iran-Usa, è battaglia su Hormuz. L'Iran: lo abbiamo chiuso. Trump nega. Bombe sulle basi americane.

Gualta e Vita alle pag. 4 e 5

Le analisi del Messaggero

**INDEBOLITI
MA AGGRESSIVI**

Stefano Silvestri a pag. 4

**RIAPRONO LE VIE
ALTERNATIVE**

Antonino Pane a pag. 5

L'analisi

VERSO UN MERCATO UNICO DEI CAPITALI

Angelo De Mattia a pag. 21

Le inchieste del Messaggero

I numeri Rai: gruppo in utile, meno ascolti

Marco Mele

Il gruppo Rai perde ascoltatori ma chiude il bilancio 2025 in positivo per 9,3 milioni. Falca a trovare stabilità in vista del 2027, quando scadrà la concessione decennale in esclusiva alla Rai per il servizio pubblico. *A pag. 9*



L'inchiesta

Attentato a Ranucci, i 4 esecutori pagati meno di 10mila euro

Michela Allegri

Ranucci, il tariffario della bomba agli esecutori meno di 10mila euro. Secondo gli inquirenti, potrebbero essere stati versati da Lavitola. *A pag. 8*
Bechis a pag. 8

Chiude il Festival



A Ostia va in scena Alceste, la straniera che insegna l'amore

ROMA «Alceste è la straniera che insegna l'amore». L'attrice di origine turca Deniz Ozdogan è pronta a interpretare la tragedia di Euripide che chiuderà il 17 e 18 luglio la stagione del Teatro Ostia Antica Festival. *Ippaso a pag. 18*

Anche in estate, sempre pronti ad assistervi.

ASSISTENZA MEDICA 24 ORE SU 24

VILLA MAFALDA

Via Monte delle Gioie, 5 - Roma
Tel 06 86 09 41 - villamafalda.com

Il Segno di LUCA

**GEMELLI
GIOCOSSO**

La configurazione ti offre la possibilità di coniugare in maniera insolita il tuo desiderio più radicale di libertà con un gioco di seduzione che difficilmente può lasciare indifferenti la persona che deciderai di coinvolgere. In fin dei conti è sempre la dimensione di gioco quella che detta le regole e definisce i margini da non valicare. È il momento di aggiornare i tuoi obiettivi economici: nei prossimi giorni si precisa qualcosa.

MANTRA DEL GIORNO

Nel gioco germogliano cose serie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA
L'oroscopo a pag. 21

* Tardano con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Modena, Reggio Emilia e Piacenza, il Messaggero; Nuovo Quotidiano di Pavia € 1,20; la domenica con l'Espresso € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero; Corriere dello Sport-Spazio € 1,40; nel Molise, il Messaggero; Primo Piano; Roma € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero; Nuovo Quotidiano di Puglia; Corriere dello Sport-Spazio € 1,50; "Fuori porta al Mare" € 0,90 (Roma); "Il popolo di Urtime" € 0,90 (Roma).

I NUMERI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

La classifica dei Lea **Italia divisa: la sanità non è uguale per tutti**

Salute è un diritto di tutti, ma purtroppo la realtà non racconta la stessa storia. Perché in Italia ci si può ammalare nello stesso modo, ma non essere curati allo stesso modo. Il luogo in cui si vive continua a rappresentare una variabile decisiva nell'accesso alle cure e gli ultimi dati sulla sanità regionale lo confermano.

ELEONORA CIAFFOLONI a pagina 2

Italia divisa: la sanità non è uguale per tutti

di **ELEONORA CIAFFOLONI**

La salute è un diritto di tutti, ma purtroppo la realtà non racconta la stessa storia. Perché in Italia ci si può ammalare nello stesso modo, ma non essere curati allo stesso modo. Il luogo in cui si vive continua a rappresentare una variabile decisiva nell'accesso alle cure e gli ultimi dati sulla sanità regionale lo confermano. Secondo i numeri del Ministero della Salute il Veneto guida la graduatoria dei Lea con 288 punti, seguito da Emilia-Romagna (282) e Toscana (280). Sono sistemi che, pur con problemi e criticità, riescono ancora a garantire un equilibrio migliore tra organizzazione, qualità delle prestazioni e continuità assistenziale. All'opposto, c'è la Calabria che chiude la classifica con 189 punti, preceduta da Molise (192), Sicilia (196) e Basilicata (205). Ancora una volta, la forbice Nord-Sud non è un'invenzione statistica, ma il risultato di decenni di differenze in gestione amministrativa, programmazione, disponibilità di personale, infrastrutture e rete territoriale. Certo, il Mezzogiorno ha compiuto passi avanti, ma continua a scontare ritardi accumulati che incidono ancora sulla vita delle persone. Prova evidente la mobilità sanitaria: migliaia di cittadini ogni anno si spostano verso altre Regioni per ottenere cure. Ma non c'è solo questo, la fotografia è più



L'IDENTITÀ

complessa: perché anche i modelli considerati eccellenti mostrano segnali di pressione. La Lombardia, pur disponendo di una straordinaria capacità ospedaliera e produttiva, si colloca al sesto posto; l'Emilia-Romagna, storicamente un riferimento nazionale, non è immune dalle difficoltà legate alle liste d'attesa, alla carenza di professionisti e alla crescente domanda di assistenza. La Toscana resta tra le migliori, ma anche qui il miglioramento percepito dai cittadini non sempre coincide con gli indicatori tecnici. Il problema centrale è che la sanità del futuro si gioca sì sugli ospedali, ma soprattutto sul territorio, il punto più fragile del sistema italiano, tra case della Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina e integrazione tra sociale e sanitario. E la questione non è soltanto quanto una Regione spende, ma come riesce a trasformare le risorse in servizi: la sanità moderna richiede organizzazione, dati, prevenzione, capacità gestionale e prossimità. Dove questi elementi funzionano, il cittadino sente la presenza dello Stato e non una resistenza burocratica ed economica. All'Italia serve sì una sanità che funzioni, ma anche più equilibrata: non solo per ridurre la distanza tra Nord e Sud, ma anche per garantire che il diritto alla salute torni ad avere lo stesso significato in ogni angolo del Paese.



(©Ansa)



Sanità, forte divario Nord-Sud Veneto al top e Calabria ultima

La graduatoria del ministero della Salute: tutti gli enti fanno progressi
Un dato in contrasto con quelli di vari osservatori

di MICHELE BOCCI

Resta il forte divario Nord-Sud, con alcune eccezioni, e c'è una crescita generale delle Regioni che appare un po' sospetta, perché disegna un quadro roseo di un sistema sanitario pubblico che invece appare in difficoltà a leggere le ricerche di vari osservatori, pubblici e privati. Il ministero della Salute ha diffuso i numeri riferiti al 2024 del Sistema di garanzia, che valuta tra l'altro come vengono assicurati i Lea, Livelli essenziali di assistenza, per stilare una classifica delle realtà locali. Ancora una volta, in testa c'è il Veneto, mentre sul podio l'Emilia-Romagna scavalca la Toscana e si piazza al secondo posto. Seguono Piemonte e Provincia di Trento e poi, sesta, la Lombardia.

Il sistema, che si usa ormai da alcuni anni, è stato messo in piedi dal ministero della Salute con le stesse Regioni. Si basa su 88 indicatori, dalla copertura vaccinale dei bambini ai tempi di intervento dei mezzi di soccorso, dalla percentuale di cesarei alla morte per ictus. Gli indicatori sono raggruppati in tre grandi aree: l'assistenza ospedaliera, quella distrettuale – cioè territoriale – e la prevenzione. Per

ognuna viene calcolato un punteggio, in base al raggiungimento degli obiettivi dati dagli indicatori, che va da 0 a 100. La sufficienza è valutata 60 punti. Ebbene, il Veneto ne ha fatti 288 e si conferma la Regione che funziona meglio. L'Emilia-Romagna è a 282, la Toscana, una delle poche Regioni che ha un punteggio inferiore rispetto al 2023, 280. Il Piemonte arriva a 272, la Provincia di Trento a 271 e la Lombardia, che rimane sempre al sesto posto, a 270. Ad andare peggio sono Provincia di Bolzano (206), Basilicata (205), Sicilia (196), Molise (192) e Calabria (189).

Riguardo ai movimenti della classifica, la Valle d'Aosta guadagna 6 posizioni, l'Abruzzo 5 e la Liguria 3. Sempre la Valle d'Aosta guadagna più punti in un anno (51), seguita da Abruzzo (47), Calabria (39), Liguria (31), Sicilia (23). Scende di 5 posizioni il Molise e di tre Marche, Campania e Provincia di Bolzano.

«Complessivamente, nell'anno 2024, tutte le Regioni, con l'eccezione di Calabria, Sicilia e Provincia autonoma di Bolzano, registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree», fanno notare del ministero della Salute nella relazione che accompagna la pubblicazione dei risultati del Sistema di garanzia. Nel 2023 erano 8 le insufficienze. C'è stato quindi un miglio-

mento, che però un po' contrasta con i dati Istat, ad esempio sulle persone che rinunciano a curarsi a causa di liste d'attesa e costi alti delle prestazioni (5,8 milioni), o sulla spesa sanitaria privata. Ma anche con quelli della Corte dei Conti sul finanziamento del sistema sanitario (più basso rispetto agli altri grandi paesi europei) e con i dati dell'Agendas, l'Agenzia sanitaria nazionale delle Regioni, sulle liste d'attesa, per le quali c'è ancora molto da fare. Poi ci sono le carenze del personale, in particolare degli infermieri, segnalate da più parti (ieri il sindacato degli ospedalieri Anaaò ha detto che un medico su cinque deve rinunciare alle ferie a causa delle scarse dotazioni di personale).

Insomma, il Sistema di garanzia, che segna un continuo miglioramento delle Regioni, sembra essere poco credibile come chiave di lettura della qualità della sanità italiana. Quello che mette in luce, come praticamente tutti i rapporti e gli studi sul nostro sistema assistenziale, è la differenza tra molte delle Regioni del Centro-Nord e quelle del Sud.



E la Regione cenerentola a Trump

“Senza medici cubani moriamo”

Il governatore Occhiuto
al Washington Post dopo
le pressioni della Casa
Bianca: “Non rispediremo
i doctores a L'Avana”

IL CASO

di ALESSIA CANDITO

Se mi tolgono i cubani, il pronto soccorso lo posso chiudere. Chiu-de-re. Capito?». Il dottore Franco Moschella – alle spalle 40 anni di emergenza urgenza e sul groppone due reparti a 60 chilometri l'uno dall'altro da gestire – parla da Polistena. È il primo ospedale che abbia accolto i medici arrivati da Cuba per dare respiro alla disastrata sanità calabrese, ultima per l'ennesima volta nella classifica del ministero della Salute sui livelli essenziali di assistenza.

«Avremmo certamente voluto raggiungere risultati migliori, ma i progressi registrati sono costanti», si difende Gandolfo Miserendino, supermanager della sanità pubblica calabrese, trincerandosi dietro i 59 punti di miglioramento rosicchiati in quattro anni. Il presidente della Regione Roberto Occhiuto, invece, si chiude nel silenzio. Nei giorni scorsi, però, con il *Washington Post* – incuriosito dalla regione italiana arrivata a rispondere picche all'ambasciatore Usa che nel febbraio scorso ha chiesto di rispedire a casa i medici cubani – ha ammesso:

«Gli ho ribadito la necessità di mantenere aperti gli ospedali e la mia intenzione di far sì che i medici cubani possano continuare a lavorare». E non certo per affinità politiche.

Limpido pedigree di centrodestra, uomo forte di Forza Italia che in molti raccontano proiettato alla guida del partito, Occhiuto non è certo un fan della *revolucion*. «Ma anche Berlusconi era incuriosito dai doctores», ha scritto giovedì su Instagram. Banalmente, Occhiuto sa che non c'è nessuno che possa sostituirli. Anni di commissariamento, con il suo corredo di tagli lineari, assunzioni e turn over bloccati, reparti (se non ospedali) cancellati con un tratto di penna, mentre le aziende sanitarie finivano sotto inchiesta per 'ndrangheta o “contabilità orale” – felice definizione della Corte dei Conti – non hanno risolto il problema del debito monstre. Che anzi per anni ha continuato a lievitare.

Il conto lo hanno pagato pazienti e medici. «A gennaio 2023, prima che arrivassero i cubani, per un mese ho dovuto tenere aperto il pronto soccorso di Polistena da solo anche per dodici ore. Risultato, dopo un mese in ospedale ci sono finito io con 220 di pressione», racconta Moschella. E bastano i numeri per

capire il perché: Polistena serve una platea potenziale che va da Nicotera, nel Vibonese, a tutta la Piana di Gioia Tauro, solo l'anno scorso ha fatto più di trentamila prestazioni e i medici sono appena dodici. Per metà, cubani. E Polistena non è un caso, ma un esempio. I concorsi banditi per nuovi posti nei reparti sono andati spesso deserti. E nei reparti di tutta la Calabria i 333 doctores si confermano giorno dopo giorno essenziali, anche solo per gestire l'ordinaria amministrazione.

Al momento sono tutti confermati fino al 2027. Alcuni rinnovi ci sono stati anche negli ultimi mesi, «fortunatamente hanno confermato il contratto a due colleghe che scadevano ad agosto», spiegano da Polistena. Ma il timore è che sia una crisi solo rimandata. «Il rischio è che a pagare sia la gente – dice il dottore Gongora Peña, fra i primi medici cubani in Calabria – Quando siamo arrivati, abbiamo visto code anche di dodici ore. Non avrei mai immaginato una cosa del genere in un Paese del cosiddetto primo mondo. In questi anni abbiamo lavorato. Costruito rapporti con i pazienti, imparato persino il dialetto. Sarebbe assurdo buttare tutto via».

➔ Il presidente della Regione Calabria Roberto Occhiuto con un gruppo di medici cubani



Sanità, migliorano prevenzione e cure Veneto al top, con il Sud resta il divario

Schillaci: sui livelli essenziali di assistenza un anno fa avevamo otto regioni insufficienti, ora sono tre

ROMA Veneto, Emilia-Romagna e Toscana le migliori. Sicilia, Calabria e provincia autonoma di Bolzano le situazioni più critiche. È questo il responso della verifica del ministero della Salute sui Lea (Livelli essenziali di assistenza) per l'anno 2024 in Italia, attraverso il nuovo Sistema di garanzia. Che prende in considerazione 88 indicatori relativi a tre macro-aree: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Per essere «promosse», le regioni devono arrivare in ognuna alla sufficienza (al punteggio di 60, in una scala da 0 a 100). Non tutte ce l'hanno fatta, ma c'è stato un sostanziale miglioramento rispetto al report dell'anno precedente. «I dati sui Lea e i miglioramenti registrati a livello regionale mostrano un cambio di passo del sistema. Avevamo otto regioni (Valle d'Aosta, Bolzano, Liguria, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia, ndr) con

parametri sotto la sufficienza un anno fa, ora sono tre», ha spiegato il ministro della Salute, Orazio Schillaci. «Penso sia un risultato inequivocabile. Il governo ha lavorato da subito per una sanità più efficiente e vicina ai cittadini. È un lavoro che porteremo avanti ancora e che stiamo certificando, non con le parole, ma con i dati alla mano». E anche grazie a una dotazione finanziaria di oltre 5 miliardi aggiuntivi rispetto al 2023.

Scendendo nel dettaglio, il Veneto si aggiudica il primato (288 su 300) con punteggi che si avvicinano al cento in tutte e tre le aree: 96 nella prevenzione, 95 nel distretto e 97 nell'assistenza ospedaliera. Segno di una grande attenzione per l'assistenza ai pazienti, tanto nella prevenzione quanto nei servizi erogati dalle aziende sanitarie e in quelli ospedalieri. Anche l'Emilia-Romagna, grazie ai 282 punti complessivi, viene premiata per il percorso assistenziale riservato ai suoi cittadini. Se-

guono la Toscana con 280 punti, il Piemonte a 272, la provincia autonoma di Trento (che registra la migliore valutazione in Italia nella prevenzione con 98) e la Lombardia a 270. In una fascia medio-alta figurano poi Umbria, Liguria e Friuli-Venezia Giulia. Non raggiungono invece la piena sufficienza Calabria, Sicilia e provincia autonoma di Bolzano. Le ultime due — che anche l'anno precedente erano in zona rossa — peccano nell'area della prevenzione, raggiungendo rispettivamente 49 e 59 punti, mentre la Calabria, fanalino di coda nella classifica generale, ha da migliorare nell'area distrettuale, dove prende 52 pur facendo registrare progressi rispetto al 40 del 2023.

Il dato complessivo è da ritenersi comunque positivo: 5 regioni hanno fatto registrare miglioramenti, specie nelle prestazioni erogate dalle Asl. E il caso della Valle d'Aosta,

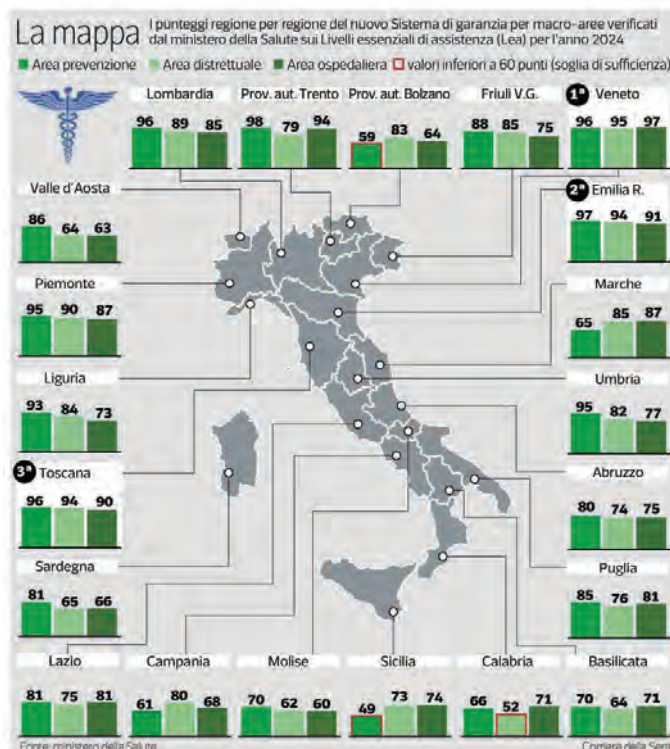
dell'Abruzzo e della Basilicata gravemente insufficienti nel 2023 in questa area, così come passi avanti, ma nella prevenzione, li hanno fatti Liguria e Molise (oltre all'Abruzzo). Eppure, a fronte di un miglioramento generalizzato, restano marcate le differenze territoriali, come pure il divario che separa Nord e Sud del Paese, nell'accesso alle cure e nel diritto alla salute. E a sottolineare l'esigenza di raggiungere presto una situazione più omogenea è anche la Simi (Società italiana di medicina interna): «L'obiettivo — ha detto il presidente Nicola Montano — è garantire a tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione di residenza, gli stessi standard di qualità, appropriatezza e tempestività delle cure».

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In difficoltà

Risultati in negativo anche per Sicilia e provincia di Bolzano, ferme sotto la soglia



In testa alla classifica

Day hospital anti-ricoveri e minori tempi di attesa

Le ragioni di un primato

VENEZIA Giancarlo Ruscitti, dg della Sanità veneta, attribuisce il podio strappato dal Veneto sui Lea a diversi fattori. Il primo, però, è il personale: «Oltre ai positivi risultati sui Lea, recentemente Crea ha certificato una crescente soddisfazione dei cittadini anche per il miglioramento, ad esempio, sulle liste d'attesa. Complessivamente è la dimostrazione che il sistema veneto funziona e che i cittadini se ne rendono conto. Il Veneto è sempre stata una regione benchmark, sin da quando esiste il sistema sanitario nazionale. Ma questi risultati sono sicuramente da ascrivere innanzitutto ai dipendenti».

Capitale umano a parte, Ruscitti riconosce nell'organizzazione fatta «che distribuisce i servizi sui territori regionali con la capacità di intervenire in prossimità» l'altro punto di forza del sistema sanitario veneto. Al tema della diffusione territoriale delle cure mancava un ultimo tassello: ospedali e case di comu-

nità che stanno entrando in funzione in questi mesi grazie al boost del Pnrr. «Questo dovrebbe migliorare soprattutto la parte distrettuale — spiega Ruscitti —. Ora il direttore del distretto dovrà essere coordinatore di case di comunità, ospedale di comunità, hospice e attività domiciliare. Tutto ciò che non è acuzie che, invece, resta affidato agli ospedali». E tutto ciò che non è «acuzie» (quindi traumi, interventi chirurgici e così via) è «cronicità». «Ma attenzione, quando parliamo di cronicità — spiega ancora il dg veneto — non intendiamo solo gli anziani. Ci sono anche bambini, adolescenti e persone adulte affette da patologie con carattere di cronicità. Tutte queste persone, al di là di un evento acuto devono essere gestite nelle case di comunità».

Dopo la pandemia si è spinto verso una suddivisione tra cronicità gestita sul territorio o a domicilio e acuzie gestite dalla rete ospedaliera «dove abbia-

mo, infatti, diminuito le degenze — dice Ruscitti —: è quasi tutto day hospital e day surgery, l'idea è restare in ospedale il meno possibile». Il grosso sarà però, inevitabilmente, la cura della popolazione anziana... «Fra 10 anni un quinto di noi avrà più di 80 anni. Già oggi il 40% di over 65 vive solo. Quindi il problema è quello come gestire queste persone sole che avranno fragilità e a volte cronicità e saranno curati dalle case di comunità. Abbiamo attivato una collaborazione con Oms Venezia per capire, ad esempio da Paesi del Nord Europa che hanno affrontato il tema prima di noi, come potenziare un invecchiamento attivo. Questa sarà la vera sfida».

Martina Zambon

288

su 300

Il punteggio totale attribuito dal nuovo Sistema di garanzia sui Lea al Veneto, che arriva al primo posto con 96 punti nell'area prevenzione, 95 nell'area distrettuale e 97 nell'assistenza ospedaliera



Il fanalino di coda

Soccorsi rapidi e anziani, i punti deboli in Calabria «Ma stiamo crescendo»

ROMA La Calabria è risultata ultima nella classifica 2024 dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) del ministero della Salute, con un punteggio complessivo di 189 (su un massimo possibile di 300). Le ragioni e le criticità che hanno portato la regione, che è sottoposta a commissariamento da 17 anni, a essere il fanalino di coda in settori importanti della sanità sono ben note all'amministrazione, che infatti sta lavorando sui due aspetti più problematici ancora da risolvere: vale a dire la residenzialità e le cure per gli anziani e l'allarme target, ovvero il tempo di arrivo dei mezzi di soccorso in codice rosso.

«Sono state messe in essere delle riforme anche su questi due aspetti — ha spiegato Gandolfo Miserendino, direttore generale di Azienda Zero Regione Calabria —. L'amministrazione è impegnata in un progressivo recupero dei Lea misurati. Quello che va

sottolineato però è che dal 2020, da quando cioè è entrato in vigore il nuovo Sistema di garanzia, la Calabria non è mai peggiorata ma migliorata costantemente nel tempo».

Ribaltando il punto di vista e confrontando i dati che emergono nel 2023 e nel 2024, la Calabria ha infatti fatto registrare passi in avanti nell'assistenza distrettuale, attestandosi, sì, sotto la sufficienza ma passando da 40 a 52. E non solo. Se il periodo che si prende come riferimento parte dal 2020 «la Calabria è passata da 129,3 a 189 punti, con un incremento complessivo di 59,7 punti — ha continuato Miserendino — il più significativo registrato a livello nazionale nello stesso periodo».

Il divario con le regioni più performanti, e che quindi hanno meno margine (e anche meno necessità) di miglioramento, è evidente. Lo è meno però la distanza con chi la precede in

classifica: il Molise, che pure ha tutte sufficienze nei tre ambiti di riferimento, è di appena 3 punti; quello con la Sicilia (che nella prevenzione ha preso 49, la valutazione più bassa in assoluto su scala nazionale) è di sole sette lunghezze. «Avremmo certamente voluto raggiungere risultati ancora migliori — ha detto ancora il direttore generale di Azienda Zero —. È un percorso di miglioramento che ha trovato riconoscimento anche a livello nazionale e che ha contribuito a creare le condizioni per la decisione del Consiglio dei ministri di porre fine al commissariamento della sanità calabrese». Che si protrarre da quasi un ventennio.

Cla. Sa

189

su 300

Il punteggio totale attribuito alla Calabria, fanalino di coda della classifica generale: deve migliorare nell'area distrettuale, dove prende 52 pur facendo registrare progressi rispetto al 40 del 2023



SALUTE PUBBLICA

Sanità, il bluff dei militari, per abbattere le liste d'attesa

Al vertice Nato di Ankara Giorgia Meloni ha blindato la linea del riarmo, confermando il target verso il 5% del Pil per difesa e sicurezza entro il 2035. Mentre in patria, pochi mesi prima il ministro Guido Crosetto ha provato a costruire un'altra immagine della spesa militare: una discussa riforma della sanità con le stellette, presentata come un "regalo" ai cittadini: aprire i poliambulatori delle caserme ai civili in regime di intramoenia per abbattere le liste d'attesa del SSN.

Un'immagine utile sul piano politico per accompagnare un bilancio militare in crescita che secondo le stime dell'Osservatorio Milx nel 2026 raggiunge il record di 33,9 miliardi di euro.

Il cuore del provvedimento è il decreto legislativo n. 74 del 3 apri-

le 2026, che istituisce formalmente il Corpo unico della Sanità militare, operativo dal 1° gennaio 2027. L'obiettivo dichiarato è unificare circa 3.700 sanitari di Esercito, Marina, Aeronautica e Carabinieri sotto un unico comando, per dare supporto al Paese secondo il principio di sussidiarietà.

Ma la sanità militare italiana non è affatto un gigante pronto a distribuire risorse, ma un sistema che da tempo sopravvive appoggiandosi sulle spalle del settore civile. La Corte dei Conti ha rilevato che tra il 2010 e il 2018 il comparto ha perso 856 unità di personale, con una riduzione delle prestazioni erogate. Nello stesso periodo, per compensare le carenze interne, le Forze Armate hanno speso oltre 35 milioni di euro in convenzioni con strutture civili. A questo quadro si sommano pe-

santi malumori sul fronte interno. La centralizzazione nel Corpo Unico ha infatti innescato la dura protesta dei circa 377 medici e sanitari dell'Arma dei Carabinieri: avendo lo status di ufficiali di polizia giudiziaria, questi professionisti non possono per legge esercitare la libera professione, e ora rischiano di vedersi azzerare le indennità.

LINDA DI BENEDETTO



Personale Ssn, in 12 anni persi 33 miliardi di spesa

Nel periodo 2012-2024 la voce destinata al personale nella spesa sanitaria pubblica è calata di oltre tre punti percentuali, passando dal 39,7% del totale nel 2012 al 36,6% nel 2024. Una riduzione equivalente, nel complesso, a 33 miliardi di euro. Secondo il presidente di Gimbe, i numeri dimostrano «un saccheggio di risorse pubbliche di tale entità che ha progressivamente indebolito e demotivato il capitale umano del servizio sanitario nazionale, alimentando l'abbandono del servizio pubblico e la crescente disaffezione verso alcune professioni e specialità cruciali per il funzionamento del sistema». Una situazione strettamente connessa anche alla carenza di medici e infermieri, soprattutto in alcune specialità: al 1° gennaio 2025, per esempio, mancavano 5.700 medici di medicina generale. Ma le difficoltà riguardano numerose specialità considerate poco attrattive, come emergenza-urgenza, discipline di laboratorio, radioterapia, medicina nucleare, cure palliative, medicina di comunità e delle cure primarie.

Ancora più grave la situazione degli infermieri: con un tasso di 6,9 professionisti per mille abitanti, l'Italia è al 23° posto su 31 paesi europei dell'area Ocse. «La professione non è più attrattiva e i laureati sono sempre meno», ha affermato Cartabellotta. «Nell'anno accademico 2025-2026 il numero di domande di accesso ai corsi di laurea in infermieristica è stato addirittura inferiore a quello dei posti disponibili».

Il calo di attrattività delle professioni medica e infermieristica nel settore pubblico, secondo Cartabellotta, ha prodotto «fenomeni quali pensionamenti anticipati, dimissioni volontarie, fuga verso il privato e l'estero». Il ricorso ai gettonisti, che nel biennio 2024-2025 ha assorbito oltre un miliardo di euro, è uno dei riflessi più evidenti di questa emergenza.

La soluzione è sempre la stessa: servono più fondi: «è evidente che la sostenibilità del Ssn richiede risorse economiche adeguate, indispensabili per il funzionamento di un presidio così necessario, e una piena valorizzazione del suo capitale umano», la chiosa del presidente Gimbe.

—© Riproduzione riservata—■





Servizio L'analisi Gimbe

Sanità pubblica, al personale -33 mld in 12 anni: pesano burnout, stipendi bassi e gettonisti

Drenati dalla spesa sanitaria Ssn quasi 12,5 miliardi solo nel triennio 2022-2024: la richiesta di un Piano straordinario per invertire la rotta arginando la fuga nel privato o all'estero di medici e infermieri

di Redazione Salute

10 luglio 2026

«Nel periodo 2012-2024, tra le voci della spesa sanitaria pubblica, quella sul personale è stata la più sacrificata. La quota destinata al personale dipendente e convenzionato è scesa dal 39,7% del 2012 al 36,6% del 2024». E' il bilancio tracciato dal presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, nella lectio magistralis nell'Aula Magna del Rettorato di Sapienza Università di Roma, nell'ambito dell'evento #GIMBE30 'Diritto alla salute e sostenibilità del Ssn: la sfida del capitale umano'. Ipotizzando di mantenere costante per tutto il periodo 2012-2024 la quota di spesa per il personale registrata nel 2012 (39,7%), secondo Gimbe la portata di questa riduzione emerge in tutta la sua gravità: in 12 anni il personale sanitario del Ssn ha complessivamente 'perso' oltre 33 miliardi di euro, di cui il 38% (12,47 mld) nel triennio 2022-2024. «Un saccheggio di risorse pubbliche di tale entità – commenta Cartabellotta – che ha progressivamente indebolito e demotivato il capitale umano del Ssn, alimentando l'abbandono del servizio pubblico e la crescente disaffezione verso alcune professioni e specialità cruciali per il funzionamento del sistema». Per Cartabellotta «la domanda cruciale non è più solo quante risorse pubbliche investire nella sanità, ma chi curerà l'Italia domani».

Oltre la linea rossa

Secondo l'analisi Gimbe, la crisi del Servizio sanitario nazionale non può più essere letta solo attraverso le liste d'attesa, il sovraffollamento dei pronto soccorso o le diseguaglianze territoriali. Il nodo più critico è oggi rappresentato dal capitale umano: medici, infermieri e professionisti sanitari che lasciano il servizio pubblico, non vi entrano neppure, anticipano il pensionamento e guardano al libero mercato alla ricerca di forme di lavoro più remunerative e meno usuranti. «Un Ssn senza professionisti – dichiara Cartabellotta – non è semplicemente un sistema in difficoltà, ma un diritto costituzionale che perde progressivamente la capacità di tradursi in cure per le persone. Da anni discutiamo di finanziamenti, strutture, riforme e tecnologie. Ma oggi stiamo attraversando la linea rossa: senza disponibilità di personale le risorse economiche non curano, gli edifici restano vuoti, le tecnologie finiscono per essere investimenti inutilizzati e il diritto alla tutela della salute si svuota ogni giorno di più».

Polimeni: Università in campo

«Il Ssn è uno dei patrimoni più importanti della Repubblica – dichiara la Rettrice della Sapienza Antonella Polimeni – perché rende concreto il diritto alla tutela della salute sancito dalla

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

Costituzione. Oggi è evidente che la sua sostenibilità richiede risorse economiche adeguate, indispensabili per il funzionamento di un presidio così necessario, e una piena valorizzazione del suo capitale umano: dalle donne e dagli uomini che ogni giorno garantiscono cura, assistenza, ricerca e prossimità alle persone. Come Università abbiamo il dovere di formare professionisti e professionisti capaci, competenti e consapevoli della responsabilità sociale della cura. Per questo Sapienza considera la formazione sanitaria una leva essenziale per il futuro del Paese».

La desertificazione

Con 5,4 medici per 1.000 abitanti, l'Italia si colloca al secondo posto tra i paesi Ocse (media 3,9). «Il paradosso – spiega Cartabellotta – è che oltre 90 mila medici non lavorano nel Ssn come dipendenti o convenzionati, né come medici in formazione specialistica». Le carenze, infatti, sono selettive e riguardano i medici di medicina generale (oltre 5.700 quelli mancanti al 1° gennaio 2025) e numerose specialità poco attrattive: emergenza-urgenza, discipline di laboratorio, radioterapia, medicina nucleare, cure palliative, medicina di comunità e delle cure primarie. «I giovani medici – chiosa Cartabellotta – votano con le loro scelte e ci stanno dicendo che alcune specialità chiave per il funzionamento del Ssn sono poco attrattive, troppo esposte, troppo gravose, poco valorizzate». Il cuore del problema, dunque, non è solo il numero di medici da formare, ma quanti riusciamo a trattenerne nel servizio pubblico. «Oggi – ribadisce il Presidente – la vera emergenza è la progressiva desertificazione del Ssn: i professionisti si spostano dove trovano condizioni economiche, organizzative e professionali migliori e più compatibili con la qualità della propria vita privata».

Ma la situazione più critica riguarda gli infermieri: l'Italia è al 23° posto su 31 paesi europei dell'area Ocse con 6,9 infermieri per 1.000 abitanti (media Ocse 9,5). «Ma soprattutto – spiegano da Gimbe – la professione non è più attrattiva e i laureati sono sempre meno: nell'anno accademico 2025-2026 il numero di domande di accesso ai corsi di laurea in infermieristica è stato addirittura inferiore a quello dei posti disponibili». Sicuramente la perdita di attrattività non dipende soltanto dalle retribuzioni, che rappresentano comunque un fattore rilevante: nel 2023 gli infermieri ospedalieri in Italia percepivano in media 45.434 dollari l'anno, contro 63.417 dollari della media europea, con un divario di quasi 18 mila dollari. Inoltre, dal 2013, mentre in molti Paesi le loro retribuzioni reali sono aumentate, in Italia hanno addirittura registrato una variazione negativa. Il dato più eloquente della ridotta attrattività è il rapporto tra domande e posti disponibili nei Corsi di Laurea in Infermieristica: precipitato da 1,6 nell'anno accademico 2020-2021 a 0,9 nel 2025-2026. «Quando una professione essenziale per il SSN non riesce più ad attrarre i giovani – commenta Cartabellotta – il problema non è dell'Università, ma del Paese. Significa che stiamo spegnendo il futuro della sanità pubblica».

Il paradosso “gettonisti”

La crisi attuale ha radici profonde. Nel decennio 2010-2019 sotto-finanziamento, mancata programmazione, insufficienti borse di studio per specializzazioni e medicina generale, blocco delle assunzioni, tetti di spesa sul personale e ritardi nei rinnovi contrattuali hanno progressivamente indebolito il capitale umano del Ssn. Dal 2020 in poi la pandemia ha accelerato il fenomeno, alimentando burnout, frustrazione e demotivazione, con una conseguente perdita di attrattività del servizio pubblico. «Sono così emersi con sempre maggiore evidenza – spiega Cartabellotta – fenomeni quali pensionamenti anticipati, dimissioni volontarie, fuga verso il privato e l'estero, oltre alla mancata attrattività per numerose professioni sanitarie, varie specialità mediche e per la medicina generale». La cartina al tornasole di questa crisi è rappresentata dal ricorso ai “gettonisti” che nel biennio 2024-2025 hanno assorbito oltre un miliardo di euro. «Paradossalmente – chiosa Cartabellotta – il Ssn perde i professionisti e poi li riacquista sul

mercato a ore pagandoli molto di più: è il prezzo di una visione miope e dei tagli al capitale umano».

Da un lato quindi il Ssn rimane universalistico nei principi, ma sempre più fragile nella capacità di garantire tempi di accesso e presa in carico con diseguaglianze sempre più marcate. Dall'altro continua a espandersi il libero mercato, sostenuto dai professionisti che lasciano il Ssn o non vi entrano affatto. «Infatti – avverte Cartabellotta – ogni professionista che la Sanità pubblica perde non sempre scompare dalla sanità: molto spesso riappare nel libero mercato dove cura solo chi può permetterselo. Così il capitale umano sottratto al pubblico alimenta il “doppio binario” della sanità: più si svuota il Ssn, più cresce l'offerta per chi può pagare direttamente o dispone di coperture assicurative. Un meccanismo perverso e silenzioso con cui l'universalismo arretra pur senza essere formalmente cancellato».

La proposta di un piano straordinario

Secondo la Fondazione Gimbe per invertire la rotta serve un piano straordinario per il personale sanitario: programmazione dei fabbisogni, superamento di tutti i vincoli che limitano le assunzioni, rinnovi contrattuali adeguati al costo della vita, migliori condizioni di lavoro, valorizzazione delle competenze, riduzione della burocrazia, maggiore sicurezza nei luoghi di cura, nuovi percorsi di carriera, rilancio delle professioni sanitarie e investimenti strutturali nella formazione. «Non basterà aumentare i posti a Medicina o moltiplicare i Corsi di Laurea – conclude Cartabellotta – se il Ssn continuerà a essere un luogo da cui scappare o in cui non entrare nemmeno. Perché la sostenibilità della sanità pubblica non si misura solo dall'entità del finanziamento, ma dalla capacità di renderla il luogo in cui tutti i professionisti scelgono di entrare, crescere e restare. Senza capitale umano, il Servizio Sanitario Nazionale semplicemente non può esistere».

Medici, la libertà di stabilimento non limitabile da ragioni formali

Corte Ue

**Il caso sollevato in Francia:
la qualifica derivata
da attività ospedaliera**

Marina Castellaneta

Sugli ostacoli frapposti dagli Stati all'esercizio del diritto di stabilimento nella professione medica è intervenuta la Corte di giustizia dell'Unione europea con la sentenza C-343/25 del 25 giugno. I giudici hanno chiarito che l'articolo 49 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, che assicura il diritto di stabilimento, limita l'azione degli Stati membri che non possono negare, per taluni aspetti formali, a un medico che ha acquisito la qualifica in un altro Stato membro, svolgendo l'attività di assistente in una struttura ospedaliera, di esercitare in un altro Paese Ue in regime di libera professione.

La Cassazione francese si è rivolta ai giudici Ue prima di risolvere una controversia tra la Cassa primaria di assicurazione malattia e un uomo che, avendo esercito l'attività come assistente in un ospedale italiano, chiedeva di essere autorizzato a svolgere la professione in Francia come medico libero professionista, con onorari differenti rispetto alle tariffe regolamentate. La sua domanda è stata respinta anche sulla base di un parere del Consiglio nazionale dell'ordine dei medici. In primo grado e in appello, i giudici hanno dato ragione al medico, ritenendo le funzioni svolte equivalenti a quelle richieste in

Francia, ma la Cassa ha impugnato il verdetto in Cassazione che ha chiesto chiarimenti alla Corte Ue.

Prima di tutto gli eurogiudici hanno chiarito che la direttiva 2005/36 sul riconoscimento delle qualifiche professionali non è applicabile al caso in questione perché il titolo «di assistente ospedaliero non conferisce determinate qualifiche professionali». Infatti la direttiva punta a favorire l'esercizio di una professione come lavoratore subordinato o autonomo in uno Stato membro diverso da quello in cui il professionista ha acquisito la qualifica, ma non si occupa delle regole nazionali che subordinano l'accesso al settore a onorari differenti dei medici che esercitano come liberi professionisti se alla base non vi è l'acquisizione di una qualifica professionale, ma l'esercizio di un'attività come assistente presso una struttura ospedaliera di un altro Stato membro.

Detto questo, però, la Corte afferma che, se uno Stato fissa regole che impediscono l'accesso al settore a onorari differenti a medici liberi professionisti che hanno ottenuto una qualifica «a seguito dell'esercizio di un'attività di assistente presso una struttura ospedaliera situata in un altro Stato membro» è violato il diritto primario, ossia l'articolo 49 del Trattato. La domanda per esercitare la professione – osserva la Corte – è su-

bordinata al possesso di un diploma o di una qualifica professionale o anche a periodi di esperienza pratica e gli Stati sono tenuti a prendere in considerazione l'insieme dei diplomi, certificati e pratica.

Questo vuol dire che va respinto un approccio meramente formale che rende più difficile l'esercizio di una libertà fondamentale anche quando i requisiti nazionali in materia di qualifiche sono applicati senza discriminazioni in base alla nazionalità ma, in pratica, producono l'effetto di rendere più difficile l'esercizio del diritto di stabilimento da parte di cittadini di altri Stati Ue.

Subordinare il riconoscimento dell'equivalenza della pratica ospedaliera nello Stato membro di origine a quella che nel Paese di destinazione conduce al titolo di «assistente ospedaliero senior», che poi permette l'accesso al settore a onorari differenti, è contraria al diritto Ue. La Corte, inoltre, ha bocciato la possibilità di mantenere questo requisito per esigenze di salute pubblica in quanto misura sproporzionata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Renato Balduzzi

“Le leggi per gli anziani ci sono ma i diritti vengono traditi Più Rsa aperte e cohousing”

L'ex ministro: “Il paradosso è che il Paese invecchia e la spesa sociale cala”

ELISA FORTE
TORINO

Sette giorni. È quanto un anziano italiano resta ricoverato oltre il necessario, non per la malattia ma perché fuori dall'ospedale non c'è nessuno pronto ad accoglierlo. Si chiamano bed-blocker: 2,1 milioni di giornate di degenza inutili ogni anno; 1,5 miliardi di euro bruciati dal Servizio sanitario nazionale. Il viaggio de *La Stampa* nella sanità pubblica italiana oggi continua con Renato Balduzzi, giurista, docente di diritto costituzionale alla Cattolica, già nel 1996 capo dell'ufficio legislativo del Ministero della Sanità, poi presidente di Agenas e tra il 2011 e il 2013 ministro della Salute con Mario Monti. Trent'anni di memoria storica di quello che la sanità dovrebbe garantire. E, spesso, non garantisce. **Il diritto alla salute è garantito dalla Costituzione. Come si trasforma da valore proclamato a realtà quotidiana?**

«Partiamo da alcune vie di mezzo. Il decreto legislativo 29/2024 prevede, ma lo demanda alle scelte dei territo-

ri, il cohousing per anziani: sinora soltanto il Lazio l'ha preso sul serio. Poi ci sono le Rsa aperte: piste indicate da tempo nei convegni internazionali. Smettiamo di ragionare in bianco e nero, opponendo l'Adi alle Rsa: l'Rsa del futuro deve entrare dentro alla rete, assistere anche a domicilio».

I posti in convenzione nelle Rsa non bastano per tutti e l'Isee pesa sulla graduatoria.

«Non è ammissibile che si possa utilizzare la condizione reddituale e patrimoniale come qualcosa che sovverte la condizione sanitaria. Se ciò succede, bisogna intervenire con decisione».

E le Case della comunità, fiore all'occhiello del Pnrr?

«Vanno fatte funzionare, con medici e soprattutto con infermieri di famiglia e di comunità: sono stati assunti in Emilia-Romagna, persino in Lombardia che scontava ritardi. E in Piemonte?».

L'Adi, l'assistenza domiciliare integrata, ha raggiunto gli obiettivi?

«Li ha raggiunti come numero di pazienti, non ancora come qualità dell'assistenza. Copre sì il numero maggiore di anziani possibili, ma non il numero maggiore di ore necessarie. L'assistenza domiciliare non è fare una puntura: è vengo a casa tua, parlo con te, colmo la tua solitudine. È

una presa in carico, non una prestazione».

Chi trova la porta chiusa come può difendersi?

«Intanto, l'advocacy, l'attività di segnalazione delle violazioni. Per fortuna ci sono le associazioni di protezione sociale e autotutela che aiutano le persone affinché siano garantiti i loro diritti. Dopodiché diventa un problema di politiche pubbliche e di leggi: bisogna monitorarne l'attuazione e cambiarle quando non vanno bene».

Parliamo di numeri: la fotografia della spesa sociale dei Comuni.

«La spesa sociale municipale pro-capite è 142 euro in Italia: 174 al Nord, 92 al Sud: dai 37 euro della Calabria ai 429 del Trentino-Alto Adige, con l'eccezione della Sardegna a 279».

E quella destinata agli anziani?

«Ancora peggio: rappresenta il 15 per cento del totale.



La forchetta è ancora più terribile: 19 euro in Calabria, 1.459 nella Provincia di Bolzano. Nel Nord-Ovest la media è 85 euro, nel Nord-Est 174, oltre il doppio. Nel 2013 era 107 euro, nel 2021 è scesa a 93. Il paradosso italiano: meno 6 per cento mentre il Paese invecchia. Sono solidale con chi ha responsabilità politico-amministrative, perché non è facile, ma il decisore non può fare il pesce in barile».

Perché spendere di più nel sociale conviene anche alla sanità?

«Quando la spesa sociale mu-

nicipale per gli anziani è significativa, ci sono meno ricoveri: la spesa sociale aiuta a risparmiare sulla spesa sanitaria. Uno studio che ha coinvolto la Società italiana di diritto sanitario lo conferma: nei comuni che spendono di più le degenze calano fino al 14 per cento. Altrimenti il conto lo paga il sistema sanitario: gli anziani restano ricoverati in media 7 giorni in più del necessario. La coperta corta non può essere un alibi: altrimenti hanno mille volte ragione le associazioni che denunciano una

sordità dell'istituzione».

Un problema solo italiano?

«I nostri problemi sono anche quelli di Francia e Germania, ma ciò non può essere un alibi, bensì uno stimolo per fare meglio. La nuova assistenza territoriale non è più soltanto il bisogno che va al servizio, ma è il servizio che va al bisogno». —

Su La Stampa

LA POLITICA

Le contromisure della Regione Piemonte per fronteggiare l'emergenza

Rsa, Cirio: mancano i soldi
Pronti altri venti milioni
per l'assistenza domiciliare

LC&G

ALTERNANZA

ITALIANO

«P

al presidente

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

LA POLITICA

Rsa, la rivolta delle famiglie
“Mancano investimenti”
Regione Piemonte nel mirino

Altra volta, Cgil, pronto a una class action: “Così viene negato il diritto alle cure”

I gestori insorgono: “Risorse invariabili e unità di valutazione a conto di organico”

ALTERNANZA

ITALIANO

«P

al presidente

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

del Cirio, oggi

13 mila uomini

di stanza in

alcune delle

unità di stanza

Renato Balduzzi
Ex ministro della Salute

I nostri problemi
sono anche quelli di
Francia e Germania
ma questo non può
essere un alibi
semmai uno stimolo



L'inchiesta dedicata da La Stampa al tema delle Rsa, con la crisi dei posti disponibili e la difficoltà per molte famiglie di soddisfare le richieste economiche per trovare una sistemazione ai propri cari



LA VERA INCOGNITA DIFENDERE IL WELFARE

**PENSIONI E ASSISTENZA: CHE CONFUSIONE
I COSTI (ALTI) E LE IDEE PER MIGLIORARE**

di **FERRUCCIO DE BORTOLI**

Quant'è il debito pensionistico italiano? Ovvero la somma attuale di tutti gli impegni non coperti da accantonamenti reali presi per pagare le prestazioni previdenziali dei prossimi anni, rispetto al Prodotto interno lordo (Pil)? Secondo Eurostat, il Servizio statistico europeo (dati 2024), siamo al 434 per cento. Ottomila miliardi circa. E non è che il nostro Paese, almeno su questo aspetto, sia messo peggio di altri in Europa. La Spagna è al 507 per cento, la Germania al 353, la Danimarca però solo al 94. Poi ci sarebbero, *en passant*, anche altri rilevanti pesi sociali a cui far fronte: dalla sanità all'assistenza e, soprat-

tutto al Long term care, alla cura dei non autosufficienti.

Il welfare europeo è sempre meno sostenibile. Per ragioni demografiche, ma non solo. Il nostro, in particolare. Lo si evince anche dall'intervista rilasciata a Fabio Tamburini su *Il Sole 24 Ore*, dal presidente dell'Inps, Gabriele Fava, che invoca una risposta europea. Una sorta di G7 del Welfare. Il debito pubblico italiano non cessa di aumentare. Ormai è vicino ai 3 mila 200 miliardi, circa il 138 per cento del Pil. Cioè mille miliardi più di dieci anni fa. Incredibile. Certo, noi abbiamo, rispetto ad altri, anche ai cosiddetti Paesi frugali, un grande risparmio privato.

CONTINUA A PAGINA 2

UN'EMERGENZA NAZIONALE MA CIASCUNO DOVRÀ PENSARCI DA SÉ

Senza una spinta decisa a vecchi e nuovi strumenti di previdenza integrativa, che oggi riguarda soltanto il 19% dei cittadini, andiamo incontro a un futuro pieno di pensionati poveri. Sarà una transizione difficile

Le proposte per affrontarla ci sono, esempi all'estero anche

di **FERRUCCIO DE BORTOLI**
SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

Le famiglie sono meno indebitate in relazione al reddito che, purtroppo, non cresce come sarebbe necessario. In queste condizioni, alla vigilia di una lunga campagna elettorale, è inutile promettere ciò che non si può mantenere. Modesto appello ai partiti: siate saggi e, soprattutto, intellettualmente onesti.

L'economista Carlo Cottarelli è il pri-

mo firmatario di una proposta di legge che obblighi tutte le forze politiche a dichiarare in anticipo dove troveranno le risorse per finanziare nuove spese. Alla proposta Cottarelli vorremmo aggiungere, senza illuderci di avere un grande ascolto, un semplice lodo. Il Lodo Welfare. Di che si tratta? Della condivisione di un allarme e di una concreta presa di coscienza. Con un

obiettivo principale: salvare prima di tutto lo stato sociale italiano. E di non essere responsabili della peggiore delle disuguaglianze. Quella di assistere all'ingrossarsi, purtroppo inconsape-



vole, dell'esercito dei pensionati poveri (e degli attuali giovani quando lo saranno). Perché questo sarà l'effetto, nei prossimi anni, del pieno passaggio al sistema contributivo — e del progressivo abbassarsi del tasso di sostituzione — senza una decisa promozione di strumenti alternativi in particolare della previdenza complementare. La pensione di scorta diventa una necessità non un'opzione. A maggior ragione dopo che si è passati, dal primo luglio scorso, e giustamente, all'obbligatorietà di fatto dell'adesione ai fondi integrativi per i nuovi assunti (che hanno però 60 giorni per ripensarci).

Fondi e famiglie

Secondo il sondaggio annuale del Mefop (la società per lo sviluppo dei fondi pensione del ministero dell'Economia) il 60 per cento degli italiani percepisce un peggioramento della propria situazione pensionistica. E, per la prima volta, le preoccupazioni per un futuro di non autosufficienza sono al primo posto. Con un'Italia spaccata in due. Al Centro Nord prevalgono coloro che si pongono il problema di integrare la pensione del cosiddetto primo pilastro (Inps e casse professionali) con strumenti di natura negoziale, aperta o privata (il secondo pilastro) e assicurazioni per la non autosufficienza. Al Sud si fa più affidamento alla famiglia. Nel caso di bisogno, da lì arriverà, ovvero dai parenti, l'aiuto necessario. Forse, è il caso di aggiungere. Il 47 per cento conosce poco o nulla del sistema pensionistico. Sconcertante, a 30 anni e passa dalla riforma Dini e 14 anni dopo la riforma Fornero. Ritiene però (al 56 per cento) che la pensione pubblica sia insufficiente. Solo il 19 per cento ricorre alla previdenza integrativa.

Un terzo degli italiani — questa l'amara realtà — semplicemente non ci

pensa. Nel vecchio sistema a ripartizione i contributi di chi lavorava (tanti) pagavano gli assegni di chi era in quiescenza (pochi). Ci si poteva non pensare. Oggi la situazione è esattamente ribaltata. Nel 2050 un terzo degli italiani avrà più di 65 anni. Ci dobbiamo pensare. Per tempo. Subito. Ed è questo il salto di consapevolezza nazionale che manca. Dovrebbe essere una missione bipartisan della politica renderlo possibile con misure serie di sostegno al welfare. Non con illusioni pericolose e promesse avventate. Lo raccomanda l'ampio studio dal titolo Chi si prenderà cura di noi? (Il Mulino), a cura di Luca di Galleonardo, Mauro Maré, Antonello Motroni, Francesco Porcelli e Francesco Vidoli. L'obiettivo della ricerca è quello di agevolare, anche dal punto di vista culturale, una drammatica transizione. «Passare a un sistema a capitalizzazione — sostengono gli autori — è molto più difficile perché i conti individuali virtuali del sistema a ripartizione vanno resi liquidi e reali».

Il Trump Account

Il punto è questo. L'idea che si debba, sempre di più in futuro, decidere in proprio della costruzione della pensione, scegliendo per esempio di portare il Tfr (Trattamento di fine rapporto) dall'azienda a un fondo integrativo, sottoscrivendo una polizza e via di seguito. È tutto sempre di più nelle nostre mani. Una proposta tra le tante (e sarebbe bello se fosse sposata da tutti i partiti) è quella di trasformare parte dei bonus legati alla natalità e al sostegno familiare in un Piano di accumulo personale azionario per ogni neonato che avrebbe già, al compimento dei 18 anni una somma considerevole e, ancora di più, all'età del ritiro del lavoro, per un assegno integrativo dignitoso. Si può fare. Il *Trump account* (anche il presidente americano ogni tanto fa delle cose buone) va proprio in questa

direzione. Il contributo di mille dollari si stima possa valere già tra gli 8 e i 9 mila al compimento della maggiore età. I contributi (la paghetta) di genitori e parenti del tutto detassati. Solo un esempio.

Nel Long term care, l'Italia è un caso a sé. L'assistenza è finanziata quasi esclusivamente con fondi pubblici (96 per cento). In Germania più della metà della spesa è coperta da assicurazione obbligatoria legata ai contratti di lavoro. Anche la proposta di riforma appena avanzata dal Cergas-Bocconi, e condivisa dagli esperti di altre università italiane, raccomanda la separazione funzionale dell'assistenza agli anziani, in particolare non autosufficienti, dal Servizio sanitario. Non si può fare affidamento solo sulla fiscalità generale. Vanno incentivati fondi sanitari, contratti assicurativi. Altrimenti l'assistenza, in un Paese sempre più anziano, divora la Sanità e la prevenzione. «I diritti acquisiti esistono solo se le generazioni future decideranno di pagarli», avvertono ancora gli autori dello studio.

Una precisazione. Non si può dare tutta la colpa agli italiani e nemmeno ai partiti che scelgono di votare o non votare. Questo scenario comporta una maggiore affidabilità dell'intero sistema finanziario e assicurativo. Commissioni più basse, maggiore trasparenza.

Una cultura dell'accompagnamento del cliente lungo tutta la sua vita, con una sensibilità professionale e umana scevra dalla bramosia degli utili a breve e dalla logica estrattiva del cliente-cavia che tanto spazio continua ad avere nei ponderosi business plan delle fusioni bancarie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Mefop, l'ente guidato da Mauro Maré: il 60 per cento degli italiani accusa un peggioramento della propria situazione pensionistica e teme la non autosufficienza

L'assistenza è l'altro corno della questione: sostenuta finora al 96% da fondi pubblici, va separata dal Servizio sanitario nazionale, altrimenti finirà per divorarlo
Intervenire sul sistema finanziario e assicurativo, con commissioni più basse e maggiore trasparenza, significa renderlo più affidabile per i clienti. E meno vorace



Quando si può usufruire delle nuove ipotesi di tutela economica per assenza per malattia

Dipendenze, l'Inps paga le cure

La permanenza in comunità terapeutica equivale a ricovero

Pagina a cura
di **DANIELE CIRIOLI**

Paga l'Inps la permanenza in comunità terapeutica del lavoratore per curarsi la dipendenza da alcol, gioco d'azzardo, droga o altre nuove forme. Superando le precedenti restrizioni, infatti, l'Inps ha stabilito che la permanenza in tali strutture è assimilabile al ricovero ospedaliero, se è garantita l'assistenza sanitaria. Lo stesso vale per il day service ambulatoriale, il day surgery, le macro attività ambulatoriali complesse e le altre nuove prestazioni del servizio sanitario nazionale (Ssn). Lo ha chiarito nella circolare n. 65/2026 (si veda *ItaliaOggi* del 18 giugno 2026).

L'indennità di malattia. L'indennità di malattia è riservata ai lavoratori dipendenti se un evento morboso determina l'incapacità temporanea al lavoro. L'indennità spetta a tutti i lavoratori dipendenti, compresi apprendisti, nonché disoccupati e i lavoratori sospesi dal lavoro (per esempio in Cig), mentre non spetta, tra l'altro, a colf e badanti; impiegati dell'industria; quadri dell'industria e/o artigianato; dirigenti; portieri. Non ne hanno diritto i lavoratori autonomi. Ai parasubordinati è prevista una specifica disciplina.

I periodi di malattia. Sono indennizzabili i periodi di malattia che determinano, per il lavoratore ammalato, una temporanea incapacità al lavoro nella mansione specifica. Sono indennizzati, inoltre, anche i periodi di ricovero ordinario o in day hospital. Le prestazioni in regime di day hospital sono equiparate a giornate di ricovero. Attenzione: i periodi di malattia, di ricovero o di day hospital vanno devono essere sem-

pre correttamente attestati con uno o più certificati medici.

Le nuove ipotesi. Alla luce delle innovazioni del servizio sanitario nazionale (Ssn) con la previsione di modelli alternativi al ricovero tradizionale, l'Inps ha rivisto ed esteso la tutela economica di malattia a nuovi casi di assistenza sanitaria. Ecco le principali novità.

Prestazioni ambulatoriali. L'Inps ha equiparato al day hospital il day service ambulatoriale (Dsa); il day surgery; la macro attività ambulatoriale complessa (Mac); la bassa intensità chirurgica (Bic); il pacchetto ambulatoriale complesso (Pac); i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdt). Sono equiparate alle giornate di ricovero soltanto quelle nelle quali il lavoratore si reca presso la struttura per accertamenti programmati. Gli altri giorni possono essere riconosciuti come malattia se supportati da idonea certificazione medica attestante l'incapacità lavorativa.

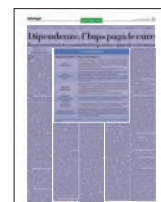
Centri di salute mentale. Si tratta di strutture dedicate alla prevenzione, alla cura e riabilitazione dei disturbi psichici. In alcuni modelli organizzativi, i Csm possono prevedere attività diurne strutturate e, in casi specifici, ospitalità sulle 24 ore. Poiché tali modalità non sono uniformi sul territorio nazionale e non sempre si configurano come un vero e proprio ricovero, l'Inps ha stabilito che i giorni di effettiva presenza presso il Csm per trattamenti programmati sono assimilati ai cicli di cura ricorrenti e, quindi, indennizzabili come malattia. Inoltre, anche l'ospitalità notturna, se prevista e documentata come ricovero breve, è equi-

parata al ricovero ospedaliero.

Strutture sanitarie. Rientrano in questa categoria le strutture psichiatriche residenziali (alta, media, bassa intensità) e semiresidenziali (centri diurni) autorizzate o accreditate dal Ssn. Per l'equiparazione al ricovero ospedaliero, le strutture devono operare in regime autorizzato o accreditato e soddisfare i requisiti di legge. In mancanza di tali condizioni, o qualora il ricovero avvenga in strutture a prevalenza socio-educativa prive di cartella clinica, si applica la disciplina della malattia comune, previa idonea certificazione medica.

Strutture di osservazione. In molte strutture ospedaliere sono state istituite unità di supporto, quali l'osservazione breve intensiva (Obi) e la degenza breve (Db), annesse alle unità operative di pronto soccorso. Tali strutture sono destinate alla gestione dei pazienti che necessitano di un monitoraggio clinico, evitando il ricovero ordinario. L'Inps ha precisato che la permanenza presso il pronto soccorso o presso le citate unità hanno caratteristica del ricovero ospedaliero.

Comunità terapeutiche. Le comunità terapeutiche e le strutture accreditate rappresentano un presidio fondamentale per la cura e riabilitazione dalle dipendenze patologiche, comprese tossicodipendenze, abuso di alcol, gioco d'azzardo e nuove dipendenze. La permanenza nelle strutture che garantiscono assistenza sanitaria è assimilata al ricovero ospedaliero. Diversamente, la permanenza



presso le comunità a prevalenza socio-educativa, in assenza di cartella clinica e di responsabilità sanitaria diretta, è equiparata alla malattia comune, previa certificazione medica attestante l'incapacità lavorativa.

Centri per disturbi nutrizione. I centri dedicati ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna), pubblici o privati accreditati, sono un presidio essenziale per la presa in carico di pazienti con patologie complesse, che richiedono interventi multidisciplinari. Il periodo di permanenza in strutture con assistenza sanitaria, comprese le prestazioni in day service e in day hospital, è equiparato al ricovero ospedaliero. La permanenza in strutture prive di assistenza sanitaria e in quelle semi-residenziali, invece, è equiparata a malattia comune, previo certificato medico atte-

stante l'incapacità lavorativa.

La malattia: inizio e fine. Per la generalità dei lavoratori il diritto all'indennità decorre dal quarto giorno (i primi tre sono a carico dell'azienda, se previsto dal contratto, i cosiddetti giorni di carenza di malattia) e cessa con la fine della malattia (scadenza della prognosi). L'indennità spetta per tutti i giorni coperti da certificazione, con alcune eccezioni. Agli apprendisti si applica la stessa disciplina dei lavoratori del settore di appartenenza.

Quanto spetta. In via generale l'indennità è corrisposta nella misura del:

- 50% della retribuzione media giornaliera, dal quarto al ventesimo giorno;
- 66,66% dal ventunesimo al centottantesimo giorno.

Le fasce di reperibilità. Per consentire i control-

li dell'effettiva temporanea incapacità lavorativa, il lavoratore è tenuto a rendersi reperibile al proprio domicilio in determinate fasce orarie, cosiddette di reperibilità, che sono dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19 per tutti i giorni riportati nella certificazione di malattia (compreso sabato, domenica e festivi). L'assenza alla visita di controllo, se non giustificata, comporta l'applicazione di sanzioni con il conseguente mancato indennizzo delle giornate di malattia per:

- massimo 10 giorni di calendario, dall'inizio dell'evento, in caso di prima assenza alla visita di controllo non giustificata;
- 50% dell'indennità nel restante periodo di malattia, in caso di seconda assenza;
- totale indennità, dalla data della terza assenza alla visita di controllo non giu-

stificata.

Durante il periodo di prognosi, il lavoratore può cambiare indirizzo di reperibilità, ma deve darne comunicazione tempestiva al datore e all'Inps.

La malattia all'estero. Nel caso di malattia insorta in un paese Ue, si applica la legislazione del paese dove risiede il lavoratore, il quale deve presentare il certificato entro due giorni dal rilascio all'Inps e al proprio datore di lavoro. Nel caso di malattia insorta in paesi che non hanno convenzioni o accordi in materia con l'Italia o in paesi extraUe, la certificazione deve essere legalizzata dalla rappresentanza diplomatica o consolare italiana all'estero.

Le nuove ipotesi

NUOVE PRESTAZIONI TUTELA APPLICABILE (*)

Attività ambulatoriali	• Ricovero ospedaliero = Day service ambulatoriale (Dsa); Day surgery; Macro attività ambulatoriale complessa (Mac); Bassa intensità chirurgica (Bic); Pacchetto ambulatoriale complesso (Pac); • Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdt)
Centri salute mentale (Csm)	• Ricovero ospedaliero = ospitalità notturna, prevista come ricovero breve (è equiparata al day hospital) • Malattia comune = le giornate di effettiva presenza presso il Csm per trattamenti programmati (equiparati a cicli di cura)
Strutture psichiatriche	• Ricovero ospedaliero = ricoveri presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc); permanenza residenziale in strutture psichiatriche sanitarie; ricoveri presso unità di riabilitazione intensiva/estensiva • Malattia comune = prestazioni semi-residenziali
Strutture di Pronto soccorso (Obi e Db)	• Ricovero ospedaliero = La permanenza presso il Pronto soccorso o presso le unità di supporto (Obi e Db)
Comunità terapeutiche	• Ricovero ospedaliero = Qualora la permanenza avvenga in strutture che garantiscono assistenza sanitaria
Centri per disturbi della nutrizione (Dna)	• Ricovero ospedaliero = prestazioni in day service e in day hospital; permanenza in residenziali intensiva sanitaria • Malattia comune = permanenze semi-residenziali o in strutture non sanitarie

(*) Rispetto delle fasce di reperibilità = NO in caso di "ricovero ospedaliero"; SÌ in caso di "malattia comune"



Covid, Arcuri e Speranza saranno sentiti in commissione

Fdi torna a mettere nel mirino Giuseppe Conte. Marco Lisei — presidente della commissione Covid che indaga sull'import di mascherine e attende l'audizione dell'ex premier, in carica nella prima fase della pandemia — ha fatto sapere (non senza un tono polemico) che il leader M5S sarà ascoltato il 4 agosto: «Solo a seguito delle sollecitazioni di FdI, si è finalmente reso disponibile», ha detto il senatore in un'intervista al

Secolo d'Italia facendo poi notare che l'ok alla data è arrivato «dopo diverse telefonate senza risposta»: «Mi dispiace che Conte dica di non aver ricevuto chiamate. Io ho le prove delle chiamate fatte dal centralino della Camera». A seguire, conferma Lisei, altre audizioni: l'ex commissario Arcuri prima della pausa estiva, poi l'ex ministro della Salute Speranza.



Le temperature Record previsto in Sardegna. Le zone rosse Caldo, via alla terza ondata Una settimana a 40 gradi

Terza ondata di caldo sull'Italia, giovedì il picco. «Nella Pianura Padana si raggiungeranno i 38-39 gradi». Punte di 40 gradi in Sicilia e Sardegna. Le città da bollino rosso.

alle pagine 2 e 3

Una settimana a 40 gradi Zone rosse e tutele sul lavoro

Il picco di questa ondata fra mercoledì e giovedì: in Sardegna punte di 43 gradi. E a Firenze i rider scioperano

ROMA Una morsa di calore senza tregua e senza precedenti attanaglia l'Europa, in particolare la Francia, e l'Italia da settimane. E continuerà a farlo fino alla fine del mese, con quella che — contandole — sarà la terza ondata di torride temperature africane. Oggi, come nel fine settimana appena concluso, restano due le città da bollino rosso: Perugia e Firenze. In attesa di conoscere, in mattinata, l'esito del nuovo bollettino che verrà emesso dal ministero della Salute. Preoccupazione per le conseguenze che il perdurare di temperature così elevate — associate a notti tropicali, in cui il termometro non scende sotto i 20 gradi — possono avere sulle condizioni di salute dei fragili e degli anziani. Anche in Francia è allerta per il record di caldo: 37 dipartimenti sono stato contrassegnati di rosso per temperature oltre i 40 gradi.

Le previsioni

A partire da oggi la colonnina di mercurio riprenderà a salire su tutta la penisola, accompagnata da alti tassi di umidità che renderanno la tempe-

ratura percepita ancora più alta, per arrivare al picco del caldo tra mercoledì e giovedì. Una bolla d'aria rovente, proveniente da Algeria e Marocco, investirà l'Italia portando con sé una media di 7-8 gradi al di sopra della media stagionale: nelle zone interne della Sardegna si arriverà anche a 43 gradi, mentre nel Centro Sud — specie nelle pianure di Lazio e Toscana — a 40. Massime sui 38 gradi al Nord. Un paio di giorni, venerdì e sabato, con leggera flessione, ma poi l'incubo rovente tornerà.

I pericoli per la salute

Il fatto che le ondate di calore si susseguano, senza lasciare tempo al corpo di ritemperarsi con giornate più fresche — e senza possibilità di rigenerarsi nel sonno — comportano seri rischi per la salute, per tutti e in special modo per bambini, fragili e anziani. Che quindi nelle ore più calde della giornata devono evitare di esporsi al sole e devono invece restare in casa o in posti chiusi, possibilmente con condizionatori o ventilatori.

Ma esiste un'altra categoria molto a rischio: quella di chi lavora all'aperto nelle ore più

calde. Per proteggere questi lavoratori è stato stabilito che nei giorni di allerta rossa, secondo la mappa di rischio di Worklimate, ci sarà lo stop del lavoro all'aperto dalle 12 alle 16. Mercoledì i rider di Glovo e Deliveroo di Firenze hanno indetto uno sciopero per le paghe basse e le condizioni di lavoro al limite, soprattutto con le ondate di calore. Un rapporto Greenpeace-Cgil stima che lo stop riguarda 1,5 milione di lavoratori tra edilizia e agricoltura. A causa del grande caldo Coldiretti stima inoltre che il settore agro-alimentare registrerà un calo di raccolti del 30%. Sul delta del Po la temperatura dell'acqua è arrivata a 32 gradi causando la scomparsa del 90% delle vongole e una moria di cozze, già colpite dal granchio blu.

Gli incendi

Dopo la Spagna, anche in Francia l'allerta è massima per i roghi. Ieri pomeriggio è



scoppiato un incendio «molto aggressivo» nella foresta di Fontainebleau, a circa 60 km da Parigi, obbligando alla chiusura dell'autostrada A6. Per un altro incendio chiusi anche la A5 e la linea ferroviaria del Tgv Parigi-Lione. In Francia dall'inizio dell'anno sono andati in fumo oltre 25mila ettari, il doppio rispetto allo stesso periodo del

2025. Una serie di roghi sta minacciando anche l'Italia. Rientrato l'allarme in Piemonte, il vento caldo ha alimentato ieri le fiamme a Siracusa, dove sono state evacuate diverse abitazioni. Incendi anche in Puglia, Abruzzo e Lazio. Da metà giugno è attivo il Piano Aib (Antincendio boschivo) che è già al massimo grado di allerta. A supportarlo

anche la Protezione civile nazionale che mette a disposizione 28 tra elicotteri e Canadair.

**Clarida Salvatori
Paolo Virtuani**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A Roma Turisti si rinfrescano giocando con getti d'acqua vicino al Colosseo (foto Cecilia Fabiano/ LaPresse)



L'ENCICLICA

L'IA fermerà il mercato della salute?

SILVIO GARATTINI

La rivoluzione dell'Intelligenza artificiale può accelerare lo sviluppo della scienza nelle sue applicazioni sulla medicina, la ricerca di nuove cure, i farmaci. Ma

occorre liberarla dall'ipoteca degli interessi commerciali, che condizionano gli stessi studi dai quali attinge la sua conoscenza.

A pagina 13



SILVIO GARATTINI

L'ANALISI L'Intelligenza artificiale attinge anche a pubblicazioni orientate da interessi commerciali. Serve assicurare trasparenza

Farmaci, terapie, ricerche: l'IA fermerà il “mercato della salute”?

L'enciclica di Leone XIV “Magnifica humanitas” letta da un grande scienziato: «Una tecnologia con queste potenzialità deve diventare un'alleata per la salute e l'interesse del paziente. Ma c'è l'ombra di altre logiche»

Lil progresso dell'umanità attraverso i millenni è sempre stato determinato dalla disponibilità di forme di conoscenza innovative, che si traducono in nuove tecnologie con velocità crescente, un fenomeno a cui stiamo assistendo anche in questi tempi con curiosità e interesse. L'ultima tecnologia che è entrata prepotentemente nella nostra vita è l'intelligenza artificiale (IA).

Occorre sottolineare che, nel momento in cui parliamo di IA, ogni nostra descrizione dei contenuti è già superata, perché è in continua evoluzione. Lo sviluppo di questa tecnologia è così importante da coinvolgere tutte le fasi dell'attività umana, tanto da essere stata compresa e commentata nell'enciclica di papa Leone XIV *Magnifica humanitas*. Ce ne occuperemo brevemente per quanto riguarda la salute, ma occorre premettere che, a differenza di altri Paesi (Francia, Spagna e Inghilterra), in Italia siamo abbastanza impreparati nella comprensione e nella utilizzazione di questa tecnologia. Infatti, nonostante la sua elaborazione sia iniziata negli anni '50 del secolo scorso, nella scuola e nelle università ancora oggi mancano insegnamenti formali che permettano di utilizzarla con spirito critico.

Eppure questa tecnologia dovrebbe facilitare tutti gli sviluppi delle conoscenze del-

la scienza: ad esempio, nel campo della salute, la conoscenza dei rapporti fra Dna e produzione di proteine, i rapporti fra strutture proteiche e legame con altre molecole, la selezione di strutture chimiche che hanno rapporti selettivi con proteine critiche per disturbi funzionali. L'elenco potrebbe continuare per molte pagine.

Tutte le conoscenze generate o generabili dagli algoritmi dell'IA possono estendersi nella loro applicazione all'insieme delle attività sociali e, in particolare, nei rapporti fra professionisti e clienti, fra insegnanti e discenti e fra medici e pazienti. Su quest'ultimo rapporto credo valga la pena di soffermarsi. Infatti, attraverso i vari prodotti della IA sia il paziente sia il medico possono avere risposte riguardanti gli esami a cui sottoporsi, la diagnosi più pro-



babile, la forma di terapia chirurgica, farmacologica o riabilitativa più efficace. Naturalmente il medico ha già a disposizione una serie di conoscenze specifiche in più, che non sono alla portata del comune paziente, ma al tempo stesso non può ricordare tutto ciò che può essere presente nella memoria della IA. In questo senso è quanto mai opportuno chiedersi se l'IA rappresenti veramente un vantaggio per migliorare i rapporti già precari tra medico e paziente, con possibili conseguenze sulla salute di una comunità, grande o piccola che sia. Ciò diventerà sempre più importante nel tempo, perché la salute viene sostenuta oggi prevalentemente da fondi pubblici, attraverso forme assicurative o dal Servizio sanitario nazionale (Ssn).

Il Ssn può trovare giovamento dall'utilizzazione della IA evitando trattamenti inutili, perché l'IA potrebbe essere un potente strumento per far capire ai pazienti che la maggioranza delle malattie sono evitabili. L'evitabilità si attua attraverso forme di prevenzione, che includono il ricorso alle cosiddette buone abitudini di vita fin dall'infanzia, ma che non escludono vantaggi in qualsiasi momento della vita.

L'applicazione della IA per il riconoscimento di immagini può rappresentare un progresso. Nel campo della radiografia esistono già molti prodotti e molte applicazioni, come pure in quello della identificazione di cellule tumorali. In entrambi i casi è documentato come la IA possa avere dei vantaggi rispetto alle capacità dei medici più esperti nei settori specifici. Tuttavia non possiamo ignorare anche quali possano essere i pericoli, considerando che si tratta di attività private con scarso controllo di tipo pubblico. Inoltre, può essere difficile, anche per l'IA, dare un giudizio sull'efficacia e sicurezza dei farmaci; infatti, la valutazione di questi due parametri da dove deriva? Dall'attività dell'Ema, l'Agenzia europea che autorizza la commercializzazione dei farmaci, basata, secondo la legge europea, su tre caratteristiche: qualità, efficacia e sicurezza. La documentazione su queste tre caratteristiche, però, può essere prodotta solo da chi ha svilup-

pato il farmaco. Occorre tener presente, tuttavia, che non viene richiesto dalla legislazione vigente di esercitare confronti fra un nuovo farmaco e i farmaci che già vengono utilizzati per la stessa indicazione terapeutica. Se l'IA deriva le sue conclusioni sulla base di tutto quanto è pubblicato, ad esempio, nel campo dei farmaci antipertensivi, come può dare risultati obiettivi se mancano elementi di valutazione sui farmaci con maggiore o minore efficacia, come pure con minore o maggiore sicurezza?

In aggiunta, occorre anche ricordare che molte delle pubblicazioni scientifiche rappresentano la documentazione a cui attinge l'IA. Tali documentazioni sono finanziate, per lo più, dall'industria farmaceutica, che ha come scopo il profitto, e sono redatte da autori che hanno molto spesso conflitti di interesse. Quando l'IA dà un consiglio sull'utilizzo di un farmaco rispetto a un altro non può che mettere a disposizione informazioni di limitata obiettività. Non solo: per esempio, nell'ambito dei consigli che può dare l'IA nel trattamento dell'ipertensione, un'industria può orientare la scelta dell'IA verso il proprio prodotto rispetto a quello di altre industrie per la stessa indicazione. Poiché, come abbiamo già detto, le metodologie per sviluppare i prodotti di IA sono in continua evoluzione è molto importante considerare cosa sarebbe necessario fare, almeno idealmente, per far sì che alla fine l'IA rappresenti un vantaggio anziché un pericolo per il rapporto medico-paziente.

Anzitutto non si sottovaluterà mai a sufficienza la necessità di una formazione sulle caratteristiche della IA a tutti i livelli scolastici, come pure a livello del management. Per dare un'idea di quanto dobbiamo migliorare basterà ricordare che in Cina i ragazzi della seconda elementare apprendono già molte loro conoscenze utilizzando l'IA. Se si vuole essere efficaci nella diffusione della formazione è molto importante che a livello nazionale esistano uno o più istituzioni (Irccs?) che si occupino specificamente di seguire e contribuire agli sviluppi dell'IA in sanità, costituendo in

questo senso gruppi di ricercatori. Fortunatamente in Italia abbiamo alcuni grandi esperti che, tuttavia, per potersi esprimere in modo soddisfacente, devono avere a disposizione strutture adeguate. Può sembrare ingenuo, ma per migliorare l'utilizzo della IA sarebbe necessario l'obbligo per ogni prodotto di essere controllato da queste strutture pubbliche. Quando siano disponibili più prodotti della IA con le stesse finalità la scienza offre molte metodologie con cui stabilire se un certo prodotto sia meglio o peggio di un altro che voglia raggiungere lo stesso fine. I principi degli studi clinici randomizzati possono essere uno strumento utile per stabilire se qualcosa sia meglio o peggio rispetto ad un altro prodotto.

In linea generale, occorre fare in modo che lo sviluppo della IA sia orientato verso il bene comune: il che vuol dire, nel caso della salute, privilegiare l'interesse dell'ammalato, rimuovendo o minimizzando i possibili danni che possono derivare dagli interessi del mercato della salute. È ciò che in definitiva auspica papa Leone XIV nella sua enciclica, che rappresenta un'interazione poco consueta fra scienza e religione. Superando forme pregresse di inconciliabilità, scienza e religione, sulla base di valori e saperi, possano contribuire a fare sinergia, per migliorare lo stato di salute della comunità umana.

**Fondatore e Presidente
Istituto di Ricerche farmacologiche
Mario Negri Irccs**



IL PHARMA TRAINA L'ITALIA MENO BUROCRAZIA IN EUROPA O I CAPITALI SCAPPANO

Nel 140esimo compleanno Menarini prevede di superare i 5 miliardi e si concentra sulla ricerca con un impegno di oltre mezzo miliardo nel 2026. «La magia del settore è ancora viva, l'industria si sta espandendo», dice l'azionista del gruppo e vicepresidente di Confindustria. Ma lancia l'allarme: «Non si faccia la fine dell'auto»

di **ALESSANDRA PUATO**

La «magia della farmaceutica c'è ancora», ma l'Europa rischia «di soffocare» per la burocrazia e la «poca lungimiranza» che allontana gli investitori. Lucia Aleotti è azionista e consigliere del gruppo farmaceutico toscano con il fratello Alberto, oltre che vicepresidente di Confindustria per il Centro studi. Denuncia un'«asfissia dell'Europa industriale», schiacciata da «un sistema regolatorio che non favorisce la competizione» con il resto del mondo, Cina in testa.

L'imprenditrice lancia l'allarme mentre il gruppo compie 140 anni e chiude un 2025 record, 4,887 miliardi di giro d'affari (+6,2% dal 2025), per l'81% dall'estero, e un margine operativo lordo «di 470 milioni», dice una nota. Perciò è stata inclusa nell'analisi di Kpmg del 17 giugno per *L'Economia del Corriere della Sera* sulle imprese italiane locomotiva, quelle che superano i quattro miliardi di fatturato. La previsione è di superare i cinque miliardi quest'anno, con un piano d'investimenti annuo di oltre mezzo miliardo.

«Siamo in una fase di grandi investimenti in ricerca — dice Aleotti —. Prevediamo una crescita del 3,5% del fatturato quest'anno malgrado il rallentamento dei Paesi del Golfo, dove noi vendiamo i nostri prodotti». L'impatto dell'aumento dei costi, «dai trasporti all'assicurazione», con la chiusura dello stretto di Hormuz, c'è. Intanto, però, la ricerca sta producendo medicinali innovativi. «Nel 2027 dovrebbero maturare nuovi risultati», dice Aleotti: significa che dovrebbe sbloccarsi almeno un farmaco oggi in fase tre, quella prima della commercializzazione. È contro il tumore al seno. «Continuiamo a investire in ricerca e sviluppo, eravamo a 540 milioni nel 2025 e quest'anno contiamo di superarli».

Trent'anni fa il gruppo non arrivava al miliardo di ricavi (835 milioni nel 1995). Da allora i dipendenti sono quintuplicati a 17.800 e al 91% sono laureati o tecnici. Menarini ha 18 stabilimenti nel mondo, nove centri di ricerca da Firenze a Singapore, Berlino, Filadelfia. Tutto bene in-

somma? Quasi.

Due anni fa lei descrisse la cavalcata della farmaceutica italiana, spesso di matrice familiare e cresciuta anche per acquisizioni, con una parola: magia. Quella magia c'è ancora?

«Sì, la magia del settore farmaceutico italiano è ancora viva. Con 70 miliardi di export il settore è un traino e per l'economia italiana. Ha una peculiarità, il mix di capitali internazionali e domestici. Offre tutto il ventaglio dei medicinali, dai vaccini agli emoderivati, dalle micromolecole da assumere per bocca ai farmaci biologici. La capacità delle imprese italiane si sta espandendo. Italfarmaco ha lanciato un prodotto per la distrofia di Duchenne, Dompé un farmaco per la cheratite neurotrofica, Chiesi ha fatto nuove acquisizioni, Angelini ha investito altri quattro miliardi negli Usa. La spinta c'è ancora».

Quindi dov'è il problema?

«L'Europa è ferma. Serve una rifocalizzazione sulla crescita, per attirare gli investitori e favorire l'impresa su tutte le tecnologie. Altrimenti facciamo la fine dell'auto, dove si è voluto spingere solo su una tecnologia, quella dei motori elettrici. Gli effetti si vedono».

Che significa per la farmaceutica?

«Ad esempio, che si incentiva l'innovazione, indipendentemente dal fatto che sia con tecnologia biologica, chimica o mista. Per i principi attivi dipendiamo da Cina e India, è un problema anche per la sicurezza. Se scoppia un conflitto vengano meno le basi per la cura dei cittadini».

Gli investitori stanno andando altrove?

«Sì. Secondo il Centro studi Confindustria fino al 2019 l'Europa era la prima de-



stinazione degli Ide, investimenti diretti esteri. Dopo, con il Green deal e la proliferazione normativa, gli Ide sono crollati da 450 a 150 miliardi di euro».

Troppe leggi?

«Sì. Fra il 2019 e il 2024 sono state approvate in Europa tredicimila leggi. Servono 1.425 ore solo per leggerle, succede solo qui. L'Europa è soffocata dalla burocrazia, c'è indifferenza verso le strategie industriali e ci sono settori che si stanno spostando. Nel 2010 Europa e Usa erano alla pari con i brevetti per la farmaceutica, con il 31% ciascuno. Oggi gli Stati Uniti sono al 34%, l'Europa al 20%. E la Cina al 28%. Qualcosa non ha funzionato».

Chiedete una deregulation?

«No, semplicemente bisogna capire in che mondo viviamo. E affrontare la concorrenza ad armi pari»

Che cosa non ha funzionato?

«A furia di considerarci solo mercato, che è un luogo dove si consuma, ci siamo dimenticati di fare politica per l'Europa come un luogo dove si produce, si attirano investimenti, si costruisce innovazione. È necessario che l'Europa si focalizzi sull'industria in modo maggiore o si rischia la desertificazione industriale. Che significa anche un crollo del welfare».

Una questione è il prezzo dei farmaci: l'industria chiede di alzarli in Europa, per compensare il calo negli Usa...

«Quasi nessuno lo ricorda, ma i prezzi in Europa vengono fissati da enti governativi e vanno solo al ribasso da molti anni. Quando ti trovi in una situazione di esplosione dei costi, come negli ultimi quattro anni, dalla guerra in Ucraina in avanti, c'è il tema di come recuperarli, questi costi. Mentre ci sono da un lato la pressione internazionale per portare le basi industriali nei Paesi di destinazione, dall'altro la spinta competitiva della Cina, che ora non solo gestisce la maggioranza dei principi attivi, ma si pone anche come protagonista per i farmaci del futuro. In Europa per anni si è parlato solo di ridurre i prezzi dei farmaci, ora ci si deve rendere conto che così gli investimenti se ne vanno».

Voi siete andati a produrre negli Usa, con Stemline. Bilancio di cinque anni?

«Grazie all'acquisizione nel 2020 di Stemline, un'azienda quotata al Nasdaq, abbiamo costruito una presenza partendo da zero. Abbiamo chiuso il 2025 con oltre 500 milioni di ricavi negli Usa, ci siamo rafforzati nell'oncologia. Il nostro farmaco Elcestrant contro il carcinoma mammario è stato approvato dall'Fda e

dall'Ema. Ora studiamo altre indicazioni, sempre per il tumore al seno».

Nuove acquisizioni in cantiere?

«Siamo cresciuti tanto, ora ci concentriamo sulla ricerca. Continueremo a crescere per linee interne e a investire in ricerca e sviluppo, anche con partnership industriali, in aree come il Sud est asiatico e il centro America. La speranza è accelerare con l'intelligenza artificiale i tempi di sviluppo di un farmaco».

In Italia il servizio sanitario nazionale zoppica, che spazi vede per i privati?

«Dobbiamo smetterla con i catastrofismi, il servizio sanitario nazionale è una risorsa. Ci sono sfide che riguardano tutti i Paesi sviluppati, come il calo demografico e l'aumento dell'età media, che richiede maggiori interventi sanitari. In Italia rispetto a dieci anni fa le persone che sopravvivono a una diagnosi di tumore sono un milione in più. Bisogna ragionare su dove può inserirsi un sostegno privato, in modo che il servizio sanitario nazionale non venga snaturato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nel 2019-2024 in Ue sono state approvate 13 mila norme, per leggerle ci vogliono 1.425 ore. E gli investimenti diretti sono crollati da 450 a 150 miliardi



1886

L'inizio a Napoli
Michele Menarini apre la Farmacia Internazionale

2020

Lo sbarco Usa
Menarini rileva Stemline, oncologia

2025

I conti
Menarini chiude l'anno con 4,89 miliardi di ricavi

Il record

Il fatturato consolidato di Menarini milioni di euro

1964	1
1975	13
1995	836
2000	1.306
2005	2.233
2010	3.031
2015	3.326
2020	3.750
2023	4.375
2024	4.603
2025	4.887

Fonte: Menarini

Ripartizione geografica dei ricavi

19% Italia



81% Estero

*Tasso di Crescita Medio Annuo Pparra



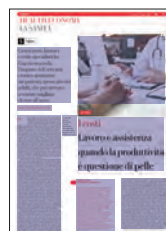
I costi Lavoro e assistenza quando la produttività è questione di pelle

Giorni persi, farmaci
e visite specialistiche
Una ricerca svela
l'impatto dell'orticaria
cronica spontanea
sui pazienti, spesso giovani
adulti, che può arrivare
a svariate migliaia
di euro all'anno

Anna Lisa Bonfranceschi

Oltre 4mila euro all'anno di costi indiretti. Mettendo insieme giorni di lavoro perso e ridotta produttività dei pazienti con orticaria cronica spontanea e dei loro familiari, è questa la cifra a cui si arriva. A cui si devono aggiungere almeno 500 euro per acquistare creme o lozioni e accedere a visite specialistiche private. Il conto è frutto di una ricerca condotta dal team di specialisti in economia e farmacologia del CEIS-EEH-TA dell'Università di Roma Tor Vergata, in collaborazione con l'Associazione Ricerca e Cura Orticaria

(ARCO). L'orticaria cronica spontanea è una malattia della pelle che causa pomfi, prurito, bruciore, gonfiore, difficoltà a respirare a volte. Una condizione che ha un impatto notevole sulla vita lavorativa, sociale e di relazione dei pazienti, spesso giovani adulti. Per scattare una fotografia di questo "peso", i ricercatori



hanno sottoposto dei questionari a oltre cento fra pazienti e caregiver, raggiunti tramite i canali social, di cui oltre il 70% con una forma grave di malattia e un'età media di circa 46 anni.

Ed è così che sono emersi anche gli aspetti finora più sconosciuti della malattia. «Nel 63% dei casi si è osservato un ritardo diagnostico di circa sei anni — spiega Chiara Bini, ricercatrice del CEIS-EEHTA dell'Università di Roma Tor Vergata, che ha coordinato l'indagine, cui hanno risposto soprattutto persone con forme gravi di malattia — Il 50% dei pazienti occupati ha dichiarato di aver perso giorni di lavoro a causa della malattia, mentre il 63% ha riportato una riduzione della produttività, ovvero quei casi in cui il paziente si reca al lavoro ma produce meno rispetto allo standard a causa dei sintomi malattia». Ma indirettamente il peso della malattia colpisce anche i caregiver, prosegue Bini: «Il 45% dei pazienti si avvale anche del supporto del caregiver e tra questi circa il 38% di quelli occupati ha riferito di aver perso giorni di lavoro per assistere il paziente». Sulla base dei valori di reddito medio annuo riferiti, i ricercatori hanno stimato una spesa media annua in termini di costi indiretti pari a circa 4.300 euro. Ma è un calcolo parziale: a questi vanno infatti aggiunti i 500 euro versati dai pazienti di tasca propria ogni anno (soprattutto per visite private), riferisce Bini, che con i colleghi ha riportato i dati in dettaglio sulle pagine della rivista *Global & Regional Health Technology Assessment*.

Perché il quadro però sia più completo occorre sommare anche la quota di costi diretti, ovvero le spese sostenute dal Servizio sanitario nazionale per ciascun paziente. Stime recenti parlano di circa 1.900 euro l'anno, la metà dei quali spesi per i trattamenti farmacologici. Eppure, i dati sulla perdita della produttività lavorativa, spese private e spese pubbliche, anche co-

si mancano di fotografare appieno gli impatti della malattia, quantificabili solo in parte. «È una malattia che condiziona sicuramente la qualità della vita di chi ne è affetto e anche in maniera superiore a malattie

dermatologiche più gravi rispetto all'orticaria cronica spontanea, come la psoriasi — aggiunge Eustachio Nettis, Direttore della Clinica Allergologica Universitaria, Centro di Riferimento Regionale del Policlinico di Bari — tra i sintomi che più di tutti contribuiscono a ridurre la qualità della vita dei pazienti ci sono il prurito, che causa disagio fisico e altera la qualità del sonno, e lo stato ansioso, che si genera in mancanza dell'individuazione di una causa e per l'imprevedibilità delle manifestazioni cutanee della malattia. Possono comparire anche disturbi psicosomatici, e depressione». L'orticaria cronica spontanea, infatti, è una malattia capricciosa, prosegue Nettis: i pomfi si esauriscono velocemente nel giro di un giorno, alcuni invece ne servono perché scompaia l'angioedema. Ma i sintomi possono persistere a lungo. «Una volta che si è instaurata può durare settimane, si può risolvere per poi riprendersi dopo altre settimane ancora, oppure può durare alcuni mesi, poi risolversi e ripresentarsi, e può arrivare a durare anche 10-15 anni», spiega de Nettis. La durata media della malattia — per cui a oggi si riconosce anche una base autoimmune, ma per cui non è possibile identificare un fattore specifico fisico scatenante, e per questo è detta spontanea — è di circa un anno e mezzo, due, conclude l'esperto.

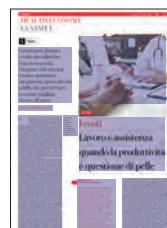
ARRIVANO I FARMACI MIRATI

In molti casi di orticaria cronica spontanea basta l'antistaminico per mandar via pomfi, angioedema e prurito, per altri — si stima almeno oltre la metà dei pazienti — non è sufficiente. E per questi, negli ultimi tempi, sono stati sviluppati farmaci mirati (uno già disponibile, gli altri lo saranno a breve), pensati per neutralizzare o inibire le molecole che scatenano l'infiammazione e i sintomi tipici dell'orticaria. In un caso il bersaglio sono le immunoglobuline IgE, in un altro le interleuchine 4 e 13 (mediatori dell'infiammazione), in un altro un enzima che blocca il rilascio di istamina. Mettendo insieme giorni di lavoro perso e ridotta produttività dei pazienti, a cui si devono aggiungere almeno 500 euro per acquistare creme o lozioni e accedere a visite specialistiche private, l'impatto economico su chi è affetto da orticaria spontanea cronica può superare i quattromila euro all'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



① Nel 63% dei casi di orticaria cronica spontanea si è registrato un ritardo della diagnosi con un impatto sui costi



«Lancet» pubblica **uno studio** senza precedenti sui preparati a mRNA prodotti e usati durante la pandemia. Il quadro degli effetti collaterali (pochissimi) e dei benefici (tantissimi) è completo. E la ricerca genetica è pronta per altri campi

Il caso Covid Miliardi di dosi dopo ecco la verità sui vaccini

di GIUSEPPE REMUZZI

Qualche anno fa, mentre sto per uscire dall'ospedale, mi viene incontro una signora. «Davvero dovrei vaccinarvi, anche se ho solo 48 anni?». Capita spesso di dover rispondere a una domanda così. La signora non aveva niente contro i vaccini, era solo preoccupata che le potesse succedere qualcosa. Ho spiegato che la vaccinazione protegge almeno in parte dal contrarre l'infezione, ma soprattutto dalle manifestazioni più gravi della malattia. Ma lei: «Perché dovremmo vaccinare i bambini, che non si ammalano quasi mai di forme gravi?». E io: «Giusto, ma frequentano altri bambini e vanno a casa dei nonni, con il rischio di far ammalare anche gli altri. Senza contare che in aree dove il virus circola liberamente, come in Brasile e in Indonesia, ci sono state moltissime infezioni, forme gravi di malattia, e un certo numero di morti». La signora non si accontenta: «Ci sono danni al cuore, mi pare si dica "miocardite", e ho letto da qualche parte, non mi ricordo dove, che per il cuore il vaccino sarebbe peggio del virus». «Questo non è vero signora. Nei giorni successivi alla vaccinazione posso-

no esserci miocarditi e pericarditi (sono forme di infiammazione del cuore), questo sì, ma si tratta di casi molto rari e, per altro, queste forme di solito, anche se non sempre, guariscono da sole».

L'avrò convinta quella signora? Chi lo sa, non è detto. Certo, se dovessi incontrarla di nuovo oggi, avrei molti più argomenti per convincerla, perché il 30 giugno scorso la rivista «Lancet» ha pubblicato un lavoro fondamentale per tutta la comunità scientifica: *Safety and efficacy of mRNA vaccines: a mechanistic and public health perspective* (insomma, sicurezza ed efficacia del vaccino a mRNA). È frutto di una collaborazione di ricercatori di Vancouver, Alberta, Edmonton, in Canada, con i colleghi di Washington, Lon-



dra e Hong Kong. Hanno completato la revisione di tutti i dati relativi a miliardi (sì, avete capito bene: in inglese si dice *billions*, sono miliardi) di dosi di vaccino a mRNA, proprio quello del Covid-19, dalle prime somministrazioni fino al 2023.

E che cosa hanno trovato? Che il vaccino protegge in modo importante dal contrarre la malattia, evita l'evoluzione verso le forme più severe, riduce il rischio di essere ricoverati in ospedale, di aver bisogno di ventilazione meccanica e di morire. E che la protezione si estende anche ai bambini, e persino a chi ha un sistema immune compromesso, quelli che hanno avuto un trapianto, per esempio, o sono in cura per un tumore. E non vale solo per la variante Omicron, è sostanzialmente così per tutte le varianti, a cominciare dalle prime fino a quelle del maggio 2023.

E adesso abbiamo anche i numeri: il vaccino a mRNA protegge dal contrarre l'infezione per l'87 per cento, dall'aver bisogno del ricovero in ospedale per il 93 per cento, dal rischio di morte per il 94 per cento. Vuol dire che, se in un determinato periodo, per fare un esempio, si infettassero 100 persone non vaccinate, tra i vaccinati di infezioni, in quello stesso periodo, in quella stessa popolazione, ne vedremmo solo 13. E rispetto a 100 non vaccinati che finiscono in ospedale, tra i vaccinati ce ne sarebbero solo sette. Il lavoro del «Lancet» ci aiuta anche a rispondere a un'altra delle domande della signora dell'inizio di questa storia: «L'efficacia del vaccino non tende a ridursi con il tempo?». Vero, ma è vero anche che se uno fa il richiamo nei tempi previsti dalle autorità sanitarie riacquista la protezione di prima.

E veniamo agli eventi indesiderati. Quelli abbastanza comuni ormai li sanno tutti: il braccio che ti fa un po' male, il fatto di sentirsi un po' stanchi, qualche linea di febbre; tutte cose che di solito si risolvono in pochi giorni.

Ricorderete che la signora era preoccupata del problema dell'infezione al cuore. Giusto, succede davvero in chi è stato vaccinato, e, per essere precisi, con Pfizer BioNTech i casi di miocardite o pericardite sono 12,6 ogni milione di dosi,

con Moderna 35,6 ogni milione di dosi; si è visto che si ammalano soprattutto i maschi dai 12 ai 19 anni, nei primi giorni o al massimo entro tre settimane dalla vaccinazione, più spesso in occasione del richiamo. Sono forme leggere che di solito, anche se non sempre, guariscono da sole. E poi le miocarditi sono molte di più e anche più gravi se uno si ammala.

E cosa si può dire degli effetti indesiderati più importanti? Entro 5-10 minuti dall'iniezione, cinque persone su un milione hanno una reazione allergica, che può essere anche grave — i medici dicono anafilassi — con difficoltà respiratorie, calo della pressione e persino perdita di conoscenza (per questo ci chiedono di aspettare e di non allontanarci subito dal centro vaccinale, se dovesse succedere serve il medico, e lui sa che cosa fare).

Vorreste sapere come è finita con la signora dell'inizio di questa storia? Si è convinta, si è fatta vaccinare, ha fatto vaccinare i nipoti e anche la figlia al terzo mese di gravidanza. E ha fatto bene perché la revisione del «Lancet» di cui stiamo parlando dimostra quanto sia stato importante vaccinarsi in gravidanza, non solo per la mamma ma anche per il feto. Ricordo che prima di lasciarmi, la signora ha chiesto lumi sulla questione della trombosi, di cui si è tanto parlato: anche qui lo studio del «Lancet» ci viene in aiuto. Con il vaccino a mRNA non si sono mai verificati episodi di trombosi su miliardi di dosi somministrati.

Ancora oggi però c'è gente che pensa che il vaccino possa interferire con l'espressione dei nostri geni, insomma che sia una specie di «terapia genica»; se fosse così potrebbe essere molto pericoloso. C'è qualcosa di vero? Proprio no. L'mRNA del vaccino si ferma nelle cellule — muscolari e non solo — che sono vicine al sito di iniezione; una volta entrato, l'mRNA fornisce a queste cellule le istruzioni per produrre una proteina che assomiglia a quella del virus; questa suscita la risposta immune (quella che ci protegge dalla malattia). L'mRNA del vaccino non entra nel nucleo delle cellule, e non c'è alcuna possibilità che possa modificare il nostro Dna; non solo, ma nel giro di poche ore o al massimo di qualche giorno

sparisce.

E a chi ci chiede ancora oggi perché dovremmo fidarci di un vaccino preparato in così poco tempo, che cosa possiamo rispondere? Beh, se sappiamo che è sicuro ed efficace dopo miliardi di somministrazioni, il fatto che sia stato preparato in poco tempo è una gran bella cosa, così si sono evitate milioni di morti. E, comunque, se abbiamo avuto un vaccino a tempo di record — meno di un anno — è perché ci si lavorava da decenni nell'ottica della cura dei tumori. E poi per via di una collaborazione mai vista prima fra scienziati dell'accademia e dell'industria, e un forte aiuto economico da parte dei governi, soprattutto Stati Uniti e Germania.

Non credete a chi vi dice che «dal Covid non abbiamo imparato niente»; ci ha lasciato l'eredità più grande: la tecnologia dell'mRNA, che ci consentirà di affrontare tante altre malattie: influenza aviaria, virus respiratorio sinciziale (così pericoloso per i bambini), ebola che si sta diffondendo in tanti Paesi dell'Africa in un modo estremamente preoccupante, solo per fare qualche esempio.

Più importante di tutto, a questo punto, è che quando si arriva a un nuovo vaccino a mRNA, questo possa essere per tutti. Conservazione, catena del freddo, distribuzione e costi non dovrebbero essere problemi insormontabili, a fronte degli enormi vantaggi che si potranno avere. E c'è una bellissima notizia: grazie all'impegno di governi, istituzioni no profit, industria e mondo accademico, questi vaccini cominciano a essere prodotti anche in Africa (Sudafrica e Senegal) e in America Latina (Brasile e Argentina), e anche l'India presto avrà le sue piattaforme per produrre vaccini a mRNA. Vi pare poco?



Le parole curano: istruzioni per l'uso

Trovare i termini giusti per **comunicare** a una persona che è malata e per illustrare le caratteristiche della terapia rientra nelle **responsabilità** del dottore. La sincerità deve unirsi alla sensibilità: un'espressione sbagliata fa danni. E se l'ambito sanitario è il territorio delle metafore, quelle guerresche vanno evitate. Meglio considerare il percorso verso la guarigione come un viaggio e puntare su quattro concetti chiave: **Chiarezza**, **Umanità**, **Relazione**, **Ascolto**

di GIUSEPPE
ANTONELLI

Un quarto di secolo fa, nelle pagine della rivista specializzata «The Oncologist», un gruppo di ricerca americano pubblicava un articolo destinato a cambiare il modo di pensare la comunicazione tra personale medico e pazienti in oncologia. Il protocollo *Spikes* (*A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*) risponde a un acronimo che indica i sei passi da seguire quando si devono comunicare cattive notizie. *Setting* (impostazione: la preparazione del contesto e del momento dell'incontro), *Perception* (percezione: la verifica di che cosa il paziente già sa o crede di sapere), *Invitation* (invito: la richiesta esplicita su quanto desidera sapere), *Knowledge* (conoscenza: la condivisione delle informazioni cliniche), *Emotions* (emozioni: il riconoscimento e la risposta empatica ai sentimenti del paziente), *Strategy* (strategia: la pianificazione condivisa dei passi successivi).

L'articolo rimane a tutt'oggi il principale punto di riferimento internazionale per la comunicazione in ambito oncologico. Uno dei problemi, tuttavia, è che da anni la riflessione su questi aspetti avviene quasi esclusivamente in lingua inglese e riguardo alla lingua inglese. Con specifica attenzione alla lingua italiana, si potrebbero condensare i valori decisivi di tutta la questione in un semplice acronimo di sole quattro lettere. *Cura*: cioè **Chiarezza**, **Umanità**, **Relazione**, **Ascolto**.

«Le parole sono pietre e spesso i medici le lanciano come piume», dice un paziente in una delle varie testimonianze raccolte in questi anni. E allora, in proposito. «Il mio medico mi telefona e mi dice: “Vieni subito”. Mi spiega che le palline che sento sono dei linfonodi, che in pratica sono dei fusibili che partono prima loro per avvisarti che il prossimo sei tu. [...] Mi dice anche che da vivere avrò se va bene tre o quattro mesi, a dir tanto, e di metterci, come si dice, una pietra sopra. Il mio dottore è di quella scuola britannica che le cose ai pazienti le dice chiare». Così il protagonista del monologo teatrale di Valentina Diana, *L'eternità dolcissima* di Renato Cane. L'immagine dei fusibili per rendere la funzione dei linfonodi poteva essere un modo efficace per superare l'oscurità del tecnicismo medico. Ma non abbinata a frasi fatte che, con una leggerezza colloquiale del tutto fuori luogo, evocano un futuro senza speranza o anzi — ancor più drasticamente — l'assenza di un futuro: il pros-



simo sei tu, metterci una pietra sopra. Questo non è dire le cose in modo chiaro; questo è dirle in un modo irrispettoso, privo di qualunque empatia (forse persino di una certa umanità).

Tutte all'insegna dell'empatia, invece, sono le linee guida degli ultimi quindici anni: da quelle dell'Istituto superiore di Sanità sulla comunicazione in oncologia (2011) a quelle più recenti dell'Asco (American Society of Clinical Oncology, 2026) passando per quelle dell'Aiom (Associazione italiana di Oncologia medica, 2023) e dell'Esmo (European Society For Medical Oncology, 2024). I due punti su cui queste ultime insistono di più sono proprio le *emozioni* (*emotions*, come nell'acronimo *Spikes*) e la *speranza* (*hope*). «La comunicazione, per mantenere la speranza, dovrebbe essere vista come un processo collaborativo e bidirezionale tra medico e paziente, in cui la capacità dei pazienti di nutrire speranza è intimamente connessa alla loro capacità di affidarsi alle cure dei medici» (traduzione mia). Un processo collaborativo e bidirezionale. In grado, cioè, di costruire una relazione di fiducia reciproca: quella che si chiama alleanza terapeutica.

Ma — appunto — qui viene il problema, come racconta il romanzo *La giusta distanza dal male* di Giorgia Protti, dottoressa che per anni ha lavorato in un pronto soccorso. «Comunicare una diagnosi di cancro non è semplice. Ci vorrebbero competenze, tatto, un luogo giusto, e soprattutto tempo. Ci vorrebbe una persona che lo fa di mestiere, che sa trovare le parole adatte per farsi capire dal paziente e dai suoi familiari, che sia capace di comunicare la gravità della situazione e al contempo di non annientare le speranze». Invece, aggiunge la voce narrante, «Quando ripenseranno all'inizio del calvario ricorderanno la mia faccia stanca che blatera parole incomprensibili in uno stanzino affollato e puzzolente».

L'inizio del calvario. E allora, da un racconto all'altro: «Mi tocca ricordarle che, a cinque giorni dalla morte di mio padre, lei gli fece visita e poi, prendendomi da parte, mi disse: "Preparatevi al calvario". Concorrerà con me che, per essere uno che aveva già subito tutto lo strazio degli effetti di quella malattia su suo padre, quella era l'ultima frase che avrei voluto sentire». In un racconto di qualche anno fa (*Lo vuole vedere?* nella raccolta *Il rumore dei baci a vuoto*, 2012), Luciano Ligabue immagina che il protagonista scriva al medico da cui è stato operato il padre, rinfacciandogli la sua incapacità di comunicare. *Preparatevi al calvario*. Le parole sono pietre e spesso i medici le lanciano come piume.

Il potere delle parole nasce dal fatto che arrivano direttamente al nostro cervello: influenzano i nostri pensieri e condizionano le nostre emozioni, anche se noi proviamo a negarle. Per rendersene conto, basta ripetere l'esperimento che lo psicologo cognitivo George Lakoff faceva con la sua classe. «Ora non pensate a un elefante.

Mi raccomando: ho appena detto di non pensare a un elefante. Non pensate a un elefante»... A cosa state pensando?

È evidente quanto sia grande il pericolo di usare parole sbagliate; tanto più in situazioni nelle quali chi ascolta si trova in una condizione di grande vulnerabilità. In questo senso, dire — ad esempio — che «il tumore non porta necessariamente alla morte» significherebbe evocare comunque l'idea della morte. Molto meglio volgere questa e qualunque altra affermazione in positivo: «Molti tumori hanno oggi una lunga aspettativa di vita». Più in generale, quello che emerge dalle testimonianze dei pazienti e delle pazienti è il bisogno di parole che portino con sé un elemento di umanità. Piuttosto che *intervento* («La parola intervento mi trasmette una sensazione di freddezza, di asettico») o *trattamento* («La parola trattamento la confinerei solo agli oggetti. Per le persone, userei parole come cura o attenzione») una delle prime parole da usare sarà appunto *cura*. La cura delle parole, le parole della cura.

Prima di tutto, però, viene il nome della cosa. Non ci facciamo più caso, certo: ma la parola *cancro* — il nome che diamo a questo tipo di malattie — è una metafora. Metafora ormai opaca, seppure ben evidente se invece che alla malattia pensiamo al segno zodiacale. Il nome del *cancro* deriva infatti dal latino *cancer*, a sua volta un calco dal greco antico *karkínos*, che altro non era — appunto — se non il granchio. Dalla parola greca viene, secondo un'immagine usata già nel V secolo da Ippocrate (quello del giuramento dei medici), il termine più tecnico usato in ambito medico: *carcinoma*. La parola *cancro*, però, è stata a lungo una parola che si preferiva non dire. O meglio, che non si poteva dire: non alla radio e alla tv di stato, quanto meno. Era il 1973, quando Francesco De Gregori — perché la Rai mandasse in onda la sua *Alice* — trasformò la frase «il mendicante arabo ha un cancro nel cappello» in «ha qualcosa nel cappello».

All'epoca a questo tipo di patologie si alludeva con perifrasi come *lunga malattia*, *brutto male*, *male incurabile*. Ancora nel 2007, l'Istituto Piepoli ha svolto una ricerca su 800 persone, chiedendo se preferivano che la malattia fosse chiamata *cancro* o *tumore*. Più del 60% ha espresso una preferenza per *tumore*, considerando il vocabolo «meno crudo, aggressivo, violento,



che fa meno paura, che fa pensare che sia più curabile». E invece «il cancro è una malattia curabile nella maggioranza dei casi», scriveva nel 2013 Umberto Veronesi: quindi «smettiamo di chiamarla con un nome che evoca una sorta di maledizione».

La sua proposta era quella di usare *neoplasia*, che però suona molto tecnica. La difficoltà, d'altra parte, resta sempre quella di muoversi fra tecnicismi e tabù. A confermarlo anche la testimonianza di un paziente che, chiamato a commentare la parola *tumore* (etimologicamente «rigonfiamento»), scrive in romanesco: «Come dice? È latino? Vor di bozzo? / Che brutto er tu per tu. Dito puntato contro: tu mòri, tu crepi. / Signora mia, ma no, le dia del lei: vede, è un *leiomiosarcoma*»...

La polemica contro il parlare oscuro dei medici è stata spesso — e per secoli — occasione di satira. Dalle invettive petrarchesche contro i medici del papa fino alle gag di Totò, come questa tratta dallo spettacolo *La banda delle gialle* (1933). «Io ho un dolore qui ed al mattino viene piano piano, al pomeriggio diventa forte forte, la sera ritorna piano, e la notte ridiventa forte forte. Che sarà, dottore?», dice una signora. E Totò, nei panni del medico Mardocheo, risponde: «Un pianoforte». «Ma come? Ho un pianoforte in petto?». «Noialtri medici sintetizziamo i termini. La vostra malattia la chiamiamo la malattia del pianoforte». «E che cosa sarebbe?». «È il cuore che trovasi a contatto col velopendolo asiatico, gonfia i varicosceli e la moscia».

«Ma io non ho capito nulla», si lamenta la signora. «Nemmeno io», commenta Totò: «Vede, signora: è la vera scienza. Non bisogna mai capire nulla. Guai se l'ammalato capisse qualche cosa! Allora i medici che ci starebbero a fare?».

I due momenti chiave della *diagnosi* e della *prognosi* condividono nel nome l'etimo greco *ghignosco* ovvero so, conosco. In entrambi i momenti il paziente, la paziente ha il diritto di sapere per poter partecipare consapevolmente al cammino della cura. Ma sono momenti particolarmente difficili da affrontare, associati nelle testimonianze a confusione e paura. Parole come *diagnosi* e *prognosi* evocano l'immagine di «una scure» o di «una spada di Da-

mocle»: fuor di metafora, una sentenza che spezza in due la vita. In una specifica ricerca pubblicata lo scorso anno, colpisce — tra le altre cose — la straordinaria ricchezza e varietà delle metafore che le persone usano nel racconto della propria esperienza di pazienti. Ben 640 diverse, contro le 58 (sempre le stesse) usate da chi — nel mondo dei media — racconta quella stessa esperienza dall'esterno.

C'è un film bellissimo, al tempo stesso leggero e commovente, che parla degli ultimi mesi di vita di una giovane paziente oncologica: *Restless* (di Gus Van Sant, 2011; impropriamente tradotto in italiano *L'amore che resta*). In una scena lei esce dallo studio del medico e il suo ragazzo, che la aspettava fuori con la madre, le chiede: «Com'è andata?». «Al solito si muore, si muore...». «Ma almeno, tra un po'». «Non è che ti dicano molto». Per parlare della propria situazione, lei invece trova un'immagine meravigliosa: «C'è questo uccello canoro che pensa di morire ogni volta che cala il sole. E la mattina quando si sveglia è così sconvolto di essere vivo che si mette a cantare la sua melodiosa canzone. Io canto ogni mattina, da quando ti conosco».

La metafora è un potente strumento di amplificazione delle parole; un modo per creare associazioni mentali che amplificano la nostra percezione emotiva. Conoscere o riconoscere le metafore usate da chi sta vivendo la malattia può essere prezioso, perché ci consente di mettere in pratica il *mirroring*, il rispecchiamento: quello che in Italia la psicologia chiama *ricalco*. La comunicazione diventa molto più efficace se riusciamo a usare le stesse immagini che usano le persone con cui ci troviamo a interagire. Se una persona ci dice — ad esempio — che sente una spada di Damocle sulla sua testa, noi potremmo dirle che la prendiamo per mano e la aiutiamo a spostarsi un po' più in là così da metterla in salvo.

Non sarà un caso, d'altronde, se tutte le linee guida sulla comunicazione medico-paziente sottolineano — insieme con l'empatia e la speranza — un terzo aspetto: quello dell'ascolto. Come il grande linguista Tullio De Mauro amava ricordare, citando una frase di un filosofo greco: «Ci

sarà pure una ragione se gli dèi ci hanno dato una sola bocca e due orecchie». Proprio perché la metafora è uno strumento potente, bisogna fare molta attenzione a come la si usa. Sappiamo bene quanto possa essere tossica la metafora della guerra, della battaglia contro il cancro. «*No more fight*», dice a un certo punto la protagonista di *Restless*. Come ricordava Michela Murgia in un'intervista rilasciata poco prima di morire, «il cancro non è una cosa che ho; è una cosa che sono. Me l'ha spiegato bene il medico che mi segue, un genio. Non posso e non voglio fare guerra al mio corpo, a me stessa. La guerra presuppone sconfitti e vincitori; io conosco già la fine della storia, ma non mi sento una perdente».

Senz'altro più funzionale a rendere in modo positivo e collaborativo il processo della cura risulta, tra le altre, la metafora del viaggio. E infatti nei racconti fatti da pazienti ritorna spesso l'immagine della cura come strada da percorrere una tappa alla volta: «Se c'è un percorso, c'è una strada da fare: non si è di fronte a un muro». Una dottoressa lo spiega meravigliosamente: «Sappiamo da dove partiamo, non conosciamo l'arrivo ma siamo consapevoli che sarà una strada impegnativa. Il percorso si condivide perché così la valigia è meno pesante. La portano i familiari, insieme al paziente, i medici, tutti quelli che assistono». È la graduale conquista di una nuova consapevolezza: quella nei confronti della variabile costituita dal tempo: il tempo che la vita ci ha concesso in sorte e che solo nei momenti di incertezza s'impara a valorizzare appieno. *Io canto ogni mattina*.



Ebola e le altre epidemie

«Così l'Africa cambia la sanità globale»

Mentre il virus continua a colpire Congo e Uganda, il direttore generale di Africa CDC spiega perché il continente deve trasformare il proprio modello: più produzione locale di vaccini e farmaci, ricerca e una cooperazione internazionale fondata su partnership tra pari, non sulla dipendenza dagli aiuti

di **Ruggiero Corcella**

L'epidemia di Ebola, che continua a colpire la Repubblica Democratica del Congo e l'Uganda, rappresenta uno dei test più impegnativi per la sanità pubblica africana.

Ma per Jean Kaseya, medico congolese e direttore generale degli Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC, l'agenzia di sanità pubblica dell'Unione africana), la vera sfida va ben oltre la gestione dell'emergenza.

Significa costruire sistemi sanitari più forti, investire nella ricerca, produrre vaccini e farmaci e fare dell'innovazione tecnologica uno strumento di equità. Una trasformazione accelerata dalla lezione del Covid-19 e resa ancora più urgente dalla riduzione degli aiuti internazionali. In questa intervista esclusiva al *Corriere della Sera*, Kaseya racconta come sta cambiando il volto della sanità africana e quale ruolo possono avere l'Europa e l'Italia.

Direttore Kaseya, qual è oggi la situazione dell'epidemia di Ebola e che cosa risponde a chi sostiene che i ritardi nella diagnosi del virus abbiano rallentato anche l'attuazione delle misure di contenimento?

«La situazione resta grave. (all'8 luglio, la Repubblica Democratica del Congo e l'Uganda avevano registrato complessivamente 1.644 casi confermati di Ebola da virus Bundibugyo e 523 decessi, ndr). Comprendiamo pienamente

le preoccupazioni. In un'epidemia di Ebola, qualsiasi ritardo nella conferma dei casi offre al virus il tempo necessario per diffondersi. La nostra risposta, però, non è difensiva: è operativa. Dobbiamo accelerare ogni fase dell'intervento: rendere più rapida la segnalazione dei casi sospetti, il trasporto dei campioni biologici, i test diagnostici, l'isolamento dei pazienti, il tracciamento dei contatti, l'assistenza in sicurezza ai malati, le misure di prevenzione delle infezioni e il coinvolgimento delle comunità. Stiamo già ampliando la capacità diagnostica, rafforzando la sorveglianza, potenziando i controlli ai punti di ingresso e sostenendo le iniziative sanitarie basate sulle comunità».

Oltre all'Ebola, quali sono le principali sfide sanitarie dell'Africa?

«Il continente affronta contemporaneamente Ebola, colera, Mpox, resistenza antimicrobica, malattie legate ai cambiamenti climatici, conflitti e migrazioni forzate, mentre molti sistemi sanitari sono ancora fragili. L'attuale epidemia dimostra quanto la sfida sia complessa».

Lei parla spesso di «sovranità sanitaria africana». Che cosa significa?

«Significa che l'Africa dispone delle istituzioni, delle risorse finanziarie, del personale, dei sistemi informativi e degli strumenti necessari per proteggere autonomamente la salute della propria popolazione. Significa che i Paesi africani sono in grado di individuare rapidamente i focolai epidemici, prendere decisioni basate sui propri dati, pro-

durre sul continente una quota sempre maggiore di vaccini, farmaci e strumenti diagnostici e negoziare l'accesso alle tecnologie salvavita da una posizione di forza. Le pandemie di Covid-19, mpox ed Ebola ci hanno impartito una lezione molto dura: l'Africa non può continuare a dipendere dalla beneficenza o da un accesso tardivo ai prodotti sanitari quando sono in gioco vite umane. Sovranità non significa isolamento. Significa costruire partenariati equi, fondati sulla leadership africana, sulla proprietà africana dei processi e sul beneficio per i cittadini africani».

Quali sono le conseguenze della riduzione degli aiuti internazionali?

«Nell'attuale epidemia, registriamo già carenze di farmaci essenziali, dispositivi di protezione, capacità diagnostica, ambulanze, strutture di isolamento, coordinamento e risorse finanziarie. Le partnership internazionali continueranno a essere fondamentali, ma il modello deve cambiare. La sicurezza sanitaria africana non può dipendere dal fatto che il resto del mondo stia o meno prestando attenzione. Deve poggiare sulla leadership africana, con partner pronti ad allinearsi alle priorità da noi definite».



E per quanto riguarda la gestione e condivisione dei dati sanitari?

«Africa CDC sostiene che il continente debba essere proprietario dei suoi dati, proteggere la sua popolazione e negoziare da una posizione di pari dignità. Campioni biologici, dati sui patogeni e informazioni sanitarie provenienti dall'Africa hanno contribuito in modo determinante ai progressi della ricerca mondiale. È giusto che anche i Paesi e le comunità africane possano beneficiare dei risultati ottenuti. Ciò significa che la condivisione di dati e patogeni deve avvenire nel rispetto di criteri di equità, trasparenza, sviluppo delle competenze locali, co-autorialità scientifica quando appropriata, trasferi-

mento tecnologico e accesso ai vaccini, ai test diagnostici e alle terapie sviluppati grazie ai dati africani».

Che ruolo può avere l'Italia?

«L'Italia può svolgere un ruolo importante nel consolidare la partnership sanitaria tra Africa ed Europa, perché i due continenti condividono gli stessi rischi in materia di salute pubblica. Come? Sostenendo la produzione locale di vaccini e farmaci, la formazione degli operatori, la ricerca, la sanità digitale e il rafforzamento dei laboratori. Resta tuttavia singolare che l'Italia sia ancora uno dei pochi grandi Paesi europei a non finanziare direttamente l'Africa CDC. Siamo però convinti che questa situazione possa essere corretta nel biennio 2026-

2027. Anche il Piano Mattei rappresenta un'importante opportunità. Il nostro messaggio all'Italia è semplice: accogliamo con favore partner disposti a costruire insieme a noi, investire insieme a noi, produrre insieme a noi e rispettare le priorità definite dagli africani».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Italia può svolgere un ruolo importante per una collaborazione più forte ed equilibrata tra Africa ed Europa



Oggi le nostre priorità per l'Ebola sono ridurre il ritardo nelle diagnosi e l'accumulo di campioni ancora da analizzare

Chi è



● Jean Kaseya, 56 anni, è un medico originario della Repubblica Democratica del Congo, specializzato in sanità pubblica

● Nel 2023 è diventato direttore generale di Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC)



Il nostro continente deve essere in grado di proteggere la salute dei propri cittadini con capacità proprie

Jean Kaseya
(al centro)
durante una
visita sul
campo (Foto:
Cdc Africa)



Servizio Neurologia

Cefalee, nuove terapie e cure personalizzate per i 6 milioni di italiani che ne soffrono

Queste patologie frequenti e spesso invalidanti richiedono diagnosi precise e percorsi dedicati insieme a un approccio complesso e ulteriori studi anche “real life”

*di Piero Barbanti *, Sabina Cevoli ***

10 luglio 2026

Cefalea è un termine generico che significa mal di testa, ma spesso viene confuso con una diagnosi. Malgrado il dolore cranico sia il sintomo neurologico più diffuso al mondo, il percorso diagnostico e terapeutico della persona che ne è affetta rimane spesso incerto, inefficiente e inefficace.

La cefalea è stata protagonista di una sessione dedicata nell'ambito del 65° Congresso nazionale Sno–Scienze Neurologiche Ospedaliere di Reggio Calabria. Il Gruppo di Studio Cefalee della Sno ha rinnovato la collaborazione con Anircef, con un programma mirato ad aggiornare le competenze dei neurologi ospedalieri e territoriali.

L'identikit

Di particolare importanza sono le innovazioni nella gestione dell'attacco emicranico e della prevenzione. L'emicrania non è un semplice mal di testa, ma una patologia neurologica complessa che colpisce circa 6 milioni di italiani e può evolvere fino a forme croniche e invalidanti. Gli attacchi sono caratterizzati da dolore intenso, sensibilità a luce e rumori, nausea e talvolta vomito; in alcuni pazienti la frequenza può aumentare fino all'emicrania cronica, definita dalla presenza di cefalea per almeno 15 giorni al mese.

Le nuove terapie

Negli ultimi anni il panorama terapeutico ha conosciuto un'evoluzione significativa grazie a trattamenti mirati e specifici. Tra questi figurano gli anticorpi monoclonali anti-CGRP, la tossina botulinica e i gepanti, opzioni che hanno dimostrato efficacia clinica e un profilo di sicurezza e tollerabilità migliore rispetto a molte terapie tradizionali.

Le terapie più recenti stanno contribuendo a modificare la storia naturale dell'emicrania, favorendo il riconoscimento di questa patologia come condizione neurologica da affrontare attraverso percorsi strutturati. I dati di real-life sugli anticorpi monoclonali anti-CGRP mostrano risultati di efficacia superiori a quelli osservati nei trial registrativi. È un dato rilevante perché la pratica clinica reale coinvolge pazienti più complessi, con molteplici fallimenti terapeutici pregressi e comorbidità.

Tra gepanti e ditani

L'attenzione delle neuroscienze è oggi focalizzata anche sui gepanti, tra le innovazioni più rilevanti nella cura dell'emicrania. Queste molecole segnano un passaggio storico, essendo le prime ad aver

ottenuto l'indicazione sia per il trattamento dell'attacco acuto sia per la prevenzione. È una caratteristica importante alla luce dei limiti delle terapie tradizionali: triptani e Fans rappresentano da tempo un presidio contro gli attacchi, ma il loro uso frequente o inappropriato può favorire la cefalea da uso eccessivo di farmaci e contribuire alla cronicizzazione.

Accanto ai gepanti, anche i ditani rappresentano una delle più recenti acquisizioni nel trattamento dell'emicrania acuta. Questa classe amplia le opzioni terapeutiche, in particolare nei pazienti con ipertensione arteriosa o patologie cardiovascolari.

Un approccio integrato

Il cervello delle persone affette da emicrania può essere considerato un sistema di allerta sensibile agli stimoli interni ed esterni. È una condizione complessa, non sempre controllabile dalle terapie anti-CGRP, che agiscono soprattutto sui meccanismi finali della cascata emicranica. Da qui la necessità di un approccio più ampio e integrato, con una rivalutazione delle terapie tradizionali, farmacologiche e non farmacologiche. Tra queste sono state evidenziate le terapie bio-comportamentali, l'agopuntura, la neuromodulazione e la nutraceutica.

Le cefalee restano una sfida complessa: patologie frequenti, spesso invalidanti, che richiedono diagnosi precise e percorsi dedicati. Le nuove terapie offrono speranze concrete, soprattutto per i pazienti con forme croniche o resistenti ai trattamenti tradizionali. Ma l'innovazione va accompagnata da ulteriori studi, dati di real life e confronto continuo tra specialisti. Per questo occasioni come i congressi sono fondamentali: permettono di trasformare i progressi scientifici in benefici reali per i pazienti.

** Ordinario di Neurologia Università San Raffaele, Roma. Direttore Centro Cefalee Irccs San Raffaele Roma*

*** Responsabile Programma Cefalee ed Algie Facciali, Irccs Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna*

Servizio La metanalisi

Trauma cranico grave, ecco perché serve una medicina della cronicità

Il rischio di mortalità nei sopravvissuti resta più che triplo rispetto alla popolazione generale e l'aspettativa di vita può ridursi fino a 7-9 anni

*di Antonio De Tanti **

10 luglio 2026

Quando un paziente con trauma cranico grave supera la fase acuta ed esce, magari dopo mesi, da un percorso di rianimazione e riabilitazione intensiva, la narrazione comune tende a chiudersi qui: è sopravvissuto, la battaglia è vinta. Una meta-analisi internazionale a cui abbiamo contribuito come Centro Cardinal Ferrari KOS, pubblicata recentemente su *Neurological Sciences* insieme a Villa Rosa dell'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino, all'Ospedale San Carlo di Potenza e alla società scientifica Melchiorre Gioia di Pisa, ci consiglia di rivedere radicalmente questa lettura.

Lo studio

I dati, raccolti su oltre 60.000 pazienti seguiti fino a vent'anni dall'evento traumatico, sono inequivocabili: il rischio di mortalità nei sopravvissuti a trauma cranico grave resta più che triplo rispetto alla popolazione generale (SMR 3,19), e l'aspettativa di vita può ridursi fino a 7-9 anni. Ciò che colpisce di più, dal punto di vista clinico, non è tanto l'entità del dato quanto la sua persistenza nel tempo. Non parliamo di un eccesso di rischio confinato ai primi mesi post-evento, quando le complicanze acute sono ancora attive: parliamo di un fenomeno che si mantiene significativo anche a distanza di anni, e che colpisce con particolare intensità i pazienti più giovani, proprio quelli che avrebbero, in condizioni normali, un'aspettativa di vita più lunga da perdere.

Una condizione cronica

Come clinico che da decenni si occupa di gravi cerebrolesioni acquisite, ritengo che questo studio offra un'indicazione precisa alla comunità medica e ai decisori sanitari: il trauma cranico grave va trattato, a tutti gli effetti, come una condizione cronica. Non un evento puntuale da risolvere, ma una traiettoria di salute da accompagnare. Le cause di questo eccesso di mortalità a lungo termine non sono soltanto neurologiche: comorbidità sistemiche, complicanze respiratorie e cardiovascolari, fragilità metabolica, rischio infettivo, conseguenze psicologiche, tutte condizioni che si sviluppano nel tempo e che richiedono una sorveglianza clinica strutturata, non affidata alla sola iniziativa del paziente o della sua famiglia.

Tutelare decenni di vita

Questo significa, in termini organizzativi, che i percorsi di follow-up per i pazienti con esiti di trauma cranico grave non possono esaurirsi con la dimissione dal setting riabilitativo intensivo. Servono protocolli di monitoraggio a medio e lungo termine, integrati tra neurologia, medicina

interna, medicina riabilitativa e medicina generale, capaci di intercettare precocemente i segnali di deterioramento clinico prima che diventino eventi acuti. Serve, soprattutto, un cambio culturale: la sopravvivenza a un trauma cranico grave non coincide con la guarigione, e la qualità della vita residua, per quanto condizionata dalla disabilità, va tutelata con la stessa determinazione con cui si è tutelata la sopravvivenza nella fase acuta e con cui oggi si tutela la prevenzione del trauma cranico con l'obbligatorietà dei dispositivi di protezione individuale.

Come sistema sanitario, abbiamo investito molto, giustamente, nel migliorare gli esiti immediati del trauma cranico grave: tempi di intervento, tecniche neurochirurgiche, riabilitazione intensiva precoce. È tempo di investire con la stessa serietà nella fase successiva, quella che dura per il resto della vita del paziente. Solo così potremo trasformare un dato epidemiologico allarmante in una reale opportunità di cura, restituendo qualità di vita e prospettiva a chi, dopo un trauma cranico grave, ha ancora davanti a sé decenni da vivere.

** Direttore Clinico Centro Cardinal Ferrari KOS*

Servizio Vita SMisurata

Oltre la diagnosi: il progetto di vita nella sclerosi multipla

La qualità della presa in carico non dipende solo da terapie efficaci ma anche da diagnosi tempestive, accesso all'innovazione e inclusione sociale

*di Mario Alberto Battaglia**

10 luglio 2026

Negli ultimi vent'anni la ricerca ha cambiato profondamente la storia della malattia. La diagnosi precoce e la disponibilità di terapie sempre più efficaci consentono oggi di modificare il decorso della sclerosi multipla e di preservare più a lungo autonomia, relazioni, lavoro e qualità della vita. Questo progresso, però, pone una nuova responsabilità: se cambia la storia della malattia, deve cambiare anche la risposta del sistema.

È questa la visione dell'Agenda della sclerosi multipla e patologie correlate 2030. L'obiettivo non è solo rendere disponibili innovazione e conoscenze, ma fare in modo che diventino qualità della vita concreta per tutte le persone con sclerosi multipla e patologie correlate. Per questo l'Agenda individua alcune priorità strategiche: garantire un accesso equo alle terapie, rafforzare i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), sviluppare una reale integrazione tra sanità e sociale e assicurare che ogni persona possa costruire il proprio progetto di vita.

Il compito della ricerca va oltre le nuove terapie

La ricerca non significa soltanto nuove terapie. Significa comprendere meglio la malattia, migliorare l'organizzazione dei servizi, costruire modelli di presa in carico più efficaci e orientare le politiche sanitarie sulla base delle evidenze. È la "leva delle leve" dell'Agenda 2030 perché rende possibile costruire politiche orientate ai bisogni reali delle persone.

In una sessione della 79a Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a Ginevra il 22 maggio scorso, la sclerosi multipla è stata indicata come modello di riferimento per definire le risposte alle malattie neurologiche e, per molti aspetti, anche alle patologie croniche. È un riconoscimento importante che valorizza il percorso costruito negli anni e la possibilità di trasferire questa esperienza anche ad altri ambiti della neurologia. La qualità della presa in carico, infatti, non dipende soltanto dall'efficacia delle terapie, ma dalla capacità del sistema di garantire diagnosi tempestiva, accesso all'innovazione, percorsi multidisciplinari, riabilitazione, continuità assistenziale e inclusione sociale. È questa visione integrata che rende oggi la sclerosi multipla un modello di riferimento.

La riforma della disabilità

In questa prospettiva si inserisce la riforma della disabilità dell'Italia, che rappresenta una straordinaria opportunità di cambiamento. Il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato introduce un nuovo modo di guardare alla persona: non più definita esclusivamente

dalla propria condizione di salute, ma riconosciuta nella sua globalità, nelle sue aspirazioni, nelle relazioni, nello studio, nel lavoro e nella partecipazione alla vita della comunità. Per chi convive con la sclerosi multipla significa costruire, insieme ai servizi, risposte personalizzate che integrino assistenza sanitaria, sostegni sociali e opportunità di inclusione. È un cambiamento culturale prima ancora che organizzativo, che richiede una collaborazione stabile tra istituzioni, comunità scientifica e associazioni delle persone.

Le persone con sclerosi multipla lo ricordano spesso con parole semplici: “Io non sono la mia malattia”. È da questa affermazione che bisogna partire. La diagnosi non può definire una persona né limitarne le opportunità. Oggi la ricerca consente di immaginare prospettive nuove; il compito del sistema è fare in modo che queste prospettive diventino realtà nella vita quotidiana.

La campagna Vita SMisurata

Per questo assumono valore anche iniziative come Vita SMisurata promossa da Merck con il patrocinio di AISM e Società Italiana di Neurologia, che promuovono partecipazione, consapevolezza ed empowerment. Mettere al centro le esperienze delle persone con sclerosi multipla e dei caregiver significa mostrare che la vita continua oltre la diagnosi. L'esperienza condivisa diventa ispirazione: rafforza la comunità, alimenta la partecipazione e aiuta altre persone a costruire il proprio progetto di vita. È questa la forza di una comunità di persone protagoniste della propria vita.

La ricerca continuerà ad aprire prospettive sempre nuove. La sfida, oggi, è fare in modo che questi progressi diventino diritti realmente esigibili, servizi accessibili e qualità della vita concreta. È questo il significato dell'Agenda della SM e patologie correlate 2030: costruire un sistema capace di accompagnare ogni persona nel proprio progetto di vita, perché possa continuare a essere protagonista del proprio presente e del proprio futuro, oltre la condizione di sclerosi multipla.

**Presidente della FISM- Fondazione Italiana Sclerosi Multipla*

Servizio Ricerca

Pancetta e metabolismo in tilt nella mezza età? Ecco perché cresce il girovita

L'età aumenta l'attività di cellule che favoriscono l'aumento di adipociti. Le nuove cure puntano a prevenire i danni legati all'azione del tessuto adiposo viscerale

di Federico Mereta

10 luglio 2026

Solo in pochi riescono ad evitarla. Stiamo parlando della crescita del girovita con il passare degli anni. Quando si supera la soglia degli “anta” progressivamente il rischio di ritrovarsi con la pancetta si dilata, anche se magari non aumenta il peso totale. Il problema è che questa redistribuzione del tessuto adiposo, che porta il girovita ad allargarsi gradualmente facendo passare verso una conformazione a mela, non è propriamente indolore sul fronte metabolico. L'incremento di tessuto adiposo intraddominale infatti rallenta il metabolismo, porta alla produzione di sostanze che certo non favoriscono il benessere, facilita l'infiammazione. Il risultato è che alla fine aumenta il rischio di sviluppare diabete, crescono i pericoli di andare incontro ad infarto ed ictus ed altre cronicità a carico di rene e fegato. Ma come nasce questa sorta di “pedaggio” che l'organismo paga all'età? Da una ricerca apparsa su Science (primi autori Guan Wang, del City of Hope, e Gaoyan Li, dell'Università della California di Los Angeles – UCLA) giunge una possibile spiegazione biologica che renderebbe ragione dei mutamenti della distribuzione dell'adipe. A “guidare” il processo sarebbe infatti un tipo di cellula staminale adulta che compare proprio mentre procede il percorso dell'invecchiamento e che favorirebbe la produzione di adipociti.

Cellule sotto esame

La ricerca, che ha visto la collaborazione di esperti dell'Arthur Riggs Diabetes & Metabolism Research Institute del City of Hope e dell'Università della California di Los Angeles, ha individuato un nuovo tipo di cellula staminale che compare durante l'invecchiamento e che potrebbe contribuire alla produzione di nuovi adipociti. Partendo dall'analisi del tessuto adiposo “bianco”, quello metabolicamente più dannoso per il benessere che in qualche modo rappresenta il “salvadanaio” del grasso addominale che si accumula, gli esperti hanno provato ad andare oltre l'ipertrofia cellulare, ovvero l'aumento volumetrico degli adipociti tipico dell'avanzare dell'età. La loro ricerca è partita invece dallo studio dell'aumento numerico degli adipociti addominali, potenzialmente in gioco nella genesi dell'aumento del girovita, quindi dai meccanismi che portano alla comparsa di cellule adipose nuove. In questo senso, per vedere se e come la crescita numerica delle unità adipose potesse influire sullo sviluppo della “pancia”, gli scienziati hanno concentrato l'attenzione sulle cellule progenitrici degli adipociti o APC, staminali presenti nell'adipe che, come precursori, possono procedere con la maturazione fino a divenire adipociti maturi.

Cosa succede quando si invecchia

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

La ricerca ha previsto il trapianto di APC prelevate da animali giovani ed anziani in un gruppo di topi giovani. Ed è a questo punto che si è visto che le APC degli animali avanti con l'età hanno dato vita ad un gran numero di adipociti. Al contrario, trapiantando APC di animali giovani in topi anziani, la crescita di adipociti è risultata limitata. Questa è la prima prova della capacità di produrre grasso in grande quantità delle APC più vecchie, indipendentemente dall'animale che le ha ricevute. Ma non basta. Analizzando con il sequenziamento dell'RNA a singola cellula, mirata a valutare l'attività genica nelle singole cellule, si è visto che le APC risultano relativamente inattive nei topi giovani mentre negli animali di mezza età la loro attività cresce in modo esponenziale e stimola la produzione di moltissime cellule adipose. “Mentre la capacità di crescita della maggior parte delle cellule staminali adulte diminuisce con l'età, per le APC accade il contrario: l'invecchiamento sblocca il potere di queste cellule di evolversi e diffondersi – è il commento di uno degli autori dello studio riportato in una nota del City of Hope, Adolfo Garcia-Ocana -. Questa è la prima prova che la nostra pancia si espande con l'età a causa dell'elevata produzione di nuove cellule adipose da parte delle APC”.

Non solo APC

Per chiudere il cerchio, gli studiosi hanno anche visto che l'azione della senescenza va oltre l'attivazione delle APC. Negli animali di mezza età infatti di queste ultime si sono trasformate in preadipociti differenziati specifici per l'età (CP-A). Queste cellule sono comparse specificamente durante l'invecchiamento e si sono dimostrate particolarmente efficaci nella produzione di nuove cellule adipose. La loro comparsa potrebbe contribuire a spiegare perché i topi anziani accumulano più grasso con l'avanzare dell'età. Non solo: gli studiosi hanno anche individuato specifici segnali biologici che guidano la crescita di queste cellule negli animali anziani. Insomma: come ricorda un'altra autrice dello studio, Qiong (Annabel) Wang, con lo studio si è scoperto che “l'invecchiamento innesca la comparsa di un nuovo tipo di cellula staminale adulta e aumenta la produzione massiccia di nuove cellule adipose da parte dell'organismo, soprattutto nella zona addominale”. Come se non bastasse, i ricercatori hanno identificato cellule che assomigliavano molto alle CP-A appena scoperte e che queste sono state trovate in numero maggiore nei tessuti di individui di mezza età.

Prospettive future

Questa osservazione apre la strada a possibili terapie future per controllare e prevenire l'eccesso di adiposità addominale. “Comprendere il ruolo delle CP-A nei disturbi metabolici e come queste cellule emergono durante l'invecchiamento potrebbe portare a nuove soluzioni mediche per ridurre il grasso addominale e migliorare la salute e la longevità – conclude Wang -”. “Si sa da tempo che il tessuto adiposo contiene cellule staminali: in questo caso si parla di un cambiamento delle cellule staminali in questo tessuto legato al tempo – commenta Annamaria Colao, Vicepresidente del Consiglio Superiore di Sanità -. Al momento, appare fondamentale se si parla solo di grasso viscerale e in questo ci aiuteranno i futuri esperimenti. Ma non dobbiamo dimenticare che in base ad uno studio molto importante apparso qualche tempo fa sul New England Journal of Medicine per la longevità dopo i 65 anni converrebbe avere un lieve sovrappeso: l'aspettativa di vita sarebbe infatti più bassa negli obesi e nei magri. Insomma: se è vero che col tempo una quantità “giusta” di grasso può avere valore protettivo, se il meccanismo si attivasse troppo presto, con l'azione negativa del grasso viscerale, diventerà importante controllarlo”.



Servizio Nutrizione

I mercati contadini arrivano in 71 ospedali: la prevenzione parte dalla tavola

Centomila persone coinvolte dall'iniziativa di Coldiretti, Fondazione Campagna Amica e Fondazione Aletheia. Gasbarrini (Gemelli): alimentazione cruciale per il benessere

di Ernesto Diffidenti

10 luglio 2026

Quasi 100mila persone coinvolte in 71 ospedali aderenti in tutte le regioni italiane, oltre mille aziende agricole, decine di istituzioni regionali e aziende sanitarie mobilitate insieme a medici, nutrizionisti e volontari per affermare un principio semplice: la prevenzione comincia a tavola. È il bilancio di "Campagna Amica per la Salute", l'iniziativa promossa da Coldiretti, Fondazione Campagna Amica e Fondazione Aletheia, che ha coinvolto alcune delle principali eccellenze ospedaliere italiane ed europee, dal Policlinico Universitario Fondazione Agostino Gemelli Irccs e dall'Isola Tiberina – Gemelli Isola di Roma al Niguarda e alla Fondazione Irccs Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, dal Gaslini di Genova al Sant'Orsola Malpighi di Bologna, fino al Policlinico di Bari, agli Ospedali Civili di Palermo, all'Ospedale pediatrico Santobono Pausilipon di Napoli, al San Giovanni di Dio di Firenze, all'Ospedale pediatrico Città della Speranza di Padova e all'Ospedale Civile dell'Annunziata di Cosenza.

Incontro istituzionale al Gemelli

Ad aprire la giornata l'incontro istituzionale al Policlinico Universitario Fondazione Agostino Gemelli Irccs, primo ospedale ad avviare il progetto con Coldiretti, Fondazione Campagna Amica e Fondazione Aletheia. "Siamo stanchi di vedere malati che hanno patologie che potrebbero essere prevenute - ha affermato Antonio Gasbarrini, direttore scientifico della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli e presidente del comitato scientifico della Fondazione Aletheia -. Sappiamo che l'alimentazione è cruciale soprattutto nei primi vent'anni di vita. La scienza del microbioma ci ha mostrato che la salute non è soltanto l'assenza di malattia molecolare: è la resilienza di un ecosistema biologico complesso, plasmato da ciò che mangiamo, dall'ambiente in cui viviamo e dalle esperienze che attraversiamo". Per questo, ha aggiunto Gasbarrini, "portare un mercato agricolo in settanta ospedali italiani non è un gesto di comunicazione, ma è la dimostrazione che l'integrazione tra ambienti alimentari protettivi e infrastruttura sanitaria è possibile oggi".

I risultati di un Istant report Coldiretti/Censis

D'altra parte, secondo un Instant report Coldiretti/Censis "Mangiare bene per vivere meglio" presentato oggi in occasione dell'iniziativa, il 97% degli italiani considera essenziale mangiare in modo sano per prevenire le malattie come diabete, patologie cardiache e obesità ma spesso si fa fatica a distinguere un cibo che fa bene da uno che fa male. Così l'88% dei cittadini vuol conoscere la reale provenienza di un alimento e dei suoi ingredienti.

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

“Quando ingeriamo qualche alimento, dobbiamo avere le stesse certezze di quando assumiamo un farmaco. Oggi le principali cause di morte sono le malattie croniche non trasmissibili, che condividono un fattore di rischio comune: l'alimentazione - ha aggiunto Rocco Bellantone, presidente dell'Istituto superiore di sanità -. La salute si costruisce soprattutto nei luoghi di vita quotidiana, investire in prevenzione significa anche avere un impatto sulla sostenibilità del sistema sanitario nazionale”.

Il consumo di alimenti ultraformati

Secondo il report Coldiretti/Censis il 58% dei genitori riconosce che i figli, appena ne hanno la possibilità, tendono ad abbandonare un'alimentazione equilibrata, mentre la stessa percentuale si dichiara favorevole a limitare il consumo di alimenti ultraformati. Per Daniele Piacentini, direttore generale della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli Ircs “diffondere la cultura del cibo sano significa ridurre i rischi per la salute e costruire un modello che mette al centro il benessere delle persone.

“Con questa iniziativa - sottolinea dal canto suo Vincenzo Gesmundo, segretario generale della Coldiretti - dimostriamo, grazie al contributo scientifico degli oltre 70 ospedali coinvolti, che il cibo rappresenta uno dei più efficaci strumenti di prevenzione. Il cibo che fa bene: sano, naturale, tracciato e di qualità. L'esatto contrario di quel cibo che ammalia, frutto di manipolazioni e inganni, come l'olio venduto come extravergine senza esserlo, il grano trattato con glifosato che finisce sulle nostre tavole e tutti quei prodotti ultraformati che danneggiano soprattutto i giovani”.

Da mille agricoltori i prodotti simbolo della Dieta Mediterranea

Oltre mille agricoltori hanno portato negli ospedali i prodotti simbolo della Dieta Mediterranea – olio extravergine d'oliva, frutta e verdura, legumi, cereali, agrumi e frutta secca – mentre gli specialisti hanno illustrato il ruolo decisivo dell'alimentazione nella prevenzione delle principali patologie croniche e i rischi legati al consumo crescente di cibi ultraformati. “I nostri agricoltori - conclude Ettore Prandini, presidente della Coldiretti - possono garantire sulla qualità e quindi sulla salubrità dei prodotti che portano all'interno dei mercati, degli ospedali o in qualsiasi altro luogo. Questo progetto rappresenta una grande alleanza tra sanità, agricoltura, istituzioni, scuola e ricerca fondata su una convinzione semplice ma rivoluzionaria: investire nella prevenzione significa investire nel futuro del Paese”.

L'importanza di stili di vita corretti

Per il presidente della Fondazione Aletheia, Stefano Lucchini “essere oggi contemporaneamente in più di 70 ospedali d'Italia dimostra la rilevanza di questa iniziativa. È importante educare la popolazione ad assumere stili di vita corretti, partendo dall'alimentazione. Negli ospedali come nelle scuole, investendo sulle nuove generazioni, vogliamo creare consapevolezza, illustrando i benefici di una dieta ricca e corretta”.

L'iniziativa ha avuto anche un importante risvolto istituzionale con la firma di protocolli d'intesa tra federazioni regionali Coldiretti, Regioni e aziende sanitarie, destinati a dare continuità ai progetti di educazione alimentare e prevenzione. Tra questi significativi gli accordi sottoscritti con la Regione Veneto e con l'Ospedale Niguarda di Milano.

Scripta manent

«La campagna per gli aborti a Seveso e la scelta di essere medico per la vita»

Caro direttore, ho ascoltato con interesse il bel discorso tenuto dal Presidente della Repubblica venerdì 10 luglio in occasione del cinquantesimo anniversario della tragedia di Seveso. Si è trattato di un discorso interamente condivisibile, con opportuni richiami al significato di quanto era accaduto dal punto di vista del rispetto dell'ambiente, della salute pubblica, della sicurezza degli apparati produttivi. Per questi grandi temi, Seveso fu certo l'inizio di un positivo cambiamento di mentalità. Fu anche teatro di generosa solidarietà: vigili del fuoco, forze dell'ordine, istituzioni sanitarie e, in prima linea, la Chiesa locale. Come dimenticare il grande lavoro svolto allora dall'Ufficio Decanale di Assistenza e Coordinamento (Udac), recentemente ricordato da *Avvenire*? Ma Seveso fu anche qualcos'altro, una ferita che il Capo dello Stato ha preferito non riaprire, un tema che tutta la politica (e anche parte del mondo cattolico) ha scelto negli anni seguenti di archiviare ma che allora si rivelò lacerante. Pochi mesi prima che la nube tossica si scatenasse dagli impianti della Icmesa, la Corte costituzionale aveva pronunciato una storica sentenza per superare in tema di aborto i limiti, fino ad allora vigenti, dell'articolo 54 del Codice penale, che consentiva l'interruzione di gravidanza solo per stato di necessità (immediato pericolo di vita per la madre). Con la sentenza 27/1975 la Corte depenalizzò l'aborto volontario, ma «solo in caso di danno grave, medicalmente accertato e non altrimenti evitabile» per la salute della madre. Anche con tale apertura, tuttavia, non era divenuto lecito l'aborto eugenetico, per il

solo rischio di malformazioni del nascituro. Abilmente, Marco Pannella e il partito radicale sfruttarono l'occasione, agitando lo spettro dei «mostri» che sarebbero nati dalle gestanti entrate a contatto con la diossina.

Sottoposto a enorme pressione mediatica e di piazza, già ad agosto, un mese dopo il disastro ambientale, il Governo (presidente del Consiglio Andreotti, ministri della Giustizia Bonifacio e della Sanità De Falco) autorizzò l'interruzione volontaria di gravidanza per le donne residenti nella zona inquinata.

In assenza di legge, si utilizzò una interpretazione estensiva della citata sentenza 27/1975, di cui lo stesso ministro Bonifacio (allora in veste di presidente della Consulta) era stato estensore. In buona sostanza, il concetto di «terapeutico» previsto dalla sentenza fu allargato a comprendere il disagio psichico secondario allo stress derivante dalle paventate malformazioni.

Per la storia, è bene ricordare che non fu rilevata alcuna malformazione, né nelle autopsie dei feti abortiti né tra i bambini venuti alla luce da madri coraggiose, malgrado l'enorme pressione ad abortirli. Il Papa san Paolo VI e la Chiesa furono additati al pubblico ludibrio, come coloro che volevano il male delle donne e intendevano far nascere i «mostri» impedendo alle donne di abortire. Il dramma di Seveso divenne così l'occasione che permise di spalancare le porte alla futura legislazione sull'aborto (legge 194/1978), accelerandone i tempi di discussione, e che consentì poi di applicarla senza alcun effettivo limite, proprio facendo leva sul disagio psichico. Forse tutto sarebbe ugualmente

avvenuto anche senza Seveso, ma certamente con altre tempistiche e con maggiore resistenza culturale.

Seveso fu un acceleratore anche in tema di mentalità, cambiando per sempre l'impianto valoriale del popolo italiano. Meno di cinque anni dopo, il referendum del maggio 1981 avrebbe certificato che non c'era più nulla da conservare e che a noi cattolici, ormai minoranza nel Paese, sarebbe stato dato solo di ricostruire una cultura ormai distrutta, con pazienza e tenacia e con la prospettiva di tempi lunghissimi.

Come Archimede – certo che le leggi della fisica avrebbero consentito di sollevare anche la terra, disponendo di una leva e di un punto di appoggio adeguati –, il genio politico di Pannella intuì tutto questo e comprese che i «mostri» di Seveso potevano essere il grimaldello per spalancare la fessura della sentenza 27/1975, fino a realizzare una apertura senza barriere per l'aborto *on demand*. La stessa tecnica, caso dopo caso, è usata oggi per introdurre suicidio assistito ed eutanasia.

Quando si produsse il tremendo incidente di Seveso, io stavo limando la mia tesi di laurea. Due settimane dopo mi sarei laureato in Medicina alla Sapienza. Compresi con chiarezza che la medicina non sarebbe stata più la stessa e decisi di spendere da allora la mia professione a servizio della vita, nell'associazionismo medico cattolico, nel Movimento per la Vita e in Parlamento. Lo rifarei nuovamente.

Gian Luigi Gigli





Servizio La lettera

Io medico di famiglia in Casa di comunità ci vado per scelta non per obbligo. Ecco perché

Essere obbligati a svolgere parte delle ore in Casa di Comunità ci allontana dal nostro ruolo, ci fa fare “altro” che non sia occuparci dei nostri pazienti

*di Tullia Mastropietro**

10 luglio 2026

In Casa di Comunità ci voglio andare per scelta e non per obbligo, perché? Perché il mio lavoro è curare. Curare pazienti che conosco da anni e con i quali ho un rapporto fiduciario, che è il nucleo della mia professione. L'ho scelto per questo il mio lavoro, per stare vicino agli ammalati. E quest'obbligo mi toglie tempo, mi toglie presenza fisica, mi toglie prossimità. Io credo che il sistema sanitario stia crollando perché si è rinunciato al contatto con le persone, al volerle conoscere veramente. Ma se io non conosco un paziente, quando si ammala lo curerò con più difficoltà e con maggiori risorse. Lui si sentirà spaventato e senza riferimenti, alla ricerca di costanti conferme con accertamenti, spesso inutili, quanto difficili da eseguire a causa delle liste d'attesa.

Essere obbligati a svolgere parte delle ore in Casa di Comunità ci allontana dal nostro ruolo, ci fa fare “altro” che non sia occuparci dei nostri pazienti. Già il tempo ci manca, toglierne altro per me personalmente significherebbe ridurre il contatto telefonico con gli assistiti, ridurre le visite domiciliari non strettamente necessarie, chiudere qualcuno dei miei sei ambulatori montani, dovermi limitare agli orari ambulatoriali minimi previsti. Tutto questo per attraversare la valle ed andare in un altro ambito in Casa di Comunità ad assistere pazienti che non conosco e che hanno un medico, nelle mie stesse condizioni, che non ha avuto il tempo per assisterli! Chiunque dovrebbe capire che questo è un paradosso! Togliere i medici dal loro territorio vuol dire anche far spostare i pazienti e privarli dell'unico riferimento di fiducia all'interno di un vortice sanitario che crea confusione e disorientamento.

L'altro grande problema sono i futuri colleghi: il nostro lavoro non li attrae più. Il rapporto fiduciario e la presa in carico dei pazienti, nella loro complessità, sono da sempre stati la motivazione principale per intraprendere questa professione. Obbligarli a turni massacranti in Casa di Comunità, sottraendo loro tempo alla conoscenza e alla cura dei nuovi assistiti (perché questo è richiesto con la nuova convenzione a Ruolo Unico) li sta facendo desistere. Poche adesioni ai nuovi bandi, moltissime rinunce dopo appena qualche mese di incarico. Questa è una strada senza futuro! Qualcuno deve assolutamente intervenire per restituirci il nostro lavoro, che è quello di stare nei nostri ambulatori, sul nostro territorio vicino ai nostri assistiti.

Sono moltissimi ormai i colleghi che non vogliono snaturare o dover rinunciare al proprio lavoro e si stanno organizzando in movimenti spontanei per far sentire la loro voce, come dimostra la recente lettera aperta di 700 medici lombardi (ora giunti a 1000) al proprio milione di assistiti, con la quale noi professionisti ci appelliamo al sostegno dei pazienti ed all'attenzione delle istituzioni.

Credo che le Case di Comunità siano una grande opportunità di implementazione dei servizi locali, di coordinamento delle risorse territoriali e possano diventare uno strumento di visione complessiva della comunità. Tuttavia, pensare di riempirle sottraendo ore ai medici di famiglia, non è la strada corretta. Questo obbligo va contro gli stessi interessi dei pazienti!

**Medico di Medicina Generale in Val Brembana (Bg)*

Servizio Le pagelle del Ssn

Così i no vax fanno crollare Bolzano in basso alla classifica delle cure

La Provincia registra da sempre e storicamente coperture vaccinali inferiori rispetto alla media nazionale, confermandosi spesso nelle ultime posizioni in Italia per i tassi di immunizzazione

di Marzio Bartoloni

10 luglio 2026

Bolzano - insieme solo a Calabria e Sicilia - è l'unica a incassare una insufficienza nelle nuove pagelle sulle cure appena pubblicate dal ministero della Salute: la matita rossa riguarda in particolare la prevenzione. La provincia di Bolzano, infatti, registra da sempre e storicamente coperture vaccinali inferiori rispetto alla media nazionale, confermandosi spesso nelle ultime posizioni in Italia per i tassi di immunizzazione. E così in base a questo parametro al contrario a esempio della provincia di Trento l'Alto Adige scende in basso, praticamente tra le ultime posizioni, in questa graduatoria nazionale appena pubblicata su chi garantisce meglio i livelli essenziali di assistenza e cioè le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è chiamato a erogare in modo gratuito e omogeneo da Nord a Sud del Paese. Sotto la lente di queste "pagelle" le cure sotto tutti i suoi aspetti: dall'ospedale misurando l'efficacia dei ricoveri alla prevenzione calcolando a esempio la percentuale di bambini vaccinati fino alla sanità sul territorio dove tra gli indicatori c'è la quota di anziani curati a casa.

La bassa percentuale di immunizzazione pesa sulla posizione di Bolzano

Il dato negativo viene attribuito in particolare al movimento no vax, molto presente nelle vallate dell'Alto Adige. Con 59 punti nell'area prevenzione, quella ottenuta da Bolzano è l'unica insufficienza che si registra in Trentino-Alto Adige, contro i 98 punti di Trento. Nelle aree distrettuale e ospedaliera le due Province sono nettamente sopra la media nazionale. La Provincia di Bolzano tradizionalmente ha un tasso di immunizzazione molto basso, anche per quanto riguarda la vaccinazioni pediatriche. Secondo dati recenti, in Alto Adige solo l'87,11% dei bambini a 24 mesi è coperto contro la polio, contro il 95% raccomandato dall'Oms. In merito all'insufficiente nella prevenzione l'Azienda sanitaria di Bolzano precisa che "il valore che continua a risultare contenuto nell'ambito della prevenzione sanitaria è riconducibile alla limitata adesione alle vaccinazioni registrata in Alto Adige". Per questo motivo, la Provincia autonoma di Bolzano e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige promuovono da anni specifiche campagne di informazione e sensibilizzazione, come quelle dedicate alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni dell'infanzia.

L'Asl annuncia un piano per potenziare la prevenzione

Secondo l'Azienda sanitaria, "più in generale, la tutela della salute e la prevenzione rappresentano un asse strategico del programma di governo della Provincia autonoma di Bolzano". Attualmente è

in fase di predisposizione il nuovo Piano provinciale della prevenzione, che prevede misure di informazione e sensibilizzazione, nonché interventi “volti a rafforzare la consapevolezza della popolazione e la competenza in materia di salute nei diversi ambiti della prevenzione, quali l'attività fisica, l'alimentazione e la salute mentale, oltre che della prevenzione clinica, come gli screening e, non da ultimo, le vaccinazioni”. L'insieme di queste iniziative - viene evidenziato - “sta producendo effetti positivi”. “Gli indicatori relativi all'area della prevenzione hanno evidenziato un miglioramento costante nel corso degli ultimi anni e vi è fiducia che anche nelle rilevazioni del Monitoraggio Lea relative al 2025 e al 2026 si registrerà un ulteriore incremento dei risultati conseguiti”, conclude l'Azienda sanitaria.

Regione, conti della sanità in utile per 3 anni di fila «Via dal piano di rientro»

►Dopo un ventennio la Pisana può tornare a utilizzare fondi fino ad ora indisponibili. Uti reinvestiti nel piano di assunzioni di sanitari e nell'acquisto di nuovi macchinari

IL REPORT

Terzo anno consecutivo con i conti della sanità del Lazio che chiudono in attivo. E, ora, si apre la strada alla definitiva uscita dal piano di rientro del debito sanitario della regione.

Il rapporto sulla scrivania del governatore del Lazio, Francesco Rocca, e del direttore regionale della Salute, Andrea Urbani, traccia un bilancio lusinghiero: nel 2022, al momento del cambio di colore politico fra la Giunta di centrosinistra e quella di centrodestra, i conti della sanità - quindi, ospedali, medici, infermieri, farmaci - faceva segnare un profondo rosso a meno 130 milioni. L'anno successivo, bilancio 2023, la prima inversione di tendenza con un segno positivo, a +32 milioni. Nel 2024, il risultato è stato ancora migliore, +122 milioni. E, nel bilancio dello scorso anno, il 2025, ancora in attivo, con un +7,4 milioni di euro. Tutti gli utili sono stati reinvestiti per il potenziamento delle strutture sanitarie; sono arrivate e pagate tutte le macchine - le tac, le risonanze magnetiche, gli ecografi e via dicendo - per il rinnovo e l'implementazione delle dotazioni tecnologiche; ed è stato varato un enorme piano di assunzioni di medici, infermieri, operatori socio sanitari fra stabilizzazioni, nuove assunzioni e ricambio di personale per i pensionamenti.

Numeri importanti che, ov-

viamente, non sono frutto di un miracolo divino.

«RISORSE REINVESTITE»

Spiega il presidente Rocca: «I numeri raccontano una storia che va oltre i bilanci. Raccontano una Regione che ha scelto di amministrare con rigore per restituire valore alle persone. Siamo passati dal disavanzo di 130 milioni di euro ereditato nel 2022 agli utili del 2023, 2024 e 2025. Risorse che non sono rimaste sulla carta, ma sono state interamente reinvestite nella sanità pubblica. Perché una gestione attenta dei conti significa poter acquistare nuove tecnologie, ammodernare le strutture, migliorare i servizi e garantire cure sempre più efficaci ai cittadini. Grazie agli avanzi di amministrazione abbiamo già destinato 154 milioni di euro al rafforzamento del nostro servizio sanitario. È la dimostrazione che il buon governo delle risorse pubbliche non è un fine, ma uno strumento per costruire una sanità più forte, più moderna e più vicina ai bisogni delle persone».

FISCO

L'elemento più importante di questo triennio di segni più sulle tabelle di bilancio è il fatto che ora la Regione può chiedere e ottenere dal Governo che il Lazio esca dal lunghissimo percorso di commissariamento dei bilanci della salute e, quindi, torni in possesso di quello che i tecnici regionali chiamano «tornare in possesso degli automatismi fiscali indispensabili per la riduzione della pressione fiscale

per i redditi più bassi». Traduciamo: non sarà immediato ma sarà presto. Uscire dal debito e dalla procedura ad esso collegata consentirà a via Cristoforo Colombo di impostare diversi livelli di pressione fiscale, non essendo più vincolati, dopo quasi un ventennio, a regole esterne, commissariali appunto, intervenendo sull'addizionale Irpef regionale a partire, come ha spesso ripetuto Rocca, dalle fasce più deboli della popolazione. Come, quando e quanto sarà il tema dei prossimi mesi.

Da evidenziare, poi, un altro elemento rilevante per comprendere l'importanza di questo dato: il bilancio consolidato del 2025 delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Lazio si chiude anche con un ulteriore importante dato: per la prima volta, infatti, quattro Aziende Sanitarie - l'Asl di Rieti, l'Ares 118, INMI Spallanzani e l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - hanno ottenuto la certificazione dei conti da parte di società di revisione contabile.

Fernando M. Magliaro



Il governo del Lazio



Dai servizi meno cari alle tasse cosa può cambiare per i cittadini

► Con i bilanci in ordine è possibile l'aumento dei contributi a favore dei pazienti. L'esempio dei non udenti, che adesso possono avere senza costi un apparecchio

IL FOCUS

Terzo anno consecutivo di bilanci della sanità in attivo. La Regione chiederà di uscire dal commissariamento e, quindi, tornerà in grado di stabilire la politica fiscale sanitaria senza sottostare alle regole del rientro dal debito. Ma è una cosa che avverrà in avanti. Esattamente, però, questo attivo nei conti cosa cambia per i cittadini?

NON UDENTI

Al quesito, i funzionari della Regione rispondono parlando di aumento dell'offerta di salute, di contratti con i medici, di case della salute. Tutto giusto. Ma c'è un esempio che, forse, può contribuire a spiegare meglio cosa significa per un cittadino un bilancio sanitario in attivo.

Nel Lazio sono registrati circa 3.500 persone non udenti che hanno bisogno dell'apparecchio acustico. Fino ad oggi, ogni paziente poteva acquistare un apparecchio usufruendo di un contributo regionale di 1.263 euro. Con i bilanci in attivo, la Regione ha varato una ridefinizione del cosiddetto "nomenclatore", più semplicemente il tariffario di quanto viene pagato garantendo una nuova soglia superiore di quasi 500 euro alla precedente di 1.750 euro. Questo consentirà maggiori possibilità per i non udenti di acquistare apparecchi acustici di ultima generazione. «Grazie all'aggiornamento del nomenclatore regionale, circa 3500 non udenti potranno accedere a dispositivi acustici

di ultima generazione senza dover sostenere costi aggiuntivi. Si tratta di un intervento concreto che adegua le tariffe al reale valore delle tecnologie disponibili e che introduce un'importante novità: le nuove condizioni saranno garantite per l'intero arco della vita, anche dopo il raggiungimento della maggiore età. Devo ringraziare il prezioso lavoro delle associazioni dei pazienti che, con attenzione e metodo, ci hanno consentito di comprendere meglio le loro specifiche esigenze per mettere a disposizione prodotti e percorsi di assistenza sempre più appropriati e una tutela più efficace dei cittadini», spiega il direttore della direzione Salute e integrazione sociosanitaria della Regione Lazio, Andrea Urbani. E, il governatore Rocca aggiunge: «Compriamo una scelta di giustizia e di attenzione concreta verso le persone. Sentire bene non significa soltanto poter usufruire di una tecnologia più avanzata: significa poter parlare con i propri familiari, seguire una lezione, svolgere il proprio lavoro, partecipare pienamente alla vita sociale e relazionale. Per chi vive una condizione di ipoacusia, un ausilio adeguato rappresenta uno strumento di autonomia, inclusione e dignità. Per questo abbiamo adeguato le tariffe ai costi effettivi dei dispositivi

oggi disponibili, accogliendo le istanze delle associazioni dei pazienti e dei professionisti del settore». La questione dei non udenti è un esempio, specifico e concreto di come siano stati reinvestiti i fondi aggiuntivi della sanità.

Uno degli elementi che caratterizza la politica regionale sulla sanità è quello delle assunzioni. Sono, come detto, medici, infermieri, veterinari, tecnici di laboratorio o di radiologia, operatori socio sanitari (oss). I numeri sono semplici. Nel triennio è stato varato un piano per 14mila unità. Nel 2022, stando ai numeri della Regione, risultavano in servizio in tutto il Lazio circa 50mila persone fra medici, infermieri, tecnici e oss. Le 14mila assunzioni totali di nuovo personale sono tutt'ora in corso: ci sono ancora concorsi aperti e non conclusi. Di questi 14mila, una parte sono stabilizzazioni di personale che già operava, spesso legato dall'emergenza del Covid, e che ora vede il suo contratto diventare a tempo indeterminato. In altri casi, si tratta di assunzioni di personale che prende il posto di quanti sono andati in pensione. Queste due voci valgono circa 5mila posti di lavoro. Ma, per la maggior parte sono nuovi posti di lavoro. L'obiettivo è arrivare al termine delle procedure ad avere 60mila unità di persone assunte nell'intero comparto salute. Al momento, ne risultano assunte già 10mila, il che, tolte le stabilizzazioni e il ricambio dei pensionamenti, porta l'attuale pianta orga-

ASSUNZIONI

STAMPA LOCALE ROMA CAPITALE



nica regionale a circa 55mila unità. E nei prossimi mesi il ciclo si chiuderà con le ultime 5mila assunzioni. Una spesa resa possibile proprio dal cambio di segno sui bilanci.

Pochi giorni fa, poi, la Regione ha chiuso un accordo con i sindacati dei medici. L'Accordo migliora le condizioni di lavoro dei medici di medicina generale e rende più omogenee le tutele, prevedendo la parità di trattamento economico tra i medici già in servizio e i nuovi incaricati; maggiori tutele personali, come nei casi di maternità, gravidanza, disabilità; la valorizzazione economica del ruolo

del medico di Medicina generale e, soprattutto, una maggiore integrazione tra le Case della Comunità e gli altri servizi territoriali. E, anche questo, è il frutto del miglioramento dei conti.

Fer. M. Mag.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

POSSIBILE AUMENTARE LE ASSUNZIONI DI MEDICI E INFERMIERI PER GARANTIRE MAGGIORE ASSISTENZA A CHI NE HA BISOGNO

Il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca, terzo da destra, inaugura il nuovo Centro Sant'Anna, un presidio specialistico pubblico di secondo livello della Asl Roma 1 interamente dedicato alla salute della donna



Sanità, bilancio in attivo ma tasse ancora alte

Bilancio della sanità in attivo. Per il terzo anno consecutivo. Ma nonostante proprio la sanità pesi per il 70% sulle finanze regionali il Lazio continua ad avere l'Irpef più pesante d'Italia. Con il risultato che i cittadini si trovano con stipendi decurtati tra i 400 e i 1200 euro l'anno all'incirca e dunque con meno soldi sul conto corrente rispetto a quelli di altri loro colleghi che risiedono in altre Regioni. Il bilancio della sanità regionale si è chiuso lo scorso anno con un utile di 7,4 milioni di euro. «Prosegue il percorso

virtuoso intrapreso che ha invertito la tendenza negativa ereditata nel 2022, (quando il disavanzo è stato di 130 milioni) e riportato i conti in equilibrio nel 2023 e nel 2024 con 122 milioni di euro di avanzo positivo».

di **CLEMENTE PISTILLI** ➔ a pagina 5



Sanità, bilancio in attivo ma le tasse restano alte “Ora si può cambiare”

La Regione si prepara
a chiedere l'uscita
dal piano di rientro
poi si valuterà
l'eventuale taglio dell'Irpef

di **CLEMENTE PISTILLI**

Bilancio della sanità in attivo. Per il terzo anno consecutivo. Ma nonostante proprio la sanità pesi per il 70% sulle finanze regionali il Lazio continua ad avere l'Irpef più pesan-

te d'Italia. Con il risultato che i cittadini si trovano con stipendi decurtati tra i 400 e i 1200 euro l'anno all'incirca e dunque con meno soldi sul conto corrente rispetto a quelli di altri loro colle-

ghi che risiedono in altre regioni.

Il bilancio della sanità regionale si è chiuso lo scorso anno con un utile di 7,4 milioni di euro. «Prosegue il percorso virtuoso



so intrapreso che ha invertito la tendenza negativa ereditata nel 2022, (quando il disavanzo è stato di 130 milioni) e riportato i conti in equilibrio nel 2023, con un utile di bilancio di 32 milioni, e nel 2024 con 122 milioni di euro di avanzo positivo», specifica dalla Regione.

«I numeri – dichiara il presidente Francesco Rocca – raccontano una storia che va oltre i bilanci. Raccontano una regione che ha scelto di amministrare con rigore per restituire valore alle persone. Le risorse sono state interamente reinvestite nella sanità pubblica. Perché una gestione attenta dei conti significa poter acquistare nuove tecnologie, ammodernare le strutture, migliorare i servizi e garantire cure sempre più efficaci ai cittadini».

Ma le tasse continuano ad essere pesantissime e a non godere di buona salute sono così i bilanci familiari. L'Irpef per il 2026 è fissata all'1,73% per i redditi fino a 28mila euro e sale al

3,33% per la fascia oltre i 28mila. C'è poi da aggiungere l'Irpef nazionale e, in base al municipio o al comune di residenza, l'addizionale comunale. L'addizionale più alta a livello nazionale.

Tutto a causa proprio dei vecchi debiti della sanità. Il Lazio è infatti uscito dal commissariamento, ma non dal piano di rientro. La spesa continua così ad essere vigilata, alcune prestazioni non possono essere remunerate di più di quanto previsto dai cosiddetti Lea (Livelli essenziali di assistenza) e non si può disporre dell'Irpef a proprio piacimento.

Tutto inutile dunque il bilancio della sanità in attivo? Assolutamente no. Il risultato, oltre a garantire un'assistenza migliore, essendo stato raggiunto per il terzo anno consecutivo consente infatti alla Regione di poter chiedere al Governo di uscire dal piano di rientro, passaggio che successivamente consente di poter valutare il taglio dell'imposta. Importanti due ap-

puntamenti: il 16 luglio la parifica del bilancio presso la Corte dei conti e il 29 luglio il tavolo con i ministeri dell'Economia e della Salute. Se tutto andrà bene tra settembre e ottobre la Regione potrà chiedere a Palazzo Chigi di uscire dal piano di rientro.

Rocca sembra ottimista. «Il risultato raggiunto – evidenziano dalla Regione – ci mette nelle condizioni di stringere i tempi per avviare la richiesta di uscita dal piano di rientro (partito nel 2007). Ciò permetterà, dopo quasi vent'anni di attesa, di tornare in possesso degli automatismi fiscali indispensabili per la riduzione della pressione fiscale per i redditi più bassi».

I NUMERI

7,4

Milioni

Il risultato positivo ottenuto lo scorso anno dal bilancio della sanità del Lazio

1.200

Euro

L'incidenza massima all'incirca dell'imposta sugli stipendi dei lavoratori laziali

16

Luglio

La parifica del bilancio presso la Corte dei Conti



Dir. Resp.: Luciano Fontana

L'INIZIATIVA AL GEMELLI

Prevenzione, negli ospedali i mercati del cibo

Il cibo sano è il primo strumento di prevenzione: presentata al Policlinico Gemelli «Campagna Amica per la salute». a pagina 7 **Salvatori**

**Campagna
amica**

Il mercato in ospedale: così l'alimentazione diventa una questione di salute

Da ieri al Gemelli si acquistano prodotti biologici

C'è cibo e cibo. Quello che aiuta a vivere meglio e più a lungo e quello che aumenta il rischio che insorgano malattie. Per questo, per riportare l'attenzione su ciò che si porta in tavola, sull'importanza di evitare gli alimenti ultra processati e di favorire invece quelli sani e freschi, biologici o a chilometro zero, in 70 ospedali italiani arrivano i mercati contadini con l'iniziativa «Campagna Amica per la salute». E ieri al Policlinico Gemelli, primo ospedale ad avviare il progetto con Coldiretti, Fondazione Campagna Amica e Fondazione Aletheia, c'erano anche il sindaco Roberto Gualtieri, il presidente della Regione, Francesco Rocca, il ministro dell'Agricoltura, Francesco Lollobrigida, il presidente dell'Istituto superiore di sanità, Rocco Bellantone.

Un'alleanza che ha l'obiettivo di promuovere corretti modelli di consumo come primo strumento di prevenzione e di

difesa per esempio dall'olio contraffatto e dal grano trattato con il glifosate, dagli energy drink e dalle barrette proteiche, da snack salati e merendine. Al riguardo il Comune ha annunciato la linea dura: «Roma Capitale — ha detto Gualtieri — è al lavoro per superare la presenza di cibi ultraprocesati e ultraformulati nel nuovo bando delle mense scolastiche, perché Roma sia la prima città a eliminarli dai pasti dei ragazzi». Un sentiero che condivide anche la Regione: «L'alimentazione deve entrare stabilmente nella formazione sanitaria — ha aggiunto il presidente Rocca —. Se vogliamo costruire una vera cultura della prevenzione, medici, istituzioni e mondo agricolo devono lavorare insieme. Il cibo sano non è solo una scelta individuale, ma una politica di salute pubblica».

Nel Lazio oltre all'ospedale di via di Pineta Sacchetti, hanno aderito all'iniziativa anche

Gemelli Isola, Santa Rosa a Viterbo e Spaziani a Frosinone. «Essere in 70 ospedali d'Italia dimostra la rilevanza di questa iniziativa. Vogliamo creare consapevolezza, illustrando i benefici di una dieta ricca e corretta», ha affermato Stefano Lucchini, presidente della Fondazione Aletheia. «Da tempo denunciavamo i rischi legati alla diffusione di alimenti ricchi di additivi e lontani dal cibo sano — ha detto David Granieri, presidente di Coldiretti Lazio —. Investire sulla qualità del cibo significa investire nella prevenzione, nella salute dei cittadini e nel futuro delle nuove generazioni». «Portare un mercato agricolo in 70 ospedali italiani è la dimostrazione che l'integrazione tra ambienti alimentari



protettivi e infrastruttura sanitaria è possibile», le parole di Antonio Gasbarrini, direttore scientifico Fondazione Gemelli. «La prevenzione attiva, portata dentro le mura dell'ospedale attraverso il linguaggio concreto del cibo di qualità, è un modello che siamo orgogliosi di ospitare e di promuovere», ha fatto seguito il presidente Daniele Franco. «La sa-

lute si costruisce ogni giorno, non soltanto quando si è ammalati. Questa iniziativa trasforma l'ospedale in un ambiente che parla di benessere anche a chi è sano», ha concluso il direttore generale Daniele Piacentini.

Clarida Salvatori



Cibo Il banco alimentare al Gemelli

