

3 agosto 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



Aris, 'rinnovo contratti sanità privata è priorità ma servono risorse'

L'associazione datoriale, "i budget Ssn assegnati bloccati per legge dal 2012"

ROMA, 31 luglio 2026, 12:29

L'**Aris** (Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari) ritiene "assolutamente legittima" la richiesta di rinnovo dei contratti da parte dei lavoratori della sanità privata convenzionata, ma ritiene che debba essere affrontata all'interno di una più ampia strategia di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale (Ssn), che riconosca il ruolo di tutte le sue componenti pubbliche e private accreditate.

E' quanto sostiene la stessa Aris, che esprime "piena attenzione rispetto alle preoccupazioni espresse dalle organizzazioni sindacali".

Per l'ente datoriale, "garantire dignità, stabilità e prospettiva ai professionisti che operano quotidianamente a servizio dei cittadini è un obiettivo condiviso, a cui Aris ha risposto con l'apertura dei tavoli sindacali nel 2026, nonostante i budget Ssn assegnati siano bloccati per legge dal 2012".

"Va inoltre ricordato - sostiene l'Aris - che nel 2020 il Ccnl delle strutture sanitarie è stato rinnovato fidandosi degli impegni assunti e non mantenuti dall'allora ministro della Salute e dalle Regioni per l'adeguamento delle tariffe e nel 2024 è stato sottoscritto l'accordo ponte Ccnl CdR e Rsa".

L'Aris sottolinea poi come le tariffe di riferimento per le strutture sanitarie (i Drg) siano rimaste ferme per 15 anni e non hanno seguito l'incremento dei costi, che sono cresciuti in pari periodo di oltre il 25% a causa dell'incremento dei costi dell'energia, del personale, dei servizi di supporto e dei costi per le tecnologie.

"In simili condizioni, le strutture non possono offrire adeguamenti contrattuali se il governo e le Regioni non stanziavano congrue risorse per farlo - spiega l'associazione -.

Questo sia a tutela dei lavoratori ma anche della sostenibilità delle strutture, che assicurano le prestazioni ai cittadini in regime Ssn".

Il contratto nazionale di lavoro del settore Sanità privata, firmato con le organizzazioni datoriali Aiop (Associazione Italiana Ospedalità Privata) e Aris, risulta scaduto da 8 anni (fermo dal 2018).

Per il comparto Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) e Riabilitazione, i lavoratori attendono il rinnovo da 14 anni. Oltre 300.000 sono i professionisti del settore sociosanitario e privato accreditato in attesa dei rinnovi contrattuali.

Contratti sanità privata. Aris: “Rinnovo è priorità, ma servono risorse adeguate e tariffario sostenibile”

Il sistema dell'accreditamento, sottolinea Aris, “si fonda sulla remunerazione delle prestazioni attraverso tariffe che devono riflettere i costi effettivamente sostenuti” e che invece “sono ferme per 15 anni e non hanno seguito l'incremento dei costi di oltre il 25%, che sono cresciuti in pari periodo di oltre il 25%”.

ARIS esprime “piena attenzione” rispetto alle preoccupazioni espresse ieri dalle organizzazioni sindacali in merito al rinnovo dei contratti collettivi della sanità privata. “Garantire dignità, stabilità e prospettiva ai professionisti che operano quotidianamente a servizio dei cittadini è un obiettivo condiviso, a cui ARIS ha risposto con l’apertura dei tavoli sindacali nel 2026, nonostante i budget SSN assegnati siano bloccati per legge dal 2012”, scrive in una nota l’Associazione datoriale. Che sottolinea come “nel 2020 il CCNL delle strutture sanitarie è stato rinnovato fidandosi degli impegni assunti e non mantenuti dall’allora Ministro della Salute e dalle Regioni per l’adeguamento delle tariffe e nel 2024 è stato sottoscritto l’accordo ponte CCNL CdR e RSA”.

L’ARIS ritiene assolutamente legittima la richiesta di rinnovo dei contratti da parte dei lavoratori, ma ritiene che debba essere affrontata all’interno di una più ampia strategia di sostenibilità del SSN, che riconosca il ruolo di tutte le sue componenti pubbliche e private accreditate.

“Il sistema dell’accreditamento – spiega – si fonda, infatti, sulla remunerazione delle prestazioni attraverso tariffe che devono riflettere i costi effettivamente sostenuti per garantire qualità, sicurezza e continuità assistenziale, eppure le tariffe di riferimento per le strutture sanitarie (i DRG) sono rimaste ferme per 15 anni e non hanno seguito l’incremento dei costi, che sono cresciuti in pari periodo di oltre il 25% a causa dell’incremento dei costi dell’energia, del personale, dei servizi di supporto e dei costi per le tecnologie. In simili condizioni, le strutture non possono offrire adeguamenti contrattuali se il Governo e le Regioni non stanziavano congrue risorse per farlo. Questo sia a tutela dei lavoratori ma anche della sostenibilità delle strutture, che assicurano le prestazioni ai cittadini in regime SSN. E le due cose possono stare insieme solo se Governo e Regioni assumono fino in fondo la responsabilità di finanziare adeguatamente le prestazioni che chiedono al sistema di erogare”.

“Il disagio delle nostre Strutture – prosegue ARIS – è del resto confermato dal recente Rapporto dell’Area Studi Mediobanca (richiamato più volte negli ultimi giorni dalle stesse organizzazioni sindacali a sostegno delle loro posizioni), che evidenzia inequivocabilmente come il risultato operativo delle strutture no profit presenti valori negativi per tutti i periodi di riferimento, perché alla crescita del fatturato, purtroppo, si è associata una crescita più che proporzionale dei costi. Eppure, nonostante le grandi difficoltà, in questi anni le nostre Strutture hanno continuato a sostenere l’assistenza sanitaria e sociosanitaria del Paese, contribuendo in modo significativo alla riduzione delle liste d’attesa e alla tenuta complessiva del Servizio Sanitario Nazionale”.

L’Associazione Religiosa degli Istituti Socio Sanitari precisa come, tuttavia, non sia realistico chiedere alle strutture accreditate di sostenere aumenti strutturali del costo del lavoro, senza prevedere, preliminarmente, un incremento delle tariffe adeguato all’incremento dell’inflazione e al costo del personale che si è avuto negli ultimi 15 anni. “Per i rinnovi del personale pubblico sono stati stanziati oltre 2 miliardi anno dal 2024, non si può pensare che le strutture private accreditate

possano rinnovare a tariffe invariate dal 2012 e che la stessa AGENAS certifica essere da diversi anni incongrue nella maggior parte dei casi”.

“Si parla da mesi – argomenta ARIS – di un incremento dei DRG di circa il 4%, se così fosse non potremmo che ringraziare il Governo per un primo segnale concreto nella giusta direzione dopo molti anni, ma potrà essere valutato positivamente solo con la certezza che rappresenti l’inizio di un percorso di revisione dei DRG, che nel prossimo biennio deve prevedere un reale adeguamento all’incremento dei costi intervenuto nel settore, altrimenti sarà del tutto inadeguato a sostenere ogni ragionevole rinnovo per i lavoratori”.

La sfida, spiega l’Associazione, è mantenere il Servizio Sanitario Nazionale realmente universale, “su questo sono impegnate ogni giorno anche le nostre strutture, che sono parte integrante del Sistema Sanitario Regionale e offrono prestazioni gratuite al cittadino che accede tramite SSN”. Ma queste prestazioni, ribadisce, “devono essere adeguatamente remunerate dalla Stato attraverso i DRG e tariffe ambulatoriali congrue, altrimenti oltre il 30% delle prestazioni sanitarie, che oggi sono erogate dalla strutture accreditate, verrà inevitabilmente meno. Questa sfida si può vincere solo se le componenti del sistema, pubbliche e private accreditate, vengano messe nelle condizioni di operare secondo criteri di equità, sostenibilità e pieno riconoscimento del proprio ruolo per la salute pubblica”, conclude ARIS.

31 Luglio 2026

Sanità privata, ARIS: “Il rinnovo dei contratti è una priorità, ma servono risorse adeguate e tariffe sostenibili”

Lug 31, 2026 | Voci

L'Associazione risponde alle preoccupazioni dei sindacati: legittima la richiesta di rinnovo, ma gli adeguamenti contrattuali devono inserirsi in una strategia complessiva di sostenibilità del SSN, con DRG e tariffe aggiornati ai costi reali

ARIS esprime piena attenzione rispetto alle preoccupazioni sollevate dalle organizzazioni sindacali sul rinnovo dei contratti collettivi della sanità privata. Garantire dignità, stabilità e prospettiva ai professionisti che ogni giorno operano al servizio dei cittadini è, per l'Associazione, un obiettivo condiviso. Proprio in questa direzione, ARIS ricorda di aver aperto nel 2026 i tavoli sindacali, pur in presenza di budget SSN assegnati e bloccati per legge dal 2012.

L'Associazione ricorda inoltre che nel 2020 il CCNL delle strutture sanitarie è stato rinnovato confidando negli impegni assunti, ma non mantenuti, dall'allora Ministro della Salute e dalle Regioni sull'adeguamento delle tariffe. Nel 2024, invece, è stato sottoscritto l'accordo ponte per il CCNL CdR e RSA.

Per ARIS, la richiesta di rinnovo dei contratti da parte dei lavoratori è assolutamente legittima, ma deve essere affrontata all'interno di una strategia più ampia di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, capace di riconoscere il ruolo di tutte le sue componenti, pubbliche e private accreditate.

Il nodo centrale riguarda il sistema dell'accreditamento, che si fonda sulla remunerazione delle prestazioni attraverso tariffe in grado di riflettere i costi effettivamente sostenuti per garantire qualità, sicurezza e continuità assistenziale. Tuttavia, sottolinea ARIS, le tariffe di riferimento per le strutture sanitarie, i DRG, sono rimaste ferme per 15 anni e non hanno seguito l'incremento dei costi, cresciuti nello stesso periodo di oltre il 25% a causa dell'aumento dell'energia, del personale, dei servizi di supporto e delle tecnologie.

In queste condizioni, secondo l'Associazione, le strutture non possono offrire adeguamenti contrattuali se Governo e Regioni non stanziavano risorse congrue. Si tratta di una condizione necessaria sia per tutelare i lavoratori sia per salvaguardare la sostenibilità delle strutture che assicurano prestazioni ai cittadini in regime SSN. Le due esigenze, evidenzia ARIS, possono stare insieme solo se Governo e Regioni assumono fino in fondo la responsabilità di finanziare adeguatamente le prestazioni richieste al sistema.

Il disagio delle strutture, prosegue ARIS, è confermato anche dal recente Rapporto dell'Area Studi Mediobanca, più volte richiamato negli ultimi giorni dalle stesse organizzazioni sindacali, che evidenzia come il risultato operativo delle strutture no profit presenti valori negativi in tutti i periodi di riferimento, perché alla crescita del fatturato si è associata una crescita più che proporzionale dei costi.

Nonostante le difficoltà, le strutture aderenti ad ARIS hanno continuato in questi anni a sostenere l'assistenza sanitaria e sociosanitaria del Paese, contribuendo in modo significativo alla riduzione delle liste d'attesa e alla tenuta complessiva del Servizio sanitario nazionale.

Per l'Associazione, non è realistico chiedere alle strutture accreditate di sostenere aumenti strutturali del costo del lavoro senza prevedere prima un incremento delle tariffe adeguato all'inflazione e al costo del personale degli ultimi 15 anni. Per i rinnovi del personale pubblico sono stati stanziati oltre 2 miliardi l'anno dal 2024; non si può quindi pensare, sostiene ARIS, che le strutture private accreditate possano rinnovare i contratti con tariffe ferme dal 2012, che la stessa AGENAS certifica da anni come incongrue nella maggior parte dei casi.

L'ipotesi di un incremento dei DRG di circa il 4% viene indicata da ARIS come un possibile primo segnale concreto nella giusta direzione. Tuttavia, l'Associazione precisa che tale incremento potrà essere valutato positivamente solo se rappresenterà l'inizio di un percorso di revisione dei DRG, con un reale adeguamento nel prossimo biennio all'aumento dei costi intervenuto nel settore. In caso contrario, sarebbe del tutto insufficiente a sostenere ogni ragionevole rinnovo per i lavoratori.

La sfida, per ARIS, è mantenere il Servizio sanitario nazionale realmente universale. A questo obiettivo contribuiscono ogni giorno anche le strutture private accreditate, parte integrante del Sistema sanitario regionale, che offrono prestazioni gratuite ai cittadini che accedono tramite SSN. Ma queste prestazioni, sottolinea l'Associazione, devono essere adeguatamente remunerate dallo Stato attraverso DRG e tariffe ambulatoriali congrue; altrimenti oltre il 30% delle prestazioni sanitarie oggi erogate dalle strutture accreditate rischia inevitabilmente di venire meno.

La sostenibilità del sistema, conclude ARIS, può essere garantita solo se tutte le componenti del SSN, pubbliche e private accreditate, vengono messe nelle condizioni di operare secondo criteri di equità, sostenibilità e pieno riconoscimento del proprio ruolo per la salute pubblica.

CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06 688281150
DEL LUNEDÌServizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it

(il Corriere dell'estate)
Melissa e la scuola
che porta il suo nome
di **Giovanni Bianconi**
alle pagine 24 e 25



Trento
Mattia, il latte crudo
e un addio lungo 9 anni
di **Mario Parolari**
e **Valentina Santarpia** a pagina 22



Gli Usa e le guerre

ANNUNCI
E TROPPE
AMBIGUITÀdi **Giuseppe Sarcina**

Per la trentottesima volta, conteggio per approssimazione a cura della «Cnn», Donald Trump annuncia che l'accordo con l'Iran è praticamente pronto. E per la trentottesima volta da Teheran rispondono che non c'è alcuna intesa. Il presidente americano sostiene che i negoziati riprenderanno oggi. Nel frattempo, continuiamo a vedere le immagini dei bombardamenti, da una parte e dall'altra, che si mescolano a quelle in arrivo da Ceuta. Guerra e crisi umanitarie non vanno in vacanza.

Il leader degli Stati Uniti è in difficoltà su tutti i lati. E questo spiega perché non si veda ancora alcuna via d'uscita. Da cinque mesi, Trump oscilla tra l'impulso di radere al suolo il regime degli Ayatollah e una razionale apertura alla trattativa. Talvolta, anche nella politica internazionale valgono le regole della fisica. Due spinte contrapposte e di uguale intensità producono lo stallo, la paralisi. Per la prima volta, anche l'Amministrazione appare così incerta, così divisa. Il segretario alla Difesa, Pete Hegseth, preme per una spallata militare poderosa, riecheggiando nelle riunioni alla Casa Bianca gli appelli del premier israeliano Benjamin Netanyahu. Una scelta sconsigliata, invece, dal vice presidente J.D. Vance e soprattutto dal capo di Stato maggiore, il generale Dan Caine. Per mesi Trump ha esplorato una via di mezzo, quella che gli è più congeniale: minacciare pesantemente l'avversario per costringerlo ad accettare un dialogo alle sue condizioni.

continua a pagina 28

Il manager, l'imprenditore: le coppie partite da Monza e Seregno con i figli. Chi sono le sette vittime

Perù, due famiglie distrutte

Il mayday, l'aereo che perde pezzi: inchiesta sull'incidente. Non c'è scatola nera

di **Leonard Berberi**

Il Cessna è finito fuori controllo fino a precipitare in una verticale quasi perfetta. Prima di picchiare ha perso l'ala sinistra. Un problema di manutenzione? Una manovra in cabina che ha portato il velivolo a superare i limiti strutturali? Saranno le varie inchieste già aperte a chiarire i contorni del dramma che sabato in Perù ha cancellato due famiglie di amici, i Gianturco e gli Angelucci, della Brianza.

alle pagine 2, 3 e 5

L'ALTRA TRAGEDIA

Sei morti a Terni
nello scontro
camper-pullmandi **Rinaldo Frignani**

Tragico incidente sulla statale 79 Ternana a Colli sul Velino, in provincia di Rieti, al confine con l'Umbria. Coinvolti nello schianto un pullman, un camper e tre auto. Sei i morti e decine di feriti, alcuni molto gravi.

a pagina 21

IL TYCOON: ORA UN RAPIDO ACCORDO

Trump fa dietrofront:
«Raid sull'Iran sospesi»
Il ruolo di Bin Salmandi **Frattini e Rampini**

a pagina 14

L'INTERVENTO AL LARGO DI PANTELLERIA

La Marina italiana
va all'abbordaggio:
«Flotta ombra russa»

a pagina 15



Lo scatto prima della tragedia, da sinistra a destra: la coppia Massimo Angelucci ed Elena Sala, 58enni, poi Cristina Bianco, 57, il figlio Matteo Gianturco, 24, e il marito Paolo Gianturco, 59, e ancora Lorenzo Angelucci, 24 anni, e Pietro Gianturco, 18

GIANNELLI

La premier: terrorismo. Schlein: studi la storia
Strage di Bologna,
l'opposizione all'attaccodi **Marco Cremonesi**

Un altro 2 Agosto a commemorare la strage fascista alla stazione di Bologna con coda di polemiche. La premier parla di «terrorismo» e non pronuncia la faticosa parola che opposizioni e parenti delle vittime vorrebbero. Schlein: Meloni studi la storia. E La Russa: per verità giudiziaria è fascista, serve quella completa.

a pagina 9

LA RETTRICE DI MODENA

«Perché dico sì
all'uso della AI
nelle università»di **Gianna Fregonara**

L'AI nelle università? «Avere paura non serve» — dice Cucchiarini —. Va usata bene.

a pagina 23

Un caso lo show (comico) di Amanda

Knox mette in scena la sua vicenda giudiziaria. La famiglia di Meredith: siamo allibiti

di **Antonella Mollica**

Dopo 19 anni Amanda Knox, americana di Seattle (oggi 32enne), torna a raccontare la sua storia. E lo fa con uno spettacolo teatrale comico che la porterà nei prossimi giorni sul palco del Fringe Festival di Edimburgo. Arrestata, processata, condannata e alla fine, certo, assolta. «Credo che Meredith apprezzerrebbe», ha detto Amanda. Protesta, sdegnata, la famiglia di Meredith, che fu uccisa: «Siamo allibiti».

a pagina 33

GLI ALLENAMENTI DI CARLOS
I conigli sugli occhi
Così Alcaraz
prepara il ritornodi **Gaia Piccardi**

Alcaraz «di pirata». Lo spagnolo prepara il rientro allenandosi con un cono di plastica bucherellato sull'occhio dominante, quello destro.

a pagina 37

L'ORO HA FATTO LA STORIA.
Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro.
BANCO METALLI PREZIOSI
OBRELLI
dal 1929 a LAVIS (Trento) | MILANO
www.oro.obrelli.it
LAVIS (Trento) | MILANO
info@obrelli.it
AUTORIZZAZIONE BANCA D'ITALIA N. 5007732 - 5009402

OBRELLI
FINE GOLD 999.9
VENDIAMO E ACQUISTIAMO ORO E ARGENTO ALLE MIGLIORI CONDIZIONI



LA STAMPA

LUNEDÌ 3 AGOSTO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



LA TRAGEDIA DEI SETTE ITALIANI SULL'AEREO IN PERÙ
Amici da sempre tra lavoro e viaggi
Vento e sabbia cause del disastro

DEL VECCHIO, FOTI, GUANELLA - PAGINE 8 E 9



Specchio Estate
In vacanza tra lupi e camosci
dentro un bosco di opere d'arte

NELL'INSERTO ESTIVO

L'EX PREMIER PARLA A TUTTO CAMPO AD ASIAGO, ATTACCA LA MELONI EDICE "CHIEDIAMOCI SE LA TAV SERVE ANCORA"

Conte scuote il campo largo

Intervista al leader 5S: "No armi a Kiev. Mi gioco tutto alle primarie, lì si decide la linea Zelensky è l'agredito ma se vinco chiamo subito Putin e lo spingo alla pace"

LE REAZIONI

Tajani: "Ora Schlein dica se è d'accordo"

ALESSANDRO DIMATTEO

La sortita di Giuseppe Conte manda in fibrillazione la minoranza del Pd e preoccupa anche la maggioranza che sostiene Elly Schlein. Dal governo il vicepremier Antonio Tajani attacca: «Bisognerebbe che Conte chiedesse al Pd, il suo più grande alleato, se la pensa come lui. Questa è la grande contraddizione che c'è a sinistra». - PAGINA 5

99

Giuseppe Conte, leader del pentastellati, ha aperto un fronte nel campo largo sulla politica internazionale



ALESSANDRO DE ANGELIS

Giuseppe Conte, leader del M5S, affronta di petto un tema divisivo per il capo largo, e intervistato dalla Stampa dichiara che se tornasse al governo «per prima cosa chiamerei Zelensky e gli direi che lui è l'agredito e ha il nostro sostegno. Ma un attimo dopo chiamerei anche Putin, l'aggressore, per imprimere una svolta negoziale, che l'Europa non vuole». È dato che su questo punto i pareri nel centrosinistra non sono unanimi, la questione secondo Conte andrà risolta con le primarie. Dal leader pentastellato anche un attacco a Meloni sulla Tav. - PAGINE 4 E 5

2 AGOSTO: MATRICE FASCISTA, LA PREMIER NON LO DICE

"Quel giorno a Bologna io rinata sotto le macerie"

FILIPPO FIORINI, ANDREA SIRAVO

Marina Gamberini non è più sulla barella. Non ha più gli occhi sbarrati, né la bocca spalancata. Non c'è il treno sullo sfondo, né le macerie sparse sulla banchina, né il fante in mimetica, né il facchino col berretto e l'uomo in maglietta bianca che la sorreggono, in una delle foto più drammatiche scattate a Bologna il 2 agosto 1980. È in piedi, anche se le dissero che forse non avrebbe più camminato. Ha un figlio, e non credevano avrebbe potuto averne. Vuole che si parli della Strage, «così si smetterà di dire che non sono stati i fascisti». Lei ne parla da 46 anni. Nei tribunali, nelle piazze e nelle scuole. - PAGINA 3



SPAGNA: CONTINUA LA CONTA DEI MIGRANTI ANNEGATI IN MARE

Ceuta ancora sotto choc Solo in 50 per il capo di Vox

MONICA PEROSINO

Il mare restituisce cadaveri, uno dopo l'altro, e Ceuta non sa più dove metterli. Il vecchio ospedale militare, chiuso dal 2018, è stato trasformato in un maxi-obitorio. Il cimitero musulmano di Sidi Embarak rischia di non avere più posto. Il dato ufficiale parla di 72 morti recuperati in territorio spagnolo; fonti locali ne indicano 90; e si teme che il numero possa superare quota 100, contando anche i corpi ritrovati sulle coste marocchine. In questa Ceuta ieri è arrivato il leader del partito dell'ultradestra nazionalista Vox, che però ha raccolto a comizio solo una cinquantina di persone. MAFETANO - PAGINE 6 E 7

Il Marocco e il treno
su cui nessuno sale

KARIMA MOUAL - PAGINA 7

IL COMMENTO

L'Europa al bivio
rischia un altro
regalo ai populisti

MAURIZIO MOLINARI

L'assalto di migliaia di migranti marocchini all'enclave spagnola di Ceuta mette l'Ue alla prova e rischia di giovare ai populisti: i 27 partner sono profondamente divisi e senza un accordo nella riunione di domani può aprirsi una spaccatura assai più profonda di quelle già esistenti su energia, difesa o guerra in Ucraina. A descrivere l'entità dello scontro sono i numeri: Italia e Germania guidano ben 22 Paesi a favore della linea dura sui migranti illegali con le eccezioni di 4 Stati che sostengono la Spagna. - PAGINA 29

IL CASO SPIN TIME A ROMA: IN 400 VIVONO E DORMONO ALL'APERTO FUORI DAL PALAZZO INAGIBILE



Dallo sgombero alla strada

ELEONORA CAMILLI

Vivono da sfollate le 400 persone residenti nel palazzo "Spin Time" di Roma, sgomberato per un incendio

- PAGINA 15

CALDO E SICCATÀ TRASFORMANO LA CAPITALE INGLESE

Se anche Londra getta via l'ombrello

CATERINA SOFFICI

La pioggia di Londra? I verdi prati all'inglese? Il luglio secco e torrido ha ucciso l'ultimo baluardo delle nostre certezze. Nell'ultimo mese - dice Bbc Weather - nel Regno Unito è caduto solo il 7 per cento delle precipitazioni rispetto alla media degli ultimi 200 anni, da quando cioè si fanno questo tipo di misurazioni. - PAGINA 19



L'ALLARME AD ASTI

Lo scioppo alle api
per salvarle dall'afa

PAOLO VIARENGO

Uno scioppo per nutrire le api è l'espedito a cui si ricorre nell'Astigiano per salvare gli sciami dalla crisi climatica. - PAGINA 19



Covid, il virus arriva in Italia le mascherine volano in Cina

Il governo conosceva la carenza di dispositivi di sicurezza sanitaria eppure ne spedì tonnellate a Pechino, mentre medici e infermieri lavoravano con protezioni inadeguate

Prosegue la pubblicazione del dossier riservato sulla gestione della pandemia da Covid-19 in Italia. Nelle puntate precedenti abbiamo ricostruito come il Paese arrivò all'emergenza con un piano pandemico fermo al 2006, mentre gli allarmi internazionali venivano sottovalutati, i collegamenti con la Cina aumentavano, i controlli negli aeroporti restavano insufficienti e la comunicazione politica invitava alla normalità. Determinante fu la partita di Champions Atalanta-Valencia, disputata al Meazza di Milano davanti a quasi 46mila tifosi nonostante le raccomandazioni contro i grandi raduni, l'impennata dei contagi nella Bergamasca, i tamponi limitati ai sintomatici, la saturazione degli ospedali e la drammatica crescita dei decessi ad Alzano e Nembro. Sullo sfondo, pochi posti in terapia intensiva, decisioni prese nel panico e un sistema sanitario che affrontò il virus senza una strategia aggiornata.

LE SCORTE DI DPI

Sul fronte dei dispositivi di protezione individuale (Dpi), in primis le mascherine, andò meglio? La domanda è retorica perché, neanche a dirlo, pure su questo fronte si andò avanti pericolosamente a tentoni. Il 4 febbraio Confindustria aveva fatto sapere al governo che lo stock di Dpi disponibile in Italia sarebbe stato sufficiente solo «per due/tre mesi», cioè fino ad aprile al massimo. Gli alert sulla mancanza di mascherine e dispositivi di protezione continuano a rincorrersi da più parti: il 12 febbraio, secondo quanto risulta dai verbali della task force Covid, Giuseppe Ruocco, segretario generale del ministero della Salute, dice chiaramente che sui «dispositivi medici non giungono buone notizie». Parla di «disponibilità limitata» e ipotizza acquisizioni con procedure d'emergenza e divieti di vendita ai privati per riservare «le scorte al Servizio sanitario».

15 FEBBRAIO 2020

Attenzione a queste parole. Sono del 12 febbraio. Tre giorni dopo accade qualcosa di a dir poco surreale. Il 15 febbraio dalla base di pronto intervento umanita-

rio delle Nazioni Unite a Brindisi parte alla volta della Cina un volo «organizzato dalla Farnesina» su cui vengono caricate 18 tonnellate di materiale sanitario, tra cui anche le preziose mascherine. La maggior parte dei pacchi - un totale di 16 tonnellate di dispositivi - riporta il bollino dell'Ambasciata cinese in Italia. Ben due tonnellate, invece, vengono «finanziate direttamente dalla Cooperazione italiana» che fa capo all'allora ministro degli Esteri, Luigi Di Maio. Una mossa che, sempre secondo i verbali della task force, era stata in un certo senso anticipata dal ministro Speranza, che l'11 febbraio rende nota la decisione di Palazzo Chigi di intraprendere «iniziative di solidarietà nei confronti del popolo cinese». Perché, va bene l'emergenza, ma bisognava tenere conto «delle legittime ripercussioni economiche e dell'intrattenimento delle relazioni diplomatiche con la Cina». A spedire a Pechino le mascherine, sebbene in quantità decisamente più ridotta, 250mila, fu pure il sindaco Dem di Firenze, Dario Nardella, sempre con l'obiettivo di dare «un messaggio forte di supporto e collabora-

zione con il popolo cinese». Da notare che a far parte del carico inviato dall'allora primo cittadino del capoluogo toscano fu il modello più sicuro: le famose Ffp3 che di lì a poco sarebbero divenute merce rara per i nostri medici. A novembre 2025 l'ex vice capo di gabinetto del ministro della Salute, Roberto Speranza, Tiziana Coccoluto, - la stessa che in una mail del 4 febbraio 2020 scrisse al suo capo «qui non sanno che pesci prendere» - sul punto dirà in Commissione Covid che all'epoca «era ancora lontana l'idea di una circolazione del virus in Italia», aggiungendo che, d'altro canto, «c'era un obbligo di collaborazione con la Cina che si è voluto realizzare in quel modo». Affermazioni che, pur apparendo lunari, rivelano la realtà dei fatti: di fronte ad una criticità nazionale di tale portata, Conte e



compagni si ponevano il problema di lisciare il pelo al governo cinese.

Ma la vera beffa arriva a distanza di un mese, il 22 marzo 2020, quando la Protezione Civile italiana, proprio da un'azienda controllata dal governo di Pechino, acquista 22 milioni di mascherine alla modica cifra di 36 milioni di euro, 1,7 euro l'una. Il contratto, visionato dal *Giornale*, è stato firmato con la China Meheco Corporation, azienda amministrata da un importante dirigente del Partito Comunista, Gao Yuwen. All'epoca se ne accorse anche il *Daily Mail*, che riportò le frasi di una fonte della Casa Bianca sul fatto che la Cina avesse "costretto" l'Italia a ricomprare le mascherine e i respiratori che aveva donato a Pechino poche settimane prima.

ARMI SPUNTATE

Intanto in Italia i medici si ritrovano a combattere il virus nelle corsie degli ospedali con le armi spuntate. Per continuare con la stessa metafora, Chiara Rivetti, rappresentante di Anaa Asso-med, principale sindacato di categoria, in Commissione di inchiesta sul Covid dirà che i suoi colleghi medici sono stati «mandati in battaglia come i soldati nella Prima Guerra Mondiale». Lo stesso affermeranno, sempre nella stessa sede, diversi sindacati di Polizia e altri rappresentanti di medici e infermieri: tutti concordi sul fatto che la mancanza di mascherine e altri Dpi idonei fu una delle più importanti criticità nella prima fase dell'emergenza.

A complicare le cose arriva poi il decreto legge del 2 marzo che stabiliva che le mascherine chirurgiche, anche prive del marchio CE, fossero idonee a proteggere gli operatori sanitari. Ma di lavori scientifici che dicono che le mascherine chirurgiche evitano il passaggio di virus non c'è traccia.

«Questo ha fatto sì che i medici e gli infermieri sottovalutassero il problema del contagio e spiega anche l'elevata incidenza di infezioni intraospedaliere e anche di decessi», ha sottolineato durante la sua audizione nella Commissione di inchiesta sul Covid Guido Quici, Presidente nazionale del sindacato Cimo-Fesmed. «Ricordo alcune colleghe - aggiunge - che indossavano le buste della spazzatura sopra le scarpe». «Le cosiddette mascherine erano pezzi di stoffa che utilizzavamo alla meglio», protesta anche Maria Rita Gismondo. Oltretutto, la raccomandazione dell'Iss del 28 marzo ne consigliava l'uso solo a chi aveva sintomi gravi.

La mancanza del piano pandemico fu «la madre di tutte le guerre», è convinta la dottoressa. Tra queste: il mancato tracciamento iniziale dei contatti, i lockdown che a parere di molti esperti non ebbero impatto sul contenimento della pandemia ma conseguenze terribili a livello economico e sociale, l'estrema difficoltà ad effettuare autopsie che si sarebbero rivelate utili per capire come trattare correttamente il virus e di conseguenza

salvare vite.

1° APRILE 2020

Una circolare del ministero della Salute del 1° aprile 2020, firmata dal Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria, infatti, raccomandava di non procedere ad autopsie o riscontri diagnostici sui casi conclamati di Covid, sia per quanto riguardava i morti in ospedale, sia per quelli deceduti in casa. Anche nel caso degli esami autoptici disposti dall'autorità giudiziaria, la circolare raccomandava di limitarsi alla sola ispezione esterna, «limitando allo stretto necessario quelli da eseguire per motivi di studio e approfondimento». Per la microbiologa del Sacco il Covid non fu «un'emergenza sanitaria, ma un'emergenza di organizzazione sanitaria». Tuttavia, il caos che ha portato il nostro ad essere uno dei Paesi con il maggior numero di morti per il Covid resta senza responsabili. Il procedimento della procura di Bergamo e Roma per omissione e rifiuto di atti d'ufficio in relazione al mancato aggiornamento del piano pandemico si è concluso a maggio del 2026 con la decisione del gup: «Non luogo a procedere per intervenuta prescrizione».

(continua/3)

IL DECRETO

*Il decreto legge
del 2 marzo
stabiliva che
le mascherine
chirurgiche,
anche prive
del marchio CE,
fossero idonee
a proteggere gli
operatori sanitari*



LE PROMESSE E LA REALTÀ

Cercasi quattrini per il fondo sanitario I calcoli sballati del governo sulla Salute

L'esecutivo aveva annunciato stanziamenti record. Senza calcolare che sarebbero serviti a coprire solo gli aumenti fisiologici. Così i soldi sono finiti e il dicastero ne cerca altri. L'Italia sotto la media Ocse degli investimenti nel settore rispetto al Pil

LINDA DI BENEDETTO

Il pellegrinaggio del ministro della Salute Orazio Schillaci nell'ufficio del ministro dell'Economia leghista Giancarlo Giorgetti, per chiedere nuove risorse al Servizio sanitario nazionale, è molto più di un passaggio tecnico in vista della prossima legge di Bilancio.

Per quattro lunghi anni la narrazione del governo Meloni ha riferito di iniezioni di cifre da record nella sanità pubblica, rivendicando la crescita del Fondo sanitario da 125 miliardi nel 2022 a circa 143 miliardi, fino agli incrementi promessi per il 2026. Un dato formalmente corretto, ma incompleto. Perché misura le risorse in termini nominali e non il loro effettivo potere d'acquisto. Oggi, infatti, a fine mandato è lo stesso ministro della Salute a chiedere nuovi stanziamenti per finanziare un piano straordinario di assunzioni, aumentare le retribuzioni di medici e infermieri, rafforzare prevenzione, salute mentale, farmaceutica e dispositivi medici.

L'altra parte di verità

La verità è che della storia è stata raccontata solo una parte. Fuori dalla propaganda della destra, il Servizio sanitario nazionale ha dovuto fare i conti con un'esplosione di costi che hanno assorbito una parte rilevante degli incrementi di bilancio. A questo si è aggiunto il ricorso crescente ai cosiddetti "gettonisti", i medici e infermieri a chiamata, che dipendono da cooperative esterne e private, nelle strutture pubbliche, nonostante lo stop del ministro nel 2024. Un fenomeno nato

per garantire la continuità dei servizi nelle strutture in difficoltà e che, secondo l'Anac, ha raggiunto un costo superiore al miliardo di euro nel 2025.

In sostanza, una parte significativa degli aumenti annunciati è servita semplicemente a compensare i costi sanitari, senza produrre un corrispondente rafforzamento dei servizi.

Le liste di attesa continuano a essere un'emergenza irrisolta, mentre medici e infermieri continuano a scappare dalle strutture pubbliche a causa di turni insostenibili, stipendi da fame e un clima d'emergenza perenne.

Non è un caso che, mentre si inaugurano le case di comunità, il governo sia stato costretto ad aprire canali di reclutamento all'estero, in particolare con l'India, per fronteggiare la cronica carenza di infermieri.

L'annuncio è stato fatto dal ministro Schillaci in un'intervista nei giorni scorsi. E così, dopo i medici cubani chiamati a risolvere le sorti della sanità calabrese, ecco arrivare quelli indiani per tappezzare i buchi del sistema nazionale.

Il gap

Anche il rapporto tra spesa sanitaria e Prodotto interno lordo continua ad alimentare il confronto. I dati di Oecd Health Statistics 2026 certificano che in quasi tutto il mondo sviluppato si è registrato un aumento strutturale degli investimenti sanitari. L'Italia, invece, è una delle poche eccezioni: nel 2025 la spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata, scende all'8,4 per cento del Pil, sotto l'8,7 per cento registrato nel

2019, cioè prima della pandemia.

È un dato che va nella direzione opposta rispetto alla media Ocse. Nel 2025 i 38 paesi membri hanno destinato alla sanità il 9,4 per cento del Pil, contro l'8,8 per cento del 2019. Così, mentre Roma riduce il peso della sanità sull'economia, i principali paesi europei continuano a investire. La Germania passa dall'11,2 per cento all'11,6 per cento del Pil. La Francia cresce dall'11,1 per cento all'11,3 per cento.

Il divario emerge ancora più chiaramente osservando la spesa pro capite. Per ogni cittadino italiano il sistema sanitario dispone di poco più di 3.400 euro all'anno. In Francia la cifra supera i 5.000 euro, mentre in Germania oltrepassa i 6.200 euro. Come osserva Americo Cicchetti, professore ordinario di Organizzazione aziendale alla facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e direttore di Altems, Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari: «Non possiamo pensare di spendere una cifra pro capite come quella della Germania, nel momento in cui la dimensione del nostro sistema economico, proprio di capacità di produzione di reddito, è come minimo il 35 per cento più bassa rispetto a quella della



Germania». Le nostre condizioni economiche ci permettono di spendere di più? «Ho qualche dubbio. Crescere sulla spesa procapite in questo momento non è possibile, vista la contingenza: vorrebbe dire spostare importanti pezzi di spesa pubblica da altri comparti. E gli unici comparti su cui si potrebbe incidere sono quelli che incidono sulla crescita economica: l'istruzione, la ricerca e le pensioni. Non essendo un paese in crescita, toccare quei capitoli sa-

rebbe darsi la zappa sui piedi. Purtroppo non siamo né la Francia né la Germania» Le parole dell'economista riportano il confronto sul terreno della realtà. Ogni miliardo aggiuntivo deve essere finanziato: attraverso nuove entrate, maggiore indebitamento oppure riducendo altri capitoli di spesa. È questa la domanda che il pellegrinaggio di Schillaci al Mef rende impossibile evitare. Perché la questione non è più stabilire se il Servizio sanitario nazionale abbia bisogno di ul-

teriori finanziamenti. Questo è un dato di fatto. Piuttosto è capire chi sarà disposto ad assumersi la responsabilità politica di dire agli italiani dove quei soldi verranno trovati.



Medici e infermieri hanno protestato diverse volte in questi 4 anni di governo Meloni: durante il Covid celebrati, poi dimenticati
FOTO ANSA



Piccoli passi sulla sanità integrativa

La risoluzione della maggioranza non privatizza la sanità ma offre una buona terza via

La politica continua a litigare. I cittadini, nel mentre, hanno già deciso. O, per meglio dire, sono stati costretti a farlo. Da una parte c'è chi vede in ogni fondo sanitario il cavallo di Troia della privatizzazione. Dall'altra chi immagina che il secondo pilastro possa risolvere, da solo, le difficoltà del Sistema sanitario nazionale (Ssn). Entrambe le posizioni rischiano di mancare il punto. La proposta di risoluzione del presidente della commissione Sanità del Senato, Francesco Zaffini (FdI), prova infatti a partire da una realtà, non da un'ideologia. Gli italiani spendono già circa 70 miliardi di euro all'anno per salute e assistenza. Ma quasi tutta questa spesa resta individuale, frammentata, senza

programmazione. Solo una minima parte passa attraverso fondi e forme di intermediazione collettiva. La domanda, allora, non è se il privato debba entrare nella sanità. E' già entrato. La vera questione è se lo stato debba continuare a ignorarlo oppure governarlo. Non un'alternativa al Ssn, ma un secondo pilastro dichiaratamente complementare: più prevenzione, più assistenza di lungo periodo, più trasparenza, più vigilanza e una platea di beneficiari da ampliare, oggi sbilanciata a favore di lavoratori dipendenti e redditi medio-alti, lasciando ai margini proprio pensionati e categorie più fragili. Il passaggio più interessante, però, è un altro. Il documento chiede di verificare se gli incentivi fi-

scali destinati alla sanità integrativa producano davvero un beneficio sociale superiore rispetto all'impiego delle stesse risorse nel finanziamento diretto del Ssn. Finalmente una riforma che accetta di farsi giudicare dai risultati e non dagli slogan. Resta poi la politica. Zaffini tende la mano alle opposizioni, ma avverte che, se il confronto resterà impantanato a causa dell'ostruzionismo, la maggioranza è pronta ad approvare la risoluzione da sola già all'inizio della prossima settimana. Sarebbe un peccato. Perché il secondo pilastro sanitario può essere riformato in molti modi, ma difficilmente potrà reggere se continuerà a essere prigioniero delle caricature ideologiche.



LA RIVOLUZIONE DEI NUOVI MEDICI

Salute Bene il nuovo esame d'accesso alla facoltà. Ora serve un aggiornamento continuo che tenga conto delle nuove tecnologie

di **Stefano Paleari** e **Giuseppe Remuzzi**

L'

esame di Medicina è cambiato. Se ne è parlato molto: «semestre aperto», «semestre filtro», «semestre di prova». E il primo anno ha dimostrato che la cosa è fattibile, e si riusciranno a formare più medici. Sulle prime c'è stata qualche polemica, ma oggi il giudizio di rettori e professori è generalmente positivo, e si può ben dire che l'obiettivo del Ministero per ora sia stato raggiunto. In ogni caso, questa riforma rappresenta un'occasione per chiedersi: una volta ammessi ai corsi, cosa vogliamo insegnare ai medici di domani?

Poco tempo fa il *New England Journal of Medicine* — il più grande giornale di medicina al mondo — scriveva: «Non possiamo compiacerci delle performance del nostro modo di educare i giovani medici così come lo facciamo adesso, la necessità di cambiare è troppo grande ed è ormai diventata un imperativo morale». E noi? I professori dell'università ci dicono che il corso di laurea non è più quello di 30-40 anni fa. Vero. Ma la struttura di fondo è rimasta la stessa come tipologia di esami e sequenza.

È cambiato il modo di insegnare, questo sì. Adesso alcune Università, anche se non tutte, si sforzano di integrare le diverse discipline, di strutturare l'insegnamento intorno a casi clinici, di confrontarsi con la medicina basata sull'evidenza, si insegna — ma solo un po' — a parlare con gli ammalati, e si discute persino di etica. Sono tentativi certamente lodevoli, ma quello che la medicina (e la società) che cambia richiedono, è ben altro.

Già nel 2010, un gruppo di docenti dell'Università di Ottawa ha proposto di rivoluzionare la formazione del medico, si chiama *Competency-Based Medical Education*: il curriculum del medico di domani non si basa più solo sul completamento del percorso formativo (un esame dopo l'altro), ma su un sistema basato sulla dimostrazione di competenze acquisite che includono la capacità di lavorare in team interdisciplinari, la comprensione dei determinanti sociali della salute, la gestione dei dati sanitari, la partecipazione ai processi di innovazione, sia sul piano scientifico che organizzativo, e ancora di più la prevenzione.

E c'è dell'altro. Pensate che sempre il *New*

England Journal of Medicine mette a disposizione di chi vuole specializzarsi un sistema di apprendimento online: «NEJM Resident 360» — è solo un esempio, ce ne sono altri — dove si può trovare tutto, dalle basi teoriche della scienza medica, alle conoscenze più sofisticate per ciascuno degli ambiti specialistici. E non sono solo nozioni teoriche: ti mettono di fronte ai problemi quotidiani, ti chiedono di trovare la soluzione, ti aiutano a individuare le opzioni possibili (ti assistono persino nelle procedure manuali con dei video semplicemente fantastici che le descrivono in ogni dettaglio). Non ti senti ancora sicuro? Il sistema ti consente di parlare online con i migliori specialisti del mondo. Se risolvi almeno l'80% dei problemi in un tempo ragionevole, ti considerano uno specialista. Per qualcuno ci vorranno sei mesi, per altri molti di più, anche anni, non siamo tutti uguali. A questo punto, la «vecchia» facoltà di medicina, con le sue belle lezioni frontali, finirà per sparire: certamente negli Stati Uniti e in Cina, ma la tendenza è *unstoppable*, insomma non si può fermare, e sarà così anche da noi nel giro di pochi anni.

Quello che chiamavamo corso di laurea potrebbe durare anche meno di quanto non sia oggi, e i ragazzi potranno cominciare a lavorare molto presto, negli ospedali o con i medici di famiglia, il resto sarà e-learning, non solo per gli anni della specialità ma per sempre, in un connubio tra scienza, tecnologia e clinica.

Non dimentichiamo che i giovani medici hanno tutta la medicina nell'iPhone; lì dentro ci sono più informazioni di quanto ce ne possono stare nel cervello di mille bravi medici. È tutto il resto che manca, le cure per esempio: troppi farmaci prescritti da specialisti diversi che non parlano tra loro — per i malati è un vero incubo — senza che nessuno tenga le fila di tutto. Queste sono cose fondamentali che all'università non si insegnano o per lo meno non si insegnano ancora. E che dire del ragionare in termini statistici o dell'incertezza?

Quest'ultima specialmente dovremo insegnare a riconoscerla e a gestirla, certo con il contributo dell'intelli-



genza artificiale (IA), necessaria anche per ridurre il divario tra la mole di conoscenza che oggi la scienza mette a disposizione e il bisogno degli ammalati.

Ci state dicendo che dovrà cambiare completamente il modo di insegnare la medicina? Certamente, che senso ha chiedere ancora ai futuri medici di mandare a memoria i nomi dei muscoli dei piedi o dei nervi cranici, e di come sono fatti e dove passano e chi incontrano; per non parlare degli enzimi della glicolisi; piuttosto i giovani medici dovranno sapersi rapportare anche a distanza in una relazione continua con il paziente. La medicina di domani sarà affiancata dagli algoritmi con cui i medici dovranno familiarizzare e trovare per-

sino il modo di interagire con chi li crea (per proteggersi dal rischio scatola-nera: IA ti dà la soluzione, ma sul percorso che segue per arrivare al risultato non abbiamo ancora le idee chiare).

Con la riforma del Ministro Bernini cambiano modalità di accesso e numeri: è un primo passo, ma gli studenti del semestre filtro dovranno imparare cose completamente diverse da quelle degli anni passati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'annuncio della Federazione Tsmr e Pstrp. A breve anche le indicazioni sulle domande

Osteopati, c'è l'elenco speciale

Iscrizioni dal 14 settembre. Dopo, sei anni per abilitarsi

DI MICHELE DAMIANI

In arrivo gli elenchi speciali per gli osteopati. A partire dal 14 settembre, infatti, sarà possibile iscriversi agli elenchi ad esaurimento, elemento necessario per svolgere la professione. Gli iscritti avranno, successivamente, sei anni di tempo per ottenere il riconoscimento definitivo, anche a seguito di un esame di abilitazione. La notizia arriva dalla Federazione delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (Fno Tsmr e Pstrp), ovvero la realtà che gestirà gli elenchi speciali e, poi, l'albo di categoria.

Equipollenze. A sbloccare una situazione ferma da anni ci ha pensato il recente dpcm del 25 marzo scorso sulle equipollenze. Il testo, tra le altre cose, ha infatti definito quali siano i requisiti per iscriversi negli elenchi speciali.

I requisiti. Saranno ammessi coloro che si sono iscritti e hanno concluso un corso di almeno tre anni in osteopatia entro il 31 agosto 2026 e che siano in possesso di un diploma di scuola secondaria. Il titolo di studio in osteopatia, ottenuto a seguito di un corso di formazione triennale, deve essere di almeno 2.400 ore di formazione teorica (96 Cfu) o,

in alternativa, per coloro che sono in possesso anche di una laurea abilitante all'esercizio di una professione sanitaria, di almeno 1500 ore di formazione teorica (60 Cfu). In entrambi i casi è previsto il possesso di 1.000 ore di tirocinio che può essere compensato da 36 mesi, anche non continuativi, di attività professionale; tale attività può essere considerata se svolta nella finestra che va dalla pubblicazione della legge 3/2018 (riforma delle professioni sanitarie) fino a 24 mesi dopo la pubblicazione del dpcm sulle equipollenze.

L'abilitazione. Successivamente all'iscrizione negli elenchi speciali, i professionisti avranno sei anni di tempo per ottenere il riconoscimento definitivo, a seguito di un esame di abilitazione. Le università che hanno aperto il corso di laurea in osteopatia provvederanno a valutare il curriculum dei professionisti e per quelli che non hanno anche la laurea in una professione sanitaria saranno predisposti percorsi per integrare la formazione con misure compensative da attuare prima dell'esame di abilitazione. Fatto questo, potranno iscriversi all'albo professionale, che dovrebbe diventare realtà nel 2027.

Gli elenchi speciali. A

partire dal 14 settembre, quindi, sarà possibile presentare le domande per iscriversi agli elenchi speciali. Tutti i dettagli saranno forniti dalla Federazione nelle prossime settimane. Un passaggio epocale per la categoria, come sottolineato anche dal presidente della Federazione Tsmr Pstrp, **Diego Catania**: «Con l'apertura degli elenchi speciali ad esaurimento si chiude un lungo percorso che ha decretato il pieno riconoscimento dell'osteopatia nel Ssn. Ora, il nostro obiettivo è di accompagnare gli osteopati durante questa transizione, garantendo loro le stesse tutele, la stessa dignità e responsabilità riconosciute alle altre professioni sanitarie rappresentate dalla nostra Federazione», le parole di Catania.

— © Riproduzione riservata — ■





Servizio Salute Hi-Tech

L'IA rivoluziona la sanità: così cambia la responsabilità medica

Dalla gestione dei dati alla medicina difensiva: le ricadute dell'intelligenza artificiale nella relazione con il paziente e nell'impiego delle tecnologie

di Claudio Testuzza

31 luglio 2026

L'intelligenza artificiale (IA) sta rivoluzionando il settore della sanità, portando innovazione e trasformando il modo in cui vengono erogati i servizi medici. Tuttavia, l'introduzione di sistemi basati sull'intelligenza artificiale solleva anche importanti questioni, specialmente in materia di responsabilità medica in caso di errori. L'intelligenza artificiale (IA) in sanità si riferisce soprattutto all'applicazione di sistemi avanzati e algoritmi in grado di elaborare informazioni complesse per supportare diagnosi, trattamenti e gestione dei pazienti. A tal fine, l'IA sfrutta tecnologie come il machine learning e il deep learning, basate su reti neurali che apprendono dai dati. Gli algoritmi di IA vengono addestrati su grandi quantità di dati.

La gestione dei dati

La gestione dei dati sanitari tramite l'IA richiede una sicurezza rigorosa. I sistemi di intelligenza artificiale raccolgono e analizzano dati sensibili, e una violazione della sicurezza potrebbe esporre informazioni private dei pazienti. Inoltre, è da rilevare che l'uso dell'IA in sanità può comportare il rischio che i medici diventino eccessivamente dipendenti dai sistemi automatici, con il pericolo di affidarsi a valutazioni che non sono sempre del tutto trasparenti. Con l'integrazione sempre più veloce dell'intelligenza artificiale in sanità, si fa, quindi, sempre più urgente l'esigenza di rispondere al quesito: chi è responsabile quando in un contesto sanitario viene utilizzata l'AI per prendere decisioni.

Relazione medico-paziente

Una delle preoccupazioni maggiori è rappresentata dall'interferenza nella relazione del sanitario con il paziente. Con le evidenti ricadute nel campo della deontologia e dell'etica. L'Oms, che era già intervenuta sulla questione nel giugno 2021, conferma l'importanza di proteggere l'autonomia umana, la riservatezza, la privacy, garantire trasparenza, spiegabilità e intelligibilità; promuovere responsabilità (responsability) e responsabilizzazione (accountability).

Responsabilità aziendale

Un aspetto spesso sottovalutato riguarda la responsabilità dell'azienda quando è il singolo dipendente — e non il datore di lavoro — a introdurre strumenti di intelligenza artificiale nel contesto lavorativo. La posizione giuridica prevalente è che l'azienda possa essere ritenuta responsabile per l'uso di IA da parte dei propri dipendenti anche quando non ha deliberatamente deciso di adottare tali strumenti.

La responsabilità dell'operatore

L'operatore sanitario non è privato da responsabilità. Il suo ruolo diviene quello di verificare i risultati generati dall'IA, essendo chiamato ad una loro interpretazione critica. Le principali problematiche giuridiche riguardano la tematica della responsabilità civile. L'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale richiede un trattamento del dato sanitario complesso, automatizzato e profilante, che richiede nel rispetto del Regolamento Gdpr una solida base giuridica e un consenso informato più esteso, anche volto a consentire l'uso dell'IA nel trattamento sanitario. Non solo, quindi, competenza clinica, ma anche capacità di comprendere, gestire e sorvegliare gli strumenti tecnologici impiegati.

Ogni sistema di IA ad alto rischio deve operare sotto il controllo diretto di personale sanitario qualificato e ogni utilizzo deve essere registrato nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Responsabilità del produttore

Sul piano della responsabilità, si distingue tra device muniti di AI sotto controllo medico, che mantiene il giudizio di colpa professionale, e quelli a elevata autonomia e opacità, ove l'interruzione del nesso causale suggerisce di spostare il baricentro verso la responsabilità del produttore e della filiera. L'equilibrio tra innovazione e tutela del paziente passa, anche, dalla promozione di una IA affidabile e trasparente, accompagnata da una responsabilità oggettiva del produttore nei casi di errore "della macchina". Da questo tipo di approccio nasce la condizione di responsabilità del medico che utilizza l'IA, che diviene un vero e proprio dispositivo medico avendone la responsabilità della scelta, con il compito di garantire al paziente l'uso di strumenti affidabili.

Consenso informato

La Legge 132/2025, agli artt. 7 e 13, introduce l'obbligo di consenso informato specifico all'uso dell'IA, in forma scritta o digitale, in armonia con la Legge 219/2017. Il paziente ha il diritto di sapere quando e come l'IA contribuisce alla diagnosi o alla terapia. Deve essere informato su funzione, limiti, rischi e garanzie di controllo umano dei sistemi. Dal 10 ottobre 2025 il consenso informato non riguarda più solo la scelta delle cure, ma anche la tecnologia IA che partecipa alla cura.

Il consenso si trasforma così in strumento di partecipazione consapevole e di responsabilità condivisa, rafforzando la relazione terapeutica che mantiene la dimensione dialogica anche nell'era digitale.

AI e medicina difensiva

L'introduzione di sistemi di AI in sanità, se da un lato può ridurre la medicina difensiva (a esempio diminuendo il margine di errore diagnostico), dall'altro apre la strada a una nuova medicina preventiva digitale, legata a problemi etici e giuridici e questo inciderà sull'allocazione della responsabilità civile. Muovendo dal dilemma tra adesione alle linee-guida (l. 24/2017), buona prassi medica e impiego di strumenti innovativi ma opachi, occorre evidenziare il rischio di un'applicazione meramente difensiva degli strumenti di cura muniti di AI.



Servizio Dipendenze e carcere

Tossicodipendenti detenuti a domicilio, perché la legge stressa il sistema delle cure

La nuova legge pur partendo da un principio condivisibile rischia di delegare ai professionisti della salute già sottodimensionati anche la tutela della sicurezza

*di Massimo Cozza **

31 luglio 2026

La nuova legge “Disposizioni in materia di detenzione domiciliare per il recupero dei detenuti tossicodipendenti o alcolodipendenti”, approvata definitivamente dalla Camera e in attesa di essere pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale, ha già suscitato reazioni tra loro contrastanti nell’opinione pubblica.

Partiamo dal nocciolo delle nuove norme: la possibilità per le persone detenute tossicodipendenti o alcolodipendenti, con una condanna a pena detentiva non superiore a otto anni, di essere ammesse alla detenzione domiciliare presso strutture residenziali o semiresidenziali, sulla base di un programma terapeutico socio-riabilitativo.

In realtà, si tratta di un ampliamento delle diverse possibilità delle misure alternative, perché anche prima della nuova legge esistevano ma la pena detentiva doveva essere fino a 6 anni.

In linea generale, nella legge si afferma il giusto principio della cura e della riabilitazione per chi, di fondo, ha un problema sanitario di dipendenza.

Cosa dice la legge

Il primo passo è la richiesta dell’interessato di essere ammesso al programma, fermo restando che deve essere indicata la correlazione tra la tossicodipendenza o l’alcolodipendenza e il reato. Alla domanda va anche allegata la valutazione in merito all’accertamento della effettiva e attuale condizione di tossicodipendenza o alcolodipendenza, nonché all’idoneità del programma terapeutico volto al recupero della persona condannata, con l’indicazione della relativa procedura di accertamento.

Valutazione che deve essere effettuata dai servizi pubblici per le dipendenze in integrazione con un componente incaricato dall’Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (I.P.E.E.), e laddove opportuno con un ulteriore componente incaricato dall’Amministrazione Penitenziaria.

Quindi l’ultima parola spetta al Tribunale che potrà accogliere l’istanza se ritiene che il programma contribuisce al concreto recupero del richiedente e previene il pericolo che egli commetta reati.

Una volta effettuato l’inserimento, il responsabile della struttura presso cui si svolge il programma terapeutico socio-riabilitativo residenziale o semiresidenziale, trasmette al servizio pubblico per le dipendenze e all’U.E.P.E. una relazione semestrale, fermo restando l’obbligo della segnalazione in ogni momento all’Autorità Giudiziaria delle eventuali violazioni commesse dalla persona, anche ai

fini della revoca del regime di detenzione domiciliare. Infine, se il programma terapeutico risulta positivamente concluso, il magistrato di sorveglianza può disporre l'affidamento in prova al servizio sociale o la detenzione domiciliare.

Mancano personale e centri

A una prima lettura, sulla carta, il sistema sembra funzionare. Ma nella realtà? Alla obiezione circa l'applicazione di criteri uniformi a livello nazionale rispetto all'accertamento dell'effettiva condizione di tossicodipendenza o alcolodipendenza e la sua attualità, c'è una risposta nella stessa legge. Infatti, è prevista entro quattro mesi l'elaborazione di linee guida da parte di una commissione centrale presso il Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Ma altri interrogativi si pongono. In primo luogo, c'è una criticità di risorse professionali nei servizi pubblici per le dipendenze e nelle stesse U.E.P.E., nonché nell'ambito della Magistratura di Sorveglianza, che andrebbe affrontata per consentire di far fronte all'aumento delle richieste di valutazione e di monitoraggio, nonché dei carteggi con gli avvocati e non solo.

Doppia diagnosi e liste d'attesa

Senza dimenticare che allo stato di dipendenza si può associare una comorbidità con il disagio mentale, la cosiddetta doppia diagnosi, con interessamento nei progetti anche dei centri di salute mentale, con ulteriore richiesta di impegno di servizi con criticità di personale. Lo stesso tema delle risorse riguarda la disponibilità della rete ospitante, che vede circa 14mila posti, gestiti per oltre il 95% dal privato accreditato, già vicini alla saturazione. I tossicodipendenti nelle carceri sono stimati in circa 20mila, anche se meno della metà potrebbe usufruire della nuova legge.

Il rischio è di un ingolfamento del sistema che potrà portare a liste di attesa, eventuali trattenimenti negli istituti penitenziari di chi invece potrebbe usufruire di programmi alternativi, con tutte le possibili ripercussioni, ma anche all'aumento "forzato" della domiciliarità per chi ha la disponibilità di un alloggio, con l'esclusione di gran parte dei migranti. Peraltro, la spinta ad accettare nuovi ingressi rischia di indebolire l'appropriatezza dei percorsi e di aumentare le recidive. C'è anche da segnalare che con la legge viene istituito presso il ministero della Salute un fondo con circa 19 milioni e 500mila euro annui a decorrere dall'anno 2026, equivalenti a circa 600 rette annuali complete nelle strutture residenziali private accreditate. Oltre questa prima disponibilità le amministrazioni interessate, in primo luogo Regioni e Ministero della Giustizia, secondo quanto scritto nella legge, devono provvedere alla sua attuazione senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il tema sicurezza

C'è poi il tema dell'innalzamento della soglia della pena a otto anni, che si possono certamente raggiungere sommando più reati di lieve entità come accade per chi delinque esclusivamente per procurarsi la droga, ma potrebbero essere raggiunti come pena per un singolo reato.

Si tratta di un limite che sta suscitando alcune reazioni in relazione alla sicurezza della collettività, pur escludendo la legge i reati più gravi. D'altro canto, una delle finalità della legge, seppur non scritta nel testo ma solo dichiarata, è arrivare ad una diminuzione dei detenuti, oggi circa 63.500 a fronte di una capienza regolamentare di circa 51.300 posti.

C'è, infine, una tema culturale più generale che riguarda il sistema salute mentale/dipendenze al quale con il passare degli anni, e con l'approvazione di nuove normative, si tende a delegare sempre più compiti di controllo sociale, sempre meno di cura. Un tema affrontato anche nel Piano

nazionale di azioni per la Salute mentale 2025-2030 nel quale si riafferma che il l'obbiettivo del personale sanitario è sempre orientato alla cura.

In conclusione, con la nuova legge, partendo da un giusto principio, si apre un percorso rinnovato con ostacoli da superare, dalla necessità di risorse adeguate all'attuazione di percorsi verificati, fino alla salvaguardia delle competenze cliniche delle operatrici e degli operatori sanitari, evitando deleghe per la sicurezza della società.

** Direttore del Dipartimento di Salute Mentale Asl Roma 2*

IL GOVERNO PRO-VITA È IL PRIMO PER MANCATE NASCITE IN ITALIA

ELISABETTA AMBROSI

La conta dei costi di un figlio non comincia più alla nascita e per la verità neanche al concepimento. Siccome oggi i figli, anzi il figlio, si fanno tardissimo, sempre più sono quelle che congelano gli embrioni (almeno 3 mila euro, più 300 ogni anno) e quelle che affrontano un percorso di fecondazione assistita. Al pubblico? Macché, si fa in tempo ad entrare in menopausa. Dunque il privato, con i suoi costi che, dice chi lo ha fatto, "sono quelli di una macchina". E poi la gravidanza, con il suo carico di visite, integratori, esami del sangue, ecografie (anche 5 mila euro). Le politiche sociali, se così possiamo chiamarle, si concentrano sui primi anni di vita: certo, per i pannolini ed eventuale latte se ne vanno migliaia di euro all'anno, e per l'asilo – anche quello pubblico – le rette raggiungono ormai quasi quelle dei privati, oltre 400 euro. L'asilo però non basta, servono anche un paio d'ore di baby sitter (300 al mese). E infatti c'è chi cerca disperatamente figure tuttofare di tata-collaboratrice, così almeno niente asilo e paghi solo uno stipendio, circa 800 euro al mese più migliaia di giusti contributi l'anno, l'unica cosa che lo Stato ti fa scaricare (ma poi la tata se cucina mette il ragazzino davanti alla tv, e se deve giocare brucia le verdure).

Ma i nonni? Quali, quelli che ormai alla nascita di un figlio sono ultraottantenni e hanno bisogno loro di aiuto (spoiler: circa

763 mila persone in Italia non possono fare figli per assistere i genitori)? Non abbiamo citato l'incubo estate. Se un tempo si poteva restare in città e andare a un parco, oggi la stessa sequenza conduce alla morte per colpo di calore (grazie lobby dei fossili). Ecco dunque la ricerca del centro estivo condizionato, o con piscina: ormai anche 200 euro a settimana. E allontanarsi dalla città, cercando una casa al mare o in montagna? Ebbene, quelle case che i tuoi genitori prendevano a un milione al mese ora ne costano mille a settimana.

Il vero salasso però è quando i ragazzini diventano adolescenti. Sono sempre a tuo carico, ma se prendono un treno sono adulti, se vanno in museo o qualsiasi attività anche. Mangiare è l'incubo più grande: una famiglia di quattro arriva a spendere mille euro di alimenti (60-70 euro al mese solo di latte più 140 euro di pane). Poi ci sono i libri di scuola, tutto l'abbigliamento, le uscite, il telefono. Parliamo di sport? Qualsiasi società sportiva non chiederà meno di 6-700 euro l'anno più la divisa e i tornei fuori città (se poi se vuoi insegnargli a nuotare per non affogare, in bocca al lupo per i costi della piscina). E la salute? Altro che sa-

ni come pesci: tra ortopedici, dentisti (3 mila euro l'apparecchio), gastroenterologi, otorini e se per caso non stanno tanto bene anche psicoterapeuti (70 a seduta) il malloppo da detrarre dal 730 è inquietante. Ora, visto che lo stipendio medio italiano è sui 1500-1700 euro, ma i giovani guadagnano pure meno, è evidente che anche a lavorare in due (ma magari uno dei due ne guadagna mille da precaria/o) di queste spese se ne coprono forse un terzo (e sono solo quelle per i figli!). Come si fa? Semplice, non si fa. Non si fanno figli. Allora c'è poco da stupirsi se il rapporto "Dossier Natalità 2026: Volere o potere", realizzato dalla Fondazione per la Natalità in collaborazione con Istat certifica il dato storico dei 355 mila bambini nel 2025 (spoiler: saranno ancora meno nel 2026). E quali sono i motivi? Stipendi bassi, lavoro precario, poco *welfare*. Chi l'avrebbe detto! In-

vece ci sarebbe da dire qualcosa sul fatto che il governo più pro-vita della storia italiana – quello che non vuole il salario minimo e che ha abolito il reddito di cittadinanza – abbia prodotto il numero maggiore di bambini non nati (760 mila, dice il rapporto, quelli desiderati). Bisognerebbe riscrivere il libro di Oriana Fallaci, *Lettera a un bambino mai nato*. Ma non per aborto. Per povertà.

**PATRIE TROPPO
POVERI PER
FARE FIGLI:
SOLO 355 MILA
NEL 2025: COME
FAI CON 1.500
EURO AL MESE?**

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



IL DIBATTITO
SULLA LEGGE

Zaia: le Camere affrontino davvero il tema del fine vita

Iasevoli e un intervento di Ugolini a pagina 8

La richiesta di Zaia: «Fine vita da regolare. Il Parlamento si assuma la responsabilità»

MARCO IASEVOLI
Roma

Luca Zaia, tre volte governatore del Veneto e attualmente presidente del Consiglio regionale, ha avuto negli ultimi giorni due momenti di confronto sul fine vita: il primo con il presidente della Cei, cardinale Matteo Zuppi, nel podcast "Il fienile" che il leader veneto ha creato e conduce (circa 110 milioni di visualizzazioni); il secondo a distanza, con una lettera inviata al patriarca di Venezia, Francesco Moraglia, dopo l'accorato editoriale di quest'ultimo sul settimanale diocesano "Gente veneta". Una ricerca di dialogo che però il politico veneto leghista tiene separato dai suoi doveri da amministratore. Perciò conferma: «A settembre la proposta sul fine vita sarà discussa in Consiglio regionale, non perché lo decido io: c'è uno statuto che mi dice cosa fare quando ci sono leggi d'iniziativa popolare. E questo occorre capirlo: sono un credente, ma i credenti in politica applicano le leggi».

Zaia, è nota comunque la sua preferenza perché il Veneto abbia una sua legge e perché ci sia una legge nazionale.

Certo, è noto da anni. Io penso che in Italia bisogna uscire da una grande ipocrisia. Il fine vita è una realtà. È una condizione di nostri concittadini sofferenti. E c'è una sentenza della Corte costituzionale che ha dato non una mano, ma quattro mani ai legislatori. Ci ha detto che si può chiedere una morte assistita in presenza di una dia-

gnosi infausta, di grave sofferenza fisica e psichica, del mantenimento in vita attraverso supporti vitali, della capacità di intendere e volere. Far finta che questo non esista, che la Corte non abbia parlato e ripetutamente sollecitato una legge, è una grande ipocrisia.

Il tema però, che la investe come massimo rappresentante del Consiglio veneto, è che il proliferare di iniziative legislative regionali non sta aiutando il Paese a venire a capo di un problema che interpella le coscienze...

Non sono d'accordo con chi dice che le Regioni stanno creando il caos. E voglio spiegarlo. La sentenza della Corte ha due problemi. Mancano i tempi di risposta rispetto all'istanza di un cittadino. E non stabilisce se la sanità pubblica debba fornire il farmaco. Le Regioni non stanno facendo leggi per autorizzare o negare il fine vita. Stanno facendo leggi su questi due punti. E dove eccedono, la Consulta sta intervenendo delimitando il campo.

Insomma lei dice: si puntano i riflettori sulle Regioni che stanno determinando delle procedure, mentre i riflettori dovrebbero essere sul Parlamento. Parlamento in cui oggi la maggioranza è del centrodestra, la sua parte politica.

In Parlamento su questi temi bisogna votare con libertà di coscienza. Nel centrodestra e nel centrosinistra ci sono sia contrari, sia dubbiosi, sia favorevoli. Quando il Consiglio veneto ha bocciato la legge dell'associazione Coscioni, io ho votato

a favore, ma la proposta non è passata per un voto. Io non ho fatto una sola telefonata per convincere un consigliere a votare come me. Ci deve essere assoluta libertà di coscienza.

Prima ancora c'è il lavoro per avere un testo.

E sa perché non ci si arriva? Perché nessuno compie gli atti conseguenti alle proprie convinzioni. Sei contrario? Presenta una legge per vietare il fine vita. Sei favorevole? Presenta una legge secondo te adeguata. Sei dubbioso? Scrivi anche tu una legge con tutti i limiti e i vagli che vanno messi. Quando non si fa questo, ripeto, vuol dire che c'è ipocrisia.

Lei non teme un deragliamento, che brecce aperte diventino poi buchi enormi?

I dubbiosi sono coloro dei quali ho massimo rispetto. Però a loro dico che bisogna anche guardare la realtà. In Veneto ci sono state 20 richieste negli ultimi anni, ne sono state bocciate 17. Ripeto: la Consulta ha dato non una, ma quattro mani.

Lei dice di rispettare molto la posizione della Chiesa.

Ci mancherebbe. Sono un credente. Sottoscrivo quanto ha detto il Papa sull'accompagnamento



mento. Quanto mi ha detto Zuppi sull'accanimento terapeutico. Comprendo perfettamente le parole da pastore del Patriarca. A loro ho detto, ho scritto, con massima umiltà, di andare a conoscere le storie delle persone che chiedono di essere accompagnate alla morte. Sono storie di lancinante dolore. Non sono persone che non comprendono il valore incommensurabile della vita.

E le terapie palliative?

Le rispondo dicendo, per esperienza, che spesso chi chiede di essere accompagnato alla morte non vuole le palliative per una questione di dignità. Vogliono andarsene con il volto che un figlio riconoscerebbe.

Un altro problema è il coinvolgimento della sanità pubblica, che probabilmente do-

vrebbe essere una scelta nazionale.

Anche qui io parlo di ipocrisia, per entrambi gli aspetti. Non è civile che una persona, dopo aver fatto richiesta, debba andare dall'avvocato per una risposta. E il discorso sulla sanità pubblica è il più ipocrita di tutti. Cosa diciamo oggi di fronte alla somministrazione dei farmaci che di fatto accompagnano i pazienti nella fase terminale della loro vita? Sono situazioni in cui la responsabilità è sempre lasciata

in capo a medici, pazienti e familiari. Ma in generale, cosa diciamo di fronte a pratiche mediche che si muovono continuamente al confine tra la vita e la

morte? L'intervento delle strutture pubbliche non indica che lo Stato istituisce il diritto alla morte.

Ne è sicuro?

Chi come me oggi sostiene questa posizione, sarà anche il primo a opporsi a ogni tentativo di scioglimento. Ma lo dico a costo di risultare noioso: seguiamo la Consulta e completiamo quella sentenza con le risposte tecniche che mancano. La Corte ha già alzato un muro a derive eutanasiche. E l'ha fatto più volte, con il contributo di giuristi di diversa estrazione culturale, anche cattolica.

L'esponente leghista: dalla politica grande ipocrisia sul tema, la Consulta ha dato non una, ma quattro mani ai legislatori. Da credente ascolto la Chiesa, con umiltà invito a conoscere le storie di chi vuole essere accompagnato alla morte.



Sopra: Luca Zaia, 58enne di Conegliano, è stato per 15 anni presidente del Veneto e, prima, ministro delle Politiche agricole nell'ultimo governo Berlusconi. /Ansa



ANALISI

Houellebecq e le ragioni sul fine vita Si può dire "non lo so" nel 2026?

LETIZIA PEZZALI a pagina 11

SOLDI E SENTIMENTO

Houellebecq e le ragioni sul fine vita Si può dire "non lo so" nel 2026?

LETIZIA PEZZALI

A metà luglio l'Assemblea nazionale francese ha dato il via libera alla legge sul fine vita. Pochi giorni prima, Michel

Houellebecq ha pubblicato un testo su *Le Figaro* per esprimere la sua posizione contraria. Il testo è coerente per stile, forma e pensiero con le posizioni filosofiche generali dello scrittore. Houellebecq, del resto, appartiene agli scrittori che nel corso della vita scrivono un unico, lungo libro che non si contraddice.

La sua tesi è che l'eutanasia e il suicidio assistito rappresentano una lacerazione grave della legge morale e un passo esiziale verso una società che attribuisce valore alla vita solo in funzione della sua utilità. Houellebecq dice di avere una posizione kantiana: l'essere umano e la vita hanno valore in quanto tali, in qualsiasi stato e condizione. Partendo da qui, sceglie di inquadrare la legge sul fine vita nello schema dell'ossessione contemporanea per il valore d'uso: quel ridurre l'essere umano alla sua capacità di muoversi e comunicare. In assenza di queste capacità, il valore d'uso è limitato e la dignità umana è alterata. «Una visione penosamente pragmatica dell'essere umano».

"Non lo so"

«Valore d'uso» mi interessa perché è una categoria economica applicata

a un dominio che dovrebbe essere immune all'economia (la morte). Houellebecq sottilmente segue l'idea secondo cui il mercato colonizza sempre più ambiti, arrivando a una diagnosi che rientra nelle critiche alla misurabilità, al vizio di pensare ogni cosa in termini di rendimento. È il territorio dei suoi romanzi, non solo quando parla di morte, ma anche quando mette in scena le distorsioni delle relazioni umane vissute come mercato.

Sono d'accordo con Houellebecq? Non lo so. È possibile scrivere "Non lo so" nel 2026? No. Ma io lo faccio. Elencherò invece quattro posizioni intorno al suicidio (il suicidio è una macrocategoria utile all'impostazione).

La prima posizione è quella di chi combatte con ogni mezzo il concetto di suicidio, considerandolo un "reato". Per i credenti è così: il suicidio è un peccato, sempre. La seconda posizione è quella di chi non considera il suicidio un "reato", ma un atto che la società deve sempre contrastare, mettendo a disposizione strumenti utili. La terza posizione è quella di chi non considera il suicidio qualcosa che la società debba contrastare: il suicidio può avvenire e va accettato,



ma la sua esecuzione non va agevolata. Neutralità. Infine c'è l'idea di considerare, in alcuni casi precisi, l'atto di porre fine alla vita (vita che altrimenti proseguirebbe) come un esito che la società accetta di aiutare a mettere in pratica. Per esempio, nel caso dell'eutanasia e del suicidio assistito. Houellebecq sembra trovarsi nella seconda casella. È laico, non condanna chi si suicida, ma non ha una posizione neutrale, e non ammette eccezioni. Suggerisce di «meditare su quanto pochi siano i filosofi che nel corso dei secoli hanno approvato il suicidio».

Esperimenti mentali

Trovo utili qui gli esperimenti mentali. Immagino di trovarmi immobile e cieca in un letto. La mia predisposizione alla claustrofobia mi fa provare un desiderio di fuga, e l'unica fuga possibile è quella dal corpo (morire).

Una situazione simile sarebbe sopportabile se perlomeno producessi pensiero, anche minimo? Flebili flash, visioni, fantasmi di pensiero. Ma senza poterli comunicare? Senza che possano arrivare a un destinatario? L'assenza di un destinatario è terribile tanto quanto l'immobilità, la cecità. Il pensiero ha bisogno di un luogo dove arrivare. Un pensiero privo di destinatario, privo di pista di atterraggio... Forse avrete provato a stare mezz'ora su un aereo che gira in tondo perché l'aeroporto non ha piste disponibili. E starci giorni? Anni? Per capire come le ponderazioni intorno ai temi del fine vita girino in tondo, è utile riflettere sul dolore. Oggi il dolore si tiene a bada con i farmaci. Corpi in gravi condizioni non provano dolore. Houellebecq stesso, in un altro *essay*, scrive che il problema del dolore è superato.

Dunque, a maggior ragione, perché accettare l'eutanasia? Eppure la scienza che ha prodotto i farmaci contro il dolore ha prodotto anche la capacità tecnica di prolungare la vita dei corpi ben oltre il punto in cui si sarebbero già spenti. Il dolore placato (grazie alla scienza) è uno degli argomenti contro l'eutanasia. La vita prolungata oltre il limite (grazie alla scienza) è uno degli argomenti a favore. Nessuno dei due sparisce a spese dell'altro. Nessuno rappresenta i bei tempi andati. I due argomenti restano lì, insieme, veri entrambi. Girano senza una pista dove atterrare. Generano i "Non lo so".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Michel Houellebecq
ha pubblicato
un testo su *Le Figaro* per
esprimere la
sua posizione
contraria alla
legge sul fine
vita in Francia
FOTO EPA



Il raduno mondiale dei Baù, la «tribù» con il colesterolo basso

Si ritrovano ogni tre anni sull'altopiano di Asiago. E ora si studia il loro Dna

dalla nostra inviata

Rebecca Luisetto

STOCCAREDDO DI GALLIO (VICENZA)

Il loro cognome ha viaggiato per il mondo ma il Dna molto meno. I Baù che ogni tre anni tornano per il ritrovo di Stoccareddo di Gallio, sull'altopiano di Asiago (Vicenza), arrivano da Italia, Europa, America. Sono migliaia, discendenti di una comunità rimasta a lungo isolata, e oggi quella storia di partenze e ritorni è al centro di un'analisi scientifica perché nel patrimonio genetico di questa stirpe gli studiosi stanno cercando le tracce di una possibile protezione naturale contro infarti, ictus e altre malattie cardiovascolari.

Lo studio è condotto dalla Fondazione Baschirotto, nata per la ricerca sulle malattie rare, in collaborazione con diverse università e l'azienda sa-

nitaria Usl 7 Pedemontana. «Abbiamo verificato come Stoccareddo e la vicina Rotzo, di cui sono originari tutti i Baù, siano degli isolati genetici dove ci sono stati pochi fondatori, un elevato tasso di endogamia (riprodursi esclusivamente all'interno del proprio gruppo sociale, ndr) e la trasmissione di un Dna adatto allo studio», spiega Anna Albarella Baschirotto, ideatrice insieme al marito Giuseppe della Fondazione.

L'endogamia può aumentare il rischio di trasmettere alcune malattie genetiche ma può anche conservare varianti favorevoli. La ricerca sui Baù sembra indicare l'assenza di una variante genetica associata alla predisposizione al colesterolo Ldl, il cosiddetto «cattivo». «Dall'endogamia si trasmettono anche fattori protettivi» osserva Alex Pontini, dirigente della Chirurgia plastica dell'Usl 7 che studia le varianti genetiche della famiglia

anche rispetto a patologie come il melanoma. Ogni tre anni vengono coinvolte circa un centinaio di persone in un campionamento che prevede domande volte a ricostruire l'albero genealogico, anamnesi su salute e abitudini di vita, e infine un prelievo del sangue.

Il momento in cui la ricerca incontra la comunità è proprio il grande ritrovo dei Baù, nato nel 1996 dall'iniziativa di due discendenti, uno dal Brasile e uno dalla Norvegia, che hanno deciso di tornare a Stoccareddo per cercare le proprie origini. Da allora ogni tre anni sono arriyati Baù da tutto il mondo. «È un modo per ritrovare le proprie radici e per festeggiare insieme l'appartenenza a una stirpe», racconta Viviano Baù. «Ci tengo molto al mio cognome — aggiunge Tereziano, dal Lussemburgo —. Lo spirito forte della mia etnia è sempre stato il fondamento della mia vita».

Il ritrovo è nato come un

modo per celebrare quel legame di sangue diventato poi un osservatorio scientifico particolare. Per Gino Gerosa, assessore regionale alla Sanità, la ricerca sui Baù è la tessera di un progetto più grande, quello di fare del Veneto un laboratorio per l'invecchiamento in buona salute. «Qui l'attesa di vita è di 84,3 anni ma con un'esistenza in salute fino ai 60 anni — osserva —. Dobbiamo chiudere questa forbice di quasi 25 anni».

E così, a Stoccareddo, il ritrovo continua ad avere due facce. Da una parte ci sono i Baù che si riconoscono, si abbracciano e raccontano di figli e nipoti cresciuti lontano dall'altopiano, dall'altra ci sono i ricercatori che chiedono un campione di sangue e cercano dentro quella storia familiare le varianti che potrebbero spiegare i segreti di una vita più lunga e più sana.

La scheda

● I Baù sono i migliaia di discendenti di una comunità originaria di Stoccareddo, sull'altopiano di Asiago (Vicenza) rimasta a lungo isolata

● Sono al centro di un'analisi scientifica perché nel patrimonio genetico di questa stirpe gli studiosi cercano la protezione naturale contro le malattie cardiovascolari

● Pare che i Baù abbiano un livello di colesterolo Ldl, quello cattivo, molto più basso della norma



Festa e ricerca

In alto un'infermiera effettua un prelievo di sangue a un Baù durante la festa mondiale di questa stirpe sull'altopiano di Asiago. A destra le tavolate del raduno



Esiste una pillola per la longevità?

Dall'Ozempic per dimagrire alla metformina che fa lavorare meglio fegato, pancreas e intestino. Preziosi. Ma non sono i farmaci la risposta giusta per vivere più a lungo

Roberto Bernabei*

Dottore: mi da una medicina per non invecchiare? Vi sarà passata per la testa questa domanda, immagino. Allora parliamone soprattutto perché ne parlano troppo e male in mille, dalle cattedre più impensabili, in genere del web. Ma anche perché alcuni farmaci recenti, utilizzati per patologie molto diffuse come il diabete, hanno fatto intravedere un effetto non solo sulla glicemia ma anche sul peso (effetto questo che piace assai) e sulla salute in generale.

Entriamo dentro la faccenda e partiamo non della semaglutide (l'ormai mitica iniezione in pancia di Ozempic, quello del peso), che affronterò in seguito, ma dalla metformina che recente non è e che i diabetici conoscono bene perché in terapia da decenni. La metformina fa lavorare meglio il fegato (organo sorta di regolatore per dispensare a tempo e a modo lo zucchero nel nostro corpo) e riduce l'assorbimento del glucosio nell'apparato digerente. E', poi, una specie di "badante" del pancreas che produce l'insulina. Insulina regolatrice dell'immissione dello zucchero nelle cellule e quindi della conseguente produzione di energia che ci consen-

te di funzionare. Come? La metformina riattiva un organello centrale nella cellula, il mitocondrio, responsabile appunto della produzione di energia. Questo aiuta pancreas, fegato ed intestino a funzionare meglio e combatte il diabete. Chiaro?

Qualcuno allora ha pensato: ma se la metformina aiuta i mitocondri e permette una miglior produzione di energia, hai visto mai che questo aiuto favorisca una miglior longevità? Non fa una piega visto, tra l'altro, che il diabete produce un'accelerazione dell'invecchiamento ed un farmaco che lo contrasta suggerisce, per converso, longevità. E infatti è cominciato molti anni fa uno studio clinico su 65-80enni per comprendere se chi fa uso di metformina ha meno diabete, malattie croniche e tumori. Non si hanno ancora i risultati definitivi, ed in primis quelli sulla eventuale prolungata longevità, ma è chiaro che c'è sostanza in questa ricerca. Ne tiriamo le conclusioni dopo aver parlato delle prossime molecole.

Sostanza, appunto, c'è anche su molecole che sono sulla bocca di tutti anche perché pubblicizzate da persone famose e non, che riferiscono di esser sensibilmente dimagrite per l'uso di esse. Sono la semaglutide, antesignana, seguita dalle più recenti lira e tirzepatide. Che fanno? E "fanno" in termini di longevità? Intanto come agiscono: lavorano promuovendo l'azione di una roba che si

chiama GLP-1 o Glucagon-Like Peptide. Scordatevi questo nome ma ricordatevi che questo signore dice al cervello di sentir meno il senso della fame, allo stomaco di svuotarsi più lentamente come se avessimo mangiato troppo, al pancreas di lavorare di più e darci insulina. La semaglutide agisce stimolando il GLP-1 che fa tutta quella roba lì e deve agir bene visto che solo nel 2023 ha fatto incassare ai produttori del farmaco in commercio una quarantina di miliardi di dollari... Vabbè che oramai con i plurimiliardari alla Musk e Bezos siamo abituati a sentir parlare di miliardi (per pochi), ma 40 miliardi non son brucolini e significano che anche qui c'è sostanza. Il fatto è che questo GLP-1, stimolato dalla semaglutide, ha un mucchio di azioni positive a livello cellulare, metabolico, neurologico e vascolare. Quindi meno grasso nel fegato, vasi meno sclerotici e capaci di una flessibilità che diminuisce le malattie cardiovascolari fino ad



una possibile protezione contro Parkinson ed Alzheimer. Insomma c'è di più oltre al dimagrimento.

Il terzo indagato per aumentare la longevità è la rapamicina. Che fa? Leggete e dimenticate un'altra parola astrusa, mTOR, che è il meccanismo che regola la sintesi delle proteine. Detto a spadate. In buona sostanza l'effetto ultimo di questa rapamicina è, attraverso un'azione su mTOR, di "rallentare" la cellula e di favorirne i meccanismi di riparazione. Come dire che la cellula, le cellule, rimangono più toste perché si sono permesse un tagliando di controllo e rimessa a posto. Più capaci di rispondere così agli insulti del mondo, che siano gli agenti infettivi o il danno dell'insorgenza di una malattia cronica.

Ce ne sono molte altre di molecole tentatrici di longevità, dal resveratrolo alla spermidina, in genere contenute negli integratori che molti imbonitori spacciano, appunto, per elisir di lunga vita. State attenti, le prove di efficacia pro longevità sono tutte sugli animali e non sull'uomo, i dosaggi sono spesso diversi e gli effetti collaterali o a distanza sconosciuti. Almeno per metformina, semaglutide e rapamicina si è an-

dati ben avanti negli studi anche sull'uomo.

Allora, mi direte, dammi un farmaco, uno di questi per la mia longevità! Rifarei la domanda: te che hai scritto questo articolo, geriatra-gerontologo da 50 anni, cosa prendi? Al momento nulla amico mio, e sai perché? Non credo in una pallottola magica e i farmaci che ti ho citato lavorano su uno dei 12/13 meccanismi riconosciuti causa di invecchiamento. Allora certo che lavoro su mTOR o GMP-1 ma lavoro anche sugli altri 12/13 con l'insegnamento - che ritorna - delle Blue Zone, i luoghi al mondo con un dimostrato effetto di longevità

per un eccesso statisticamente significativo di centenari. Lavoro su mTOR e GMP-1 (ma anche sulle concause di longevità/invecchiamento come i telomeri o l'esaurimento delle staminali o l'infiammazione cronica o... etc) perché, insegnano le Blue Zone, mantengo il peso dei 20 anni e mangio prevalentemente frutta, verdura e cereali (con qualche eccezione di matriciana), corro tutti i giorni per almeno 30 minuti, cerco di dormire bene, mantenere uno scopo nella vita come scrivere questi articoli per te, e avere

una vita sociale possibilmente ricca ed allegra. E quindi quella matriciana con chi mi vuol bene... ci sta.

** Presidente di Italia Longeva (Agenzia del Ministero della Salute), già direttore del dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento, neurologiche, ortopediche e della testa collo del Policlinico Gemelli e membro del CdA della Cattolica, è uno dei massimi promotori della geriatria in Europa.*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

QUESTE MEDICINE LAVORANO SOLO SU UNA DELLE 12/13 CAUSE RICONOSCIUTE DI INVECCHIAMENTO
LA RICETTA DEI CENTENARI È MANTENERE IL PESO DEI 20 ANNI, FARE ATTIVITÀ FISICA OGNI GIORNO E AVERE UNO SCOPO NELLA VITA



Il 25% della popolazione italiana ha oltre 65 anni
L'aspettativa di vita è di 83 anni tra uomini e donne



OGNI GIORNO OLTRE 1.700 persone si rivolgono ai Pronto Soccorso italiani per un disturbo psichiatrico

La sofferenza invisibile La salute mentale non può più aspettare



ci sono ferite che non si vedono, ma che ogni giorno cambiano la vita di migliaia di persone. Sono quelle che colpiscono la mente, spesso nel silenzio, lontano dagli occhi degli altri e, troppo spesso, anche dalle risposte tempestive del sistema di assistenza. Oggi la salute mentale rappresenta una delle principali sfide sanitarie e sociali del nostro tempo, con un impatto soprattutto tra bambini, adolescenti. A ricordarlo è stato il ministro della Salute Orazio Schillaci, evidenziando come ogni giorno oltre 1.700 persone si rivolgano ai Pronto Soccorso italiani per un disturbo psichiatrico. Un dato che racconta solo una parte del problema, perché dietro quei numeri si nascondono ansia, depressione, disagio emotivo e solitudine che spesso emergono soltanto quando la situazione è ormai compromessa, coinvolgendo non solo chi soffre, ma anche le famiglie e le persone più vicine. La vera sfida è riuscire a riconoscere il disagio prima che diventi malat-

tia. Intervenire precocemente significa offrire alle persone un percorso di ascolto, sostegno e cura, evitando che una fragilità si trasformi in una condizione più grave. In questa prospettiva nasce il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030, il primo dopo tredici anni, che punta a rafforzare prevenzione, assistenza territoriale e presa in carico lungo tutto l'arco della vita. Particolare attenzione viene dedicata ai giovani attraverso una maggiore integrazione tra scuola, famiglie, servizi sociali, medici di medicina generale, pediatri, Case di Comunità e Dipartimenti di Salute Mentale, con l'obiettivo di costruire una rete capace di intercettare tempestivamente i segnali di sofferenza e accompagnare le persone verso un percorso di cura continuo e coordinato. Il rafforzamento dei servizi territoriali sarà accompagnato da nuove risorse destinate al personale e al miglioramento dell'accesso ai percorsi di supporto psicologico e psicoterapeutico, così da ridurre le disuguaglianze tra i territori e garantire risposte

più rapide ed efficaci. Un sistema più vicino ai cittadini può contribuire a ridurre i tempi di attesa e favorire interventi realmente tempestivi. La salute mentale riguarda l'intera società. Parlare di questo tema significa abbattere lo stigma che ancora oggi porta molte persone a nascondere il proprio disagio o a chiedere aiuto troppo tardi. Promuovere una cultura dell'ascolto, della prevenzione e della vicinanza è il primo passo per trasformare la cura in un diritto realmente accessibile. Una società si misura anche dalla capacità di prendersi cura delle fragilità più invisibili. Investire nella salute mentale significa costruire comunità più forti, più consapevoli e più umane, dove chiedere aiuto non sia un segno di debolezza, ma il primo passo verso la speranza, la rinascita e una migliore qualità della vita, senza lasciare indietro nessuno.

Giovanni Ianni



La prevenzione è bellezza È tempo di un ministero del Benessere Collettivo

► Troppo spesso la bellezza viene confinata all'arte. Da questa convinzione nasce una proposta che può apparire provocatoria, ma che considero profondamente concreta

Carla Vittoria Maira*

Viviamo in un tempo in cui si parla molto di emergenza e poco di prevenzione.

Si interviene quando il disagio è già esploso, quando una dipendenza ha compromesso una vita, quando una malattia avrebbe potuto essere evitata, quando la solitudine è diventata un problema sociale.

Eppure la prevenzione rappresenta il più alto investimento che una comunità possa fare su se stessa.

Lo affermo non in via teorica, ma per un'esperienza di oltre vent'anni di impegno dedicato al volontariato sanitario attraverso la fondazione Atena, nata per promuovere la ricerca nel campo delle neuroscienze ed evolversi promuovendo la divulgazione scientifica e la cultura della prevenzione. Ho incontrato migliaia di donne, di giovani, di famiglie, e mi sono confrontata con molti insegnanti e operatori sanitari.

Ho ascoltato le loro domande, le loro paure e le loro speranze.

Da questi incontri ho capito che il bene comune non si costruisce negli ospedali ma molto prima: nelle famiglie, nelle scuole, nell'educazione, nella qualità delle relazioni, nella cultura, nella capacità di offrire ai giovani prospettive di vita autentica. Per questo considero la prevenzione una delle più alte espressioni del bene comune. Quando parliamo di dipendenze, di salute mentale, di salute delle donne, di corretti stili di vita, di rispetto per

chi è diverso, non affrontiamo temi settoriali. Parliamo del futuro del Paese, parliamo della capacità delle istituzioni di prendersi cura delle persone prima ancora che dei problemi.

Esiste una parola che potrebbe unire tutto questo: bellezza.

Troppo spesso la bellezza viene confinata all'arte, ai monumenti, al paesaggio. Certamente l'Italia possiede un patrimonio straordinario che va custodito e va valorizzato. Ma la bellezza è anche una città vivibile, una scuola che educa al rispetto, un ospedale che accoglie con umanità, un giovane che sceglie la libertà dalle dipendenze, una donna che può accedere a percorsi di prevenzione e cura, una comunità che non lascia indietro nessuno. La bellezza è una responsabilità collettiva.

Da questa convinzione nasce una proposta che può apparire provocatoria, ma che considero profondamente concreta: istituire in futuro un Ministero del Benessere Collettivo, un luogo di coordinamento strategico capace di mettere in relazione salute, prevenzione, educazione, ricerca, cultura, politiche giovanili, politiche per la famiglia e per le persone con disabilità. Un ministero in grado di promuovere una visione integrata dell'inclusione sociale e della qualità della vita, superando la frammentazione che spesso caratterizza l'azione pubblica.

BENE COMUNE

Il bene comune non appartiene a un singolo settore amministrativo,

è il risultato di politiche che dialogano tra loro e che riconoscono la persona al centro di ogni scelta.

Oggi più che mai abbiamo bisogno di un nuovo linguaggio istituzionale che sostituisca la logica dell'emergenza con quella della prevenzione, che misuri il progresso attraverso gli indicatori economici ma anche attraverso il benessere delle persone, la salute della comunità, la fiducia dei cittadini e la qualità delle relazioni sociali.

Dopo oltre vent'anni dedicato al volontariato, continuiamo a credere che ogni conferenza, ogni incontro nelle scuole, ogni progetto di educazione sanitaria sia un piccolo seme. Alcuni germogliano subito, altri hanno bisogno di tempo, ma tutti contribuiscono a costruire una società più consapevole.

Forse è arrivato il momento di fare un passo ulteriore, di riconoscere veramente che la prevenzione non è una voce di spesa ma un investimento, che la bellezza non è un lusso ma un diritto e che il bene comune non è un ideale astratto, bensì il criterio con cui dovremmo misurare ogni politica pubblica.

Se riusciremo a fare questo salto culturale, avremo costruito qualcosa di molto più importante di un nuovo ministero, avremo dato al nostro paese una nuova idea di futuro.

La bellezza non è ciò che ammiriamo è ciò di cui ci prendiamo cura e il bene comune è la forma più alta della bellezza.

* Vice Presidente della Fondazione Atena



© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA CROCIATA DI SALMO Creme e cancro della pelle: cosa dicono i medici

di GIOSTRA
A PAG. 14



SALUTE&SOCIETÀ

IN RETE Sui social teorie sul problema delle protezioni

Salmo e la disfida delle creme solari e del rischio tumori

» **Letizia Giostra**

La polemica estiva del momento arriva sotto l'ombrellone. Il dubbio amletico è il seguente: creme solari sì o no? D'altronde si tratta di una delle lezioni apprese da migliaia di bagnanti per diminuire il rischio di sviluppare il tumore della pelle. Una pratica su cui alcuni, però, nutrono ancora qualche perplessità. Ma la risposta al quesito – spoiler, negativa – arriva da Debora Rasio, oncologa e ricercatrice Sapienza molto popolare anche sui social. Le critiche dalle spiagge si spostano sotto i suoi post. A finire dentro la tempesta mediatico-scientifica sono le sue affermazioni sulla correlazione tra la protezione solare e il temuto me-

lanoma. Nel *reel* finito sotto l'occhio del ciclone, Rasio dice che l'applicazione della protezione solare diminuirebbe la produzione della vitamina D. In sintesi: più metti la crema e più rischi. Per far avvalorare la sua tesi, l'oncologa cita anche due riviste scientifiche estere. Ma non è tutto. Rasio tira in ballo anche contadini e pescatori, due categorie note per lavorare molte ore sotto il sole. Per loro la probabilità di ammalarsi è "dimezzata" rispetto a chi "lavora in ufficio, colletto bianco con le luci a neon". Per l'oncologa bastano solo schermi fisici, come una maglietta o un cappello. E poi il saluto: "Buona estate in salute!".

LE SUE DICHIARAZIONI hanno però acceso il dibattito, infiammando i suoi account e costringendo la piattaforma a oscurare i video incrimina-

ti. Gli utenti si spaccano in due tifoserie, tra chi la difende e chi avrebbe contattato l'Ordine dei Medici di Roma. Contro di lei gran parte della comunità scientifica italiana. C'è anche il commento di Matteo Bassetti: "Attenzione al sole ma anche a chi racconta un sacco di balle sulle creme". In questo esercito non mancano i dermatologi che puntano il dito alle riviste accademiche riportate da Rasio. Nel secondo studio, ad esempio, c'è scritto che chi dichiara di usare sempre le protezioni solari



potrebbe sviluppare un carcinoma rispetto a chi non le utilizza. Ma l'articolo afferma pure che quelli che hanno ammes- so di utilizzarla sempre siano gli stessi a trascorrere molto tempo sotto i raggi, non spalmandosi quindi la quantità di crema richiesta. "I filtri solari hanno dimostrato di essere efficaci solo ed esclusi- vamente se applli- cati sulla pelle cor- rettamente, vale a dire prima della e- sposizione solare e riapplicati ogni due ore", sono le parole della dermatologa Pucci Romano. "L'esposizione gra- duale al sole – prosegue la dottoressa – consente di pre-

disporre le difese naturali dai danni determinati dai raggi ultravioletti (incluso il melanoma), come l'abbronzatura, l'ispessimento cuta- neo e un buon livello di vita- mina D". Interviene con un post anche Paolo Antonio A- scierto. "Le scottature non sono un banale fastidio – scrive l'oncologo – raddop- piano il rischio di sviluppare un melanoma nel corso della vita. La nostra pelle 'ricorda' ogni singola ustione. Soste- nere che i filtri solari faccia- no male o che sia meglio 'a- bituare la pelle senza prote- zione' è una falsità priva di qualsiasi riscontro scientifi- co. L'abbronzatura non è un segno di salute: è la risposta di difesa della pelle".

A FARE DA SPALLA alla tesi di Rasio è Salmo. In un video pubblicato su TikTok, il rap- per inquadra una cicatrice: è quel che resta di un carcino- ma basocellulare, uno dei tu- more della pelle più frequen- ti. Le aree del corpo più a ri- schio sono proprio quelle e- sposte alla luce del sole. An- che il suo video è stato som- merso da una pioggia di cri- tiche, soprattutto da parte dei suoi fan. Ma l'oncologa invece di rallentare, accele- ra. In un secondo video pub- blicato su YouTube, replica con altre due ricerche estere. Nel mirino questa volta ci so- no donne incinte e bambini. L'applicazione delle creme protettive diminuirebbe la produzione di vitamina D, aumentando le diagnosi di

autismo, ADHD e schizofre- nia. Nessuno dei due studi, però, menziona la crema so- lare. Pure in questo caso l'on- cologa è inondata dalle criti- che, ma non mancano mes- saggi di solidarietà, tra chi le manda un abbraccio e chi la invita a non mollare.

L'ARTISTA E IL VIDEO SU TIK TOK

HA USATO i social il rapper Salmo, al secolo Maurizio Pisciotto, per raccontare del suo "cancro della pelle", scientificamente noto come "carcinoma basocellulare". In un video su Tik Tok, l'artista ha detto che potrebbe essere dovuto (la fonte è il video di una dottoressa visto sui social), all'uso delle creme solari e della pelle esposta al sole o a quello che mangiamo. Il lembo di pelle facciale interessata dal carcinoma gli è stato asportata, ma il problema non del tutto è risolto.



Attenti al sole

Secondo i dermatologi le scottature non sono da prendere sottogamba

FOTO ADOBESTOCK



SALUTE

ROCHE E LA LOCOMOTIVA LOMBARDA MA L'ITALIA RISCHIA UNA FRENATA

Il big farmaceutico ha contribuito a generare 467 milioni di Pil nella Regione. Il nodo: la burocrazia e la regola del pay back in capo alle aziende del settore ipotecano la crescita per tutto il Paese, dice l'ad Tsamousis

di **MARGHERITA DE BAC**

In Lombardia il Pil regionale corre anche grazie a Roche. Nel 2024 l'azienda farmaceutica ha contribuito a generare circa 467 milioni a livello diretto, indiretto e di indotto, come dimostra lo studio sull'impatto degli investimenti. «Non sono contento, sono molto di più — gioisce l'amministratore delegato di Roche Italia, Stefanos Tsamousis —. Significa che abbiamo attivato 46 branche economiche, il 78% rappresentato dai fornitori. Micro, piccole e medie imprese sono state coinvolte nelle nostre attività, facendo scorrere una linfa vitale per la Regione».

Presente in oltre 100 Paesi, Roche è tra i principali protagonisti mondiali delle scienze della vita e leader globale nel farmaceutico e diagnostico. Nel 2025 ha registrato un fatturato di 61,5 miliardi di franchi svizzeri, in crescita del 7% a tassi di cambio costanti. Nello stesso anno il gruppo ha investito 12,2 miliardi in ricerca e sviluppo, sostenendo una pipeline composta da 66 nuove molecole e 107 progetti nelle principali aree terapeutiche, tra cui oncologia, neuroscienze, immunologia, oftalmologia, malattie cardiovascolari, renali e metaboliche, malattie rare e obesità. Inoltre Roche ha portato 10 molecole alla Fase III di sviluppo clinico e ottenuto risultati positivi in 12 studi clinici di fase avanzata, rafforzando il proprio impegno nello sviluppo di soluzioni innovative per i pazienti.

Sarà ancora più orgoglioso per aver innescato un meccanismo occupazionale da record in questi tempi difficili. Ben 1570 lavoratori...

«Se entriamo nel dettaglio, c'è motivo

per gonfiarci il petto. Il 75% degli assunti sono laureati. Una percentuale molto alta se confrontata al 27% di media regionale. In questa squadra qualificatissima, il 63% è rappresentato da donne contro il 44% della Lombardia. Abbracciamo quattro generazioni, dalla Gen X alla Gen Z senza escludere i Millenians e i baby boomers». **Quali sono le competenze professionali di cui vi avvalete?**

«Non solo esperti in marketing, economia, medicina e altre branche scientifiche. Pensi, abbiamo arruolato anche laureati in lettere. I giovani non sono abbastanza consapevoli delle opportunità offerte dalle aziende farmaceutiche. Ecco perché

stiamo diffondendo con alcune iniziative le informazioni sulle potenzialità del biotech per le prospettive di lavoro».

Forti di questo biglietto da visita, ora però auspicate un cambio di passo. Innanzitutto chiedete che ci sia finalmente una decisa svolta a livello di semplificazione normativa. Da anni le farmaceutiche insistono su questo tasto, cercando di ottenere un segnale concreto dai governi. La situazione è rimasta immutata?

«Non siamo gli unici ad affermarlo. Siamo decisamente considerati un volano per l'economia. E' venuto il momento di mettere mano ad alcune riforme. Ancora non si è compreso che l'Europa deve trovare una linea comune per rendere com-



petitivo il sistema delle Scienze della Vita».

Quindi non solo l'Italia è caratterizzata dal rallentamento burocratico.

«È un problema condiviso da molti Paesi. Però da noi è macroscopico nonostante oggi avremmo a disposizione le nuove tecnologie per snellire le procedure e essere più veloci nel rendere disponibili terapie innovative. L'intelligenza artificiale può essere una leva».

Un esempio di lentezza.

«Per veder inserito un farmaco in un prontuario regionale bisogna gestire la bellezza di 500 procedure. Dopo l'approvazione dell'agenzia europea e dell'Aifa italiana, i passaggi non sono finiti. Poi cominciano le gare, le attese per entrare nei prontuari regionali. Non ci rimettono solo le aziende ma soprattutto i pazienti. Ci

vuole anche un anno perché un farmaco arrivi a loro dopo il via libera di Ema».

Ma come, il ministro della Salute Orazio Schillaci aveva promesso che l'antimera sarebbe stata ridotta, la Aifa nominata dal governo di Giorgia Meloni è nata anche per adempiere a questo impegno...

«Sono stati compiuti molti progressi, è vero. Riconosciamo gli sforzi. Però i tempi sono ancora dilatati. Ad allungarli è la negoziazione sui prezzi. E di pari passo va l'attesa per la approvazione delle sperimentazioni di farmaci che porterebbero ossigeno al sistema sanitario consentendo a molti pazienti di accedere a terapie promettenti. Ogni euro investito in ricerca ne rende tre a vantaggio del nostro Ssn».

La regola del pay back, che impone alle aziende di partecipare al ripiano in caso

di sfioramento della spesa, continua a essere un ostacolo o si marcia verso una risoluzione?

«È sempre un nodo cruciale, in cima all'agenda. Insostenibile, specie nell'attuale contesto geopolitico. L'Italia è penalizzata rispetto ad altri Paesi dell'Ue. Restiamo un polo di eccellenza, ma perdiamo terreno. Gli ostacoli da sempre denunciati si stratificano e sarà via via più difficile toglierli di mezzo».

Perché la Lombardia in particolare è un hub di riferimento in Europa, un motore di sviluppo?

«Possiede le caratteristiche giuste. Infrastrutture, capitali, competenze, una lunga storia nella ricerca.

Il suo appello?

«Il governo deve capire che bisogna agire adesso, tutti insieme».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Ancora non si è compreso che l'Europa deve trovare una linea comune per rendere competitivo il sistema delle Scienze della Vita»



● **L'identikit**

Il gruppo nasce a Basilea a fine 800 col nome di Hoffmann-La Roche & Co. La filiale italiana è stata la prima e si compone di tre divisioni: farmaceutica, diagnostica e diabete, con una leadership nel monitoraggio della glicemia.



Al vertice Stefanos Tsamousis, alla guida di Roche Italia



Caldo estremo e insulino-resistenza, ricetta per proteggere il metabolismo in estate

Fattori ambientali e salute metabolica sono sempre più strettamente interconnessi: ecco come tutelarsi anche dal punto di vista dell'alimentazione

*di Giovanni Gasbarrini **

31 luglio 2026

Le ondate di calore che stanno interessando gran parte del Paese non sono solo un rischio per il sistema cardiovascolare o per l'equilibrio dell'idratazione. Le temperature elevate e prolungate possono influenzare anche il metabolismo, il controllo della glicemia, l'appetito e la funzionalità dell'apparato digerente, soprattutto nelle persone più fragili, come anziani, soggetti con obesità, diabete, prediabete, sindrome metabolica o insulino-resistenza. La prevenzione, pertanto, diventa fondamentale.

Le regole d'oro

Una corretta idratazione, un'alimentazione equilibrata, un'attività fisica adattata alle condizioni ambientali, un sonno di buona qualità e un attento monitoraggio clinico rappresentano interventi semplici ma supportati da solide evidenze scientifiche. In molti casi sono sufficienti a ridurre il rischio di scompenso metabolico e a preservare la salute nel lungo periodo. Si può avere un'efficacia sulle condizioni metaboliche utilizzando sostanze che moderano l'appetito e riducono l'assorbimento dei grassi animali. La sfida dei prossimi anni sarà integrare la medicina del clima con la medicina della prevenzione, riconoscendo che fattori ambientali e salute metabolica sono sempre più strettamente interconnessi.

Un adulto su 3

Oggi oltre un adulto su tre presenta una qualche forma di insulino-resistenza, una condizione nella quale muscolo, fegato e tessuto adiposo diventano progressivamente meno sensibili all'azione dell'insulina. Nelle fasi iniziali il pancreas riesce a compensare aumentando la produzione dell'ormone. Nel tempo, però, questa risposta diventa insufficiente e compaiono alterazioni della glicemia, accumulo di grasso viscerale, aumento dei trigliceridi, steatosi epatica e, successivamente, diabete di tipo 2 e malattie cardiovascolari. L'insulino-resistenza non riguarda esclusivamente il metabolismo del glucosio. È una condizione sistemica caratterizzata da infiammazione cronica di basso grado, alterazioni del metabolismo lipidico, disfunzione del tessuto adiposo e modificazioni del dialogo tra intestino, microbiota, fegato e sistema endocrino.

La dieta per l'estate

In estate è consigliabile privilegiare un'alimentazione ispirata alla dieta mediterranea, ricca di alimenti freschi, poco processati e ad elevata densità nutrizionale. Frutta e verdura di stagione contribuiscono contemporaneamente all'apporto di acqua, fibre, vitamine, sali minerali e composti

bioattivi. È opportuno preferire cereali integrali, legumi, pesce, olio extravergine di oliva e fonti proteiche magre, limitando il consumo di alimenti ultraprocessati, ricchi di zuccheri semplici, grassi saturi e sodio. Consumare pasti di dimensioni moderate, distribuiti nell'arco della giornata, riduce il carico metabolico post-prandiale e favorisce un migliore controllo della glicemia.

Nelle ore più calde è preferibile evitare pasti abbondanti o ricchi di grassi, che richiedono un maggiore impegno digestivo. L'idratazione è uno degli strumenti più efficaci per proteggere il metabolismo, mentre il movimento migliora la sensibilità all'insulina anche durante l'estate.

** Professore Emerito di Medicina Interna, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Servizio La ricerca

Ami alla pazzia dolci e grassi? Dipende anche dalla genetica che guida (male) il gusto

Chi presenta particolari varianti genetiche tende a mangiare più zuccheri semplici. Nel tempo può crescere il rischio di sviluppare sovrappeso e diabete.

di Federico Mereta

1 agosto 2026

Ce ne accorgiamo tutti, a tavola. C'è chi non sa rinunciare al dessert, ha sempre bisogno di bevande dolci, tende a preferire pietanze ricche di intingoli e grassi. Dall'altra parte, ci sono persone che invece non hanno alcuna voglia di consumare zuccheri. Cosa fa la differenza? Sicuramente contano le abitudini che si sviluppano fin da piccoli. Ma forse l'ambiente non è sufficiente a guidare resistenze e predilezioni gustative. Anche il Dna avrebbe infatti un peso nel guidare le preferenze a tavola, tanto da poter favorire negli anni un maggior rischio di sviluppare complicanze metaboliche come diabete ed obesità.

A lanciare l'ipotesi è una ricerca presentata al Congresso Nutrition 2026 dell'American Society of Nutrition da Julie Gervis, del Center for Genomic Medicine presso il Massachusetts General Hospital. I primi risultati di questa indagine suggeriscono infatti che chi è portatore di specifiche varianti genetiche associate a una preferenza per il gusto dolce o per i cibi grassi non solo sarebbe portatore tendono a consumare maggiori quantità di questi alimenti, ma potrebbe sviluppare anche un rischio più elevato di obesità e diabete di tipo 2. "Siamo di fronte ad un'ulteriore dimostrazione che i meccanismi che controllano il peso corporeo sono estremamente variegati e complessi – commenta Marcellino Monda, direttore di Dietetica e Medicina dello Sport dell'Università della Campania Luigi Vanvitelli -. La genetica che condiziona le preferenze alimentari è ben documentata da tempo e non si può prescindere da essa per un approccio multidisciplinare al problema dell'obesità, che affligge il mondo industrializzato e non solo".

Un'analisi approfondita

La ricerca ha preso il via dalla banca dati dell'UK Biobank, che comprendono informazioni genetiche e questionari alimentari e sullo stato di salute di quasi mezzo milione di persone nel Regno Unito. Gli esperti hanno dapprima tirato fuori da queste informazioni tratti di preferenza gustativa, poi hanno analizzato gli aspetti genetici relativi ad una sottopopolazione del database generale, per identificare le varianti associate a ciascuna preferenza di gusto concentrando l'attenzione sulla ricerca di dolce, salato e grasso. A questo punto sono stati creati punteggi specifici mirati solo a definire la predisposizione genetica cumulativa nell'ambito delle predilezioni gustative. ma non è finita. Su un altro sottoinsieme del database UK Biobank gli studiosi sono andati a verificare se le persone con una maggiore predisposizione genetica alla preferenza per il dolce, ad esempio, consumassero effettivamente più cibi dolci, come dessert e bevande zuccherate, e avessero un rischio maggiore di obesità e diabete di tipo 2.

Il punteggio in base al Dna

Eliminando i possibili effetti confondenti legati a età, genere, predisposizioni familiari e introito energetico totale in modo da isolare l'effetto specifico della genetica della preferenza gustativa, lo studio mostra che chi presenta una più spiccata base scritta nei geni per la la preferenza per il dolce consumano effettivamente più alimenti zuccherati. In media si parla di circa 7 grammi in più al giorno. Una tantum non si tratta di un dato allarmante, ma nel tempo si potrebbero favorire disordini metabolici come sovrappeso e diabete di tipo 2. La prova? I punteggi genetici più elevati per la preferenza per il dolce e i grassi erano associati a un peso corporeo maggiore e a un rischio leggermente più alto di diabete di tipo 2, in gran parte spiegato dall'effetto di questi punteggi sul consumo di alimenti che stuzzicano l'appetito per il gusto dolce o per la componente lipidica.

Approcci su misura

“I nostri risultati suggeriscono che i geni alla base delle preferenze gustative potrebbero svolgere un ruolo importante nel rischio di malattie metaboliche influenzando le abitudini alimentari – è il commento di Gervis in una nota dell'American Society of Nutrition -. Informazioni di questo tipo potrebbero aiutare a identificare precocemente le persone a maggior rischio di malattie legate all'alimentazione, in modo da poter fornire loro un supporto mirato”. Insomma: lo studio fa pensare che la predisposizione a consumare in eccesso cibi estremamente appetitosi, come bevande zuccherate, cibi fritti e patatine fritte possa essere in parte radicata nel profilo genetico. Sapendolo, sul fronte pratico, si potrebbero aiutare meglio le persone faticano più di altre a fare scelte alimentari salutari e quindi aprire la strada ad approcci personalizzati per prevenire il rischio di malattie croniche legate all'alimentazione. Come? Ad esempio creando modelli dietetici che seguano le preferenze del singolo: chi ha una spiccata predisposizione genetica per il dolce, oltre ad agire sul fronte comportamentale, si potrebbe puntare su spezie che possano favorire il piacere gustativo senza fornire zuccheri.

Cosa potrebbe cambiare

Gli esperti, va detto, stanno anche lavorando per capire se le predisposizioni genetiche alle preferenze gustative giochino un ruolo nelle risposte ai farmaci come i GLP-1 agonisti che agiscono su obesità e diabete. Ci sono persone che durante la terapia vanno incontro a cambiamenti sensoriali del gusto, che possono influenzare le loro preferenze alimentari, il comportamento alimentare e la qualità della vita. “Sicuramente lo studio approfondito dei geni apre scenari innovativi anche sul fronte terapeutico – conclude Monda -. Ma attenzione: non si può sottovalutare il ruolo determinante dell'educazione agli stili di vita salutari, che contemplano la sana alimentazione di tipo mediterraneo e l'equilibrata attività, per prevenire e curare, in modo olistico, le malattie causate dalla cattiva alimentazione e dalla sedentarietà”.



Servizio Dottore, ma è vero che

Tenere il costume bagnato può causare infezioni? Ecco come comportarsi

Il team dei dottori e degli esperti anti-bufale dell'Ordine nazionale dei medici risponde ai principali dubbi sulla salute

31 luglio 2026

L'igiene personale intima presuppone, oltre alla normale pulizia quotidiana, l'uso di indumenti puliti e possibilmente fatti con materiali neutri, come il cotone, e senza coloranti. Alcuni materiali infatti (soprattutto di tipo sintetico) possono causare irritazioni o persino allergie cutanee e questo rischio è lievemente maggiore in una regione come quella genitale, particolarmente delicata. Vi sono quindi alcuni comportamenti che possono favorire le alterazioni cutanee e persino infezioni come quelle genitali e urinarie che, come si sa, sono particolarmente fastidiose (e in alcuni casi persino pericolose per la salute). Uno dei dubbi più comuni è se tenere il costume da bagno a lungo possa causare (o favorire) infezioni genitali, come la candidosi, o urinarie, come la cistite, ma anche le più temibili pielonefriti.

Se non cambio spesso il costume da bagno rischio di causare o peggiorare un'infezione?

Come sappiamo batteri e funghi (ma anche i virus) sono favoriti o sfavoriti nella loro crescita dalle condizioni ambientali. Per questo usare acqua calda per lavare alcuni indumenti o congelare gli alimenti sfavorisce la proliferazione batterica: temperatura e umidità ambientale condizionano la proliferazione dei microorganismi. Questo accade anche nel nostro corpo. Una situazione "ambientale" favorevole può fare proliferare un'infezione in corso. Ovviamente non può causarla - le infezioni sono causate da batteri, virus o funghi presenti nell'ambiente - ma condizioni come il calore o l'umidità possono favorire la crescita e lo sviluppo di microorganismi come la Candida (che frequentemente causa la candidosi genitale) o come gli Enterococchi o gli Stafilococchi. Il costume da bagno si usa quasi sempre d'estate e quindi le condizioni ambientali sono caratterizzate da temperature elevate. Già questo può causare lo sviluppo di microorganismi. Ma non è l'unico elemento. In estate si suda tanto e il calore associato al sudore (composto da liquidi e sali) favorisce ancora di più la crescita di microorganismi indesiderati. Che vari livelli di calore e temperatura possano favorire il proliferare di microorganismi è un concetto ormai assodato e studiato: lo sanno anche i laboratori di ricerca, che usano proprio queste variazioni ambientali per studiare lo sviluppo di virus, batteri e funghi.

Cosa c'entra allora il costume da bagno?

Il costume fa un po' da "incubatore", è bagnato dall'acqua e dal sudore, è un ambiente molto umido, mantiene la temperatura elevata, è "sporco" di sali e altre sostanze e quindi un lungo contatto con la cute tende a favorire la proliferazione di funghi e batteri. Sappiamo, per esempio, che un'umidità del 60% può causare la morte del 50% delle spore di candida ma in 3-5 giorni, per questo mantenere un ambiente caldo umido anche per poche ore può favorire la crescita di

microorganismi. Anche le alte temperature sono tra le cause dell'aumento delle infezioni del tratto urinario.

Ma cosa succede se si sviluppa una di queste infezioni?

Si tratta di infezioni in genere non pericolose e passeggere ma a volte, soprattutto in organismi predisposti o persone con scarse difese immunitarie, possono diventare aggressive e molto fastidiose, raramente anche dannose. Le infezioni genitali batteriche, come quelle da streptococco, possono causare dermatiti, follicoliti e vaginiti. Quelle da funghi, come la candida, possono essere causa di candidosi, a volte fastidiosissime e difficili da curare. Raramente si notano infezioni virali ma sono spesso conseguenza di infezioni già presenti che però sono “esplose” grazie alla situazione particolare. Apparato genitale e urinario sono in stretto contatto sia anatomicamente (sono “vicini”, addirittura nella donna sono nella stessa regione) che biologicamente e molti microorganismi problematici per l'apparato genitale proliferano benissimo anche in quello urinario. Non a caso molte infezioni urinarie poi diventano anche genitali e viceversa. Ricordiamoci inoltre che l'acqua di mare non è sterile e, a livelli diversi da una zona all'altra, può contenere molti microorganismi, alcuni noti (per esempio l'*Escherichia Coli*) per causare infezioni genitali e urinarie.

Ma allora cosa posso fare per sfavorire queste infezioni?

Sicuramente, oltre che curare l'igiene intima, evitare di indossare un costume da bagno per molte ore, soprattutto se bagnato. Sciacquare o lavare frequentemente i costumi, per rimuovere sale, acqua di mare e detriti. Cambiare il costume più volte durante la giornata e, se possibile, fare frequenti docce con acqua non salata. Certo la giornata a mare non deve essere vissuta come un pericolo ma è corretto mantenere le giuste precauzioni e usare il buon senso. In generale, inoltre, è bene, se si è affetti da un'infezione genitale o urinaria acuta, evitare i bagni in acqua di mare, che potrebbe peggiorare il problema. Ovviamente è bene seguire anche le opportune terapie prescritte dal medico.

Leggi la scheda integrale sul sito [dottoremaeveroche](http://dottoremaeveroche.it) di Fnomceo

L'intervento

EMILIA-ROMAGNA, LEGGE NON NECESSARIA SI RISCHIA L'INERZIA A COLPI DI PROTOCOLLI

L' Emilia-Romagna non aveva bisogno di una legge sul fine vita. Ha ragione il presidente della Regione, Michele De Pascale, quando in aula ha detto che la Consulta è già intervenuta sul suicidio medicalmente assistito, dando un quadro di riferimento nazionale entro cui è legittimo muoversi. Peccato che la norma regionale approvata il 23 luglio abbia, di fatto, trasformato una limitata causa di non punibilità penale per chi aiuta un suicidio in presenza di condizioni precise (materia che peraltro compete allo Stato, come ha ricordato la stessa Corte costituzionale il giorno successivo) in una prestazione organizzata del Servizio sanitario regionale.

Le sentenze della Consulta non hanno mai affermato che il cittadino sia titolare di un diritto costituzionale a ottenere la propria morte. Il Ssn nasce per curare, riabilitare, assistere. E anche se un emendamento della legge regionale ha chiarito che «le modalità di attuazione prevedono l'assistenza del personale sanitario su base volontaria» (art. 7, comma 3), il problema rimane. La Regione con questa legge non esercita semplicemente la sua competenza, ma costruisce un autonomo modello organizzativo destinato a incidere su diritti fondamentali e sulla responsabilità del personale sanitario. Il giudizio dei vescovi emiliano-romagnoli, espresso in una nota il 25 luglio, è molto chiaro: «Procurare la morte contrasta radicalmente con il valore della persona, con le finalità dello Stato e con la stessa professione medica». Una conferma di quello che aveva detto il card. Zuppi, anche arcivescovo di Bologna, il 26 gennaio: «Normalmente, chi legittima il suicidio assistito rischia di depotenziare l'impegno pubblico verso i più fragili. La risposta alla sofferenza non è offrire la morte ma garantire forme di sostegno sociale, di assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare

continuativa», per i malati e le famiglie. Come non ricordare Giuseppina, la signora di 67 anni assolta dopo aver chiesto disperatamente perdono in aula, consapevole di aver tolto la vita a sua madre 93enne, gravemente malata di Alzheimer. Come ha scritto Avvenire, «in questa drammatica vicenda emerge tutta la solitudine dei caregiver familiari». Pensiamo anche a quanti si trovano completamente soli e annichiliti dal dolore.

È qui che emergono due domande evidenziate dalla palliativista Danila Valenti nell'audizione in Consiglio regionale. La prima, quella di chi chiede le cure palliative, è «aiutatemi a vivere la vita fino alla fine in modo per me dignitoso, con sofferenze sostenibili e con un rinnovato senso della vita nella malattia». La seconda domanda, quella di chi chiede il suicidio medicalmente assistito, è invece: «Aiutatemi perché la sofferenza è diventata insopportabile e priva di senso». Fino a quando non saremo sicuri di aver fatto tutto il possibile per offrire cure palliative adeguate e per non lasciar solo chi soffre o chi è vicino a chi soffre, le due domande, seppur distinte, rimarranno sempre contigue. Dal 2010 abbiamo la legge 38 sulle cure palliative. È attuata come dovrebbe in tutte le Regioni? Le cure palliative ben fatte devono decodificare i bisogni reali, perfino quelli che stanno dietro la domanda «di morte» per poterla trasformare. Se non è così, il rischio dell'automatismo e dell'inerzia è che, non appena espressa la domanda di secondo tipo, si proceda a colpi di protocolli.

Lo scorso anno, a Bologna, sulle 5.863 persone seguite con cure palliative, sono state due a chiedere il suicidio medicalmente assistito. Questi dati dimostrano che non è indifferente aiutare, sostenere, alleviare. Ma come essere vicini anche a quelle due persone? Il modo per prendere sul serio questa domanda è portarla davanti al giudizio di una commissione di estranei? Non serve a superare questa distan-

za neanche quanto è stato introdotto nella legge emiliano-romagnola, all'articolo 6, comma 2: «Ai fini della formazione del parere, il Corec (Comitato regionale per l'etica nella clinica, ndr), qualora vi sia la disponibilità del paziente, può attivare colloqui con il paziente stesso e le persone da lui indicate». Anche qui abbiamo una legge nazionale, la 219/2017 (relatrice Donata Lenzi), che affronta già la questione del «fine vita» mettendo al centro la relazione medico-paziente. È la legge a cui si riferiscono tutte le sentenze della Consulta sul suicidio assistito. Perché non riprenderla in mano per rispondere a quelle domande, senza aprire una porta che può far scivolare il Paese verso la cultura della morte? Potenziamo e utilizziamo le leggi che ci sono (la 38 e la 219) per non lasciare nessuno solo e per mettere a frutto tutto quello che la ricerca medica ha scoperto per alleviare il dolore: quel dolore che può veramente togliere il respiro e far desiderare persino che la vita finisca. Dobbiamo lavorare per questo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ELENA UGOLINI



SANITÀ**Infermieri in fuga,
tagliati al Galliera
reparti e posti letto****Emanuele Rossi** / PAGINA 13

La fuga (tramite concorso) di decine di infermieri e la normale turnazione estiva con le ferie del personale provocano la chiusura di interi reparti all'ospedale Galliera di Genova.

Ospedale Galliera, cardiologia dimezzata «Infermieri in fuga nelle Case di comunità»

Il presidio di Carignano è stato costretto a chiudere il reparto Area critica di medicina per carenza di operatori sanitari. Organico, il problema è esploso dopo l'ultimo concorso che ha reclutato personale soprattutto per le strutture decentrate

Emanuele Rossi

La fuga (tramite concorso) di decine di infermieri e la normale turnazione estiva con le ferie del personale provocano la chiusura di interi reparti all'ospedale Galliera. Dove si cerca di tamponare in attesa di forze fresche che dovrebbero arrivare dalla graduatoria del concorso regionale.

L'ultimo caso riguarda il reparto OB2 (area critica di medicina). Dei 10 posti letto (8 di area critica di medicina e 2 in carico alla neurologia come centro ictus) 4 sono stati temporaneamente eliminati e i restanti 6 trasferiti nel reparto di cardiologia. Di fatto quindi la cardiologia perde 6 posti letto di degenza passando da 12 a 6 posti. Ma si tratta di un reparto che spesso registra la totale saturazione dei letti e ora ne avrà meno a disposizione. Si tratta inoltre di posti letto ad elevato turn over utilizzati prevalentemente per procedure interventistiche che richiedono solo pochi giorni di degenza. Con la conseguenza preventivabile che il dimezzamento dei posti letto

tra cardiologia e area critica medica si riverbererà sulle attese al pronto soccorso di pazienti che dovrebbero essere ricoverati in quei reparti e sulle liste dei pazienti in attesa di eseguire procedure interventistiche. «Alla richiesta alla direzione della durata prevista dell'attuale chiusura del reparto OB2 è stato risposto per tempi indefiniti», rivela una fonte interna all'ospedale di Carignano secondo cui «In seguito alle riorganizzazioni e chiusure di reparti recentemente effettuate al Galliera, sono stati persi 47 posti di area medica».

Non è d'accordo sul conteggio complessivo il direttore generale del Galliera Francesco Quaglia, che rimarca come tutte le decisioni aziendali siano state preventivamente comunicate agli interessati. Ma non nega le difficoltà contingenti dell'ospedale del centro cittadino: «L'accorpamento sulla cardiologia è effettivamente avvenuto dallo scorso venerdì, il resto dell'operazione è in divenire perché potremmo recuperare qualche risorsa infermieristica

che ci permetterebbe di limitare le chiusure altrimenti inevitabili». Già, perché il nodo è proprio la disponibilità di infermieri e non c'entra, almeno relativamente, il periodo estivo: «È normale che in estate l'attività chirurgica elettiva venga ridotta, ma qui stiamo parlando di altro, siamo costretti a rivedere interi reparti - commenta Quaglia - ed è l'onda lunga del concorso metropolitano per infermieri che ci ha penalizzato».

Com'è possibile che un concorso per assumere nuovi infermieri vada a rischiare di svuotare uno degli ospedali genovesi? Lo spiega lo stesso Quaglia: «Il concorso era per tutta l'area metropolitana e c'era un forte fabbisogno di nuovi ingressi nelle



Case e Ospedali di comunità: per questo molti infermieri dagli ospedali hanno tentato il concorso per trasferirsi sul territorio, in cerca di migliori condizioni. Di fatto c'è stata una grossa mobilità interna e in particolare dal Galliera abbiamo avuto oltre 130 unità che avrebbero potuto trasferirsi di cui 87 nelle Case di comunità».

Il saldo finale sarà più limitato, «perché molti alla fine hanno deciso di rimanere e c'è stato uno sforzo organizzativo per evitare di sguarnire l'ospedale» ma dall'inizio di giugno è iniziato l'esodo vero e proprio e lo scorrimento della graduatoria, da cui attingerà poi il Galliera stesso per i propri nuovi ingressi, non è così rapido.

«Grazie ai tempi determinati (è stato fatto un bando a luglio) abbiamo recuperato una decina di persone, ma in estate trovarne è ancora più difficile e io non vorrei ricorrere ai gettonisti. La Regione è consapevole di questo stato di difficoltà che non è solo del Galliera e cercheremo di mettere in campo le adeguate compensazioni», conclude il direttore.

Il tema degli organici del Galliera è stato discusso anche in consiglio regionale nella recente seduta del 21 luglio: all'interrogazione del consigliere del Pd Armando Sanna l'assessore alla Sanità Massimo Nicolò aveva risposto che «si tratta di un normale processo di scorrimento delle graduatorie, gestito attraverso la col-

laborazione tra le aziende coinvolte e nel rispetto delle aspettative dei professionisti e delle necessità organizzative delle strutture». E che «è stata condivisa un'organizzazione che tiene conto del diritto degli idonei all'assunzione tramite graduatoria e delle esigenze assistenziali ed organizzative del Galliera e di AOM e che queste modalità consentiranno di programmare gli ingressi in maniera graduale riducendo al minimo l'impatto sull'operatività dei reparti e garantendo la continuità dei servizi».

Ma al netto delle contromisure, la coperta si è già rivelata corta e bisogna guardare al lungo periodo: «Speriamo

che con i nuovi laureati a ottobre possiamo recuperarne un po'», auspica il direttore del Galliera. —

Il direttore Quaglia:
«Non si tratta di questioni legate alle ferie estive»



L'ospedale di Carignano



LA NOMINA

Piano pandemico, Bassetti al vertice del coordinamento

Dopo la riunione del 13 luglio, giorno in cui si è insediato il Gruppo tecnico-sanitario regionale per l'aggiornamento del Piano pandemico della Regione Liguria e a seguito della costituzione del gruppo di lavoro, il coordinamento scientifico regionale è

stato affidato al professor Matteo Bassetti.

Su richiesta del Ministero della Salute rivolta alle Regioni e alle Province autonome di designare tre rappresentanti del Coordinamento Interregionale dell'Area Prevenzione e Sanità Pubblica Regione Liguria ha proposto

allo stesso Comitato Interregionale lo stesso professore Matteo Bassetti, direttore della clinica di malattie infettive del San Martino. —



L'infettivologo Bassetti



IL LAZIO FRAGILE

15/09/2016 | 98.63.249.37 | sfoglia.leggo.it

Salute mentale, picco di Sos «Quadruplicate le richieste»

A chiamare soprattutto genitori che chiedono un aiuto costante per i figli

Emanuele Nuccitelli

Supporto e sostegno. Il tema della salute mentale occupa uno spazio sempre maggiore nella vita dei cittadini e delle famiglie. Le richieste di aiuto arrivano soprattutto dai genitori e nel Lazio in un anno sono quadruplicate. A certificarlo è l'ultimo anno di attività del Soss, il servizio telefonico di supporto, orientamento e sostegno sociale offerto gratuitamente dalla Fondazione don Luigi Di Liegro, che negli ultimi 12 mesi ha registrato centinaia di chiamate: il 60% di queste richieste di aiuto arrivano da un conoscente o parente di chi ha

bisogno di aiuto (quasi sempre genitori nei confronti dei figli) e l'età media delle persone per le quali viene chiesto supporto è di 38 anni. Il 15% delle chiamate riguarda richieste di ascolto, magari perché si è soli o in difficoltà. «I primi numeri, però, ci dicono che l'immagine dei bisogni rispetto allo scorso anno sta cambiando. Quasi l'80% delle chiamate riguardano da un lato l'abituale domanda di attività di riabilitazione, dall'altro sono lievitare le richieste di supporto familiare e caregiver», spiega Luigina Di Liegro, segretaria della Fondazione Don Luigi Di Liegro Ets. Il dato - osserva - è significativo: «Se lo scorso anno la tematica principale era la richiesta di primo accesso ai nostri servizi per gestire la

malattia di chi ne soffre; oggi la maggior parte delle domande sono legate alle richieste di supporto e orientamento per famiglie e caregiver. All'inizio del 2015 le richieste di supporto ai genitori erano circa l'8% delle chiamate, ora siamo già al 35% solo nel primo semestre. Una per-

centuale che spiega come per le famiglie sia davvero complesso affrontare il problema della salute mentale, tanto che si arriva a chiedere aiuto anche per sé stessi». Per questo «investire nella salute mentale significa tutelare il benessere della collettività nel suo complesso e non solo soffermarsi sulla persona con disagio. Il metodo, seguito dalla Fondazione Di Liegro - che include attività riabilitative, sportelli di ascolto, gruppi di mutuo aiuto e gruppi multifamiliari e arteterapia - si rivela efficace per colmare il gap tra la cura clinica e il benessere collettivo. Questo approccio persegue una doppia finalità: ridurre il carico assistenziale che grava sui familiari e favorire anche l'inclusione sociale e relazionale dei pazienti.

riproduzione riservata ©



Furto di fentanyl all'ospedale Israelitico caccia ai complici con le impronte digitali

di **GIUSEPPE SCARPA**

Le mani sulla cassaforte. È lì che, da ieri mattina, la procura di Roma prova a trovare la svolta nell'inchiesta sul mistero delle ottanta fiale di Fentanyl sparite dall'ospedale Israelitico. I carabinieri del Nucleo investigativo sono tornati nella farmacia di via Fulda per un accertamento tecnico che potrebbe cambiare il volto dell'indagine: cercare «eventuali impronte dattiloscopiche latenti sulla cassaforte», si legge nell'atto notificato alla direzione sanitaria.

Un passaggio investigativo delicatissimo. Perché è proprio su quel metallo che gli investigatori sperano di trovare la traccia lasciata da chi ha aperto il caveau dei farmaci più sorvegliati dell'ospedale. L'obiettivo è rafforzare il quadro investigativo che ha già portato all'iscrizione nel registro degli indagati di due custodi dell'Israelitico, accusati dai pm di

furto.

Ma non solo. Le impronte potrebbero raccontare una storia più ampia. Se sulla cassaforte emergessero tracce riconducibili ad altre persone, gli investigatori saranno chiamati a stabilire quale ruolo abbiano avuto e se possano aver partecipato, a qualsiasi titolo, alla sottrazione delle fiale. È soltanto uno degli scenari al vaglio del Nas e del Nucleo in-

vestigativo dei carabinieri, non una conclusione già raggiunta. Ma è anche il motivo per cui quell'accertamento viene considerato uno degli snodi più importanti dell'inchiesta.

L'iscrizione dei due custodi nel registro degli indagati, anticipata nei giorni scorsi da *Repubblica*, rappresenta infatti soltanto il primo approdo dell'inchiesta. Il vero nodo resta un altro: dove siano finite le ottanta fiale di Fentanyl e chi fosse il reale destinatario di un quantitativo tanto ingente del farmaco. Le ottanta fiale scomparse tra l'11 e il 23 giugno corrispondono, secondo le stime degli esperti, a un quantitativo che po-

trebbe aggirarsi intorno alle duemila dosi.

L'attenzione continua così a concentrarsi sull'eventuale esistenza di una rete in grado di immettere il farmaco nel mercato clandestino. Intanto le ispezioni disposte dal ministero della Salute, dalla Regione e dall'Asl hanno evidenziato un elemento ritenuto significativo. Gli accertamenti convergono nel ritenere che l'ammacco non sia riconducibile a una carenza strutturale, quanto piuttosto all'azione di chi avrebbe sfruttato il proprio ruolo e la conoscenza dei locali per impossessarsi del farmaco. I due custodi appunto.



 L'ospedale Israelitico



Progetto dedicato agli over 80

Tiberia Hospital vince bando per anziani fragili

Il Tiberia Hospital è tra i vincitori del bando nazionale Agenas con «CuraMente», il progetto dedicato alla salute e alla qualità di vita dei grandi anziani. Il programma finanziato nell'ambito del Pnrr prevede la presa in carico di persone over 80 attraverso telemedicina, supporto all'aderenza terapeutica, prevenzione del deterioramento cognitivo e contrasto all'isolamento sociale. L'ospedale privato romano, accreditato con il Servizio sanitario nazionale, fa parte di *Gvm Care & Research*. Il progetto presentato dalla struttura ha ottenuto il finanziamento previsto dal programma e consentirà di assistere 2.378 persone di età

superiore agli 80 anni, affette da almeno una patologia cronica e residenti a Roma e nel Lazio. L'iniziativa vuole sviluppare un modello integrato, strutturato e continuativo di assistenza, capace di rispondere non soltanto ai bisogni clinici, ma anche alle necessità cognitive, psicologiche e sociali di una popolazione particolarmente esposta a fragilità, comorbidità e perdita di autonomia. Ogni anziano sarà accompagnato attraverso un percorso personalizzato, con il coinvolgimento del caregiver se necessario. Una centrale operativa coordinerà i contatti, il monitoraggio delle terapie, le iniziative di socializzazione e le attività di *follow-*

up e il raccordo con i professionisti sanitari e con i servizi territoriali. Valeria Giannotta, ad della struttura, spiega: «Il progetto ci consentirà di sviluppare modelli innovativi di assistenza, telemedicina, supporto ai caregiver e continuità delle cure per migliaia di grandi anziani, con una presa in carico che non si limiti alla singola prestazione, ma che consideri la persona nella sua interezza, tutelandone salute, autonomia, relazioni e qualità della vita».



Innovazione Prevista assistenza e telemedicina



CONCORSO SU MISURA

Asl Napoli, bando
ad hoc per la figlia
del re della sanità

© MACKINSON A PAG. 8

Asl Napoli, bando su misura alla figlia del 're della Sanità'

IL RICORSO Il concorso chiedeva proprio il titolo dell'erede dell'ex assessore: dopo tre bocciature lei è ancora al suo posto

SALUTE E POLTRONE

» Thomas MacKinson

Quando si prova a far luce su certe selezioni della sanità pubblica può accadere di tutto. Che un'azienda perda tre volte in tribunale e resti immobile. Che a chi fa ricorso venga contestato, per il solo fatto di averlo fatto, di aver "confessato". E che la vincitrice, al telefono, ti spieghi che hai sbagliato numero come Fantozzi. "Buongiorno, sto cercando la dottoressa Montemarano". "Sì?" Poi la linea cade. Si richiama, ci si presenta e si accenna ai ricorsi. "Ma è uno scherzo, mi scusi?" No, perché? "Io non voglio continuare questa telefonata, no?" Scusi, ma è lei? "No, ha sbagliato numero. Ha sbagliato numero". È sicura? "Arrivederci." Mancava solo l'accento svedese con cui il ragioniere e Filini si fingono stranieri per scampare alla Coppa Cobram. Comprensibile: la domanda non è comoda. Com'è che il bando che ha vinto chiedeva un titolo con lo stesso identico

nome del suo? L'avviso esce l'11 febbraio 2025. In palio la Uosd Diagnostica e Interventistica Senologica della Asl Napoli 1 Centro, istituita nel 2023. Tra i requisiti di accesso ne compaiono due che nessuna legge, nessun contratto e nessun regolamento aziendale prevedono: un'esperienza "almeno biennale" in diagnostica senologica, con "particolare rilievo" alle procedure interventistiche, e un "Master di II livello in materia di Diagnostica e Interventistica Senologica".

Quattro parole che sono, una per una, quelle stampate sul diploma rilasciato l'11 giugno 2018 da Tor Vergata a Marcella Montemarano, dirigente medico dell'azienda. Figlia di Angelo Montemarano, che di quella stessa Asl fu direttore generale fino al 2005 e poi assessore regionale alla Sanità: lo chiamavano il re della sanità campana, definizione che ha sempre respinto. Alla selezione si presentano in quattro. Il 5 marzo la commissione ne esclude tre in un colpo solo: nessuno ha quel master, o i due anni di interventistica. Sei giorni dopo l'incarico quinquennale

va all'unica rimasta.

Valutazione comparativa: nessuna. Non per svista, per aritmetica. Due esclusi vanno in tribunale, e l'azienda perde due volte in una settimana. La giudice Alessandra Santulli è netta: requisiti "illogicamente gravosi", che cancellano la comparazione, la quale "deve seguire e non precedere la selezione". L'Asl non reclama né l'una né l'altra ordinanza. Le accetta. Semplicemente non le esegue.

Il 30 gennaio 2026 l'avvocato dell'azienda sollecita: si resta in attesa di sapere cosa l'Asl intenda fare di quelle ordinanze. Tre giorni dopo la commis-



sione produce il verbale n. 7. Non riammette nessuno: cambia il capo d'accusa. I ricorrenti avevano dichiarato di possedere quei requisiti: dunque hanno mentito, dunque decadono. E la prova della menzogna è che la candidata non aveva il titolo "tanto da avere proposto apposito ricorso al Tribunale proprio per contestare la previsione di tale requisito".

Segue la formula: "L'iniziativa giurisdizionale assume portata confessoria" - Tradotto: hai fatto causa, quindi sei colpevole. Ed è qui che la storia smette di essere napoletana. I bandi contestati sono migliaia: ma quel principio, se reggesse, renderebbe l'accesso alla giustizia un atto autoincriminante per qualunque dipendente pubblico. Il 13 luglio il giudice

Luigi Ruoppolo decide nel merito: quel requisito era di "immotivata ed eccessiva gravosità". L'incarico intanto corre: 16 mesi, 3 magistrati, 3 provvedimenti, una diffida senza risposta dal 16 marzo, e alla Uosd c'è

sempre la stessa persona. Cui abbiamo mandato quattro domande scritte. Stavolta risponde così: "Oggi è il mio compleanno e non è il primo in cui vengo disturbata per questa vicenda". Chiede tempo fino a lunedì, ma anticipa: "Può iniziare a verificare che sono una professionista laureata e

specializzata con il massimo dei voti, che numerosissime sono le testimonianze di pazienti a cui ho potuto salvare la vita grazie alle mie competenze. Che mio padre ha lasciato la sanità pubblica da almeno 22 anni". Il padre negli atti non compare mai. Compagno requisiti, esclusioni e tre provvedimenti. All'Asl abbiamo chiesto un contatto con il direttore generale: se arriverà una replica, la pubblicheremo integralmente. Anche in svedese, come il mitico ragionier Ugo.

**REQUISITI
RICHIESTO
IL DIPLOMA
DELLA
CANDIDATA**

UNA DINASTIA AL TIMONE DA DECENNI



PADRE E FIGLIA

Angelo Montemarano, classe 1951, è stato direttore generale della Asl Napoli 1 dal 1999 al 2005 e poi assessore regionale alla Sanità con Antonio Bassolino fino al 2009. Nel 2014 Stefano Caldoro lo nomina all'Arsan, che Vincenzo De Luca scioglie l'anno dopo. Per i giornali era "il re della sanità campana". La sua associazione ogni anno raduna a Villa Domini 300 dirigenti del settore. La figlia Marcella, classe 1983, è dirigente medico della Asl. Nel 2018 consegue il titolo che 7 anni dopo comparirà tra i requisiti del bando come responsabile della Uosd.



In corsia A Napoli polemiche per il concorso nella Asl1. Nonostante l'esito del ricorso nessun provvedimento è stato preso

