

15 luglio 2026

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

Facciamo chiarezza sui finanziamenti alle strutture private convenzionate



Gentile Direttore,

purtroppo ancora una volta dobbiamo constatare come continuino a girare tante inesattezze di notizie diffuse, causate probabilmente da informazioni parziali o dai mancati distinguo tra realtà diverse, o da volute ambiguità frutto di compromessi ideologici o strettamente politici. Purtroppo, a questa mala informazione è quasi impossibile fare argine. Sta di fatto che ancora oggi il povero cittadino comune non riesce a capire se i suoi soldi finiscono in

balzelli o per giuste cause.

Questa volta è di turno quanto sostenuto dalla senatrice del Movimento 5 Stelle Barbara Guidolin nel confronto nella Camerae Sanitatis, (un'altra vostra iniziativa editoriale interessantissima per la quale non ci resta che complimentarci) che lamenta (giustamente per carità) il fatto che si è arrivati ad "otto anni senza rinnovo contrattuale nella sanità privata e quattordici nelle Rsa". E come possibile soluzione propone di "vincolare gli incentivi e le risorse pubbliche destinate alla sanità privata accreditata al rispetto dei contratti di lavoro. Lo Stato finanzia il sistema attraverso accreditamenti e convenzioni. Per questo si potrebbero vincolare questi incentivi al rinnovo e alla corretta applicazione dei contratti. E se i contratti non venissero rinnovati, dovrebbero decadere anche gli incentivi".

Forse la senatrice non sa che non esistono "incentivi" per la sanità privata convenzionata e che gli unici "finanziamenti" per le strutture citate, si riferiscono alle tariffe stabilite per le prestazioni che vengono erogate ai cittadini alle stesse condizioni del servizio pubblico, in virtù, giustappunto, di una convenzione. Ora inutile ripetere che tali strutture operano per legge come comparto privato convenzionato del SSN, con gli stessi diritti e gli stessi doveri del pubblico, del quale pertanto sono parte integrante. Mentre non è inutile ricordare alla senatrice e ai suoi lettori, che se è vero che i contratti di lavoro sono fermi da anni, lo stesso deve essere sottolineato per l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni richieste ed erogate dalle strutture convenzionate, in tanti casi ferme da oltre 15 anni fa, e ormai assolutamente obsolete rispetto al caro-vita accumulatosi negli anni.

E forse non è neppure ben chiaro il fatto che ad ogni scadenza di contratto nel pubblico, lo Stato è pronto per il rinnovo con X finanziamenti e dunque a discuterne con i sindacati sino a giungere ad un accordo. Così come non deve essere ben chiaro il fatto che le strutture private convenzionate vivono con le tariffe delle prestazioni che sono chiamate ad erogare ai cittadini, e devono far quadrare il bilancio di gestione contando solo su queste entrate, peraltro soggette ad un tetto annuale. Ma come ripetiamo le tariffe sono ferme da circa 15 anni e gli immancabili buchi nel

bilancio di gestione devono essere riempiti con le proprie forze. Mentre è noto che le voragini che spesso si aprono nei bilanci del pubblico sono prontamente ripianate con i soldi dello Stato.

Più volte abbiamo chiesto di essere trattati come le strutture del comparto pubblico di quel Servizio Sanitario Nazionale di cui siamo, per legge, parte integrante. Anzi se anche per noi ci fosse la partecipazione dello Stato, come chiesto più volte, saremmo i primi a rinnovare tutti i contratti di lavoro. Invece dobbiamo sempre sperare soltanto che almeno vengano aggiornate le tariffe secondo l'effettivo aumento del costo della vita, in tutte le sue forme.

Più volte abbiamo fatto presente al Governo che senza un equo allineamento delle tariffe ai costi reali, più che triplicati negli ultimi anni, per molte strutture diventa insostenibile la stessa gestione, con il rischio della definitiva chiusura.

Va piuttosto sfatata la storia che la sanità privata accreditata e non profit viene finanziata dallo Stato e dunque "toglie soldi al servizio pubblico". È bene chiarire che l'unico soggetto finanziato su base capitaria, come è stato scritto tante volte in queste colonne, è la ASL di residenza del cittadino. Tutti gli altri erogatori, aziende ospedaliere pubbliche, IRCCS, ASL non di residenza e comprese le strutture private accreditate, vengono remunerati esclusivamente a fronte di prestazioni effettivamente autorizzate, erogate e rendicontate. In assenza di attività, non vi è alcuna entrata.

Il punto cruciale per noi riguarda proprio le tariffe, che non sono in linea con l'inflazione e soprattutto con il costante aumento dei costi di gestione. A questo proposito vorrei ricordare quanto stabilisce l'articolo della Legge 502/1992 (Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) che disciplina la remunerazione delle prestazioni sanitarie e il relativo sistema tariffario. È l'articolo 8-sexies in merito all'adeguamento delle tariffe. I punti chiave stabiliti dalla normativa riguardano la periodicità dell'aggiornamento e il calcolo dell'adeguamento. L'articolo stabilisce che il Ministero della salute provveda a determinare le tariffe massime e che tali tariffe siano aggiornate periodicamente (solitamente con cadenza biennale o triennale, non necessariamente annuale per legge statale). Quanto ai criteri di calcolo stabilisce che le tariffe sono determinate sulla base di costi standard di produzione e quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate selezionate per efficienza e qualità.

E mi sembra che questa legge non sia stata affatto ufficialmente abrogata. Qualcuno però continua ad ignorare questa legge, e dunque le nostre strutture sono costrette a erogare prestazioni remunerate con tariffe assolutamente inadeguate. Per questo molte di loro non sono più in grado di sostenere da soli i costi di gestione alle condizioni imposte. Resta purtroppo la percezione diffusa che tutta la sanità privata sia "una minaccia" al sistema pubblico, anzi addirittura causa del suo fallimento. Nessuno ammette però che siamo in grado di alleggerire le liste di attesa, che rappresentano uno dei principali problemi del sistema sanitario italiano.

Le nostre 270 strutture, convenzionate e non profit, in Italia dispongono di oltre 35.000 posti letto, offrono più di 5 milioni di prestazioni ambulatoriali all'anno e rappresentano la maggior parte dei centri di riabilitazione nel Paese. Se tutte dovessero sparire, dove finirebbero i 35 mila malati che trovano un letto nelle nostre strutture? E i diversamente abili accolti e seguiti dai Cdr, che sono la maggior parte di quelli attivi in Italia, resterebbero sulle strade? E quegli oltre cinque milioni di malati che, pagando solo il ticket, si rivolgono annualmente ai nostri ambulatori quanto andrebbero a pesare sulle già gravate liste d'attesa? E tutti gli anziani non autosufficienti e pluripatologici ospiti delle RSA da chi sarebbero assistiti se dovessero sparire queste strutture come tanti sostengono?

E se qualcuno osa dire che il nostro sistema salute, per funzionare, ha bisogno di una collaborazione virtuosa e controllata tra sanità pubblica e sanità privata, finisce per essere considerato un nemico della patria. Eppure, è proprio nella stanza dei bottoni che tanti si sono ormai resi conto della

necessità di puntare sul mix pubblico-privato per soddisfare le necessità di assistenza di tutti i cittadini. Alla luce di questa evidenza ci chiediamo se sia ancora giusto continuare a demonizzare tout court la sanità privata accreditata. Ora fortunatamente si stanno aprendo delle finestrelle ed entra uno spiraglio di luce.

Il nostro auspicio come **ARIS**, è che nel dibattito sulla sanità si abbandonino i teatrini politici (“l’agone politico” lo ha definito Schillaci) e ci si basi piuttosto su dati corretti e su una reale comprensione delle diverse componenti del sistema. Invece di attaccare o demonizzare un settore che, se ben regolamentato e valorizzato, può essere un alleato prezioso per la salute dei cittadini, bisognerebbe promuovere un confronto responsabile e informato, che tenga conto delle peculiarità e delle esigenze di un sistema sanitario complesso e in continua evoluzione.

La questione, quindi, è più profonda di come la si discute nei corridoi della politica. Il problema non è e non può essere l’esistenza della sanità privata convenzionata; piuttosto è la gestione complessiva del sistema, la distribuzione delle risorse, le politiche di integrazione tra pubblico e privato. Sarebbe fondamentale trovare un equilibrio che permettesse di mantenere alta la qualità e l’accessibilità universale, senza continuare a far credere alla gente che sia la partecipazione del privato convenzionato a compromettere la sostenibilità e la missione del Servizio Sanitario Nazionale.

Virginio Bebber
Presidente Nazionale ARIS

14 Luglio 2026

Banca Ifis

la Repubblica

SIAMO IL
CREDITO
PER LA TUA
AZIENDAFondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
STEFANO CAPPELLINI

R50

Rspettacoli

Conti: "Treno e panini
per i miei Pink Floyd"di SILVIA FUMAROLA
a pagina 25

Rsport

Mondiali adieu
In finale va la Spagnadi EMANUELE GAMRA
a pagina 36Mercoledì
15 luglio 2026
Anno 51 - N° 162

In Italia € 1,90



Il governo va a sbattere

I franchi tiratori della maggioranza affossano per un voto l'emendamento di FdI alla legge elettorale che reintroduceva le preferenze. La premier: "Serve una riflessione". Le opposizioni occupano l'aula della Camera: "Avete fallito, andate a casa. Pronti per le elezioni"

La caduta
della Bastiglia

di ANNALISA CUZZOCREA

Stavolta non è il popolo che sfida il re e dà inizio alla rivoluzione, come in Francia il 14 luglio del 1789 con la presa della Bastiglia. Stavolta è il Parlamento a ricordare a Giorgia Meloni che non è ancora una regina, e che le forzature istituzionali sono destinate a infrangersi regolarmente contro un muro chiamato democrazia.

a pagina 13

LA STORIA

La rivincita
dei peones

di FILIPPO CECCARELLI

«C'è una sorta di rigetto – scrisse allora Eugenio Scalfari – una voglia di dissacrazione e di delegittimazione che sale dal fondo e arriva fino ai vertici dello Stato. La Repubblica è in discussione».

a pagina 5

L'aula della Camera, a voto segreto, ha bocciato l'emendamento di Fratelli d'Italia sulla reintroduzione delle preferenze. Lo scarto è stato di appena un voto: 187 favorevoli e 188 contrari, nonostante governo e commissione avessero espresso parere favorevole alla proposta di modifica. Dai banchi delle opposizioni si sono levati i cori "elezioni" e "dimissioni". Meloni: "Ha vinto la palude. Serve una riflessione".

di CERAMI, PUCCIARELLI, VECCHIO e VITALE a pagina 2 a pagina 7

La destra riabilita i medici no vax

di MICHELE BOCCI a pagina 19

IL RETROSCENA

La furia di Meloni
e la minaccia di crisi

di LORENZO DE CICCO

«Non mi faccio impallinare così». Cala la sera su Palazzo Chigi ed è l'ora della collera di Giorgia Meloni.

a pagina 3

IL RACCONTO

E parte la caccia
ai "badogliani"

di FRANCESCO BEI

I belli dei franchi tiratori è che non li beccano mai, citofonare a Romano Prodi che sta ancora cercando i suoi 101.

a pagina 4

IL PERSONAGGIO

Trent'anni
tra i ragazzi
di Nisida

di CONCHITA SANNINO

a pagina 23

Caregiver omicida
assolta "perché
accudire logora"

dal nostro inviato ANDREA VIVALDI

Aveva ucciso sua madre dopo essersi presa cura di lei per vent'anni. Un gesto provocato dal logoramento. Dalla stanchezza per l'assistenza continua e per le condizioni di salute sempre più gravi del genitore, malato di Alzheimer e segnato da un decadimento cognitivo inarrestabile. Dopo un anno di processo, in cui non ha mai negato le responsabilità, Giuseppina Martin, 67 anni, è stata assolta.

alle pagine 20 e 21
con un servizio di DELUCA

CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.itITLAS
IL LEGNO. LA TUA CASA.Cristina Chiabotto
«Non auguro Miss Italia
per le mie figlie»
di Margherita De Bac
a pagina 25Polemica sull'antifascismo
Più libri più liberi
salva (quasi) tutti
di Fabrizio Caccia e Paolo Conti
alle pagine 46 e 47ITLAS
IL LEGNO. LA TUA CASA.

Le trattative nella maggioranza, i contatti della premier con i due vice. Poi l'emendamento sulle preferenze è bocciato con il voto segreto: 188 no e 187 sì

Governo battuto sulla legge elettorale

Meloni: ha vinto la palude, serve una riflessione. Almeno 30 franchi tiratori. L'opposizione occupa l'Aula: ora le urne

L'AVVISO
DA COGLIERE

di Massimo Franco

È probabile che la riforma elettorale voluta dal governo alla fine sarà approvata. La bocciatura dell'emendamento sulle preferenze, tuttavia, rappresenta un segnale da non trascurare. Segna una battuta d'arresto ascrivibile per intero alla maggioranza presieduta da Giorgia Meloni. E sottolinea le difficoltà di tenuta di una coalizione di destra che finora non aveva dato segni di cedimento: nemmeno sui temi estremamente divisi come la politica estera e il sostegno all'Ucraina.

La premier ieri aveva rivolto un invito agli avversari a «metterci la faccia», senza usare il voto segreto per cercare di metterla in difficoltà: un appello caduto nel vuoto, anche perché le opposizioni sapevano che il «no» alla riforma elettorale è uno dei pochi argomenti sui quali riescono a dimostrare un simulacro di unità. Ma visto quello che è successo nell'Aula di Montecitorio, si potrebbe maliziosamente pensare che l'esortazione di Meloni fosse indirizzata anche ad alleati che avevano manifestato un'evidente ostilità nei confronti delle preferenze.

Formalmente, avevano accettato il compromesso offerto da Palazzo Chigi. Nei fatti, lo hanno smentito in modo bruciante in una votazione sul filo di lana che non può non incrinare i rapporti di fiducia tra sodali della coalizione: tanto più a neanche un anno dalle elezioni politiche.

continua a pagina 26

di Simone Canettieri
Paola Di Caro
e Marco Galluzzo

Legge elettorale, la maggioranza va sotto alla Camera sulle preferenze per un solo voto: 187 a favore e 188 contrari. Contro il governo una trentina di franchi tiratori. Saltato l'accordo che era stato trovato nella mattinata nel centrodestra. Re-spinto l'appello della premier per evitare il voto segreto. «Ha vinto la palude, serve una riflessione», ha commentato Meloni. L'opposizione attacca. «Ora governo a casa», chiedono Schlein, Conte e Renzi.

da pagina 2 a pagina 6
Melli Piccolillo

L'INCONTRO ALLA RCS ACADEMY

Giorgetti e i conti:
«Nella manovra misure
per i redditi medi»

di Enrico Marro

a pagina 9

VIA LIBERA AL DDL SU MOVIDA E BABY GANG

Stretta sulla sicurezza:
il fermo preventivo
esteso ai minorenni

di Alessandra Arachi

a pagina 8

GIANNELLI



ADDIO AL PEDAGGIO AL 20%

Marcia indietro
di Trump
su Hormuzdi Giusi Fasano
e Guido Olimpio

Passo indietro di Trump su Hormuz: «Invece della tassa del 20% — ha detto ieri — gli Stati Uniti faranno accordi commerciali con i Paesi del Golfo». I droni marini, la nuova arma. E Axios annuncia: «Donald ha detto a Netanyahu di ritirare le truppe da Siria e Libano».

alle pagine 10 e 11

Mondiale Delusione per Mbappé. Oggi Argentina-Inghilterra

La caduta della Francia
In finale va la SpagnaCazzullo Condò
Nerozzi Passerini
e Tomaselli

alle pagine 50, 51 e 52

Pirlo et della Nazionale?
C'è bisogno di ben altro

di Fabrizio Roncone

Poi ci diranno che è stato solo uno scherzo, una battuta, che era tanto per confondere le acque. E che ci siamo cascati. Infatti, che scemi: ci siamo cascati. Andrea Pirlo, il nuovo città. Ma certo: non poteva essere. Avremmo dovuto capirlo.

continua a pagina 53

Il ponte Domani la sentenza
Morandi, le scuse
di Autostrade:
«Ferite indelebili»

di Andrea Pasqualetto

Atto anni dal disastro del ponte Morandi e alla vigilia della sentenza arrivano le scuse di Autostrade, che parla di «esigenza morale» e di «ferite indelebili».

a pagina 20

con la lettera dell'ad di Autostrade Arrigo Giana

Case Report, verifiche Rai sulle fonti
Lavitola, si indaga
sui messaggi cifrati
nelle interviste

di Antonella Baccaro e Ilaria Sacchettini

Le interviste rilasciate da Lavitola e dal suo factotum nasconderebbero messaggi cifrati o il tentativo di condizionare qualcuno. Per questo i pm ne hanno disposto l'acquisizione.

alle pagine 14 e 15

SUSANNA TAMARO
Illmitz
Romanzo

in libreria
e in edicola

CORRIERE DELLA SERA
L'ESPRESSO

SOLFERINO

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini

Ha fatto bene il generale Vannacci a prendere le distanze dal suo capomarmaglia marchigiano, l'imprenditore del lusso Giuseppe Barboni, che a dispetto del cognome traffica in ricchezza e si è meritato il soprannome di Briatore 3.0 (aspettiamo con qualche ansia il 4). Barboni è salito al disonore delle cronache per avere gettato a terra un immigrato che bloccava il traffico. L'anima sensibile di Vannacci è rimasta segnata dalla crudezza delle immagini, suppongo da una in particolare: prima di menare l'immigrato, Barboni ha aspettato di finire il gelato. Ci ha discusso a lungo, tra una leccata e l'altra, ma è passato all'azione solo quando ha potuto liberare le mani dal cono. Non ha picchiato sotto l'effetto dell'ira, ma della vaniglia, nel pieno

Barboni si nasce

delle sue facoltà mentali e palatali. Al punto che, lungi dal provarne imbarazzo, ha subito postato la sua prodezza sui social.

Vannacci lo ha sconfessato, dopo averci riflettuto a lungo. Evidentemente era incerto tra il cono e la coppetta. Così in queste ore un po' tutti si stanno chiedendo: da chi Barboni avrà preso la passione per le vie spicce e la cultura dell'intolleranza verso coloro che con affetto ha definito «melme ingrati»? Chi mai gli avrà trasmesso il culto per i giustizieri, i semplicatori, i privati cittadini che risolvono problemi senza far perdere tempo alle forze dell'ordine? Forse, nel nuovo mondo al contrario, Barboni si nasce, mentre Vannacci si diventa.

GIALLO SVEZIA
I MIGLIORI ROMANZI GIALLI MODERNI NEL MONDO EUROPEO

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

CORRIERE DELLA SERA
L'ESPRESSO

OGGI



LA STAMPA

MERCOLEDÌ 15 LUGLIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



LE NUOVE REGOLE

Monopattini con la polizza
ma 5 su 6 sono senza targa

CLAUDIO LAUGERI - PAGINA 20



A CENT'ANNI DALLA NASCITA

Giornalismo e libertà
le missioni di Arrigo Levi

SINGAGLIA, TAMBURRINO - PAGINE 28 E 29



I MONDIALI

La Francia si sguaglia
Uno-due Spagna: è finale

SIMONI, ZONCA - PAGINE 32-33

DDL SICUREZZA, STRETTA SU BABY GANG E MOVIDA: ARRIVANO IL DIVIETO DI AGGREGAZIONE E IL FERMO PREVENTIVO PER I MINORI

Preferenze, sconfitta Meloni

Legge elettorale, bocciato per un voto l'emendamento della premier: decisivi 30 franchi tiratori
Schlein, Conte e Renzi duri sul governo: "Non c'è più la maggioranza, vada a casa. Elezioni subito"

IL COMMENTO

LA PRIMA RIVOLTA INTERNA

ALESSANDRO DE ANGELIS

Lo schiaffo, ricevuto ieri dal Parlamento, è di gran lunga più grande del valore dell'emendamento bocciato. Lo è per il peso politico che Giorgia Meloni ha attribuito a questo passaggio, neanche fosse un voto di fiducia su di sé e sul governo. Lo è per l'enfasi mediatica con cui ha occupato la scena. Lo è per come lo ha gestito, col pugno di ferro (senza guanto di velluto), con avversarie e alleati. - PAGINA 27

BRAVETTI, CARRATELLI,
DIMATTEO, FAMA

Ha scommesso e ha perso. Per un voto, alla Camera, non passa l'emendamento sulle preferenze su cui la premier Giorgia Meloni aveva messo la faccia, arrivando a sfidare le opposizioni con la richiesta di contarsi senza ricorrere al voto segreto. Alla maggioranza è mancata una trentina di voti. È partita la caccia ai franchi tiratori, mentre le opposizioni chiedono le dimissioni del governo.

CON IL TACQUINO DI SORGI - PAGINE 2-5

Giorgia: ora riflettiamo
Sospetti su Marina

ILARIO LOMBARDO - PAGINA 3

RSA, IL PIANO DI CIRIO. CONVEGNO CON FONDAZIONI E LA STAMPA

Più anziani assistiti a casa Vertice nazionale a Torino

L'ANALISI

Non autosufficienti
la riforma nazionale
ancora inattuata

CHIARA SARACENO

L'assistenza alle persone non autosufficienti, anziane e non, non può essere basata su un modello unico, ma deve essere integrata, flessibile e personalizzata, perché i bisogni sanitari, relazionali e assistenziali variano nel tempo e da persona a persona, a seconda delle cause e modalità della non autosufficienza, e delle risorse relazionali su cui può contare. - PAGINA 27

GALEAZZI, MONDO

Ieri i posti disponibili nelle Rsa di Torino per i pazienti anziani dimissibili dal pronto soccorso e dai reparti degli ospedali erano 4. Meglio dei 2 del giorno precedente, commentano con sarcasmo i medici, sapendo che nel giro di pochi minuti sarebbero stati occupati. La dimostrazione che anche il percorso di continuità assistenziale per anziani non autosufficienti dimessi dagli ospedali verso le Rsa, noto come Dgr10, non basta più a fronteggiare la domanda. E inoltrandosi nell'estate, la situazione peggiorerà. Un'emergenza silenziosa a cui *La Stampa* sta dando voce e che il 2 ottobre sarà oggetto di un dibattito tra le parti interessate. - PAGINE 8 E 9

MONTE BIANCO E CERVINO, SI Fermano LE GUIDE IN VALLE D'AOSTA



Montagne bollenti stop alle scalate

ENRICO MARTINET

Quel poco di gelo rimasto ai 4.478 metri del Cervino si scioglie appena lo guardi. Lo "0" termico domenica era lì, ieri era 70 metri più in basso. - PAGINA 17

IL MEDIO ORIENTE

Trump, Hormuz e l'ennesima retromarcia "Intese, no ai dazi"

MAGRÌ, GORIA, TRINCHI

Donald Trump fa marcia indietro sulla tariffa di transito del 20% per «proteggere» lo Stretto di Hormuz. Poco prima che la tassa entrasse in vigore e «sulla base di conversazioni molto produttive col leader del Medio Oriente», il tycoon ha «sostituito il pedaggio con accordi commerciali e investimenti» che i Paesi del Golfo hanno proposto di fare negli Usa. - PAGINE 12 E 13

IL REPORTAGE

Bibbia e pistole il Texas resta la roccaforte Maga

ALBERTO SIMONI

Jeffrey gestisce un negozio di souvenir nel cuore di Austin, la capitale del Texas e cuore liberal in uno Stato conservatore fra petrolio, Bibbia e armi libere. «Io penso al mio business, la politica non mi ha mai influenzato». - PAGINA 14

IL RACCONTO

"Noi donne siriane tra rapimenti e nozze forzate"

FLAVIA AMABILE

Odieci ore, al massimo. Ma, spesso, dura anche meno la vita sociale delle giovani che abitano sulle colline che sovrastano Tartus, secondo porto della Siria e una delle capitali degli alawiti, una minoranza sciita. Da queste parti le ragazze hanno bisogno di farsi scudo dalla luce del sole, dalle persone che affollano strade e mezzi pubblici per sentirsi al sicuro fuori dalle loro case. - PAGINA 15

ASSOCIAZIONE DI VOLONTARI ASSISTE GLI EX ALTO BORGHESI A TORINO

Tra i ricchi decaduti che ora chiedono aiuto

FRANCESCO MUNAFÒ

Franco, nome di fantasia, «creava pezzi di alta moda», «era un uomo di grande gusto», e «parlando di soldi - «stava alla grande». Si racconta in terza persona, come se raccontasse un altro uomo. Un uomo che non c'è più. Colpa di un lutto familiare, della depressione, dell'azienda di sartoria che va allo sbaraglio. - PAGINA 23

IO, PER FORTUNA,
SONO POVERO
DI FAMIGLIA



FEDERICA RUSSO, PIEMONTESE

La pasticceria più brava d'Italia

LORENZO CRESCI

Federica ha 31 anni ed è arrivata in vetta, diventando la migliore pasticceria d'Italia. - PAGINA 22





Mercoledì 15 luglio
2026

ANNO LIX n° 164
1,50 €
San Bonaventura
veneziano e dottore
della Chiesa

Collezione 21 numeri
alla 0,22 €

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Ecône e Pechino non sono comparabili DUE STRAPPI NON DUE MISURE

LUIGI BRINELLI

S'averi con lo scisma lefebvrismo, indulgenti con quello cinese. L'obiezione è partita come un *tam tam* organizzato, sui social, subito dopo la consacrazione dei quattro vescovi ultratradizionalisti a Ecône; per poi approdare sotto forma di analisi e commenti su giornali schierati ideologicamente, senza più infingimenti, contro il pontificato di Leone XIV. La tesi è stata esposta così: la Santa Sede non ha esitato a scagliare i fulmini della scomunica contro i vescovi lefebvrismo; ben altra postura, più comprensiva, sarebbe stata tenuta, invece, nei confronti del presunto "scisma cinese" con la nomina di vescovi "patriottici" da parte del regime comunista. Insomma: due scismi, due misure. Tesi dal retrospettivo, a volte, rozzamente politico: la Santa Sede dura con la destra tradizionalista, duttile con i comunisti. Che dire? La critica del presunto trattamento diseguale fra Ecône e Pechino fa leva su una scarsa conoscenza della storia tribolata del cattolicesimo con gli occhi a mandorla. Storia di conflitti e persecuzioni, con il tentativo iniziale del regime di separare totalmente la comunità cattolica dal Vaticano nel 1957 la nascita dell'Associazione patriottica. Tutti i nuovi vescovi, man mano che venivano consacrati da ufficiali complacenti, senza mandato pontificio, erano colpiti da scomunica *latae sententiae*, cioè automatica. Esattamente come nel caso dei vescovi lefebvrismo. Nell'una e nell'altra caso veniva applicata una chiara norma del diritto canonico. Eppure, tutti i papi da Paolo VI a Leone XIV, hanno sempre evitato di usare il termine scisma per la dolorosa situazione cinese.

continua a pagina 19

Editoriale

La Francia e il gioco all'europea L'ULTIMO MACRON E I MOSCHETTIERI

DANIELE ZAPPALÀ

«Tutti per uno, uno per tutti». Oltretutto, in estremo, il vecchio motto dei moschettieri di Guascogna torna in auge nei mesi finali del "regno" repubblicano di Emmanuel Macron. Raramente la letteratura ha conosciuto personaggi tanto volenterosi e solidali quanto gli eroi di Alexandre Dumas. E il capo dell'Eliseo deve essersene ricordato, in questi mesi in cui la Francia è tutta l'Europa vanno in cerca proprio dei carburanti della volontà e della solidarietà. Per l'ultima riunione parigina del gruppo dei Volenterosi a sostegno dell'Ucraina, Macron ha cambiato scena. Non gli orli di Versailles scelti per lusingare l'imprevedibile Donald Trump, fra specchi e fontane sontuose dove la Francia suole sedurre pure i nababbi del tecnocapitalismo. Ma l'Hôtel des Invalides, simbolo delle miserie della guerra. L'ospizio che raccoglieva gli storpi del fronte. Compreso quello ottocentesco sanguinosissimo di Grives, le cui sorti si legarono politicamente anche all'Unità d'Italia. Le mura degli inferni come pensate, oggi, di un'Europa nuovamente malata della guerra. La scenografia ha propiziato frutti. Al Banco dell'Ucraina, nove Paesi europei, fra cui l'Italia, hanno lanciato il progetto difensivo del futuro muro anti-missili continentale. Benché fuori dall'Unione Europea, il Regno Unito è entrato nel piatto comune dei 90 miliardi di prestiti a sostegno di Kiev. Per qualche ora, fino alle parole dell'indomani per il 14 luglio, Parigi ha così brillato come un punto di ritorno costruttivo, nella scia pure di quella geografia che fa della Francia il baricentro dei grandi Paesi d'Europa occidentale.

continua a pagina 19

IL FATTO Il cardinale è inviato di Leone XIV nel campo vicino a Leopoli incontra militari di diversa provenienza

Pace ai prigionieri

Zuppi in missione in Ucraina visita i soldati russi catturati: «Il Papa prega anche per voi»
La diplomazia della Chiesa tra la liberazione dei bambini rapiti e lo scambio di detenuti

GIACOMO GAMBASSI

Inviato a Leopoli

Sotto la pioggia battente varca i tre portoni blindati d'ingresso. Fila spietata, infera, chiavistelli, piazzali dove le mura lasciano scorgere solo il cielo: le torrette di avvistamento danno il benvenuto al cardinale Matteo Zuppi mentre entra nel campo "Zakhid-1". È uno dei cinque in tutta l'Ucraina dove sono ospitati i prigionieri di guerra che hanno combattuto nell'esercito russo. Vista di quasi tre ore per portare la vicinanza di Leone XIV a chi è stato catturato sui campi di battaglia, ripete l'inviato speciale del Papa incontrando i detenuti all'interno della colonia penale nella regione di Leopoli. «Il Pontefice prega perché la guerra possa finire il prima possibile».



Principale alle pagine 2-3

Il cardinale Matteo Zuppi fra i prigionieri di guerra durante la visita di ieri alla colonia penale di Leopoli / Gambassi

MESSINA Dopo 21 anni da precario di religione



Il prof va in pensione il primo giorno in ruolo

Cassisi e Ceredani a pagina 9

POLITICA I franchi tiratori nella maggioranza affossano l'emendamento sulle preferenze

Il Governo va sotto di un voto Meloni: «Ora una riflessione»

MATTEO MARCELLI

La sicurezza di Giorgia Meloni si schianta sul muro del voto segreto e il Governo rimedia la batosta più sonora da inizio legislatura. L'esecutivo va sotto sullo scontro più atteso, quello sull'emendamento per reintrodurre le preferenze: 188 contro, 187 a favore.

Servizio a pagina 8

L'ANALISI

Un siluro alla legge elettorale
E forse al futuro dell'esecutivo

D'Angelo a pagina 8

FERMO PREVENTIVO PER MINORI

Nuova stretta sulla sicurezza
Ma la vergogna sono le carceri

Dopo varie limitature, il Cdm vara un disegno di legge (che ora dovrà andare al vaglio delle Camere) con misure per arginare le violenze delle bande giovanili, che estendono il fermo preventivo (applicabile anche dalle polizie locali) agli under 18 e consentono al questore il «divieto di aggregazione». Per le opposizioni è l'ennesima normativa illiberale.

Biolini, Fulvi, Mulo e Spagnolo alle pagine 6 e 7

CASTEL GANDOLFO

L'appello di Nobel e leader per il governo etico dell'IA

Mulo e un intervento di Gesmundo a pagina 5

STRETTO DI HORMUZ

La "capriola" di Trump: non dazi ma intese

Capuzzi e Motta a pagina 2

PROGETTO "DESTEENAZIONE"

Più fondi e opportunità con i centri per i giovani

Intervento di Bellucci a pagina 9

Perché no

«no» sono sempre difficili da digerire. Bisogna farci l'abitudine, e a volte non basta. Da bambino ne ho ricevuti parecchi, perentori e senza appello. Anche se ai miei genitori usavo ai tempi e che alle legittime domande sul perché - legittime per un qualunque bambino di oggi, ma non allora - fornissero un'unica risposta: perché no. Dopo la benefica pausa dei

E dunque
Gioele Dix

vent'anni, durante i quali ho covato l'illusione di poter godere di immunità da rimbighi e divieti, mi sono ritrovato ad affrontare il problema del diniego, ma sul fronte opposto, ovvero nelle scomode vesti di padre. Ho dovuto forzarli all'inflessibilità coi miei figli ed è stata dura, ascoltato com'ero (e come sono) da un cuore troppo tenero. D'altra parte sono (ed ero) consapevole della necessità per loro di una guida forte e sicura, soprattutto autorevole, senza essere autoritaria. Tutto assolutamente convulso. Però che fatica e che disagio essere di volta in volta censore, sorvegliante, moralizzatore. Sono ruoli che non mi piacciono. Perché? Perché no.

Agorà

SCENARI

I grandi classici da Virgilio & Co. Perché restano necessari

Bighello a pagina 22

LETTERATURA

Krasznahorkai, tra bruchi e farfalle la volontà di vivere

Onofri a pagina 23

MONDIALE USA

Argentina-Inghilterra e i fantasmi della storia non dimenticata

Capriotti a pagina 25

LUOGHI INFINITI

DOVE ABITA LA MUSICA

In edicola e online su abbonamenti.avvenire.it



318
Luglio 2026

Reintegro medici no vax passa la proposta di Fdi

Approvato emendamento in favore dei radiati durante il Covid
la protesta della federazione degli Ordini: «Offesa alle vittime»

di **MICHELE BOCCI**

Colpo di spugna per medici e altri operatori radiati nel corso della pandemia. Ieri alla Commissione Affari sociali della Camera è stato approvato un emendamento di Fdi alla legge delega di riforma delle professioni sanitarie, presentato come prima firma da Alice Buonguerrieri, che ha fatto sollevare, oltre alle opposizioni, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici. «Siamo sconcertati, amareggiati e delusi. Ci delegittimano», dice il presidente Filippo Anelli.

L'idea di Buonguerrieri, nota per le sue posizioni critiche nei confronti dei vaccini, è di dare la possibilità di presentare domanda di reiscrizione all'ordine a chi è stato radiato «per fatti non dolosi connessi alla pandemia». Ad esempio a chi ha diffuso teorie antiscientifiche o consigliato cure senza alcuna prova di efficacia ai pazienti. Del resto è difficile provare il dolo in comportamenti del genere, basta che il dottore dica di essere stato in buona fede. I medici, gli infer-

mieri e gli altri operatori della sanità avrebbero 60 giorni di tempo dall'entrata in vigore della legge per fare l'istanza che li fa tornare ad esercitare la loro professione.

Oggi se un Ordine prende un provvedimento disciplinare, l'interessato può fare appello (congelando l'esecutività della decisione) alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (Cceps). Ebbene, la nuova norma sarebbe applicabile solo a coloro per i quali il ricorso alla Commissione è ancora pendente. Se la radiazione è conseguenza di una condanna penale, la richiesta potrà essere avanzata solo dopo riabilitazione. Il tutto, va ricordato, vale per pochissime persone, almeno per quanto riguarda i medici. Sono pochissimi quelli radiati, meno di dieci, e ancora meno coloro che devono ancora presentarsi davanti alla Commissione.

La prima firmataria dell'emendamento ne fa una questione di libertà: «Hanno chiuso in casa gli italiani - dice Buonguerrieri - hanno fatto abbassare le serrande di migliaia di attività, hanno compresso libertà costituzionali, hanno imposto un vaccino a tutta la popolazione nonostante si sapesse che non impediva il contagio e che poteva

avere effetti avversi. E oggi vogliono continuare una assurda caccia alle streghe fuori tempo massimo contro quei medici, infermieri e operatori sanitari che chiamavano eroi e che poi hanno letteralmente perseguitato». Ma sono proprio i professionisti a protestare più duramente contro l'approvazione del testo. Anelli ribatte dicendo che «aprire una finestra per la reiscrizione immediata dei medici e degli operatori sanitari che hanno diffuso terapie antiscientifiche durante il Covid è una delegittimazione del ruolo degli Ordini professionali a tutela della salute individuale e collettiva. Siamo un organo sussidiario, abbiamo la delega per le questioni deontologiche e disciplinari, non si può interferire su questa funzione». Anelli ricorda che sono 383 medici e gli odontoiatri «che hanno sacrificato la loro vita per continuare a curare».

I gruppi di Pd, M5S, Avs, Iv, Azione e +Europa hanno fatto una nota congiunta per dire che l'approvazione «è una vergogna senza precedenti. Si riscrive la memoria di una fase drammatica del Paese. Basta usare il Covid per una battaglia politica, legittimando ancora una volta i no vax per puri fini elettorali».

Potrà essere riammesso
chi ha diffuso
teorie antiscientifiche
e prescritto cure inutili



FdI reintegra i medici No vax radiati, l'Ordine insorge

L'emendamento approvato in Commissione alla Camera. Anelli: siamo sconcertati e delusi

PAOLORUSSO
ROMA

L'emendamento che riapre le porte dell'albo ai medici radiati per avere diffuso terapie antiscientifiche durante la pandemia riaccende una delle pagine più controverse dell'emergenza Covid e riporta in superficie quella vena di diffidenza verso i vaccini che da anni attraversa una parte della destra di governo. La norma targata FdI è approvata in Commissione Affari sociali della Camera nell'ambito della riforma delle professioni sanitarie, consentirà ai sanitari radiati di chiedere la reinscrizione entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge.

Durissima la reazione del presidente dell'Ordine dei medici, Filippo Anelli: «Sia-

mo sconcertati, amareggiati e delusi. Così si delegittima il ruolo disciplinare degli Ordini e si fa un affronto alle vittime del Covid», compresi i 383 tra medici e odontoiatri morti mentre curavano i pazienti. Anelli ricorda che intervenire per legge riabilitando chi viola il Codice deontologico, rischia di svuotare l'autonomia degli Ordini, «garanzia per la collettività».

L'iniziativa si inserisce però in una lunga sequenza di se-

gnali di indulgenza verso il fronte no Vax. Due anni fa il senatore leghista Claudio Borghi tentò di cancellare l'obbligo

di dieci vaccinazioni pediatriche, dal morbillo alla pertosse. Poco dopo la premier Giorgia Meloni annunciò che il go-

verno sarebbe andato «fino in fondo» sugli effetti avversi dei vaccini anti-Covid. Infine arrivò il caso delle nomine nel Nitag, il gruppo tecnico che indirizza le politiche vaccinali: l'ingresso dei medici no Vax Paolo Bellavite ed Eugenio Serravalle provocò la rivolta della comunità scientifica e costrinse il ministro della Salute Orazio Schillaci a revocare gli incarichi, prendendo le distanze da una scelta maturata dentro la maggioranza. —



Filippo Anelli, 69 anni



LA PREVENZIONE

Gimbe: 7,6 milioni fuori da programmi gratuiti di screening oncologico

Nel 2024 oltre 7,6 milioni di italiani sono rimaste fuori dai programmi gratuiti di screening oncologico organizzati dal Servizio sanitario nazionale. È quanto emerge dall'analisi della Fondazione Gimbe sui dati dell'Osservatorio nazionale screening, secondo cui il 54% della popolazione target non è stato raggiunto dai programmi di prevenzione, soprattutto nel Mezzogiorno, in parte perché non ha ricevuto l'invito e più spesso perché non ha aderito. «Adesioni ancora troppo basse e profonde diseguaglianze territoriali - commenta Nino Cartabello, Presidente di Gimbe - com-

promettono l'efficacia dello strumento più idoneo per individuare precocemente tumori e lesioni precancerose. Il bilancio è pesantissimo: oltre 50.300 casi non intercettati dai programmi organizzati di screening». «Al netto degli esclusi dal target - afferma Cartabello - nel 2024 sono state invitate a eseguire un test di screening oltre 14,1 milioni di persone, ma hanno aderito meno di 6,5 milioni. Il dato nasconde profonde differenze non solo tra i tre programmi di screening, ma soprattutto tra Regioni e aree geografiche del Paese». Sulla base dei dati dell'Osservatorio nazionale scree-

ning, la Fondazione Gimbe evidenzia come il mancato coinvolgimento della popolazione target comprometta l'efficacia della prevenzione oncologica organizzata, con pesanti ripercussioni sulla diagnosi precoce di tumori e lesioni precancerose.





Servizio L'analisi Gimbe

Screening tumori: 7,6 mln di persone «fuori» e 50.300 casi restano non intercettati

Focus sui test su seno, utero e colon retto erogati gratis dal Servizio sanitario nazionale: del 54% di popolazione target che “sfugge” la maggior parte sceglie di non aderire e il Sud resta fanalino di coda

di Redazione Salute

14 luglio 2026

Nel 2024 il 54% della popolazione target, oltre 7,6 milioni di persone, è rimasto fuori dai programmi gratuiti di screening oncologico - su mammella, cervice e colon-retto - soprattutto al Sud: in parte perché non ha ricevuto l'invito, molto più spesso perché non ha aderito. “Il bilancio è pesantissimo: oltre 50.300 casi non intercettati dai programmi organizzati di screening”, rilevano dalla Fondazione Gimbe che ha analizzato punti di forza e criticità dei tre programmi di prevenzione offerti nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) del Servizio sanitario nazionale, sulla base dei dati del Report 2024 dell'Osservatorio nazionale screening (Ons).

Target Ue lontani

«Adesioni ancora troppo basse e profonde disuguaglianze territoriali – dichiara il presidente Nino Cartabellotta – compromettono l'efficacia dello strumento più idoneo per individuare precocemente tumori e lesioni precancerose. I dati Ons 2024 – aggiunge – mostrano una crescita sia degli inviti sia della copertura della popolazione. Tuttavia, l'Italia resta molto lontana dall'obiettivo fissato nel 2022 dal Consiglio dell'Unione Europea: garantire entro il 2025 una copertura degli screening oncologici di almeno il 90% della popolazione target. Il Piano nazionale di Prevenzione 2026-2031, di recente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, colloca questo traguardo al 2029, con obiettivi intermedi di almeno il 70% nel 2027 e l'80% nel 2028».

I gap tra test e tra Regioni

«Al netto degli esclusi dal target – prosegue Cartabellotta – nel 2024 sono state invitate a eseguire un test di screening oltre 14,1 milioni di persone ma hanno aderito meno di 6,5 milioni (6.481.002). Il dato nasconde profonde differenze non solo tra i tre programmi, ma soprattutto tra Regioni e aree geografiche del Paese». Nel dettaglio, a livello nazionale ha aderito allo screening mammografico il 50% delle donne invitate, con marcate differenze regionali: dal 74% della Pa di Trento al 15,2% della Calabria. Tutto il Sud, tranne la Basilicata, registra livelli di adesione inferiori alla media nazionale. Quanto allo screening cervicale, ha aderito il 51% delle donne invitate, con forti differenze regionali: dal 90,3% della Provincia autonoma di Trento al 12,2% della Calabria. Infine, la prevenzione del tumore al colon-retto: a livello nazionale ha aderito solo il 33,3% delle persone invitate e anche qui si va dal 64,1% della Valle d'Aosta al 4,5% della Calabria.

La stima dei tumori “sfuggiti”

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

Assumendo come obiettivo una copertura del 90% della popolazione target e considerando sia le persone non invitate o che non hanno aderito, sia il tasso di identificazione dei tumori, è possibile valutare quanti tumori e lesioni pre cancerose siano “sfuggiti” ai test Ssn. «Nel 2024 – sintetizza Cartabellotta – si stima che il mancato raggiungimento di una copertura del 90% non abbia consentito di identificare oltre 11.000 carcinomi della mammella, di cui più di 2.300 invasivi di piccole dimensioni; quasi 9.700 lesioni precancerose del collo dell'utero; 4.700 tumori del colon-retto e quasi 25.000 adenomi avanzati. Nel complesso, oltre 50.300 tumori e lesioni che i programmi organizzati avrebbero potuto intercettare, permettendo di avviare tempestivamente gli approfondimenti diagnostici e, quando necessario, il trattamento specifico».

«L'indagine campionaria del sistema di sorveglianza Passi dell'Istituto superiore di Sanità – spiega Cartabellotta – documenta che molte persone dichiarano di sottoporsi a controlli periodici per “iniziativa spontanea”. Per questi test, tuttavia, non sono disponibili indicatori oggettivi, quali il tasso di identificazione dei tumori e la percentuale di persone positive che eseguono il test di secondo livello, né controlli standardizzati sulla qualità dei test. Non vi è inoltre alcuna certezza che, in caso di esito positivo, venga attivato un percorso diagnostico-terapeutico adeguato. Infine, un'indagine campionaria, pur fornendo informazioni rilevanti sui fattori di rischio e sui determinanti socio-economici, non consente di certificare la copertura degli screening oncologici per “iniziativa spontanea”».

Prevenzione da coltivare a scuola

La scarsa adesione agli screening organizzati riflette anche una conoscenza insufficiente dei programmi di prevenzione oncologica. Nell'ambito del progetto “La Salute tiene banco”, promosso dalla Fondazione Gimbe nelle scuole secondarie di secondo grado, è stato chiesto a 467 studenti degli ultimi due anni di indicare i tre screening oncologici organizzati e gratuiti offerti dal Ssn. Solo il 51,2% ha identificato correttamente mammella, colon-retto e cervice uterina. «Questo dato – commenta Cartabellotta – conferma che la cultura della prevenzione va coltivata molto prima dell'età prevista per gli screening. Investire nell'educazione sanitaria dei giovani significa formare cittadini più consapevoli, capaci oggi di promuovere i programmi di screening tra i propri familiari e domani più propensi ad aderirvi».

Comunicare meglio

«Prevenzione e promozione della salute – conclude Cartabellotta – sono pilastri essenziali per ridurre l'incidenza delle malattie e garantire la sostenibilità del Ssn. Eppure oggi emerge un paradosso evidente: da un lato milioni di cittadini attendono esami diagnostici, non sempre appropriati; dall'altro milioni non aderiscono ai programmi di screening organizzati. Molte Regioni, soprattutto nel Mezzogiorno, devono rafforzare la propria capacità organizzativa, ma il nodo principale resta la scarsa partecipazione. Servono una comunicazione più efficace, un'informazione capillare e il coinvolgimento attivo dei cittadini. Aderire agli screening organizzati significa diagnosticare precocemente i tumori, trattare tempestivamente le lesioni precancerose, aumentare le probabilità di guarigione definitiva, ridurre sofferenze e costi per il SSN e, soprattutto, salvare vite umane».

Vincenzo Paglia

“Non servono letti in comunità riportiamo le cure a domicilio”

L'arcivescovo: “Il nemico è la solitudine, assisterli dove vivono è più umano ed economico”

L'INTERVISTA
GIACOMO GALEAZZI
CITTÀ DEL VATICANO

Il modo sbagliato di rispondere all'emergenza degli anziani. Cioè «aumentare la spesa per i posti letto in Rsa inseguendo un bisogno che cresce più in fretta di qualsiasi bilancio», dice l'arcivescovo Vincenzo Paglia, presidente della Fondazione Età Grande: «Basta con la strada più semplice ma illusoria». Welfare 4.0.

Cosa non va nelle Rsa?

«Ogni nuovo posto letto costa alla collettività tra i 28mila e i 48mila euro l'anno. La voce di spesa più rigida e meno reversibile del sistema e soprattutto arriva sempre dopo: quando la fragilità è già diventata malattia, la solitudine ha già fatto il suo danno, l'anziano ha già lasciato casa. Aggiungere letti a un sistema che non previene è rincorrere l'emergenza senza raggiungerla».

Il Piemonte cambia strada?

«Il Piemonte sceglie un'altra direzione, con un atto di coraggio politico: alla logica passiva dell'aumento della spesa si sostituisce una riforma di cambiamento radicale che riporta la cura là dove la vita accade davvero, sul territorio e nelle case delle persone. Il cuore di questa riforma è semplice da enunciare e rivoluzionario nelle conseguenze. Le Rsa e le strutture per anziani smettono di essere semplici contenitori di posti letto e diventano ciò che la Legge 33 del 2023 e il decreto attuativo del 2024 hanno reso possibile: Centri Residenziali Multi-servizi, erogatori di un continuum assistenziale senza fratture. Totale continuità».

Qual è la differenza?

«Il perno è questo: l'assistenza domiciliare non è più un servizio accessorio e volontario, ma un obbligo strutturale affidato alle stesse strutture accreditate, integrato nella loro missione al pari dei posti letto. Chi gestisce una Rsa non gestirà più solo dei letti ma un continuum di servizi: parte dalla casa dell'anziano e vi ritorna. Assistenza domiciliare vera: continuativa, intensiva, sanitariamente qualificata, altro che le poche ore simboliche di oggi. E insieme centri diurni, nuclei specializzati per le demenze e l'Alzheimer, telemedicina, prese in carico programmate. Un unico soggetto, una sola regia, stessa responsabilità sulla fragilità della persona».

Comporta un risparmio?

«È una scelta di metodo prima ancora che di risorse. Le strutture accreditate dispongono già di personale sanitario, competenza organizzativa e radicamento nei territori: sono le uniche, oggi, capaci di garantire una domiciliarità solida e continua, e non un intervento episodico. Trasformarle in nodi di una rete che entra nelle case, presidia i centri diurni e gestisce i nuclei Alzheimer significa mettere a frutto un patrimonio che già esiste invece di moltiplicare all'infinito i posti letto. Ogni letto diventa così il motore di molte prese in carico a domicilio e la struttura il baricentro di un sistema che accompagna l'anziano lungo tutte le

fasi del bisogno: dalla prima fragilità fino all'eventuale, e solo allora ricovero residenziale. Una diversa cultura».

Un modello da estendere?

«Qui la scienza incontra la compassione. Il vero nemico dell'anziano non è la casa, è la solitudine. Le reti di monitoraggio attivo degli over 80 riducono del 50% l'eccesso di mortalità nelle ondate di calore e di abbattano ospedalizzazioni e istituzionalizzazioni improprie con un costo di poche decine di euro l'anno per persona. Ogni ricovero evitato è una sofferenza risparmiata e un carico alleggerito per il sistema sanitario nei mesi di massima pressione. Prevenire la fragilità sul piano sociale è la forma di cura più efficace, umana, meno costosa che la comunità mette in campo. La svolta è questa».

Come si può intervenire?

«Dare per tempo a un anziano aiuto concreto (una mano a cucinare, a tenere pulita la casa, a sbrigare le pratiche e una compagnia autentica) significa evitare che una necessità sociale diventi un bisogno sanitario insostenibile e restituirgli il diritto di invecchiare tra i propri affetti, senza lo sradicamento che accompagna l'ingresso in istituto. Per la famiglia



significa pagare meno di quanto costerebbe la stessa persona in una residenza: a domicilio vengono meno i costi alberghieri e di struttura. Cambio di paradigma».

Lo ha detto al governatore?

«Ho proposto al presidente Alberto Cirio di accogliere a Torino il 2 ottobre (Giornata dei nonni) un evento di riflessione sul nuovo modello di cura che la legge 33 propone. L'Italia ha una legge con una visione. Va messa a terra attraverso un continuum assistenziale. Non sarà una celebrazione di maniera ma un appuntamento di lavoro e di speranza: la testimonianza che un'altra strada è possibile. Il Piemonte la percorre per primo in Italia».

Vincenzo Paglia

Presidente fondazione Età grande

Ogni nuovo posto letto costa alla collettività tra i 28 e i 48 mila euro

Un ricovero evitato
è una sofferenza risparmiata
e un carico alleggerito

Un sistema che non previene
rincorre l'emergenza
senza raggiungerla
Il Piemonte ha fatto
una scelta coraggiosa

Dobbiamo restituire il diritto
di invecchiare tra i propri affetti
senza lo sradicamento
che accompagna
l'ingresso in un istituto

Messaggio della Giornata?

«Ai nostri nonni, alle nostre madri e ai nostri padri, non dobbiamo offrire un letto in più in cui aspettare. Gli dobbiamo una comunità che li cerca, li conosce, li accompagna. Il 2 ottobre, a Torino, vorremmo iniziare questo cambiamento. Prenderci cura di chi ci ha preceduto non è un costo da contenere: è il modo più vero in cui una società misura la civiltà. L'assistenza domiciliare che conosciamo oggi è troppo spesso una promessa vuota: un accesso al mese, quattordici ore l'anno per assistito. Una presenza così esile non cura nessuno e non combatte alcuna solitudine. È questa la logica che la riforma rovescia. E do-

ve la struttura da sola non basta a coprire ogni angolo del territorio, entra in gioco la rete degli altri erogatori, delle cooperative sociali e del Terzo settore, perché nessun anziano, in nessun Comune, resti indietro. E c'è un altro protagonista che la riforma riconosce: il caregiver familiare, figlio, coniuge, nipote che quotidianamente prende cura del proprio caro. Poi occorre valorizzare e retribuire adeguatamente chi lavora sul territorio e a domicilio a superare il modello del ricorso alle strutture ed è meglio per Ssn e famiglie». —



Il tavolo

Da destra
il presidente
della Regione
Piemonte
Alberto Cirio,
l'assessore
Maurizio
Marrone
e
monsignor
Vincenzo
Paglia
durante
l'incontro
di ieri
a Roma



Il problema dell'omeopatia in Parlamento

Una terapia da promuovere? Scienza e pseudoscienza non vanno confuse

Ieri al Senato si è tenuta una conferenza dedicata all'omeopatia. Sul palco, insieme al senatore di Fratelli d'Italia Giovanni Satta, promotore dell'iniziativa, c'era il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato. Non come semplice ospite, ma come sostenitore. Dettaglio tutt'altro che secondario. Un rappresentante del ministero della Salute, in una sede istituzionale, ha parlato dell'attenzione del governo verso l'omeopatia, ipotizzando persino l'inserimento di indicazioni terapeutiche nei foglietti illustrativi dei prodotti omeopatici con il coinvolgimento dell'Aifa. Il tutto richiamando la libertà di cura come principio da tutelare. La libertà di cura è un valore fonda-

mentale. Ma poggia su un presupposto essenziale: che le cure tra cui il paziente è chiamato a scegliere abbiano dimostrato efficacia e sicurezza. L'omeopatia, semplicemente, non soddisfa questo requisito. Non è una questione di opinioni. Le principali istituzioni scientifiche internazionali concordano nel ritenere che non esistano prove affidabili di un'efficacia dell'omeopatia superiore al placebo. Il suo principio fondante – secondo cui una sostanza diventa tanto più efficace quanto più viene diluita – è incompatibile con le conoscenze consolidate della chimica e della fisica. Il sottosegretario ha affermato che la libertà di cura deve muoversi entro un “robusto supporto scientifico”.

Difficile non condividere questa affermazione. Proprio per questo risulta incomprensibile applicarla all'omeopatia, per la quale quel supporto non esiste. Il problema non è impedire ai cittadini di acquistare prodotti omeopatici. Ognuno è libero di farlo. Il problema nasce quando è lo stato a conferire loro una patente di credibilità. Un conto è tollerare una pratica priva di evidenze; un altro è discuterne in Parlamento come se fosse una terapia da promuovere. In un paese già attraversato da anni di disinformazione sanitaria, il messaggio rischia di essere semplice e pericoloso: che tra scienza e pseudoscienza, in fondo, la politica non veda più una differenza così importante.



Dal ciclo mestruale alla fertilità, dalla gravidanza alla menopausa. Ogni fase della vita femminile richiede attenzioni mirate e specifiche per la salute cardiaca

Cuore delle donne Un battito sano per ogni stagione

Antonio G. Rebuzzi

Donne cuore. Sono alcuni fattori specifici quelli che causano, nell'arco della vita, le fragilità e la necessità di maggiore attenzione da parte del mondo femminile.

Yolande Appelman e i suoi colleghi del Department of Cardiology dell'Amsterdam University (Olanda), per esempio, in un recente articolo sull'*European Heart Journal*, hanno diviso questi fattori in riproduttivi (ciclo mestruale, infertilità), legati all'utero (endometriosi, leiomiomi) e legati alla gravidanza, tenendo presente che alcuni possono essere interconnessi (infertilità e sindrome dell'ovaio policistico o ipertensione in gravidanza e parto prematuro).

Durante il ciclo mestruale i livelli di ormoni sessuali variano, e diversi studi hanno dimostrato che variazioni improvvise possono aumentare il rischio cardiaco. Le donne in pre menopausa hanno inoltre un rischio coronarico maggiore durante o subito dopo le mestruazioni.

L'INFERTILITÀ

Esiste associazione tra inferti-

lità e malattie cardiache. Il Nurses' Health Study ha dimostrato che l'infertilità (riportata dal 27% delle donne partecipanti allo studio) era associata ad un rischio di malattia coronarica del 13% superiore a quello delle donne senza questo problema.

La sindrome dell'ovaio policistico è il disturbo endocrino più comune delle donne in età fertile, ed è associata ad altri disturbi quali obesità, insulino-resistenza o diabete, ipertensione o dislipidemia con un conseguente rischio aumentato di eventi cerebro-vascolari. L'età della menopausa è inversamente associata al rischio cardiaco. Le donne con menopausa naturale prima dei 40 anni sembrerebbero avere (secondo uno studio del Dutch Multidisciplinary Development Group) un rischio d'infarto quasi doppio rispetto alle donne che hanno la menopausa dopo i 50. La menopausa precoce legata a ovariectomia non sembra però associata all'aumento del rischio.

La transizione menopausale, peraltro, si accompagna a numerosi cambiamenti metabolici avversi come l'aumento di peso, l'accumulo del grasso viscerale, l'ipertensione e l'aumento del colesterolo LDL (quello cattivo) per cui è difficile legare l'aumento di rischio ad un solo fattore.

Circa il 5-15% delle donne ha un disturbo ipertensivo in gravidanza, ed attualmente tale fenomeno è in aumento a causa dell'aumento dell'età gestazionale, del diabete e dell'obesità nei Paesi ad alto reddito.

IL NASCITURO

Le donne che hanno avuto un disturbo ipertensivo in gravidanza hanno un rischio da 2 a 7 volte maggiore di sviluppare cardiopatia ischemica rispetto a chi non ha avuto tale problema. Il 32% delle donne ipertese in gravidanza, sviluppa inoltre ipertensione stabile entro i successivi 10 anni. Il pronto intervento per ridurre la portata di tale patologia è indispensabile per preservare la salute della donna e del nascituro.

I fattori di rischio cambiano nelle diverse fasi della vita di una donna. Anche prima dei 50 anni 1 su 8 è ipertesa, 1 su 6 dislipidemica e 1 su 3 è in sovrappeso. La prevenzione è d'obbligo.

Professore di Cardiologia,
Università Cattolica, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chi dorme molto poco ingrassa facilmente

LA RICERCA

Sonno perso, peso guadagnato. Dormire 80 minuti in meno per notte vale circa mezzo chilo in più nel giro di 6 settimane. Non solo: accorciare il riposo ha anche l'effetto di rendere le persone più sedentarie.

È l'alert che arriva da uno studio condotto da ricercatori del Columbia University Vagelos College of Physicians and

Surgeons. Il lavoro, pubblicato su *Annals of Internal Medicine* «dimostra che dormire a sufficienza può contribuire a ridurre il rischio di aumento di peso e di patologie correlate all'obesità, come malattie cardiache e diabete», spiega Marie-Pierre St-Onge, professoressa di Medicina Nutrizionale dell'ateneo Usa e responsabile dello studio.

«Le persone tendono ad aumentare di peso nel corso della loro vita adulta - aggiunge - e l'obesità è un importante fattore di rischio per le malattie cardiache. Tuttavia, concen-

trarsi su un'alimentazione più sana e su una maggiore attività fisica per contrastare l'aumento di peso è semplicistico e può essere difficile da mantenere nel tempo».

Gli studi sul legame tra sonno insufficiente e obesità dimostrano che una grave privazione del riposo notturno porta a cambiamenti nell'appetito e a un'eccessiva assunzione di cibo, che a loro volta possono contribuire all'aumento di peso nel tempo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Incontinenza, risvegli notturni e urgenza minzionale non sono un destino inevitabile: la prevenzione e le cure mini-invasive aiutano a restare attivi anche in età avanzata. Con il caldo, attenzione alla disidratazione

La salute della vescica alleata della longevità

LA DISCIPLINA

La salute della vescica e delle vie urinarie è molto importante quando si parla di longevità e di qualità della vita. Disturbi diffusi come incontinenza, risvegli notturni per urinare, urgenza minzionale o difficoltà a svuotare completamente la vescica possono compromettere la vita sociale, ridurre la qualità del sonno e il benessere quotidiano. «Mantenere in salute la vescica significa anche vivere meglio e più a lungo. Oggi vediamo persone avanti con gli anni, anche novantenni ancora molto attive, sia dal punto di vista intellettuale sia sociale. Ma quando ci sono disturbi alle vie urinarie si è veramente molto condizionati. E ne risente tutto l'equilibrio dell'organismo», spiega il dottor Nazario Foschi, urologo presso la Clinica Urologica del Policlinico Agostino Gemelli di Roma.

Le differenze tra uomini e donne cambiano con l'età? «Nell'uomo il problema principale è lo svuotamento vescicale dovuto al progressivo ingrandimento della prostata e alla ridotta performance della vescica. Nella donna, il disturbo più frequente è l'incontinenza», dice Foschi. «I sintomi da non sottovalutare sono: la necessità di urinare più spesso, il getto urinario che si indebolisce, la sensazione di non svuotare completamente la vescica, l'urgenza improvvisa che non permette di arrivare in tempo al bagno oppure le perdite di urina durante un colpo di tosse, una risata o mentre si solleva un peso. La presenza di

sangue nelle urine richiede sempre una valutazione medica tempestiva».

LA STAGIONE

La prevenzione parte dallo stile di vita. «Bere a sufficienza, non trattenere l'urina per molte ore, mantenere un peso adeguato. Conservare una buona massa muscolare attraverso l'attività fisica protegge non solo i muscoli, ma anche cervello, metabolismo e qualità della vita». In estate aumentano i disturbi urinari. «Con il caldo tendiamo a disidratarsi e le urine diventano più concentrate. Questo favorisce le infezioni urinarie e la formazione dei calcoli renali. Per questo nei mesi estivi è ancora più importante bere regolarmente. Nelle persone predisposte possono peggiorare i sintomi caffeina, tè, bevande energetiche, alcolici, bibite gassate e alimenti molto speziati o piccanti». L'incontinenza è davvero inevitabile con l'età? «Assolutamente no. È uno degli errori più frequenti pensare che sia una normale conseguenza dell'invecchiamento. Nelle donne la fisioterapia del pavimento pelvico ha un importante ruolo preventivo, soprattutto dopo le gravidanze e durante la menopausa. Il sovrappeso aumenta il rischio, perché esercita una maggiore pressione sulla vescica. Oggi disponiamo di numerose procedure mini-invasive, sia per l'ipertrofia prostatica sia per l'incontinenza, che consentono di migliorare i sintomi con interventi molto meno impegnativi rispetto al passato. Questo significa poter trattare anche pazienti di 80 anni con rischi chirurgici e anestesiológicos inferiori, offrendo una migliore qualità di vita e, quando possibile, preservando anche la funzione sessuale. Alcuni farmaci migliorano

l'ossigenazione tissutale e si sono rivelati efficaci nel contrastare i processi dell'invecchiamento genito-urinario».

IL RISCHIO

Parliamo di tumore della vescica. «Il fattore di rischio storico resta il fumo di sigaretta. Oggi c'è maggiore attenzione, ma non conosciamo ancora completamente gli effetti a lungo termine delle sigarette elettroniche e dello svapo. Negli uomini, inoltre, il mancato svuotamento completo della vescica, spesso dovuto all'ingrossamento della prostata, rappresenta un ulteriore fattore di rischio. Uomini e donne dovrebbero eseguire periodicamente un esame delle urine e un controllo specialistico, soprattutto con l'avanzare dell'età. Oggi si può essere attivi, viaggiare, avere una vita sociale e affettiva soddisfacente anche dopo i 70 o gli 80 anni. E prendersi cura della salute della vescica fa parte di questo percorso».

Angelica Amodei

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TRA I DISTURBI PIÙ COMUNI, LE PERDITE PER LA DONNA E LA PROSTATA PER L'UOMO CAFFÈ, SPEZIE E ALCOL PEGGIORANO I SINTOMI



OGGI BOLLINO ROSSO IN 7 CITTÀ

Caldo estremo: è in arrivo il picco da Nord a Sud

Siamo già alla terza ondata di caldo estremo dell'estate 2026 e non abbiamo ancora visto il peggio. Il picco dell'afa e del caldo sta per arrivare e continuano ad aumentare le città con il bollino rosso.

Le temperature più alte arriveranno a metà settimana: oggi saranno sette le città col bollino rosso del ministero della Salute, per passare a 15 domani. Secondo le previsioni, le città più calde oggi saranno Bologna, Brescia, Firenze, Frosinone, Perugia, Roma e Torino, mentre domani a queste si aggiungeranno Cagliari, Campobasso, Genova, Latina, Palermo, Pescara, Rieti e Viterbo. In alcuni casi, si toccheranno i 40 gradi. Domani si registreranno anche cinque capoluoghi in bollino arancione (Bolzano, Milano, Trieste, Venezia e Verona), men-

tre saranno in giallo Ancona, Bari, Catania, Civitavecchia, Messina, Napoli e Reggio Calabria. Tutte le città in rosso, da Nord a Sud, vivranno ondate di calore prolungate e un forte rischio generale anche per persone giovani e senza problemi di salute, ma naturalmente ancor più alto per le categorie a rischio: anziani, neonati e persone malate. Le città corrono ai ripari come possono. Per esempio, Sassari, che in questi giorni è stata nella morsa del caldo e ieri ha vissuto il picco peggiore, ha attivato la prima rete di rifugi climatici della Sardegna: 22 siti aperti al pubblico, dove trovare refrigerio dal caldo eccessivo. Del resto, del problema sanitario si comincia ormai a registrarne la portata in tutta la Penisola. Se il bacino mediterraneo è l'hotspot della crisi climatica,

l'Italia è il Paese con il maggior numero di decessi collegabili al caldo: circa 10mila all'anno. A ricordarlo, per la Giornata europea per le vittime della crisi climatica globale che si celebra oggi, è l'Associazione nazionale dei Consorzi di gestione e tutela del territorio e delle acque irrigue, indicando anche che il tasso di mortalità quantomeno raddoppierà entro il 2040, a fronte di un incremento medio di 3 gradi nella temperatura.

I consigli generali per la popolazione sono sempre gli stessi: bere tanto, non uscire nelle ore calde e rinfrescare la casa. Ma c'è chi, nonostante avvertimenti e divieti, fa fatica a tutelarsi per via del proprio lavoro. È il caso dei rider, che giusto oggi scioperano a Milano per garantire sicurezza, reddito e diritti alla categoria in

un'estate in cui le temperature estreme stanno rendendo ancora più evidente la fragilità del loro lavoro. Il messaggio della protesta, fanno sapere i sindacati aderenti, è già scritto: «No alla scelta tra morire di caldo o di fame». Un dilemma che, nelle estati sempre più torride, ormai riguarda tanti settori e lavoratori.

Elisa Campisi

L'emergenza di questi giorni, con ondate di calore prolungate e forte rischio per la salute anche per i giovani, riguarderà almeno 15 città entro domani



Servizio Prevenzione

Caldo estremo, cuore a rischio: il 70% delle morti per cause cardiovascolari

Le ondate di calore vanno considerate un fattore di rischio modificabile come ipertensione arteriosa, diabete e fumo: ecco le regole della Climate Cardiology

*di Federico Nardi **

14 luglio 2026

Purtroppo, le ondate di calore non sono più un'emergenza episodica, ma una condizione con cui il sistema sanitario deve e dovrà fare i conti sempre più spesso. Il cambiamento climatico, prima ancora che una questione ambientale, a oggi potrebbe essere considerata una questione cardiovascolare. Non a caso la comunità scientifica internazionale ha iniziato a parlare di "Climate Cardiology": la disciplina che studia gli effetti del clima su cuore e vasi sanguigni, per costruire nuove strategie di prevenzione.

I dati

Dal punto di vista epidemiologico, le evidenze ci portano a notare di come, nei giorni di caldo estremo aumentano sia gli accessi al Pronto Soccorso che i ricoveri e la mortalità per cause cardiovascolari. Infatti, gli stessi studi epidemiologici ci dimostrano che oltre il 70% dei decessi correlati alle ondate di calore è attribuibile a cause cardiovascolari, rendendo così il cuore uno dei principali organi bersaglio del caldo estremo.

La spiegazione è fisiologica. Per disperdere il calore, si nota la cosiddetta vasodilatazione con l'incremento della sudorazione: il cuore deve lavorare di più per garantire un'adeguata perfusione, mentre la perdita di liquidi può causare disidratazione, ipotensione e squilibri elettrolitici.

Stress test naturale

Nei soggetti giovani questi meccanismi sono meglio compensati, mentre, nei pazienti con una malattia cardiovascolare cronica, oppure negli anziani, si nota, invece, un equilibrio fragile che facilmente si scompensa.

Le più recenti evidenze suggeriscono che il caldo non rappresenta solo uno stress ambientale, ma un vero e proprio "cardiovascular stress test naturale". Infatti, l'aumento della temperatura attiva simultaneamente meccanismi emodinamici, neuroendocrini, infiammatori e trombotici che, nei soggetti vulnerabili, possono trasformare una condizione cronica stabile in un evento acuto.

Il caldo non crea la malattia cardiovascolare, ma ne accelera la manifestazione clinica, anticipando eventi che probabilmente si sarebbero verificati più avanti nel tempo. È questo il motivo per cui le ondate di calore devono essere considerate un fattore di rischio cardiovascolare modificabile, al pari di ipertensione arteriosa, diabete, fumo, ... e devono essere affrontate con la stessa attenzione preventiva.

Mai sospendere le cure

Perciò, meritano particolare attenzione i pazienti con scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale, ipertensione o valvulopatie, così come chi assume diuretici o altri farmaci cardiovascolari.

Ma attenzione, un punto va ribadito con chiarezza: le terapie non vanno mai sospese o modificate autonomamente. Eventuali adattamenti spettano solo al medico, sulla base del quadro clinico individuale e della propria variabilità fisiopatologica.

Il caldo, però, non deve giustificare la rinuncia a uno stile di vita attivo: l'esercizio fisico resta un pilastro della prevenzione. Va semplicemente praticato con giudizio: nelle ore più fresche della giornata, con adeguata idratazione, evitando gli sforzi intensi a metà giornata (nelle ore più calde) e imparando a riconoscere segnali d'allarme come dolore toracico, affanno, palpitazioni, vertigini o perdita di coscienza.

Cambiamento climatico tema di salute

La prevenzione, oggi, si allarga. Non riguarda più solo colesterolo, pressione arteriosa e diabete mellito, ma anche la capacità di adattarsi a un clima che cambia. Le "isole di calore" urbane sono un fattore di rischio aggiuntivo, e impongono pianificazione urbana, sistemi di allerta per i soggetti fragili e percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio.

La cardiologia del futuro dovrà essere sempre più proattiva: capace di anticipare il rischio, non solo di curarne le conseguenze. Proteggere il cuore significa anche imparare a convivere con temperature più estreme, attraverso educazione sanitaria, responsabilizzazione dei cittadini e un'organizzazione in grado di intercettare precocemente le situazioni di maggiore vulnerabilità.

Il cambiamento climatico non è più un tema ambientale: è una questione di salute cardiovascolare. E la risposta passa, ancora una volta, dalla prevenzione primaria o secondaria che sia.

** presidente designato Anmco e direttore Cardiologia ospedale Santo Spirito di Casale Monferrato (Alessandria)*



Servizio Int Regina Elena

Tumori gastrointestinali: 60mila diagnosi all'anno, la cura cambia passo e obiettivi

Per molti anni il trattamento è stato costruito sulla sede della malattia come stomaco, colon e fegato. Oggi si punta su caratteristiche biologiche e risposta alle cure

*di Emanuela Dell'Aquila**

14 luglio 2026

Nei tumori gastrointestinali la cura sta cambiando profondamente. Per molti anni il trattamento è stato costruito sulla sede della malattia: stomaco, colon, fegato, vie biliari, pancreas. Oggi non basta più. Conta anche come è fatto il tumore, quali caratteristiche biologiche possiede e come risponde alle cure.

È questo il cambio di passo discusso al “Lazio Network: Breaking News and Real-Life in Gastrointestinal Cancers”, promosso dall'IRCCS Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e dall'ASL Latina. L'incontro, giunto alla seconda edizione, ha riunito a Roma oltre sessanta specialisti dei principali centri della regione.

Le nuove diagnosi

I numeri rendono il tema rilevante: in Italia i tumori gastrointestinali causano ogni anno oltre 60mila nuove diagnosi. Il colon-retto è il più frequente, con circa 41.700 nuovi casi stimati nel 2025, seguito dallo stomaco (14.700) e dai tumori stromali gastrointestinali (circa 900). Per il colon-retto la sopravvivenza a cinque anni raggiunge il 64,2%.

La prima grande novità è la profilazione molecolare: studiare il tumore in profondità per individuare nel suo DNA alterazioni che guidino la scelta terapeutica. Tumori dello stomaco e delle vie biliari, fino a pochi anni fa difficili da personalizzare, stanno diventando malattie sempre più “leggibili”. Individuare una mutazione specifica consente di usare farmaci mirati: è come trovare la serratura giusta, invece di demolire tutto l'edificio. All'IRE sono in avvio studi clinici dedicati a pazienti con colon-retto molecularmente positivo.

I pazienti con malattia avanzata

Un secondo fronte riguarda i pazienti con malattia avanzata, in particolare epatocarcinoma e colangiocarcinoma, dove cresce il ruolo della combinazione tra terapie sistemiche e trattamenti locoregionali, tra cui la TARE (radioembolizzazione transarteriosa). Questa tecnica inietta nell'arteria che nutre il tumore microsfere cariche di materiale radioattivo, portando la radioterapia direttamente nella massa tumorale. All'IFO viene eseguita dal 2004: oltre 1.500 trattamenti effettuati, di cui più di 1.000 in pazienti con epatocarcinoma.

La sorveglianza attiva

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

La terza frontiera è la sorveglianza attiva. In pazienti selezionati, i dati più recenti suggeriscono che un intervento chirurgico immediato non sempre aggiunga un reale beneficio. La scelta non è “non curare”, ma controllare strettamente la malattia con esami programmati e ravvicinati, in centri ad alto volume con percorsi di follow-up rigorosi.

Le terapie tradizionali non vengono abbandonate: chirurgia, chemioterapia, radioterapia e immunoterapia restano strumenti fondamentali, integrati oggi in modo più flessibile e personalizzato. Il paziente non entra più in un percorso uguale per tutti: viene rivalutato nel tempo, e la strategia si adatta alla risposta alle cure e al profilo biologico della malattia.

In questo scenario, l'IRCCS Istituto Nazionale Regina Elena è hub regionale per la profilazione molecolare dei tumori delle vie biliari. Il Lazio Network nasce proprio per riunire oncologi, chirurghi, gastroenterologi, radiologi, patologi e ricercatori, trasformando l'innovazione scientifica in decisioni cliniche concrete — e garantendo ai pazienti accesso alle migliori competenze, indipendentemente da dove vivono.

**Dirigente medico, Oncologia Medica 2, IFO-IRCCS Istituto Nazionale Tumori Regina Elena*

Fine vita: legge dell'Emilia Romagna verso la votazione

Il progetto di legge sul suicidio medicalmente assistito in Emilia-Romagna si avvia al voto finale. Il testo, che sulla base delle sentenze della Corte costituzionale regola l'accesso alla procedura per i pazienti con malattie irreversibili e sofferenze intollerabili, ha infatti ottenuto il parere favorevole della commissione Sanità dell'Assemblea legislativa regionale.

Ha votato a favore il centrosinistra, contrario il centrodestra. Nel corso dell'esame sono stati approvati tre emendamenti di Valentina Castaldini (Forza Italia), che pur contraria alla legge ha ottenuto modifiche sul percorso di valutazione dei pazienti: la Commissione di valutazione dovrà effettuare una prima visita nel luogo in cui

si trova il paziente e le attività connesse al suicidio assistito potranno essere svolte solo da personale su base volontaria.



RSA, IL PIANO DI CIRIO. CONVEGNO CON FONDAZIONI E LA STAMPA

Più anziani assistiti a casa Vertice nazionale a Torino

GALEAZZI, MONDO

Ieri i posti disponibili nelle Rsa di Torino per i pazienti anziani dimissibili dal pronto soccorso e dai reparti degli ospedali erano 4. Meglio dei 2 del giorno precedente, commentano con sarcasmo i medici, sapendo che nel giro di pochi minuti sarebbero stati occupati. La dimostrazione che anche il percorso di continuità assistenziale per anziani non autosufficienti dimessi dagli

ospedali verso le Rsa, noto come Dgr10, non basta più a fronteggiare la domanda. E inoltrandosi nell'estate, la situazione peggiorerà. Un'emergenza silenziosa a cui *La Stampa* sta dando voce e che il 2 ottobre sarà oggetto di un dibattito tra le parti interessate. - PAGINE 8 E 9

Più anziani assistiti a casa il piano del Piemonte Vertice nazionale a Torino

Il presidente Cirio: "Per ogni ospite nelle Rsa, 4 presi in carico a domicilio"
A ottobre convegno con associazioni, fondazioni e La Stampa

ALESSANDRO MONDO

Ieri, ore 15,45, i posti disponibili nelle Rsa di Torino per gli anziani non autosufficienti dimissibili dal pronto soccorso e dai reparti degli ospedali erano 4. Meglio dei 2 del giorno prima, commentavano con sarcasmo i medici, sapendo che in pochi minuti sarebbero stati occupati. La dimostrazione che anche il percorso di continuità assistenziale, noto come Dgr10, non basta più a fronteggiare la domanda. E la situazione promette di peggiorare.

Un'emergenza a cui il nostro giornale sta dando voce e che il 2 ottobre sarà oggetto di un dibattito per mettere a confronto le parti interessate: un altro modo per affrontare la questione, rompendo il

silenzio. Sarà della partita la Fondazione La Stampa-Specchio dei Tempi.

Nel frattempo, qualcosa si è già messo in moto. La Regione Piemonte lavora a un nuovo modello di assistenza che ha mosso i primi passi ieri, nell'incontro a Roma tra il presidente Alberto Cirio, l'assessore alle Politiche sociali Maurizio Marrone e monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia Accademia per la Vita. In sintesi, si passerà da un sistema binario, Rsa e assistenza domiciliare, ad un modello che prevede un terzo canale: la presa in carico, da parte delle Rsa, anche di anziani ancora in salute a domicilio. E questo, a fronte di maggiori risorse da parte della Regione.

«È vero, abbiamo iniziato

una riflessione, con i consigli di Monsignor Paglia, per ristrutturare il sistema di assistenza in Piemonte, trasformandola in una regione pilota - conferma Cirio -. Non c'è niente di più importante e di qualificante di occuparsi dei nostri anziani. Lo dico da presidente di regione ma anche da figlio e da nipote. È un preciso dovere istituzionale per quan-



to hanno fatto per far crescere il Paese e un dovere morale per averci fatto diventare grandi negli anni».

Significa rivedere le convenzioni con le strutture per favorire l'assistenza non soltanto all'anziano che è allettato ma anche per chi è ancora a casa, in condizioni accettabili, e non va lasciato solo. Anzi: «Bisogna seguirlo di più». Qui entrano in gioco le Rsa: «Si tratta di collegare le due cose, le strutture che vogliono la convenzione per il letto fisso devono assistere non solo chi sta in quel letto ma anche quattro o cinque anziani tuttora a casa». Anziani in salute, precisa il presidente: agli altri continueranno a pensarci le Asl. Tutto questo, nell'ottica di Cirio e di Monsignor Paglia, «presuppone delle squadre, delle task-force organizzate dalle Rsa per servizi di monitoraggio e supporto». Nello specifico? «Dalle telefonate di controllo alle visite, ai farmaci. Andrà defini-

to». In altri termini, «per un anziano che hai nel letto ne segui altri quattro o cinque affinché in quel letto non ci vadano». Obiettivo: «Ritardare l'ingresso nelle Rsa ed evitare i ricoveri impropri».

Un nuovo paradigma, insomma, una riforma che il presidente considera qualificante nel secondo mandato alla guida della Regione. Questo presuppone maggiori risorse per le Rsa, che già lamentano, oltre ai rincari energetici, l'aumento del costo del personale. Cirio lo sa: «A breve inizieremo la programmazione del Fondo sociale europeo, che ha come prima mission l'assistenza dei fragili a casa, per il periodo 2028-2035: presenteremo una linea di finanziamento a sostegno di questa misura». Ad oggi, è l'avvio di un percorso. In ogni caso, precisa il presidente, non sarà un progetto calato dall'alto: «La riforma

verrà costruita con i gestori delle Rsa, le associazioni dei malati e delle famiglie, i rappresentanti lavoratori».

Circa i tempi, la Regione conta di presentarla in autunno e di cominciare a finanziarla con i resti della programmazione. Indispensabile una legge con passaggio in Consiglio regionale.

Il presidente è convinto della strada appena intrapresa. «Siamo la regione più longeva d'Italia, quella in cui si vive di più: significa che la qualità di vita è di valore - spiega -. Ovviamente la longevità impone una gestione diversa della terza età. La realtà dimostra che problema sanitario e sociale vanno di pari passo: abbiamo letti in ospedale che potremmo liberare per pazienti gravi ma non possiamo farlo perché non sappiamo dove mandarli». La Dgr10, «attenua ma non risolve». Nello stesso tempo, rimarca Cirio, «abbiamo potenziato gli investimenti in assistenza di

oltre 10 milioni in più l'anno, sulla convenzione tradizionale dell'anziano nelle Rsa siamo tra le regioni che investono di più. Al netto del Fondo "Scelta sociale", risorse per 7 mila famiglie con anziani in casa. Anche così, non basta: va ripensato il modello».

S L'inchiesta a puntate su La Stampa



“Urgenti, non urgenti, differibili: la vergogna degli anziani in coda per entrare nelle Rsa”. Comincia così il 6 luglio l'inchiesta sugli anziani



Sul giornale del 10 luglio le contromisure della Regione Piemonte per l'emergenza. “Le famiglie chiedono il ricovero dei parenti” denunciano i medici



Sulle pagine di ieri le condizioni di emergenza degli anziani che devono lasciare l'ospedale a Torino. Nelle Rsa cittadine c'erano due posti disponibili

Il governatore:
“Non sarà una riforma dall'alto, ma costruita con le parti”



LA SANITÀ CHE CAMBIA

Endometriosi Lazio in campo contro la malattia

... Da 34 anni la legge nazionale ha inserito l'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche invalidanti, e ora anche il Lazio ha approvato un Piano di Rete Regionale per la gestione delle pazienti affette da questa malattia ginecologica cronica. Ne può soffrire una paziente su 10, mentre una donna su cinque rischia l'infertilità.

Sbraga a pagina 21

LA SANITÀ CHE CAMBIA

Può soffrirne fino a una donna su dieci, mentre una paziente su 5 rischia l'infertilità

Il Lazio dichiara guerra all'endometriosi

Dopo 34 anni approvato il Piano per la gestione della patologia

ANTONIO SBRAGA

... Da 34 anni la legge nazionale ha inserito l'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche invalidanti, e ora anche il Lazio ha approvato un Piano di Rete Regionale per la gestione delle pazienti affette da questa malattia ginecologica cronica, caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale al di fuori della cavità uterina. Una patologia che causa un dolore pelvico cronico e l'infertilità, due effetti che possono compromettere in modo rilevante la qualità della vita delle pazienti che ne sono affette. L'endometriosi colpisce tra il 2 e il 10% della popolazione femminile in età riproduttiva ed è una causa significativa di infertilità, inte-

ressando tra il 30 e il 50% delle donne con problemi di fertilità. Nel Lazio nel 2025 sono stati registrati «1.383 ricoveri per endometriosi, di cui il 90% sono ricoveri chirurgici e il 17% sono ricoveri per endometriosi profonda. L'età media delle donne ricoverate è di 43 anni», quantifica la Regione. La quale ha ora delineato lo sviluppo di una apposita «Rete regionale e la definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (Pdta), che sono finalizzati a garantire un percorso assistenziale integrato e multidisciplinare, assicurando una presa in carico strutturata, appropriata e continuativa delle pazienti». Perché adesso «le Asl e i Centri ospedalieri regionali devono istituire un Coordina-

mento Aziendale dell'Endometriosi con l'identificazione di una figura di riferimento - spiega la Regione - e la presa in carico della paziente è assicurata attraverso il Gruppo Multidisciplinare e Multiprofessionale». La terapia medica, principalmente ormonale, sarà il primo step della cura e trattamento del dolore nei 23 Centri ospedalieri di primo livello. Nei quali verranno svolti gli esami per la diagnosi precoce: ecografia pelvica e riso-



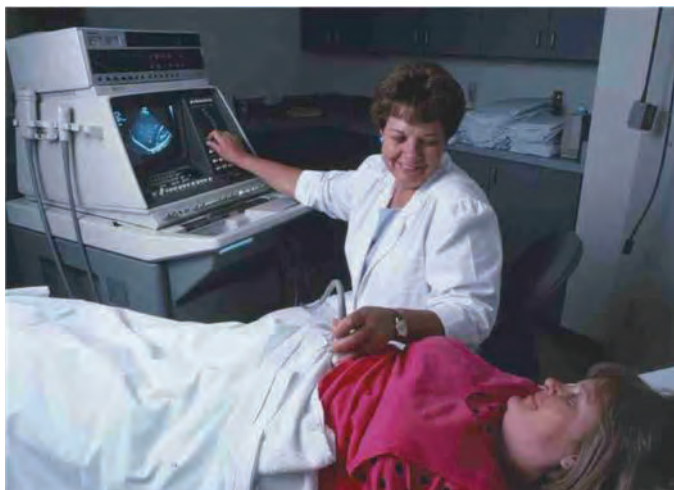
nanza magnetica, la somministrazione della terapia medica e gli interventi della chirurgia ginecologica di base. Per le pazienti che versano in condizioni più complicate sono previsti i 5 Centri di 2° Livello ad alta specializzazione (i Policlinici Gemelli, Umberto I e Tor Vergata, Campus Biomedico e San Giovanni Addolorata) riservati ai casi di Endometrio-

si profonda, con attività chirurgica mininvasiva avanzata. «La Regione Lazio arriva a definire un sistema di presa in carico dedicato, evitando così che le pazienti siano indirizzate via via, da uno specialista all'altro, senza ottenere una diagnosi, come accaduto fino adesso. La Regione Lazio si candida tra i capofila a livello nazionale nell'assistenza alle

donne che ne sono affette», commenta la consigliera regionale Marika Rotondi (Fdi).

Ricoveri

Lo scorso anno sono stati 1.383, di cui il 90% chirurgici e il 17 per cento invece per malattia profonda



I casi
Nel Lazio nel 2025 sono stati registrati «1.383 ricoveri per endometriosi di cui il 90% sono ricoveri chirurgici e il 17% sono ricoveri



«Un solo sì» per una vita La campagna regionale per la donazione degli organi **SANITÀ**

... «Una campagna per dire sì alla vita, sì al dono. Con un semplice sì al rinnovo della carta d'identità si può fare la differenza tra la vita e la morte di tante persone». Così il Presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, durante la conferenza stampa di presentazione della Campagna sulla donazione di organi e tessuti "Un solo sì". «Vogliamo far sì che la cultura della donazione degli organi e dei tessuti diventi un patrimonio di tutta la nazione e in particolar modo della nostra regione», ha detto Rocca. «La nostra regione sta acquisendo una posizione a livello nazionale estremamente importante - ha spiegato il direttore del Centro regionale trapianti Lazio, Mariano Feccia - questo ci consente un aumento del numero dei donatori segnalati di più del 20%, di donatori utilizzati di più del 45% e di un aumento del 38% di trapianti effettuati, il cui numero, al 1 luglio 2026, corrisponde a 283, anche considerando lo stato di Malta, Abruzzo, Basilicata e Campania». Parlando delle problematiche ancora presenti, Feccia sottolinea come «nel-

la segnalazione e utilizzazione, impatto importante ha l'opposizione, che corrisponde al 40%. È un numero drammatico perché significa una negazione terapeutica per molti pazienti. Nella nostra regione sono circa 1200 le persone, tra adulti e bambini, in attesa di un organo». Il presidente Rocca, sollecitando un intervento del ministero, ha dichiarato che «per aumentare il numero di donatori, sarebbe utile permettere anche alle farmacie di raccogliere adesioni. Per farlo sarebbe sufficiente un decreto ministeriale e tale iniziativa - ha concluso - è già vista con favore dall'ordine dei farmacisti e da Federfarma».

RED. CRO.



Francesco Rocca
Il governatore
della Regione
Lazio





Servizio Malattie croniche

Neuropatia diabetica dolorosa, nel Lazio un nuovo modello di presa in carico

Il nuovo Pdta integra diabetologia, neurologia e terapia del dolore in una rete dedicata: dalla Asl Roma 4 anche un percorso strutturato verso la stimolazione midollare nei pazienti refrattari

*di Ezio Amorizzo **

14 luglio 2026

Nel Lazio si stimano circa 391 mila persone con diabete, delle quali quasi 50 mila potrebbero sviluppare una neuropatia diabetica dolorosa. Una popolazione che utilizza in misura crescente visite specialistiche, accessi al Pronto soccorso, ricoveri ospedalieri e percorsi ad alta complessità, con un impatto rilevante sia sulla qualità della vita sia sulla sostenibilità del Servizio sanitario

La neuropatia diabetica dolorosa rappresenta una delle complicanze più invalidanti del diabete mellito, ma continua a essere una patologia spesso sottodiagnosticata e trattata in modo frammentario. Per rispondere a questa criticità, la Asl Roma 4 ha sviluppato un Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) dedicato alla neuropatia diabetica dolorosa (Ndd), con l'obiettivo di costruire una presa in carico strutturata, multidisciplinare e misurabile.

Un iter standardizzato

Il valore del nuovo Pdta non risiede soltanto nella definizione di un percorso assistenziale, ma nel cambio di paradigma che propone. Per molti anni la neuropatia diabetica dolorosa è stata affrontata prevalentemente come un problema di controllo del dolore. Il nuovo modello sposta invece l'attenzione sulla patologia, organizzando un percorso che accompagna il paziente dalla prevenzione alla diagnosi, fino alla scelta della terapia più appropriata e al monitoraggio degli esiti.

La standardizzazione del percorso riduce la variabilità delle decisioni cliniche, favorisce una valutazione sistematica dei pazienti e aumenta la probabilità che il trattamento sia realmente appropriato. In una disciplina ad alta complessità, protocolli condivisi, verificabili e misurabili diventano strumenti di qualità clinica oltre che organizzativa.

Orientare per curare

Il principio che ispira il PDTA può essere sintetizzato in un concetto: orientare per curare.

Curare significa prima di tutto orientare il paziente verso il professionista e il livello assistenziale più appropriati. La prima valutazione è affidata al diabetologo, che attraverso lo screening identifica precocemente i pazienti a rischio. Le forme persistenti o refrattarie vengono quindi indirizzate a una valutazione multidisciplinare tra diabetologo, neurologo e specialista della terapia del dolore, fino all'eventuale accesso ai trattamenti più avanzati nei centri ad alta esperienza.

L'obiettivo è superare una logica basata esclusivamente sulla prossimità geografica o sulla disponibilità del singolo servizio e costruire una rete nella quale ogni paziente possa seguire un percorso codificato, continuo e misurabile.

La stimolazione midollare

L'obiettivo è accompagnare ogni persona lungo tutte le fasi del percorso di cura, dalla diagnosi alla scelta del trattamento più appropriato, fino all'accesso alle soluzioni terapeutiche più innovative, come la stimolazione del midollo spinale. Questa soluzione terapeutica è oggi in grado di offrire nuove prospettive ai pazienti con dolore neuropatico diabetico refrattario ed è una metodica sicura ed efficace nei centri ad alto volume come quello della nostra azienda, che ha eseguito 107 impianti, con una sola revisione e nessun caso di rimozione del dispositivo, a conferma di un elevato indice di appropriatezza.

L'innovazione della Spinal Cord Stimulation non riguarda però esclusivamente il controllo del dolore. Le evidenze più recenti indicano infatti che la neuromodulazione può determinare un miglioramento della funzione dei nervi periferici e modificazioni della loro morfologia, documentabili attraverso l'ecografia. La riduzione dell'area di sezione trasversa del nervo tibiale osservata nei pazienti trattati suggerisce che gli effetti della terapia vadano oltre il beneficio sintomatologico.

Questo significa che il successo terapeutico non viene valutato soltanto attraverso scale soggettive del dolore o della qualità di vita, ma anche mediante dati oggettivi e riproducibili, capaci di documentare l'evoluzione della funzione nervosa. Un approccio che rende gli esiti del trattamento ancora più misurabili e rafforza il valore scientifico del percorso assistenziale.

L'importanza di "misurare"

Uno degli elementi qualificanti del Pdta è l'introduzione di indicatori di processo, di esito e di appropriatezza.

Il percorso prevede il monitoraggio della percentuale di pazienti sottoposti a screening, dei tempi di presa in carico, dell'accesso appropriato alla terapia del dolore e alle procedure avanzate, dell'aderenza ai follow-up programmati e della riduzione di accessi impropri al Pronto soccorso, ricoveri e complicanze.

La possibilità di integrare indicatori clinici, funzionali e strumentali trasforma il Pdta in uno strumento di governo clinico, capace di documentare con dati oggettivi l'efficacia delle scelte organizzative e terapeutiche.

Una rete tra territorio e ospedale

Come hanno ricordato Roberta Della Casa, consigliera della Regione Lazio, e la Direzione dell'azienda sanitaria, la terapia del dolore rappresenta un elemento chiave nella gestione di numerose patologie e per questo è stato istituito un coordinamento regionale dedicato, con l'obiettivo di migliorare la presa in carico del paziente affetto da neuropatia diabetica dolorosa e assicurare omogeneità di accesso ai servizi specialistici. La presa in carico strutturata del paziente, dalla prevenzione alla diagnosi fino alla terapia, rappresenta il modo più efficace per mettere in rete l'assistenza territoriale e quella ospedaliera. Questo Pdta è un esempio concreto di integrazione tra i diversi livelli di cura e dimostra come un percorso condiviso possa migliorare l'appropriatezza degli interventi, la continuità assistenziale e, soprattutto, gli esiti per i pazienti.

Un modello di governo clinico

Il Pdta sviluppato dalla Asl Roma 4 propone una nuova modalità di gestione della neuropatia diabetica dolorosa, fondata sull'integrazione tra specialisti, sulla standardizzazione delle decisioni cliniche e sulla misurazione sistematica dei risultati. In sintesi questo percorso integrato rappresenta una novità per molteplici motivi: Innanzitutto, nelle principali esperienze regionali disponibili non risultano Pdta dedicati esclusivamente alla neuropatia diabetica dolorosa che comprendano anche un percorso strutturato verso la stimolazione midollare (Scs). Inoltre, il focus è spostato dalla gestione del dolore alla presa in carico della patologia e vige il principio di "orientare per curare", attraverso una rete multidisciplinare che accompagna il paziente dalla diagnosi alle terapie avanzate. Ancora: diabetologia, neurologia e terapia del dolore sono integrate in un unico percorso codificato e la Scs viene valutata non solo per la riduzione del dolore, ma anche per il miglioramento della funzione e della morfologia dei nervi periferici, documentabile con metodiche ecografiche.

Gli esiti vengono misurati con indicatori clinici, funzionali e strumentali, rendendo il percorso verificabile e orientato ai risultati: il Pdta si propone come un modello di governo clinico capace di integrare territorio e ospedale, migliorando appropriatezza, continuità assistenziale e sostenibilità.

** responsabile Centro di Terapia del dolore - Asl Roma 4*