

13 ottobre 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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



Luca Degani

La mia battaglia fra tariffe inadeguate, sentenze sbagliate e politica distratta. Sognando un quartiere inclusivo

di [GIAMPAOLO CERRI](#)

11/10/2025

Il presidente uscente di Uneba Lombardia, la più grande nel *rassemblement* delle Rsa non profit, confermato ieri alla guida. È la terza volta dal 2017. Racconta la fatica dell'invocare la programmazione dal decisore politico e il piacere di esplorare le nuove possibilità di lavoro comune con altre realtà sociali. E rivela a VITA il suo sogno di volontario Arca e presidente Uneba: case a prezzi calmierati per gli operatori sociosanitari, alloggi per gli anziani, dimore per gli adulti in difficoltà e per i migranti. Insieme

L' avvocato **Luca Degani**, milanese, 57 anni, è stato confermato ieri presidente della sezione Lombarda dell'[Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale](#), ormai più universalmente nota come Uneba. Si tratta di grande *rassemblement* di enti non profit – 550 – che si occupano prevalentemente di assistenza agli anziani, per oltre il 65%, ma anche di persone con disabilità (15%), di minori a rischio (10%) e per il restante 10% di neuropsichiatria infantile, dipendenze e adulti in difficoltà. È il suo terzo mandato dal 2017.

Fra le realtà regionali in cui è organizzata l'Unione nazionale presieduta da **Franco Massi**, la Lombardia è la più grande. Parlare con Degani è dunque l'occasione di affrontare temi centrali per un Paese che invecchia, ma che non pare averlo capito, visto che l'agenda politica sembra sempre in ritardo sui temi della non autosufficienza, trascurandone talvolta i bisogni. Certamente questa situazione potrebbe essere attribuita ad una certa instabilità della nostra spesa pubblica, ma spesso a una scarsa lungimiranza della classe politica.

Il presidente di Uneba Lombardia, Luca Degani, col presidente nazionale,
Franco Massi

Degani, il Codice del Terzo settore vi abilita su più fronti e verso varie attività. È una sfida per voi?

La sfida è capire come una fondazione, un'associazione, un ente religioso non rischi di diventare un mero operatore economico, ma sia capace di trasformare la propria storia in qualcosa che mantiene le sue radici solidaristiche: in una battuta, direi, che deve mantenersi lo spirito delle onlus, quell'utilità sociale che si prendeva carico degli svantaggiati che deve integrarsi con la visione moderna della qualità di vita da garantire. Auspichiamo che lo spirito delle onlus, vicino alle persone svantaggiate, si amalgami con quello del "nuovo" Terzo settore, più in sintonia al percorso di vita di tutti i cittadini.

Cosa ne consegue?

Che da questo punto di vista i temi sono moltissimi, a cominciare dall'inserimento di queste realtà nella Sanità territoriale preservando una visione della persona attenta sia che integri sia la tutela della salute, sia l'attenzione alle relazioni sociali e alla qualità della vita.

L'aspetto relazionale, dice lei. Per esempio?

Per esempio una visione che accetti la sfida dell'housing, ma veda in questa sfida qualcosa che possa integrarsi nella filiera dei servizi: quindi per l'anziano la possibilità che l'housing sia uno strumento per mantenere l'autonomia, per l'adulto in difficoltà uno strumento per il reinserimento, grazie al lavoro, ed anche all'apprendimento linguistico se è immigrato. Sarebbe poi anche un metodo per interfacciarsi con un mondo del lavoro radicalmente nuovo, quello del personale reclutato all'estero. Ricco di opportunità se offre nuove possibilità di lavoro ma presentando attenzione che non si configuri come privazione del Sud del mondo delle sue professionalità sanitarie; sarebbe profondamente contrario all'identità del mondo Uneba.

Punto di grande attualità: come conciliare i nostri grandi bisogni sociosanitari, come Paese, con la necessità di non depauperare il capitale umano di altri. Quale sarebbe la strada da percorrere?

Stiamo ragionando con Fondazione Cariplo, con Intesa Sanpaolo "Per il Sociale", con i vari assessorati (in particolare quello regionale alla Formazione) per fare un'azione sui Neet: l'idea è di presentare loro i vantaggi delle professioni di cura (come l'ausiliario socio-assistenziale-asa o l'operatore socio-sanitario-oss piuttosto che la nuova figura dell'assistente infermiere), illustrando ampiamente come questi percorsi possano garantire buone prospettive economiche e soddisfazione lavorativa.

Importante il lavoro sui Neet, ma torniamo agli stranieri: come non depauperare il Sud del mondo?

Ad oggi sono salvaguardati – in parte – solo i processi migratori che fanno arrivare nel nostro Paese laureati in infermieristica o medicina; l'esigenza vera è fare in modo che i giovani stranieri non solo apprendano la lingua, ma conseguendo almeno la terza media, possano accedere al profilo formativo di oss. Questo garantirebbe alla persona con quel titolo di studio, magari preso

dopo i vent'anni, di integrarsi socialmente in Italia e al nostro Paese di avere operatori di cura, di cui altrimenti soffriremmo la carenza. È necessario un'apertura mentale e di prospettiva che coniughi, housing, formazione, professioni di cura e che, nell'ottica della sostenibilità ambientale e sociale, dia dignità ai percorsi migratori

Voi vi siete battuti perché il famoso Bonus 110 fosse allargato alle comunità.

La richiesta più forte e chiara di questi contributi alle strutture sociali e sociosanitarie è la modalità per garantire a questi enti di potersi rinnovare, di consumare meno energia, di iniziare ad avere cura di tutelare la qualità di vita di tutta la società; luoghi che devono restare un approdo per le fragilità acquisendo però una diversa attenzione alle molteplici esigenze della società che hanno intorno.

Un momento dell'Assemblea di venerdì 10 all'Abbazia di Mirasole, nel Milanese

Non scordiamo poi una altra tematica della riforma del Terzo settore, ossia gli strumenti che dà: la coprogrammazione e la coprogettazione.

La cosa più significativa in termini di rapporto tra Terzo settore e Pubblica amministrazione non è "fare" ma "pensare" insieme: leggere il bisogno e ipotizzarne le risposte tra pubblico e privato, profit e non profit. Un altro elemento positivo è il meticcio tra i diversi attori del non profit, il fatto che volontariato, promozione sociale, filantropia, impresa sociale, abbiano percepito la necessità di affrontare insieme le tematiche e di pensarne lo sviluppo comune. Uneba Lombardia più forte nella "finca" anziani, sta oggi collaborando con la cooperazione sociale, più presente nei servizi per la disabilità, ed è innegabile che la collaborazione con la cooperazione sociale ci permette di mettere in campo la capacità di un lavoro in filiera.

Basta volerlo?

No, bisogna passare dal fare servizi a fare cultura. Le faccio un esempio. Noi abbiamo fatto un corso sul tema dell'identità degli enti rivolto alla totalità degli associati Uneba che ha registrato una partecipazione notevole: riuscire a capire, anche da un punto di vista laico, che cosa vuol dire l'ispirazione cristiana nei servizi alla persona, ti cambia la prospettiva e la visione complessiva.

Perché?

Perché ti chiedi quanto il tuo carisma non sia soltanto rivolgersi al malato, – e dico malato anche perché l’abbiamo fatto in collaborazione con l’**Aris**, che è la sanità cattolica – ma è anche dare un senso alla comunicazione, all’advocacy che fai nei confronti della società civile, del “perché” tu fai queste cose. Oppure dare un senso alla dignità del lavoro: evitare eccessiva esternalizzazione, garantire dei contratti collettivi che dimostrino che tu, in quanto Ente senza scopo di lucro, puoi ridistribuire a chi lavora con te i benefici di un’attività correttamente impostata.

Si può fare?

Sì, accade, lo vediamo coi dirigenti giovani, ce ne sono tanti ormai, che accettano di avere minore retribuzione di quelle che potrebbe avere se scegliessero altri settori; se lo fanno è perché credono in questo mondo e nella sua vocazione a “restituire”. Il limite di massimali di retribuzione che oggi c’è sia nell’impresa sociale, sia nell’Ets, non è una tecnicità, è una visione etica della società: significa che fra persone dai talenti diversi non può venir meno l’esigenza di avere pari dignità sociale e lo stimolo a compensare e ricompensare ognuno per le sue effettive capacità e il contributo prestato ad un progetto comune.

A quali altre sfide vi state preparando?

I nostri consigli di amministrazione, un po’ come il volontariato, sono appannaggio di persone direi mature (come lo sono anche io) e vorremmo sicuramente aprire ai giovani. Allo stesso tempo abbiamo iniziato un’azione sulla parità di genere e registriamo una presenza femminile sempre più forte, in un’ottica di inclusività e di sprone per tutte le categorie di lavoratori.



Lavoreremo per aprire i giovani i nostri consigli e incrementare ulteriormente la presenza femminile nelle nostre organizzazioni

Luca Degani, presidente Uneba Lombardia

Analizziamo le emergenze che avete riportato in questi anni: il tema delle tariffe, il nodo delle cure palliative che voi sempre ricordate. A che punto siamo?

Le nostre entrate si dividono tra tariffa pubblica (fondo sanitario regionale) e la partecipazione degli utenti o degli enti locali, in tema di minori o di disabilità.

Qual è il punto qui?

Un fondo sanitario che non garantisce da nessuna parte il rispetto fino in fondo dei livelli essenziali di assistenza – lea: nella sostanza, la redistribuzione del costo è molto più *out of pocket* in capo al privato, cioè alle famiglie, di quanto lo sia in capo al fondo sanitario.

Possibili soluzioni?

È un tema strutturale: si dice che si vuole passare dalla centralità ospedaliera alla centralità territoriale, e i nostri sono servizi territoriali. La fragilità e la cronicità per noi si intersecano e c’è un problema di mancato trasferimento del fondo sanitario dal mondo ospedaliero/farmaceutico e della ricerca, al mondo territoriale. Il fondo sanitario ha problemi sistemici amplissimi, dovuti

dalla dimensione demografica: ci vuole una attività di programmazione che oggi non c'è e che non garantisce la copertura dei lea e nemmeno sufficienti risorse di fondo sanitario per valorizzare le fragilità, le cronicità e la tutela della salute territoriale.

Questo interpella la politica?

Soprattutto interpella quello che oggi la politica non sta facendo, e su questo la Lombardia, alla pari di qualsiasi altra regione, non sta meglio, non sta facendo cioè programmazione, non pensa al futuro.

Siamo eccessivamente focalizzati al presente?

Noi abbiamo servizi per anziani, per disabili che si basano su una programmazione fatta, tecnicamente, sugli indici di dotazione. Se io programmo sugli indici di dotazione, programmo sui servizi che ho, non sui servizi di cui avrò bisogno. Se ho una curva demografia di popolazione che invecchia, e ho un aumento dei minori stranieri non accompagnati, restando sugli indici di dotazione avrò meno risorse per gli uni e per gli altri. Fare delle previsioni sullo storico non è programmare, la maniera corretta consiste nel leggere i bisogni di territorio e definire l'allocazione di risorse, bisogna capire come diminuire i bisogni residenziali, ampliando determinate tipologie di interventi, e non soltanto sulla base del fatto che sono arrivati, per cinque anni i soldi del Pnrr.

Perché finiranno quelle risorse, giusto?

Perché finiranno adesso, nel 2026, quelli sul *Piano sulla domiciliarità*: al momento non ci è stata presentata alcuna attività compensativa o che ipotizzi nuovi interventi. Si parla di telemedicina, di telemonitoraggio, di aumentare la possibilità di permanenza al domicilio (grazie alla tecnologia) e quindi di mantenere più basso il numero di fabbisogno di natura residenziale.

Però?

Però si deve attivarle adesso, non se ne può semplicemente parlare, si deve cominciare ad avere un'azione che integri telemedicina e telemonitoraggio nei servizi per anziani.

Qual è il punto?

Per esempio sugli hospice il tema non è solo che sono sostanzialmente ferme da un decennio ferme le tariffe e che sono state adeguate in maniera minimale, ma la questione è non avere pensato al fabbisogno di questa tipologia di servizi per una popolazione che non solo sta invecchiando, ma sta invecchiando sola. E se si hanno più nuclei familiari composti da un solo elemento, in caso di malattia terminale si dovrà pensare ad una soluzione diversa dal domicilio. È evidente che anche sul percorso degli *hospice* manca lungimiranza e visione d'insieme, sia in termini di tariffa, ma anche in termini di fabbisogno.

Un altro tema che vi ha visti molto impegnati, anche a livello legale e di tutela dei vostri associati, è la questione “rette Alzheimer”: lettori di VITA lo sanno, perché ne abbiamo parlato diffusamente, che ovviamente ci interessano anche i pazienti e le loro associazioni. Riassumiamo: una sentenza ha stabilito che, trattandosi di una

patologia, tutta la retta di una Rsa debba essere a carico dello Stato. Nell'attesa che lo Stato provveda, se mai vorrà farlo, le famiglie si sentono autorizzate a non pagare: una situazione che potrebbe portare al dissesto di tante vostre realtà.

Paradossalmente, le nostre realtà dovrebbero gioire di questa sentenza: improvvisamente diventano un servizio a totale carico del sistema sanitario per tutti i 60mila posti letto di Regione Lombardia. Non solo, ci corrisponderebbero 150 euro al giorno, visto che è un servizio sanitario, – e sarebbero pochi, considerando che lo stesso un posto letto costa 500-600 euro in ospedale – stiamo parlando, in un anno, quasi 4 miliardi di fondo sanitario. Sarebbe il 20% di quello che spende la Lombardia in sanità per lo 0,5% della popolazione.

Unione laica che non dimentica l'ispirazione cristiniana, Uneba Lombardia ha invitato ai lavori l'arcivescovo milanese Mario Delpini

Dove finisce il paradosso?

Che dovrei essere contento da gestore ma da cittadino no: è insostenibile, ma soprattutto non sta in piedi in una nazione come la nostra che si basa sulla solidarietà sociale e sull'idea della partecipazione anche ai costi pubblici redistribuendo la capacità economica dei singoli. Non è logico che a una popolazione grande-anziana sia riservata una quantità di risorse a proprio favore così alta: metteremmo la parola fine a ogni intervento di promozione della salute e l'inverno demografico diverrebbe definitivo.

Secondo lei, come avvocato prima che presidente Uneba, come finisce questa partita?

Spero con un provvedimento legislativo che ribadisca la compartecipazione al 50% anche per chi è portatore di una patologia cronica. Posto che è certo come l'eziologia, cioè la motivazione di un ricovero, derivi anche dall'essere portatore in maniera inscindibile di patologie croniche e di bisogni sociali.

Ci fa un esempio?

Se si arrivasse in Rsa con tre o più patologie croniche, vorrebbe dire che si giunge quando si ha davvero bisogno e che quei pochi mesi andrebbero in un regime di compartecipazione al costo. Non dimentichiamo che una persona che non ha capacità economica, oggi in Italia, ha diritto con l'Isee a vedere quella quota pagata dall'ente locale. Il problema è che quella sentenza ha detto una sostanziale sciocchezza.

Proviamo a spiegare perché?

È difficile da tradurre in termini comunicativi: la sentenza ha profondamente errato riportando letteralmente parole della legge senza comprenderne il contesto storico e sociale. La norma del 1985 richiamata diceva infatti che, quando il motivo di un ricovero di un anziano è inscindibile tra salute e relazione (quindi la non autosufficienza ha aspetti di tutela della salute e di tutela relazionale) io posso usare il fondo sanitario. Ma è proprio da lì, da quel principio, che si è cominciato a usare per gli anziani in Rsa quel 50% di tariffa attuale. Prima non si dava niente. Dunque quell'inscindibilità ha consentito di poter usare una componente di fondo sanitario. Mai quella norma ha sostenuto il totale costo del ricovero a carico del fondo sanitario. La norma citata anzi fu la base della integrazione tra sociale e sanitario prima inesistente.

E la sentenza dove sbaglia?

Dire che invece, a fronte del fatto che c'è un problema di salute, allora in Italia la salute deve essere garantita in gratuità, è dire quello che in Costituzione non c'è: la gratuità di una prestazione sociale, in senso lato, è figlia di una sostenibilità economica, che è legata a sua volta ad una visione solidaristica della società fondata su una ridistribuzione della spesa pubblica.

Dalle questioni della presidenza, andiamo alla persona del presidente. Quanto questo impegno è anche figlio di una sua personale sensibilità? Sappiamo che lei è anche volontario di Fondazione Progetto Arca.

Come volontario ho vissuto forse più realtà estreme: l'adulto in difficoltà anche in momenti di guerra o terremoto, l'immigrato, persone che non hanno la fortuna di avere le medesime tutele che altre persone (in primis gli anziani) oggi hanno in misura ben superiore.

E per questo lei, personalmente, ci si impegna.

A me piace che, anche in una città come Milano, si trovi un modo con cui le persone anche molto in difficoltà o in povertà, abbiano una dignità e un diritto di vivere decorosamente.

Il Degani volontario e il Degani presidente si incontrano?

Stiamo anche ipotizzando di costruire con [Progetto Arca](#) ed altre realtà di Uneba, una ipotesi di percorso che potrebbe essere proprio quello di costruire un piccolo quartiere, 150 alloggi, nella zona nord di Milano, nel quale si possa avere la dimensione dell'housing. Per i nostri lavoratori, che possano lavorare in questa città con una casa a un prezzo giusto, ma anche dando all'adulto in difficoltà possibilità di avere una dimora in un contesto non emarginante, oltre che all'immigrato che arriva in Italia e fa un percorso di vita e di crescita.

Una sorta di quartiere inclusivo. Sarebbe possibile fare per gli immigrati qualcosa di simile a quello che avviene per gli anziani?

Sì, immaginando, che queste persone si trovino un centro di accoglienza straordinaria – cas per un certo periodo e poi dentro al sistema di accoglienza e integrazione – una struttura che sia un'abitazione un po' più intima e personale. Una delle cose che io adoro in progetto Arca, realizzate con Banca Etica, è di fare comprare casa a un adulto in difficoltà. Quando accade è una gioia unica: ridare la dignità del lavoro, l'autonomia, la sicurezza di quattro mura: persone che entrano in quelle case come utenti, e che alla fine ne diventano proprietarie.

Le foto in apertura, di Luca Degani, lo mostra in Ucraina durante una delle missioni come volontario di Progetto Arca. Le foto all'interno sono dell'Ufficio stampa di Uneba Lombardia.

Tag: [RSA](#)

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

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

Il romanzo di Gramellini
Al centro dell'amore
sulle tracce di Platone
di **Elisabetta Rosaspina**
alle pagine 32 e 33



Ritratti di una leader
Thatcher, l'icona
cento anni dopo
di **Luigi Ippolito**
a pagina 19



Roccella e la frase che diventa un caso: gite ad Auschwitz per assimilare antisemitismo e fascismo. Segre: fatica a credere che l'abbia detto

Israele, è il giorno degli ostaggi

Le ore dello scambio tra rapiti e detenuti palestinesi. Trump a Tel Aviv prima del vertice in Egitto

IL PERCORSO
E IL DIRUPOdi **Angelo Panebianco**

Un «nuovo inizio»? Ci sono momenti nella storia in cui sembra che stia cambiando tanto, che una radicale discontinuità rispetto al passato sia in atto. Il summit che si tiene oggi a Sharm el-Sheikh presieduto da Donald Trump e dall'egiziano al-Sisi, con la partecipazione di tanti capi di governo, è uno di quei momenti. Salvo incidenti dell'ultima ora pone fine al terribile conflitto di Gaza e riporta a casa gli ultimi ostaggi israeliani. Ma è, nelle intenzioni, molto di più. Delinea, anche se i contorni sono nebulosi, un percorso di pacificazione. Nelle intenzioni dovrebbe porre le basi per un congelamento *sine die* della questione israeliano-palestinese. Un congelamento dal quale, dopo una lunga fase di transizione, potrebbe/dovrebbe nascere una entità palestinese autonoma in grado di vivere pacificamente accanto a Israele.

Se quel percorso di pacificazione risultasse davvero praticabile, ne scaturirebbero grandi conseguenze per l'intero Medio Oriente. In momenti come questo bisogna chiedersi: chi guadagna e chi perde dal tentativo di pacificazione in corso? Cosa faranno gli scontenti per contenere le perdite o per ritornare in gioco?

continua a pagina 30

CHI COMANDA ORA NELLA STRISCIA?



Un membro delle forze di sicurezza di Hamas saluta un gruppo di ragazzini nel campo profughi di Nuseirat (AFP)

Gli aiuti, le armi e i tunnel:
Hamas si «riprende» Gazadi **Guido Olimpio**

L'Onu prova a «governare» gli aiuti. Cibo per tre mesi, servono più camion. Comincia la lotta per il potere. Hamas lancia la repressione dei clan rivali. L'assalto al Tira e il nodo del tunnel.

a pagina 6

URNE APERTE FINO ALLE 15

Toscana, la sfida
Giani-Tomasi
L'affluenza
crolla di 10 puntidi **Claudio Bozza**

Si vota anche oggi in Toscana dalle 7 e fino alle 15 per eleggere il governatore e il nuovo consiglio regionale. La sfida è tra Eugenio Giani presidente toscano uscente sostenuto dal Campo largo, e Alessandro Tomasi sindaco di Pistoia e candidato del centrodestra unito. Sono circa tre milioni i toscani chiamati alle urne. L'affluenza è in calo. Dal 1970 in Toscana ha sempre governato il centrosinistra. L'impegno dei leader nazionali.

alle pagine 12 e 13

di **Davide Frattini**

Dopo il cessate il fuoco arriva il rilascio degli ostaggi e la liberazione dei detenuti. Oggi parte il vertice per la pace nella Striscia.

da pagina 2 a pagina 11

GIANNELLI



IN PRIMO PIANO

LA GIOIA DI UN PADRE
«Oggi rinasce
nostro figlio»IL DOLORE DI UNA MADRE
«Io che aspetto
solo una bara»di **Greta Privitera**

a pagina 5

A SHARM EL-SHEIKH

E tra i leader
c'è Abu Mazendi **Giusi Fasano**

a pagina 8

INTERVISTA CON LULA

«Con Donald
ottimi rapporti
Bolsonaro
è un golpista»di **Sara Gandolfi**

Le vere sfide? «Sono la fame e il negazionismo». Parla il presidente brasiliano Lula. Sarà al Forum della Fao che si tiene a Roma. E su Trump: «Con lui ho ottimi contatti». Bolsonaro? «È un golpista, la sua condanna è esemplare».

a pagina 17

DATARO
Riarmo europeo,
ecco chi pagheràdi **Milena Gabanelli**
e **Giuseppe Sarcina**

Chi pagherà il piano di difesa della Ue? Secondo le stime della Nato sono circa 240 miliardi in più e vanno spesi in dieci anni. In arrivo prestiti e lo sfioramento del patto di Stabilità.

a pagina 18

GEOECONOMIA

Nuovo disordine
mondialedi **Mario Piatero**

I palazzi, gli uffici, i funzionari, sono gli stessi. Le liturgie, identiche: da oggi, a Washington, con gli incontri dei vice ministri dell'economia e dei vice governatori delle banche centrali, si apre una settimana di lavori annuali del Fondo Monetario/Banca Mondiale.

continua a pagina 30

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**

Ho dato questo compito ai miei studenti: fare una passeggiata senza cellulare lungo un notissimo tragitto cittadino, parco compreso. Dovevano trovare: tre alberi diversi, un pozzo, un mercato, delle palle di cannone, una statua... e rimanere aperti a tutto ciò che sarebbe accaduto nel frattempo. È stato bello ascoltare lo stupore di chi si era accorto di quanta realtà contenga la realtà quando le diamo il tempo di accadere. E così c'è chi si è goduto la musica di un artista di strada, chi le prime caldarroste, chi la storia di un ambulante... e poi gli alberi di cui non avevano idea se non in astratto: lungo il tragitto ce ne sono almeno 30 tipi (dal tasso al ginkgo, dall'acero al liquidambar). Il concetto generico di albero si è popolato di singolarità e poi di nomi

Per un pugno di alberi



(letti sui cartelli del parco). Riuscire a dare del tu alle cose è l'unico modo di custodirle: non possiamo dire amico qualcuno di cui non conosciamo il nome e le caratteristiche che lo rendono unico. La violenza comincia sempre dall'eliminare l'unicità come dice Vasilij Grossman all'inizio del suo capolavoro: «Le lize russe sono milioni, ma non possono esercitare — e non ce ne sono — due identiche. Ciò che è vivo non ha copie. Due persone, due arbusti di rosa canina, non possono essere uguali, è impensabile... E dove la violenza cerca di cancellare varietà e differenze, la vita si spegne». (Vita e destino). Se la vita si spegne non dipende da lei ma dalla violenza, che inizia dalla disattenzione. Come uscirne?

continua a pagina 25

Palermo Confessa un 28enne. Dopo l'omicidio il post su Riina



Paolo, ucciso
a 21 anni:
aveva sedato
una rissa

di **Felice Cavallaro**
e **Lara Sirignano**
alle pagine 20 e 21

Paolo Taormina aveva 21 anni. Ucciso a Palermo mentre cercava di mettere pace durante una lite. Un 28enne ha confessato

FEBBRE e DOLORI INFLUENZALI

CONGESTIONE NASALE

VIVINDUO

FEBBRE e CONGESTIONE NASALE

può iniziare ad agire dopo 15 MINUTI

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ

La crisi della nocciola che minaccia l'industria

ROBERTO FIORI — PAGINA 27

LA CULTURA

Un secolo di Thatcher la lezione resta attuale

ALESSANDRO DENICOLA — PAGINE 30 E 31

LE SFIDE DELL'ISTRUZIONE

L'inverno demografico e la chance degli atenei

STEFANO CORGNATI — PAGINA 29



1,90€ II ANNO 159 II N. 282 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 13 OTTOBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

PRIMI CAMION DI AIUTTI A GAZA. IL PRESIDENTE USA A TEL AVIV: "LA GUERRA È FINITA". ROMA PENSA ALLA PROTEZIONE CIVILE NELLA STRISCIA

"No allo Stato palestinese"

Israele, parla il ministro degli Esteri Sa'ar: "Trump, il miglior amico". Il Paese riabbraccia gli ostaggi

IL COMMENTO

La parola Pace svuotata di senso

MASSIMO CACCIARI

Viviamo forse l'epilogo di una secolare vicenda culturale, di cui tutti siamo artefici e vittime. Abbiamo cominciato col credere che non vi fosse altra realtà che nel linguaggio, poi abbiamo scoperto che il linguaggio sono infinite lingue nazionali e individuali, in continuo divenire, e perciò nessuna solidità è in esso riscontrabile. Così il pensiero che al linguaggio è connesso inscindibilmente si è fatto debole, sempre più debole. — PAGINA 11

L'ANALISI

Perché non ci siamo liberati di Hamas

ETTORE SEQUI

Oggi il mondo celebra la tregua a Gaza e la liberazione degli ostaggi. Domani cominceranno le sfide. L'accordo che Trump firmerà a Sharm el-Sheikh non chiude la guerra: apre una fase più incerta. Dietro i sorrisi diplomatici resta la domanda: chi controllerà Gaza il giorno dopo? Le prime ore della tregua mostrano un rischio immediato. Hamas, pur indebolito, ha reagito con vitalità. — PAGINA 4

LA POLEMICA

Roccella, Auschwitz e la lezione di Segre

ELENA LOEWENTHAL

«Tutte le gite scolastiche ad Auschwitz, cosa sono state? A che cosa sono servite?». La ministra per la Famiglia Roccella si pone queste domande. FAMÀ — PAGINA 13



I parenti degli ostaggi del 7 ottobre 2023 attendono la liberazione

AL-ASSAR, CAPURSO, MAGRI, PACI, QUIRICO, SIMONI — PAGINE 2-10

VERTICE DI MAGGIORANZA TRA MELONI, TAJANI E SALVINI. CONFERMATO IL PRELIEVO SUGLI ISTITUTI

Irpef e banche, ecco la manovra

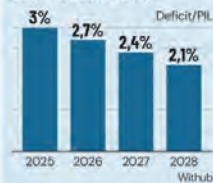
LA POLITICA

La Toscana al voto crolla l'affluenza

ALESSANDRO DIMATTEO

Anche in Toscana si conferma la regola: il primo partito è quello del non voto. Alle 23 di ieri aveva votato il 35,5% degli aventi diritto, 10 punti meno di 5 anni fa. — PAGINA 18

LE STIME DEL GOVERNO



L'OCCUPAZIONE

Quel corto circuito tra lavoro e stipendi

MARIANNA FILANDRI — PAGINE 16 E 17

Un codice etico contro il caporalato

CASELLI BAROSIO — PAGINA 28

LO SPORT

Marchisio: Ringhio, Tudor e i miei sogni con Baggio

FABIO RIVA

Italia-Israele è una partita di calcio o qualcos'altro? Più che di moduli si parla di cortei, di tregua, di genocidio, di sicurezza... Risponde Claudio Marchisio: «Dividere sport e politica è impossibile. Anche gli sportivi sono persone, no? Dobbiamo vivere tutti quanti quella che sta succedendo». — PAGINA 34



LA MUSICA

Mogol: "Io, un socialista che cambierà i maschi"

SIMONETTA SCIANDIVASCI

«Io sono un socialista. Lucio Battisti? Non credo abbia mai votato». Lo dice in un'intervista a La Stampa Mogol, che rivela: «Ho scritto una canzone sul femminicidio. Aiuterà ad arginare questo fenomeno atroce, perché quando sentiranno i pensieri di una donna uccisa, gli uomini rifletteranno». — PAGINA 23





Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 147 - N° 262
Sped. in A.P. 0333/2003 come L. 48/2004 art. 1 (J) 0333 RM

Lunedì 13 Ottobre 2025 • S. Edoardo

Il nuovo libro
Giulio Maira
«I nostri ricordi
pezzi da unire»

Ajello a pag. 21



Gattuso, sfida mondiale
L'Italia si rilancia
con Retegui, Kean
e baby Esposito

Angeloni nello Sport



Nella finale di Shanghai
Miracolo Vacherot
battuto il cugino:
da n.204 diventa 40

Martucci nello Sport



La nemesi a sinistra
LA PACE
“SCOMODA”
PER IL POPOLO
ANTI TRUMP

Alessandro Campi

Sarà una pace duratura, ci si chiede da giorni? Nessuna pace è eterna e definitiva, perché questa dovrebbe esserlo?
La pace può durare un mese, cinque anni o mezzo secolo. Dipende dalla chiarezza e plausibilità degli obiettivi fissati e delle clausole sottoscritte (le paci troppo punitive o ambigue di solito preparano nuove guerre), dalla volontà reale di chi l'ha mediata e siglata, dai tentativi di minarla da parte di chi ha da guadagnare da una continuazione o ripresa del conflitto, dal grado di saggezza politica o di accettazione ideologica di coloro che se ne fanno interpreti e garanti, dall'inevitabile mutare delle circostanze. Tutte cose che non si escludono l'un l'altra ma spesso di sommano. E che spiegano perché mantenerla a lunga sia tanto difficile.

Si dice: quella mediorientale non è una pace, ma una tregua delle armi. Obiezione peccata e fine a sé stessa. La tregua, intesa come rinuncia concordata allo scontro armato e all'uso prolungato della forza militare, è sempre il primo passo della pace. La quale è a sua volta non è un fatto unico e puntuale, ma un processo: trattative spesso sotterranee, accordo pubblico, rispetto sostanziale dei patti, ricostruzione dopo le rovine, l'amicizia dopo l'odio, la rinuncia alle antiche rivendicazioni ecc. Un processo che anch'esso può durare anni. Si sostiene, ancora: è una pace ingiusta e iniqua, imposta ai palestinesi con la violenza e il ricatto.

Continua a pag. 16

Vertice sulla Manovra: risorse per le famiglie

► Stanziati 2 miliardi per treni e metro
Zes allargata al Lazio

ROMA. Manovra. Il vertice del leader del centrodestra a casa della premier, Meloni frena su Irpef e cartelle, impegno sulla famiglia. Trasporti, due miliardi per treni e metropolitane. Zes, si guarda a Prossino e Rieti.

Bechis, Pacifico e Pira alle pag. 2 e 3

Tra profitti e rischi
CRIPTOVALUTE,
SCOMMESSA
E TRASPARENZA

Giuseppe Vegas

Nei media si fa sempre più insistente la pubblicità di investimenti in criptovalute. Continua a pag. 16

Nella pdl più limiti ai ricongiungimenti

Mossa Lega: «Permesso di soggiorno a punti anche per i migranti under 16»

Valentina Pigliautile

La Lega: anche per gli under 16 permesso di soggiorno a punti. La proposta di legge del Car-



roccio: estendere le norme ai quattordicenni. Verso la stretta sui ricongiungimenti. Molteni: «Circoscrivere la platea».

A pag. 11

L'ultimo tentativo

Francia, Lecorou ci riprova: governo di tecnici e giovani

Francesca Pierantozzi

Macron accelera, nasce il Lecorou-bis. Incognita finanziaria. A pag. 9

Gaza, gli ostaggi verso casa

► Rilascio dopo 737 giorni dal 7 ottobre 2023: Trump andrà a visitarli in ospedale in Israele
Netanyahu: appena salvi, liberiamo 1.950 palestinesi. I leader del mondo a Sharm per la fase 2

Palermo: colpo in testa, muore a 21 anni. Il killer arrestato inneggia a Riina



Voleva fermare
una rissa: ucciso

Paolo Taormina, il 21enne ucciso mentre cercava di sedare una rissa

Lo Verso a pag. 12

ROMA. Gaza, il giorno della liberazione degli ostaggi. Ad accoglierli anche Trump. Evangelisti, Sabadin, Ventura e Vita alle pag. 4, 5, 6 e 7

Caos liste d'attesa così le Regioni dribblano la stretta

► Agende per le prenotazioni chiuse e visite impossibili per aggirare i controlli ministeriali

Raffaella Troili

Non c'è posto, l'agenda è chiusa, la mette in pre-lista, poi si vedrà. Intanto nell'attesa si diventa un fantasma in attesa di visita, anzi di convocazione. Così Pietro Vignali, ex sindaco di Parma, ora consigliere regionale in Emilia-Romagna, ha scritto a Schilla: «Così la Regione trucca i dati sul monitoraggio».

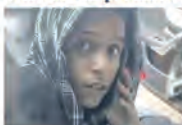
A pag. 14

Dalla Spagna all'Italia

Studio, lavori e terra tra i giovani è boom dell'Erasmus rurale

ROMA. È boom dell'Erasmus rurale. Crescono in Europa progetti per portare i giovani nei borghi. A pag. 15

Scaricato dai produttori



Faneto, la ex accusa
«Minacce di morte»
Il trapper picchiato

Laura Pace

Riordinati che morissero. Il trapper Faneto, accusato dalla sua ex. La casa discografica: i ricavi ad associazioni contro la violenza. A pag. 12



Il Segno di LUCA

VERGINE
MAGNETICO

Venere lascia il tuo segno questa settimana puoi approfittare della sua presenza ancora per tutta la giornata. Grazie al suo senso di equilibrio e di armonia, inizia la settimana avvalendoti di una speciale delicatezza nelle relazioni, che ti consente di farti ascoltare e di godere della loro fiducia. Da qualche settimana Saturno è nel settore legato al partner: le difficoltà che emergono nell'amore contribuiscono al suo consolidamento.

MANTRA DEL GIORNO
L'istinto non pensa: agisce e salva.

L'oroscopo a pag. 16

* Tardano con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Messina, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con Tuttomessaggero € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero • Corriere dello Sport-Stadio € 1,40; nel Molise, il Messaggero • Primo Piano: Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport-Stadio € 1,50; «Vocabolario Romanesco» • € 0,90 (Roma)

Caos liste d'attesa così le Regioni dribblano la stretta

► Agende per le prenotazioni chiuse e visite impossibili per aggirare i controlli ministeriali

Raffaella Troili

Non c'è posto, l'agenda è chiusa, la metto in pre-lista, poi si vedrà. Intanto nell'attesa si diventa un fantasma in attesa di visita, anzi di convocazione. Così Pietro Vignali, ex sindaco di Parma, ora consigliere regionale in Emilia-Ro-

magna, ha scritto a Schillaci: «Così la Regione trucca i dati sul monitoraggio». *A pag. 14*

Ritardi sulle liste d'attesa Così le Regioni aggirano la stretta del governo

► Vignali, consigliere regionale dell'Emilia-Romagna: «Trucchi per nascondere i disagi»
La piaga delle agende chiuse. Il ministero: «Le prenotazioni bloccate violano la legge»

IL CASO

ROMA Non c'è posto, l'agenda è chiusa, la metto in pre-lista, poi si vedrà. Intanto nell'attesa si diventa un fantasma in attesa di visita, anzi di convocazione. L'allarme arriva da Pietro Vignali, ex sindaco di Parma, ora consigliere regionale in Emilia-Romagna e capogruppo in Comune della lista che porta il suo nome. Dopo aver cercato di prenotare due visite con il servizio sanitario pubblico - oculistica e colonscopia - e sentendosi rispondere che le liste erano chiuse e non c'era neanche una pre-lista (fenomeno evidentemente fallimentare diffuso in alcune regioni del Nord) ha scritto al ministro della Salute Orazio Schillaci «perché la Re-

gione trucca i dati sul monitoraggio». Denuncia: «In diverse province della Regione Emilia-Romagna si adottano pratiche che alterano le reali liste d'attesa. In alcuni casi vengono istituite pre-liste dove sono inserite persone che non riescono a ottenere un appuntamento, in attesa di un'ipotetica futura disponibilità. Altre volte, come presso l'azienda Usl di Parma, le liste sono chiuse, i cittadini non possono essere inseriti nel sistema di prenotazione». Ciò comporta un danno personale e una beffa nazionale. «Le prestazioni non vengono conteggiate nei sistemi di monitoraggio ufficiali dei tempi d'attesa, generando una rendicontazio-

ne che non riflette la realtà; i cittadini esclusi non ricevono alcuna garanzia di successiva presa in carico e si trovano costretti a rivolgersi al privato o ad attendere la riapertura delle liste».



I SOLLECITI

Il ministero della Salute ha inviato due lettere alle regioni per sollecitare una gestione migliore delle liste d'attesa. Di recente chiesto chiarimenti anche alla Regione Piemonte. Il ministro Schillaci ha scritto: ci sono troppe «situazioni indegne», un riferimento agli espedienti usati per nascondere ritardi e indisponibilità. Nonostante i tempi per ottenere esami o visite siano molto lunghi, spesso i dati trasmessi dalle regioni al ministero non mostrano i problemi della popolazione. Ogni tipo di prestazione o esame ha un tempo d'urgenza ben definito. Ma l'escamotage delle aziende in difficoltà è il blocco delle agende: portali di prenotazione o call center non mettono a disposizione nessun appuntamento, nemmeno a distanza di mesi, anni. Pratica vietata dalla legge: le strutture sanitarie pubbliche devono sempre avere a disposizione appuntamenti, a costo di rivolgersi a strutture private convenzionate. Il Ministero rimarcando come sia una pratica - quella delle pre-liste - diffusa solo al Nord fa presente che una volta in pre-lista le persone vanno richiamate a breve, entro 3 giorni, se non si trova un appuntamento nel pubblico aziende o regione devono trovare un posto

nel privato convenzionato o in intramoenia. «La legge vieta di chiudere le agende, la presa in carico deve essere garantita, la pre-lista non deve essere una via di mezzo che penalizza il cittadino». Dopo la pre-lista, incombe la chiusura delle agende. Dovuta, come ha scritto Schillaci nella lettera di richiamo, da carenza di personale, cattiva organizzazione interna, medici che rifiutano di rendere disponibili le agende al sistema di prenotazione unificato ma anche da dirigenti che non fanno controlli. Altro espediente consiste nel chiedere di richiamare nelle settimane successive per sapere se si sono liberati posti: così l'attesa registrata dai dati inizia quando viene fissato l'appuntamento e non dalla prima chiamata, anche questo un modo per evitare rimproveri e commissariamenti. Così c'è chi ricorre al privato e chi purtroppo rinuncia alle cure (nel 2024 quasi 6 milioni di persone hanno rinunciato a curarsi perché le attese erano troppo lunghe o i controlli costavano troppo). Tornando al caso Emilia-Romagna Vignali rimarca: «L'amministrazione non conteggia nei tempi d'attesa le richieste di prenotazione rigettate. Quindi secondo i dati che pubblica la Regione, rimanendo a Parma, i tempi d'attesa previsti dalla legge, nelle ultime 2 settimane sono stati

rispettati al 100% per le colonscopie e al 92% per le visite oculistiche, e non sono veritieri. Dati non veritieri nemmeno su Bologna dove non vengono conteggiati neanche quanti inseriti nelle pre-liste ma solo quanti riescono ad avere l'appuntamento. Nel sito sui monitoraggi risulta che l'indicatore per l'oculistica è di tempi d'attesa rispettati al 94%, per le colonscopie all'82%, per altre prestazioni sono al 100%. Ma ci sono 107 cittadini inseriti in pre-lista

per la valutazione audiologica di cui uno solo è preso in carico, 1550 in pre-lista per la visita oculistica con 5 presi in carico, 549 per l'elettromiografia con 4 presi in carico, 765 per visita otorinolaringoiatrica con 35 presi in carico». Replica l'ufficio stampa della Regione: «In Emilia-Romagna quello delle pre-liste è un sistema attivo e operativo, nessuno viene lasciato senza risposta. Se l'attesa è troppo lunga viene inserito nelle pre-liste e appena si libera un posto, chiamato. Sistema che funziona bene in alcune aziende, meno in altre. Le liste chiuse non fanno parte di questo piano».

Raffaella Troili

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**VISITE IMPOSSIBILI
E PAZIENTI COSTRETTI
A RICORRERE AI PRIVATI
MA COSÌ SI SFUGGE
AL MONITORAGGIO
UFFICIALE**



Salute e carovita ciò che sta a cuore agli italiani

MAPPE
di **ILVO DIAMANTI**

L'agenda delle preoccupazioni delineata dall'opinione pubblica non è cambiata molto, nell'ultimo anno. Anche se si osservano variazioni significative. Nell'entità, più che nelle priorità. Il sistema sanitario e il costo della vita continuano, infatti, a prevalere, fra i problemi segnalati dagli italiani. In modo significativo. E pressoché analogo.

➔ a pagina 23

La salute prima di tutto ma ora gli italiani temono anche i prezzi alle stelle

MAPPE
di **ILVO DIAMANTI**

L'agenda delle preoccupazioni delineata dall'opinione pubblica non è cambiata molto, nell'ultimo anno. Anche se si osservano variazioni significative. Nell'entità, più che nelle priorità. Il sistema sanitario e il costo della vita continuano, infatti, a prevalere, fra i problemi segnalati dagli italiani. In modo significativo. E pressoché analogo. E questa è una novità, in quanto, un anno fa, la "misura" del tema sanitario era molto maggiore, rispetto alla questione dei prezzi e del costo della vita. Superiore di oltre 10 punti: 40%, contro il 28%. Questa distanza, nel recente sondaggio di Demos appare praticamente "annullata", più che "ridimensionata". Il grado di preoccupazione sanitaria, infatti, è sceso al 32%. Pressoché allinea-

to con l'inquietudine suscitata dall'aumento dei prezzi. Effetto, principalmente, del progressivo "distacco" dagli anni del Covid, che avevano accentuato l'importanza del servizio sanitario, agli occhi e nel sentimento dei cittadini. Mentre oggi il Covid è un ricordo lontano e sbiadito.

Così riemergono le paure tradizionali. La criminalità, anzitutto. E, quindi, l'immigrazione. Che affiancano l'inquietudine suscitata dalla situazione economica e dalla disoccupazione. Coerente e allineata con l'insofferenza nei confronti delle tasse. Anche la preoccupazione per le condizioni economiche familiari, cresciuta negli anni del Covid, negli ultimi due anni si è ridimensionata sensibilmente.

Persiste, invece, il timore sollevato dalla guerra, anche se non coinvolge e non agita i Paesi ai nostri confini. Ma appare, comunque, "incombente". Perché, come si è detto, è riproposta e riprodotta dai media. In tempo reale. D'al-

tronde, le paure suscitano attenzione. Emozione. E, dunque, fanno audience. Alzano gli ascolti. Per questo vengono utilizzate e alimentate in politica, dove costituiscono fattori di consenso. E dissenso. D'altronde il legame fra politica e media è stretto. È un vero "circuit". Perché la politica utilizza i media. E viceversa.

Invece, si confermano limitati gli indici di timore generati dalla "qualità della scuola". In parte perché continua ad essere un'istituzione apprezzata. Anzi, tra le più apprezzate, come confermano le indagini di LaPolis-Universi-



tà di Urbino Carlo Bo, Demos e Avviso Pubblico sul Rapporto fra "gli italiani e lo Stato". Compreso l'ultima, condotta nello scorso dicembre. In parte perché oggi si mantiene lontana dai pensieri dei cittadini. Scossi e coinvolti da altre questioni. Ben più drammatiche.

D'altra parte, nonostante si tratti di un argomento discusso e dibattuto, la "questione climatica e del riscaldamento globale" resta sullo sfondo. Non in quanto ritenuta importante, ma, perché, al contrario, è latente. "Sempre presente". E "sempre distante". Una minaccia persistente. Che "si agita" intorno a noi, ma, di fatto, "non ci agita".

Tuttavia, è difficile non percepire il distacco rispetto al sentimento di paura che ha oscurato la nostra società nel lungo perio-

do. Magari non ieri. Ma ieri l'altro. In modo sempre più rilevante. Un orientamento che induce a dimenticare, talora a rimuovere problemi ed eventi che hanno agitato la nostra storia. Senza, evidentemente, segnare la nostra memoria. Penso, anzitutto, al terrorismo. Oggi appare un ricordo sbiadito. Così gli anni di piombo non sembrano pesare più molto. Non gravano su di noi in modo drammatico. Anche se quanto avviene "in altri Paesi", non lontano da noi, dovrebbe sottolineare e rammentare come si tratti una minaccia sempre incombente. Che non passa mai. E dimenticarlo è rischioso. Per tutti. Noi.

Nell'insieme l'indagine di Demos e i riflessi che evoca nella memoria - storica e recente - sollevano un'impressione, in parte, inquietante. In quanto suggerisce

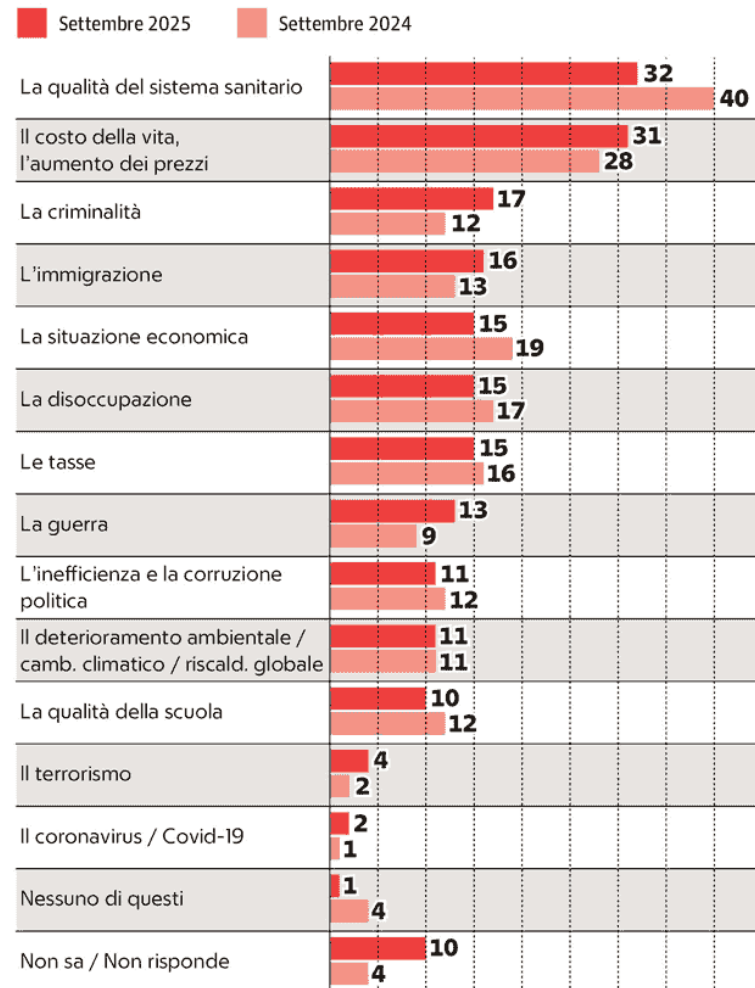
che, ormai, sia latente e presente una tendenza alla "rimozione" dei problemi e dei timori che premono su di noi. Sempre più assillanti. Senza sosta. Un giorno dopo l'altro. Un'ora dopo l'altra. Con il rischio di "normalizzare" la nostra visione. Il nostro sguardo. Di fronte a ogni problema, "Per abitudine". Perché "lo spettacolo della paura", che va in onda senza soluzione di continuità sui media e on-line, nel lungo periodo genera assuefazione. E, quindi, ridimensiona la preoccupazione. In attesa, di "nuovi eventi" che suscitino "nuove paure". Per questo, oggi, gli avvenimenti, per quanto drammatici, non ci opprimono. Al più, ci deprimo.

La sanità preoccupa meno perché il Covid non è più considerato un problema. Cresce la paura per criminalità e immigrazione.



IL CONFRONTO

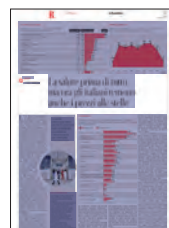
Quali sono, secondo Lei, i due problemi da affrontare con maggiore urgenza in Italia? (valori % della prima più la seconda scelta - confronto con settembre 2024)



FONTE: SONDAGGIO DEMOS PER LA REPUBBLICA - SETTEMBRE 2025 (BASE: 1028 CASI)

NOTA INFORMATIVA

Il sondaggio è stato realizzato da Demos & Pi per La Repubblica. La rilevazione è stata condotta nei giorni 15-18 settembre 2025 da Demetra con metodo mixed mode (Cati - Cami - Cawi). Il campione nazionale intervistato (N=1.028, rifiuti/sostituzioni/inviti: 2.817) è rappresentativo per i caratteri socio-demografici e la distribuzione territoriale della popolazione italiana di età superiore ai 18 anni (margine di errore 3.0%).
NOTA: per questioni di arrotondamento i totali potrebbero essere diversi da 100. Documentazione completa su www.sondaggiopoliticoelettorali.it



La legge Gelli-Bianco opera tuttavia scelte di natura contabile che penalizzano le aziende

Sanità, risarcimenti accelerati

Fondo rischi e Fondo riserva sinistri nelle strutture sanitarie

DI GIANLUIGI SERAFINI,
PARTNER GRIMALDI ALLIANCE

Fondo rischi e fondo riserva sinistri, tanti dubbi. Che finiscono per penalizzare le aziende sanitarie.

La legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli-Bianco) integrata dal D.M. 232/2023 ha previsto l'obbligo per le strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, di copertura assicurativa o, in alternativa, l'adozione di analoghe misure per fronteggiare il rischio rinveniente dalla responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera.

Tali coperture devono comprendere anche gli eventuali danni cagionati dal personale operante nella struttura sanitaria comprese le prestazioni in regime di libera professione intramuraria e quelle rese in convenzione.

Il titolo III) del D.M. 232/2023 disciplina le modalità operative delle "misure analoghe" alternative alla contrazione di polizze assicurative. Le "misure analoghe" varranno anche nel caso di regime di parziale auto ritenzione del rischio ovvero in caso di presenza di massimali insufficienti o franchige.

Il cosiddetto Self Insurance Retention indicherà la quota di rischio non trasferita al mercato assicurativo e gestita in proprio dalla struttura sanitaria.

La norma prevede (art. 10 del D.M. 232/2023) la costituzione di un Fondo Rischi a copertura dei rischi che non siano ancora stati oggetto di richiesta risarcitoria da parte del danneggiato, rischi da accantonare in funzione della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura, e do-

vranno essere sufficienti a far fronte nel continuo al costo atteso per i rischi in corso al termine dell'esercizio.

Si tratta dell'introduzione di una tipologia di Fondo Rischi anomala rispetto a quanto generalmente previsto dai principi contabili e dalla dottrina in tema di Fondo Rischi; si tratta infatti di un fondo da costituirsi su elementi probabilistici connessi ad un rischio potenziale connesso alla tipologia di operatività, ma non connessi ad eventi che abbiano già determinato un danno ragionevolmente quantificabile. La nascita, ex lege, di questo Fondo Rischi impone alcune riflessioni bilancistiche; in assenza di una completa coerenza con i principi contabili ci si domanda se detto Fondo Rischi debba essere o no evidenziato nello stato patrimoniale, ovvero se debba essere solo enunciato e descritto in nota integrativa.

Le prime "timide" applicazioni pratiche, che si condividono, fanno ritenere che detto Fondo Rischi debba essere evidenziato allo stato passivo in coerenza con l'IOIC 31. Si evidenzia che la nascita di questa nuova passività determinerà sui bilanci 2026 delle aziende sanitarie una riduzione del patrimonio netto pari al valore del fondo costituito, la riduzione del patrimonio netto imposto dall'applicazione della legge Gelli-Bianco potrà avere ovviamente riflessi anche su rating di credito della struttura sanitaria.

Il Fondo Riserva Sinistri (art. 11 D.M. 232/2023) comprenderà invece l'ammontare delle somme necessarie stimate a copertura dei danni relativi a sinistri denunciati e non ancora liquidati.

Il D.M. 232/2023 prevede che la congruità degli accantonamenti nel Fondo Rischi e nel Fondo Riserva Sinistri siano certificati da un revisore legale ovvero dal collegio sindacale.

Molto interessante appare l'introduzione di una "Funzione e Valutazione dei Sinistri" (art. 16 D.M. 232/2023) che impone una struttura di auditing interno composta da funzioni multidisciplinari in grado di effettuare una corretta quantificazione dei danni attuali e potenziali; detta previsione impone l'obbligo alle aziende di dotarsi di una funzione di Risk Management integrata e non più frazionata su compartimenti stagni come ancora oggi è purtroppo in molte realtà.

L'azienda sanitaria pubblica o privata è quindi di fronte ad una scelta operativa e strategica: operare in assicurazione diretta e totale (il costo andrà al conto economico), ovvero evidenziare anche le potenziali passività del Fondo Rischi nel bilancio.

Pertanto, la norma sembra imporre accantonamenti finanziari a copertura delle passività di cui al Fondo Rischi e al Fondo Riserva Sinistri; in altri termini non sarà sufficiente l'enunciazione della passività a livello contabile, ma dovrebbe essere necessaria la costituzione di un fondo finanziario finalizzato al pronto pagamento dell'indennizzo risarcitorio.

Al riguardo non si può non evidenziare la profonda anomalia di detta previsione per il Fondo Rischi, trattandosi di rischi meramente potenziali e statistici che una volta resi concreti da specifiche domande diventano posta del Fondo Riserva Sinistri, in altri termi-



ni la provvista finanziaria dovrebbe essere limitata al Fondo Riserva Sinistri.

La norma, come attualmente configurata, appare censurabile in quanto crea una sostanziale duplicazione delle passività indennizzabili; ragionevolmente è auspicabile in tempi brevi un chiarimento che modifichi l'attuale assetto che risulta particolarmente penalizzante per le aziende sanitarie.

L'introduzione del Fondo Rischi basato su criteri probabilistici di eventi che una volta avvenuti si scaricano sul Fondo

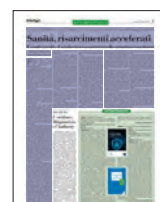
Riserva Sinistri appare penalizzante rispetto alla rappresentazione contabile di qualsivoglia rischio in aziende di diverso settore.

Il tempo a disposizione per questi chiarimenti è molto ristretto in quanto la norma sarà in vigore dal 16 marzo 2026 e quindi si applicherà ai bilanci 2026 ovvero, nel caso di società quotate, alle situazioni economico patrimoniali intermedie.

Da ultimo si osserva che non essendo prevista dalla legge Gelli-Bianco alcun beneficio fiscale inerente il Fondo Ri-

schi e il Fondo Riserva Sinistri, gli stessi risulteranno fiscalmente indetraibili rimanendo l'ambito di applicabilità delle detrazioni fiscali invariato.

—© Riproduzione riservata—■



Liste d'attesa, senza medici zero progressi

Modalità di controllo complesse, interventi lunghi: riforma flop

Dalla fine dello scorso agosto - quando dopo un lungo tira e molla tra governo e Regioni sono state pubblicate in Gazzetta le norme che regolano l'organismo di verifica per presunte inadempienze delle amministrazioni regionali in base alle quali il ministero potrà intervenire direttamente per assicurare il diritto alle cure in tempi ragionevoli - poco è cambiato nella routine dei territori lungo lo Stivale per assicurare nei tempi giusti, codificati nel Piano nazionale per il contenimento delle code agli sportelli di ambulatori e ospedali, le prestazioni richieste dai cittadini. Il nodo irrisolto è infatti quello del personale che manca e se da un lato molte delle borse di studio bandite da ministero e Regioni per alcune aree disciplinari di frontiera (Anestesia, Pronto soccorso e Medicina di urgenza, Anestesia e rianimazione, Chirurgia generale e di urgenza) per oltre il 50% non vengono assegnate, dall'altro anche raschiando il fondo del barile dei medici specializzando immessi a tempo indeterminato quando sono ancora in formazione (come previsto dal Covid in poi) in molti casi non si riesce ugualmente a garantire lo smaltimento delle prenotazioni pur impegnando apparecchiature diagnostiche e sale operatorie anche di pomeriggio e nei festivi.

La questione delle liste d'attesa nella sanità pubblica è da anni un nervo scoperto, uno dei nodi critici del governo del sistema. Tempi lunghi per visite, esami e interventi producono disuguaglianze e frustrazione tra i cittadini. In risposta a questa emergenza strutturale, il governo ha introdotto un meccanismo straordinario: l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, dotato di poteri sostitutivi nei confronti delle Regioni che non rispettano gli obblighi previsti. Il testo rischia tuttavia di restare solo sulla carta senza nuovi camici bianchi reclutati a popolare corsie e reparti chiusi o al limite delle possibilità. Sebbene il Dpcm che definisce modalità e procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi da parte dell'Organismo sia legge ratifica-

ta dal precedente decreto del 7 giugno 2024, la garanzia di vedere soddisfatto il diritto alla cura per tutti i cittadini e di sfoltire le liste d'attesa è ancora di là da venire per molte realtà in regioni sia del Sud che del Nord. In teoria l'organismo di controllo sulle liste di attesa ministeriale può subentrare alle Regioni parzialmente o totalmente inadempienti, esercitandone le funzioni fino all'adozione dei provvedimenti necessari e interviene quando la Regione omette di nominare, nei tempi previsti, il Responsabile regionale dell'assistenza sanitaria (Ruas), oppure quando il Ruas o la Regione disattendono l'applicazione delle misure previste per la riduzione delle liste d'attesa. L'esercizio del potere sostitutivo non è automatico, ma segue un iter di confronto tra l'Organismo e la Regione in una interlocuzione che può andare avanti per quattro mesi.

Il ministero della Salute effettua un monitoraggio e, sulla base dei dati raccolti, segnala alla Regione il mancato raggiungimento degli obiettivi. Entro un mese l'ente locale deve fornire giustificazioni plausibili e apportare correttivi entro ulteriori due o tre mesi (salvo deroghe). Se il problema non va a soluzione scattano i poteri sostitutivi del ministero ma spese e oneri degli interventi sono a carico delle Regioni che possono tuttavia tornare titolari del procedimento non appena la situazione si normalizzi. Il ministro della Salute di recente durante il question time alla Camera ha difeso la nuova piattaforma nazionale sulle liste d'attesa, dichiarando che il sistema è operativo e basato su dati regionali ancora in fase di consolidamento. Le opposizioni hanno invece criticato l'inefficacia della piattaforma, accusando il governo di mancanza di trasparenza e chiedendo dati chiari e separati tra pubblico e intramoenia.

e.m.



Corte dei conti

Sanità, quasi triplicato il disavanzo delle Regioni Peggiora il Centro-Nord

Il faro dei magistrati
contabili sui tetti alla spesa
per i farmaci e sul payback

Gianni Trovati

ROMA

Il fondo sanitario nazionale viene rinvigorito ogni anno, e lo stesso accadrà nel 2026 se come sembra la legge di bilancio aggiungerà a un tendenziale già in crescita i circa 2 miliardi di cui si discute in questi giorni. Ma la sua corsa non sembra tenere il ritmo dei costi effettivi generati dalla sanità, in un sistema percorso da segnali di affanno evidenti nella garanzia dei livelli essenziali di assistenza e nella gestione del personale. Ma c'è un indicatore che più di ogni altro è efficace per misurare il rischio di crepe strutturali che si aprono nell'edificio della sanità pubblica, almeno sul piano finanziario. Si tratta del deficit registrato dalle Regioni per la differenza fra le entrate complessive (fondo sanitario, assicurazioni pubbliche e private e spesa delle famiglie) e le spese sostenute per la sanità. Nel 2024, in base ai dati resi solidi dagli aggiornamenti realizzati fino al 15 settembre scorso, quel disavanzo è quasi triplicato rispetto all'anno prima, balzando a 1,513 miliardi dai 590 milioni dell'anno prima. Il rosso rimane intenso anche quando al conto si aggiungono le compartecipazioni ulteriori per prestazioni come la specialistica ambulatoriale e il pronto soccorso. In questo caso il deficit si attesta a 759,4 milioni: era di soli 105 milioni nel 2023.

Numeri e analisi sono illustrati dal Quaderno che le sezioni riunite di controllo della Corte dei conti hanno appena pubblicato nell'ambito della nuova modalità di realizzazione del Rapporto di coordinamento della finanza pubblica. Il documento, intitolato

alla "Sanità in cammino per il cambiamento", parte dal presupposto che «il 2026 si presenta come un anno decisivo», per un settore che vede «molti fronti ancora aperti su cui si dovrà arrivare ad una definizione organica» e che attende con «urgenza un nuovo Piano sanitario nazionale che potrebbe contribuire a chiarire il ruolo dei diversi soggetti, a completamento degli importanti piani, quello delle cronicità e della salute mentale, già annunciati ma non ancora operativi».

Il tema è complesso, e investe variabili socio-economiche e qualitative oltre agli aspetti finanziari, come conferma lo scarso grado di correlazione fra la spesa pubblica per residente e i livelli di assistenza che si incontra nei monitoraggi annuali sui Lea regionali. Ma i numeri dei bilanci sono chiari nell'indicare le difficoltà strutturali spesso trascurate da un dibattito politico che in genere battibecca sui valori assoluti del fondo sanitario, in crescita straordinaria per i governi pro tempore e in flessione drammatica per chi di volta in volta è all'opposizione, ma dimentica almeno due aspetti cruciali. Primo: a finanziare la sanità pubblica, oltre al fondo sanitario intervengono le assicurazioni, le famiglie e, per quel che manca, le Regioni. Secondo: le dinamiche di spesa sono influenzate dalla demografia, dalle evoluzioni tecnologiche e dai contesti commerciali di farmaci e dispositivi medici, su cui i tetti di spesa e il payback (altro tema centrale nel capitolo sanitario della manovra) hanno mostrato di non funzionare.

In questa architettura, le Regioni diventano quindi una sorta di pagatore di ultima istanza delle

spese che le altre entrate non riescono a coprire. E il loro deficit nei conti sanitari misura di conseguenza le difficoltà economiche del sistema. A mutare, oltre alla consistenza del disavanzo, è

la sua geografia, che come rilevano i magistrati contabili, «si estende ora anche a quelle Regioni che finora avevano sempre garantito una elevata qualità dei servizi e un equilibrio economico». L'identikit punta dritto alle grandi Regioni del Centro-Nord, dove «le perdite sono passate dai 28 milioni del 2019 a poco meno di 635 milioni». Il disavanzo più consistente si incontra in Toscana (-267,2 milioni, con un peggioramento del 47,6% sul 2023), seguita da Emilia-Romagna (-194,2 milioni, era in equilibrio l'anno precedente) e Piemonte (-180,6 milioni; peggioramento del 63,9%), in una distribuzione che non guarda ai colori politici delle diverse giunte e che al momento fra i big vede il fortino dell'equilibrio resistere solo in Lombardia e Veneto. Fra i territori a Statuto autonomo la condizione più critica è quella della Sardegna, con un deficit da 365,4 milioni, superiore del 39,6% rispetto all'anno prima.

L'analisi della Corte dei conti mette in rilievo anche la scarsa efficacia, a rimanere eufemistici, dei meccanismi introdotti per contenere le uscite, come i tetti alla spesa per i farmaci (puntualmente superati in modo generalizzato) e il payback che ha prodotto fin qui molti più effetti giuridici che finanziari: mettendo un altro carico sulla bilancia della manovra in arrivo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Sanità, catastrofi e pensioni: sì a un patto pubblico-privato»

Liverani (Ania): ma le assicurazioni non siano un serbatoio da svuotare

Il colloquio

di **Maria Elena Zanini**

Non ha mai nascosto, in questi primi mesi del suo mandato, il ruolo che il settore assicurativo deve avere. Soprattutto parlando del rapporto con il pubblico, con lo Stato. Giovanni Liverani, presidente di Ania da dicembre del 2024, ha messo fin da subito opportuni paletti: «Le assicurazioni non siano considerate una cassaforte da cui far provvista» aveva detto a luglio durante la sua prima relazione annuale. E ora ribadisce il concetto: «Il settore assicurativo in Italia è una parte fondamentale del sistema socioeconomico del Paese. Uno strumento potentissimo».

Ma uno strumento ancora sottoutilizzato. Le basi solide però ci sono: il settore assicurativo nel 2024 ha raccolto complessivamente circa 170 miliardi di euro in premi lordi, investe asset per oltre 1.000 miliardi detenendo di fatto il 10 per cento del totale dei titoli di Stato circolanti e finanziando con il resto iniziative di economia reale.

Un contesto che consente a Liverani alcune considerazioni: «Occorre cambiare la percezione del sistema assicurativo — puntualizza il presidente —: noi possiamo spianare la strada per la soluzione di problemi di interesse collettivo giganteschi, ma lo Stato in cambio non deve sovrastare la nostra attività. Contando, soprattutto, che non gestiamo denaro nostro, ma denaro dei risparmiatori e che dobbiamo rimanere at-

trattivi per gli investitori, soprattutto quelli esteri che stanno riscoprendo il nostro Paese grazie ai progressi fatti di recente. Senza considerare che per noi non esistono sovrapprofitti e se facciamo utili una buona parte finiscono nelle casse dello Stato con le imposte». Una grande incognita, in questo senso viene dalla Manovra Finanziaria per il 2026 con l'ipotesi di una tassa sugli extra-profitti delle banche.

Il prelievo

Il timore è che si possa pensare anche a un eventuale prelievo sulle assicurazioni: «Eventuali prelievi anomali a nostro carico non farebbero altro che depotenziare l'importantissimo ruolo sociale che svolgiamo per la protezione e la crescita del nostro Paese — ricorda Giovanni Liverani —. Negli anni scorsi, siamo stati sistematicamente penalizzati. In questi mesi ho avuto diversi incontri con il governo e ho potuto spiegare che l'assicurazione è uno strumento che protegge milioni di famiglie e imprese italiane e rende così l'Italia più forte e competitiva. Come ho detto, il settore è un bulldozer che può spianare la strada alla soluzione di problemi socioeconomici giganteschi: non si può con una mano pilotare questo bulldozer e, con l'altra, aprire il serbatoio e svuotarlo del carburante perché si ha bisogno di fare provvista. Se il messaggio è passato, e non ne dubito, allora non avremo grandi sorprese».

Le coperture

Quello che è certo però, secondo Liverani, è che un rapporto pubblico-privato è fon-

damentale. «Lo Stato — riasume — non riesce più a farsi carico di tutto. Tra rischi climatici, previdenza sociale e sanità la spesa pubblica non ce la fa a coprire tutto. Per questo abbiamo insistito per

l'obbligatorietà della polizza contro le catastrofi naturali per le imprese e per questo stiamo lavorando perché anche le famiglie italiane siano messe in sicurezza. Per ora solo il 7 per cento delle case ha una copertura assicurativa. Una cifra decisamente troppo bassa».

Per Liverani, però, il tema più importante e che avrà un maggiore impatto sul sistema è quello dell'invecchiamento della popolazione: «Una buona notizia perché si vive più a lungo ma si rischia di vivere più fragili economicamente e fisicamente. Al momento secondo le stime sono 4 milioni le persone in qualche modo non autosufficienti. E per loro le soluzioni sono frammentarie e disomogenee. C'è sensibilità ma non ci sono ancora soluzioni come invece si è già fatto in tanti altri Paesi. In questo il mondo assicurativo può intervenire, secondo una logica di mutualità che, secondo la logica del "più sono i sottoscrittori, minore è il prezzo da pagare", permetterebbe di curare e tutelare un gran numero di persone. Stesso discorso vale per la pensione integrativa. Ma un tema importantissimo è anche il servizio sanitario nazionale che, benché invidiatoci in tutto il mondo, va sostenu-



to con un secondo e terzo pilastro. Lo Stato e le regioni spendono quasi 140 miliardi per farlo funzionare ma non basta. I cittadini spendono in aggiunta 42 miliardi per sopprimere anche a tutto ciò che non funziona. Una cifra intermedia solo per il 10 per cento da assicurazioni e fondi sanitari, ma che se aumentasse questa quota, potrebbe essere ricanalizzata, per esempio finanziando la libera professione intramuraria nelle strutture pubbliche di eccellenza».

Manca però ancora una consapevolezza diffusa. Il mo-

tivo per Liverani sta nella formazione, a oggi, carente: «Occorre educare i giovani fin dalla scuola. Per questo abbiamo firmato un protocollo di intesa con il ministro dell'Istruzione Valditara per una collaborazione con le scuole medie superiori, perché la cultura assicurativa diventi accessibile e coinvolgente, un vero e proprio strumento di sostegno sociale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Polizze

Il settore assicurativo in Italia è una parte fondamentale del sistema socio-economico



Giovanni Liverani, presidente Ania





Servizio Attuazione del Pnrr

Cure sul territorio, nell'Italia cantiere aperto si vincerà solo con un grande lavoro di squadra

Con il Piano nazionale di ripresa e resilienza per la sanità in gioco non c'è soltanto l'attuazione di un cronoprogramma ma la possibilità di ridefinire l'equilibrio tra ospedale e territorio, tra prestazioni e presa in carico, tra spesa e valore generato

*di Valeria D. Tozzi **

10 ottobre 2025

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Missione 6) e il Dm 77/22 hanno offerto investimenti e cornici normative – oltre a una innegabile tensione sulle risorse – per la trasformazione dei servizi di cura territoriali. Costruire Case della comunità o Centrali operative territoriali (Cot) è senza dubbio una sfida impegnativa, ma quella vera è un'altra: garantire finalmente la presa in carico integrata dei pazienti, ossia una risposta continuativa ai bisogni delle persone.

“Presa in carico” significa garantire accesso attraverso modelli di prenotazione più flessibili, strumenti per favorire l'aderenza terapeutica, strategie di prevenzione coerenti con le attese dei cittadini. Sono questi alcuni esempi di obiettivi che potranno misurare il valore delle trasformazioni in termini di salute e sostenibilità, andando oltre la semplice contabilità delle strutture inaugurate.

Cantiere aperto

Sulla carta, le innovazioni proposte dal Pnrr e dal Dm 77/22 sono convincenti. È il processo di implementazione che deve equilibrare i vincoli con le aree di autonomia offerte dalle due disposizioni, coinvolgendo le comunità professionali e valorizzando le capacità manageriali locali. Nella realtà sta emergendo un legittimo mosaico di interpretazioni: le aziende sanitarie adattano le innovazioni ai fabbisogni e alle priorità del proprio contesto. Una vivacità che non va letta come disordine, ma come segno di un grande cantiere nazionale, straordinariamente impegnato in un progetto condiviso. Oltre la retorica delle “scatole vuote”, si osservano processi di innovazione che, superando inerzie e rigidità, producono soluzioni concrete e differenziate. È su questo che si è concentrato il terzo incontro del Network DASP di SDA Bocconi, dedicato alle esperienze delle direzioni strategiche delle aziende pubbliche.

Ridisegnare i servizi

La sfida più complessa non riguarda tanto la costruzione di nuove strutture, quanto il ridisegno dell'intera rete dei servizi. Case della Comunità, ospedali di comunità o Cot potranno raggiungere la loro missione solo se integrati nei modelli operativi già esistenti, in dialogo con la medicina generale, i servizi sociali e gli ospedali.

I dati sui consumi sanitari mostrano quanto sia urgente questo ridisegno. Emilia-Romagna e Lombardia, due regioni spesso citate per i loro modelli, esprimono comportamenti di fruizione

molto diversi: nella prima, in media ogni cittadino usufruisce di 1,4 prestazioni diagnostiche e 2 visite cliniche l'anno; in Lombardia, invece, si registrano 0,7 prestazioni diagnostiche e quasi 3 visite. Non è solo una questione di spesa: è il segno di un modello di accesso che dipende ancora troppo dalla capacità del singolo cittadino di orientarsi tra offerta pubblica e privata.

Il cantiere in corso sta costruendo non solo nuovi servizi, ma anche processi di accesso più integrati (si pensi al numero unico 116117) e meccanismi di coordinamento tra erogatori pubblici e privati, in un contesto in cui quasi il 48% delle visite specialistiche avviene in regime privato.

Un nuovo equilibrio

Il ruolo delle comunità professionali è decisivo: senza il coinvolgimento di medici, infermieri e operatori nella riflessione su quali servizi possano essere trasferiti sul territorio o virtualizzati, il rischio è che i nuovi setting restino inefficaci. In questa direzione si è rivelato prezioso il dialogo con società scientifiche come Sin (Società italiana di Neurologia) e Fadoi (Federazione delle Associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti), che stanno affrontando con consapevolezza questa sfida.

In gioco non c'è soltanto l'attuazione di un cronoprogramma, ma la possibilità di ridefinire l'equilibrio tra ospedale e territorio, tra prestazioni e presa in carico, tra spesa e valore generato. È tempo di spostare l'attenzione: dai mezzi ai fini, dal "cosa costruiamo" al "perché lo costruiamo". Forse, l'unitarietà del Ssn si misura più nell'omogeneità dei fini che in quella dei mezzi.

** Direttrice master EMMAS e Network DASP, SDA Bocconi School of Management, Università Bocconi*



Servizio Salute mentale

Super lavoro, bullismo e violenze: anche in Italia per medici e infermieri depressione e il pensiero del suicidio

Secondo un maxi sondaggio dell'Oms Europa i sanitari in piena crisi da burnout e da condizioni di lavoro inaccettabili per la mancanza di investimenti dei Governi sono colpiti più della popolazione generale dal disagio mentale che li porta anche a pensare alla morte

di Barbara Gobbi

10 ottobre 2025

Pensieri suicidi e autolesionismo da condizioni di "stress" lavorativo e depressione: tra medici e infermieri dilagano i disturbi connessi al benessere mentale secondo quanto emerge da un maxi sondaggio dell'Organizzazione mondiale della sanità - Oms Europa. "The Mental Health of Nurses and Doctors" (Mend) è la più grande indagine mai realizzata sul tema con oltre 90mila risposte raccolte e analizzate in tutti e 27 i Paesi dell'Unione Europea, più Islanda e Norvegia. Risultati che inchiodano i governi a responsabilità pesanti, guardando sia ai diretti interessati dal "burnout" sia alle possibili conseguenze sui pazienti. Prima, tra tutte le responsabilità, "gli investimenti insufficienti nei sistemi sanitari e nella forza lavoro in Europa", avvertono dall'Organizzazione.

Un medico su 4 lavora più di 50 ore alla settimana. E quasi un terzo (32%) dei medici e un quarto (25%) degli infermieri hanno contratti di lavoro temporaneo, il che è fortemente legato all'aumento dell'ansia per la sicurezza del lavoro.

Tra i risultati più preoccupanti dell'indagine c'è che un medico e infermiere su 10 ha dichiarato di aver pensato di essere "meglio da morto" o di "farsi male" nelle ultime due settimane. Questi cosiddetti pensieri suicidari "passivi" sono noti per predire futuri comportamenti suicidi.

Un'attività professionale così pericolosa è direttamente collegata a una cattiva salute mentale. I medici e gli infermieri che subiscono violenza, lavorano costantemente per lunghe ore e fanno turni (soprattutto di notte) hanno molte più probabilità di essere depressi e ansiosi e di avere pensieri suicidi. Infatti, medici e infermieri mostrano il doppio della prevalenza di pensieri suicidari rispetto alla popolazione generale.

«I risultati dell'indagine MeND ci ricordano che i sistemi sanitari europei sono forti solo quanto le persone che li alimentano - è il commento di Hans Henri Kluge, direttore regionale dell'Oms per l'Europa -. Un medico e infermiere su 3 riferisce depressione o ansia e più di 1 su 10 ha pensato di porre fine alla propria vita o di farsi del male. Questo è un onere inaccettabile per coloro che si prendono cura di noi. Non deve essere così».

Il caso Italia

In Italia il malessere si traduce in intenzioni di lasciare la professione superiori in media a quelle espresse nell'Europa a 27: riguardano rispettivamente il 9,7% dei medici (rispetto a una media del 9,1%) e ben il 16,7% degli infermieri, superiore di oltre un punto percentuale al 15,4% europeo. Istanze di “mollare” che derivano anche da una condizione di benessere complessivo inferiore o uguale alla media europea, già bassa: su una scala da zero a 100, i nostri infermieri si fermano a 48 (la media Ue27 è 50) mentre i dottori nostrani si sovrappongono con un 51% alla media Ue27. Ma di cosa soffrono i nostri sanitari quando si guarda alla salute mentale? I medici per lo più di ansia (25%) e depressione (25%) e per un 14% di pensieri suicidari, mentre gli infermieri stanno peggio: per il 34% denunciano depressione (la media Ue27 è al 32%), per il 26% ansia (media Ue 24%) e per il 14% di pensieri suicidari (media Ue 13%).

I «compiti» per i Governi

Non mancano le strategie possibili, da anni evidenziate anche da sindacati e società scientifiche italiani. Kluge le sintetizza così, inviando una lettera ideale agli Stati: «Possiamo intraprendere azioni concrete in questo momento, come imporre la tolleranza zero per la violenza e le molestie nei luoghi di lavoro sanitari; riformare i modelli di turni e gli straordinari per porre fine alla cultura del lavoro fino allo sfinimento; ridurre i carichi di lavoro eccessivi investendo in assunzioni più intelligenti e flussi di lavoro semplificati, anche sfruttando la potenza delle tecnologie digitali come l'intelligenza artificiale; e garantire che ogni operatore sanitario abbia accesso a un supporto per la salute mentale confidenziale e privo di stigma. Allo stesso tempo - avvisa - dobbiamo ritenere i leader sanitari responsabili della creazione di luoghi di lavoro sicuri e solidali. In definitiva, la crisi della salute mentale tra i nostri operatori sanitari è una crisi di sicurezza sanitaria, che minaccia l'integrità dei nostri sistemi sanitari».

La passione per il lavoro resta

Nonostante le cattive condizioni di salute mentale e di lavoro, 3 medici su 4 e 2 infermieri su 3 hanno espresso un forte senso di scopo e significato nel loro lavoro e sono per lo più soddisfatti del loro lavoro. Ciò suggerisce che gli operatori sanitari sono appassionati e motivati dal loro lavoro, ma hanno bisogno di un supporto su misura per svolgere il loro lavoro e prendersi cura dei loro pazienti in modo efficace.

Giovani già stressati

«Siamo fisicamente e mentalmente esausti, il che purtroppo a volte può portare a errori medici - testimonia nel Rapporto Mélanie Debarreix, specializzanda in radiologia dalla Francia -. Queste condizioni di lavoro hanno un enorme impatto sulla nostra salute mentale e sul nostro benessere. In Francia, tra gli studenti di medicina, il 66% ha sperimentato un episodio depressivo e il 21% ha avuto pensieri suicidi nell'ultimo anno, tre volte di più rispetto alla popolazione generale. Il modo per proteggere la nostra salute mentale e il nostro benessere dovrebbe includere innanzitutto l'applicazione rigorosa della legge in materia di orario di lavoro o di riposo obbligatorio dopo i turni di guardia, nonché lo stanziamento di risorse finanziarie sufficienti per consentirci di esercitare in linea con i nostri valori. Abbiamo scelto un percorso di umanità, ma questo non significa che smettiamo di essere umani noi stessi».

La tentazione di lasciare

Condizioni di lavoro non sicure e non supportate sono legate allo stress, all'ansia e alla depressione tra gli operatori sanitari, e questo non riguarda solo loro, ma anche i pazienti e la società. A seconda del paese, fino al 40% dei medici e degli infermieri con sintomi di depressione ha riferito di aver preso un congedo per malattia nell'ultimo anno. Tra l'11 e il 34% degli operatori sanitari ha dichiarato di pensare di lasciare il proprio lavoro. Questa perdita di capacità può significare che i

pazienti devono affrontare attese più lunghe, una qualità dell'assistenza ridotta e i sistemi sanitari perdono personale vitale. Alla fine, tutti ne pagano il prezzo.

Misurare il benessere

«In tutta Europa, le pressioni affrontate da medici e infermieri possono sembrare diverse, che si tratti di lunghe ore di lavoro in un paese o di contratti temporanei in un altro, o di violenza sul posto di lavoro in un altro ancora, ma l'impatto sulla salute mentale è universale - afferma Natasha Azzopardi-Muscat, direttrice dei sistemi sanitari Oms/Europa -. Misuriamo la capacità ospedaliera contando i posti letto e gli esiti chirurgici nei tassi di sopravvivenza, ma troppo spesso non riusciamo a misurare il benessere di coloro che forniscono assistenza. Questi risultati mostrano che la salute mentale deve essere trattata come una misura fondamentale delle prestazioni, proprio come la sicurezza del paziente o la capacità ospedaliera. La resilienza dei nostri sistemi sanitari e assistenziali è buona solo quanto la resilienza delle donne e degli uomini che dedicano la loro vita a prendersi cura degli altri».

Al 2030 -940mila operatori

Questi risultati aggiungono ulteriore peso al Rapporto del 2022 dell'Oms/Europa "È ora di agire", secondo cui il reclutamento di operatori sanitari e assistenziali non sta tenendo il passo con l'aumento della domanda, esercitando una pressione insopportabile sui nostri sistemi sanitari e sugli operatori sanitari. In assenza di interventi, l'Europa si trova ad affrontare una carenza prevista di 940.000 operatori sanitari entro il 2030.

Il miglioramento delle condizioni di lavoro contribuirebbe a ridurre le assenze per malattia e a scoraggiare del tutto il personale dall'abbandonare la professione, attirando al contempo un maggior numero di medici e infermieri verso la professione. E adeguerebbe i sistemi sanitari europei ai cambiamenti demografici attuali e futuri e alle esigenze della popolazione, nonché in grado di affrontare meglio le future emergenze sanitarie.

Le strategie possibili

L'Oms delinea sette azioni politiche urgenti che i paesi devono intraprendere per migliorare le condizioni di lavoro e cambiare le culture organizzative, tutte raggiungibili riutilizzando le risorse esistenti:

1. Tolleranza zero per la violenza di qualsiasi tipo;
2. Migliorare la prevedibilità e la flessibilità dei turni;
3. Gestire gli straordinari in modo equo e costruire una cultura positiva sul posto di lavoro;
4. Affrontare i carichi di lavoro eccessivi;
5. Formare e responsabilizzare i leader;
6. Ampliare l'accesso al supporto per la salute mentale; e
7. Condurre un monitoraggio e una segnalazione regolari del benessere degli operatori sanitari.

«Con l'Europa che si trova ad affrontare una carenza di quasi un milione di operatori sanitari entro il 2030, non possiamo permetterci di perderli a causa del burnout, della disperazione o della violenza. Il loro benessere non è solo un obbligo morale, ma è il fondamento di un'assistenza sicura e di alta qualità per ogni paziente - conclude Kluge -. Facciamo in modo che questo sondaggio sia un campanello d'allarme tanto necessario per stimolare l'azione».

La promessa del ministro Schillaci: ora nuovi fondi

Allarme salute mentale I medici: “Difficile curare senza gli investimenti”

IL CASO
ROMA

Secondo voi da che cosa sono determinati salute e benessere? La domanda appare su uno schermo della sala teatro della Basilica di Santa Maria della Salute nel quartiere di Primavalle a Roma. In sala ci sono gli abitanti di una delle periferie più difficili della capitale, dove i disagi mentali sono dentro tante case. Sul palco la risposta è affidata agli studenti del liceo Gassman. Lo schermo si riempie di parole, una è più grande e misteriosa delle altre: Frisgan. «Era un nostro compagno di classe, abbiamo frequentato insieme il primo anno», racconta Ludovica Pellicciotta che ora è al quinto anno. «Abbiamo fatto di tutto per farlo stare bene con noi, lo invitavamo a uscire, cercavamo di non lasciarlo mai da solo. Purtroppo, non c'è stato nulla da fare, dal secondo anno non è più tornato a scuola. Nonostante i nostri tentativi non siamo riusciti a sapere più nulla di lui».

Per le ragazze e i ragazzi del quinto anno del liceo Gassman Frisgan è stato l'incontro diretto con il disagio mentale ed è di lui che hanno parlato nell'incontro organizzato a Primavalle dalla Uoc 14 del Dipartimento di Salute Mentale Asl Roma 1. «Hanno espresso

la loro impotenza come cittadini, per questo è compito delle istituzioni fare rete e riuscire a intercettare i problemi e intervenire», spiega Michele Procacci direttore Uoc Salute Mentale del distretto 14.

Sono tanti i Frisgan di cui si è parlato ieri durante la giornata mondiale per la Salute mentale. In tutta Italia comunità, piazze, scuole, carceri e luoghi di cura hanno organizzato incontri per parlare di questo tema e far capire che «è un problema collettivo in cui ciascuno deve svolgere la propria parte, dai cittadini alle istituzioni», spiega Procacci.

L'obiettivo degli incontri di ieri «è accendere i fari sulle necessità e urgenze delle cure psichiatriche in Italia e nei territori partendo da un'analisi approfondita dei dati per proporre le direttrici di una riforma della Salute mentale da attuare nel Paese partendo dal basso e dall'esperienza quotidiana vissuta nei luoghi della cura, del disagio e della sofferenza, nei dipartimenti che innervano il tessuto assistenziale» spiega Giuseppe Ducci, direttore del Dipartimento della Asl Roma 1 e presidente eletto del Collegio nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Il primo nodo è il sottofinanziamento che in base allo standard definito oltre 20 anni fa (nel 2001) fissa per la salute mentale l'obiettivo minimo del 5 per cento del totale della spesa sanitaria per i Paesi a basso e medio reddito. Invece in Italia è attestato a una media che non supera il 3% a

fronte del 10% dello standard internazionale (Francia, Germania, Canada, Regno Unito). I «mancati investimenti in Salute mentale si traducono in maggiori costi diretti e indiretti – sottolinea Fabrizio Starace, psichiatra direttore del dipartimento di Torino 5 e presidente uscente del Collegio – Il sottofinanziamento della salute mentale genera infatti costi maggiori per l'intero sistema per ricoveri, farmaci, perdita di produttività e impatto familiare».

Promette fondi e interventi il ministro della Salute Orazio Schillaci. «Quest'anno celebriamo la Giornata mondiale della salute mentale ancora più forti e determinati a garantire una presa in carico adeguata a milioni di italiani affetti da disturbi mentali», assicura. «Dopo oltre 10 anni abbiamo aggiornato il Piano Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 che riorganizza, rafforza e rivede i modelli organizzativi, improntandoli a multidisciplinarietà e multiprofessionalità. Grazie anche ai fondi previsti per la salute mentale nella prossima legge di bilancio siamo al lavoro perché il servizio sanitario nazionale porti avanti «una nuova cultura della salute mentale, per una società libera da stigma e sempre più inclusiva». R.R. —

PH. BIODUPPI / CONTRASTO / DIVISIVITÀ



MATTARELLA

«Il disturbo psicologico non è solo un tema sanitario»

«Vivere con un disturbo psichico obbliga ad affrontare ogni giorno ostacoli nello studio, nel lavoro e nelle relazioni. Ostacoli spesso resi più duri dal pregiudizio e dall'esclusione sociale, frutto di una cultura che ancora fatica a comprendere il disagio e la malattia. Incoraggiare la prevenzione, garantire un'assistenza di qualità e favorire percorsi di partecipazione attiva significa tutelare il benessere collettivo». Lo afferma il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella in occasione della Giornata mondiale della Salute mentale 2025. Questo giorno, prosegue, «dedicato al benessere psicologico in contesti di conflitto, catastrofi ed emergenze, ci ricorda che quanto avviene nel mondo ha conseguenze profonde e durature che possono segnare individui e comunità per anni. In queste situazioni, una persona su cinque

sviluppa disturbi mentali. La salute mentale - ci ricorda la Dichiarazione di Parigi adottata lo scorso giugno anche da parte del nostro Paese - sollecita una responsabilità condivisa, superando la visione che la riduce a un tema esclusivamente sanitario. Prendersi cura della propria salute mentale non è un bisogno secondario, bensì un diritto fondamentale che rafforza i pilastri della nostra convivenza».



LE FRAGILITÀ DI CHI È IN FUGA

Per lo stress dei migranti servono percorsi nuovi

FRANCESCA MENNA

L'Organizzazione mondiale della sanità dedica la Giornata mondiale della salute mentale 2025 alle emergenze umanitarie. Tra le persone più esposte e psicologicamente vulnerabili ci sono i migranti che, secondo l'Oim, nel 2024 hanno raggiunto quota 281 milioni. Ogni fase del percorso migratorio comporta fattori di stress che possono compromettere profondamente la salute mentale: povertà, conflitti, disastri ambientali nella fase di partenza; violenze e privazioni durante il viaggio; razzismo, isolamento e incertezza giuridica all'arrivo. «Molti dei nostri pazienti hanno subito abusi o carcerazioni», spiega Marzia Marzagalia, per anni alla guida del servizio di etnopsichiatria del Niguarda di Milano e da pochi mesi in pensione. «Non dicono mai di avere problemi psicologici: lamentano mal di testa, insonnia, dolori diffusi». Il servizio, attivo dal 2000, segue circa 350 pazienti, oggi perlopiù giovani uomini provenienti da Marocco,

Turchia ed Egitto.

Le diagnosi più frequenti sono i disturbi post-traumatici da stress (Ptds), spesso intrecciati a depressione, ansia e dissociazione. «Molti non riescono a dormire, si svegliano urlando, rivivono la scena della tortura mentre lavorano o cucinano: sono flashback violenti, ritorni del trauma», racconta la psichiatra. Una revisione del 2024 su 38 studi mostra che oltre un terzo dei richiedenti asilo soffre di Ptds o disturbi d'ansia, e circa la metà di depressione.

«I pazienti portano con sé altre visioni del mondo. L'etnopsichiatria deve costruire ponti, e questo richiede prima di tutto di riconoscere i nostri pregiudizi». Fondamentale il ruolo del mediatore linguistico-culturale, che aiuta a tradurre parole e significati: «Se un paziente dice di voler consultare un marabù per farsi togliere il

malocchio, non è delirio, ma il suo modo di cercare cura», spiega ancora Marzagalia. «Dobbiamo trovare un punto d'incontro tra la sua medicina e la nostra».

Anche gli strumenti diagnostici vanno adattati: «I test psicologici sono pensati per l'uomo bianco occidentale e possono produrre errori enormi». Il lavo-

ro clinico, conclude Marzagalia, richiede tempo e rispetto: «Bisogna avvicinare il dolore con cautela, partendo da ciò che è familiare, come la casa o i ricordi d'infanzia».

Uno studio dello psicosociologo Renos Papadopoulos mostra che, in tutte le culture, la parola che suscita più emozioni positive non è «madre» o «padre», ma «casa». «Perché è lì che si radica il senso di sé», dice la psichiatra. «Conoscere davvero l'altro significa cogliere le differenze senza enfaticizzarle e cercare, insieme, un linguaggio universale».

L'etnopsichiatra Marzia Marzagalia: «Il dolore va avvicinato con cautela. Partire dall'ascolto e dalla mediazione culturale»





Servizio Giornata mondiale

Salute mentale, per i 2 milioni di esclusi dalle cure in Italia servono risorse e personale

Gli investimenti in Italia sono il 3,5% delle risorse rispetto al 6% richiesto dall'Unione Europea e questo taglia fuori dai servizi una fetta di popolazione che invece avrebbe bisogno di diagnosi e terapie mirate oggi disponibili

*di Andrea Fiorillo **

10 ottobre 2025

Negli ultimi anni stiamo osservando un aumento dei disturbi mentali a livello nazionale e internazionale, probabilmente come conseguenza di un miglioramento delle procedure diagnostiche, una maggiore sensibilizzazione sulla salute mentale da parte della popolazione generale, ma anche un aumento dei fattori di rischio e una riduzione dei fattori di protezione.

Tempesta perfetta

La situazione attuale che stiamo vivendo in Italia e in tutta Europa è stata definita una “tempesta perfetta”, caratterizzata dalla presenza contemporanea di fattori di rischio geopolitici (come le guerre), ambientali (ad esempio, i cambiamenti climatici), economici (ad es., la recessione economica con le conseguenti misure di austerità) e sociali (ad esempio, cattive condizioni abitative). A tutto ciò bisogna aggiungere la perdita di alcuni fattori di protezione importanti per la salute mentale come la perdita delle tradizioni familiari, lo spostamento di valori da una società collettiva a una individualista con aumentati livelli di solitudine e la rarefazione delle reti sociali di supporto.

Se non curate adeguatamente, le persone che soffrono di disturbi mentali non riescono ad essere produttive, non riescono a gestire i propri spazi vitali, non riescono a stabilire legami affettivi significativi. Se ne è parlato in occasione della celebrazione della Giornata mondiale della Salute mentale, organizzata il 10 ottobre a Palermo dalla Fondazione Tommaso Dragotto e dedicata quest'anno al tema “Access To Services - Mental Health in Catastrophes and Emergencies”.

Esclusi dalle cure in 2 mln

Secondo l'ultimo rapporto sulla salute mentale, tra il 2022 e il 2023 più di 850mila persone sono in carico presso i servizi specialistici in Italia, con la più alta concentrazione tra i 45 e i 64 anni. Tuttavia, almeno altri 2 milioni di persone non ricevono le cure necessarie. Questi numeri da un lato indicano un numero significativo di assistiti, dall'altro evidenziano un grave deficit di risorse e personale, con una richiesta di circa 2 miliardi di euro in più e un aumento del 30% del personale per far fronte all'emergenza salute mentale.

Nel 2023 sono aumentate le prestazioni erogate dai servizi territoriali (più di 9,6 milioni), ma solo l'8,4% di queste prestazioni sono effettuate a domicilio. Questo dato denota una maggiore

centralizzazione dell'offerta clinica, a fronte della richiesta della Comunità Europea di fornire interventi di prevenzione e di promozione della salute mentale sul territorio.

Potenziare il personale

La popolazione europea si dichiara globalmente non soddisfatta delle cure ricevute; infatti, nell'ultimo anno il 41% della popolazione riferisce difficoltà di accesso ai servizi, per le liste d'attesa (ritenute troppo lunghe per molti casi urgenti), i costi elevati e la scarsa conoscenza rispetto ai percorsi sanitari disponibili. Sarebbe necessario aumentare le risorse sanitarie (in termini di numero di operatori disponibili), favorire l'accesso diretto ai servizi e garantire prese in carico durature sul territorio.

Le nuove emergenze

Altre criticità riguardano l'aumento dell'incidenza di nuove patologie psichiatriche, come le dipendenze comportamentali, i disturbi di personalità e i comportamenti autolesivi; la lunga durata di malattia non trattata (tra la prima comparsa dei sintomi psichiatrici e una richiesta di aiuto trascorrono in media cinque anni); gli elevati livelli di disabilità, con assenteismo lavorativo e scolastico, presenteismo (cioè, essere improduttivi sul luogo di lavoro) e richieste di pensionamento.

Le cause

Siamo di fronte a quella che può essere definita una tempesta perfetta, e non solo perché stanno emergendo nuove forme di disagio mentale cui non siamo ancora preparati.

I disturbi mentali riconoscono cause biologiche, psicologiche e sociali; da questo punto di vista, paghiamo ancora le conseguenze del lockdown, cui si aggiunge uno stato di insicurezza legato alla crisi economica e ai conflitti in corso, il tutto associato a un minor livello di protezione sociale, scolastica e familiare rispetto al passato.

Da un punto di vista biologico, oggi sappiamo che le persone con disturbi mentali presentano un'alterazione di alcuni neurotrasmettitori cerebrali, uno stato di infiammazione encefalica e alterazioni del sistema neuroendocrino, oltre a un certo grado di vulnerabilità genetica. Infine, riconosciamo alcuni fattori di rischio conclamati per i più giovani, come l'abuso di cannabis e di alcol, il bullismo, i maltrattamenti infantili.

Un'altra causa di sofferenza mentale è rappresentata dalla solitudine, o meglio dall'isolamento, una vera emergenza soprattutto per i più giovani e per gli anziani, che causa comportamenti disfunzionali.

Le priorità

Gli investimenti in salute mentale in Italia sono il 3,5% delle risorse rispetto al 6% richiesto dall'Unione Europea. Mancano gli operatori e le liste di attesa si allungano. Il problema si può affrontare formando personale, aumentando le risorse e migliorando la collaborazione con gli altri professionisti, come psicologi, medici di medicina generale, pediatri, tecnici della riabilitazione.

Da un punto di vista terapeutico, siamo di fronte a importanti novità. Sul piano farmacologico, sono oggi disponibili nuovi farmaci, come i derivati psichedelici per trattare alcune forme di depressione maggiore, e nuove formulazioni farmaceutiche, come gli antipsicotici long acting per favorire la continuità delle cure.

Ma il passo più importante è una maggiore attenzione alle diagnosi, che in psichiatria sono particolarmente complesse. Oggi la personalizzazione della diagnosi e delle terapie è possibile,

anche grazie alla possibilità di seguire i pazienti tramite app o tramite la tele psichiatria che garantiscono l'adesione alle terapie, migliorano la relazione terapeutica e consentono interventi psicoterapici a distanza. È comunque fondamentale che chi sta male chieda aiuto.

La salute mentale dovrebbe essere messa al centro del dibattito clinico, scientifico e socio-culturale, mettendo in atto strategie di prevenzione e promozione della salute mentale, soprattutto per quanto riguarda la promozione di stili di vita sani e regolari e la riduzione dei fattori di rischio psicosociali. Per fare questo, è necessario abbattere lo stigma e squarciare quel velo di paura e vergogna che ancora accompagna i disturbi mentali e chi ne soffre.

** Presidente European Psychiatric Association*



Servizio Giornata mondiale

Salute mentale, la mappa delle viste gratis aspettando le risorse e il nuovo Piano per l'Italia

Una persona su sei con disturbi mentali e suicidio terza causa di morte tra i giovani under 29: i numeri dell'emergenza a fronte di fondi scesi negli ultimi anni al di sotto del 3% del Fondo sanitario nazionale ma il ministero della Salute promette un rilancio già in manovra

di Barbara Gobbi

10 ottobre 2025

Lo ha certificato il ministro della Salute Schillaci: «la grande sfida della nostra epoca è la salute mentale» e infatti in Italia «circa una persona su sei soffre di disturbi mentali. Disturbi che negli ultimi anni sono aumentati e che coinvolgono sia la popolazione adulta che quella più giovane». Un quadro allarmante, esploso con la pandemia, che vede (finalmente) moltiplicarsi gli sforzi per migliorare l'assistenza in un'ottica One Mental Health. Per questo si moltiplicano le iniziative istituzionali ma anche del privato, con focus specifici su fasce di popolazione più fragili, come i giovanissimi il cui disagio si manifesta in «effetti collaterali» come i disturbi del comportamento alimentare. Ma nessuno è escluso, tanto che i pacchetti di welfare aziendale più «avanzati» prevedono un'attenzione anche al disagio psicologico.

In manovra (forse) 80 mln

Schillaci ha annunciato anche un fondo di 80milioni di euro chiesto nella prossima legge di bilancio per finanziare il nuovo Piano nazionale Salute mentale 2025-2030 messo a punto da un tavolo guidato dallo psichiatra Alberto Siracusano, poi riveduto e corretto dopo le osservazioni delle Regioni che dovrebbero ora approvarlo. In un quadro, va sottolineato, di risorse oggi scarsissime. Come conferma chi da sempre lavora sul campo come i direttori dei Dipartimenti di salute mentale che riuniti a Roma in occasione della Giornata mondiale del 15 ottobre hanno ribadito dati sconcertanti: dal 2015 al 2022, i finanziamenti sono scesi da 3,79 miliardi (3,49% del Fabbisogno sanitario nazionale) a 3,476 miliardi (2,9%), rispetto a un obiettivo minimo del 5% che è lo standard raccomandato per Paesi a basso-medio reddito. Abissale la distanza da Paesi in cui si supera il 10% della spesa sanitaria come UK, Francia e Canada.

Da noi il sottofinanziamento della salute mentale è un boomerang che «genera costi maggiori per l'intero sistema: ricoveri, farmaci, perdita di produttività e impatto familiare - avvisa Fabrizio Starace presidente della Siep, la Società italiana di Epidemiologia psichiatrica -: secondo la stima Ocse i costi determinati da problemi di salute mentale per mancati investimenti impattano nel complesso per il 3,3% sul Pil».

Una perdita che al ministero della Salute hanno ben presente e che, come ha ricordato Schillaci in occasione del convegno One Mental Health, «supera i 60 miliardi di euro l'anno e che pesa gravemente sul Servizio sanitario, sui sistemi assistenziali e sociali e sul mercato del lavoro». Da

qui l'obiettivo di «guardare a questo tema con una visione nuova e integrata. Una visione One Mental Health che tiene presenti non solo agli aspetti clinici, ma anche a quelli sociali, culturali e ambientali e che mette al centro la persona con tutto il suo vissuto. È evidente – ha detto ancora Schillaci - come la tutela della salute mentale richieda una risposta corale, fondata su prevenzione, prossimità e integrazione. Con questo spirito abbiamo istituito il tavolo tecnico sulla salute mentale che dopo oltre 10 anni ha aggiornato il Piano nazionale per la salute mentale 2025-2030 proprio in un'ottica di One Mental Health».

Consulenze gratis

Intanto la società civile si organizza: sono oltre 130 gli ospedali del network Bollino Rosa della Fondazione Onda che nella Giornata del 15 ottobre offrono consulenze gratuite a donne e uomini. Basta andare sul sito <https://bollinirosa.it/> ma anche sui social della Fondazione dove è presente un link diretto al motore di ricerca realizzato ad hoc per l'iniziativa, in cui scegliendo regione e provincia d'interesse è possibile vedere l'elenco degli ospedali aderenti e, cliccando sul nome di singolo ospedale, visualizzare i servizi che offre in questa occasione e le relative modalità di prenotazione.

Poi c'è il super lavoro di associazioni come Telefono Amico Italia, a cui arrivano 300 richieste di aiuto al giorno di cui sei su dieci per solitudine, malessere emotivo e disagi esistenziali. Con un aumento del 19% dei casi di autolesionismo e del 18% dei disturbi alimentari. L'organizzazione riceve in tutto 110mila richieste d'aiuto e in occasione della Giornata salute mentale rilancia la propria attività di sostegno alla popolazione.

Emergenza giovani

La priorità assoluta sono i giovani a cui il nuovo Piano nazionale salute mentale, quando sarà operativo, dedicherà un focus specifico. Anche qui i dati li ha messi in fila il ministro Schillaci, fresco di question time su quella che ha definito come «un'emergenza silenziosa». Per poi affidarsi di nuovo alla realtà dei numeri «allarmanti». Perché «un adolescente su sette, tra 10 e 19 anni, soffre di disturbi mentali, spesso non riconosciuti - ha ricordato -. Il suicidio è la terza causa di morte tra 15 e 29 anni. Non possiamo più voltarci dall'altra parte».

Con il Piano c'è in arrivo, ha garantito il ministro, un vero e proprio cambio di paradigma: «Vogliamo potenziare diagnosi precoce, rafforzare la neuropsichiatria infantile, garantire équipe multidisciplinari che coinvolgano famiglie, scuole e istituzioni locali. Perché sta qui il punto fondamentale - ha avvisato Schillaci -: la salute mentale non è sola questione sanitaria. Le nostre politiche devono essere multisettoriali. Sanità, scuola, famiglia, territorio - tutti devono collaborare».

Per Schillaci «la vera battaglia è culturale: normalizzare la richiesta di aiuto, abbattere lo stigma, costruire una cultura della prevenzione che parta dalle scuole e dalle famiglie. Vogliamo che un ragazzo che soffre non si senta sbagliato, ma compreso. Che chiedere aiuto non sia debolezza, ma coraggio. Come recita l'articolo 32 della Costituzione, la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto. E la salute mentale è salute - ha sottolineato -. Non è una questione di serie B, non è un optional. Questo governo ha fatto una scelta precisa: investire sulla salute mentale dei giovani, con piani pluriennali, progetti innovativi, risorse dedicate. Perché ogni adolescente che non ce la fa è una sconfitta di tutti noi. E ogni ragazzo che riusciamo ad aiutare in tempo è una vittoria per tutta l'Italia».

Il decalogo dei Dsm

Intanto dal Collegio nazionale dei direttori dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm) riuniti a Roma ma in collegamento continuo con le “piazze” di tutta Italia - da Catanzaro a Perugia, dai Castelli romani ad Asti - arriva un decalogo per cambiare la rotta dell’assistenza sul territorio in Italia. «Il Congresso – avverte Giuseppe Ducci, vicepresidente del Collegio e direttore del Dsm Asl Roma 1 - rilancia il tema della salute mentale calato nel contesto dei profondi cambiamenti epocali che segnano la nostra vita dal punto vista sociale, economico e culturale. Sfide che esigono risposte nuove e più adeguate ai bisogni emergenti dell’utenza e degli operatori della Salute mentale nel nostro Paese».

- 1) Le risorse: il Collegio opererà perché venga rispettata l’indicazione del fondo fisso e vincolato per la salute mentale nella misura non inferiore al 5% del Fondo sanitario nazionale e regionale, al 2% per i servizi per l’infanzia e l’adolescenza, al 1,5% per i servizi per le dipendenze.
- 2) La qualità dei servizi: a fronte di un modello prevalente di una psichiatria generalista nella quale prevale l’approccio medico farmacologico, mentre risultano carenti i trattamenti di psicoterapia e di riabilitazione basati su prove di efficacia e specifiche aree di intervento che richiedono competenze di secondo e integrato livello specialistico, il Collegio opererà perché vengano introdotte valutazioni sistematiche di processo e soprattutto di esito.
- 3) L’accesso ai servizi: vanno sviluppati interventi di prossimità nei contesti di vita, nei luoghi di lavoro, nelle scuole, nei Pronto Soccorso, favorendo la crescita di reti di salute mentale estese oltre i confini organizzativi dei Dipartimenti, che tengano conto anche della multiculturalità associata ai rilevanti fenomeni migratori. Il Collegio opererà per garantire che quota parte del lavoro dei professionisti venga svolta in questi contesti con un’analisi sistematica della domanda di cura, anche inespressa.
- 4) Il modello organizzativo attuale del dipartimento integrato con le dipendenze patologiche e i servizi per età evolutiva va esposto garantendo la transizione intorno al diciottesimo anno di età
- 5) I Dsm non possono coprire l’intera offerta di servizi per la salute mentale, ma devono svolgere un ruolo di governo di tutti gli enti accreditati, sia nell’ambito della psicoterapia che della residenzialità, che assorbe oltre il 40% della spesa per la salute mentale (in alcune regioni ben oltre questa soglia), spesso senza la realizzazione e il monitoraggio di percorsi riabilitativi realmente evolutivi. Ai Dsm dovrà essere riconosciuto un ruolo di regia
- 6) L’integrazione sociosanitaria: il Collegio opererà per realizzare la massima condivisione e armonizzazione possibile dei documenti di programmazione nazionali e regionali e per sostenere l’applicazione della metodologia del Budget di Salute, così come previsto dalle Linee Programmatiche approvate in Conferenza Stato Regioni il 6 luglio 2022.
- 7) Il ruolo della psicologia clinica. L’escalation epidemiologica dei DEC e del disagio psicologico in senso lato richiede un’offerta di trattamenti psico-sociali molto più ampia di quella oggi garantita dai DSM. Il Collegio intende sostenere la figura dello psicologo distrettuale come espressione territoriale di base dei Dsm (all’interno delle case della comunità), indipendentemente dal modello organizzativo che verrà adottato a livello regionale o aziendale.
- 8) I pazienti autori di reato: il Collegio opererà per sostenere l’attività legislativa volta a superare normative non più in linea con l’attuale realtà e per promuovere accordi operativi con la magistratura per la gestione delle misure di sicurezza e delle attività peritali. Verrà in ogni contesto rivendicato il mandato di cura e non di controllo da parte dei Dsm
- 9) Volontarietà e obbligatorietà delle cure. L’ingresso nei percorsi di cura degli autori di reato, l’intreccio con i fenomeni di addiction e di devianza comportamentale, l’aumento generalizzato dei

fenomeni di aggressività e violenza nei confronti degli operatori sanitari impongono una analisi sull'uso degli strumenti coercitivi e dei presidi a garanzia dei diritti degli utenti e della sicurezza degli operatori, anche al fine di scongiurare la delega palese o strisciante al controllo che tuttora viene rivolta alla psichiatria. Il Collegio opererà per promuovere un'azione congiunta nel monitoraggio di tali fenomeni finalizzato al loro contenimento e per la riforma di istituti come l'AdS, che mostrano seri limiti nella loro applicazione pratica, soprattutto in tema di surroga delle scelte terapeutiche. Il Collegio opererà inoltre per garantire la sicurezza degli operatori, anche attraverso accordi con le Forze dell'ordine.

10) I Dsm devono essere soggetti attivi e protagonisti della formazione dei medici e degli specialisti, nonché delle professioni sanitarie. È necessario che le Aziende sanitarie investano i fondi necessari a implementare percorsi formativi integrati, che privilegino le pratiche cliniche e riabilitative Ebm e gli interventi di inclusione sociale, collegati a specifici obiettivi di miglioramento e valutati relativamente al cambiamento prodotto sulla qualità dell'assistenza. Il Collegio opererà altresì per “superare inerzie e rendite di posizione che impediscono un funzionale collegamento tra Università e SSN nella formazione dei professionisti dei Dsm”. È altresì indispensabile potenziare e il finanziamento della ricerca su e nei servizi di salute mentale, principale garanzia del controllo della loro qualità e della loro organizzazione. Il Collegio, nel rispetto della più completa autonomia da portatori di interesse commerciale, promuoverà forme di raccolta fondi per la realizzazione di questo obiettivo che garantiscano trasparenza e indipendenza.

Il 74 per cento degli italiani si percepisce in salute

Bene o molto bene: in Italia il 74% delle persone tra i 18 e i 69 anni percepisce così la propria salute, una percentuale che crolla tra chi ha cronicità o riporta sintomi di depressione, ma anche in chi ha difficoltà economiche, bassa istruzione o età che avanza. I giovani i più soddisfatti. A livello territoriale, anche se il gradiente geografico è poco ampio, tuttavia al Nord, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Valle d'Aosta e, nel Meridione, la Puglia, sono le realtà che si distinguono per la più alta prevalenza di persone soddisfatte del proprio stato di salute con oltre l'80%.

Questi alcuni dei risultati che emergono dal report aggiornato delle Sorveglianze Passi e Passi d'Argento, coordinate dall'Iss,

di cui è responsabile scientifico Maria Masacco, pubblicato sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità, e riferito alla popolazione adulta sull'ultimo biennio di raccolta dati 2023-2024.

«Nella popolazione adulta, a fronte di un 74% che dichiara di sentirsi bene o molto bene registriamo un crollo della stima al 46% tra chi ha patologie croniche e al 38% tra chi riporta sintomi di depressione. Anche tra chi convive con le malattie croniche, c'è chi mantiene una percezione positiva del proprio stato di salute e riesce quindi a controllare il proprio stato di benessere», dice la ricercatrice del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute (Cnapps) dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), Benedetta Contoli.

«È importante sottolineare subito – tiene a precisare la ricercatrice – che non diciamo come stanno gli italiani ma parliamo della loro qualità di vita relativa alla salute, un importante indicatore in sanità pubblica che consente di valutare il benessere, fisico e mentale, degli individui». La percezione della propria salute, prosegue Contoli «è fortemente legata al contesto sociale e culturale in cui vive la persona, all'ambiente di vita e di lavoro, alla presenza di patologie croniche e alla possibilità di accesso ai servizi socio-sanitari necessari per la prevenzione ai diversi livelli e chiaramente alle condizioni socio-economiche». In particolare, rileva il Rapporto, gli intervistati in media dichiarano di aver vissuto quasi 5 giorni in cattive condizioni di

salute nel mese precedente il sondaggio e nel dettaglio più di 2 giorni per problemi di salute fisica (per malattie o conseguenze di incidenti) e quasi 3 giorni per problemi legati alla sfera psicologica (problemi emotivi, ansia, depressione o stress); poco più di 1 giorno al mese a causa di questi problemi hanno avuto reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività.



Il documento elaborato da Apmo e dai medici
evidenzia i progressi e le criticità del sistema

Una 'Carta della salute' per garantire ai pazienti le cure più adeguate

Oltre 6 milioni di italiani convivono con una patologia oculare: un terzo affronta una riduzione della vista invalidante. La salute degli occhi in Italia non è buona e potrebbe presto venire alla luce un'emergenza, per ora 'silenziosa'. I pazienti spesso attendono mesi, se non anni, per una prima visita oculistica o per un intervento di cataratta e ciò accade in tutta Italia.

Punto di riferimento è la 'Carta della salute dell'occhio', realizzata da Apmo (Associazione pazienti malattie oculari) e frutto di un lavoro sinergico con società scientifiche, clinici, membri dell'Accademia, rappresentanti istituzionali ed elaborata con la supervisione di un board di elevato prestigio scientifico. Il documento fotografa l'attuale scenario assistenziale delle più comuni patologie degli occhi nel Paese ed evidenzia i progressi compiuti ma anche le criticità di sistema.

«**La campagna** nazionale 'La salute dei tuoi occhi non perderla di vista' - spiega Francesco Bandello, presidente Apmo e direttore dell'unità Oculistica dell'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano -, ha lo scopo di sensibilizzare e informare i pazienti e le istituzioni per mettere in atto strategie di pre-

venzione delle malattie oculari e garantire ai pazienti l'accesso ai percorsi di diagnosi e cura migliori. L'oculistica è una specialità penalizzata, non è una priorità nell'agenda istituzionale nazionale in quanto le patologie oculari non mettono a rischio la vita dei pazienti. Eppure, la vista è il senso più importante, tant'è vero che nel cervello occupa uno spazio preponderante. La promozione della salute dell'occhio è di cruciale importanza per sensibilizzare e informare la popolazione sulle condizioni cliniche oculari che a volte manifestano sintomi, ma spesso risultano completamente asintomatiche. Da ciò l'importanza di sottoporsi a controlli oculistici regolari».



La 'Carta della salute dell'occhio' è stata realizzata da Apmo con l'aiuto di società scientifiche, clinici e medici



DIRITTI

Utero in affitto, dall'Italia appello all'Onu

ANTONELLA MARIANI

le dedicata ieri alla presentazione del rapporto sulla violenza contro le donne.

A pagina 10

L'Italia chiede all'Onu l'abolizione universale della maternità surrogata, sul modello della legge approvata nell'ottobre 2024. Lo ha fatto la delegazione guidata dalla ministra Eugenia Roccella, all'Assemblea genera-

Utero in affitto bandito ovunque Così l'Italia si appella all'Onu

ANTONELLA MARIANI

La Gestazione per altri (Gpa) deve essere messa al bando in tutto il mondo, perché si tratta di una pratica «intrinsecamente legata a sfruttamento e violenza contro donne e bambini»; su queste basi l'Italia chiede all'Onu l'abolizione universale della maternità surrogata, su modello della legge approvata nell'ottobre 2024 dal nostro Parlamento.

È una «tre giorni» intensa, quella che ha impegnato a New York la delegazione italiana guidata dalla ministra Eugenia Roccella: l'occasione è stata la sessione dell'Assemblea generale di Palazzo di Vetro dedicata ieri nella tarda serata italiana alla presentazione del rapporto della Relatrice speciale dell'Onu sulla violenza contro le donne e le ragazze, Reem Alsalem.

Il report ha fatto il punto sulla pratica della Gpa in tutto il mondo: un business globale che raggiungerà il valore di 100 miliardi entro il 2033 (nel 2023 ne valeva 15) e che si basa sulla disuguaglianza economica e spesso razziale tra

committenti e madri surrogate. Alsalem ieri sera ha dunque illustrato le conclusioni del suo rapporto, elaborato dopo un processo di ascolto di un'ottantina di esperti e di oltre 120 realtà coinvolte tra agenzie di surrogazione, associazioni di genitori intenzionali, donne che hanno portato avanti gravidanze conto terzi...

La conclusione è che la Gpa rafforza le differenze sociali, disturba dal punto di vista emotivo lo sviluppo del neonato, allontanato subito dopo la nascita da chi l'ha partorito, riduce le madri surrogate a «incubatrici umane» e le priva per nove mesi della libertà di scelta ad esempio in caso di gravidanza multipla o di malformazioni del feto.

Il report, che è stato trasmesso all'Assemblea dal Segretario generale dell'Onu, e non è oggetto di votazione ma solo di discussione, costituisce una «cornice» che può orientare e guidare le scelte dei Paesi membri. Le indicazioni che arrivano dal rapporto è di sradicare tutte le forme di Gpa, comprese quelle cosiddette «altruistiche», mediante legi-

slazioni nazionali che la mettano al bando.

La Missione italiana all'Onu ha organizzato una serie di eventi collaterali all'Assemblea generale, tra cui un confronto a più voci, mercoledì, e un punto stampa con la ministra per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità, giovedì. «La dignità non è solo un diritto personale, ma un valore universale, non negoziabile, che appartiene a ogni essere umano», ha detto Eugenia Roccella, che ha ricordato come in Italia dal 2004 la legge vieta esplicitamente la Gpa. Un divieto esteso l'anno scorso anche ai cittadini italiani che ricorrono alla surrogazione all'estero, introducendo così la fattispecie di reato universale.



«Non esiste una surrogazione altruistica - ha aggiunto la ministra -: ogni forma implica la riduzione del corpo femminile a incubatrice».

All'appuntamento di questi giorni hanno partecipato anche rappresentanti di diverse organizzazioni; tra loro, la Dichiarazione di Casablanca, un network internazionale formato da 150 esperti e associazioni di tutto il mondo, che ha presentato il sostegno al report della Relatrice speciale dell'Onu e l'adesione alla richiesta di bando globale della Gpa da parte di 215 ong di

40 Paesi, tra cui l'Italia.

Sull'appuntamento americano si registrano le obiezioni dell'associazione Luca Coscioni, secondo cui quello elaborato da Reem Alsalem è un testo «fazioso e ideologico», che denota «l'assenza di pluralismo e di imparzialità». L'associazione, come è noto, sostiene e promuove un modello di Gpa «solidale» e ha chiesto il ritiro del documento presentato ieri a Palazzo di vetro.

Quello che è certo è che i report dei Rappresentanti speciali dell'Onu non creano ob-

blighi legali, ma, come conferma la stessa associazione Coscioni, hanno un valore di indirizzo politico e interpretativo. E questo, per molte altre organizzazioni che si battono in tutto il mondo per la dignità delle donne e dei bambini, è più che positivo.

LO SCENARIO

La richiesta del Governo all'Assemblea delle Nazioni Unite, a margine della presentazione del rapporto sulla Gpa: «Pratica legata a sfruttamento e violenza contro donne e bambini»

La ministra Roccella: la dignità delle persone non è negoziabile.

«Non esiste una surrogazione "solidale": c'è sempre la riduzione del corpo femminile a incubatrice»

Lavori dell'assemblea generale dell'Onu / *Imagoecon*



POLITICA SANITARIA, BIOETICA



Marcello Cattani

“Non possiamo produrre i farmaci in America ma l'Europa frena la ricerca e lo sviluppo”

Il presidente di Farindustria: “I dazi colpiranno i cittadini Usa. La manovra superi il meccanismo di payback”

L'INTERVISTA

PINO DI BLASIO

ROMA

Gli Stati Uniti che si preparano a una guerra, non solo commerciale. India e Cina che sottraggono crescenti quote di mercato all'industria del farmaco europea. L'Unione europea che adotta strategie e provvedimenti «che vanno nella direzione sbagliata, con la Commissione colpevole di non valutare mai gli impatti delle decisioni sulle imprese e sull'economia». E infine l'Italia, «con il governo Meloni chiamato a tutelare la leadership dell'industria farmaceutica, prevedendo nella manovra la cancellazione del payback».

Marcello Cattani, presidente di Farindustria, ha consigli e proposte per tutti. «Se vogliono evitare che l'industria farmaceutica faccia la fine della siderurgia, della chimica, oppure entri in crisi come l'automotive - è l'avvertimento - devono essere consapevoli che siamo un settore strategico, un'eccellenza che traina l'export. Ma questi primati non sono scontati o eterni». **Nel 2025 l'industria farmaceutica batterà i record del 2024, 56 miliardi di euro di produzione e 54 miliardi di export?**

«Guardando i dati del primo semestre, supereremo ampia-

mente quei primati. Le previsioni stimano una crescita del 20% sia della produzione, che sfiorerà i 70 miliardi di euro, che dell'export, che supererà i 65 miliardi».

Non vi ha spaventato la minaccia di Trump sui dazi?

«A me preoccupa l'incetta di principi attivi e farmaci. L'America sta investendo in armi e medicine, chiaro segnale che stanno preparandosi a qualcosa. Gli Usa hanno compreso per primi che l'industria farmaceutica è strategica in un mondo in cui è cresciuto il livello dei conflitti. La Cina è stata capace di attrarre risorse e investimenti in ricerca, erodendo sensibilmente la quota dell'Europa, e aumentando la nostra dipendenza sui principi attivi, oggi salita al 75%. La Russia ha rialzato la testa e usa le armi che ha, la sua ricchezza di energia e di materie prime. Il Continente che non tocca palla è l'Europa».

E se i dazi sui farmaci schizzassero al 100%?

«Finora i dazi al 15% non hanno avuto molto impatto, saranno scaricati soprattutto sui consumatori americani. Il Governo, come ha ribadito la premier Meloni, proverà a spiegare all'amministrazione Trump che ci sono produzioni che non possono essere fatte in America e che i dazi sono un danno per gli americani. Dal mio punto di vista i dazi al 100% sono irrealistici, priverebbero gli statunitensi di medicine e vaccini vitali».

Quante sono le aziende e i dipendenti dell'industria farmaceutica?

«Le industrie del farmaco sono alcune centinaia, quelle associate a Farindustria sono circa 200, di cui il 60% a capitale estero, 40% a capitale nazionale. Gli occupati complessivi sono 77 mila. Siamo il settore a più alto valore aggiunto in Italia, siamo primi in ricerca e per numero di brevetti».

Perché l'industria farmaceutica ce l'ha tanto con la Commissione europea?

«Contestiamo anche la strategia della Bce, che non capisce dove stanno andando gli investimenti industriali. Dobbiamo rendere più attrattiva l'Europa, non aggravare i costi industriali dell'accesso al credito e dell'eccesso di burocrazia. Poi ci sono provvedimenti come il CBAM, il tributo europeo contro le emissioni di gas serra nelle merci importate, l'Ets, il green deal. Le politiche della Commissione non sono disgiunte da quelle della Bce. Per questo Mario Draghi ha gridato contro l'immobilismo dell'Europa».

La Ue sta andando in direzione ostinata e contraria allo sviluppo?

«Guardi all'automotive, alla siderurgia, alla transizione energetica e anche all'industria del farmaco. Tutto il mondo allunga la durata dei brevetti, la Ue la accorcia. E poi tassa le industrie farmaceutiche con la scusa dell'in-



quinamento delle acque reflue, che costerà 11 miliardi di euro. All'Europa manca sempre la misurazione dell'impatto che ogni provvedimento determina sulle imprese, sui cittadini e sulla competitività».

Cosa chiedete al Governo nella prossima manovra?

«Il testo unico è un passaggio epocale che va nella direzione giusta. Ora va riempito di contenuti e risorse. Abbiamo proposto al Governo il superamento del payback sui farmaci: l'aumento dell'1% del fondo sanitario destinato alla spesa farmaceutica».

Non può sbandierare i primati dell'industria farmaceutica e chiedere di cancellare una misura che salva i bilanci sanitari delle Regioni.

«Un sistema sanitario che si regge sul payback è un sistema fallito. Le imprese pagano le tasse, nel 2025 il payback vale 2 miliardi e mezzo di euro oltre le tasse. Siamo un Paese che invecchia, che avrà bisogno di più farmaci, la spesa sanitaria aumenterà. Dobbiamo ripensare tutto, a partire da una misura pensata 20 anni fa come straordinaria e diventata

strutturale per legge. Trump l'ha detto senza mezzi termini: o l'Europa cancella tutte le barriere non tariffarie che pesano sulle imprese oppure le industrie americane sceglieranno altri posti dove investire e aprire stabilimenti». —



“

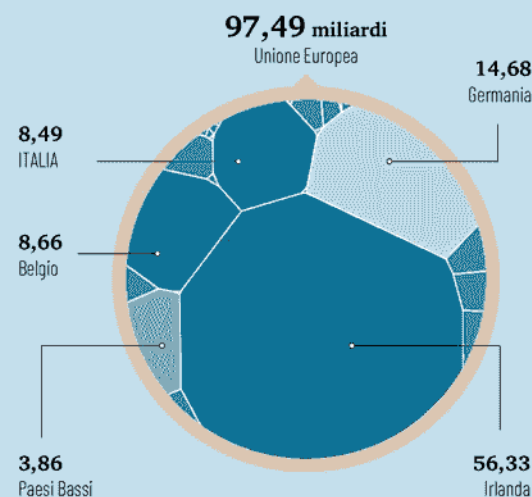
Marcello Cattani

Bruxelles non valuta gli impatti delle decisioni sulle imprese e sull'economia. Meloni ci tutela

L'EXPORT UE DI FARMACI VERSO GLI STATI UNITI

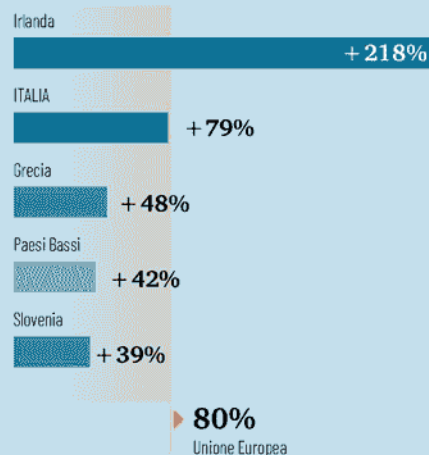
I PRIMI 5 PAESI, NEL I SEMESTRE 2025

Valore esportazioni (in miliardi di €)



CHI È CRESCIUTO DI PIÙ*

Variazione % I semestre 2025 vs 2024



*esclusi Estonia e Lussemburgo, il cui export non supera il milione di euro

Withub



Le parole del futuro

Alessandro Vercelli, direttore di Nico dell'università di Torino, coordina il progetto "Daisi&Ron". «Obiettivo, alleggerire il sistema sociosanitario»

«IA e realtà virtuale per robot che aiutino tutti i nostri anziani»

Alessandro Vercelli, 64 anni, direttore del Dipartimento di Neuroscienze e del NICO, centro di eccellenza dell'Università di Torino. Professore ordinario di anatomia, è past president della Società italiana di Neuroscienze.

Il focus delle sue ricerche è su sviluppo della corteccia cerebrale, lesioni del midollo spinale, malattie dei motoneuroni e morte neuronale. Di recente si è concentrato su invecchiamento sano e patologico, coordinando il progetto UE Horizon2020 "Active and healthy ageing" per l'utilizzo di app e sensori nel prevenire fragilità e declino cognitivo.

La popolazione anziana è in costante aumento e l'Italia è uno dei paesi più longevi al mondo. Ma con l'avanzare dell'età, si rende necessario un ausilio sempre più personalizzato per i nostri genitori e nonni. A questo problema cerca di dare una risposta il progetto Daisi&Ron, che integra robotica, intelligenza artificiale e realtà virtuale. «La necessità di assistenza per una popolazione anziana in rapida crescita è evidente e spesso la cura non è appropriata», ci spiega il professor Alessandro Vercelli, direttore del Dipartimento di neuroscien-

ze Rita Levi Montalcini e del Nico – Neuroscience Institute Cavalieri Ottolenghi - dell'università di Torino, coordinatore clinico del progetto, basato sul fondamentale contributo tecnologico di Teoresi Group.

Per quale motivo è così importante ricorrere alla robotica per supportare pazienti anziani e fragili?

«L'IA è l'elemento chiave che permetterà di personalizzare la terapia non farmacologica. Non possiamo pensare che i robot sostituiscano i caregiver, ma di sicuro potranno integrare e supportare il personale sanitario, raccogliendo dati utili per l'assistenza e la cura dei soggetti. L'idea del progetto è nata da di-

scussioni a livello internazionale con altri colleghi e dall'osservazione dei robot giapponesi, già ampiamente utilizzati nell'interazione con persone anziane a cui forniscono istruzioni per attività fisica dolce o istruzioni per le medicine. Con l'invecchiamento della popolazione italiana aumenta la percentuale di persone con problemi fisici o cognitivi, da qui l'idea di un progetto europeo che ci ha portato a collaborare con l'ingegner Bazzani di Teoresi Group, in seguito ad un bando dell'università Milano Bicocca. L'obiettivo del progetto è sperimentare l'utilizzo di robot nell'assistenza degli anziani monitorandone

il livello cognitivo, per migliorare la qualità della loro vita e alleggerire il carico sul sistema sociosanitario».

Entriamo nel dettaglio del robot Teo. Quali sono le sue caratteristiche tecnologiche per

interagire con gli anziani?

«Il robot è stato programmato da Teoresi che ha sviluppato tutta l'architettura software, l'integrazione della piattaforma di realtà virtuale e la programmazione del robot in grado di muoversi autonomamente, rilevare ostacoli, interagire vocalmente e accompagnare le persone lungo percorsi predefiniti. Si muove a velocità limitata, tra 0,4 e 0,7 metri al secondo ed è provvisto di segnalazione acustica, per renderne sempre percepibile la presenza. L'interazione può avvenire sia attraverso lo schermo, sia attra-



verso l'interazione vocale. TEO è dotato di capacità di navigazione autonoma e sensori a 360°, che gli consentono di muoversi in autonomia. Per adesso è stato programmato per operare in condizioni di sicurezza, muovendosi a velocità limitata e provvisto di segnalazione acustica. Teoresi si è occupata anche dello sviluppo dell'intero sistema di intelligenza e delle funzionalità di IA conversazionale grazie a modelli linguistici avanzati».

A quale tipologia di pazienti si rivolge il progetto e quali funzioni specifiche può svolgere Teo?

«Per ora, stiamo studiando l'interazione con individui anziani ma ancora in salute ed a livello di laboratorio. In futuro, pensiamo che sarà utilizzato con individui che presentano fragilità, con i quali Teo potrà favorire le interazioni, somministrare esercizi cognitivi per mantenersi in forma e fornire semplici istruzioni anche tramite visore VR. Secondo alcune ricerche circa l'85% degli utenti è accompagnato da un caregiver coetaneo: per questo motivo, il robot sarà progettato per assistere sia l'utente fragile, sia il suo accompagnatore».

Che ruolo ricopre l'IA nello sviluppo

del software di Teo?

«L'intelligenza artificiale è fondamentale. È cruciale per analizzare gli enormi dati che il robot ricaverà dalle sue attività quotidiane e a sua volta per imparare dalle attività del soggetto assistito per definire un nuovo approccio più empatico, automatizzato e personalizzato. Tuttavia, il robot potrebbe essere una fonte di dati molto importanti sulle condizioni pato-

logiche e questo solleva la questione della privacy; Teo, però, nella sua fase di test non registra dati personali né effettua riconoscimenti facciali».

In che fase è il progetto e quando potremmo vedere questi robot in strutture sanitarie?

«Il progetto è già iniziato, i colleghi di Teoresi hanno cominciato a programmare il robot e stiamo ordinando altri esemplari per la sperimentazione. In questa prima fase di test sperimentale in ambienti reali presso l'headquarter di Torino, Teo viene osservato mentre svolge attività di interazione e accompagnamento. La roadmap prevede che la sperimentazione tecnolo-

gica sul campo prosegua almeno per tutto il 2025. Nel 2026 seguiranno test con utenti anziani

in ambienti controllati e la sperimentazione presso una clinica neurologica; infine nel 2027 potrebbe partire con una fase clinica rivolta ad anziani con patologie neurodegenerative. I risultati che raggiungeremo serviranno a definire modelli di intervento replicabili su scala nazionale».

Al di là del progetto come si sta integrando l'IA nel campo delle neuroscienze?

«I nostri sistemi tecnologici ci permettono di raccogliere enormi quantità di dati dai pazienti: di comportamento, risonanze, Tac, esami del sangue. Solo l'IA ci permette di analizzare queste quantità di dati in tempi rapidi, essenziale per la ricerca. È la miniera del futuro della ricerca. Inoltre ci sono già applicazioni straordinarie: alcuni colleghi medici stanno trattando la paraplegia o la tetraplegia, utilizzando dei sistemi che permettono di stimolare direttamente il midollo spinale disconnesso dal cervello, consentendo a persone paralizzate di camminare. Credo che le possibilità per il futuro della robotica siano davvero enormi e molto promettenti».

Paolo Travisi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«CON L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE ITALIANA AUMENTA IL NUMERO DI PERSONE CON PROBLEMI COGNITIVI DA MONITORARE»

«QUESTA TECNOLOGIA RACCOGLIE E ANALIZZA DATI DI COMPORTAMENTO, RISONANZE, ESAMI DEL SANGUE E TAC NECESSARI PER LA RICERCA»



VERSO LA MANOVRA

Farmaci, per
le imprese conto
meno salato
sul payback

Marzio Bartoloni — a pag. 3

Farmaci e dispositivi, per le imprese conto meno salato sul payback

Manovra. Si lavora per mobilitare oltre 2 miliardi per ridurre l'impatto: l'ipotesi di uno sconto sull'arretrato del biomedicale e l'incremento dei tetti di spesa

Marzio Bartoloni

Far pagare un conto meno salato alle aziende che "lavorano" con il Servizio sanitario nazionale fornendo i preziosi farmaci e i dispositivi medici (dalle siringhe alle tac) che servono a curare gli italiani. Eccolo uno degli obiettivi a cui sta lavorando il Governo in queste ore per inserire le possibili soluzioni nella manovra attesa martedì in consiglio dei ministri quando potrebbe sbarcare anche un decreto legge collegato con alcune rimodulazioni di spesa (come fatto in passato), ma in misura limitata dall'esigenza di mantenere il deficit ancorato al 3% del Pil.

Quello del payback è un conto che sia le aziende del farmaco (da diversi anni) che quelle del biomedicale (in tempi più recenti) devono pagare ogni anno in caso la spesa del Ssn superi il tetto di spesa previsto, un tetto che viene abbondantemente sfornato tutte le volte. Solo per il 2024 a esempio le farmaceutiche dovranno pagare 2 miliardi di payback alle Regioni, metà dello sfondamento del tetto di spesa per i farmaci ospedalieri che è stato di 4 miliardi, mentre le aziende del biomedicale proprio a fine settembre hanno pagato il saldo - ridotto a 500 milioni dai 2 miliardi iniziali - relativo al payback 2015-2018. Cifre sempre più insostenibili su cui i ministeri più coinvolti - Mef, Salute e quello delle Imprese - stanno lavorando per

attutirne l'impatto. E così se tutto filerà liscio alla fine in manovra le risorse mobilitate per alleggerire la scure del payback potrebbero superare i 2 miliardi.

Per le aziende farmaceutiche l'ipotesi avanzata dai tecnici del ministero della Salute e su cui è in corso il vaglio del Mef è aumentare la quota dedicata alla spesa farmaceutica che viene assorbita dal Fondo sanitario nazionale che nel 2026 potrebbe superare i 142 miliardi grazie agli oltre 2 miliardi aggiuntivi che il ministro della Salute Schillaci potrebbe ottenere dal collega all'Economia Giorgetti. La percentuale dovrebbe salire dall'attuale 15,3% al 15,8% del Fondo sanitario (+0,5%); si tratta di circa 700 milioni in più a disposizione per coprire la spesa farmaceutica del Ssn, che dovrebbero alleggerire anche il payback sulle aziende. In più si punta a dimezzare l'altro payback (quello sulla spesa convenzionata delle farmacie) che vale circa 160-170 milioni.

Sui dispositivi medici le misure in manovra dovrebbero intervenire sia sul passato che sul futuro. Sull'arretrato in particolare il Mimit punta a recuperare 1,3 miliardi per assicurare - come già fatto per il triennio 2015-2018 - uno "sconto" sul payback 2019-2022 che sulle imprese dovrebbe valere ben 3,7 miliardi, anche se su questa cifra dovrebbero essere scomputati dal calcolo degli acquisti tutti i dispositivi utilizzati durante il Covid (dalle masche-

rine ai respiratori) che hanno fatto lievitare la spesa. Per quanto riguarda invece il futuro il ministero della Salute vorrebbe provare a inserire in manovra il rialzo del tetto di spesa oggi fissato al 4,4% sul Fondo sanitario (si ipotizza di farlo salire di uno 0,2% all'anno). In pista anche l'idea - come già avviene per i farmaci - di un Fondo per i dispositivi innovativi che non rientrano poi nel meccanismo del payback. Restano però ancora delle incognite che dovrà sciogliere il Mef perché sulle entrate del payback fanno affidamento le Regioni per far tornare i conti dei loro bilanci sempre più spesso in rosso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Martedì in Cdm possibile anche un decreto legge con rimodulazioni di spesa per mantenere il deficit al 3% del Pil



L'appello dei medici per i nuovi farmaci: «Basta ritardi dell'Aifa»

IDATI

Per far arrivare un nuovo medicinale negli ospedali o sugli scaffali delle farmacie, non bastano le sperimentazioni delle aziende. Serve il via libera dell'Agenzia italiana del farmaco, l'ente pubblico regolatore dei medicinali, che in media impiega quasi un anno e mezzo per approvare un nuovo prodotto farmaceutico.

Tempi troppo lunghi, come sottolineato da Francesco Cognetti, presidente del Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani. «Consultando i 53 decreti di rimborso di nuovi far-

maci orfani e nuove entità chimiche pubblicati in Gazzetta Ufficiale da luglio 2024 ad ottobre 2025», spiega l'oncologo in una nota, «emerge che dalla domanda di rimborso delle aziende alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale sono trascorsi in media 499 giorni».

IL REGOLAMENTO

L'attesa per le approvazioni si è allungata nell'ultimo anno. Tra luglio e dicembre 2024, l'Aifa ha impiegato in media 461 giorni per comunicare l'esito delle sue valutazioni. Nel 2025, invece, il processo di approvazione è durato 529 giorni. A queste tempistiche si aggiungono quelle per inserire i farmaci nei prontuari regionali, «che sono molto variabili da Regione a Regione e così si arriva a tempi

complessivi di circa 22 mesi (quasi 2 anni) per il reale accesso dei pazienti ai nuovi farmaci», prosegue Cognetti.

La speranza è che il nuovo regolamento dell'Aifa, approvato martedì, porti a una riorganizzazione per consentire un accesso più rapido dei cittadini alle terapie. Un auspicio condiviso dal presidente del Forum Società Scientifiche: «L'Agenzia si concentri sulle innovazioni terapeutiche come priorità dell'ente e dell'intero servizio sanitario».

Michelangelo Gennaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PER L'APPROVAZIONE
DEI MEDICINALI CI
VOGLIONO 499 GIORNI
L'ONCOLOGO COGNETTI:
«IMPORTANTE AVVIARE
LE NUOVE TERAPIE»**





Servizio I ritardi

La lunga attesa dei pazienti: ci vogliono quasi due anni per accedere ai nuovi farmaci in Italia

Tempi ancora lunghi nonostante la nuova Agenzia Italiana del Farmaco, riformata un anno e mezzo fa, abbia iniziato ad accelerare i tempi di approvazione dei medicinali

di Marzio Bartoloni

10 ottobre 2025

Ci vogliono in media ancora quasi due anni - 22 mesi per l'esattezza - per far arrivare i nuovi farmaci appena autorizzati ai pazienti. Se la nuova Agenzia Italiana del Farmaco, riformata un anno e mezzo fa, ha iniziato ad accelerare i tempi di approvazione dei medicinali, i cittadini sono però ancora costretti ad attendere ancora troppo tempo per accedere alle terapie innovative che possono migliorare le loro condizioni. Oggi, dalla richiesta dell'azienda al via libera con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, passano infatti "in media 499 giorni, pari a 16,6 mesi", a cui poi aggiungere altri sei mesi per le autorizzazioni regionali (l'ingresso dei farmaci nei prontuari regionali). Lo denuncia Francesco Cognetti, coordinatore del Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani, che auspica che il nuovo Regolamento dell'Agenzia Italiana del Farmaco, pubblicato nei giorni scorsi, "possa giovare ad assicurare il più rapido accesso alle nuove terapie per tutti gli ammalati italiani".

Per Cognetti, al momento, la situazione è "molto deludente". "Consultando i 53 decreti di rimborso di nuovi farmaci orfani e nuove entità chimiche pubblicati in Gazzetta Ufficiale da luglio 2024 ad ottobre 2025 - illustra - emerge che dalla domanda di rimborso presentata dalle aziende alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale sono trascorsi in media 499 giorni pari a 16,6 mesi". Tra le ragioni dei ritardi, anche il "fatto che la nuova Commissione Scientifica Economica rimanda dal 50 al 70 per cento delle pratiche Hta (la metodologia dell'Health technology assessment che serve a valutare l'innovatività di una terapia, ndr) poste ogni mese alla sua attenzione", dice l'esperto. Dal 2024 al 2025, inoltre, si assiste a un peggioramento: "Confrontando i dati relativi ai 23 decreti pubblicati nel periodo luglio-dicembre 2024 con i 30 pubblicati da gennaio 2025 al 7 ottobre 2025, risulta che i primi hanno avuto un processo di valutazione di 461 giorni (15,4 mesi) ed i secondi di 529 giorni (17,6 mesi)", prosegue Cognetti.

L'attesa non finisce qui: a questi tempi si aggiungono infatti quelli legati all'inserimento dei farmaci nei prontuari regionali, "che sono molto variabili da Regione a Regione e così si arriva a tempi complessivi di circa 22 mesi (quasi 2 anni)", conclude Cognetti, che auspica che "in forza della nuova organizzazione", "l'Agenzia si concentri sulle innovazioni terapeutiche come priorità dell'Agenzia e dell'intero servizio sanitario e che la situazione possa rapidamente cambiare".

Festival di Salute

La nuova frontiera della medicina la rivoluzione si chiama Rna

Test universali da un campione di sangue e super-vaccini personalizzati

TIZIANA MORICONI

Pensare al tumore non più come a una massa indistinta di cellule, ma come ad un essere vivente. Anzi, come ad un ecosistema, complesso e con una sua precisa architettura. E creare mappe tridimensionali ad altissima risoluzione, in cui non solo si identifica ogni singola cellula, ma si capisce anche che cosa sta facendo in quel preciso momento e in quel punto esatto dello spazio.

Questa nuova visione dell'oncologia è la convergenza di diverse linee di ricerca. Da una parte c'è quella che in gergo chiamano trascrittomica spaziale - analisi di sequenze di Rna che permette di avere un'istantanea dettagliata dell'attività di ciascun elemento - e dall'altra c'è l'idea che la struttura sia sinonimo di funzione: che dal modo in cui le cellule si dispongono, cioè, sia possibile dedurre informazioni sulla loro natura. L'ambizione è quella di decodificare le "geometrie" del cancro.

Concetti che oggi possono sembrare astratti, ma che rappresentano il futuro della lotta ai tumori, secondo Stefano Piccolo, professore ordinario di Biologia molecolare dell'Università di Padova, e Piero Carninci, a capo del Genomics Research Centre - Functional Genomics dello Human Technopole di Milano, entrambi ospiti, a Padova, del Festival

di Salute: saranno protagonisti, oggi, alle 9.30, del talk "Tumori: la frontiera" (il Festival, in corso fino a domani, può essere seguito anche online, dalla piattaforma "Salute" de "La Stampa").

Queste strategie - spiegano i ricercatori - si basano e si baseranno sempre più sulla nostra capacità di estrarre dati di qualità e di analizzarli. «I dati sono il nuovo petrolio - dice Piccolo - e, infatti, da anni assistiamo a uno spostamento, all'interno dei nostri laboratori, dal bancone alla scrivania, dove c'è il computer. E ancora non abbiamo visto nulla: la mole di dati, quasi inimmaginabile, con cui avremo a che fare nel prossimo futuro potrà essere decifrata soltanto con sistemi di calcolo potentissimi. È una rivoluzione culturale quella in atto».

Dati che stanno già facendo una grande differenza nella diagnosi precoce. Basti pensare allo sviluppo di reti neurali, in grado di analizzare le immagini come mammografie, Tac e risonanze, per scoprire "schemi" invisibili all'occhio umano, oppure alla capacità di analizzare il Dna e l'Rna nel sangue, alla ricerca di segnali precoci della comparsa o dell'evoluzione del tumore.

Se oggi la biopsia liquida è in parte utilizzata in clinica per seguire lo sviluppo di tumori già diagnosticati - per esempio per individuare l'insorgere di resistenze alle terapie in atto - l'ambi-

zione dei ricercatori è sviluppare dei test di screening universali, in grado persino di prevedere lo sviluppo di molteplici neoplasie da un banale campione di sangue o di urina.

«Sono in corso tanti tentativi di utilizzare il sangue anche per aumentare la nostra capacità di capire quello che succede al sistema immunitario, momento per momento - conferma Carninci -. Un aspetto importante è che, per la prima volta, queste analisi cominciano a tener conto delle sottili sfumature genetiche tra individui e popolazioni, così da arrivare a capire quando il sistema immunitario sta inviando un messaggio di allerta davvero significativo per ciascuno di noi».

C'è poi tutto il campo del cosiddetto Rna spazzatura, quello che non serve per costruire le proteine, ma che esercita un'azione sui geni. È un po' come dire che, finora, abbiamo studiato gli interruttori principali di una macchina e ora ne stiamo scoprendo altri, che possono sia comandare l'on-off sia fare da equalizzatori, regolando e accelerando la proliferazione cellulare.

E, invece, sul fronte delle terapie? Anche in questo caso il sistema immunitario



avrà un ruolo sempre più da protagonista, secondo gli scienziati. Una strategia promettente è quella dei vaccini terapeutici a mRNA, creati su misura, ad personam. Si parte dal tumore dal paziente e lo si analizza alla ricerca delle molecole-bersaglio presenti (che in gergo vengono chiamati neoantigeni, riconosciuti come estranei dall'organismo). Tra queste molecole, un algoritmo seleziona quelle che hanno maggiori probabilità di innescare la risposta immunitaria e su di esse viene sviluppato il

vaccino. Le sperimentazioni sono state avviate per alcuni tumori, tra cui il melanoma e il carcinoma del pancreas, che ancora oggi è tra i più difficili da trattare. Ma il sogno è che questa strategia possa essere applicata a tutti i tipi di cancro.

Altre strategie? Le terapie a base di linfociti T infiltranti il tumore (noti come TIL): si tratta di cellule immunitarie che si trovano all'interno dei tumori solidi e che possono essere prelevate e moltiplicate in laboratorio per poi essere reinfuse. O,

ancora, terapie geniche impiegate per riprogrammare i "killer" del sistema immunitario o per trasformare il microambiente tumorale, fino a renderlo tossico per quell'ecosistema chiamato cancro. Gli scenari sono sempre più a largo raggio. —

Si studia come identificare le cellule-bersaglio da colpire

L'ambizione è quella di decodificare la "geometria" del cancro



Non soltanto Dna: l'Rna è al centro di una nuova rivoluzione della medicina

Sul palco



Piero Carninci è a capo del Genomics Research Centre – Functional Genomics dello Human Technopole ed è team leader del Laboratory for Transcriptome Technology del centro Riken di Yokohama. Stefano Piccolo è professore di Biologia molecolare all'Università di Padova



ECCELLENZA SCIENTIFICA E ASSISTENZIALE

Tecnologie sanitarie: così la ricerca diventa cura

Innovazione nelle scienze della vita: firmato l'accordo di collaborazione tra Cube Labs e l'Irccs San Raffaele di Roma

■ Durerà tre anni (ma è rinnovabile): è stato firmato ieri l'accordo di collaborazione tra Cube Labs, un venture builder italiano specializzato nella creazione e nello sviluppo di spin-off accademici nel settore delle tecnologie sanitarie, e l'Irccs San Raffaele di Roma. È la scienza che non si ferma mai, quella della ricerca che guai a non stare al passo, che deve tradursi in soluzioni pratiche per i pazienti e deve farlo il più presto possibile, perché a non investire lì, a non credere al "miracolo" dei laboratori, son dolori e son dolori per tutti: il piano promuove, infatti, l'innovazione e il trasferimento tecnologico nell'ambito della "life science".

Quel passaggio, delicato, su cui spesso ci si gioca tutto, che va dalla ricerca di base alla pratica clinica: che un conto sono gli studi e un altro è metterli in atto, che è importante accelerare, supportare, aiutare. Cube Labs sa bene cosa fa, ha già sviluppato (o è nella fase di sviluppo) alcune tecnologie che vanno in questo senso. La collaborazione tra con l'Irccs San Raffaele di Roma riguarderà per l'appunto l'attività di ricerca pre-clinica a supporto delle socie-

tà di Cube, l'attività di sperimentazione clinica e gestione degli studi, i servizi di medicina digitale e le valutazioni dell'intelligenza artificiale, nonché gli studi sui dispositivi diagnostici e Ivd che sono, in sostanza, quelli in vitro.

«Siamo orgogliosi della firma di questo accordo con l'Irccs San Raffaele che è un riconosciuto polo d'eccellenza», spiega senza girarci troppo attorno Filippo Surace, il ceo e il fondatore di Cube Labs: questo passo «segna l'inizio di una collaborazione strategica di grande rilevanza per il futuro dell'innovazione nel settore delle Scienze della vita». Non è poco. «Le nostre società partecipate potranno così avvalersi di competenze cliniche e di infrastrutture di ricerca di altissimo livello, accelerando i loro percorsi di validazione e di ingresso sul mercato. Si tratta di un ulteriore passo in avanti nella nostra missione di trasformare la ricerca accademica in soluzioni sanitarie concrete e ad alto impatto per il sistema della salute».

È entusiasta anche Ennio Tasciotti, ossia il responsabile dell'area Ricerca human longevity program dell'Irccs San Raffaele

di Roma: «Ritengo che la forza di questa intesa risieda nella visione condivisa e nell'obiettivo comune che ci guida e dà significato al nostro lavoro: il benessere dei pazienti», dice. Quell'obiettivo che resta il motore di una professione davvero al servizio dell'utenza (e che altrimenti non potrebbe essere. «La firma di questo accordo», continua Tasciotti, «rappresenta l'inizio di un percorso che rafforzerà la capacità di tradurre le idee e le scoperte in soluzioni concrete, accelerando il passaggio dalla ricerca alla cura. Questo approccio è da sempre uno dei capisaldi della missione del San Raffaele, che coniuga eccellenza scientifica e assistenziale nella sua vocazione di centro di ricerca e cura a carattere scientifico».

LUC. PUC.



Festival di Salute

Il modello Human Technopole per una ricerca a tutto campo

Dalla biologia alla fisica, è cambiato l'approccio per le terapie del futuro

MARINO ZERIAL

La professione del ricercatore, o ricercatrice, nelle scienze della vita è cambiata profondamente negli ultimi decenni: oggi è una figura professionale che si muove in un contesto globale con competenze che vanno oltre la conoscenza specialistica.

Il mondo della ricerca contemporanea offre prospettive straordinarie e inesplorate grazie a tecnologie che accelerano scoperte e terapie: conosciamo il genoma umano, lo possiamo modificare, coltiviamo le cellule derivate da pazienti e le usiamo per generare tessuti artificiali. E molto di più: esploriamo i segreti dei meccanismi cellulari con una risoluzione impensabile fino a qualche anno fa e traduciamo queste scoperte in nuove opportunità terapeutiche.

La ricerca delle scienze della vita è sempre più "multi-scala", sia sul piano dimensionale sia temporale. Comprendere le malattie, ad esempio, richiede l'analisi dei meccanismi molecolari, cellulari, tissutali della patologia, e ci porta ad analizzare l'individuo o addirittura una popolazione.

Tale approccio impone l'integrazione di linguaggi e strumenti differenti: dalla biologia alla fisica, dalla matema-

tica all'ingegneria, fino alle scienze computazionali. Questa oggettiva sfida rappresenta contemporaneamente l'inedita opportunità di costruire una conoscenza che sia trasversale e profondamente innovativa.

La multidisciplinarietà è diventata una necessità nella ricerca contemporanea: qual è la situazione in Italia? Partiamo da un punto fermo: la qualità dei ricercatori italiani è indiscussa. Abbiamo scuole di pensiero solide e talenti riconosciuti a livello internazionale. Affinché i giovani scienziati restino in Italia o, meglio, ritornino dopo un'esperienza all'estero, abbiamo necessità di un ecosistema che li sostenga. Penso in particolar modo a maggiori dinamismo e competitività in settori chiave come la medicina personalizzata, la biotecnologia e l'Intelligenza Artificiale applicata alle scienze della vita. Auspico un rafforzato accesso a tecnologie di frontiera nonché a reti collaborative. Ritengo sia necessario investire in infrastrutture, garantire percorsi professionali stabili e valorizzare la ricerca di base in quanto motore essenziale dell'innovazione.

Human Technopole, l'istituto pubblico per le scienze della vita nato a Milano nel 2019 e che ho il privilegio di dirigere dal 2023, ne è un

esempio concreto. In poco più di cinque anni abbiamo attratto oltre 400 ricercatori da 35 Paesi, metà dei quali provenienti dall'estero. Tra questi ci sono anche un centinaio di italiani che hanno scelto di rientrare a lavorare, per la prima volta, nel proprio Paese.

A Human Technopole abbiamo fatto della ricerca multi-scala focalizzata sullo studio della fisio-patologia umana il nostro tratto distintivo. Promuoviamo la ricerca interdisciplinare e mettiamo a disposizione della comunità scientifica nazionale delle infrastrutture tecnologiche di altissimo livello.

Il modello Human Technopole, che introduce alcuni elementi innovativi rispetto a quanto adottato con successo in altri Paesi, consente di ottimizzare l'uso di tecnologie avanzate, ridurre i costi e stimolare le collaborazioni. È un modello che moltiplica le opportunità e crea quelle "proprietà emergenti" che nascono quando competenze diverse si incontrano e si contaminano.

Per rendere più attrattiva la ricerca italiana dobbiamo rafforzarla, sfruttando i suoi



LA STAMPA

tanti punti di forza e abbracciando definitivamente gli standard internazionali. Oltre a poter contare su investimenti adeguati e in linea con le aspirazioni di un Paese nell'élite economica mondiale, dobbiamo investire nella formazione, nella condivisione delle conoscenze e nella costruzione di reti tra istituzioni. Dobbiamo dare ai gio-

vani prospettive di carriera chiare e basate sul merito. Dobbiamo avere l'umiltà di riconoscere che le sfide della scienza contemporanea sono troppo grandi per essere affrontate da soli: è collaborando che possiamo ottenere risultati davvero significativi. Infine, dobbiamo comprendere che la ricerca di base produce brevetti e

start-up. La ricerca non è un vezzo costoso, ma un investimento per creare valore economico e impatto sociale. —

Le infrastrutture tecnologiche sono a disposizione della comunità scientifica

La qualità dei ricercatori italiani è riconosciuta nel mondo



Migliorare la vita umana e sviluppare tecnologie investendo nella ricerca sulla salute e sulla prevenzione: è l'obiettivo dichiarato dell'Istituto di scienze della vita Human Technopole a Milano

Sul palco



"A cosa serve la scienza?". È il titolo del talk che ieri ha visto protagonisti Marino Zerial e il Nobel per la Fisica Giorgio Parisi. Zerial è direttore dello Human Technopole ed è uno dei direttori-fondatori dell'Istituto Max Planck di Biologia Molecolare Cellulare e Genetica (MPI-CBG) di Dresda in Germania

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



Un ponte medico col Sud Sudan: la salute mentale non è un lusso

PAOLO LAMBRUSCHI

Un progetto italiano di Amref in Sud Sudan con Caritas e Università di Verona, per evitare che la salute mentale resti un lusso per ricchi. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel mondo sono oltre un miliardo le persone con problemi di salute mentale, su tutte ansia e depressione. Circa tre quarti dei suicidi avvengono, però, nei Paesi a basso e medio reddito dove si vede un'incidenza elevata di disturbi legati a traumi, guerre, disastri naturali, fame e migrazione forzata. La grande differenza la fanno le risorse disponibili. Nei Paesi ad alto reddito esiste una rete di servizi, mentre in molti Paesi africani, che dedicano in media appena il 2% del proprio budget sanitario alla salute mentale, il numero di psichiatri, psicologi o servizi è irrisorio. Le priorità sono spesso altre: malattie infettive, malnutrizione, emergenze umanitarie. In molti contesti, più del 90% delle persone con un disturbo mentale non riceve alcuna forma di cura. In Africa mediamente c'è uno psichiatra per ogni

milione di abitanti. E lo stigma per i malati è ancora molto forte. Ma dall'Italia arriva un modello interessante che coinvolge le comunità.

Zakayos Emmanuel, 20 anni, è riuscito a tornare sui banchi dell'ultimo anno di scuola superiore a Mundri, in Sud Sudan, proprio grazie al progetto Mental health integrated development (Mhind) che punta a sviluppare i servizi di salute mentale in otto distretti del Sud Sudan. Il progetto - co-finanziato da Agenzia italiana per la cooperazione allo sviluppo (Aics) e Stavros Niarchos Foundation (Snf) - vede insieme dal 2022 Amref Health Africa con il ministero della Salute del Sud Sudan, Caritas italiana, Caritas Sud Sudan e il centro di ricerca sulla salute mentale dell'Oms dell'Università di Verona.

In Sud Sudan, scosso da decenni di guerra e da livelli estremi di povertà - circa 12 milioni di cittadini vive al di sotto della soglia di indigenza - i disturbi mentali colpiscono oltre un terzo della popolazione, secondo i dati raccolti da Amref Health Africa. Qui si registra il quarto tasso di suicidi più elevato del continente e un quinto della popolazione è afflitto o è a rischio di sviluppare disturbi psicologici o psichiatrici. Zakayos dopo mesi di lotta è

guarito dalla psicosi che aveva costretto la sua famiglia a farlo rinchiusere in carcere per evitare che facesse del male a se stesso e agli altri. Un giorno ha improvvisamente iniziato a togliersi i vestiti, a girare nudo e ad aggredire tutti. L'uso di alcol o droghe può scatenare questa grave malattia, nel suo caso potrebbe essere stato l'uso di cannabis a provocare la psicosi. La svolta è arrivata quando la famiglia di Zakayo ha scoperto che a Mundri esiste una clinica specializzata in salute mentale. Quando un operatore lo ha visitato è stato avviato un trattamento quotidiano che lo ha liberato dai sintomi.

«In Sud Sudan stiamo lavorando ad un'iniziativa innovativa. La prima iniziativa interamente dedicata all'espansione di servizi di salute mentale, pienamente integrata nel sistema sanitario locale, in linea con la visione del ministero della Sanità - racconta la direttrice di Amref Italia, Roberta Rughetti -. Per troppo tempo la salute mentale è stata considerata un lusso in Africa. Colmare questo divario che lascia senza cura il 75% delle persone nei Paesi a basso reddito è una responsabilità comune».

Medici e infermieri sono stati formati da Amref e dai suoi



partner per fornire assistenza mentale in cliniche specializzate allestite all'interno di strutture sanitarie esistenti e fornite di farmaci. Sono state organizzate sessioni di self-help plus, corso di gestione dello stress nelle parrocchie, per raggiungere gruppi più ampi. Finora oltre 23.000 sudanesi hanno beneficiato dei servizi, come Zakayos.

«Non si può pensare a sviluppo, pace e benessere se non si affrontano i traumi, lo stress e la sofferenza psicologica di milioni di persone – afferma Michela Nosè, professoressa associata di psichiatra, che svolge attività clinica nel Policlinico “GB Rossi” di Verona e collabora, dal punto di

vista della ricerca, con l'Oms –. Se i risultati di M(h)ind saranno confermati, potranno servire da modello per altri Paesi a basso reddito».

LA SINERGIA

Amref, Caritas e Università di Verona dal 2022 lavorano in sinergia nel progetto “Mhind, sviluppato in otto distretti del Paese africano, sconvolto da decenni di guerra, e dove 12 milioni di abitanti vivono sotto la soglia di indigenza



Zakayos Emmanuel, 20 anni, con la sua mamma / Florence Miettaux



Servizio La ricerca

Tumore al colon: così con la diagnosi precoce dopo sei anni si arriva alla guarigione completa

Parla l'ideatore dello studio che risponde alla domanda più importante per i pazienti: guarirò? E quando?

di Federico Mereta

10 ottobre 2025

“Quando posso dire di essere guarito”? E' queste la domanda che pongono le persone che ricevono una diagnosi di tumore. Per il tumore del colon-retto in fase 2 e 3, che quindi non ha dato metastasi a distanza se non localizzazioni ai linfonodi vicini ed è stato trattato con l'intervento chirurgico associato alla chemioterapia, oggi è possibile dare una risposta. Uno studio internazionale, coordinato da Alessandro Pastorino dell'Irccs San Policlinico San Martino di Genova in collaborazione con una serie di centri tra cui la Mayo Clinic, dice che in questi casi la guarigione completa del tumore può essere possibile a sei anni. Si può dire così perché il rischio di recidiva del tumore, scende al di sotto dello 0,5% dopo sei anni, quindi non è significativo. “Si tratta del primo studio in letteratura che affronta questo problema – segnala l'ideatore della ricerca, l'oncologo Alberto Sobrero.

Cosa si è misurato

La ricerca ha compreso una grandissima popolazione di pazienti (35.213) con tumore in stadio 2 e 3, coinvolti in 15 studi clinici condotti tra il 1996 e il 2015. Tutti i partecipanti erano stati sottoposti a chirurgia radicale e poi chemioterapia, con monitoraggio successivo di almeno sei anni.

“Sostanzialmente abbiamo voluto cercare endpoint, cioè parametri come obiettivi, diversi dal solito – fa notare Sobrero. Siamo andati a ricercare le ricadute o i secondi tumori, anche al colon. E siamo arrivati a vedere (ripulendo i dati per identificare solo le reali recidive della prima malattia) che si arriva ad un rischio di riaccensione della patologia inferiore allo 0,5% in sei anni. Il che significa in pratica che si può rispondere al paziente – in queste condizioni alla diagnosi – che dopo sei anni può dirsi guarito da quel tumore”. tecnicamente, infatti, l'incidenza di recidiva ha raggiunto il picco del 6,4% tra il sesto e il dodicesimo mese, per poi diminuire ogni semestre fino ad arrivare al di sotto dello 0,5% dal sesto anno e mezzo al decimo anno.

Arrivare presto è fondamentale

Lo studio, oltre ad indicare come l'oncologo può rapportarsi con il malato sulla scorta di dati scientifici comprovati, porta ancora una volta alla luce l'importanza della diagnosi precoce e dello screening della patologia. L'esame del sangue occulto nelle feci, nelle fasce d'età in cui viene proposto, rappresenta uno strumento fondamentale. Perché arrivando prima il trattamento e la prognosi migliorano ulteriormente, consentendo di parlare di guarigione anche prima. Purtroppo la partecipazione ai programmi di screening è ancora troppo bassa in Italia. Ma un semplice esame come quello della ricerca del sangue delle feci, con conseguente colonscopia in caso di esito positivo, può davvero cambiare in meglio la traiettoria della malattia ed il percorso del malato verso la guarigione.



Servizio Percorsi terapeutici

Tumori: in arrivo un'App per gestire la malnutrizione dei pazienti oncologici

L'iniziativa del gruppo intersocietario coordinato da Aiom affiancherà la piattaforma digitale della Lombardia per la nutrizione artificiale domiciliare

*di Riccardo Caccialanza**

10 ottobre 2025

Le evidenze scientifiche degli ultimi quindici anni hanno mostrato come la malnutrizione nei pazienti oncologici incida negativamente sulla durata della degenza, sulla risposta ai trattamenti, sulla tossicità delle terapie e sulla sopravvivenza. Nonostante ciò, il problema resta spesso non diagnosticato. In Italia, la mancata abitudine a monitorare il peso dei pazienti impedisce una rilevazione precoce: un'analisi condotta nel 2020 su oltre 600mila pazienti e in collaborazione con oncologi, associazioni e strutture oncologiche ha evidenziato che la malnutrizione viene diagnosticata in meno del 10% dei casi, con conseguente impossibilità di attivare percorsi terapeutici adeguati.

Alle carenze diagnostiche si sommano l'assenza di percorsi strutturati e di figure dedicate – nutrizionisti clinici, unità di nutrizione e modelli organizzativi multidisciplinari – e la scarsa uniformità territoriale nella rimborsabilità degli alimenti a fini medici speciali, strumenti cruciali soprattutto nelle fasi precoci della malattia.

Il 47° Congresso della Società Europea di Nutrizione Clinica e Metabolismo (ESPEN), svoltosi a Praga, ha offerto un'importante occasione di confronto sul ruolo cruciale della nutrizione medica nei percorsi di cura. In questo contesto, il simposio promosso da Danone attraverso il suo brand Nutricia – pioniere nella nutrizione medica per migliorare esiti clinici, condizioni di salute e qualità di vita – ha posto al centro il tema “Case of Change to Satisfy Unmet Needs”, ponendo particolare attenzione al supporto nutrizionale in oncologia.

Il lavoro del gruppo intersocietario Aiom

A colmare queste lacune contribuisce il gruppo intersocietario italiano sul supporto nutrizionale in oncologia, coordinato da Aiom e affiancato da Sinpe, Favo, Airo, Asand, Sico e Fnopi. Coinvolgendo oncologi, nutrizionisti clinici, dietisti, chirurghi, radioterapisti e infermieri, il gruppo ha pubblicato a fine 2024 le prime Linee Guida Aiom dedicate alla nutrizione dei pazienti oncologici in trattamento attivo. Sul fronte della ricerca, studi multicentrici di rilevanza internazionale hanno dimostrato come la composizione corporea incida non solo sulla prognosi, ma anche sulla risposta terapeutica e sulla gestione della tossicità.

Il modello lombardo: un esempio virtuoso

I Supplementi nutrizionali orali (ONS) sono una soluzione clinica efficace per contrastare la malnutrizione e apportano benefici comprovati dal punto di vista nutrizionale, dell'efficacia e

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

clinici. In Italia, però, gli ONS non sono ancora inclusi nei Livelli essenziali di assistenza (Lea): una lacuna che genera disuguaglianze, costringendo molti pazienti a sostenere da soli i costi del supporto nutrizionale dopo la dimissione ospedaliera. Il risultato è un sistema frammentato, in cui l'accesso alle cure varia a seconda del territorio. Garantire un accesso equo alla cura della malnutrizione resta una sfida di civiltà.

Un segnale concreto e positivo di cambiamento arriva dalla Regione Lombardia, che nel 2022 ha istituito la Rete della Nutrizione Clinica. Il modello introduce misure innovative: obbligatorietà dei gruppi nutrizionali multidisciplinari anche in assenza di unità dedicate; erogazione gratuita della supplementazione orale per pazienti oncologici malnutriti o a rischio; screening nutrizionale obbligatorio per tutti i ricoverati, con riduzione del 20% del DRG per le strutture che non compilano correttamente la scheda di screening.

Tra le novità più significative, la definizione del primo PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) dedicato ai percorsi nutrizionali in oncologia e la creazione di una rete di centri hub di nutrizione oncologica. Si tratta di un modello che potrebbe aprire la strada a un futuro più equo ed efficace per i pazienti con specifici bisogni nutrizionali.

Digitalizzazione e nuovi strumenti

Entro l'inizio del prossimo anno sarà completata la fase di implementazione della Assistant NAD, piattaforma digitale lombarda per la prescrizione e il monitoraggio della Nutrizione Artificiale Domiciliare, già in fase di test. Parallelamente, Aiom lancerà un'app gratuita per pazienti e caregiver, utile all'automonitoraggio e alla consapevolezza nutrizionale, anche per compensare la carenza di personale dedicato. Un recente decreto della Direzione Generale del Welfare lombarda ha inoltre introdotto linee di indirizzo specifiche per la gestione del rischio nutrizionale e della malnutrizione, consolidando l'approccio sistemico.

Il ruolo degli infermieri e la nutrizione precoce

Gli infermieri, porta di accesso al sistema sanitario, hanno un ruolo centrale nello screening e nell'identificazione precoce dei bisogni. Altrettanto cruciale è la qualità del pasto ospedaliero: il supporto nutrizionale deve essere avviato entro 48 ore dal ricovero, con screening tempestivo, valutazioni immediate e supplementazioni precoci – naturali o tramite alimenti a fini medici speciali – per prevenire periodi di digiuno o malnutrizione, con ricadute positive su esiti clinici e qualità della vita.

L'integrazione della digitalizzazione con la raccolta sistematica dei dati nutrizionali nelle cartelle cliniche, sostenuta da Assistant NAD, apre la strada all'uso dei real world data e dell'intelligenza artificiale per sviluppare modelli predittivi sempre più specifici, calibrati su patologia e caratteristiche individuali. Una prospettiva che promette di migliorare significativamente la prognosi e la qualità di vita dei pazienti oncologici.

**Direttore SC Dietetica e Nutrizione clinica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo*



Servizio Stop alle trattative

Farmacie: scontro sul contratto dei dipendenti, ora incombe lo sciopero

Si inasprisce il contrasto tra Federfarma e sindacati: la disdetta dell'incontro riporta il negoziato in alto mare con il rischio di disagi per i cittadini

di Ernesto Diffidenti

10 ottobre 2025

Si inasprisce lo scontro tra Federfarma e i sindacati sul rinnovo del contratto dei 60mila dipendenti delle farmacie private. Un braccio di ferro iniziato nei mesi scorsi che ha avuto il culmine con la disdetta da parte di Federfarma di un incontro fissato il 9 ottobre per la ripresa delle trattative. Una decisione giudicata dai sindacati "di una gravità inaudita che mette in discussione tutto il lavoro e l'impegno profuso in questi mesi".

Filcams Cgil, Fisascat Cisl e Uiltucs ritengono che tale "gravissimo atteggiamento di Federfarma debba essere contrastato con ogni mezzo" annunciando una nuova fase di mobilitazione "che chiamerà tutte le farmaciste ed i farmacisti italiani a partecipare alle iniziative di lotta che nei prossimi giorni definiremo e che sfoceranno con la dichiarazione di uno sciopero nazionale".

La mobilitazione rischia inevitabilmente di comportare disagi ai cittadini soprattutto in una fase in cui le farmacie stanno diventando un presidio sanitario fondamentale sul territorio con l'estensione delle prestazioni ben oltre l'erogazione dei medicinali.

Lo sviluppo delle trattative

Nell'incontro precedente, il 5 agosto scorso, Federfarma aveva presentato una nuova proposta di aumento salariale, pari a 180 euro lorde mensili, a fronte dell'originaria proposta di 120 euro (i sindacati chiedono un incremento delle buste paga di 360 euro). In quell'occasione le organizzazioni sindacali avevano preso atto della nuova offerta e, pur dichiarando di voler mantenere lo stato di agitazione, avevano espresso la disponibilità a proseguire il confronto con Federfarma. Di qui i due incontri fissati in agenda per lo sviluppo del negoziato: il 9 ottobre, appunto, e il 29 ottobre. Poi uno sciopero indetto il 26 settembre dai sindacati territoriali Filcams Cgil, Fisascat Cisl e Uiltucs in Sardegna ha raffreddato i rapporti e spinto Federfarma a congelare il calendario degli incontri.

Superare le criticità

Una mossa che ha preso in contropiede i sindacati e che rischia di riportare tutto in alto mare. "In queste settimane - spiegano i sindacati - abbiamo lavorato con grande impegno: abbiamo avviato ed intrattenuto interlocuzioni continue con Federfarma per limitare ogni possibile problema di relazione e di metodo per tornare finalmente ad affrontare nel merito le questioni che stanno a cuore alle farmaciste ed ai farmacisti, alle collaboratrici ed ai collaboratori di farmacia: salario, professionalità, orari di lavoro e formazione".

Ora si deve ripartire. Federfarma ribadisce la propria disponibilità al confronto con l'obiettivo di superare le attuali criticità anche se “la minaccia dello sciopero pone ulteriori ostacoli al rinnovo del contratto” mentre i sindacati sono convinti che la mobilitazione “farà comprendere al Paese le ragioni di chi lavora in questo settore, ogni giorno più determinante per la sanità di prossimità”. I riflettori sono puntati sul 29 ottobre, le lancette scorrono veloci.

LOMBARDIA

Hacker slavi rubano dati ai medici

■ I dati sanitari di migliaia di cittadini e medici di base della Lombardia sono stati rubati da un gruppo hacker dell'Europa dell'Est nel corso di un cyber-attacco che ha colpito i server di Murex Software, società che gestisce il portale Paziente Consapevole utilizzato quotidianamente da pazienti, medici e farmacie per prenotazioni di esami, consultazione delle cartelle cliniche e prescrizione di farmaci. Dietro il nome di una finta società di recupero crediti di Monza, la CreditLex srl, veniva chiesto ai pazienti di pagare presunti arretrati per prestazioni sanitarie, esami e farmaci. La scoperta dopo l'arrivo a pioggia di mail fasulle, ma contenuti dati reali presi dal fascicolo sanitario

dei pazienti: i dati del cittadino (mail, residenza, ecc) e soprattutto un quadro di esami e farmaci realmente prescritti negli scorsi mesi dai medici di base.

Dati incredibilmente sensibili perché attengono alla sfera della salute del cittadino e che dovrebbero essere oggetto di protezione assoluta da parte delle società che gestiscono il servizio. La mail invita poi gli utenti a cliccare «entro 5 giorni dal ricevimento» per regolarizzare la posizione. Immediata è partita la denuncia della società, che ha temporaneamente sospeso il portale «Paziente consapevole» che risulta in manutenzione, alla polizia Postale e gli investigatori sono intervenuti

subito per bloccare il link truffa. Gli inquirenti sono al lavoro per risalire agli autori del maxi furto nella speranza di bloccare il tutto prima che le informazioni sensibili degli utenti possano finire nelle mani di altri cyber criminali. Secondo le prime informazioni sembra che – come spesso avviene in questi casi – le prime tracce degli hacker portino nell'Est Europa dove hanno sede le più importanti organizzazioni di cybercrime.



L'INCHIESTA

Sanità in Piemonte quaranta indagati

BUCCI, LEGATO

C'è il luminare di Otorinolaringoiatria che bollava e andava a giocare a golf, o chi figurava presente e invece era al centro estetico a fare un trattamento di bellezza. Ma ci sono anche i pazienti dell'ospedale di Settimo lasciati di notte «privi di cambi igienici e sporchi fradici per ore, sedati» a tal punto da intontirli «e così consentire agli in-

fermieri di turno di dormire di notte». Non basta. Perché nel lungo elenco di accuse della procura di Ivrea guidata da Gabriella Viglione sull'azienda sanitaria To4, ci sono bandi illeciti, appalti truccati, concorsi pilotati. Con le domande inviate sugli smartphone dei candidati giorni prima. E figurano fidanzate e amanti piazzate nelle aziende vincitrici delle commesse. In 38 rischiano il processo. - PAGINA 20

Sanità sotto inchiesta

Appalti truccati, posti riservati ad amanti, pazienti sedati e abbandonati
La Asl Torino 4 nel mirino: 38 sanitari e imprenditori a rischio processo

IL CASO

ANDREA BUCCI
GIUSEPPE LEGATO
TORINO

C'è il luminare di Otorinolaringoiatria che timbrava e andava a giocare a golf, o chi figurava presente e invece era al centro estetico a fare un trattamento di bellezza. Ma ci sono anche i pazienti dell'ospedale di Settimo Torinese lasciati di notte «privi di cambi igienici e sporchi fradici per ore, sedati» al punto da intontirli «e così consentire agli infermieri di turno di dormire di notte». Non basta. Perché nel lungo elenco di accuse della procura di Ivrea guidata da Gabriella Viglione all'azienda sanitaria To4, ci sono bandi illeciti, appalti truccati, concorsi pilotati. Con le domande inviate sugli smart-

phone dei candidati giorni prima. E ancora figurano fidanzate e amanti piazzate nelle aziende vincitrici delle commesse. In 38 rischiano il processo. Ci sono dirigenti medici, infermieri, imprenditori, consulenti.

Una presunta «cricca» popolata - anche - da personalità della medicina riconosciute indiscutibilmente sul campo. È il caso di Libero Tubino, accusato di truffa per essersi fatto bollare da una collega il badge 9 volte in altrettanti mesi simulando di essere al posto di lavoro che era poi quello di primario all'ospedale di Chivasso. Il gps del suo telefono lo avrebbe tradito: agganciava le celle di un campo da golf. «Fiduciosi della correttezza e della trasparenza dell'operato del nostro as-

sistito, stimatissimo professionista che nell'arco degli anni ha portato il reparto di otorinolaringoiatria dell'Ospedale di Chivasso a livelli di eccellenza, confidiamo di chiarire al più presto la sua posizione», dice il suo legale Luigi Chiappero.

Secondo l'accusa, Tubino si faceva aiutare da un'altra delle principali indagate. Si chiama Carla Fasson, manager dell'AslTo4. Solo tra maggio e settembre 2022 sarebbero 18 le procedure concorsuali «alterate». Tra queste ci sono anche quelle di figure apicali e dirigenziali. E il caso



del coordinatore del laboratorio d'analisi degli ospedali di Ivrea e di Chivasso o della radiologia territoriale. In questi casi divulgò ai candidati, attraverso WhatsApp o via mail, «notizie che dovevano rimanere segrete» che sono poi, spesso, i quesiti, o gli argomenti, oggetto delle diverse prove.

La dottoressa Fasson sarebbe risultata presente 15 volte in azienda quando invece era altrove. Ad esempio «per incontrare un soggetto estraneo all'Asl col quale intratteneva una relazione» chiosano i pm. Oppure per andare «dalla parrucchiera o dall'estetista». Sempre – a detta degli investigatori – coperta dal direttore generale dell'e-

poca (indagato) Stefano Scarpetta. L'accusa per entrambi è dunque truffa. E a proposito di relazioni sentimentali va registrata un'altra contestazione simile. È quella che ha investito l'attuale direttore del Distretto sanitario di Settimo Carlo Bono il quale «essendo creditore – scrivono i pm – dell'azienda Cm Service che aveva ottenuto un appalto in un Rsa, chiedeva ai vertici della stessa di assumere una donna con la quale aveva un rapporto sentimentale».

E poi c'è il capitolo delle gare d'appalto per la gestione dei servizi infermieristici dell'ospedale settimese che Cm Service di Cascinette d'Ivrea avrebbe «vinto» grazie ad otto affidamenti urgenti ottenuti e all'avallo del cda del-

la società che gestisce l'ospedale per un valore complessivo di 12,4 milioni di euro. Sono indagati per turbativa d'asta. Tra questi figurano il liquidatore della società che gestisce l'ospedale Alessandro Rossi e l'attuale presidente dell'ordine dei commercialisti torinesi Luca Asvisio, indagato nel ruolo di consulente della società. Il suo legale Maurizio Riverditi spiega che l'operato di Asvisio «si è svolto nel pieno rispetto delle normative ed è sempre stato improntato alla massima trasparenza. L'ipotesi d'accusa non trova alcun riscontro completo e riguarda un reato che, per natura e contenuto, risulta del tutto estraneo alla vicenda oggetto di indagine».

Infine, le contestazioni a

vertici e operatori dell'ospedale di Settimo. Maltrattamenti ai pazienti durante le notti: «Chiedevano assistenza suonando il campanello senza che nessuno degli operatori in servizio se ne prendesse cura». Volevano dormire in pace e per farlo non avrebbero somministrato nemmeno i farmaci prescritti: «Diverse flebo delle stesse venivano rinvenute al mattino dopo sui comodini». —

S Le accuse

- 1 Maltrattamenti**
All'ospedale di Settimo Torinese i pazienti erano abbandonati a loro stessi per ore e sedati
- 2 Appalti e concorsi**
Bandi illeciti, appalti truccati, concorsi pilotati, con le domande inviate giorni prima ai candidati
- 3 Badge timbrati**
Capitava che i professionisti risultassero al lavoro ma in realtà fossero a giocare a golf o dall'estetista



L'ospedale di Settimo Torinese, per l'accusa teatro di maltrattamenti ai danni di pazienti



Pesano quelli di nuova generazione e per le terapie sperimentali: l'azienda punta su razionalizzazione, generici e biosimilari

Città Salute, esplode la spesa dei farmaci In un anno aumento di oltre 19 milioni

IL DOSSIER

ALESSANDRO MONDO

Il bilancio da chiudere. Le assunzioni. Le ferie arretrate del personale e le prestazioni aggiuntive. La libera professione. Ma le sfide con cui inizia a misurarsi la nuova direzione della Città della Salute sono assai di più. Non meno importante il fronte farmaceutico, dove bisogna contenere i costi e garantire terapie avanzate tramite superfarmaci che salvano vite: un'equazione difficilissima.

I numeri parlano da soli. Il costo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati per il 2024 è stato di 162,2 milioni. Dai dati di monitoraggio relativi al primo semestre 2025, registra un incremento del 4,6% rispetto al primo semestre 2024. Nell'ultimo anno la cre-

scita è stata del 12,2% rispetto al precedente.

Un trend in aumento, conferma Lorenzo Angelone, il direttore sanitario aziendale richiamato da Livio Tranchida a Torino, per varie ragioni: la crescita esponenziale del prezzo dei farmaci, le numerose patologie trattate con farmaci altospendenti e innovativi, la tipologia onnicomprensiva dei pazienti, dalla fascia neonatale a quella geriatrica. «L'azienda è riconosciuta come centro regionale di riferimento per Fibrosi Cistica e Sma atrofia muscolare spinale, è centro di primo livello per terapie onco-ematologiche, centro autorizzato per numerose terapie geniche per patologie ematologiche, è inoltre inserita nella Rete regionale delle malattie rare e centro di riferimento per le patologie rare infantili», puntualizza il direttore.

Qualche esempio. Il farmaco per trattare l'atrofia muscolare spinale ha determinato nel corso del primo semestre dell'anno un aumento della spesa pari a circa 3,8 milioni rispetto allo stesso periodo del 2024. Da segnalare che

nel 2025 sono stati effettuati 4 trattamenti (5,4 milioni) rispetto ad un solo trattamento eseguito nel 2024. Antitumorali e terapie onco-ematologiche di precisione: la spesa per tali farmaci è pari al 50% del budget farmaceutico. CAR-T: questa terapia, utilizzata per la cura di tumori ematologici, come alcuni tipi di leucemie, linfomi e mielomi che non rispondono più alle terapie tradizionali o che recidivano dopo i trattamenti, è personalizzata.

«Non esiste un preciso obiettivo di riduzione dei costi - premette Angelone -, ma un continuo processo di efficientamento e appropriatezza». Sapendo che ci sono ambiti intoccabili. E' il caso dei farmaci innovativi, riconosciuti come tali dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa): «Devono essere resi immediatamente disponibili agli assistiti, anche senza il formale inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri regionali».

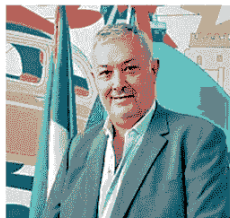
Come ci si muove in un contesto così sfaccettato? «In diversi modi - spiega il direttore sanitario -. L'attivazione dei gruppi interdisciplinari per le cure oncologiche, costituiti da medici e specialisti,

garantisce che la terapia farmacologica sia non solo efficace e ben tollerata dal paziente ma appropriata al contesto ed alle risorse disponibili». E ancora: la valutazione di ogni nuovo farmaco secondo criteri scientifici e di sostenibilità economica da commissioni costituite da clinici e farmacisti così come la razionalizzazione degli usi off-label, farmaci impiegati per indicazioni o con modalità diverse da quelle previste dalla scheda tecnica. Etc.

Un insieme di azioni mirate - il miglioramento d'uso dei farmaci altospendenti, in particolare quelli privi del carattere di innovatività, per ridurre la spesa generale e compensare l'incremento dovuto ai superfarmaci e alle terapie geniche - e orizzontali. «Come la sensibilizzazione dei medici sull'utilizzo di generici e biosimilari», conclude Angelone. L'aumento della spesa si può arginare, non frenare, ma per spendere meno bisogna innanzitutto spendere meglio. —

Gli antitumorali
assorbono
il 50 per cento
del budget

Quattro trattamenti
per l'atrofia spinale
sono costati
5,4 milioni



LORENZO ANGELONE
DIRETTORE SANITARIO
CITTÀ DELLA SALUTE



Siamo centro
di riferimento
per malattie
che richiedono
cure sofisticate

STOCCAGGIO E RIFORNIMENTO

Nel magazzino custoditi 5 mila articoli Ogni giorno 400 consegne ai reparti

Il magazzino centrale della Città della Salute gestisce circa 5 mila articoli tra farmaci e dispositivi medici, è dotato di sistemi semiautomatici per lo stoccaggio e la distribuzione: sistemi che comprendono anche armadi refrigerati con rilevazione costante della temperatura. Giornalmente vengono consegnate ai reparti circa 400 richieste di farmaci ed

altro materiale. Sono i numeri di un'azienda dove tutto è macroscopico. Compreso il nuovo "Hub oncologico" cofinanziato da Fondazione Compagnia di San Paolo con oltre un milione: una struttura all'avanguardia, la più grande in Italia, per la preparazione di terapie "su misura" per pazienti adulti o pediatrici. Si sviluppa su

800 metri quadri e ha 6 laboratori servazione di farmaci di pratica clinica e sperimentali: 300 i preparati giornalieri. ALE.MON. —



Tennis & Friends saluta con un'edizione da record

► Chiuso il quindicesimo anno, al Foro Italico 120mila visitatori. Star dello sport e volti noti come testimonial per pubblicizzare la prevenzione e la solidarietà

LA KERMESSE

Record di presenze e screening gratuiti al Foro Italico per la main edition di Tennis&Friends giunta alla sua 15ª edizione: oltre 120.000 visitatori e 42.000 fra consulti e screening sanitari gratuiti. Un risultato straordinario che conferma la forza di un evento che unisce salute, sport, informazione e solidarietà. «La prevenzione ha un ruolo sempre più cruciale nella diagnosi precoce, soprattutto per patologie gravi come quelle oncologiche - ha detto Giorgio Meneschincheri, fondatore e presidente di Tennis and Friends, dirigente medico del Policlinico Universitario A. Gemelli Ircs e docente di medicina preventiva all'Università Cattolica del Sacro Cuore - Una corretta prevenzione oncologica, basata su stili di vita sani può ridurre il rischio di cancro fino al 50%, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità. Le scelte che fanno la differenza includono non fumare, adottare una dieta equilibrata e povera di zuccheri e grassi, praticare attività fisica regolare, mantenere un peso corporeo sano, limitare il consumo di alcol e protegger

gersi dal sole».

MODELLO VINCENTE

Ma non finisce qui. Il modello vincente di Tennis and Friends è pronto a espandersi in sette Regioni italiane e oltre oceano portando con sé un messaggio forte e chiaro: la salute è un diritto e la prevenzione un dovere. Cuore pulsante della manifestazione il maestoso "Villaggio

della Salute", allestito con 200 postazioni e 73 aree specialistiche, grazie alla sinergia di oltre 700 professionisti sanitari provenienti da 86 strutture, coordinate da Salute Lazio, Asl Roma 1 e Fondazione Policlinico Agostino Gemelli Ircs. A sottolineare l'impegno del territorio è stato il direttore generale Asl Roma 1, Giuseppe Quintavalle. «Il Servizio Sanitario del Lazio è sceso in campo per rimarcare quanto sia importante agire quando siamo sani grazie alla prevenzione. Questa manifestazione di sport e salute è un grande volano per far comprendere alle persone che per il nostro benessere è fondamentale avere diagnosi precoci e soprattutto ristabilire il clima di fiducia con gli specialisti del Servizio sanitario regionale. Come Asl Roma 1 mettiamo a disposizione il truck che da mesi sta girando per il territorio portando le prestazioni come vaccinazioni, mammografie, pap e hpv test sotto casa delle persone» ha detto

Quintavalle. Accanto alla salute non è mancato il divertimento. Il "Villaggio dello Sport", curato dalla Federazione Italiana Tennis e Padel (Fitp) insieme alle principali Federazioni sportive italiane, ha avvicinato famiglie e bambini alle pratiche sportive. Mentre nel "Villaggio Interforze", le Forze Armate hanno raccontato il loro ruolo al servizio della sicurezza e della collettività.

AMBASSADOR

A rafforzare il messaggio di prevenzione e consapevolezza, come ogni

anno, sono scesi in campo numerosi Ambassador del progetto: Mara Venier, Albano, Paolo Bonolis, Neri Marcorè, Eleonora Daniele, Max Biaggi, insieme a Elisabetta Ferracini e Matilde Brandi, che hanno incoraggiato le donne a sottoporsi ai controlli senza paura. Tra i luminari della medicina presenti il noto cardiologo Antonio Rebuzzi e il neurochirurgo Giulio Maira accompagnati dalla moglie Carla. Un'edizione da record che ha confermato il valore nazionale del progetto e la sua efficacia nel promuovere una cultura della preven-

zione sempre più concreta e diffusa. L'edizione 2025 entra così nella storia come quella dei grandi numeri ma soprattutto quella degli obiettivi raggiunti. Tennis&Friends guarda ora al futuro con la missione di raggiungere nuove città e paesi, abbattendo barriere geografiche e sociali per portare la salute dove è più difficile arrivare. Perché, come recita il messaggio che ha attraversato ogni angolo del Foro Italico: la salute è una partita che si gioca ogni giorno, in campo e fuori.

Barbara Carbone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Strutture residenziali Il documento approvato a giugno in vigore entro fine anno. Le associazioni: «Noi non interpellati»

Disturbi alimentari, la Regione taglia

La delibera: ricoveri solo per 90 giorni. Per chi va oltre scatta il pagamento del 40 % della retta

Dopo tre mesi scattano le decurtazioni del 40 per cento per le tariffe nelle strutture residenziali (private accreditate) che si occupano di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Lo stabilisce una delibera di giunta approvata a giugno. «Si tratta di una misura esclusivamente economica che rischia di interrompere il percorso clinico dei pazienti a metà e di avere costi insostenibili per le famiglie»: è l'allarme di Laura Dalla Ragione, docente di Dca al Campus Bio-Medico. In allerta anche le associazioni: «Non si capisce la ratio con cui è

stata presa una simile decisione — dicono — senza neanche essere stati consultati. Nessuno ne sapeva niente». Da parte loro sono già partite lettere per chiedere spiegazioni al presidente Rocca.

a pagina 2 **Salvatori**



Gli ambulatori Anoressia e Disturbi alimentari di viale Baldelli (Foto Claudio Guaitoli)

Sanità

Disturbi alimentari, la Regione taglia i ricoveri: più spese per le famiglie

La delibera: dopo i primi 90 giorni il servizio sanitario pagherà solo il 60%

Novanta giorni al massimo. Poi partirà una decurtazione del 40 per cento per chi ha necessità di un ricovero in una struttura residenziale che si occupa di disturbi della nutri-

zione e dell'alimentazione. Una decisione che però spaventa esperti del settore, associazioni e familiari dei pazienti che, specie da dopo la pandemia da Covid, sono in costante aumento e la cui età

è diminuita sensibilmente. A stabilire il nuovo tetto temporale è una delibera regionale (approvata da giugno ma non ancora operativa) che, oltre a fissare in 223,48 euro la «re-



munerazione giornaliera», decide che per le «strutture private accreditate» la «tariffa del regime residenziale — si legge nel testo del documento — verrà ridotta del 40% a partire dal 91° giorno di assistenza del paziente».

Nel Lazio, quindi, la rivoluzione riguarderebbe la maggior parte dei posti letto (appena una settantina in totale) dal momento che in tutta la regione se ne contano 12 pubblici al Santa Maria della Pietà (Asl 1) mentre gli altri sono tutti privati accreditati: Villa Armonia nuova (Asl 3), Villa Pia a Guidonia (Asl 5) e istituto San Giorgio a Soriano (Viterbo).

«Si tratta di una manovra prettamente economica e che comporta un altissimo rischio che il percorso clinico si interrompa a metà — sono queste le preoccupazioni espresse da Laura Dalla Ragione, docente di Disturbi del comportamento alimen-

tare all'università Campus Bio-Medico —. Ma soprattutto si tratta di una decisione che non ha tenuto conto del tavolo tecnico esistente sull'argomento e per la quale non sono state interpellate neanche le associazioni». Le perplessità maggiori derivano da eventuali costi a carico delle famiglie. I conti sono facili da fare: con le tariffe stabilite, la quota del 40 per cento «arriverebbe a oltre 2.700 euro mensili — prosegue Dalla Ragione —. Considerando che in media il ricovero varia tra sei mesi e un anno, non so quante famiglie potrebbero permettersi di far completare il percorso di cura ai propri figli a queste condizioni».

Sorprese da una simile decisione anche le realtà associative, che da tempo chiedono invece l'ampliamento della rete pubblica dedicata ai disturbi come l'anoressia e la bulimia: «Nessuno sapeva

niente. E nessuno ha preso bene la notizia — spiega Aurora Caporossi, presidente e founder dell'associazione Animenta —. Si entra in un campo complesso, il tema della durata delle cure è molto importante. Oggi il sistema sanitario regionale, con residenze e semi residenze, è importante specie per gli acuti. Ma tre mesi, per quanto la terapia sia soggettiva, non bastano per guarire. Io in tre mesi a malapena mi ero abituata a stare nel centro. Non si possono fare "pacchetti temporali", per di più economicamente insostenibili».

Per far sentire la loro voce, alcune associazioni hanno inviato, e altre stanno per inviare, lettere al presidente della Regione, Francesco Rocca: «Su quali parametri hanno preso questa decisione? — si chiede Daniela Bevivino, presidente di Fenice Lazio —. Il tempo indicato in questa nuova delibera è del tutto in-

sufficiente per completare un percorso di cura per chi soffre di disturbi alimentari. Abbiamo incontrato un referente della Regione ma la situazione non è chiara. Monitoreremo attentamente. Certo però la preoccupazione resta».

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I tempi

Il provvedimento approvato a giugno sarà operativo entro la fine dell'anno

Reparto Una dottoressa nel reparto di Anoressia e Disturbi Alimentari



60%

La percentuale

Il provvedimento di giugno fissa i parametri dei ricoveri: dopo 90 giorni la Regione pagherà solo il 60% dei costi

90

Giorni

Fino a 90 giorni il ricovero è a carico del sistema sanitario, dal 91° le famiglie concorreranno alle spese per il 40%

2.700

Euro

Con la nuova delibera, non si sa ancora quando entrerà in vigore, le famiglie potrebbero arrivare a spendere 2.700 euro al mese

12

Posti letto

Al momento in regione esistono solo 12 posti letto pubblici che si occupano di disturbi alimentari, gli altri 60 sono privati in convenzione



UNA PAZIENTE

«I tempi di guarigione da anoressia e bulimia non si possono fissare»

«È impossibile stabilire un tempo per la guarigione dai disturbi del comportamento alimentare. E di certo tre mesi non sono assolutamente sufficienti. La media che si trascorre nelle strutture residenziali è tra i sei mesi e un anno»: il racconto di Cristina Procida.

a pagina 3

«Per guarire anoressia e bulimia non si può stabilire un tempo»

La storia di Cristina: «Ne soffro da 12 anni e il mio percorso prosegue»

«Non è pensabile attribuire un tempo di guarigione per i disturbi del comportamento alimentare. Sono un po' come le dipendenze, il percorso è davvero complesso, molto soggettivo e spesso figlio di un lavoro di equipe. Tre mesi, per patologie simili, che hanno per altro una forte implicazione psicologica, non sono sufficienti». Cristina Procida, piemontese di nascita ma romana di adozione, ha 28 anni e da poco ha conseguito la laurea in Editoria alla Sapienza. Dal 2022 è volontaria dell'associazione Animenta.

Quando ha iniziato a soffrire di disturbi del comportamento alimentare?

«Da quando avevo 16 anni ho iniziato a soffrire di anoressia nervosa, ma ancora oggi, dodici anni dopo, non mi considero guarita. E non posso considerarmi guarita perché il mio percorso prosegue ancora oggi».

Come si è accorta della sua

problematica?

«Non me ne sono accorta io. Per me era tutto normale, andava tutto bene, nulla stava cambiando nel mio corpo e neanche nella mia mente. Ma chi mi stava vicino, i miei amici e il mio fidanzato, hanno notato i miei cambiamenti e ne hanno parlato con un'educatrice. Così il mio percorso è iniziato direttamente con una visita dal neuropsichiatra infantile. Nel mio periodo più buio non sono mai riuscita a salire su una bilancia e a pesarmi. E quando alla visita ho visto quei numeri sul display, per me era come se non riguardassero me».

Quando è iniziato il suo percorso in una struttura specializzata nei disturbi alimentari?

«Non subito. All'inizio non sono andata a ricovero. Dopo qualche anno però ho cominciato a soffrire di "Night eating", ovvero digiunavo di giorno e mi abbuffavo di notte. Un disturbo che può portare anche problemi fisici importanti. E io proprio per questi ho avuto necessità di ricovero».

Quanto tempo è stata in struttura residenziale?

«Circa tre mesi. Poi ci fu la necessità di liberare il posto e sono uscita».

Sono bastati per guarire?

«Assolutamente no. Hanno aiutato nella gestione e nella regolazione dei pasti, ma una volta uscita sono passata attraverso i day hospital, le visite settimanali, i controlli mensili. E ripeto, ancora oggi non ne sono del tutto fuori. Proprio due giorni fa sono stata a un incontro».

Quindi tre mesi sono un tempo irrisorio?

«Il percorso di cura, a seconda dei casi, può durare anche anni. E la rete delle strutture territoriali in questo momento fa già difficoltà a prendere in carico pazienti trattati per molto tempo, figuriamoci a percorso non concluso».

Oggi che rapporto ha con il cibo?

«Ancora oggi sono seguita a livello di dieta da una nutrizionista. Ancora oggi ho paura di sbagliare. E ancora oggi se ho dubbi, se c'è un minimo cambiamento, chiamo la dottoressa per capire cosa devo fare prima che mi salga l'anisia».

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'intervista Il Governatore della Regione: «Le famiglie non dovranno pagare nulla in più, la decurtazione riguarderà esclusivamente i centri»

«Più posti letto per i disturbi alimentari»

Rocca: «Saranno quasi 200 entro pochi mesi, le strutture non potranno dimettere dopo 90 giorni chi non è guarito»

di **Clarida Salvatori**

«Abbiamo investito risorse, aumentato posti, attuato una rivoluzione culturale per quel che riguarda i disturbi del comportamento alimentare. Le famiglie non dovranno pagare nulla perché le decurtazioni ricadranno

sulle strutture convenzionate»: dice nell'intervista il presidente Rocca. a pagina 2



L'intervista

Francesco Rocca

«Disturbi alimentari, noi vicino a chi soffre: avremo 200 posti letto»

Il governatore: «Le strutture non possono dimettere chi ha bisogno»

di **Clarida Salvatori**

«Numeri alla mano, abbiamo aumentato le risorse come mai prima d'ora, abbiamo aumentato le tariffe per le strutture residenziali e semi-

residenziali, abbiamo aumentato i posti letto. Abbiamo invertito una tendenza culturale e lavorato alla creazione di una rete territoriale per i disturbi del comportamento

alimentare, che nelle condizioni che abbiamo ereditato era inesistente». Il presidente della Regione, Francesco Rocca, non ci sta a sentirsi attribuire «tagli in un settore così



delicato come quello dei disturbi alimentari, che coinvolge in maniera drammatica tantissimi giovani del Lazio e le loro famiglie».

Quali sono le novità più importanti introdotte dalla delibera sui Dca?

«La novità più importante è la programmazione che abbiamo avviato. E grazie alla quale in questo momento stiamo verificando l'offerta e lavorando all'individuazione e alla mappatura dei nuovi posti, dal momento che tra qualche mese ne saranno operativi altri 132 in strutture residenziali e altri 166 in quelli semiresidenziali rispetto alle attuali dotazioni».

Il tema più controverso della delibera riguarda però le decurtazioni che avverranno dopo i 90 giorni di presa in carica del paziente che soffre di anoressia o di bulimia.

«Il punto è che la delibera non si può ridurre solo al tema delle decurtazioni dopo i 90 giorni di ricovero. In quel documento c'era appunto l'innalzamento del numero dei posti letto e anche l'aumento delle tariffe, ferme da oltre 15 anni. C'era l'implementazione, sul territorio, degli ambulatori per il pasto assistito, per un investimento complessivo di 41 milioni di euro».

Ma nel dettaglio, per quali ragioni si è scelto di ridurre in modo così netto i tempi di degenza e ricovero?

«La scelta deriva da dati molto seri e precisi, in cui viene osservato che il tempo di

ricovero nel Lazio per i disturbi del comportamento alimentare ammonta a 77 giorni in media. Un dato che, nella mediana, scende addirittura a 47 giorni. I tempi ottimali, come confermato anche da Riccardo Dalle Grave, direttore di una delle migliori strutture italiane, Villa Garda, sono tre mesi. Tempi superiori possono implicare dei rischi».

Per esempio di che tipo?

«Oltre i tre mesi, nei pazienti possono insorgere problemi di tenuta, di dipendenza dall'istituzionalizzazione della struttura dell'interno, quando invece i giovani devono essere proiettati quanto più possibile verso l'esterno».

La domanda che terrorizza le famiglie di questi giovani è: dopo i 90 giorni che succede?

«Per i pazienti che ancora non sono guariti non cambierà nulla. Il medico si assumerà la responsabilità di certificare le condizioni e tutto resterà invariato, con la copertura del 100% delle spese. Per chi invece verrà ritenuto pronto per la fase successiva si apriranno le porte delle strutture semiresidenziali».

Senza decurtazioni o spese aggiuntive?

«Esattamente. Voglio chiarire che le famiglie dei pazienti non dovranno pagare niente, non ci sarà da parte loro alcuna compartecipazione. Quello

che cambia, con l'introduzione di questa delibera, riguarda solo ed esclusivamente le strutture: le decurtazioni del 40% stabilite, per altro su rette aumentate di 45 euro al giorno, riguardano loro. Così come i controlli che scatteranno a partire dal 91° giorno. Stiamo lavorando per ridurre le sacche di inefficienza, non per rispondere a logiche economiche, ma pretendiamo che le regole vengano rispettate».

Ma se la struttura viene pagata meno dalla Regione, potrebbe ridurre i servizi o le terapie ai pazienti?

«Se un paziente dovesse avere ancora bisogno di cure e in una logica puramente economica dovessero essere interrotte, noi andremo a controllare e in tal caso siamo pronti a togliere la convenzione».

Il sistema si poggia molto su cliniche in convenzione nel Lazio.

«Nella nostra regione il sistema concentrato sull'assistenza del privato accreditato è stato fatto crescere molto negli anni, soprattutto nel campo della salute mentale, della fragilità, della dipendenza, dell'invalidità, degli anziani. Per questo c'è necessità di una regolamentazione».

Viste le preoccupazioni delle associazioni e delle famiglie, che le hanno anche indirizzato lettere, sarebbe disposto a incontrarle per spiegare la situazione?

«Assolutamente sì, anche per far capire che l'attenzione

su questi temi da parte nostra è alta. E mi spiace che queste incomprensioni possano minare la fiducia nel Sistema sanitario regionale».

Devono saperlo chiaramente: su di loro non graveranno spese insostenibili?

«È escluso. Il 40 per cento di cui si parla nella delibera non ricadrà sulle famiglie. Su questo voglio essere chiaro e tranquillizzare tutti quei nuclei che già vivono una situazione difficile».

La delibera è in vigore ma non operativa. Come mai?

«Perché andrà in vigore un po' alla volta. Anche con le assunzioni che abbiamo fatto in sanità non è che appena le abbiamo annunciate poi il giorno successivo sono state effettive. Ci sono voluti dei tempi tecnici. Ma la delibera è già pienamente operativa».

Ci sono altre iniziative che la Regione sta mettendo in campo riguardo per i disturbi del comportamento alimentare?

«Con l'Agenzia dei beni confiscati alla criminalità organizzata siamo in via di definizione per la realizzazione, nella Asl Roma 1, di un centro residenziale per i disturbi alimentari all'interno di una villa con parco sequestrata a un russo. Che sarà pubblica ma non avrà l'aspetto di una dimensione ospedaliera».

Da sapere

- Tra qualche mese saranno operativi altri 132 posti in strutture residenziali e altri 166 in quelle semi residenziali

- Il tempo di ricovero nel Lazio per i disturbi alimentari ammonta a 77 giorni in media

Chi pagherà
Le decurtazioni del 40%
stabilite dalla delibera,
per altro su rette
aumentate di 45 euro
al giorno, riguarderanno
solo le strutture

La copertura
Per i pazienti non ancora
guariti non cambierà
nulla: tutto resterà
invariato, con la
copertura del 100
per cento delle spese



132
Nuovi posti letto
nelle strutture residenziali il
numero dei posti letto
aumenterà dagli attuali 70 a
oltre 200 a prevederlo è la
delibera sul Dca

166
Posti semiresidenziali
Anche le disponibilità nelle
strutture semiresidenziali
aumenteranno di altri 166 posti.
Nella nuova rete previsti anche
ambulatori per il pasto assistito

40%
La percentuale
La decurtazione stabilita per le
tariffe a partire dal 91° giorno
di degenza riguarderà
solo le strutture e non graverà
sulle famiglie dei pazienti



Dir. Resp.: Luciano Fontana

L'ASSESSORE MASELLI

«Chi è caregiver di un malato non deve perdere il suo lavoro»

Il caregiver, colui che si prende cura di un familiare malato, «deve poter svolgere questo ruolo fondamentale per l'assistenza socio-sanitaria rimanendo al contempo totalmente integrato nella società e nel mondo del lavoro». Massimiliano Maselli, assessore regionale ai Servizi alla persona, nella seconda edi-

zione della Giornata regionale del caregiver, ricorda la legge che sostiene questa figura.
a pagina 3

L'assessore e l'assistenza socio-sanitaria

Maselli: «Deve poter mantenere il lavoro il familiare che assiste il parente malato»

La figura del caregiver, il familiare che si prende cura dei parenti malati, è stata al centro ieri del confronto tra istituzioni, famiglie, terzo settore, associazioni della cooperazione sociale, consulte della disabilità e organizzazioni sindacali durante la seconda edizione della Giornata regionale del caregiver e dell'inclusione sociale. L'iniziativa è stata promossa dall'assessore ai Servizi alla persona e all'Inclusione sociale della Regione, Massimiliano Maselli, e dall'Asp Istituto Romano di San Michele.

«Vogliamo dare sempre più importanza ad una figura fondamentale come quella del caregiver - ha spiegato Maselli -. È un percorso iniziato ad aprile 2024 con la

legge regionale numero 5, che riconosce i suoi diritti e lo fa entrare, con ruolo preminente, nelle reti delle politiche sociali, garantendogli anche interventi di sollievo». Grazie a questa norma, inoltre, questo ruolo viene ufficializzato con la consegna di una card di riconoscimento. «I caregiver, troppo spesso, rischiano di essere esautorati dalla società a causa del ruolo che sono chiamati a svolgere - ha aggiunto l'assessore -. Con la legge del 2024 vogliamo che il caregiver possa prendersi cura dei suoi cari, rimanendo al contempo totalmente integrato nella società e nel mondo del lavoro». Pensieri condivisi dal vicepresidente della commissione Sanità della Camera dei

deputati, Luciano Ciocchetti, che ha ricordato: «La Regione sta utilizzando il Fondo sociale europeo per fare operazioni di sostegno, come la legge sul caregiver». «Questa è una figura essenziale del nostro sistema sociale - ha sottolineato Giovanni Libanori, presidente dell'Istituto Romano San Michele -. È un gesto d'amore che diventa responsabilità pubblica, un atto privato che chiede risposte collettive».



Insostituibile

Quando in famiglia c'è un soggetto malato, il caregiver svolge un ruolo fondamentale
(Foto Getty Images)



La rivoluzione dell'Umberto I

► Il progetto del nuovo Policlinico: l'ospedale sorgerà in un unico edificio di sette piani
Le specialità di pediatria saranno tutte a parte. Due complessi dedicati al day hospital

Addio all'attuale Umberto I: il progetto della Sapienza per la riqualificazione prevede la costruzione di un blocco da 7 piani. Nel progetto, anche la riconversione dei vecchi padiglioni in un moderno studentato.

Magliaro a pag. 34

Il futuro del grande ospedale



Ecco il nuovo Umberto I resterà al suo posto ma sarà rivoluzionato

► Il progetto del nuovo Policlinico: l'ospedale sorgerà in un unico edificio di sette piani
Rocca: «Bando entro la fine del 2026». Ora manca solo il via libera delle Belle Arti

LA SVOLTA

L'annuncio lo aveva dato il presidente della Regione, Francesco Rocca, cinque giorni fa, durante un'audizione in commissione Sanità del Consiglio regionale: «La costruzione del nuovo policlinico Umberto I su viale dell'Università ormai è una certezza. È arrivato, infatti, il via libera da parte della Soprintendenza di Stato ai Beni culturali che doveva esprimersi sulla rimozione di alcuni vincoli». La Regione ha trasmesso le carte per rimuovere i vincoli e ora le Belle Arti dovranno formalizzare questo via libera. Però, che l'Umberto I si stia apprestando a cambiar pelle a questo punto sembra una certezza. Esaminando il progetto stilato dalla Sapienza, facoltà di Architettura, emergono subito quattro elementi fondamentali. Il primo, si resta nello stesso sito di oggi, fra viale del Po-

liclinico, viale dell'Università, viale Regina Margherita e via Giovanni Maria Lancisi. Secondo, non si perderà nemmeno un posto letto, oggi sono 1.170 e tanti resteranno. Terzo, addio all'ospedale sul modello ottocentesco dei padiglioni orizzontali in favore di un complesso verticale e sostanzialmente monoblocco. Quarto, ciò che rimarrà dopo la ristrutturazione diventerà uno studentato.

TEMPI

Lo stesso Rocca, sempre in audizione in Commissione, aveva anche indicato una tabella di tempi: «La gara per la realizzazione dovrebbe partire entro la fine del prossimo anno, nel 2026. La proprietà del policlinico Umberto I è dell'Agenzia del Demanio con cui stiamo trovando una soluzione

che passerà attraverso una norma per fare questo passaggio di proprietà. Il tutto dovrà avvenire entro la legge di stabilità, questo è il termine che ci siamo dati». Tradotto dal linguaggio parlamentare: entro fine anno va approvata la legge finanziaria (oggi si chiama legge di stabilità) e quindi il timing per il passaggio di proprietà è definito. Entro la fine del prossimo anno



ci saranno 2 gare per la realizzazione dell'Umberto I: siamo già d'accordo col direttore del policlinico di fare bandire la gara

per la progettazione nel 2026 e arrivare a fare bandire la gara per la fine del 2026».

IL NUOVO MODELLO

Come detto, il nuovo Umberto I sarà realizzato in un unico edificio: tutti i reparti legati alla pediatria saranno in strutture (esistenti) a parte; i day hospital (quello "ordinario" e quello oncologico) a loro volta in strutture separate così come i laboratori, gli edifici dell'amministrazione e il palazzo che sarà dedicato all'intramoenia. La nuova struttura, invece, sorgerà a partire dall'attuale clinica di otorinolaringoiatria, prenderà la clinica di urologia, l'ex lavanderia e la clinica di infettivologia inclusi i palazzi ad angolo fra viale dell'Università e viale Regina Margherita. Questi edifici saranno abbattuti e al loro posto arriverà un complesso unico di set-

te piani in totale strutturato su tre complessi verticali. Il collegamento sarà dato dai due piani interrati, il -2, il parcheggio da 20mila metri quadri, e il -1, una grande sezione dedicata alla diagnostica da 15mila metri quadri. Al momento, sono due le ipotesi su come strutturare i cinque piani fuori terra. La prima, prevede di collocare il pronto soccorso e il blocco parto in su un unico livello al piano terra dell'edificio di angolo fra viale dell'Università e viale Regina Margherita: sarebbero quasi 10mila metri quadri. Al di sopra, primo piano, ci sarebbe l'area del blocco operatorio. Al secondo piano, 5mila metri quadri per le terapie intensive. Terzo, la stroke unit, cioè l'unità dedicata alla gestione delle fasi di un ictus, sempre da 5mila metri quadri. Quarto e quinto piano, 5mila metri quadri, di degenza. Il complesso "centrale" su viale dell'Università, in questa versione, sarebbe dedicato di fatto alla degenza: piano terra per l'accoglienza e quattro piani per i pazienti. Infine, il

complesso iniziale, quello più vicino a viale del Policlinico, avrebbe al piano terra i servizi per il pubblico e gli ambulatori e i quattro piani superiori per le degenze. I tre complessi verticali sarebbero connessi fra loro con collegamenti verticali e intervallati da alberi pensili o all'interno dei cortili. La seconda versione, differisce dalla prima per la collocazione di pronto soccorso: su due piani nel primo edificio verso viale del Policlinico, con la rianimazione al terzo piano e la stroke unit al quarto, mentre le sale operatorie e la terapia intensiva finirebbero al pian terreno le prime e al primo piano la seconda del complesso all'angolo con viale Regina Margherita.

Fernando M. Magliaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INVARIATO IL NUMERO
DEI POSTI PER I
PAZIENTI: 1.170
STRUTTURE SEPARATE
PER DAY HOSPITAL,
PEDIATRIA E LABORATORI

Il futuro Policlinico Umberto I



Il futuro del grande ospedale

Dai posti letto all'area fitness più spazio per gli studenti

► Nella zona che verrà liberata dai reparti ospedalieri sarà costruito un campus universitario con alloggi per i 30mila fuori sede. Previsti anche punti di ristoro

IL RILANCIO

Una metà dell'attuale Policlinico Umberto I sta per rimanere "senza lavoro". L'operazione congiunta - Regione, Università La Sapienza, Policlinico e Comune di Roma - di rivoluzionare l'Umberto I costruendo un nuovo complesso che superi la suddivisione in padiglioni, lascerà 35 edifici, tutti vincolati, senza una loro effettiva destinazione d'uso. E c'è un problema da risolvere: quello della sistemazione dei circa 30mila studenti fuori sede che, ogni anno, affollano corridoi e aule delle varie facoltà della Sapienza.

La soluzione l'ha fornita lo stesso governatore, Francesco Rocca, che a più riprese ha indicato nella «riconversione dei padiglioni attuali in un moderno campus universitario» la possibile via d'uscita al caro affitti per gli studenti.

LE CARTE

Nel progetto elaborato dalla facoltà di Architettura della Sapienza c'è anche un'intera sezione dedicata alla riconversione dei vecchi padiglioni in un nuovo studentato.

Partiamo subito da un dato: questa parte del progetto è ancora in uno stato embrionale e, so-

prattutto, dovrà trovare le fonti di finanziamento. Inoltre, tutti questi edifici sono vincolati dalle Belle Arti quindi gli interventi di restauro e riqualificazione dovranno essere coordinati con la Soprintendenza e rispettosi dello stato attuale delle cose (ovvero, niente stravolgimenti). Fra questi ci sono edifici di assoluto pregio estetico come l'attuale sede della direzione generale a fianco al pronto soccorso, con il grande scalone e il porticato, la prima e la seconda clinica medica.

All'attuale stadio della progettazione, restano ancora da "battezzare" le destinazioni di 5 o 6 edifici, inclusa l'attuale direzione generale.

Per il resto, almeno 8 strutture dovrebbero essere trasformate in residenze. Il che, considerando che parliamo di palazzi di un paio di piani, si può tradurre in un consistente numero di letti anche tenendo presente che, nella ristrutturazione, non sarà più necessario lo spazio oggi occupato da macchinari medici o altro. Sono, quindi, tutti spazi che possono essere recuperati e destinati ad ospitare gli studenti.

AULE E SALE STUDIO

Sono una mezza dozzina, poi, le strutture che nel progetto embrionale vengono ipotizzate come destinate ad ospitare aule, sale di lettura e di studio, biblio-

teche, sale computer, spazi collaborativi e via dicendo.

In aggiunta, per rendere vivibile per gli studenti questo spazio, la previsione è di creare almeno due posti di ristoro che possono essere dei bar o una vera e propria mensa, considerando il fatto che anche all'interno dell'attuale policlinico è già operativa una mensa con le sue cucine proprio al centro dell'ospedale. E, sempre per la vivibilità dell'intero complesso, è in previsione anche la realizzazione di una palestra e di un'area fitness all'interno di quella che oggi è il prefabbricato della farmacia centrale.

C'è poi una coppia di edifici, quelli dove oggi sono collocati la seconda Clinica Chirurgica e la Clinica di Neurochirurgia che saranno trasformati in foresteria per ospitare i professori che verranno in visita alla Sapienza. «Il progetto presentato dall'università ci ha pienamente convinto - ha detto Rocca in Commissione Sanità - ci permetterà di avviare un'opera di rigenerazione urbana con il recupero di molti edifici e la possibilità di creare nuove residenze universitarie». Con La Sapienza che, con questa rivoluzione, potrebbe diventare uno dei più grandi campus universitari d'Europa.

Fer. M. Mag.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**REALIZZATO LO
STUDIO PRELIMINARE
LA REGIONE SOSTIENE
LA RICONVERSIONE
PER COMBATTERE
IL CARO AFFITTI**

STAMPA LOCALE ROMA CAPITALE



TRAPANI I risultati della biopsia dopo 8 mesi

Denunciò i ritardi degli esami istologici, morta donna di 56 anni

Dall'esposto di Maria Cristina Gallo scaturì un'inchiesta della Procura: indagati dieci medici

Valentina Raffa

■ Otto mesi per l'esito di un esame istologico e intanto il tumore si faceva strada. Inesorabile. È morta a 56 anni, a Mazara del Vallo, Maria Cristina Gallo, la docente che denunciò i ritardi della sanità trapanese nella consegna di esami importantissimi come quelli istologici a seguito di biopsia. Da lì partì un'inchiesta, ancora pendente, della procura di Trapani, che vede indagati per presunte omissioni e negligenze 10 medici e 9 tra tecnici e personale sanitario. Lo scandalo sulla malasana portò anche alle dimissioni del direttore generale dell'Azienda sanitaria trapanese, Ferdinando Croce.

Maria Cristina ha lottato fino alla fine e, se il suo corpo ha ceduto al male che l'ha pervaso, la sua battaglia persisterà. Non solo la giustizia farà il suo corso a seguito degli esiti dell'inchiesta, ma i familiari, gli amici e tutti i cittadini sono ormai stati contagiati dalla sua forza. Lei, fiaccata nel corpo, ma non nello spirito, ha innescato reazioni a catena. Dopo il

racconto pubblico terribile dell'inferno che stava vivendo, infatti, sono seguite numerose segnalazioni su malfunzionamenti del servizio sanitario provinciale, presunti casi di malasana, tempi d'attesa biblici per questioni sanitarie importanti. Come importantissimo era l'esito dell'esame istologico di Maria Cristina, richiesto nel dicembre 2023, dopo un'isterectomia, e, malgrado diversi solleciti del suo avvocato, giunto solo otto mesi dopo, nell'agosto 2024, quando il quadro clinico era ormai compromesso con metastasi diffuse. «Non è una battaglia contro qualcuno, ma per qualcuno: i malati». Parole che risuonano immense quelle di Maria Cristina, il cui sorriso resterà sempre impresso in chi l'ha conosciuta. Era animata non dall'odio, ma dal senso di giustizia e dal desiderio che nessun altro mai possa come lei trovarsi a vivere il suo stesso calvario, mentre il tempo siciliano scorre lento e a nessuno sembra interessare.

Il suo non è un caso isolato. Ad attestarlo c'è una relazione della commissione ispettiva inviata all'Asp di Trapani dal ministero della Salute, nella quale si segnalano ritardi e criticità nell'elabora-

zione degli esami. E adesso si attendono gli esiti dell'inchiesta della procura di Trapani, volta ad accertare eventuali responsabilità dei ritardi dell'esito dell'esame istologico, organizzative e individuali in seno all'Azienda sanitaria provinciale e dei laboratori coinvolti.

«Dalle sue parole è nato uno scandalo che ha scosso le coscienze e probabilmente salvato altre vite - ha commentato il sindaco Salvatore Quinci - Maria Cristina lascia il marito Giorgio e due figli di 25 e 17 anni. Di lei resta anche la biblioteca dei bambini "L'isola che non c'è" che ha fondato. Era laureata in Storia e filosofia e anche in Teologia. Da alcuni anni insegnava italiano nell'istituto tecnico industriale R. D'Altavilla di Mazara del Vallo».

