

2 ottobre 2026

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

02/10/2026

Fondazione Restelli Ets accoglie i primi due infermieri arrivati in Italia nell'ambito del progetto «Samaritanus Care» promosso da Aris e Uneba

Due infermieri del Camerun alla Perini

Lunedì mattina sono stati accolti in struttura dal presidente Angelo Garavaglia e dal direttore Giuseppe Enrico Re

RHO (gse) Fondazione Restelli Ets accoglie i primi due infermieri del Camerun arrivati in Italia nell'ambito del progetto «Samaritanus Care» promosso da **Aris** e Uneba, le due associazioni rappresentanti le istituzioni sanitarie e sociosanitarie cattoliche e di ispirazione cristiana, con il patrocinio dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della Conferenza Episcopale Italiana. L'obiettivo del progetto è dare risposta alla grave carenza di infermieri in Italia e garantire alle persone fragili ospiti nelle strutture sanitarie e sociosanitarie associate ad **Aris** o Uneba, infermieri che hanno conseguito la laurea in istituzioni cattoliche in Africa, America, Asia. I due infermieri, **Bindang Bi Mbu** 41 anni e **Ayolo Essiane Yannick Gael** di 36 anni, che

hanno preso servizio presso Fondazione Restelli sono arrivati dal Camerun a Roma e da qui, giovedì scorso, a Milano. Sono stati accompagnati da Monsignor **Massimo Angelelli**, direttore dell'ufficio nazionale per la Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Italiana e da **Ilaria Tinelli**, coordinatrice diocesana della sanità di Sangmelina in Camerun, missionaria laica della Fidei Donum della Diocesi di Brescia. Lunedì mattina sono stati accolti in struttura dal presidente **Angelo Garavaglia** dal direttore **Giuseppe Enrico Re** dal vicedirettore **Luca Re Fraschini** e da **Giovanni Ferraro**, responsabile delle risorse umane, **Antonella Lattuada** dello staff direzione generale, alla presenza del presidente nazionale Uneba, **Franco Mas-**

si. Nel dare il benvenuto, il presidente Garavaglia ha affermato, «Come Fondazione Restelli ci assumiamo una responsabilità precisa: valorizzare la professionalità di Bi Mbu e Yannick e, nello stesso tempo, accompagnarli perché possano sentirsi parte della nostra comunità». Prima di assumere pienamente le proprie funzioni a contatto diretto con gli ospiti, i due infermieri professionisti stanno completando un percorso di inserimento che prevede un corso intensivo di lingua italiana. Un passaggio fondamentale sia per rispettare i requisiti normativi, ma anche per garantire una comunicazione efficace, empatica e sicura con l'equipe di lavoro, con le persone assistite e le loro famiglie





la Repubblica



Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
STEFANO CAPPELLINI

R50



R cultura

Scrittori in rivolta
il dibattito sull'IA

di **DARIO OLIVERO** e **SARA SCARAFIA**
alle pagine 34 e 35

R sport

CR7, il campione
che non sa dire addio

di **MAURIZIO CROSETTI**
a pagina 41



Venerdì
2 ottobre 2026

Anno 51 - N° 229

Oggi con

Il venerdì

In Italia € 2,90

L'Europa dice no a Meloni

Respinta la richiesta italiana di alzare il tetto alla spesa: "Abbiamo già dato più flessibilità"
Accordo in maggioranza per ridurre il maggiore deficit per la Difesa. Torna a salire lo spread

L'Europa non esaudisce le richieste della premier Meloni. La carta della flessibilità non convince la Ue che nega all'Italia l'innalzamento del tetto alla spesa. "Abbiamo già dato più flessibilità", Meloni aveva anche scritto a von der Leyen: "L'inflazione fa salire la spesa". Intanto la stessa revisione sta per essere chiesta da Francia, Spagna e Grecia. E lo spread torna a salire.

di **COLOMBO, CONTE, DE CICCO, SANTELLI e TITO**
alle pagine 2, 3 e 28

Regeni, il governo
non chiede all'Egitto
i risarcimenti

di **GIULIANO FOSCHINI**
a pagina 19

Schlein-Conte, è già duello "Si decide alle primarie"

Un'alleanza "per"
e non solo "contro"

di **MASSIMO RECALCATI**

Il cosiddetto "campo largo" nasce da un'esigenza politica o da un interesse squisitamente elettorale? La ricomposizione necessaria della condizione frammentata dell'opposizione ha un respiro ampio.

a pagina 17

Giuseppe Conte, presidente M5S, punge il Pd sul tema della leadership: "Ho dato la disponibilità a trovare un federatore, ma non ho trovato aperture". Conte spiega di aver provato a evitare le primarie, che ora considera inevitabili. La segretaria del Pd Elly Schlein non replica all'alleato-rivale e fa sapere che ci sono solo due strade per designare il candidato premier della coalizione: "Sarà chi vince ai gazebo o il capo del partito più votato".

di **PUCCIARELLI, RIFORMATO e VITALE**

a le pagine 6 e 9



LE PROTESTE

Rivolta degli studenti in Francia preside cosperso di benzina

dalla nostra corrispondente **AN AIS GINORI**

alle pagine 6 e 7

Il calvario di Christa fallita l'esecuzione in Tennessee dopo due iniezioni

di **BASILE e MASTROLILLI**



a pagina 12

Quando si inceppa la cerimonia del boia

di **GABRIELE ROMAGNOLI**

Ogni esecuzione capitale è un'immonda cerimonia, qualcuna lo è più delle altre. L'estenuante attesa, la danza dei rinvii, l'illusione della commutazione della pena, le due vetrine blindate che, come nel più ignobile dei talk show, separano favorevoli e contrari, la sete di vendetta dei familiari della vittima, la fame di un boccone di notizia dei giornalisti ammessi, la falsa solennità degli attuatori che ripudiano il titolo di carnefici eseguendo compiti altrimenti innocui, come infilare aghi, premere bottoni, tirare tende, spegnere luci.

a pagina 13

GIOVANNI FORNERO

INDISPONIBILITÀ
E DISPONIBILITÀ
DELLA VITA

UNA DIFESA
FILOSOFICA
GIURIDICA
DEL SUICIDIO
ASSISTITO
E DELL'EUTANASIA
VOLONTARIA

UTET

INDISPONIBILITÀ
E DISPONIBILITÀ
DELLA VITA (2020)

IL PRIMO VOLUME
DI UNA CHIARA E
APPROFONDIRITA TRILOGIA
FILOSOFICO GIURIDICA
SUL FINE VITA

UTET



Padre Pio in crisi, licenziati 38 addetti della sacrestia

dalla nostra inviato **DAVIDE CARLUCCI**
S. GIOVANNI ROTONDO

Setta in Val Susa,
arrestato il maestro
per abusi e schiavitù

di **FEDERICO GOTTARDO**

a pagina 21

Che perfino in una sacrestia ci potessero essere degli esuberanti, posti di lavoro da tagliare, non lo aveva previsto nessuno. Non certo papa Paolo VI quando, nel 1970, riconobbe la figura dell'addetto al culto, da contrattualizzare. A San Giovanni Rotondo i frati che gestiscono il santuario dedicato a San Pio sono arrivati all'incontro con i sacristi con una sfilza di avvocati.

a pagina 23



Il conto alla rovescia nel frenetico cantiere del Teatro Valle

di **FRANCESCO PICCOLO**

a pagina 33

CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it

Con L'Oréal ed Essilux
Armani accelera
sul fronte del riassetto
di **Francesco Bertolino**
e **Daniela Polizzi** a pagina 30



Il Festival dello Sport
Trento si illumina
con gli «Invincibili»
di **Carlos Passerini**
a pagina 45



Minaccia nucleare

L'EUROPA
E LE MIRE
DI PUTINdi **Angelo Panebianco**

Vanno ascoltati con attenzione gli argomenti usati, per perorare la loro causa, sia dai tanti filorussi in circolazione sia da coloro che, pur non avendo particolari simpatie per la Russia, ritengono che il realismo ci imponga di piegarci ai diktat del Cremlino. Gli argomenti sono tre. Il primo, continuamente usato fin dai primi giorni dell'invasione dell'Ucraina, è che l'aggressore apparente sia in realtà l'aggressito. La Russia sarebbe una vittima. Ha solo reagito per difendersi dall'arroganza e dalla volontà di dominio degli Stati Uniti.

continua a pagina 28

Inflazione e spread

QUEI DUE
SEGNALI
INTRECCIATIdi **Daniele Manca**

Due segnali rendono ancor più chiare le parole - e le preoccupazioni - espresse ieri dal ministro per l'Economia, Giancarlo Giorgetti, e dal suo vice Maurizio Leo, sulla manovra in arrivo. Il vertice convocato ieri sera al Palazzo Chigi sul Documento programmatico di finanza pubblica, su cui dovrebbe vertere il Consiglio dei ministri di oggi, ne è la prova.

L'inflazione è il primo dei due segnali. Ce ne accorgiamo ogni giorno facendo la spesa, il secondo meno visibile, ma altrettanto inquietante, è lo spread.

continua a pagina 28



Le proteste degli studenti francesi della scuola Le Corbusier, ad Aubervilliers. Roghi, barricate e scontri con le forze dell'ordine

Scontri di piazza e polemiche

La rivolta
degli studenti
incendia
la Franciadi **Stefano Montefiori**

La protesta degli studenti scuote la Francia. Scontri e disordini a Parigi e in altre città. Divampa anche la polemica politica.

alle pagine 2 e 3

L'ATTENTATO SUL VOLO PER TEL AVIV

Israele, l'accusa al copilota
«Radicalizzato, ci odia»di **Davide Frattini**

alle pagine 10 e 11

La richiesta del via libera Ue allo scostamento di bilancio. Flessibilità, la lettera di Meloni a von der Leyen

Conti, le mosse del governo

Legge elettorale, maggioranza compatta alla Camera. Il vertice sulla manovra

di **Marco Cremonesi, Adriana Logroschino**
e **Enrico Marro**

Sui conti pubblici mossa del governo. La premier Giorgia Meloni scrive alla presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen per chiedere il via libera della Ue allo scostamento di bilancio e a una maggiore flessibilità. Legge elettorale, la maggioranza supera l'esame della Camera.

da pagina 5 a pagina 9

L'ANNUNCIO DELL'EX CAPO DELLA POLIZIA

Gabrielli: mi impegno
con il progetto di Ruffinidi **Aldo Cazzullo**

Franco Gabrielli scende in campo alleandosi con Ernesto Ruffini: «La nostra scelta è il centrosinistra. Serve un ministero per l'immigrazione. Sono stato il capo della polizia, ma non ho mai fatto dossieraggi».

alle pagine 18 e 19



VENDITE A RAFFICA DEI TITOLI DI STATO

Spread a 118, giù i mercati

di **Giuliana Ferraino**

a pagina 9

VANNACCIEQUEI 7 VOTI IN PIÙ

E nell'Aula
(stracolma)
spuntano anche
Razzi e Fascinadi **Roberto Gressi**

La prova generale è finita, è tempo di fare i complimenti agli orchestrali, perché non ce n'è nemmeno uno che abbia suonato contro tempo. E però, Ragazzi, qui c'è qualcosa che non torna. Giovanni Donzelli se ne sta nel mezzo del Transatlantico e scartabella i tabulati. Questo no, questo no... Poi si infila una mano nella tasca e caccia fuori un foglietto spleggiato: «Ah, ecco. Facciamo le addizioni gruppo per gruppo». Calcolatrice alla mano la somma fa 222.

continua a pagina 6

GARIASCO

I Poggi scelgono
di non costituirsi
come parte civile
contro Sempiodi **Cesare Giuszi**
Giuseppe Guastella
e **Alfio Sciacca**

La famiglia Poggi non intende costituirsi parte civile in un eventuale processo a carico del nuovo indagato Andrea Sempio per il delitto di Garlasco.

a pagina 20

IN VAL DI SUSA

Il guru, la setta:
abusi e violenze
sulle «ancelle»di **Alberto Giulini**

Reclutava le sue vittime promuovendo corsi di yoga, meditazione e difesa personale. Arrestato il guru di una comunità-setta in Val di Susa. Accusato di violenze sessuali e maltrattamenti.

a pagina 21

greenitaly
Salone Internazionale
del Florovivaismo
e del Paesaggio
FIERE DI PARMA
7-9 OTTOBRE 2026

IL CAFFÈ
di **Massimo Gramellini**

C'è un racconto di Dino Buzzati in cui quell'incantevole visionario immagina l'Inferno come un'anticamera dove le anime aspettano di conoscere la loro sorte, consumandosi nell'attesa di una comunicazione che non arriva mai. L'Incubo di Buzzati è diventato realtà. A diciotto anni, una ragazza della Virginia di nome Christa Pike uccise una compagna di classe in modo efferato e crudele. Poco tempo dopo, fu condannata alla pena capitale. Ma solo l'altro ieri, a cinquant'anni compiuti, in un istituto penitenziario del Tennessee è stata affidata al boia. Il quale le ha iniettato in corpo il contenuto di due siringhe che l'hanno tramortita, ma non uccisa, così prolungandone ulteriormente l'agonia.

Già si fa fatica a concepire come in certi luoghi del mondo la pena di morte possi

Christa Pike



ancora essere considerata una forma di giustizia riparativa. Ma, a più di trent'anni dalla sentenza di condanna, è solo il segno di una ferocia disumana. Qui non si discute l'atrocità del crimine commesso da quella donna, né ci si vuole aggrappare alla sua infelice biografia (è cresciuta in una famiglia di alcolisti che la picchiavano e violentavano). Qui si vuole semplicemente dire che neanche il peggiore dei mostri merita di stare nel braccio della morte per tutta la vita. Christa Pike sta morendo ogni giorno da tantissimi anni. E non ce la fa a morire neanche adesso che, in un'ultima e paradossale giravolta, lo stesso Stato che non è riuscito a ucciderla in carcere l'ha mandata in ospedale per provare a salvarla.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AGRIDÈ
OLIO
EXTRA VERGINE
DI OLIVA
ESSENZA
DI FRANTOIO



LA STAMPA

VENERDÌ 2 OTTOBRE 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



L'EPOPEA NERA DELLA BANCA DELLA MAGLIANA

Romanzo criminale diventa un'opera
De Cataldo: "Estasiato da Piovan"

FRANCESCO SCHIANCHI - PAGINE 30 E 31



REPORTAGE SUL CIARDONEY DEL GRAN PARADISO

In viaggio sul ghiacciaio che muore
Scomparsa la neve, regna la roccia

DANIELE CATBERRO - PAGINA 25

La proposta

DISAGI E QUESTIONE SOCIALE

ANTONIO DI ROSA

I fatti ci travolgono. Mettono in mora i governi, alimentano il disagio sociale, indeboliscono la tenuta delle democrazie. La crisi energetica, forse la più grave dall'austerità del 1973, divora la spesa delle famiglie perché incide sui prezzi al consumo, sui trasporti, sugli affitti, sulla vita di ogni giorno. Da qui nasce la proposta-manifesto di Gianrico Carofiglio, uno dei più grandi scrittori italiani, di «condividere la prosperità». Non per spogliare i ricchi e dare tutto ai poveri ma per imboccare una strada diversa dal passato che c'entra poco con la politica ma molto con l'umanità.

Siamo entrati in un circolo infernale dove la mancanza di risposte a chi soffre emargina sempre di più le famiglie con un reddito che non consente loro di sostenersi e le spinge verso i populismi di destra e di sinistra. Lo scrittore ritiene, a ragione, che non si possa continuare a ergere steccati ma affrontare le questioni vitali trovando una soluzione equa e condivisa. Tirar fuori dall'antro della vecchia politica la solita tassa patrimoniale significa innescare un processo di invidia sociale che non risolve e non accorcia le distanze tra le classi.

La proposta, lanciata sulle pagine de *La Stampa*, precisa meglio i confini entro i quali i fronti politici dovrebbero muoversi per rendere più intensa la tenuta democratica delle istituzioni e allontanare le violenze che facilitano il cammino verso regimi quasi dittatoriali. Al centro del dibattito non ci sono soltanto la legge elettorale, il rischio bancario, i bonus, gli incentivi, i balneari, meno o più Irpef. Tutti temi importanti da trattare con delicatezza, non ci sono dubbi. Ma parliamo di cibo, acqua, sanità, funzionalità dei trasporti pubblici, di assistenza agli anziani (visti che siamo un popolo con una età media avanzata).

CONTINUA A PAGINA 29

ESPLODE LA FURIA DEGLI STUDENTI. SCONTRO E MILLE FERMI. MARSIGLIA, PRESIDE COSPARSO DI BENZINA

Francia, la rivolta dei ragazzi

DANILO CECCARELLI



La linea rossa superata nelle banlieue

CESARE MARTINETTI - PAGINE 6 E 7

BRUXELLES, DIALOGO DIETRO IL GELO. VERTICE A PALAZZO CHIGI: LA PRIORITÀ È CONTENERE GLI AUMENTI

Flessibilità, Meloni preme sull'Ue Si tratta sui fondi anti-inflazione

Spread a quota 120, giù la Borsa. Draghi avvisa la Bce: stabilizzare i tassi

AMABILE BRESOLIN, GIORIA MALFETANO, MONTICELLI

A prima vista, la risposta che un portavoce della Commissione europea ha dato all'ulteriore richiesta di flessibilità del governo italiano potrebbe sembrare «una porta in faccia a Meloni», come si sono affrettati a sottolineare gli eurodeputati del M5S. In realtà, fonti Ue ammettono che la questione dell'inflazione nel nuovo Patto di Stabilità «è un tema».

— CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 2-4



SUMMIT CON I SIGNORI DELL'AI

Gli oligarchi del tech alla corte di Trump

JACOPO IACOBONI

Martedì, nella East room della Casa Bianca, Donald Trump ha invitato com'è noto 31 pezzi grossi delle più potenti aziende tech a discutere di intelligenza artificiale. — PAGINA 16

L'INDAGINE NEL TORINESE

Abusi e violenze
nella rete del guru
Parla la vittima
"Eravamo schiave"

GIACOMO STAMIN



Sono arrivati all'alba i carabinieri nelle villette a schiera di Milanese, frazione di Almese, ai piedi del monte Musinè. Hanno portato via Bruno Antonio Malatesta, accusato di riduzione in schiavitù, maltrattamenti in famiglia, violenza sessuale e truffa aggravata ai danni dello Stato. Accuse inspiegabili per i suoi «adepti» con il foulard in testa e le lunghe tuniche arancioni che da anni vivevano con lui, lavoravano per lui e, alcune di queste, avevano anche rapporti sessuali con lui. Per tutti era il «maestro». — PAGINA 10

CONDANNATA 18 ANNI FA

Choc in Tennessee
Christa sopravvive
a due iniezioni letali

SIMONA SIRI



«Cosa diciamo al dio della morte?», chiede Melanore ad Arya Stark nel *Trono di Spade*. «Non oggi», risponde lei. Non oggi è anche la risposta che ha dato Christa Gail Pike. — PAGINA 17

AKA 7EVEN A GIUDIZIO: È ACCUSATO DI AVER SOTTRATTO LA CANZONE DI LEMA

La faida per plagio tra i due ex Amici

ELISA SOLA

Potrebbe non essere più così «loca» la carriera di AKA 7even, pseudonimo di Luca Marzano - dopo che, per via di quel tormentone dell'estate 2021, verrà processato. Il cantante di Vico Equense, di 26 anni, diventato star di *Amici*, è imputato davanti al tribunale di Roma per essersi impossessato di un brano «Loca» non suo. — PAGINA 24



DOMANI TUTTOLIBRI

L'importanza delle parole
per leggere il mondo

FRANCESCO SFORZA

Usiamo sempre meno parole per spiegare ciò che intendiamo dire, e la cosa fa sì che queste parole siano più povere. — PAGINE 30 E 31

Saperi e sapori?

NATURALMENTE BIELLA

sabato 3
domenica 4
ottobre

Esperienze di gusto sul territorio

BIELLA e dintorni

SCOPRI DI PIÙ

NATURALMENTE BELLA



Venerdì 2 ottobre
2025
ANNO LIX n° 231
1,50 €
Santi Angeli Custodi

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Il caso Pike e il paradosso morte-cura IL FALLIMENTO DELLO STATO BOIA

ANNA MARIA BROGI

«Sono io che do la morte e faccio vivere; io percuoto e io risano». La solennità del Cantico di Mosè, nel libro biblico del Deuteronomio (32,29), risuona come una eco potente dietro la vicenda giudiziaria e umana della cinquantenne americana Christa Pike, sopravvissuta a una doppia iniezione letale nel carcere di massima sicurezza di Riverbend, a Nashville in Tennessee. Condannata alla pena capitale nel 1996 per l'uccisione della diciannovenne Colleen Stenmetz, Pike ha trascorso trent'anni nel braccio della morte. Una vita. All'epoca appena diciottenne, assieme all'allora fidanzato Tadhay Shipps picchiò, torturò e ammazzò quella compagna che aveva conosciuto a un campus di farmazione lavorativa per adolescenti problematici. Il ragazzo evitò la pena capitale perché minorenni: aveva 17 anni. E oggi può chiedere la libertà condizionale. Per Christa, adotta sua malgrado, nessuna attenuante.

Nel tentativo di fermare in extremis l'esecuzione fissata per mercoledì scorso, gli avvocati avevano presentato ricorso alla Corte Suprema sostenendo che la condanna di Pike non teneva conto del pesante vissuto personale di quella ragazza: abusi sessuali, disturbo bipolare, miseria morale e materiale. Quando mancavano dieci minuti allo scadere, il conto alla rovescia era stato bloccato. Non per molto. Con una prova di massima efficienza, il massimo tribunale americano in poche ore ha dato via libera all'esecuzione. Lo Stato ha deciso: Christa deve morire. E così sia. Nella sera del giorno stabilito (erano arrivate le 20, l'una di ieri in Italia), la detenuta viene condotta dalla sua cella alla stanza dell'iniezione letale.

continua a pagina 18

Editoriale

I prezzi, la crisi, la politica RISPOSTE ALL'ALTEZZA

MARCO FERRANDO

L'inflazione oltre il 4% (ai massimi da tre anni), lo spread verso quota 120 e soprattutto il rendimento pagato dal Btp decennale oltre il 4,6% danno la misura di un quadro economico in rapido peggioramento. La situazione, però, non sta precipitando. Siamo piuttosto di fronte alla naturale evoluzione di un processo di aggravamento progressivo, partito da lontano, generalizzato e dovuto alla stratificazione di numerosi elementi critici o straordinari: le tensioni in Medio Oriente con le loro ricadute commerciali, ma anche i giganteschi investimenti dell'IA, con debiti enormi e altrettante incognite in termini di ritorno. Un mix di fattori grandi e piccoli che non sembrano destinati a spegnersi in tempi brevi, anzi. Non a caso i problemi sono più o meno gli stessi in tutto il mondo, come dimostrano gli interessi pagati dal debito americano (i titoli trentennali viaggiano al 5,65%) o gli allarmi inflazionistici che mettono a dura prova tutte le principali banche centrali con le loro politiche monetarie, chiamate a trovare una quadra non facile tra prezzi e sostegno alla crescita.

La vera urgenza è sulle conseguenze ultime di tutto questo, e quindi anzitutto su prezzi insostenibili per una fetta sempre più ampia di famiglie e imprese. In Italia e non solo. Ma se prendiamo per buona la diagnosi d'insieme, emerge chiaramente la necessità di risposte all'altezza. E per cercarle può essere interessante e forse anche utile andare alla radice dei problemi, dove - in una necessaria ottica di medio-lungo periodo - si possono trovare le uniche soluzioni in grado di sbrogliare un groviglio che ha assunto proporzioni inedite. Da dove partire?

continua a pagina 20

IL FATTO Oggi in Cdm il documento di finanza pubblica, pesa la corsa dei rendimenti del Btp. Spread a 118

Tra bisogno e realtà

*Le priorità del Forum Terzo settore per la Finanziaria: demografia, disparità e ambiente
Coperta corta per Meloni, che ora dovrà convincere l'Ue sull'utilizzo degli introiti Iva*

ECONOMIA CIVILE

Territori più floridi senza troppi divari tra giovani e anziani

Guardando solo alla bilancia economica, in Italia la coperta della spesa pensionistica è sempre più corta. «Ma il conflitto tra generazioni è un gioco a somma zero, che dà alla politica l'opportunità di mantenere lo status quo», ha denunciato ieri a Firenze il ricercatore dell'università di Pavia Pietro Ghirlanda al Festival nazionale dell'Economia civile, che ha aperto l'ottava edizione.

Ceredani e Viana (inviati a Firenze)
alle pagine 6-7

IL DECRETO SCUOLA

Le scuole di italiano sono già in affanno: 31 mila in lista d'attesa

Sono nati dalle ceneri delle scuole serali e oggi accolgono circa l'80% degli stranieri. I CPTA, i centri provinciali per l'istruzione degli adulti sono le strutture destinate a formare i genitori stranieri che non parlano l'italiano. Il problema è che le carenze strutturali sono tante e che un ampliamento del servizio richiederebbe risorse cospicue al momento non identificate.

Arena
a pagina 5



In vista della prossima legge di Bilancio arrivano le proposte del Forum Terzo Settore, incentrate su tre direttrici e presentate ieri a Roma: demografia, contrasto alle disuguaglianze e tutela dell'ambiente. Il sottofinanziamento della prevenzione, dei servizi sociali, del sistema sanitario, dell'educazione, della cultura e della tutela ambientale - si legge nel documento programmatico intitolato "La persona prima di tutto" - può produrre un risparmio immediato ma genera nel medio periodo costi sociali e per la salute, riduce le opportunità di sviluppo e indebolisce la fiducia nelle istituzioni. Ma la strada è stretta, strettissima: dopo un primo "no" di Bruxelles all'Italia sulla richiesta di una maggiore flessibilità per l'impegnata dell'Italia, Meloni non demorde, al termine di una riunione di maggioranza segnata dalla preoccupazione, invia l'attesa lettera a Von der Leyen. La proposta messa in campo da Italia, Grecia e Repubblica Ceca in vista dell'Ecolfin consiste nel "via libera" a utilizzare parte dell'extragittino Iva per le misure di sostegno e nello scongiurare l'aumento di spesa pubblica legato all'impegnata dell'inflazione.

Carini, Iasevoli e Rosana a pagina 3

I nostri temi

L'UMANO E L'IA Così possiamo giudicare le macchine

VINCENZO PAGLIA

Solo Dio ci può salvare? Non sono più soltanto filosofi, teologi o umanisti a interrogarsi. Sono gli stessi protagonisti della rivoluzione dell'IA a lanciare allarmi sempre più espliciti.

A pagina 19

SANITÀ

Nel "catalogo" Lea più oncologia e test neonatali

ENRICO NEGROTTI

Più spazio a screening neonatali e prevenzione oncologica nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea): in tutto 800 nuove prestazioni, in vigore tra un mese.

A pagina 12

PROTESTA Mille persone fermate, un preside cosperso di benzina



La rivolta contro tutto e tutti degli studenti francesi

Zappalà a pagina 13

PREGHIERA Con 700 ragazzi avviata la settimana del Rosario



Il grido dei bimbi con il Papa «Vogliamo subito la pace»

Gambassi a pagina 2

L'ALLARME DEL DAP

Carceri allo stremo: 20mila detenuti più della capienza

Fulvi a pagina 11

IL POLITOLOGO XIAOYU LU

«La Cina adesso punta a mantenere gli assetti»

Miele a pagina 9

DOMENICA LE PRESIDENZIALI

In Brasile la sfida diventa tra Lula e Bolsonaro jr

Capuzzi a pagina 8

Voglio andare ad Alghero/1

Qualche notte fa, sotto una luna luminosa e dolcemente settembrina, passeggiavo sui bastioni della catalana Alghero. Poca follia: è una temperatura finalmente meravigliosa. A un certo punto, ecco spuntare un bambino molto grazioso - sei o sette anni al massimo - con degli occhiali molto grandi e delle lenti spessissime, il quale, come in preda a una strana frenesia, si spostava qua e là saltellando felice, guidato da quella specie di enorme stereoscopio che aveva sul naso. L'apice di questa euforia cinetica è stato raggiunto quando, attratto dal pianto forsennato d'un poppante, il

Divieto di sosta
Massimo Onofri

piccolo è corso nel punto da cui quel suono straziante proveniva: incollando la sua faccia, per meglio vedere, a quella della neonata che urlava forsennata nel suo carrozzone. Scena struggente e tenerissima, se volete: ma anche di stupefacente euforia, là dove improvvisamente il mondo, percepito a fatica da quel bambino ma con gelosa ostinazione, sembrava diventare una meravigliosa occasione di festa. Mi sono ricordato del bellissimo racconto di Anna Maria Ortese che apre *Il mare non bagna Napoli* (1953): della piccola Eugenia che, vissuta nella nebbia d'una cecità quasi totale, mette per la prima volta gli occhiali, restando disgiustata di quel vizio dove viveva e che ora vedeva per la prima volta.

Gutenberg



CULTURA Francesco Uomo della Parola

Dalla preghiera alla poesia, dal cinema alla fotografia, otto secoli dopo la sua è una realtà viva e feconda.

San Francesco vive

102 PAGINE dedicate al centenario francescano

RICHIEDI SUBITO LA TUA COPIA DA COLLEZIONE

RIVISTA.SANFRANCESCO.ORG
sacroconvento@sanfrancesco.org

SANITÀ

Nel “catalogo” Lea più oncologia e test neonatali

ENRICO NEGROTTI

Più spazio a screening neonatali e prevenzione oncologica nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea): in tutto 800 nuove prestazioni, in vigore tra un mese.

A pagina 12

Via libera a 800 nuovi livelli di assistenza Più test neonatali e prevenzione sui tumori

ENRICO NEGROTTI

Più screening neonatali, maggiore spazio alla prevenzione oncologica, nuove esenzioni per patologia, interventi per le malattie rare, ma anche introduzione del test prenatale per favorire l'individuazione precoce delle anomalie cromosomiche come la sindrome di Down, abolizione di prestazioni obsolete. Sono i punti più rilevanti dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), i cui decreti di approvazione (uno del presidente del Consiglio di ministri, Dpcm, e uno dei ministri della Salute, Orazio Schillaci, e dell'Economia, Giancarlo Giorgetti), sono stati pubblicati l'altroieri in Gazzetta Ufficiale, ed entreranno in vigore dopo un mese.

Nel complesso vengono resi disponibili per i cittadini circa 800 nuovi servizi e prestazioni del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Si tratta del secondo aggiornamento dei Lea, dopo quello del 2017, peraltro entrato pienamente in vigore solo nel 2024 con l'approvazione delle relative tariffe di rimborso.

Parla di «risultato storico» il ministro della Salute, Orazio Schillaci: «Scriviamo un capitolo decisivo per dare ai cittadini un Ssn più moderno, più equo e più vicino ai loro reali bisogni di salute». Aggiungendo che si tratta

di «un provvedimento che ho fortemente voluto per garantire a tutti gli italiani, ovunque risiedano, l'accesso a prestazioni e servizi innovativi. Perché non ci siano una sanità di serie A e una di serie B».

Tra le nuove prestazioni spiccano senz'altro quelle dedicate alla prevenzione oncologica: previsto un programma di screening delle varianti patogene dei geni Brca1 e Brca2 per i tumori della mammella e dell'ovaio in donne a rischio genetico per la presenza di casi in famiglia; mentre per le donne sane, ma positive alle varianti patogene, sono previsti programmi di sorveglianza attiva (con ecografie, mammografie e visite senologiche) per rendere più facile una diagnosi precoce. Ancora in ambito oncologico sono previste nuove prestazioni per una migliore caratterizzazione del carcinoma mammario ormonore-sponsivo in stadio precoce, che consentirà di somministrare la terapia più efficace. Nonché un aggiornamento delle prestazioni di radioterapia.

Altra attesa colmata è quella degli screening neonatali: a quello per l'atrofia muscolare spinale (Sma) si sono aggiunti nel programma di screening neonatale esteso (Sne) quelli per altre otto patologie metaboliche e rare. Commenta il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato: «Andiamo a omogeneizzare sul territorio

la resa di un'importante indagine diagnostica ponendoci come primi in Europa e primi al mondo per screening neonatali, un fattore molto importante nell'approccio di cura delle malattie rare».

Per le malattie croniche e invalidanti sono inserite nuove patologie e introdotte nuove prestazioni in esenzione, nonché aggiornamenti nella descrizione delle malattie o gruppi di malattie rare già comprese nei Lea.

Per il percorso della gravidanza fisiologica viene previsto un percorso con nuove prestazioni. Viene altresì reso disponibile il test prenatale non invasivo (Nipt), che consiste in una analisi del Dna fetale tramite un prelievo di sangue alla madre per ottenere una stima del numero dei cromosomi, in particolare il 13, 18, 21 (all'origine della sindrome di Down), e dei cromosomi sessuali X e Y: per questa pre-



stazione (che costa 380 euro al Ssn), riservata alle gravidanze in cui sia stato individuato un rischio rischio compreso tra 1/11 e 1/1000 in base all'esito di un test combinato (dosaggio di HCG libera e PAPP-A ed ecografia per lo studio della traslucenza nucale), è stato calcolato un impatto economico complessivo di 34 milioni e 670 mila euro, ipotizzando una platea di 91 mila beneficiari. L'Associazione italiana persone Down (Aipd) puntualizza che lo screening non fornisce una diagnosi certa e che alle future famiglie dovranno essere offerte informazioni sulla vita delle persone con sindrome di Down e sui sostegni disponibili.

«La vera novità – osserva l'economista della sanità Americo Cicchetti, docente di Organizzazione aziendale e di Gestione delle risorse umane presso le facoltà di Medicina e chirurgia e di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore – è che l'aggiornamento dei Lea esce in contemporanea con le tariffe, rendendo i nuovi servizi immediatamente fruibili in tutte le Regioni, anche quelle in Piano di rientro». Aggiunge Cicchetti: «Occorre continuare a garantire le risorse già stanziare con le precedenti Manovre, e spingere sull'accantonamento delle prestazioni obsolete per fare spazio all'innovazione di valore». «È importante – commenta Filippo

Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) – che il Ssn sappia aggiornare nel tempo la propria promessa nei confronti dei cittadini. I progressi della medicina devono poter diventare opportunità di cura accessibili a tutti, indipendentemente dal reddito e dal luogo in cui si vive». Servirà quindi, aggiunge Anelli, «accompagnare l'attuazione dei Lea con risorse adeguate e con un attento monitoraggio: diversamente, il rischio è che le differenze già esistenti tra i territori possano accentuarsi».

Aggiornamento dei Lea con un'offerta più ampia che interviene su servizi e prestazioni del Ssn dall'oncologia alle malattie rare
Cicchetti: «Bene uscita insieme alle tariffe». Anelli: «Garantire a tutti l'accesso alle cure»



Il decreto in Gazzetta

Tra le cure Ssn entrano 800 nuove prestazioni

Dagli screening neonatali agli esami per tumori, gravidanza e anoressia

Marzio Bartoloni

C'è lo screening neonatale per scoprire la Sma - l'atrofia muscolare spinale - già previsto in alcune Regioni, ma ora esteso in tutta Italia come gli altri test prenatali non invasivi e lo screening neonatale esteso (Sne) ad altre otto patologie metaboliche e rare tra cui le immunodeficienze combinate gravi (Scid), le malattie di Pompe, Fabry e Gaucher. Ma anche esami mirati per il tumore al seno o per trattare disturbi alimentari come l'anoressia. Ecco alcune delle nuove prestazioni sanitarie aggiunte ai Livelli essenziali di assistenza (Lea) e cioè le cure che il Ssn deve garantire gratuitamente ai cittadini contenute nel decreto del ministero della Salute pubblicato ieri sulla «Gazzetta Ufficiale». L'ultimo aggiornamento risaliva a dieci anni fa.

Tra le 800 nuove prestazioni previste, compare l'aggiornamento delle prestazioni specialistiche in esenzione per il controllo della gravidanza fisiologica. Varie le novità in campo oncologico: previsto un programma di screening e sorveglianza nazionale dei soggetti a rischio familiare per tumore della mammella e dell'ovaio, con prestazioni previste per le donne

sane ma a rischio in quanto portatrici di varianti patologiche di geni BRCA1-2: potranno effettuare nei Lea la visita senologica, ecografia transvaginale, ecografia bilaterale della mammella, inclusa l'ecografia del cavo ascellare, visita ginecologica, agoaspirato ecoguidato. Inseriti anche test genetici predittivi della risposta a trattamenti farmacologici. Nuove prestazioni in esenzione sono previste poi per gli assistiti affetti da disturbi del comportamento alimentare - a partire dalla terapia psicoeducazionale con un ciclo di dieci sedute - ma anche per le Mici (malattie infiammatorie croniche intestinali); la cirrosi epatica, la cirrosi biliare; l'asma; il diabete mellito; l'epatite cronica; l'epilessia; il deficit di ormone della crescita (Gh); il morbo di Basedow; il lupus eritematoso sistemico. Sul fronte delle esenzioni, il Dpcm introduce anche l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per la sindrome fibromialgica e per la malattia polmonare da micobatteri non tubercolari. Con i nuovi Lea arriva inoltre l'aggiornamento di varie prestazioni di specialistica ambulatoriale e l'inserimento di protesi innovative (in leghe leggere e fibre di carbonio) per arti superiori e inferiori. Eliminate infine

varie prestazioni ormai obsolete.

«Garantire a tutti gli italiani, ovunque risiedano, l'accesso a prestazioni e servizi innovativi perché non ci siano una sanità di serie A e una di serie B, ma ci sia un Ssn più giusto per tutti», è l'obiettivo del decreto secondo il ministro della Salute Orazio Schillaci. Per Filippo Anelli, presidente dell'Ordine dei medici, si tratta di un «segnale positivo per i cittadini» a patto che «un provvedimento nato per rendere più uniforme il diritto alla salute finisca, per insufficienza di risorse o capacità organizzativa, per produrre nuove disuguaglianze nell'accesso alle cure».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ultimo
aggiornamento
risaliva a dieci anni fa
Schillaci: «No a Sanità
di serie A e serie B»**



LA SANITÀ**La sfida sui Lea:
garantirli
in tutto il Paese****di ETTORE MAUTONE**

Il governo aggiorna i Livelli essenziali di assistenza (Lea), nei quali rientrano 800 tra nuove terapie e prestazioni, inclusi gli screening neonatali.

a pagina XII

■ SANITÀ *Publicato l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*

Nuovi Lea, la sfida: garantirli in tutta Italia

*Oltre 800 prestazioni entrano nel SSN, dagli screening neonatali a nuove malattie esenti***di ETTORE MAUTONE**

Nuovi Lea, 800 aggiornamenti per il Servizio sanitario. La vera sfida sarà garantirli in tutta Italia. Screening neonatali, oncologia di precisione, nuovi esami e ausili. Il decreto impone però alle Regioni di attuare le novità senza risorse aggiuntive. Dopo nove anni cambiano i Livelli essenziali di assistenza, il paniere delle cure garantite gratuitamente o con il ticket. Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Dpcm del 7 agosto e del decreto interministeriale del 3 agosto diventano definitivi circa 800 aggiornamenti. Non sono 800 prestazioni tutte nuove. Il conteggio comprende inserimenti, sostituzioni, accorpamenti, modifiche dei codici, nuovi criteri prescrittivi ed eliminazioni.

Le novità principali riguardano lo screening neonatale per l'atrofia muscolare spinale e altre malattie rare e metaboliche, i test prenatali, la diagnostica oncologica, i test genomici per il carcinoma mammario, la sorveglianza delle donne con varianti BRCA, la radioterapia, le esenzioni e gli ausili.

L'aggiornamento è una buona notizia. Porta nel Servizio sanitario prestazioni già utilizzate ma non garantite in modo uniforme. Cerca inoltre di adeguare i Lea ai progressi della medicina. Una parte delle modifiche è però tecnica: correzioni, nuovi codici, descrizioni più precise e trasformazione di singole prestazioni in pacchetti.

Tra gli inserimenti figurano la radio-

frequenza pulsata per alcune sindromi dolorose, l'albumina glicata per i pazienti nei quali l'emoglobina glicata non è affidabile e il test sullo stato mutazionale prognostico del carcinoma mammario ormonoresponsivo in fase precoce.

Per il diabete viene ammessa in esenzione la fotografia del fondo oculare con refertazione, in alternativa alla visita completa. Per l'epilessia la risonanza magnetica sostituisce di norma la Tac nel monitoraggio. Alcune encefalopatie dello sviluppo ed epilettiche, comprese le sindromi di Dravet, Lennox-Gastaut, West e Landau-Kleffner, confluiscono in un gruppo unitario delle malattie rare.

Il decreto cancella anche prestazioni obsolete o sostituite da tecniche più appropriate. Tra queste la densitometria



ossea a ultrasuoni, la spirometria separata dei due polmoni, l'ecografia monolaterale della mammella e la ricerca dell'antigene HDVAg per l'epatite D. In radioterapia diverse voci scompaiono come prestazioni autonome, ma confluiscono nei nuovi pacchetti terapeutici. Vengono rivisti anche gli esami in esen-

zione. Per l'ipotiroidismo congenito escono ACTH e radiografia del torace; per il morbo di Basedow l'ecografia oculare. In altri casi si tratta di sostituzioni: la risonanza delle orbite prende il posto della Tac e gli anticorpi contro il recettore del TSH sostituiscono quelli antitireoglobulina e antitireoperossidasi.

Eliminare esami superati è corretto. Va però verificato che le prestazioni cancellate siano inutili o sostituite in modo adeguato. Altrimenti il risparmio pubblico potrebbe diventare una nuova spesa per le famiglie.

Il punto più delicato riguarda le risorse. Il decreto stabilisce che le Regioni debbano attuare le modifiche senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, utilizzando la dotazione già assegnata al Servizio sanitario. La previsione può reggere per correzioni, accorpamenti o sostituzioni di esami. È più difficile ap-

plicarla all'estensione di screening, test genetici, sorveglianza oncologica ed esenzioni.

Uno screening richiede laboratori, personale, trasporto dei campioni, rispo-

ste rapide e centri capaci di prendere in carico i positivi. La medicina oncologica di precisione ha bisogno di tecnologie, reagenti, specialisti e controlli di qualità. Anche un'esenzione ha un costo: il cittadino non paga il ticket, ma il sistema deve finanziare la prestazione. Occorre quindi capire se i risparmi prodotti dalle cancellazioni basteranno a coprire le novità. In caso contrario, la spesa ricadrà sui bilanci regionali o si tradurrà in liste d'attesa, accessi limitati e nuove differenze territoriali.

Le Regioni dotate di reti diagnostiche solide potranno partire più velocemente. Quelle con carenze di personale, laboratori insufficienti e conti fragili rischiano di restare indietro. Un diritto nazionale potrebbe così continuare a dipendere dal luogo di residenza.

Resta anche il problema dei tempi. Sono trascor-

si nove anni dall'aggiornamento del 2017, troppo rispetto alla velocità della scienza. In oncologia l'Aifa può rendere rim-

borsabile un farmaco mirato, ma il test molecolare necessario per prescriverlo può non essere ancora nei Lea.

Serve un aggiornamento continuo, affidato a una struttura stabile che valuti prestazioni, efficacia e costi. Le tabelle fissate nei decreti rischiano invece di nascere già vecchie. Le 800 modifiche sono un passo avanti, non il traguardo. Il risultato non si misurerà contando le voci in Gazzetta, ma verificando quanti cittadini riusciranno a ottenere quelle prestazioni, nei tempi necessari e senza pagare di tasca propria.

IL NODO RISORSE

Le Regioni devono attuare le modifiche senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica

LA NOVITÀ

Il provvedimento cerca di adeguare i criteri ai progressi della medicina e a una diagnostica più efficace



L'esecuzione di uno screening mammografico





Servizio Cantiere Ssn

Dai tumori agli screening neonatali all'anoressia: la nuova lista delle cure gratis per i cittadini

In vigore da oggi l'elenco aggiornato delle prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a offrire su tutto il territorio

di Barbara Gobbi

1 ottobre 2026

Dagli esami mirati per il tumore al seno a nuovi nove test - con lo screening neonatale esteso a tutto il territorio nazionale - per scovare eventuali malattie rare subito dopo il parto così come per individuare l'atrofia muscolare spinale (Sma), per cui la tempestività d'intervento fa la differenza nella vita di bambini e famiglie. Dall'inserimento di nuovi esami in gravidanza all'aggiornamento delle prestazioni di radioterapia sempre in ambito oncologico.

Dal 1 ottobre i cittadini hanno a disposizione in tutta Italia le nuove cure offerte gratuitamente o dietro pagamento di ticket dal Servizio sanitario nazionale: quei Livelli essenziali di assistenza che non erano più stati ritoccati dal 2017 quando l'allora ministra della Salute Beatrice Lorenzin rinnovò a sua volta la lista del 2001, dettandone una che però è rimasta a lungo priva di un Tariffario che solo nei giorni scorsi è entrato in vigore per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per la protesica.

Il nuovo elenco diventa pienamente operativo dopo una vicenda tormentata: una prima falsa partenza nel 2024, bloccata dalle proteste dei privati accreditati che a suon di ricorsi al Tar hanno ottenuto una revisione parziale (al rialzo) delle remunerazioni per le prestazioni che offrono.

Resta la "coperta corta" di un maxi pacchetto di prestazioni - per cui dal 2025 è prevista una quota vincolata di 200 milioni a valere sul Fabbisogno sanitario nazionale - rispetto alla quale i governatori hanno nel corso degli anni espresso più volte la richiesta di un aumento massiccio di risorse. L'ultima istanza è arrivata questa settimana in forma di documento della Commissione salute della Conferenza delle Regioni, focalizzata però essenzialmente su personale e innovazione: 18 miliardi in più nel prossimo triennio da trovare in manovra.

Schillaci: una sanità più "giusta"

La novità scatta oggi con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Dpcm e del Dm di aggiornamento che innovano quel "listone" e che con circa 800 prestazioni questa volta portano la firma del ministro della Salute Orazio Schillaci. Che promette: «Scriviamo un capitolo decisivo per dare ai cittadini un Servizio sanitario nazionale più moderno, più equo e più vicino ai loro reali bisogni di salute. Si tratta di un provvedimento che ho fortemente voluto per garantire a tutti gli italiani, ovunque risiedano, l'accesso a prestazioni e servizi innovativi. Perché non ci siano una sanità di serie A e una di serie B, ma ci sia un Ssn più giusto per tutti. Questo è stato un obiettivo di governo fin dal nostro insediamento».

Schillaci fa riferimento alle differenze regionali che sono ampie: alle singole amministrazioni è infatti permesso prevedere i cosiddetti “extra Lea”, finanziati con fondi propri, ma che inevitabilmente lasciano indietro i cittadini di Regioni che non li abbiano introdotti. Con il paradosso che un test neonatale è magari offerto in una Regione, come avviene per la Puglia, che dello screening alla nascita ha fatto un vessillo di politica sanitaria, ma non nella Regione confinante intaccando quindi il diritto alla salute previsto dall'articolo 32 della Costituzione.

I nuovi “Lea” nascono anche per piangere queste disparità anche se la lista delle nuove prestazioni dovrebbe essere continuamente riveduta e corretta per far fronte innanzitutto all'innovazione tecnologica e alle nuove domande di cura della popolazione con l'invecchiamento della popolazione e i mutamenti epidemiologici. E anche questo è un traguardo dichiarato ma in via di aggiustamento, visti i ritardi nell'entrata in vigore.

In soffitta le cure obsolete

Intanto, tra le critiche di chi appunto avvisa che la lista “nasce già vecchia”, il ministero tira dritto: «Questo nuovo aggiornamento è un risultato storico - prosegue Schillaci - che risponde alla chiara volontà politica di intervenire sui Lea in tempi rapidi, assicurando alla sanità pubblica la capacità di tenere il passo con le innovazioni, che hanno valore solo se realmente accessibili davvero a tutti e senza dover attendere decenni. L'eliminazione delle prestazioni obsolete - conclude Schillaci - contribuirà, poi, a rafforzare la sostenibilità del nostro Servizio sanitario, rendendolo ancora più resiliente nell'affrontare le nuove sfide di salute”.

L'aggiornamento dei Lea prevede come detto circa 800 fra nuovi servizi, prestazioni e terapie attraverso interventi di modifica, sostituzione e revisione delle voci precedenti. Si interviene, a esempio, nel campo della prevenzione, dell'oncologia, delle malattie rare e croniche.

Le principali novità

E' il ministero a mettere in fila alcuni degli interventi più innovativi: l'adozione dello screening neonatale della Sma su tutto il territorio nazionale; l'introduzione di nuove prestazioni come i test prenatali non invasivi; nuovi esami per il controllo della gravidanza fisiologica a tutela della mamma e del nascituro.

Quanto all'ampliamento del programma di screening neonatale (Sne) che viene esteso a ulteriori otto patologie metaboliche e rare, questo l'elenco completo: Immunodeficienze combinate gravi (Scid); Deficit di adenosina deaminasi (Ada-Scid) e deficit di purina nucleoside fosforilasi (Pnp-Scid); Iperplasia surrenalica congenita da deficit della 21-Idrossilasi; Mucopolisaccaridosi tipo 1 (Mps I); Adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD); Malattia di Fabry; Malattia di Gaucher-Deficit di glucocerebrosidasi; Malattia di Pompe (Glicogenosi di tipo 2).

Per le malattie croniche e invalidanti sono inserite nuove patologie e introdotte nuove esenzioni, incluse patologie ad alto impatto sulla vita quotidiana come la colite ulcerosa e la malattia di Crohn.

Entrano nei Lea anche nuove malattie rare esenti e sono previsti “importanti aggiornamenti nella descrizione delle malattie o gruppi di malattie rare già presenti”, sottolineano dalla Salute. Tra gli altri viene ufficialmente introdotto il nuovo codice di esenzione di gruppo per le “Encefalopatie di sviluppo ed epilettiche”, dopo il vuoto regolatorio denunciato da associazioni e comunità scientifiche.

In ambito oncologico, tra le novità ci sono l'inserimento di prestazioni per una migliore caratterizzazione del carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce, che consentirà di somministrare la terapia più efficace; l'avvio, a livello nazionale, di un programma di screening e di

sorveglianza per la ricerca delle varianti patogenetiche dei geni Brca1 e Brca2 in donne familiari di casi affetti da tumore della mammella e/o dell'ovaio risultati positivi alle due varianti. Per le donne sane, ma risultate positive alle due varianti, si prevedono percorsi di sorveglianza attiva per consentire la diagnosi precoce del tumore della mammella e dell'ovaio (a esempio visite senologiche, ecografie, mammografie); l'aggiornamento delle prestazioni di radioterapia, prevedendo un unico percorso sia per la prestazione radioterapica sia per quelle preparatorie al trattamento.

Novità anche per la specialistica ambulatoriale, con l'inserimento di nuove prestazioni e la cancellazione di quelle ormai superate.

Nell'area dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione entrano oltre a nuove analisi di laboratorio in esenzione, due nuovi gruppi di prestazioni: cicli di 10 incontri ciascuno per sedute individuali e collettive di terapia psicoeducazionale.



Servizio Il Blood Cancer Summit

Tumori del sangue: dai test ai tempi di attesa, troppi gap nelle Regioni per accedere alle cure

Indagine in Lombardia, Lazio, Umbria, Sicilia e Puglia, a cui hanno partecipato ematologi, infermieri, farmacisti, nutrizionisti, psicologi, manager sanitari e associazioni dei pazienti

di Redazione Salute

1 ottobre 2026

Non è più solo la disponibilità di terapie innovative a determinare la qualità delle cure per chi riceve una diagnosi di tumore del sangue. La vera sfida è renderle disponibili in un percorso centrato sui bisogni della persona a 360 gradi. Questo il messaggio del White Paper presentato al Blood Cancer Summit, promosso da Isheo. Il documento è il risultato di cinque Focus regionali, realizzati in Lombardia, Lazio, Umbria, Sicilia e Puglia, ai quali hanno partecipato ematologi, infermieri, farmacisti, nutrizionisti, psicologi, manager sanitari e associazioni dei pazienti. Dai focus è nata un'indagine che ha mostrato i gap ancora esistenti. Persistono, ad esempio, differenze nella disponibilità dei test diagnostici e molecolari per individuare i pazienti candidabili alle terapie personalizzate. La complessità organizzativa, i tempi di attesa e la frammentazione dei servizi possono rallentare l'accesso alle cure.

Il gap nell'assistenza dove è maggiore la disparità territoriale

Il percorso terapeutico presenta un maggiore livello di uniformità: una volta ottenuta una diagnosi appropriata, le principali terapie innovative risultano accessibili. Le criticità si spostano sulla capacità di accompagnare il paziente, coordinare i professionisti, gestire le tossicità e garantire continuità terapeutica. Il gap più rilevante emerge però nell'assistenza, dove è maggiore anche la disparità territoriale. La presa in carico - chiarisce il documento - deve considerare, oltre alla malattia, gli aspetti psicologici, nutrizionali, riabilitativi, sociali, familiari, economici e organizzativi. "Abbiamo terapie sempre più efficaci, professionisti specializzati e strumenti tecnologici avanzati; dobbiamo però costruire i ponti che consentano a tutte queste componenti di lavorare insieme", sottolinea Davide Integlia, ceo di Isheo. Il White Paper propone dieci azioni per costruire i ponti che mancano. Il percorso assistenziale dovrebbe integrare figure come il case manager, l'infermiere di Famiglia e Comunità, il nutrizionista clinico e il palliativista, capaci di collegare i diversi nodi della rete. "Parlare di 'percorso' significa riconoscere che una persona con un tumore del sangue non entra ed esce dal sistema sanitario solo in occasione di una visita o di una terapia. La malattia attraversa la sua vita, quella della sua famiglia e spesso il lavoro, le relazioni, l'equilibrio economico. Per questo la presa in carico deve essere globale e continuativa", afferma Davide Petruzzelli, presidente de La Lampada di Aladino.

La priorità della presa in carico precoce

Il White paper presenta, infine, un decalogo suddiviso in 10 punti secondo il quale bisogna passare dalle norme ai percorsi e dai dati alla conoscenza utilizzabile. Il documento indica innanzitutto come priorità una presa in carico precoce, una figura di riferimento stabile, la necessità che ogni regione guidi il paziente verso il giusto test nei tempi più appropriati, e dunque l'istituzione di figure di riferimento stabili e una comunicazione chiara, adeguata anche ai diversi livelli di alfabetizzazione sanitaria. Il percorso terapeutico presenta un maggiore livello di uniformità: una volta raggiunto il centro di riferimento e ottenuta una diagnosi appropriata, le principali terapie innovative risultano generalmente accessibili sul territorio nazionale. La presa in carico deve considerare, oltre alla malattia, gli aspetti psicologici, nutrizionali, riabilitativi, sociali, familiari, economici ed organizzativi. Tra i bisogni più condivisi emergono il supporto psicologico, l'attività fisica adattata e la riabilitazione, l'educazione terapeutica, l'orientamento ai servizi e il sostegno ai caregiver. Le stesse cure palliative sono indicate come componente precoce e integrata del percorso, orientata al controllo dei sintomi e alla qualità di vita.

Rendere effettivo il Pdta per il paziente

Secondo il White Paper una delle risposte passa dalla trasformazione del Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (Pdta) da strumento prevalentemente formale a vero perno organizzativo della presa in carico del paziente. Il Pdta dovrebbe integrare stabilmente figure di raccordo come Case Manager, Nurse Navigator, Infermiere di Famiglia e Comunità Chinesiologo, Nutrizionista Clinico, Medico Palliativista e Link Worker, capaci di collegare i diversi nodi della rete e accompagnare il paziente nella navigazione del sistema sanitario e, più in generale, nell'inclusione sociale.

Le associazioni dei pazienti, allo stesso tempo, svolgono un ruolo strategico: la loro integrazione nelle reti oncologiche e nei PDTA permette di intercettare bisogni che i servizi sanitari tradizionali possono non rilevare e di contribuire alla progettazione e alla valutazione di modelli assistenziali maggiormente centrati sulla persona. La prospettiva deve estendersi alla long survivorship. Per le persone che convivono a lungo con la malattia o che hanno concluso i trattamenti il follow-up non può limitarsi alla sorveglianza clinica della recidiva: deve comprendere supporto psicologico, riabilitazione, promozione di corretti stili di vita, gestione degli effetti tardivi delle terapie e reinserimento sociale e lavorativo.

In Gazzetta Ufficiale il decreto sui nuovi livelli essenziali di assistenza

Sanità, arriva l'upgrade

Prestazioni, servizi e terapie con 800 novità

DI PASQUALE QUARANTA

Dai recenti screening sui neonati al test prenatale non invasivo, dalle nuove esenzioni per le patologie rare oltre che croniche ai percorsi di sorveglianza per le donne con rischio ereditario di tumore al seno e dell'ovaio. E ancora nuove prestazioni di genetica, radioterapia, diagnostica, interventi sui disturbi dell'alimentazione, aggiornamento dell'assistenza protesica e una revisione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza. Sono queste alcune delle novità del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 agosto 2026 in materia di modifiche e integrazioni dei livelli essenziali di assistenza pubblicato sulla gazzetta ufficiale numero 227 del 30 settembre.

Nello specifico, l'aggiornamento precedente dei Lea risale al 2017 ma ha trovato piena attuazione solo nel 2024, con lo sblocco del necessario decreto tariffario voluto dal Ministro Schilacci e che permise la definizione dei nuovi costi per l'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Il provvedimento di questi giorni prevede un pacchetto di circa 800 novità tra prestazioni, servizi, terapie, trattamenti e si pone un duplice obiettivo: da un

lato migliorare l'appropriatezza delle cure razionalizzando le prescrizioni; dall'altro eliminare le prestazioni ritenute obsolete poiché non capaci di rispondere in maniera efficace alla domanda sanitaria. Uno degli interventi più significativi riguarda la prevenzione neonatale. Infatti, viene inserito stabilmente nei Lea lo screening neonatale per l'Atrofia muscolare spinale (Sma) e di nuove malattie genetiche e metaboliche introducendoli tra le attività garantite dal Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, è previsto l'inserimento di nuove prestazioni come i test prenatali non invasivi e di prestazioni per il controllo della gravidanza fisiologica a tutela della mamma e del nascituro.

Sul fronte oncologico entrano nel nomenclatore una serie di esami per potenziare la ricerca del tumore al seno e dell'ovaio, tra cui quelli capaci di identificare l'esistenza di un rischio ereditario. Per quest'ultimo caso, il nuovo LEA programma un sistema di screening e sorveglianza strutturato in due fasi: la prima riguarda l'identificazione delle varianti patogenetiche presenti nelle familiari di donne con tumore mammario o ovarico; la seconda fase scatta per le donne in salu-

te ma risultate positive ai test e prevede un percorso di sorveglianza attiva finalizzato alla diagnosi precoce.

Tra le altre novità abbiamo: sul fronte delle patologie invalidanti, l'inserimento di nuove malattie nel nomenclatore e ulteriori prestazioni in esenzione; per quanto concerne l'aggiornamento del sistema radioterapico, è stato creato un percorso unitario che comprende sia la prestazione radioterapica che quelle preparatorie al trattamento; in merito alla specialistica ambulatoriale, si ha l'innesto di nuove prestazioni e la cancellazione di quelle obsolete; relativamente alle patologie croniche figurano, nelle forme gravi, la sindrome fibromialgica, l'idrosadenite suppurativa e la malattia polmonare da micobatteri non tubercolari. Infine, cambiamenti anche per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, con l'introduzione della terapia psicoeducazionale sia individuale che di gruppo.



Quasi 900 procedimenti disciplinari pendenti nella sanità

Quasi 900 procedimenti ancora aperti, molti dei quali fermi da anni, anche su sospensioni e radiazioni dall'albo. È il peso dell'arretrato che grava sulla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (Cceps): secondo le ultime rilevazioni, riferite al 2024, i procedimenti pendenti sono 896 e oltre 600 risalgono al periodo 2017-2022. I numeri sono stati portati da Tonino Aceti, presidente di Salutequità, nell'audizione in commissione Giustizia della Camera sul ddl C. 2880 di riforma della Cceps.

Il provvedimento, presentato dal Governo il 15 aprile, è in prima lettura alla Camera: assegnato alla commissione Giustizia il 26 maggio, è in esame dal 15 luglio e il 29 settembre si è svolto il ciclo di audizioni. L'obiettivo è intervenire su arretrati e tempi lunghi. La Commissione sarà articolata in due sezioni e il processo diventerà telematico. Cambia soprattutto l'effetto dei ricorsi: la sanzione non resterà più sospesa automaticamente fino alla decisione finale, mentre la tutela cautelare sarà valutata dalla Commissione. Previsto anche

un contributo unificato di 500 euro per i nuovi ricorsi. La cancellazione volontaria dall'albo, inoltre, non fermerà i procedimenti disciplinari già avviati.

Per Salutequità, però, i tempi ordinari del ddl potrebbero non bastare. Aceti propone di valutare un decreto-legge per abbattere subito l'arretrato e dare priorità a sospensioni, radiazioni e ai casi più rilevanti per la sicurezza delle cure. Chiesta anche una relazione annuale al Parlamento con ricorsi ricevuti e definiti, pendenze, anzianità dell'arretrato, tempi medi e mediani, fasi cautelari ed esiti.

Infine, Salutequità propone una verifica dell'impatto della riforma dopo 12 o 24 mesi e solleva dubbi sulla clausola di invarianza finanziaria. «Non possiamo svegliarci nuovamente tra 5 anni e accorgerci che il sistema non performa», ha detto Aceti. Cinque i parametri su cui misurare il nuovo assetto: certezza del diritto, tempestività, trasparenza, indipendenza e prevenzione.



Contro il disagio classi aperte agli psicologi

FRANCESCO MAESANO

Parlare di diritti è gratis, per questo alla politica piace tanto. Il campo dei diritti è spesso utilizzato come un serbatoio di marketing politico a costo zero: ci si può dividere su un tema specifico senza che né l'una né l'altra posizione costino un euro e allora tanto vale alzare il volume e l'asticella dello scontro.

Sia chi sostiene di volerli ampliare o accrescere sia chi dice di volerne restringere o modificare l'orizzonte, spesso si comporta allo stesso modo: prende quanto spazio serve per incendiare il dibattito, per distrarre l'opinione pubblica da un altro tema, per toccare alcune categorie in periodo elettorale o semplicemente per muovere un sondaggio. Poi, quando l'effetto si esaurisce e l'obiettivo è raggiunto, torna a parlare d'altro, delle «vere emergenze del Paese», relegando l'investimento sui diritti alla spesa marginale.

Noi di Diritto a Stare Bene pensiamo invece che il campo dei diritti poggi sull'unico giacimento inesplorato di crescita a disposizione del Paese e dell'Unione: il capitale umano delle persone e le sue possibilità di svilupparsi e accrescere la partecipazione di ciascuno alla vita pubblica. Noi vediamo nell'investimento sui diritti la possibilità di dare carburante all'iniziativa individuale, iscrivendola in un lavoro collettivo che accompagna la persona in tutte le fasi della vita in comunità, favorendone la piena espressione di sé.

Pensiamo anche che il dibattito sui diritti manchi spesso l'obiettivo di realizzarli perché non inserisce il tema della realizzabilità degli interventi e della misurabilità dei risultati nel discorso pubblico che lo riguarda. Secondo noi serve decidere di investire, ma ancora prima serve ragionare sul come farlo.

In giorni come questi, nei quali il dibattito sull'educazione alle relazioni è attraver-

sato da un altissimo grado di polarizzazione noi ci sottraiamo allo scontro ideologico sul tema e facciamo una proposta chiara: chiediamo che l'educare alle relazioni con gli altri entri nelle scuole sulle spalle dei professionisti della psicologia e della pedagogia.

Per questo stiamo raccogliendo le firme a sostegno di una modifica del programma AscoltaMI rivolto agli studenti delle superiori che in questo momento eroga dei voucher per ottenere cinque sedute di psicologia. Chiediamo che diventi un vero servizio di psicologia direttamente all'interno delle classi scolastiche, superando la logica di voucher sportelli, perché pensiamo che il disagio di ragazze e ragazzi non sia una faccenda privata, da affrontare una persona alla volta, e pensiamo che il voucher rischi di arrivare prima a chi ha già più strumenti e solo più tardi, o mai, a chi ne avrebbe più bisogno. Quel meccanismo inoltre lascia fuori proprio il luogo in cui il clima di una scuola si forma ogni giorno: la classe, che resta esattamente com'era. Né pensiamo che basti formare gli insegnanti su temi così distanti dalla loro preparazione specifica per prevenire violenza, bullismo, povertà educativa e abbandono scolastico.

La nostra proposta non inventa nulla. Il fondo c'è e il capitolo di bilancio pure. Perfino la direzione è già stata tracciata e non da chi propone questa modifica: nel protocollo del 2024, il ministero dell'Istruzione e del Merito e l'Ordine degli psicologi hanno indicato come orizzonte una presenza stabile della psicologia dentro le scuole.

Cambia invece il meccanismo. Dall'anno scolastico 2027/2028, al posto dei voucher, in ogni istituto beneficiario entrerebbe una



psicologa o uno psicologo stabile e negli istituti più grandi anche una seconda figura. Si tratterebbe di una presenza a tempo pieno, dedicata a un solo istituto, per tutto l'an-

no, in tutte le classi e in tutte le sue sedi. Per psicologhe e psicologi, come per pedagogiste e pedagogisti, sarebbero previsti una selezione pubblica nazionale e un contratto di tre anni.

La differenza vera, però, la fa l'orario e la proposta lo fissa direttamente nella norma. Almeno il 40 per cento del tempo va trascorso dentro le classi, a lavorare con il gruppo su come si discute, come si collabora, come si sbaglia. Non più del 25 per cento può essere dedicato all'ascolto individuale. Almeno il 20 per cento va al lavoro con docenti, personale e dirigenza, perché il clima di un gruppo dipende molto da chi lo guida: vale per un ufficio e vale allo stesso modo per una classe. È un rovesciamento di prospettiva. La psicologia smette di essere soltanto un servizio a cui rivolgersi quando qualcosa si è già rotto e diventa una presenza quotidiana che lavora sulle relazioni proprio per evitare che si arrivi a quel punto.

I numeri danno la misura della scelta. Seicento psicologhe e psicologi in circa 570 istituti, a partire dai contesti più fragili, raggiungerebbero quasi mezzo milione di studentesse e studenti, circa 24.500 classi e 47.000 persone tra docenti e personale. Al loro fianco lavorerebbero 57 pedagogiste e pedagogisti, una presenza ogni dieci istituti. Con risorse pari a 3,2 volte quelle di oggi, il servizio arriverebbe a un numero di ragazze e ragazzi quasi sette volte più grande di quello attuale, e per un anno intero invece che per cinque ore. Il costo per ciascuna e ciascuno di loro scenderebbe da 250 a 121

euro, e questo calcolo non tiene nemmeno conto di docenti e personale, che il servizio raggiungerebbe in aggiunta.

Resta la domanda a cui ogni proposta di spesa deve rispondere: quanto costa in più? Per potenziare il servizio, il fondo andrebbe aumentato di 11,5 milioni di euro nel 2027 e di 41,5 milioni l'anno nel 2028 e nel 2029, con la stessa copertura finanziaria già usata per la misura attuale. Non sarebbe una spesa permanente: dal 2030, salvo proroghe, la dotazione tornerebbe quella di oggi. Nel frattempo l'Istituto superiore di sanità misurerebbe l'impatto del servizio, e la decisione di renderlo stabile arriverebbe soltanto dopo quella valutazione, con una nuova legge. Su dirittoastarebene.it è attiva una raccolta firme per sostenere questa proposta. Vi aspettiamo.

E © RIPRODUZIONE RISERVATA

Serve una presenza
quotidiana nelle
scuole che lavori sul
gruppo. La proposta
di Diritto a Stare
Bene per quasi
mezzo milione
di studenti, con 600
professionisti negli
istituti più fragili

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



L'APPELLO DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE CALABRIA OCCHIUTO: "SERVE UNA LEGGE NAZIONALE"

Fine vita, le Regioni si muovono ma a Roma è tutto fermo

C'è movimento sul territorio, c'è la mobilitazione popolare e c'è l'attenta risposta degli enti locali. C'è uno stallo – e da tante parti silenzio – a livello nazionale. È questa la cornice in cui si trova la legge sul Fine vita, su cui le Regioni (lo hanno già fatto Emilia-Romagna, Toscana, Sardegna e Veneto) continuano a dare risposte, mentre a Roma manca ancora una normativa nazionale. L'ultimo capitolo di questa ormai lunga storia arriva da due altri territori nel nostro Paese. Nel Lazio, l'Associazione Luca Coscioni ha consegnato ieri al Consiglio regionale 13mila firme raccolte a sostegno della proposta di legge di ini-

ziativa popolare "Liberi subito". La campagna punta a introdurre procedure e tempi certi per dare attuazione alle condizioni già individuate dalla Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito.

ELEONORA CIAFFOLONI**a pagina 3**

L'APPELLO DI FORZA ITALIA E DEL PRESIDENTE DELLA CALABRIA OCCHIUTO

Fine vita, le Regioni si muovono ma a Roma è tutto fermo: "Serve una legge nazionale"

di ELEONORA CIAFFOLONI

C'è movimento sul territorio, c'è la mobilitazione popolare e c'è l'attenta risposta degli enti locali. C'è uno stallo – e da tante parti silenzio – a livello nazionale. È questa la cornice in cui si trova la legge sul Fine vita, su cui le Regioni (lo hanno già fatto Emilia-Romagna, Toscana, Sardegna e Veneto) continuano a dare risposte, mentre a Roma manca ancora una normativa nazionale. L'ultimo capitolo di questa ormai lunga storia arriva da due altri territori nel nostro Paese. Nel Lazio, l'Associazione Luca Coscioni ha consegnato ieri al Consiglio regionale 13mila firme raccolte a sostegno della proposta di legge di iniziativa popolare "Liberi subito". La campagna punta a introdurre procedure e tempi certi per dare attuazione alle condizioni già individuate dalla Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito. "Una persona non deve essere tenuta in condizione di sofferenza insopportabile per mesi addirittura per anni", ha detto Marco Cappato, tesoriere dell'Asso-

ciazione Luca Coscioni, alla consegna delle firme. L'obiettivo dei promotori è quindi quello di organizzare il percorso sanitario regionale per chi si trovi nelle condizioni previste dalla giurisprudenza costituzionale. Nello stesso giorno la Puglia ha messo sul tavolo una nuova proposta - questa volta presentata dalla maggioranza (con primo firmatario il dem Stefano Minerva) - dopo quella depositata il 7 settembre dai consiglieri di minoranza Napoleone Cera della Lega e Marcello Lanotte di Forza Italia. Qui, il confronto si sposta direttamente in Consiglio regionale con la proposta del Pd che punta a definire il percorso all'interno delle Asl senza introdurre nuovi requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito. Due territori diversi da cui arriva – anche se con diverse modalità – la



L'IDENTITÀ

stessa richiesta: garantire procedure certe e uniformi sul fine vita in assenza di una disciplina nazionale. Perché il punto cruciale rimane proprio questo, il vuoto legislativo nazionale. Il nostro Paese non ha ancora una legge dello Stato che disciplini in maniera organica tempi, procedure e modalità del suicidio medicalmente assistito. Il quadro attuale è quello che guarda alla giurisprudenza costituzionale, cioè dalla sentenza 242 del 2019, con cui la Consulta ha escluso la punibilità dell'aiuto al suicidio in presenza di precise condizioni: la persona deve essere pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ritiene intollerabili, e tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale. Le condizioni devono inoltre essere verificate dal Servizio sanitario nazionale, con il coinvolgimento del Comitato etico. Anche più recentemente, nel luglio 2026, la sentenza 152 ha ribadito che, in assenza di un intervento legislativo, il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale mantiene un ruolo centrale nel perimetro individuato dalla sentenza del 2019. Un riferimento, appunto, ma non una legge. E nell'attesa (nella speranza che non sia vana) sono state le Regioni a muoversi sul piano organizzativo con normative o percorsi specifici. Tuttavia, la questione delle competenze regionali è finita davanti alla Consulta che, per ogni caso, valuta eventuali illegittimità e individua i confini tra le normative del territorio e quelle dello Stato. Ovviamente tutte diverse. È proprio qui che si inserisce la questione sollevata dal presidente della Calabria Roberto Occhiuto: "Serve una legge uguale in tutta Italia", ha detto, sostenendo

che affidare alle singole Regioni il compito di legiferare rischierebbe di produrre una "legislazione Arlecchino". Insomma, il Parlamento dovrebbe assumersi la responsabilità di stabilire una disciplina uniforme a livello nazionale. "Io mi auguro – ha concluso – che all'inizio della prossima legislatura si possa fare e mi auguro che una legge del genere sia nel programma del centrodestra per le prossime elezioni". E se Occhiuto parla di centrodestra, è soprattutto dai banchi della sua Forza Italia che si trovano maggiori consensi. Tra gli altri, nelle scorse settimane, avevano avanzato la stessa richiesta la presidente dei senatori azzurri Stefania Craxi – "Penso che il Parlamento debba affrontare una discussione presente nella maggioranza dell'opinione pubblica. Il centrodestra non può rimanere indietro rispetto a istanze maggioritarie" – e la senatrice FI Licia Ronzulli che ha fatto appello al Parlamento: "Quando si parla di diritti di salute non ci si può limitare a girare la faccia dall'altra parte". Eppur si muove, qualcosa. Ma i testi per una legge nazionale sul Fine vita rimangono bloccati nelle Commissioni come in una palude che, forse, rimarrà tale almeno fino al voto. Ma quanto a lungo il Parlamento può lasciare che siano le singole amministrazioni territoriali, le sentenze della Consulta e le iniziative dei cittadini a costruire, pezzo dopo pezzo, il quadro del fine vita in Italia? La stessa Corte costituzionale ha rivolto, fin dal 2019, un "vigoroso auspicio" perché la materia venga regolata in modo organico. Cos'altro serve?



Prevenzione in treni e stazioni per combattere i tumori al seno

GREGORIO MASSA

Ogni anno in Italia vengono diagnosticati più di 390mila nuovi casi di tumore, circa 176mila dei quali tra le donne. Ma dentro questi numeri ce n'è un altro che racconta quanto spazio esista ancora per la prevenzione: oltre 70mila neoplasie potrebbero essere evitate attraverso stili di vita più sani, controlli regolari e una maggiore adesione ai programmi di diagnosi precoce. È da qui che riparte FrecciaRosa, la campagna promossa dal Gruppo FS insieme a Fondazione IncontraDonna, che per tutto il mese di ottobre porterà medici, volontari, informazione e consulenze direttamente sui treni e nelle stazioni italiane.

Giunta alla sedicesima edizione, l'iniziativa coinvolgerà Freccia, Intercity e treni del Regionale di Trenitalia. Dal lunedì al venerdì, su una serie di collegamenti indicati sul sito di Trenitalia, i passeggeri potranno incontrare a bordo i professionisti messi a disposizione dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e ricevere gratuitamente informazioni e consulenze sulla prevenzione oncologica. Sarà inoltre possibile prenotare teleconsulti, per ottenere indicazioni da approfondire successivamente nelle strutture del Servizio sanitario nazionale. Medici e volontari di Fondazione IncontraDonna distribuiranno anche il "Vademe-

cum Salute", realizzato in collaborazione con il ministero della Salute e disponibile in formato digitale e in diverse lingue. L'obiettivo è trasformare luoghi attraversati ogni giorno da milioni di persone in occasioni per parlare di salute, raggiungendo anche chi difficilmente cercherebbe autonomamente quelle informazioni. Ieri l'iniziativa è stata presentata in una conferenza stampa a cui hanno partecipato anche Giuseppe Inchingolo, Vicedirettore Generale Corporate del Gruppo FS, Francesca Stacchiotti, Chief People, Culture and Transformation Officer del Gruppo FS, Adriana Bonifacino, Fondatrice di Fondazione IncontraDonna e Marcello Gemmato, Sottosegretario alla Salute.

«Il Gruppo FS conferma il proprio impegno nel promuovere una cultura della prevenzione e della salute, mettendo la propria rete e i propri treni al servizio delle persone. Da sedici anni portiamo questo messaggio nei luoghi attraversati quotidianamente da milioni di viaggiatori, con l'obiettivo di rendere l'informazione e la prevenzione sempre più accessibili e vicine alle comunità. - ha dichiarato Francesca Stacchiotti, Chief People, Culture and Transformation Officer del Gruppo FS. Quest'anno, accanto alle consulenze gratuite a bordo e alle nuove tappe territoriali, abbia-

mo voluto ampliare ulteriormente il messaggio attraverso l'illuminazione di 40 stazioni RFI: un segnale concreto che coinvolge l'intera rete ferroviaria e che vuole ricordare a tutti quanto sia importante prendersi cura della propria salute. Per il Gruppo FS prendersi cura delle persone significa anche promuovere, dentro e fuori l'azienda, una cultura dell'ascolto, della prevenzione e del benessere, mettendo al centro le persone e i loro bisogni. È un impegno che riguarda anche le nostre colleghe e i nostri colleghi, perché la salute e la qualità della vita sono parte integrante di un ambiente di lavoro attento, inclusivo e capace di generare valore. FrecciaRosa è un viaggio che facciamo insieme alle istituzioni, ai professionisti della salute e alle associazioni, con la convinzione che la prevenzione sia un patrimonio di tutti».

«La prevenzione non è soltanto una scelta individuale, ma una responsabilità collettiva



che coinvolge istituzioni, professionisti e cittadini – ha sottolineato presentando FrecciaRosa il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato –. Promuovere la cultura della prevenzione significa incentivare corretti stili di vita e favorire l'adesione ai programmi di screening, strumenti fondamentali per intercettare la malattia nelle sue fasi iniziali. Il nostro impegno è fare in modo che la prevenzione sia sempre più efficace e accessibile, riducendo le disuguaglianze e garantendo a tutti le stesse opportunità di tutela della salute».

È soprattutto il tumore della mammella a mostrare quanto sia importante riuscire ad accorciare questa distanza. Nel 2025 sono state oltre 53mila le donne interessate dalla neoplasia più frequentemente diagnosticata nella popolazione femminile. La mammografia gratuita biennale è assicurata sull'intero territorio nazionale, ma, secondo i dati richiamati da Fon-

dazione IncontraDonna, solo il 58% delle donne vi si sottopone regolarmente. Un divario che rende la disponibilità dello screening soltanto il primo passaggio: occorre anche convincere le persone ad aderire.

«Il 40% di tutte le neoplasie è evitabile intervenendo sui comportamenti quotidiani ed eseguendo esami regolari e percorsi di sorveglianza secondo indicazione», ha ricordato Adriana Bonifacino, fondatrice di IncontraDonna. Quest'anno la campagna punta in particolare anche sulla salute metabolica e sull'obesità, considerate tra le grandi sfide sanitarie contemporanee e correlate al rischio di numerose forme tumorali.

FrecciaRosa quest'anno allarga ulteriormente il proprio raggio d'azione. Le attività non si fermeranno ai vagoni. Per la prima volta arriveranno nella stazione RFI di Cosenza e nello scalo FS Logistix di Sampierdarena, a Genova, che si aggiungono all'appuntamento nello sca-

lo romano di San Lorenzo. «FS Logistix è salita a bordo di FrecciaRosa già da due anni. In collaborazione con la Fondazione IncontraDonna e con la ASL di Roma, abbiamo avviato un percorso di prevenzione e divulgazione di corretti stili di vita all'interno dell'hub logistico di Roma San Lorenzo – ha spiegato Sabrina De Filippis, Amministratrice Delegata di FS Logistix –. Nelle iniziative realizzate nei due anni precedenti abbiamo registrato oltre 600 presenze, anche grazie alla vicinanza con l'università, che ha favorito la partecipazione di tanti giovani. Alla luce di questo importante risultato, abbiamo deciso non solo di replicare l'iniziativa a Roma, ma di estenderla anche a Genova».

E la rete ferroviaria diventerà anche uno strumento simbolico di sensibilizzazione: 40 stazioni RFI sono state illuminate di rosa nelle serate del 30 settembre e del primo ottobre; Cosenza tornerà a illuminarsi il 19

e 20 ottobre.

L'iniziativa, patrocinata dal ministero della Salute e dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, ha ricevuto per il quarto anno consecutivo la Medaglia del Presidente della Repubblica. Al progetto partecipa anche Farmindustria, che richiama un altro versante della lotta alle patologie femminili, quello della ricerca: sono circa 1.200 i medicinali rivolti alle donne attualmente in sviluppo clinico nel mondo e quasi la metà riguarda i tumori al seno.

La sfida resta quindi è continuare a migliorare diagnosi e terapie e contemporaneamente fare in modo che gli strumenti già disponibili raggiungano davvero le persone. Per un mese, sui treni italiani, la prevenzione prova letteralmente ad andare loro incontro.

Riparte il progetto FrecciaRosa: Gruppo Fs con Fondazione IncontraDonna e con il supporto di Aiom portano avanti per tutto ottobre la campagna di sensibilizzazione con la possibilità di prenotare teleconsulti

Nelle foto sopra due delle stazioni illuminate di rosa: quella di Reggio Emilia AV e (in alto) e quella di Roma Termini. Sotto, un momento della conferenza stampa di ieri / Gruppo FS



La terapia proibitiva: negli Stati Uniti costa 39.800 dollari al mese

“Io, malata di tumore cerco il super-farmaco Usa introvabile in Europa”

PAOLORUSSO
ROMA

Angelica Pasculli è una madre coraggiosa che ha scoperto di avere un tumore al pancreas quando era al terzo mese di gravidanza. Tra lei e il bambino ha scelto lui, che oggi è diventato per lei e suo marito Pasquale ragione di vita. La malattia intanto, senza chemioterapia, è progredita e adesso l'unica speranza per Angelica è un “super-farmaco” scoperto in America ma non disponibile in Europa. È il daraxonrasib e non è una cura definitiva, perché gli studi sull'uomo hanno mostrato che i pazienti trattati con la nuova molecola rispetto alla chemio allungano la sopravvivenza di circa 6 mesi.

«Chiedo solo la possibilità di vivere ancora un po' di più, sperando che nel frattempo escano nuove terapie. Voglio accompagnare mio figlio a scuola, rimboc-

cargli le coperte. Voglio vivere», è l'appello che Angelica ha lanciato scrivendo anche al presidente Mattarella e ai vertici dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, che finora si è impegnata invano a convincere l'azienda americana che possiede il brevetto a concederne l'uso compassionevole. Ma la risposta di Revolution Medicines è stata elusiva: «Faremo in modo di accelerare il più possibile la sua approvazione». Come dire: paghi lo Stato, non noi.

Ed è qui che la storia di Angelica diventa emblematica dei prezzi folli dei medicinali innovativi. Una corsa che Trump ha cercato di fermare a scapito dell'Europa, imponendo che le aziende praticino negli Usa i prezzi più bassi pagati nell'Ue. Ecco così che le imprese hanno iniziato a ritardare il lancio di nuovi prodotti in Europa, come nel caso del super-farmaco che servirebbe ad Angeli-

ca. Che costa tanto, troppo: negli Usa 39.800 dollari per 30 giorni, quasi 480 mila dollari l'anno. Considerando che secondo l'Aifa i pazienti eleggibili al trattamento da noi sarebbero 4 mila, il costo per lo Stato sarebbe di 1,6 miliardi. Da qui il braccio di ferro per convincere l'azienda a ridurre il prezzo. Pressing finora senza esito, perché la biotech californiana che detiene il brevetto non vuole ridurre i margini di profitto nel più redditizio mercato a stelle e strisce.

A breve l'europea Ema potrebbe dare il via libera alla commercializzazione, ma la parola passerebbe poi all'Aifa, chiamata a incrociare le armi con l'azienda per ottenere uno sconto consistente.

«Sbrigatevi, per favore. Fatelo per me e per le persone che sperano di vivere più a lungo nonostante la malattia», è l'appello di Angelica per l'uso compassionevole

del farmaco. In attesa che la compassione smuova Revolution Medicines, *Le Iene*, dopo aver raccontato ieri sera la storia in tv, hanno aiutato Angelica ad aprire l'indirizzo email aiutiamoangelica@gmail.com, attraverso il quale sarà possibile contattare la famiglia e fare una donazione. E c'è da giurarci che gli italiani faranno prima di chi dovrebbe governare un mercato dei farmaci impazzito. —

Su La Stampa



Sul giornale di ieri abbiamo pubblicato il dossier sui rifornimenti a rischio per i farmaci inseriti nel decreto che livella i prezzi tra Usa e Ue

Insieme
Angelica
Pasculli
con il figlio
e il marito
Pasquale



Dove si sposta il confine della cura

Sempre più tumori sono trattabili grazie a medicina personalizzata, vaccini a mRNA e nuove tecnologie diagnostiche. E altre conquiste sono mature.

«Non se ma quando», dice il biologo molecolare **Maurizio Scaltriti** parlando della rivoluzione in atto. Ma avverte: senza educazione scientifica, disinformazione e false credenze rischiano di vanificare molti progressi

di Federico Tulli

Per decenni la parola cancro ha coinciso, nell'immaginario collettivo e purtroppo molto spesso anche nella realtà, con una sentenza. Ancora oggi continua a evocare paura, chemioterapia, un futuro improvvisamente ristretto. Tuttavia è proprio questa rappresentazione che la ricerca oncologica degli ultimi vent'anni sta progressivamente incrinando. Non perché il cancro sia diventato una malattia semplice da decifrare, né perché esista una cura capace di cancellarlo una volta per tutte ma perché sempre più tumori possono essere curati, altri controllati più a lungo, altri ancora intercettati prima o trattati sulla base delle loro caratteristiche molecolari. Per capire come siamo arrivati a questo punto e verso quali traguardi si dirige la ricerca oncologica *Left* ha rivolto alcune domande a uno dei protagonisti di questo salto di paradigma, il biologo molecolare Maurizio Scaltriti. Lo scienziato, che da molti anni vive e lavora negli Stati Uniti (e che ha vissuto e fatto ricerca in molte parti del mondo) dall'ottobre del 2020 è alla guida il dipartimento di Medicina traslazionale della ricerca e sviluppo oncologici di AstraZeneca con base nel centro di ricerca di Gaithersburg, nel Maryland, alle porte di Washington. Qui si occupa di ricerca traslazionale, quel territorio di confine in cui ciò che si scopre sulla biologia dei tumori diventa conoscenza utile alla diagnosi e alle terapie. La medicina di precisione, lo studio delle resistenze, il Dna tumorale circolante, le nuove piattaforme a mRNA sono alcuni dei fronti sui quali si sta ridisegnando il futuro dell'oncologia, racconta Scaltriti che ha pubblicato oltre 150 articoli su riviste internazionali e vanta oltre 25.000 citazioni dei suoi lavori. Temi che con taglio divulgativo ha affrontato nel suo libro *Non se, ma quando* uscito in Italia per Piemme, un libro che documenta, dati scientifici alla mano, che il cancro sempre



più sta diventando una malattia curabile. Quando non debellabile del tutto, spiega il docente, viene sempre più cronicizzata per una più lunga durata della vita, di qualità. Mentre si apre tutto l'interessantissimo capitolo dei vaccini anticancro, che si prevede abbia grandi sviluppi nei prossimi anni.

Professore, il suo titolo suona quasi come una sfida. “Non se, ma quando” è una formula molto forte. A che cosa si riferisce esattamente quel “quando”?

Possiamo davvero immaginare di sconfiggere il cancro?

Non penso che arriverà un giorno preciso in cui sarà sancita la fine di questa malattia. Ci saranno invece giorni, sempre più frequenti, nei quali assisteremo a progressi molto significativi verso la possibilità di curare la maggioranza dei tumori e, magari in un futuro più lontano, anche tutti. Una cosa che ripeto spesso è che molti tumori sono già curabili oggi e forse non tutti ne sono consapevoli. Ancora nel 2026 molte persone lo associano immediatamente a qualcosa di irreparabile. Ma non è più necessariamente così.

Cosa è cambiato?

La maggioranza dei tumori della mammella è diventata curabile, quasi tutti i tumori testicolari sono curabili, la maggioranza delle leucemie infantili è curabile, così come molti linfomi e leucemie dell'adulto. E quando dico “curabile” non intendo semplicemente prolungare la vita: intendo che una persona può curarsi completamente fino alla guarigione e che quella malattia può rimanere un brutto ricordo. Mia madre, per esempio, ha avuto un tumore al seno nel 1999 e oggi quando torno in Emilia mi prepara ancora cappelletti e tortelli. Purtroppo fa più notizia la tragedia della buona notizia, ma soprattutto - ripeto - negli ultimi vent'anni molti tumori sono diventati molto più curabili.

Ci faccia qualche esempio.

Un caso sul quale ho lavorato molto, soprattutto nella prima parte della mia carriera accademica, è quello dei tumori della mammella Her2-positivi. Venticinque anni fa potevano essere vere e proprie sentenze. Oggi, quando vengono scoperti in fase non metastatica, circa il 90 per cento vengono curati. Questo è stato possibile essenzialmente grazie alle terapie mirate: quelle contro Her2 sono state fra le prime e hanno aperto la strada a centinaia di nuove terapie. Ci sono poi tumori nei quali per vent'anni abbiamo visto pochissimi progressi, come quello del pancreas o il tumore a piccole cellule del polmone, e proprio recentemente abbiamo cominciato ad assistere a risposte molto importanti persino nelle forme avanzate e metastatiche. Quando si vedono risultati di questo tipo nella malattia metastatica viene naturale domandarsi che cosa quelle strategie potranno riuscire a fare quando il tumore viene intercettato prima. Per questo



continuo a dire: non si tratta più soltanto di “se”, ma di “quando”.

Le sue parole e anche il suo libro trasmettono un incoraggiante ottimismo.

Il mio ottimismo non deriva dal fatto che io veda per carattere il bicchiere mezzo pieno. Deriva da quello che ho visto e vissuto negli ultimi vent'anni. Deriva dai dati ai quali ho avuto anche la fortuna di contribuire, e da quello che vedo oggi nella ricerca e che può accadere nei prossimi cinque o dieci anni. Da un certo punto di vista ho un osservatorio privilegiato, perché lavoro oggi su molecole che magari arriveranno all'approvazione fra cinque o dieci anni. Quindi posso vedere già che cosa “bolle in pentola”. Ed è anche per questo che considero il mio ottimismo sul “quando” abbastanza fondato sui dati.

Durante la pandemia abbiamo imparato a conoscere l'mRna soprattutto attraverso i vaccini contro il Covid. Quanto quell'esperienza ha accelerato una ricerca sul cancro che utilizzava questa tecnologia già da tempo?

La pandemia ha avuto aspetti positivi e negativi. Fra quelli positivi c'è sicuramente il fatto di aver sensibilizzato moltissime persone riguardo l'importanza della ricerca, si è vista la velocità, si sono visti i meccanismi. Fra quelli negativi c'è invece tutta la disinformazione e, in alcuni casi, anche la malafede di chi sfrutta la disinformazione per interessi economici o politici. Preferisco partire dall'aspetto positivo. La pandemia ha dimostrato che cosa può accadere quando comunità scientifica, industrie farmaceutiche ed enti regolatori riescono a lavorare insieme e a bruciare alcune tappe. Ma attenzione, bruciare delle tappe non significa essere meno scrupolosi. Significa avere una capacità di reazione straordinariamente rapida e poter utilizzare risorse economiche senza precedenti per affrontare un problema urgente.

La tecnologia mRNA ha avuto un'accelerazione enorme, così come altre tecnologie basate sul Dna ricombinante.

Esattamente. Ma non sono state scoperte improvvisamente durante la pandemia. Erano il risultato di decenni di ricerca. L'mRna non è una tecnologia nata durante la pandemia. Karikó e Weissman, Nobel per la Medicina nel 2023, lavoravano sui meccanismi e sulle applicazioni terapeutiche dell'mRna già alla fine degli anni Novanta. Il Covid ha accelerato enormemente una ricerca che aveva alle spalle decenni di lavoro. Uno dei motivi per cui non avevamo ancora visto la stessa accelerazione nel campo dei vaccini oncologici è abbastanza semplice: il cancro è infinitamente più complesso di un virus. Un tumore è formato da miliardi di cellule e ogni cellula contiene un genoma di circa tre miliardi di basi; Sars-CoV-2 ha un genoma di circa 30 mila. Già questo dà un'idea della differenza di complessità. Inoltre vent'anni fa non avevamo la tecnologia di oggi, né la stessa potenza di calcolo, né gli strumenti di cui disponiamo adesso per analizzare in profondità un tumore. Oggi possiamo parlare concretamente di vaccini tumorali a Rna, ma non soltanto di quelli. Le strade che si stanno percorrendo sono



diverse. Anche in questo caso credo che non si tratti tanto di “se”, ma di “quando”.

La medicina oncologica sta diventando sempre più personalizzata?

Assolutamente sì. Oggi la stragrande maggioranza degli studi clinici sperimentali che vengono avviati non si basa più esclusivamente sul tipo di tumore, ma su una particolare caratteristica molecolare di quel tumore. Questo significa selezionare gruppi più ristretti di persone che possiedono una probabilità maggiore di rispondere a un determinato trattamento. Se volessimo guardarla soltanto dal punto di vista economico, potremmo perfino dire che questa tendenza sembra andare contro l’interesse immediato di un’azienda farmaceutica, che avrebbe naturalmente interesse a poter somministrare il proprio farmaco al maggior numero possibile di pazienti.

E invece?

Il punto è che ormai siamo arrivati a un livello tale di conoscenza delle risposte ai trattamenti che, se non si procede in questo modo, molti studi rischiano semplicemente di non dare risultati positivi. Bisogna restringere la popolazione dei pazienti e analizzare il tumore sempre più in profondità per individuarne i talloni d’Achille. A quel punto si può trattare il paziente il cui tumore presenta precisamente quella determinata caratteristica. La fortuna è che oggi disponiamo di decine, se non centinaia, di farmaci mirati, immunoterapie, anticorpi, piccole molecole e altre strategie, ciascuna delle quali può occuparsi di fette differenti di tumori con caratteristiche differenti.

Per quanto riguarda i vaccini antitumorali a mRNA, cosa ci può dire di più?

Nel caso di alcuni vaccini, e in particolare di quelli basati sull’Rna, si può arrivare addirittura a parlare di medicina individuale. Non si tratta più del vaccino destinato a tutti coloro che presentano un tumore con una certa caratteristica. Può essere, per semplificare, il vaccino destinato proprio a “Mario Rossi che vive in via Verdi”, perché viene analizzato il tumore di Mario Rossi e sulla base di quelle caratteristiche viene disegnato il vaccino. L’Rna possiede proprio questa elasticità, questa capacità di adattare molto rapidamente la progettazione alle caratteristiche di un determinato tumore e quindi, in alcuni casi, della singola persona. Naturalmente tutto questo comporta costi e tempi di produzione, ma entrambi stanno diminuendo. Perciò penso che in alcuni casi potremo realmente arrivare a questo livello di personalizzazione.

Il futuro dell’oncologia va soltanto verso vaccini costruiti sul singolo paziente?

No. Ciò che ho detto non significa che siano meno importanti le strategie che cercano vaccini destinati a gruppi più ampi di persone accomunate da determinate caratteristiche. Per restare nella metafora, non più il vaccino per “Mario Rossi che vive in via Verdi”, ma quello per “tutti quelli che hanno il cognome Rossi”. Penso che entrambe le strade faranno progressi. Se dovessi immaginare quale si possa diffondere più rapidamente, direi forse questa seconda, semplicemente perché prodotti di questo tipo sono più facili da realizzare, distribuire e rendere economicamente sostenibili.



Il tumore non è un bersaglio immobile. La medicina del futuro dovrà imparare soltanto a colpirlo o anche ad anticiparne le vie di fuga?

Da una parte cerchiamo continuamente di comprendere il più presto possibile come il tumore evolva sotto la pressione di un farmaco e quali meccanismi di resistenza possa mettere in atto. È abbastanza intuitivo: prima riesci a sapere quale sarà la mossa del nemico, prima puoi provare ad anticiparla. Dall'altra si sta lavorando molto sulla cosiddetta diagnosi ultra-precoce, basata soprattutto sulla ricerca del Dna tumorale circolante nel sangue. È già presente negli studi clinici e credo che non dovremo aspettare moltissimo per vederla entrare, almeno nelle forme meno sofisticate, anche nella pratica clinica.

Ci spiega come “funziona” praticamente?

L'idea è riuscire a individuare tracce quasi infinitesimali di Dna proveniente dal tumore all'interno del Dna che normalmente circola nel nostro organismo. Tutti abbiamo una certa quantità di Dna circolante dovuta al normale ricambio cellulare. Oggi possiamo arrivare a rilevare anche solo tre o quattro copie di Dna tumorale su un milione di copie normali. E le possibili applicazioni sono sostanzialmente due. La prima riguarda persone che non hanno mai ricevuto una diagnosi oncologica. In futuro un test potrebbe individuare, in una piccola percentuale di persone apparentemente sane, tracce che suggeriscono la possibile presenza di un tumore ancora privo di sintomi e indicare la necessità di approfondimenti specialistici. Ma questi test devono essere estremamente solidi. Una cosa che non vogliamo assolutamente fare è dire a qualcuno che potrebbe avere un tumore quando in realtà non lo ha, innescando quella che chiamiamo un'odissea diagnostica, con tutte le conseguenze mediche e psicologiche che questo comporta.

E la seconda?

Riguarda invece chi un tumore lo ha già avuto ed è stato operato o trattato. Oggi una delle paure principali è naturalmente quella della recidiva. E una recidiva viene spesso individuata attraverso gli strumenti di imaging: Tac, risonanze e altri esami eseguiti a intervalli stabiliti, per esempio dopo tre mesi, sei mesi o un anno, a seconda dei casi. L'idea del Dna tumorale circolante è che, con un semplice prelievo di sangue, si possa individuare la traccia di una possibile recidiva molto prima che questa diventi visibile attraverso un esame radiologico. Se una recidiva è costituita, per fare un esempio, da diecimila cellule tumorali, è potenzialmente molto più semplice trattarla rispetto a quando quelle cellule sono diventate milioni e la malattia è ormai visibile attraverso una scansione. Hai, per così dire, molti meno nemici da sconfiggere.

Una medicina di precisione così complessa richiede tecnologie e competenze molto specialistiche. È compatibile con un Servizio sanitario pubblico gratuito e universalistico? In Italia saremo in grado di garantire a tutti l'accesso a queste



opportunità?

Non voglio lanciarmi in considerazioni di politica sanitaria che non sono il mio campo. Posso però dire che, dal punto di vista tecnologico, non vedo ostacoli insormontabili. Questi test possono essere effettuati da laboratori o aziende altamente specializzati. Non significa necessariamente che ogni ospedale debba possedere al proprio interno tutte le tecnologie necessarie. È qualcosa che già avviene per determinate analisi molecolari eseguite su campioni tumorali. In pochi giorni si riceve il risultato dal laboratorio. In alcune regioni il Ssn già copre analisi di questo tipo per specifici tumori, per esempio nel carcinoma della mammella. Nel breve e medio periodo penso che una rete di questo genere possa rappresentare una soluzione. Naturalmente c'è una questione economica. Se e in quale misura il Ssn potrà coprire questi costi, quanto diminuiranno i prezzi e quale sarà il modello di rimborso, non posso dirlo io. Ma, ripeto, dal punto di vista strettamente tecnologico non vedo un ostacolo insormontabile. In molti casi, per il paziente, tutto potrebbe cominciare semplicemente da un prelievo di sangue.

Prima ha accennato al problema della disinformazione. Cosa la preoccupa?

Mi dispiace vedere un contrasto sempre più forte fra due fenomeni che procedono contemporaneamente. Da una parte abbiamo un progresso velocissimo della ricerca scientifica e, nel mio campo, della ricerca oncologica e delle terapie. Dall'altra vediamo invece fiorire una disinformazione che a volte sembra riportarci verso una sorta di buio medievale e che coinvolge una parte non irrilevante della popolazione.

Come se ne esce?

Avremmo bisogno di un nuovo illuminismo scientifico, di ripartire dalle basi, dall'educazione al metodo scientifico cominciando dalle scuole e dalle nuove generazioni. Con gli adulti dobbiamo continuare a lavorare, ma credo che sia fondamentale impegnarsi soprattutto perché i più giovani possano ricevere gli strumenti necessari per distinguere un'informazione scientifica affidabile dalla disinformazione. Occorre farlo in maniera capillare. Non basta combattere la singola falsità, bisogna fornire alle persone gli strumenti per capire come funziona la scienza. Perché la disinformazione scientifica sta diventando un problema reale.

Solo poche settimane fa due genitori sono finiti a processo per aver rifiutato o ritardato le terapie oncologiche validate per il figlio quattordicenne, affidandolo a pseudo cure basate sulle teorie di Hamer.

Finché si legge una sciocchezza su un social network ci si può anche ridere sopra. Ma quando leggi di genitori che negano a un figlio una cura efficace per convinzioni prive di fondamento, allora la questione cambia. Ci sono persone che hanno dedicato la propria vita e il proprio lavoro a determinati risultati scientifici, e poi può bastare un ciarlatano a convincere qualcuno a rinunciare a quelle cure. Per questo penso che sia necessario un lavoro capillare di educazione scientifica. Bisogna cambiare rapidamente rotta per non fare la fine del Titanic. Perché se continua così si rischia davvero di **andare a sbattere.**



La forza della conoscenza

di Simona Maggiorelli

All'81esima Assemblea generale delle Nazioni Unite capi di Stato e di governo si sono confrontati su un mondo attraversato da guerre, crisi climatica, disuguaglianze e nuove minacce alla salute globale. Contemporaneamente si sono tenuti incontri di alto livello sull'azione climatica e sulla preparazione alle future pandemie. È una fotografia del nostro tempo: le guerre non si fermano, si riempiono gli arsenali, il pianeta si scalda. *Effetto serra, effetto guerra*, potremmo dire citando un importante libro di Antonello Pasini e Grammenos Mastrojeni edito da Chiarelettere. Nel 2025 la spesa militare mondiale aveva raggiunto 2.887 miliardi di dollari, l'undicesimo aumento annuale consecutivo; in dieci anni è cresciuta del 41 per cento. Intanto l'Organizzazione meteorologica mondiale certifica che il periodo 2015-2025 comprende gli undici anni più caldi mai registrati.

In questo quadro globale c'è chi lavora a nuovi sistemi d'arma, droni e altre armi di sterminio guidate dall'AI, come quelle usate dall'Idf a Gaza, e c'è chi invece lavora perché una malattia oggi incurabile domani possa non esserlo più. Mentre il futuro viene ipotizzato da chi allestisce eserciti, misura rapporti di forza o considera il riarmo una risposta inevitabile all'insicurezza, c'è chi invece cerca di costruire un futuro diverso e spende la propria vita in laboratorio per studiare una cellula, comprendere una mutazione, un meccanismo di resistenza; un futuro costruito da chi cerca una diagnosi più precoce per una malattia che altrimenti può diventare incurabile o una terapia capace di restituire tempo e qualità alla nostra vita.

Siamo convinti che la possibilità di scrivere il futuro, di assicurare un futuro all'umanità passi da qui. Dal rifiuto dell'idea che violenza e sopraffazione siano natura umana e un destino e che la pace possa essere pensata soltanto attraverso la capacità di infliggere una distruzione maggiore di quella dell'avversario. Mentre una parte enorme delle risorse viene impiegata nella competizione militare, altre intelligenze e altri investimenti sono rivolti a ridurre sofferenza, malattia e morte. L'intervista al ricercatore Maurizio Scaltriti ci parla della strada da percorrere per raggiungere questo secondo sguardo. Il biologo molecolare di fama internazionale racconta un'oncologia nella quale il confine del curabile continua a spostarsi: tumori fino a qualche anno fa quasi senza speranza sono oggi trattabili; la medicina di precisione seleziona terapie sulla base delle caratteristiche molecolari; l'mRna, diventato familiare durante la pandemia, ha aperto la strada a vaccini oncologici sempre più personalizzati; il Dna tumorale circolante può consentire di cercare tracce di malattia quando sono ancora infinitesimali. Il suo «non se, ma quando» (che campeggia in copertina del suo libro edito da Piemme) riferito alla cura di tumori racconta di un ottimismo fondato sui dati, su sperimentazioni in fase avanzata e su ciò che la ricerca degli ultimi vent'anni ha già reso possibile. Ma la conoscenza scientifica, incredibilmente è ancora sotto attacco, oggetto di falsificazioni, interessi politici ed economici.

La scienziata e senatrice a vita Elena Cattaneo su questo numero di *Left* lo dice con una formula che dovrebbe essere ovvia per tutti: «La biologia non si piega alle convinzioni personali e i virus non conoscono ideologie». Per Cattaneo, la cultura scientifica si costruisce nella scuola, nell'università, nelle istituzioni e nell'informazione. E politica e media hanno una gra-



ve responsabilità quando sfumano il confine fra ciò che è stato verificato e ciò che non lo è, trasformando il pluralismo in una par condicio fra prove e affermazioni prive di riscontri. Le altre pagine della storia di copertina mostrano quanto questo terreno sia diventato politico e culturale.

Lorenzo Fagnoli ricostruisce la metamorfosi dell'universo no-vax dopo la pandemia mostrando con un'inchiesta sul campo come una parte del lessico nato attorno a Green pass e vaccinazioni - sospetto verso Stato e scienza, sovranità individuale, élite come nemico - abbia trovato punti di contatto con la destra identitaria e si sia allargato ad altri terreni, dal clima ai migranti. Lo psichiatra e psicoterapeuta Francesco Fagnoli scava ancora più in profondità. Il complottismo, spiega, non si combatte immaginando che basti fornire un dato corretto a chi ne possiede uno falso. Il sospetto può diventare un sistema chiuso, capace di trasformare perfino una smentita nella conferma della trama che il complottista crede di vedere. E può essere coltivato da chi ha interesse a farlo: screditare una vaccinazione può servire a vendere un rimedio alternativo e privo di efficacia; presentare le istituzioni come nemiche può produrre consenso politico. Per questo la risposta non può essere una scienza arroccata. Il sapere, scrive, «può appartenere a tutti quando la società partecipa alla sua costruzione e trova in esso la possibilità di trasformarsi».

Il contributo di Ylenia Zambito porta infine questo conflitto dentro le istituzioni. Da componente della Commissione parlamentare Covid, la senatrice Pd e docente di legislazione farmaceutica denuncia l'uso di una sede pubblica per attribuire «pari dignità scientifica a tesi che non ne hanno alcuna». La sua tesi è che il dubbio scientifico sia indispensabile proprio perché accetta verificabilità, revisione e possibilità di essere smentito; la propaganda fa il contrario. Quando la distinzione viene cancellata, sostiene, il prezzo della sfiducia arriva alla prevenzione, alle vaccinazioni, al Servizio sanitario e diventa una «battaglia di democrazia».

Ecco allora perché abbiamo scelto questa copertina mentre siamo immersi in un orizzonte di guerra e prosegue la pulizia etnica in Palestina, dove si sono riaffacciate malattie che anche in quei territori erano stati debellati. Non perché pensiamo che la scienza possa sostituire la politica, né che una scoperta in laboratorio cancelli guerre, disuguaglianze o crisi climatica. Ma perché esiste una differenza radicale fra considerare il futuro come qualcosa da difendere con una minaccia più grande e considerarlo come qualcosa da costruire aumentando le possibilità di vivere e di **vivere meglio e in pace.**



Il mistero svelato del sorriso

colloquio con **FAUSTO CARUANA** di **ANNA DICHIARANTE**

Il mondo brucia tra conflitti e crisi climatica. La geopolitica è influenzata da regimi autoritari. Mentre le disuguaglianze condannano poveri e fragili a stare sempre peggio. In uno scenario simile, si direbbe, c'è da ridere per non piangere. Ma chi si chiede da dove derivi tale espressione proverbiale? In mezzo a tanti guai, occuparsi del motivo per cui ridiamo pare uno spreco di tempo e di risorse. Eppure, nella mente e nel corpo degli esseri umani nulla accade per caso. E in quel comportamento, così istintivo da sfuggire all'analisi razionale, potrebbe trovarsi la chiave per spalancare nuove porte sulla nostra evoluzione.

L'enigma della risata affascina e si proverà a dipanarlo durante uno degli incontri di "Pianeta Terra Festival": la manifestazione, il cui direttore scientifico è **Stefano Mancuso**, si terrà a Lucca dall'8 all'11 ottobre prossimi con l'obiettivo di «esplorare la nostra straordinaria casa comune e riflettere sui modi per preservarla e abitarla in maniera sostenibile». Nel corso della rassegna, promossa da Editori Laterza e Fondazione Cassa di risparmio di Lucca, si parlerà di ambiente, modelli economici, energia, agricoltura, alimentazione, sviluppo urbano, ma pure delle visioni politiche, filosofiche, antropologiche e artistiche del futuro.

Per quanti si domandino che cosa succede nella nostra testa quando una battuta provoca sghignazzi, l'appuntamento è per il 9 ottobre alle ore 17. Sarà **Fausto Caruana** a scandagliare le radici biologiche, psicologiche e sociali del riso. Primo ricercatore dell'Istituto di Neuroscienze del Cnr, docente di Neuroscienze del linguaggio nell'Università degli Studi di Parma e autore di numerose pubblicazioni, Caruana ha scritto assieme all'etologa **Elisabetta Palagi** un libro intitolato proprio "Perché ridiamo. Alle origini del cervello sociale" (il Mulino, 2024).

«Mi sono concentrato sul tema grazie alla collaborazione con il Centro "Claudio Mu-

nari" di Chirurgia dell'epilessia dell'Ospedale Niguarda di Milano – racconta il professore – è un'eccellenza internazionale per la cura dei pazienti adulti e pediatrici affetti da questa patologia che non rispondono ai farmaci». In pratica, i medici rimuovono la porzione di cervello ritenuta responsabile degli attacchi epilettici. Come riescono a individuarla? Per un periodo la stimolano con microelettrodi, al fine di monitorarne l'attività elettrica. Si sono accorti, così, che alcune persone ridono durante la procedura. E le cartelle cliniche sono diventate il serbatoio da cui Caruana e i suoi colleghi attingono materiali per la ricerca.

«Esistevano pochi lavori sul ridere, tutti abbastanza recenti, sia perché è difficile riprodurre in laboratorio un gesto spontaneo senza inibirlo sia perché esami come la risonanza magnetica non danno esito se il paziente ride e, inevitabilmente, si agita dentro alla macchina. Da qui, il buco nella letteratura scientifica. Un paradosso per qualcosa di usuale». Visionando registri e filmati forniti dal Niguarda, il professore ha scoperto da quali regioni cerebrali nasce la risata: «Si tratta di sistemi arcaici ed emozionali, come quello limbico, e di sistemi motori. Se sono coinvolti i secondi, si ride anche in assenza di un vero trasporto».

Per capire, è utile immaginare due linee ferroviarie che s'incrociano in un unico punto. «Si possono perdere parzialmente le funzioni motorie facciali, per cause diverse, ma la stessa parte del volto può continuare a ridere per ragioni emozionali». E viceversa.



Lo rivela uno studio americano del 2019. I ricercatori hanno indotto una paziente sottoposta a stimolazione per qualche minuto a ricordare un episodio triste: la morte del suo cane. Lei ne ha parlato sorridendo, pur consapevole che il lutto non fosse affatto divertente. Gli elettrodi, infatti, agivano sull'area che regola l'umore, ossia la corteccia cingolata anteriore.

Entra in campo, dunque, il controllo del dolore. «Tale parte della corteccia – prosegue Caruana – modula la produzione di serotonina, “l'ormone della felicità”, e si accende anche quando ci facciamo male. S'è constatato, appunto, che un'adeguata sollecitazione consente di attenuare la percezione della sofferenza. È come iniettare una ► sorta di antidoto. Nel corso di un intervento chirurgico con anestesia locale, per esempio, si potrebbero somministrare dosi minori di analgesici».

Non solo. La medesima regione riguarda pure il rilascio di endorfine, le morfine interne al corpo: «Ora tecniche del genere si stanno applicando, in una regione adiacente a quella che innesca la risata emozionale, al trattamento della depressione non guaribile con le consuete terapie. Il meccanismo di fondo spiega, peraltro, i benefici offerti ai malati da metodi alla Patch Adams e certi legami personali. Se rido con un amico, il mio cervello genera una sensazione di piacere; perciò vorrò ancora la sua compagnia, per il riflesso pavloviano che mi spinge a ricercare il benessere».

Insomma, dalla medicina alla costruzione dei gruppi sociali. E alla negoziazione, qualora la risata sia usata nel conversare con un ruolo identico a quello della punteggiatura in un testo. «È un'autentica “stele di Rosetta” da cui partire per decifrare vari aspetti della vita, tramite un approccio multidisciplinare», riprende il docente: «Di solito i neuroscienziati prestano maggiore attenzione alle emozioni negative, che appaiono più urgenti. Sin dall'antichità, inoltre, i filosofi hanno confuso il riso con lo humour e l'hanno considerato un fenomeno esclusivamente

umano. Invece, è una caratteristica di quasi tutti i mammiferi».

Da **Charles Darwin** in poi, l'etologia ha mostrato che gli animali ridono: «È un'esigenza che sorge nel gioco, il quale si attua in forma di lotta e spesso rischia di degenerare in scontro reale. Del pari, bambini e bambine utilizzano la risata acustica o facciale per comunicare che si resta in un ambito di gioco. E noi inseriamo emoticon nei messaggi o nelle email per sottolinearne il tono scherzoso. Il riso, quindi, svolge una funzione vitale, è un lascito di regolamentazione sociale a cui si sono aggiunti impieghi emozionali e linguistici. Ecco perché “il padre dell'evoluzione” diceva che chi comprende un babbuino contribuisce alla metafisica più di **John Locke**».

In proposito, Caruana cita i due errori stigmatizzati dal primatologo **Frans de Waal**: antropomorfismo e antropodiniogio, cioè la tendenza ad assimilare gli animali agli esseri umani o, al contrario, a non riconoscerne le somiglianze. «La neuroscienza e la psichiatria testano i farmaci sui ratti, ma faticano ad affermare che anche loro sono depressi, impauriti e così via. Ci ritroviamo nell'eterno contrasto tra natura e cultura; la prevalenza dell'una sull'altra oscilla, in base al pensiero dominante, tra gli antipodi rappresentati rispettivamente da Darwin e **Karl Marx**. Ma la verità sta nel mezzo».

In altre parole, la genetica si bilancia con gli influssi culturali (che pure gli animali subiscono, in misura differente) e con la socialità. «Ciò emerge bene nella teoria secondo cui l'ironia e la satira servono per sondare quanti colgano i significati sottintesi da chi fa la battuta e rientrano, quindi, nella sua cerchia. Sono strumenti con una funzione naturale di collante sociale, finalità che è presente anche nell'umorismo più sofisticato, ma la chiave di accesso alla cerchia è culturale. È esattamente ciò che fanno i commercianti che tentano di conquistare clienti e i politici a caccia di consensi».

TE

Da dove origina una delle espressioni più naturali dell'uomo. E quali implicazioni hanno le scoperte sulla mitigazione del dolore e nelle terapie. Parla il neuroscienziato Fausto Caruana

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA





BIG BANG

MARCO CATTANEO

Con l'Rna ora si prova a fermare anche la Sla

Sono passati 40 anni da quando Renato Dulbecco, sulle pagine di *Science*, propose di mappare il genoma umano. E dalla fine del Progetto Genoma il cammino delle terapie geniche è stato quanto mai accidentato, ma oggi si stanno registrando progressi in molti settori. A metà settembre sulla rivista *Med* è stato pubblicato il risultato di una sperimentazione condotta su un paziente affetto da una forma di sclerosi laterale amiotrofica a lenta progressione causata da una rara mutazione genetica che porta a un accumulo di proteine e alla conseguente morte dei neuroni motori. Il paziente ha ricevuto un trattamento a base di Rna che, a differenza della terapia genica ordinaria, usa brevi tratti di materiale genetico per agire sull'Rna prodotto dal gene mutato, riducendo la quantità di proteina sintetizzata nella cellula. Sebbene il risultato sia ancora provvisorio, a un anno di distanza dalla somministrazione della terapia i test hanno

valutato che le capacità motorie, la respirazione e la funzione neurologica erano migliorati, il paziente non mostrava segni di declino cognitivo e non erano insorti effetti collaterali.

Ci sono tuttavia parecchie avvertenze. Prima di tutto occorre osservare il paziente più a lungo per verificare che i miglioramenti non siano transitori. Poi estendere la sperimentazione ad altre persone e rendere più efficiente ed economico lo sviluppo delle terapie antisenso. E infine considerare che quella specifica singola mutazione riguarda soltanto l'1 per cento dei malati di Sla. Su quest'ultimo punto però, una buona notizia: secondo gli specialisti questo trattamento potrà funzionare anche per altre mutazioni genetiche, sia rare che comuni, e persino in pazienti la cui malattia è causata da mutazioni multiple.

© riproduzione riservata





Servizio Lo studio di Harvard

Influenza o Covid, perché dire “questo vaccino non fa per te” può convincere i dubbiosi

Come il “dissuasive framing” può vincere l'indifferenza e riattivare le vaccinazioni tra anziani e fragili alla vigilia della stagione influenzale e con il Covid-19 che ha ripreso a circolare

di Cesare Buquicchio

1 ottobre 2026

L'autunno 2026 è ufficialmente iniziato e con l'arrivo di ottobre la sanità pubblica inizia a prepararsi alla campagna per proteggere i cittadini dall'influenza stagionale e, magari, a provare ad alzare i tassi di copertura su Covid-19 che ancora circola e, in alcuni Paesi europei, sta provocando delle discrete ondate epidemiche. Nonostante gli oltre 2700 morti all'anno a causa dell'influenza e le tante ospedalizzazioni per chi associa diversi virus respiratori, c'è da superare un muro di gomma fatto da indifferenza, vaccine fatigue, difficoltà di accesso e un'infodemia latente che riempie i vuoti d'informazione. Ma basteranno i consueti appelli per smuovere i cittadini con i classici messaggi universali del tipo “vacciniamoci tutti!”? Un'idea per superare lo stallo arriva da un'inaspettata lezione di psicologia dei consumi targata Harvard University e dalla sua scuola di sanità pubblica.

La lezione di Harvard: il potere del “dissuasive framing”

Un recente studio pubblicato sul numero di ottobre del Journal of Consumer Research e condotto da ricercatori dell'Università di Harvard ha analizzato l'impatto dei messaggi persuasivi attraverso otto esperimenti sul campo e su piattaforme di rilevazione. Uno degli esempi è stato nel misurare le reazioni a queste due frasi: “Se ti piace il caffè forte, questo è il caffè che fa per te”, “Se non ti piace il caffè forte, questo non è il caffè che fa per te”. L'intuito spingerebbe chiunque a scegliere la prima opzione. Eppure, la ricerca dimostra che il framing dissuasivo genera un engagement significativamente più alto e una maggiore propensione all'adesione tra le persone del target di riferimento.

Perché funziona l'esclusione?

Secondo i ricercatori, quando un messaggio dichiara esplicitamente chi non vuole raggiungere, invia un segnale forte e immediato: questo contenuto è progettato su misura per un pubblico specifico. Per chi si riconosce in quel profilo, il messaggio diventa istantaneamente più rilevante, autorevole e persuasivo. I messaggi sulla salute non sono quasi mai universali. Ad esempio, le raccomandazioni ministeriali per la stagione 2026-2027 spiegano chiaramente che la vaccinazione antinfluenzale e i richiami anti-Covid sono raccomandati ed offerti gratuitamente a gruppi ben definiti: over 60, persone con fragilità o patologie croniche, donne in gravidanza, bambini tra 6 mesi e 6 anni, ospiti delle RSA e personale sanitario o di servizio pubblico. Eppure, le campagne di

comunicazione continuano a parlare a “tutti”, con la speranza recondita di portare comunque in alto i tassi di vaccinazione aggregando anche le coperture dei soggetti non primariamente a rischio.

Questo, però, può generare due effetti perversi: da una parte la desensibilizzazione dei target prioritari, con anziani o soggetti fragili che in molti casi percepiscono l'appello come un generale “rumore di fondo” burocratico e non come una prescrizione salvavita cucita esattamente sulla loro salute. E, dall'altra, la reazione dei non in target: gran parte della popolazione giovane e sana rifiuta l'appello (“È solo un'influenza” o “Ho già fatto tre dosi Covid”...), magari alimentando scetticismo e narrazioni polemiche sui social media. Come rivelato da diverse ricerche, infatti, quando il volume dell'informazione istituzionale cala o si fa generico, la disinformazione, che sa essere molto accattivante, occupa subito gli spazi vuoti, arrivando a coprire oltre il 60-70% dei post ad alto engagement con le sue narrazioni scoraggianti.

Come ribaltare la narrazione: due esempi pratici

Dunque, per riattivare l'interesse e proteggere davvero le categorie a rischio dal mix autunnale di virus respiratori (influenza, Covid-19, RSV) la comunicazione pubblica potrebbe provare ad applicare la strategia suggerita da Harvard: dichiarare chi si vuole escludere. Ecco, allora, come potrebbero trasformarsi gli slogan istituzionali: “Se hai meno di 60 anni e non hai patologie croniche, questo vaccino NON è pensato per te”. Oppure: “Se pensi che l'influenza sia solo un fastidio di due giorni e non frequenti persone fragili, puoi ignorare questo messaggio”. L'adozione del “dissuasive framing” nella sanità potrebbe produrre tre vantaggi immediati: far percepire i vaccini come una misura di protezione personalizzata ed essenziale; disarmare la disinformazione; facilitare la co-somministrazione di vaccino antinfluenzale e richiamo Covid in un'unica seduta per i soggetti a rischio. Come raccomanda la ricerca di Harvard, per convincere le persone giuste occorre avere il coraggio di escludere quelle che non sono in quel momento la priorità.



Servizio Stevanato Group

Terapie iniettabili, l'autosomministrazione spinge l'innovazione dei dispositivi

Diabete e obesità stanno accelerando la diffusione di penne, autoiniettori e altri dispositivi destinati all'uso domiciliare: come cambia la progettazione

di Paolo Castiglia

1 ottobre 2026

La diffusione delle terapie iniettabili è in una crescita vorticosamente trainata dai farmaci biologici, dall'espansione dei trattamenti GLP-1 e dal trasferimento di alcune cure dall'ospedale alla casa. Tutto ciò sta ridisegnando non solo le modalità di somministrazione ma anche la progettazione dei dispositivi e dei sistemi di drug delivery.

In questo scenario, i GLP-1 occupano una posizione centrale. Utilizzati soprattutto per il trattamento del diabete e dell'obesità, stanno contribuendo ad accelerare la diffusione di penne, autoiniettori e altri dispositivi destinati all'uso domiciliare. Per il paziente la terapia diventa più gestibile in autonomia; per l'industria cresce la necessità di soluzioni semplici, affidabili e producibili su larga scala.

La crescita dei medicinali a somministrazione parenterale

Secondo le previsioni di mercato che emergono dai dati IQVIA MIDAS, i medicinali a somministrazione parenterale continueranno a crescere più rapidamente rispetto ad altre forme terapeutiche.

Nel 2025 il segmento avrebbe raggiunto un valore di circa 872 miliardi di dollari, con un tasso di crescita annuo composto atteso tra il 7 e il 9% fino al 2030. A sostenere l'espansione sono soprattutto i biologici, che entro la fine del decennio potrebbero rappresentare circa l'85% della spesa per i farmaci iniettabili.

“La crescita delle terapie biologiche e dei farmaci GLP-1, insieme al progressivo passaggio all'autosomministrazione domiciliare, sta aumentando la domanda di dispositivi progettati per semplificare l'esperienza del paziente, migliorare l'aderenza terapeutica e supportare la scalabilità industriale”, spiega Michele Monico, presidente della divisione Drug Delivery Systems e In Vitro Diagnostics di Stevanato Group.

La progettazione del dispositivo

La progettazione del dispositivo, osserva Monico, non può più essere rinviata alle fasi finali dello sviluppo farmaceutico. “La scelta del dispositivo non può più essere l'ultimo anello dello sviluppo” sottolinea. Dispositivo e contenitore primario incidono infatti sulla facilità d'uso, sulla possibilità di adattare il dosaggio, sui tempi di approvazione e sulla produzione su larga scala.

Anche il modello di un dispositivo progettato da zero per ogni farmaco sta lasciando spazio a soluzioni più flessibili. “La risposta, a nostro avviso, sta in piattaforme modulari già validate, da adattare al farmaco anziché reinventare”, osserva Monico. Un approccio particolarmente rilevante per i GLP-1, dove una stessa molecola può richiedere dispositivi differenti nelle diverse fasi della terapia.

Fatturato di oltre 1,1 miliardi

In questa evoluzione si inserisce Stevanato Group, con un fatturato di oltre 1,1 miliardi di euro nel 2025 e 12 stabilimenti produttivi in tutto il mondo, che sta ampliando il proprio ruolo lungo la filiera, con una scelta operativa che combina contenitori primari, dispositivi di somministrazione, servizi analitici e tecnologie produttive. L’obiettivo è accompagnare le aziende biofarmaceutiche dalle fasi cliniche alla commercializzazione, contribuendo a ridurre complessità e tempi di sviluppo, visto che in un mercato sempre più orientato all’autosomministrazione, il dispositivo non è un semplice accessorio del farmaco ma una componente della terapia e dell’esperienza del paziente.

Il 2,9% dei ricavi di Stevanato Group sono investiti in R&D e tra le piattaforme sviluppate figurano gli iniettori a penna Alina e Deora e l’autoiniettore Aidaptus. Le capacità produttive dedicate al drug delivery sono presenti in Europa e negli Stati Uniti, con siti a Bad Oeynhausen (Germania) e Fishers (Indiana) ma il cuore dell’azienda è in Italia a Piombino Dese, in provincia di Padova, dove si concentrano l’headquarters con le competenze chiave lungo la filiera del contenimento dei farmaci, e delle tecnologie per l’assemblaggio, il packaging e l’ispezione per l’industria farmaceutica, con 5 tra stabilimenti produttivi e centri di ricerca con 3.343 dipendenti.



Servizio 8 ottobre

Giornata mondiale della vista: consulenze e controlli gratuiti in 90 città italiane

In crescita costante le patologie legate all'invecchiamento come glaucoma, degenerazione maculare legata all'età e retinopatia diabetica. Balzo della miopia tra i giovani

di Ernesto Diffidenti

1 ottobre 2026

La Giornata mondiale della vista che si celebra l'8 ottobre è un appuntamento annuale promosso in Italia dalla Fondazione Iapb Italia ETS (sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità) che sin dal 2002 richiama nel nostro Paese l'attenzione sulla tutela della salute visiva.

Nell'occasione saranno promossi momenti di screening gratuito e consulenze in oltre 90 città italiane grazie alla collaborazione delle strutture territoriali dell'Unione italiana dei ciechi e degli ipovedenti con l'obiettivo di tradurre il concetto di prevenzione in attività sanitarie reali, occasioni di salute, momenti di educazione sanitaria (qui le informazioni). Per Mario Barbuto, presidente della Fondazione Iapb Italia e dell'Unione italiana ciechi e ipovedenti "la vista è un bene così presente nella nostra vita quotidiana che spesso finiamo per darlo per scontato".

Oltre 2,2 miliardi di persone ha una riduzione della vista

I numeri, invece, illustrano una realtà diversa. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, oltre 2,2 miliardi di persone convivono con una riduzione della vista o con cecità e, in almeno la metà dei casi, la perdita visiva potrebbe essere prevenuta o trattata efficacemente attraverso diagnosi precoce, cure appropriate e accesso ai servizi. Dal canto suo l'Italia, uno dei Paesi più longevi al mondo, si trova a fare i conti con una crescita costante delle patologie oculari cronico-degenerative legate all'invecchiamento come glaucoma, degenerazione maculare legata all'età e retinopatia diabetica, di cui si stima siano affette in Italia oltre 3 milioni di persone. E si registra anche il rapido incremento della miopia nelle giovani generazioni, favorito dai cambiamenti degli stili di vita e dall'aumento del tempo trascorso negli ambienti chiusi e davanti agli schermi digitali: nel 1990 a livello globale circa il 25% dei bambini e degli adolescenti erano miopi, nel 2023 quasi il 36%, nel 2050 si stima raggiungano circa il 40%, pari a 740 milioni.

L'importanza della prevenzione

"Io so, per esperienza personale continua Barbuto - quanto profondamente la perdita della vista possa cambiare il modo di vivere, di muoversi, di lavorare e di entrare in relazione con gli altri. È per questo che dobbiamo aiutare le persone a comprendere, fin da giovani, quanto sia prezioso vedere e quanto sia importante prendersi cura dei propri occhi lungo tutto l'arco della vita. La prevenzione non è un gesto occasionale ma una pratica quotidiana".

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

In occasione della Giornata mondiale, l'artista Jerico Cabrera Carandang ha realizzato un murales tattile in via Galvani nel quartiere Testaccio a Roma (nella foto). “Un’opera unica, così bella che la vede anche un cieco - conclude Barbuto -. La vista non va semplicemente conservata, va custodita per tutta la vita. Come la perla rappresentata nel murale tattile che abbiamo realizzato”.



Servizio Giornata mondiale

Orticaria cronica spontanea: una malattia che si vede poco ma pesa e costa molto

Il tema di quest'anno è "Riprendi il controllo". Dal prurito alla comprensione. Perché chi convive con la patologia spesso non riesce a farsi capire

di Ernesto Diffidenti

1 ottobre 2026

La Giornata mondiale dell'orticaria è l'evento annuale che si celebra il 1° ottobre dedicato alla sensibilizzazione su una patologia che colpisce milioni di persone in tutto il mondo ma che spesso resta avvolta nell'incomprensione.

Il tema di quest'anno è "Riprendi il controllo". Dal prurito alla comprensione. Perché chi convive con l'orticaria cronica spesso si sente passeggero della propria malattia: le riacutizzazioni arrivano senza preavviso, il prurito decide come sarà la notte, e spiegarlo a chi non lo vive, a volte anche dagli specialisti, è la parte più faticosa. Riprendere il controllo comincia proprio da lì: dal riuscire a farsi capire.

I sintomi della patologia

Un prurito intenso, un gonfiore doloroso ed eruzioni cutanee imprevedibili che possono comparire in qualsiasi parte del corpo sono i sintomi più noti e la realtà per molte persone affette da orticaria cronica, una malattia cutanea spesso debilitante caratterizzata da pomfi e spesso accompagnata da angioedema (gonfiore doloroso). Oltre ai sintomi visibili, l'orticaria provoca un profondo impatto sulla qualità della vita, compromettendo il sonno, il lavoro, le attività sociali e il benessere emotivo.

"L'orticaria cronica spontanea è una malattia che si vede poco, ma pesa molto – spiega Elena Radaelli, presidente dell'Associazione ricerca e cura dell'orticaria Arco -. Il prurito, spesso più intenso di notte, interrompe il sonno. La stanchezza che ne deriva si riflette sul lavoro, sullo studio e sulle relazioni. A questo si aggiunge l'imprevedibilità dei sintomi, che rende difficile programmare la propria vita".

Il conto economico

Un peso che ha anche un costo economico preciso. Uno studio italiano pubblicato nel 2026 su Global & Regional Health Technology Assessment, a cui ARCO ha contribuito, ricorda ancora Radaelli "stima costi indiretti medi di circa 4.200 euro l'anno per paziente che nelle forme più gravi si arriva a 5.200 euro". Si tratta di costi che derivano soprattutto dalle giornate di lavoro perse e dalla minore produttività. "I pazienti – sottolinea la presidente Arco - sostengono inoltre di tasca propria circa 500 euro l'anno per visite, esami e farmaci.

La Giornata mondiale dell'orticaria ha quindi l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dell'orticaria e del suo impatto significativo, promuovere una diagnosi precoce e accurata,

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

garantendo ai pazienti l'accesso alle cure il più presto possibile, assicurare un accesso equo a trattamenti e gestione efficaci per tutti, indipendentemente dalla posizione geografica.

I numeri dell'orticaria

L'orticaria, sebbene sia lontana dai riflettori, può colpire fino al 20% della popolazione nel corso della vita. Una statistica che sottolinea l'urgente necessità di una maggiore comprensione e azione. Ecco perché, in questo Giornata mondiale dell'orticaria, la Piattaforma globale per pazienti allergici e vie aeree (GAAPP) cui aderisce anche l'associazione Arco, ha unito le forze con la Rete europea globale per le allergie e l'asma (Galen) per amplificare questo invito all'azione.

“In Italia circa l'1% della popolazione convive con le forme moderate e gravi – conclude Radaelli -. Si tratta soprattutto di donne tra i 20 e i 50 anni, nel pieno della vita lavorativa e familiare. Per questo chiediamo diagnosi più tempestive, un accesso uniforme ai centri specializzati in tutto il Paese e il riconoscimento pieno dell'impatto sociale della malattia”.

Servizio Orticaria cronica spontanea

Il peso dei sintomi e quel il bisogno di essere ascoltati: cosa dicono i pazienti

Un'indagine rileva tra le altre cose un preoccupante intervallo tra la comparsa della malattia e il suo riconoscimento, definito ritardo diagnostico, di quasi due anni

*di Stefano Piaserico**

1 ottobre 2026

Nel contesto dello studio internazionale Urticaria Voices, sono state raccolte le risposte di 64 pazienti affetti da orticaria cronica spontanea (Csu), oggetto di pubblicazione nel 2025 sul Journal of Dermatological Treatment.

Si parla di orticaria cronica spontanea quando pomfi pruriginosi, angioedema o entrambi ricorrono per oltre sei settimane senza uno stimolo esterno identificabile. L'angioedema è un gonfiore che interessa gli strati più profondi della pelle e può accompagnare i pomfi oppure presentarsi da solo. Il termine "spontanea" descrive l'assenza di un fattore scatenante esterno definito, non l'assenza di meccanismi biologici. L'istamina ha un ruolo centrale nei sintomi, ma la malattia coinvolge processi immunologici più complessi: comprenderli è essenziale per sviluppare terapie mirate.

I pazienti hanno risposto a un questionario online tra febbraio e settembre 2022. L'età media era di 42 anni e circa il 70% erano donne. Al momento dell'indagine erano trascorsi mediamente 9,6 anni dall'esordio dei sintomi e 7,8 dalla diagnosi. Questa differenza documenta un preoccupante intervallo tra la comparsa della malattia e il suo riconoscimento, definito ritardo diagnostico, di quasi due anni.

Un altro dato preoccupante che emerge dallo studio riguarda il controllo della malattia. Quasi l'85% dei partecipanti dichiarava di non riuscire a controllare la malattia. Anche il peso sulla qualità di vita era consistente: l'impatto negativo medio raggiungeva 6,3 su una scala da 1 a 10. Le difficoltà coinvolgevano soprattutto il benessere mentale ed emotivo, la vita sociale e le relazioni intime. Il 28% riferiva minore fiducia in sé, il 23% irritabilità, il 20% tendenza alla depressione e il 19% sintomi relativi all'ansia. Anche se tali risposte non identificano diagnosi psichiatriche, documentano chiaramente il disagio dei pazienti affetti da Csu.

Di conseguenza, quando il medico valuta l'impatto dell'orticaria non si dovrebbe limitare a visitare la cute, ma anche esplorare queste dimensioni personali, soggettive, come la qualità del sonno, la capacità di lavorare al meglio e quanto i sintomi condizionino la libertà di stare con gli altri.

A questo riguardo, un altro recente studio pubblicato nel 2024 nella rivista Journal of Allergy and Clinical Immunology in Practice ha riportato che purtroppo solo il 15% degli oltre 2500 specialisti intervistati utilizza dei questionari somministrati agli stessi pazienti che indagano le caratteristiche cliniche e la qualità della vita (PROMs: Patient-Reported Outcome Measures, ovvero letteralmente le misure dei risultati e della situazione clinica riportate dal paziente).

Tornando allo studio Urticaria Voices, dal punto di vista del versante terapeutico, l'83% dei pazienti assumeva antistaminici. Oltre la metà dei pazienti inoltre utilizzava un corticosteroide sistemico, anche per svariati giorni. Come ricordano gli Autori, i corticosteroidi sistemici possono trovare spazio in brevi cicli per le riacutizzazioni, ma non rappresentano una terapia di mantenimento dell'orticaria cronica. In effetti, ricordo che gli effetti collaterali dei corticosteroidi sistemici possono essere in taluni anche seri (tra i principali: aumento della glicemia, dei valori pressori, cambiamento dell'umore, peggioramento della cataratta e glaucoma, osteoporosi, immunodepressione).

Solo il 7,8% dichiarava l'uso di farmaci biologici. Il dato fotografa il campione nel 2022 e non descrive necessariamente l'accesso attuale alle terapie in Italia.

Nello studio sono anche descritti i bisogni dei pazienti affetti da Csu. In primis, liberarsi da prurito e pomfi, controllare pienamente i sintomi e recuperare le attività quotidiane. Il 39% desiderava trattamenti con meno effetti indesiderati, il 37,5% chiedeva informazioni migliori sulle cure e altrettanti un minore esborso economico. Le aspettative riguardano dunque sia l'efficacia sia la possibilità di comprendere e sostenere il percorso terapeutico.

**Professore associato di dermatologia presso la Clinica Dermatologica dell'Università di Padova*

Fine vita, depositate in Regione 13mila firme per chiedere la legge

L'INIZIATIVA

Sono oltre 13.000 le firme depositate ieri mattina in Consiglio regionale del Lazio a Roma, a favore di Liberi subito, la proposta di legge regionale sul «suicidio assistito» promossa dall'Associazione Luca Coscioni e già approvata in Veneto, Toscana, Emilia Romagna e Sardegna. Al deposito delle firme, presenti Marco Cappato, Rocco Berardo, Matteo Mainardi, coordinatore nazionale della campagna «Liberi Subito» e il Comitato Promotore Liberi Subito Lazio.

IDETTAGLI

La proposta di legge di iniziativa popolare, nel pieno rispetto delle competenze regionali e in ottemperanza a quanto previsto dalla sentenza 242/2019 della Corte costituzionale, non modifica i diritti stabiliti dalla Consulta, ma disci-

plina l'organizzazione del Servizio sanitario regionale, definendo procedure senza ingiustificati ritardi, per la verifica delle condizioni delle persone che chiedono di accedere all'aiuto medico alla morte volontaria. Nel Lazio, dopo il mancato esame della proposta depositata in Consiglio regionale nel 2023 da parte dei consiglieri regionali Marietta Tidei, capogruppo di Italia Viva, e Claudio Marotta, capogruppo di Sinistra Civica Ecologista, la raccolta firme per la proposta popolare era partita ad aprile 2026. L'avvio della campagna si inserisce in un contesto segnato anche dal caso di Sibilla Barbieri, attrice e regista affetta da una patologia oncologica irreversibile, morta in Svizzera nel 2023 dopo il diniego della Asl Roma 1. Nell'aprile 2026 il gip di Roma ha archiviato il procedimento per aiuto al suicidio a carico del figlio Vittorio Pargaglioni, di Marco Cappato e di Marco Perduca, riconoscendo un'interpretazione estensiva del requisito del trattamento di sostegno

vitale, poi confermata dalla Corte costituzionale con la sentenza 135/2024. Dice Cappato: «Chiediamo alle consigliere e consiglieri regionali del Lazio di approvare queste procedure che diano delle garanzie a chi soffre ma anche ai medici, per dare risposte in tempi certi a chi chiede di essere aiutato a morire senza soffrire».

ITER

Entro 60 giorni dal deposito, l'Ufficio di presidenza verifica la regolarità formale delle firme e adotta una deliberazione in merito. La proposta di legge viene quindi assegnata alla commissione consiliare competente, davanti alla quale i promotori sono chiamati a illustrarla. Successivamente, il presidente del Consiglio iscrive la proposta all'ordine del giorno dell'Aula, che la esamina con precedenza.

Fernando M. Magliaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**ENTRO 60 GIORNI
L'UFFICIO DI
PRESIDENZA DOVRÀ
VERIFICARE LA
REGOLARITÀ DELLA
SOTTOSCRIZIONE**



**La consegna delle 13mila
firme per la legge sul fine vita**



Policlinico Tor Vergata Nove mesi fa insulti e «pugni» durante un intervento

Dopo gli insulti del prof. Sica riapre chirurgia mininvasiva

La sala operatoria torna in funzione ma con «supporto psicologico»

ANTONIO SBRAGA

■ Dopo ben 9 mesi di chiusura potrà riaprire i battenti, però solo con un supporto psicologico imposto dall'azienda all'intera équipe chirurgica, la sala operatoria del policlinico Tor Vergata (Ptv). Ossia quella diventata famosa lo scorso anno perché teatro di un'aggressione denunciata da una chirurga, che aveva accusato d'aver ricevuto «un pugno alla nuca» dal primario del reparto di Chirurgia Mininvasiva nel mezzo di un delicato intervento. Il reparto era stato chiuso il 2 gennaio scorso, con «la sospensione delle attività chirurgiche afferenti alla UOSD Chirurgia mininvasiva per un periodo di sei mesi» (che poi

sono diventati 9) e la redistribuzione di tutto il personale nelle altre équipe del Ptv. E ieri l'azienda ha deliberato «il ripristino delle attività chirurgiche della Chirurgia Mininvasiva e dell'Apparato digerente». Però con la presenza di uno psicologo a supporto dell'équipe del reparto. Affinché «la ripresa della piena operatività sia accompagnata da un programma strutturato di supporto e monitoraggio del benessere organizzativo» ha scritto il Ptv- con follow-up programmati, spazi di confronto facilitato sulle dinamiche comunicative e relazionali, procedure chiare per la tempestiva segnalazione e gestione di nuove criticità, incontri mensili per almeno do-

dici mesi e l'inserimento, per il medesimo periodo, di uno psicologo specificamente individuato con funzioni di prevenzione, osservazione delle dinamiche di équipe, formazione e supporto nei momenti critici». Quindi un monitoraggio psicologico continuo pur di evitare altri «momenti critici». Come quelli vissuti nel giugno del 2025 durante un delicato intervento chirurgico, con i momenti di concitazione («Imbecille, vergognati») ripresi in un video, registrato da un telefonino e poi diffuso sui social. E con la conseguente denuncia presentata dalla chirurga Marzia Franceschilli, che ha accusato di aver ricevuto un «pugno alla nuca» da Giuseppe Sica, primario di

Chirurgia mininvasiva. Il docente era stato poi sospeso per un mese dall'ateneo (fino al 14 gennaio scorso). Però finora non è potuto tornare a operare al Ptv perché l'azienda Fondazione ha sospeso l'intero reparto. E ora dalla relazione stilata dall'Equipe Lab Ptv, «emerge un quadro complessivamente orientato al superamento delle criticità pregresse, con capacità di adattamento e resilienza professionale dell'équipe, mantenimento del senso di appartenenza, prospettiva collaborativa e miglioramento del clima organizzativo».



PTV
L'ingresso
del policlinico
di Tor Vergata



PDL PRONTA I CAPIGRUPPO DELLA MAGGIORANZA HANNO ILLUSTRATO LA LEGGE, APRENDO AL DIBATTITO CON OPPOSIZIONE E ASSOCIAZIONI IN COMMISSIONE

Fine vita, c'è la proposta dei progressisti (senza chiusure alla destra)

● **BARI.** «Non è una proposta di parte, non useremo la forza dei numeri»: il capogruppo Pd in Consiglio regionale Stefano Minerva ha confermato la piena disponibilità del centrosinistra a dialogare con le opposizioni sul delicatissimo tema del fine vita. Ieri i leader della maggioranza - oltre a Minerva erano presenti Maria La Ghezza (M5S), Giuseppe Fischetti (Prossima) e Ruggiero Passero (Per), insieme al presidente della III commissione Sanità Felice Spaccavento (Prossima) - hanno presentato la pdl, sottoscritta con il collega dem Domenico De Santis, su «Disposizioni organizzative e procedurali in materia di accesso al fine vita», con la giornalista Valentina Petrini in collegamento per rendere la testimonianza del proprio impegno

sul tema.

«Il testo depositato - è stato spiegato - non rappresenta un punto di arrivo ma l'inizio di un percorso che la maggioranza intende costruire attraverso il confronto con la società pugliese, il mondo sanitario e scientifico, i giuristi, le associazioni, le famiglie e sensibilità anche molto diverse tra loro». Tra i punti-cardine della pdl c'è l'uniformità della presa in carico. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge, infatti, ogni Asl dovrà istituire una Commissione multidisciplinare permanente composta da un medico palliativista, uno psichiatra o neurologo, un anestesista, uno psicologo, un medico legale e un infermiere, integrata di volta in volta dallo specialista della patologia della persona interessata. La richiesta deve provenire personalmente dal soggetto interessato ed essere presentata alla Asl competente insieme alla documentazione sanitaria disponibile. Può essere indicato un medico di fiducia e può essere presentato anche un

protocollo sulle modalità di attuazione. La Asl trasmette tempestivamente la documentazione alla Commissione multidisciplinare e al Comitato etico competente.

A stretto giro, la pdl avvierà il proprio cammino in commissione e non è escluso che si possa trovare un'intesa trasversale con i colleghi Napoleone Cera (Lega) e Marcello Lanotte (Fi), che hanno presentato una proposta sullo stesso tema. Punto nodale sarà l'ascolto delle associazioni da tempo impegnate sul tema.

«Su una materia che attraversa convinzioni personali, etiche e culturali così profonde non servono tifoserie - ha aggiunto Spaccavento - vogliamo che la commissione sia il luogo di un confronto vero, nel quale posizioni anche molto diverse possano misurarsi sui contenuti della proposta». «L'obiettivo comune - hanno concluso i capigruppo - è arrivare in Aula nel più breve tempo. L'auspicio è che anche in Consiglio regionale il confronto possa essere ampio e responsabile».

