

3 ottobre 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

03/10/2025

CAMMINATA DELLA SPERANZA. Quest'anno si è svolta a Deruta

Più inclusività, insieme

Il maltempo della notte precedente non ha scoraggiato le centinaia di persone che domenica 28 settembre hanno preso parte, a Deruta, alla 34ª edizione della "Camminata della Speranza, per la cultura della disabilità". Un appuntamento ormai radicato nel territorio, ideato dal Centro Speranza di Fratta Todina e realizzato quest'anno in collaborazione con il Comune di Deruta.

Circa cinquecento i partecipanti, tra famiglie, volontari, istituzioni e associazioni.

Presenti i sindaci dei Comuni della zona sociale 4 (Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, San Venanzo e Todi), insieme ad assessorie amministratori, oltre a rappresentanti del Comune di Torgiano. Un segno di vicinanza che non è passato inosservato.

"Anche quest'anno – hanno affermato madre **Graziella Bazzo**, direttrice generale del Centro, e **Giuseppe Antonucci**, presidente dell'associazione Madre Speranza Odv – la risposta è stata straordinaria: cittadini e istituzioni ci hanno mostrato, ancora una volta, il loro sostegno. È grazie a questo legame che possiamo continuare a camminare insieme verso una società più inclusiva". Il percorso, circa nove chilometri con partenza dalla discoteca Egizia e arrivo in piazza dei Consoli, ha attraversato il cuore del territorio.

Tre ore di cammino che hanno unito condivisione e impegno sociale, scandite

da sorrisi, soste, dialoghi e piccoli gesti di amicizia. A conclusione, la celebrazione eucaristica nella chiesa di San Francesco e, subito dopo, il ristoro in piazza, offerto dal Comune ospitante, hanno suggellato una giornata che molti hanno definito "un segno concreto di speranza".

Non solo memoria, ma anche prospettiva: al termine della manifestazione è stato annunciato che l'edizione 2026 sarà ospitata dal Comune di Torgiano, mentre nel 2027 la Camminata tornerà a Marsciano.

Una scelta che conferma la natura itinerante dell'iniziativa, pensata per attraversare i luoghi, incontrare le comunità e sensibilizzare sempre nuove realtà sui diritti delle persone con disabilità, dei loro familiari e caregiver.

La manifestazione ha potuto contare sul patrocinio di Regione Umbria, Province di Perugia e Terni, Comuni di Perugia, Terni e Torgiano, insieme a tutti quelli della zona sociale 4 e alla diocesi di Orvieto-Todi, oltre al sostegno di Usl Umbria 1 e 2, Croce rossa italiana, confederazione delle Misericordie d'Italia, Cesvol Umbria, **Aris** e Comitato italiano paralimpico. Numerosi anche gli sponsor privati che hanno contribuito all'organizzazione, e preziosa la collaborazione delle proloco del territorio.

Le 34 edizioni già celebrate raccontano una storia lunga e intensa. Ma la Camminata della Speranza non smette di guardare avanti: ogni passo, ogni incontro, ogni edizione diventa un invito a non arrendersi di fronte alle difficoltà, a costruire legami e a credere in una società più giusta e solidale. Perché la speranza si fa strada quando si cammina insieme.

Michela Massaro

Tre ore di cammino che hanno unito condivisione e impegno sociale. A conclusione la celebrazione eucaristica nella chiesa di San Francesco



L'arrivo della "Camminata della Speranza"

DIEGO

M

MILANO

DIEGOM.IT

Fondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

la Repubblica



Rcultura

La dittatura tecnica
sulla politicadi CARLO GALLI
a pagina 42

Rmoda

Scorsese: "Armani e io
amici per 40 anni"di FARNETI e TIBALDI
a pagina 31Venerdì
3 ottobre 2025
Anno 50 - N° 234
Oggi con
Il Venerdì
In Italia € 2,90

Meloni contro lo sciopero

LO SCONTRO

Attacco alla mobilitazione di oggi per Gaza: "Fanno il weekend lungo" Il Garante: illegittimo. Landini: si farà

LE PIAZZE

"Blocchiamo tutto", manifestazioni in tante città: molti cortei pacifici tensione a Firenze, Bologna e Torino

LA FLOTILLA

Gli italiani a bordo delle navi portati in un carcere israeliano. Lunedì il rimpatrio, processo per chi lo rifiuta

La premier Giorgia Meloni attacca lo sciopero generale indetto da Cgil e Uil per la giornata di oggi dopo il blocco della Flotilla da parte di Israele. Per il Garante lo sciopero è illegittimo, ma il segretario della Cgil Landini assicura: si va avanti. In tutta Italia manifestazioni di solidarietà per Gaza. Gli italiani della missione fermati dopo l'abbordaggio delle navi saranno rimpatriati lunedì.

I servizi a pagina 2 a pagina 15

Quando la premier non vede il popolo

di LUIGI MANCONI

Perché mai Giorgia Meloni non è ancora andata in tv (da Mara Venier, se proprio ci tiene) a dire che l'estesa mobilitazione per Gaza, in particolare quella della sera del primo ottobre, è la prova del profondo senso di umanità radicato nel popolo italiano, ed è giusto esserne fieri? E perché non aggiungere che l'iniziativa della Global Sumud Flotilla, in un mondo dominato dalla volontà di potenza e dalla pulsione di morte, conferma che sono possibili strategie disarmate e non violente?

a pagina 21

Le barche social in mondovisione

di GABRIELE ROMAGNOLI

Tutti, o quasi, se non sulla stessa barca, davanti. Attraverso gli schermi di cellulari e computer, collegati ai social, l'abbordaggio alla Flotilla è stato un evento seguito in tutto il mondo, con punte di interesse inedite e sentimenti pressoché univoci nella loro negatività (ira, tristezza, paura). Per l'Italia il paragone è improprio, ma dà il senso della misura: picchi raggiunti soltanto durante la serata finale del festival di Sanremo.

a pagina 11

I BAMBINI DI GAZA SONO IMPORTANTI, MA FINO A UN CERTO PUNTO.



Terrore a Manchester
uccisi due ebrei
davanti alla sinagoga

Assalto con il coltello nel giorno dello Yom Kippur. Morto il killer, presi i complici. Sdegno di Israele



L'aggressore di Manchester nel filmato trasmesso da Skynews

dal nostro inviato ANTONELLO GUERRERA

Con la morte nel cuore e sulla strada insanguinata, i residenti fissano il vuoto di questo orrore. Uomini con la kippah si abbracciano nelle lacrime e nel dolore. Ragazzi ortodossi, vestiti di nero con le giacche "peel" sulle guance, si trincerano in un silenzio luttuoso. Una donna in tuta, Tali, si dice «terrorizzata»: ci hanno accoltellato tutti, nel giorno più importante».

alle pagine 16 e 17 con un servizio di FRANCESCHINI

L'INTERVISTA

Jacobson: "L'Inghilterra antisemita fa paura"

a pagina 19

100.000 COPIE

Alessandro Barbero
San Francesco

2 edizioni in una settimana

Editori GLE Laterza

CORRIERE DELLA SERA

A Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/62521
Roma, Via Compostella 20-C - Tel. 06/6582821

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02/6257510
mail: servizioclienti@corriere.it



Il racconto dalla Georgia
Ritorno a Tbilisi:
la libertà è sospesa

di **Paolo Giordano**
a pagina 19



Il giornalista sportivo
Varriale via dalla Rai
«per giusta causa»

di **Antonella Baccaro**
a pagina 23



Per il garante l'agitazione è illegittima. Ma Landini: non ci fermiamo. Meloni: fate il weekend lungo. In carcere a Ketziot anche politici e reporter

Flotilla, è scontro sullo sciopero

Israele: la provocazione degli attivisti è finita. Cortei e atenei occupati, caos da Torino a Bologna

SE LA PACE CONTA MENO

di **Antonio Polito**

L'intifada italiana. Così il sito «ArabNews» ha descritto l'ondata di proteste pro Pal in corso nelle nostre città, e che dovrebbe trovare il suo culmine oggi nel secondo sciopero generale in due settimane, indetto stavolta insieme da due sigle sindacali di solito inconciliabili, Cgil e Uslb.

La definizione coglie bene l'eccezionalità di quanto sta succedendo da noi. Non solo rispetto alla solidarietà per altre cause internazionali, mai così vasta e accesa, certamente non per un'altra nazione invasa, l'Ucraina. Ma anche di fronte al resto d'Europa, dove la vicenda della Flotilla non ha suscitato la subitanea rabbia vista ieri sera nei cortei improvvisati.

continua a pagina 30

SCENARI

Perché Putin e Hamas hanno già perso

di **Daniilo Taino**

a pagina 30

di **Caccia, Di Caro**
Fasano, Ricci Sargentini
e Voltattorni

Scontro sullo sciopero per Gaza dopo la vicenda della Flotilla. Il garante dichiara che è illegittimo. Ma il leader della Cgil Maurizio Landini va avanti e convoca la piazza. «Fate il weekend lungo» commenta la premier Giorgia Meloni. Ancora cortei e manifestazioni nelle città italiane. Scontri a Bologna e a Torino. Occupate alcune università. «La provocazione della Flotilla è finita» dicono gli israeliani. Tra gli attivisti in cella anche parlamentari e giornalisti.

da pagina 2 a pagina 11
Frignani, Gressi, Marro
Meli e Momigliano

GIANNELLI

SCIOPERO GENERALE



CROSETTO: «STANNO TUTTI BENE»

Il camallo, il leader Arci
e un orafo di 86 anni
Ecco gli italiani fermati

di **Alessandra Arachi**

a pagina 9

ARMIA UKRAINA SI VALUTA L'ACQUISTO

Mosca minaccia la Ue:
«Non provocateci»
Rutte: può colpire Roma

di **Francesca Basso**

a pagina 18

L'ATTENTATORE UCCISO

Manchester,
terrore e 2 morti
nell'attacco
alla sinagoga

di **Luigi Ippolito**



Attacco alla sinagoga di Manchester nel giorno in cui la comunità ebraica celebrava lo Yom Kippur. Due i morti. L'aggressore ha prima investito e poi attaccato con il coltello alcuni fedeli. La polizia ha ucciso l'attentatore.

a pagina 13 Olimpio

L'intervista I genitori di Basso: beatificarlo? Era cristiano, ci penserà Dio



Laura Lucchini e Amerigo Basso con il figlio Sammy, morto il 5 ottobre 2024 all'età di 28 anni: era la persona malata di progeria più longeva al mondo

«La nostra vita senza Sammy
Le lettere e il suo amore segreto»

di **Giacomo Fasola**

«Ora in casa c'è un silenzio assordante. Prima la sua energia faceva rumore». Parlano i genitori di Sammy Basso scomparso un anno fa: «Ha lasciato 12 lettere per dire addio ai suoi amici. Si era anche innamorato, ma non ci ha detto di chi».

a pagina 25

Manovra Le previsioni per il 2026

«Deficit sotto il 3%
Più fondi alla difesa,
aiuti al ceto medio»

di **Mario Sensi**

Deficit in calo: nel 2026 scenderà sotto la soglia del 3%, cruciale per poter uscire dalla procedura di infrazione europea. La crescita, invece, sarà dello 0,5%. Dati che avranno riflessi anche sulla Manovra in arrivo. Previsti più fondi per la difesa e per la sanità. Il ministero dell'Economia ha garantito aiuti per il ceto medio.

a pagina 32

FRANCIA, PARLA L'ECONOMISTA ZUCMAN

«La tassa ai miliardari?
È giustizia, pagano poco»

di **Stefano Montefiori**

I miliardari? «Pagano poco, una tassa per loro è giustizia». A proporla è l'economista Gabriel Zucman. E la scelta infiamma la Francia.

a pagina 21



IL CAFFÈ

di **Massimo Gramellini**

Vive a Rimini, beata lei. Ha vent'anni, il ragazzo, la scuola. E due genitori che le dicono: «La nonna sta male. Andiamo in Bangladesh a trovarla». Ma è un tranello. Arrivati a Dacca, la recludono nell'abitazione di famiglia, le sequestrano il telefono e la carta di credito, le mettono il velo e in cinque giorni la costringono a sposarsi con il figlio di un amico del padre. La prima notte di nozze lei lo rifiuta e allora il marito, d'accordo con i genitori, le somministra psicofarmaci per piegarla alla volontà. I consigli dell'amorevole babbo sono di legarla alla spalliera e di spezzarle le ossa, se solo si azzarda a scappare. Per sicurezza mettono un lucchetto alla porta della sua camera da letto. Ma stavolta è lei a usare l'astuzia: finge di rassegnarsi al matrimonio e convince la ma-

Una ragazza, a Rimini

dre a riportarla a Rimini per un po': «Lì mi sento a casa, sarà più facile rimanere incinta». Intanto, di nascosto, prende la pillola e chiama un'amica in Italia. Quando sbarca all'aeroporto, ad attenderla ci sono due carabinieri che la portano in un luogo sicuro, mentre i genitori finiscono ai domiciliari, da dove la madre le lancia maledizioni su WhatsApp.

Noi invece benediciamo questa italiana di seconda generazione che in Romagna ha conosciuto il sapore della libertà e non se l'è più tolto di dosso. L'integrazione è complicata, ma storie come questa ci ricordano che può fare miracoli. Per esempio, salvare la vita a una giovane donna, strappandola a un destino da schiava.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

G. FORNERO
F. RIMOLI R. D'ANDREA
DIRITTO DI VIVERE
E DI MORIRE
UNA RIVOLUZIONE
COPERNICANA

DIALOGO TRA UN FILOSOFO,
UN COSTITUZIONALISTA E UN PENALISTA

UTET





ITALIAN TECH WEEK

Von der Leyen, Bezos
e il futuro dell'innovazione

GORIA, RUFFILLI, TIRITO - PAGINE 18 E 19



L'INCHIESTA

Quel Madoff delle Langhe
fra truffe, moto e vigneti

MASSIMILIANO PEGGIO - PAGINA 10



IL CALCIO

Pianelli jr: "Tristezza Toro
non ha nulla di mio nonno"

FRANCESCO MANASSERO - PAGINA 29

1,90 € II ANNO 159 II N. 272 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI, ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1 DGB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

VENERDÌ 3 OTTOBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

GLI ITALIANI BLOCCATI AL LARGO DI GAZA VERSO L'ESPULSIONE. NUOVA ONDATA DI BARCHE DALLA TURCHIA

Flotilla, Meloni attacca ma non ferma lo sciopero

La premier: weekend e rivoluzione non stanno insieme. Schlein: basta clava

IL COMMENTO

Il consenso costruito
sul conflitto continuo

FLAVIA PERINA

L'unità nazionale non si addice ai tempi, alle destre, alle sinistre, a nessuno, e quando c'è è meglio nascondersela, vai a vedere che qualcuno dica: tradimento. - PAGINA 23

CAMILLI GARRATELLI, FAMÀ LOMBARDO, SCHIANCHI

Giorgia Meloni attacca chi oggi deciderà di scioperare e di manifestare vicinanza ai palestinesi e agli attivisti arrestati dagli israeliani.

CON IL TAGLIANDO DI SORGI - PAGINE 2-9

Ghisleri: la solidarietà alla prova dei disagi

ALESSANDRO BARBERA - PAGINA 7

IL MEDIO ORIENTE

Gli attivisti in attesa
al porto di Ashdod

FRANCESCO PACI - PAGINE 8 E 9

Se il realismo fa sperare
nel piano di Trump

GABRIELE SEGRE - PAGINA 23

I MANIFESTANTI DANNEGGIANO LE OGR A TORINO, SCONTRI A FIRENZE E BOLOGNA, TRENI BLOCCATI

Alta tensione

FLAVIA AMABILE, CATERINA STAMIN



Ma la politica non insegua la piazza

ALESSANDRO DE ANGELIS - PAGINA 23

Un'immagine delle manifestazioni di ieri a Torino. Scontri si sono verificati a Firenze e a Bologna - PAGINE 3 E 4

LA GRAN BRETAGNA



Assalto alla sinagoga
paura a Manchester
Tre morti e 4 feriti

MIRIAM TAGINI

Sei minuti. Tanto è bastato per trasformare la mattina più sacra del calendario ebraico in un incubo per i fedeli riuniti in sinagoga a Manchester. - PAGINA 10

L'ANALISI

Il mostro antisemita
nella civiltà smarrita

MARCO VARVELLO

Prima l'auto per falciare i pedoni, in questo caso fedeli all'ingresso della sinagoga, poi l'attacco a coltellate. Fotocopia dunque dell'attentato del marzo 2017 sul ponte di Westminster, come di quello all'arma bianca sul London Bridge nel giugno 2017, replicato nel novembre 2019. Anche quando è stata usata una bomba, come nel maggio 2017 durante un concerto all'Arena di Manchester, 23 vittime, era fatta in casa. Colpevole un giovane istigato online dall'Islam radicale, istruzioni per fabbricare l'ordigno comprese. Azioni "low cost" insomma, attacchi "fai da te". I lupi solitari della violenza ideologica sono sempre in agguato. Ben diversi furono gli attacchi suicidi dell'estate 2005 a Londra: quattro giovani inglesi di origini pakistane che si fecero esplodere in tre vagoni della metropolitana e su un autobus nell'ora mattutina dei pendolari. - PAGINA 10

LA NUOVA FESTA NAZIONALE

Le molte anime
di San Francesco
e quella lezione
su dolore e gioia

VITO MANCUSO



Che cosa in realtà festeggeremo il 4 ottobre di ogni anno celebrando a partire dall'anno prossimo la memoria di san Francesco d'Assisi trasformata in festa nazionale? La figura di questo popolarissimo santo, infatti, è ben lungi dall'avere la medesima interpretazione. Da un lato fu il primo nella storia a ricevere le stigmate e come tale è il simbolo del dolore di Cristo; dall'altro venne soprannominato "il giullare di Dio" già dai suoi contemporanei e come tale è diventato il simbolo altrettanto efficace della gioia spirituale che resalta la pazzia. - PAGINA 12

L'INTERVISTA

Dacia Maraini
"Io, Pasolini
e la violenza
figlia della paura"

SIMONETTA SCIANDIVASCI

«Credo che la violenza contro le donne derivi dalle nuove conquiste di libertà e autonomia che le donne hanno preteso e acquisito. Alcuni uomini, i più deboli e impauriti, si sono sentiti minacciati nella loro identità virile. La violenza nasce sempre dalla paura», dice a *La Stampa* la scrittrice Dacia Maraini ricordando l'amico Pier Paolo Pasolini, ucciso cinquant'anni fa, un mese dopo il massacro del Circeo. Maraini riceverà domani il Premio Riccione alla carriera. - PAGINE 24 E 25

Buongiorno

Ieri in Parlamento si è votata una mozione con cui si incarica il governo di sostenere il piano di pace per il Medio Oriente redatto da Donald Trump. I partiti di maggioranza hanno scritto una loro mozione e se la sono votata. L'hanno votata anche i Liberaldemocratici di Marattin e Azione di Calenda. La maggioranza ha votato anche la mozione di Renzi, ma non ha votato quella di Calenda che, a sua volta, non ha votato quella di Renzi. + Europa ha votato la mozione di maggioranza e la mozione di Renzi, mentre Renzi ha votato anche quella di + Europa. Credo. Ne sono quasi sicuro. Invece i Cinque stelle hanno votato la mozione di centrosinistra, che non è stata votata da Renzi, Calenda e Marattin e nemmeno dalla maggioranza, e si sono astenuti sulla mozione di maggioranza anche se qual-

Grazie al cielo

MATTIA FELTRI

cuno di loro ha votato contrario. Anche il Partito democratico ha votato la mozione di centrosinistra, quella non votata dal centro, e si è astenuto sulla mozione di maggioranza, anche se alcuni riformisti avrebbero voluto votarla e anche altri riformisti hanno poi votato quella di Italia Viva. Infine Alleanza Verdi e Sinistra, che pure ha votato la mozione di centrosinistra ma si è astenuta sulla mozione di maggioranza sebbene due di loro siano usciti dall'aula, ovvero si sono astenuti dall'astenersi. Così, a occhio (semai provate a raccontarle voi), e probabilmente non sono tutte, a fine giornata si sommate dodici o tredici posizioni diverse sul piano di pace. Che, grazie al cielo, dovrà essere approvato da israeliani, Hamas, Autorità nazionale palestinese e tutti i Paesi arabi, e non dal Parlamento italiano.



BANCA
DI ASTI

bancadiasti.it

BANCA
DI ASTI

bancadiasti.it



Il Messaggero



391 € 1,40* ANNUALITÀ 40 SET
Spese A.P. 18,00/20,00 con L. 602/98 art. 1/2/3/4/5/6

NAZIONALE



Venerdì 3 Ottobre 2025 • S. Gerardo

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](https://www.ilmessaggero.it)

Da stasera su Rai3

Il ritorno di Sottile
Far West riparte
dalla guerra a Est

Bavarino a pag. 23



Il nuovo album in siciliano

Carmen Consoli:
pazza per il dialetto
Sanremo aspetterà

Marzi a pag. 23



Lo spot del ministero

La voce di Mennea
"rivate" per lo sport
in Costituzione

Mei nello Sport



Flotilla, scontro sullo sciopero

► Oggi il Paese si ferma. Il Garante: astensione illegittima. I sindacati: andiamo avanti
Meloni: «Rivoluzione? Vogliono il weekend lungo». Scontri nelle piazze e treni bloccati

ROMA Flotilla, arrestati gli attivisti. Proclamato lo sciopero generale. Ed è scontro. Bechis, Bulleri, Evangelisti, Pigliautile, Pozzi, Sciarra, Ventura e Vita alle pag. 2, 3, 4 e 5

L'eccezione italiana

LA MISSIONE
PER GAZA
E L'ABUSO
POLITICO

Romano Prodi

Quando le trattative hanno un esito così incerto, è estremamente difficile scrivere della tragedia di Gaza. E tuttavia un compito con cui è doveroso misurarsi, anche se domani le cose potranno prendere direzioni oggi imprevedibili.

In ogni caso le venti condizioni dettate da Trump non solo sono estremamente dure, ma contengono tali margini di incertezza sul futuro di Gaza e dei suoi abitanti, da rendere ancora più difficile una definitiva presa di posizione. La drammatica incertezza viene aumentata dalle successive dichiarazioni di Netanyahu che, sotto la spinta dei suoi ministri ancora più oltranzisti, mette un'ulteriore ipotesi alla stabilità e alla durata di un qualsiasi accordo. Inoltre, in un momento in cui si apre un pur sottile spazio per una tregua, non aiutano certo le sue dichiarazioni secondo le quali, se le proposte non saranno accettate, Israele si ritirerà libero "di finire il lavoro". E tutti sanno di che lavoro si tratta.

L'interrogativo cruciale delle proposte di Trump riguarda il futuro ruolo dell'esercito israeliano per cui non è prevista una data di ritiro.

Continua a pag. 25

Sangue sullo Yom Kippur, 4 feriti gravi

Orrore a Manchester, attacco alla Sinagoga
Tre morti, tra loro anche l'attentatore

da Londra
Due morti e quattro feriti gravi: è questo il bilancio dell'attacco terroristico che ieri ha sconvolto la comunità ebraica di Heaton Park a Crumpsall.



Manchester. Il coraggio del personale di sicurezza e dei fedeli, nonché la rapida risposta della polizia hanno evitato una strage ben più grave. L'eccezione: l'aggressore.

Bruschi a pag. 7

La Nato: Mosca può centrare anche Roma

Copenaghen: Putin vuole colpire la Ue
E lui: assurdo, l'Europa pensi ai suoi guai

dal nostro inviato
Francesco Bechis
COPENAGHEN
Una guerra che arriva in casa, in Europa. Di cui l'Ucraina è solo l'antipasto. «Siamo tutti in pericolo».



I più avanzati missili russi possono colpire Amsterdam, Londra, anche Roma. Non è un allarme qualsiasi. Arriva da Mark Rutte, il segretario generale Nato.

A pag. 8

Euroleague, all'Olimpico vince il Lille F.O. Errori di Dovbyk (2) e Soule



Beffa Roma: rigore sbagliato tre volte

La sequenza dei tre rigori sbagliati dalla Roma contro il Lille. Aloisi, Angeloni e Carrara nello Sport

Test antidroga in auto: chi si rifiuta commette un reato

► La Cassazione: se per gli agenti chi guida è sotto effetto di sostanze, il tampone va fatto

Valeria Di Corrado

Il test antidroga a un automobilista? Rifiutarsi diventa subito un reato. Per la Cassazione bastano pochi indizi per «legittimare l'invito» degli agenti a sottoporre a un tampone salivare o a esami di laboratorio. E in caso di diniego scatta la denuncia. Il caso in esame riguardava un automobilista siciliano che, dopo essere stato fermato, si era rifiutato di eseguire il test per verificare il suo eventuale stato di alterazione.

A pag. 13

Tribunale di Prato

La mafia cinese
minaccia gli interpreti
Il processo è fermo

PRATO Minaccia dalla mafia cinese e gli interpreti spariscono. Il maxi processo di Prato - una cinquantina di persone di nazionalità cinese imputate - si blocca.

Bernardini a pag. 12

Mercato da 27 miliardi



Sempre più voglia
di usato: scelta etica
non solo risparmio

ROMA Abiti, borse firmate ma anche lavatrici e giocattoli: l'acquisto dell'usato non è solo un modo per risparmiare, ma soprattutto una scelta etica. Che in Italia vale 27 miliardi.

Andreoli e Franzetti Lombardini a pag. 15

NON ASPETTARE LA NOTIFICA
LA PREVENZIONE CHIAMA ADESSO

Prenota su [senoclinicroma.com](https://www.senoclinicroma.com)

SenoClinic **VILLA MAFALDA**

Dir. Responsabile Dr. Simonetta Rossi - Via Monte delle Gioie, 5 Roma - 06 363 03 491

Il Segno di LUCA

ACQUARIO, AVANTI CON DECISIONE

La Luna nel tuo segno facilita l'ascolto, non solo degli altri ma di te stesso. A volte la tua mente va troppo veloce e rimangono indietro dei pezzi... il resto della configurazione conferma la tua ottima forma, forse in parte dovuta proprio alle sfide professionali che devi affrontare e che mantengono accesi i vari circuiti. Ma in questo momento è forse più forte il ruolo dell'amore: ti trasmette una piacevole sensazione di libertà. MANTRA DEL GIORNO Raramente la verità è verosimile.

L'oroscopo a pag. 25

* Tardano con altri quotidiani (non separabili separatamente) nelle province di Padova, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20. La domenica con Telemessaggero € 1,40. In Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport, Stadio € 1,40. Nel Friuli, il Messaggero - Friuli Venezia Giulia € 1,50. Nella provincia di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport, Stadio € 1,50. "Passaggiati ed escursioni nel Lazio" - € 9,90 (Lazio)

COVERED & DISCOVERED 15

continua a pagina 78

100

MANOVRA, OBIETTIVO TAGLIO IRPEF PIÙ FONDI PER LA SANITÀ

De Francesco a pagina 14



Manovra, taglio all'Irpef e più sanità

Approvato il Dpfp: Pil tagliato a +0,5% quest'anno, ma il deficit torna nei parametri

Gian Maria De Francesco

■ Fisco, famiglie e lavoro. Sono queste le tre direttrici sulle quali si concentrerà la legge di Bilancio, secondo quanto reso noto dal ministero dell'Economia al termine del Consiglio dei ministri di ieri che ha approvato il Dpfp. La manovra, si legge nel comunicato, «darà luogo a una ricomposizione del prelievo fiscale riducendo l'incidenza del carico sui redditi da lavoro e si garantirà un ulteriore rifinanziamento del fondo sanitario nazionale, con particolare attenzione ai redditi medi, e darà seguito agli interventi sulla natalità e sulla conciliazione vita-lavoro». In programma anche «specifiche misure volte a stimolare gli investimenti delle imprese e a garantirne la competitività», come richiesto da Confindustria.

«Confermiamo la linea di ferma e prudente responsabilità che tiene conto della necessità della tenuta della finanza pubblica nel rispetto delle nuove regole europee e delle imprescindibili tutele a favore della crescita economica e sociale dei lavoratori e delle famiglie», ha commentato il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti. Nessun riferimento, invece, al capitolo pensioni, segno che non c'è intenzione di stravolgere i meccanismi della Fornero (come anticipato dal Gior-

nale di ieri).

Il Documento programmatico di finanza pubblica (Dpfp), che sostituisce la Nadev prevede per quest'anno un deficit al 3% del Pil, in miglioramento rispetto alla stima del 3,3% di aprile contenuta nel Dfp. Un dato che consente al governo di presentarsi a Bruxelles con l'obiettivo di uscire dalla procedura per disavanzo eccessivo, con un anno di anticipo rispetto a quanto ipotizzato in primavera.

Nel 2026 il rapporto deficit/Pil è fissato al 2,8%, per poi scendere al 2,6% nel 2027 e al 2,3% nel 2028. Nel Dpfp si dà anche conto dell'incremento dello 0,15% nel 2026, dello 0,3% nel 2027 e dello 0,5% nel 2028 da destinare alle spese della difesa (12 miliardi cumulativi). Tale incremento, si precisa, «è subordinato all'uscita dalla procedura» di extradeficit.

Sul fronte della crescita, le nuove stime sono caute: Pil allo 0,5% nel 2025, allo 0,7% nel 2026, allo 0,8% nel 2027 e allo 0,9% nel 2028. Valori lievemente rivisti al ribasso rispetto al Dfp di aprile, quando si ipotizzava +0,6% quest'anno e +0,8% il prossimo. Lo scenario resta influenzato da un contesto geopolitico incerto, ma il governo segnala margini di miglioramento grazie alla spesa primaria netta e a un possibile effetto espansivo di un decimale derivante dalla manovra. Il tasso di

crescita del valore del Pil programmatico si attesta per il 2026 allo 0,7%; nel 2027 allo 0,8%; nel 2028 allo 0,9%. Il tasso di crescita tendenziale risulta pari allo 0,7% nel 2026 e nel 2027 e allo 0,8% nel 2028. Insomma, le leggi di Bilancio non dovrebbero essere restrittive anche se la spinta propulsiva sarà contenuta. Il Dpfp affronta anche il nodo del debito pubblico: dopo i picchi legati al Superbonus, il rapporto rispetto al Pil è previsto in calo, fino al 136,4% nel 2028, un livello inferiore alle proiezioni del Programma di stabilità (nel 2026 sarà inferiore al 137,8% stimato ad aprile).

Il documento, che sarà inviato a Bruxelles e alle Camere (già calendarizzato in Aula il 9 ottobre), rappresenta il primo passo verso la quarta legge di Bilancio del governo Meloni. Dopo il Dpfp, infatti, toccherà al Documento programmatico di bilancio, atteso entro il 15 ottobre a Bruxelles, e quindi alla manovra vera e propria, che dovrà arrivare alle Camere entro il 20 del mese.

Giorgetti: «Confermiamo la linea di responsabilità ma tuteleremo la crescita»



Dirigenti statali e infermieri, via libera ai contratti 2022/24

Pubblico impiego

Aumenti medi da 558 euro
per i vertici delle Pa
e da 172 euro nella sanità

Gianni Trovati

ROMA

Personale della sanità, dirigenti di ministeri, agenzie fiscali ed enti pubblici e accordo quadro sui comparti. La riunione serale del consiglio dei ministri ha messo ieri il timbro anche su un ricco pacchetto di intese nel pubblico impiego, portato dal ministro per la Pa Paolo Zangrillo. «Vogliamo garantire continuità contrattuale per valorizzare le nostre persone», ha commentato Zangrillo.

L'esame finale è stato superato prima di tutto dai contratti 2022/24 del personale sanitario, frutto dell'accordo raggiunto il 18 giugno grazie al decisivo cambio di rotta del sindacato autonomo Nursing Up, e dei dirigenti delle Funzioni centrali, dopo la preintesa firmata il 29 luglio che aveva visto la prima spaccatura del fronte sindacale del «no» con la firma della Uil che aveva lasciato la sola Cgil all'opposizione. Nella riunione di ieri è stato dato poi il via libera al contratto 2019/21 della presidenza del Consiglio (aumenti da 168 euro al mese) e al nuovo accordo quadro sui comparti: che

nella forma non cambia niente rispetto alla geografia seguita fin qui dalla contrattazione del pubblico impiego, ma nella sostanza libera la strada all'avvio dei negoziati per la tornata 2025/27 per tutti i comparti e le aree dirigenziali. Si partirà appena certificati i numeri aggiornati della rappresentatività sindacale, passaggio atteso il 4 novembre. Sempre a novembre dovrebbero arrivare in busta paga gli effetti degli altri due contratti, che entreranno in vigore dopo la firma definitiva all'Aran nei prossimi giorni.

Guardando alle dimensioni della platea interessata, l'intesa più importante è quella per il personale non dirigente della sanità. Riguarda più di 581 mila persone fra infermieri, tecnici e amministrativi e vale oltre 1,5 miliardi a regime, che si traducono in un aumento medio mensile da 172 euro accompagnato da un arretrato una tantum intorno ai mille euro. In un comparto così differenziato però le medie dicono poco. Perché le voci su misura delle varie professionalità differenziano molto l'impatto sulla busta paga, che per gli infermieri dei

pronto soccorso arriva a sfiorare i 517 euro (a regime dal 2026) in un calcolo esteso all'indennità specifica sbloccata dall'intesa. Per chi lavora al pronto soccorso il contratto prevede anche una nuova serie di tutele, legate in particolare al fenomeno delle aggressioni: in questi casi si introduce il patrocínio legale, l'obbligo di riconoscere il supporto psicologico al personale che lo richiede e la possibilità per l'azienda di costituirsi parte civile.

Le medie hanno un valore relativo anche per la dirigenza della Pa centrale. Qui si parla di arretrati per 9.400 euro e 558 euro di aumento, che però nel caso dei dirigenti di prima fascia sale fino a 980 euro. Una bella spinta, che per chi occupa posizioni apicali si aggiunge agli spazi aperti dalla sentenza 135/2025 con cui la Consulta ha abolito il vecchio limite dei 255 mila euro lordi annui. Ora il tetto è a 311 mila euro, in via di aggiornamento verso quota 360 mila; ma i criteri saranno differenziati in base al contenuto professionale dell'incarico se il Governo riuscirà in questa impresa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Approvato l'accordo
per i negoziati 2025/27
Zangrillo: Garantiamo
continuità per valorizzare
le nostre persone**





Servizio Le misure

Sanità: in manovra pronto un piano da 27mila assunzioni, priorità agli infermieri

Un altro dei capisaldi della manovra sul fronte Sanità dovrebbe essere l'aumento degli investimenti nella prevenzione

di Marzio Bartoloni

2 ottobre 2025

Un piano di assunzioni triennale in manovra che a regime aprirà le porte degli ospedali e degli ambulatori del Servizio sanitario nazionale a quasi 30mila tra operatori sanitari e medici. Ma con una priorità assoluta: gli infermieri che sono l'emergenza numero uno del Ssn visto che ne mancano almeno 70mila. Il piano ambizioso messo a punto dai tecnici del ministero della Salute non si allontana troppo da quello tentato l'anno scorso sempre con la legge di bilancio ma poi naufragato per lo stop del Mef. Stavolta però la Sanità non dovrebbe essere sacrificata sull'altare dei conti pubblici perché l'obiettivo condiviso nel Governo è provare a restare con i fondi sanitari al 6,4% sul Pil in modo anche da essere meno attaccabili dalle opposizioni che su quell'asticella hanno costruito parte della narrazione sui tagli alla Sanità. Ecco perché a meno di sorprese l'asticella dei fondi in più per la Sanità nel 2026 dovrebbe aggirarsi alla fine sui 2-2,5 miliardi, una dote necessaria proprio per rimanere su quella linea rossa di spesa sul Pil. Rispetto all'anno scorso l'altra novità è la priorità agli infermieri e all'altro personale: delle 27mila assunzioni solo circa 2mila saranno medici, le altre 25mila saranno i sanitari che mancano di più.

Piccola boccata di ossigeno

I fondi per finanziare il piano dovrebbero aggirarsi sui 420 milioni nel 2026, 845 nel 2027 e poi circa 1,6 miliardi a regime dal 2028 e le assunzioni seguiranno questo stesso ritmo. L'obiettivo è far crescere tutto il personale sanitario del Ssn dell'1,5% nel 2026, del 3% nel 2027 e del 6% nel 2028 (per i medici la crescita sarà dallo 0,5% all'1,5% nel 2028). Una piccola boccata d'ossigeno, ma sicuramente - se andrà in porto - un primo passo significativo per provare a salvare il Ssn alle prese con una emorragia di personale come sa bene anche il ministro della Salute Orazio Schillaci che ha messo in cima alle sue priorità proprio questa: oltre alle assunzioni l'idea è inserire incentivi per il personale. Se la defiscalizzazione dell'idennità di specificità - previste sia per infermieri che per medici - sembra difficile per i dubbi del Mef è invece più probabile che possano essere aumentate. Per gli infermieri un'altra novità importante potrebbe arrivare dall'addio al vincolo di esclusività: in questo modo chi lavora per il Ssn potrà aggiungere - senza preventiva autorizzazione dell'Asl - anche attività in libera professione e l'intramoenia (cioè dentro gli ospedali pubblici), in linea con quanto fanno già oggi i medici (nel 2025 tra l'altro finisce proprio la sperimentazione mai davvero decollata delle attività libero professionali degli infermieri).

Priorità alla prevenzione

Un altro dei capisaldi della manovra sul fronte Sanità dovrebbe essere l'aumento degli investimenti nella prevenzione che tra l'altro hanno sempre ritorni anche economici trasformandosi in ricoveri evitati e meno terapie: qui l'obiettivo è alzare l'asticella dei fondi dedicati - oggi il 5% del Fondo sanitario - portandoli al 6 per cento. Tra gli interventi in cantiere su questo fronte c'è a esempio l'estensione degli screening oncologici allargandoli a una platea d'età più ampia per intercettare prima i possibili malati, ma anche i finanziamenti per il piano sulla salute mentale (almeno 80 milioni) e per il piano sanitario nazionale (300 milioni). La lista dei desiderata si potrebbe allungare ancora di più, ma non mancano le incognite importanti che potrebbero assorbire almeno una parte sostanziosa della dote in più prevista in Finanziaria per la Sanità. La prima è legata alle recenti sentenze del Tar che hanno bocciato il nuovo tariffario con cui il Ssn rimborsa visite ed esami alle strutture private convenzionate. Nel mirino ci sono alcune tariffe di rimborso giudicate dagli operatori troppo basse e non sostenibili. Per questo potrebbe rivelarsi necessario un intervento economico per alzarle: al momento nulla è deciso, ma la cifra dovrebbe partire almeno da 200 milioni. La seconda incognita, quasi una certezza, è legata al rifinanziamento dell'assistenza domiciliare finanziata fino al 2025 dal Pnrr e che ora necessiterà di almeno 600-700 milioni per poter proseguire.

Medici in fuga dall'Italia, + 133% rispetto al 2022

Continua la fuga dei medici italiani all'estero. Anzi, peggiora. Nel 2024, infatti, hanno lasciato il Sistema sanitario nazionale oltre 7 mila camici bianchi, con una crescita del 133% rispetto al 2022. È quanto sottolinea il rapporto annuale dell'Osservatorio In-Salute dal titolo «Orizzonti della cura: innovazione nella diagnosi tempestiva e nelle terapie di eccellenza» realizzato dall'Istituto per la Competitività (I-Com).

Detto dei medici, anche la situazione degli infermieri è delicata: «l'Italia», si legge nel report, «impiega meno professionisti rispetto alla media europea, con 6,8 infermieri ogni 1.000 abitanti contro gli 8,2 della Ue. Ne deriva un forte squilibrio tra pensionamenti e nuovi ingressi, poiché ogni anno lasciano la professione circa 30-33 mila infermieri mentre le università ne formano solo 10 mila. Non può essere trascurata in tal senso la riduzione delle domande universitarie che per la prima volta sono scese sotto l'offerta formativa, con meno di 19.000 candidati a fronte di oltre 20.600 posti disponibili per l'anno accademico 2025/2026».

Nonostante l'importante aumento della spesa, l'Italia investe in sanità meno di altri grandi paesi europei in rapporto al Pil, con un divario che limita la capacità di investimento e la resilienza del Ssn. La legge di bilancio 2025 ha previsto un aumento del Fondo sanitario nazionale fino a 142,3 miliardi nel 2026, ma si confermano difficoltà nel garantire equità e accesso uniforme ai servizi, come mostrano i Lea e l'aumento della mobilità sanitaria interregionale. La spesa farmaceutica è molto alta (36,2 miliardi nel 2023), seconda solo alla Spagna, ma solo il 64% è coperto dal Ssn e il resto grava sulle famiglie. Inoltre, la spesa italiana è fortemente sbilanciata verso l'ambito ospedaliero, che assorbe quasi il 70% del totale.

Il nuovo Ccnl. Intanto, il 1° ottobre si è svolta all'Aran la trattativa con le organizzazioni sindacali rappresentative per il rinnovo del contratto 2022-2024 dell'area dirigenziale della sanità, che riguarda oltre 130 mila dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie. Il prossimo incontro è fissato per il 15 ottobre.

— © Riproduzione riservata — ■



Assumere medici e infermieri potrebbe non bastare, dice Agenas

E' una cifra che pesa come un macigno sul futuro del Servizio sanitario nazionale (Ssn): 140 mila operatori sanitari - tra medici, infermieri e operatori socio-sanitari - andranno in pensione entro il 2035. A dirlo non è una proiezione teorica, ma il nuovo rapporto 2025 dell'Agenas sul personale del Ssn, un documento che, con numeri precisi e preoccupanti, disegna il volto di un sistema alle prese con una gobba pensionistica senza precedenti, e che rischia di restare sguarnito proprio nelle sue componenti più essenziali.

Nel dettaglio, sono 39.158 i medici che lasceranno il servizio nel prossimo decennio, oltre 80 mila gli infermieri e più di 28 mila gli operatori socio sanitari (Oss). Tre categorie che rappresentano l'ossatura dell'assistenza sanitaria italiana, in particolare nel settore pubblico. L'età media del personale è alta: tra i medici, quasi il 40 per cento ha più di 55 anni; tra gli infermieri si supera il 29 per cento, e anche tra gli Oss si raggiunge l'11 per cento. E non si tratta di numeri ipotetici: la metodologia usata da Agenas si basa sui dati del Conto annuale 2023, prendendo come riferimento il compimento dell'età pensionabile prevista per legge.

Ma in questo scenario preoccupante, una prima risposta concreta potrebbe arrivare con la prossima legge di bilancio. Il governo avrebbe intenzione di destinare 2,5 miliardi di euro aggiuntivi al Fondo sanitario nazionale, che nel 2026 potrebbe così raggiungere quota 143 miliardi.

Una cifra che servirebbe anche a mantenere la spesa sanitaria sopra la soglia del 6,4 per cento del pil.

Tra le misure in cantiere, spicca finalmente il Piano straordinario di assunzioni, annunciato un anno fa dal ministro Orazio Schillaci ma poi rimasto nel cassetto per mancanza di coperture. Ora, con nuove risorse sul tavolo, l'esecutivo punta a lanciare un programma triennale, dal 2026 al 2028, che prevede l'assunzione di 2.000 medici e 25.000 infermieri. Il costo complessivo? Circa 2,7 miliardi: 400 milioni nel primo anno, 840 nel secondo, fino a raggiungere 1,5 miliardi a regime.

Tuttavia, come sottolinea il rapporto Agenas, le assunzioni da sole potrebbero non essere sufficienti se non accompagnate da un'azione di medio-lungo periodo sulla formazione. Sul fronte dei medici, l'Italia mantiene una media di 5,3 medici ogni 1.000 abitanti, superiore a quella europea, ma continua a scontare una distribuzione disomogenea sul territorio e una crisi nelle specializzazioni più critiche, come medicina d'urgenza, anestesia e radioterapia, dove le borse di studio restano spesso scoperte.

Per gli infermieri, la situazione è persino più complessa. L'Italia registra solo 6,86 infermieri ogni 1.000 abitanti, contro una media Ue di 8,26. Il rapporto tra infermieri e medici è fermo a 1,3, molto al di sotto del valore ottimale Ocs pari a 2,1. A questo si aggiunge il calo delle iscrizioni ai corsi di laurea, con un numero di domande che nel 2024 è sceso al

minimo storico, in alcuni atenei perfino inferiore ai posti disponibili. E nonostante l'ampliamento dell'offerta formativa, solo il 71 per cento degli immatricolati arriva alla laurea, secondo i dati Agenas aggiornati.

Serve dunque una riflessione più ampia. Se il governo vuole davvero mettere in sicurezza il Ssn, deve agire su più fronti: aumentare le assunzioni, ma anche rendere più attrattive le professioni sanitarie, sia dal punto di vista economico sia da quello sociale. Gli infermieri, in particolare, continuano a percepire stipendi poco competitivi a fronte di una formazione impegnativa e di responsabilità crescenti. E non esiste, a oggi, una chiara strategia nazionale per invertire questo trend.

Il rischio è che, pur con nuove risorse e promesse, si intervenga troppo tardi o in modo insufficiente. Il 2026 potrebbe essere un anno chiave: se il piano delle assunzioni partirà davvero, e se sarà accompagnato da una programmazione formativa coerente, allora sarà possibile iniziare a colmare il vuoto generazionale. In caso contrario, il Ssn rischia di proseguire il suo collasso silenzioso, soprattutto nelle aree più fragili del paese.

Il tempo, ora più che mai, è una risorsa da non sprecare.

Giovanni Rodriguez



Servizi e forniture per gli ospedali: un mercato da 6 miliardi stretto tra caro energia ed efficienza

Efficienza energetica e continuità operativa: un settore da 6 miliardi che sostiene ogni giorno la sanità pubblica, tra consumi elevati, edifici vetusti e la leva strategica dei contratti con le ESCo

■ **Cesare Giraldi**

Vale circa 6 miliardi di euro il mercato dedicato a energia, servizi tecnici, manutenzioni fabbricati e impianti per gli ospedali pubblici in Italia. Una cifra che fotografa il peso strategico di un comparto che va ben oltre la logistica sanitaria: si tratta infatti di servizi energetici, manutenzione impiantistica, illuminazione, riscaldamento, raffrescamento, sterilizzazione e alimentazione di apparecchiature che garantiscono la continuità operativa delle strutture sanitarie.

Sono strutture al servizio di migliaia di pazienti, dipendenti e visitatori, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, determinando un alto consumo di energia: sanità e assistenza sociale, rappresentano più del 25% delle maggiori utenze di energia del settore pubblico italiano. Per lo più ci riferiamo a costruzioni avvenute principalmente nel periodo compreso tra il 1919 e il 1980, ben prima dell'introduzione della normativa relativa all'efficienza energetica degli edifici. Complessivamente il patrimonio del comparto della sanità e assistenza sociale è costituito - dati RSE - da circa 40 milioni di m2 per

un totale di circa 9.700 unità catastali. La voce preponderante, in termini di superficie, è quella relativa alle strutture ospedaliere che in media registrano all'anno un consumo termico di 311 kWh/m2 e consumo elettrico di 246 kWh/m2; vale a dire l'equivalente di 2 mila abitazioni.

Un ruolo centrale è giocato dai Contratti di Servizio Energia, strumenti che affidano a società specializzate (ESCO) la gestione degli impianti termici ed elettrici, incluse manutenzioni ordinarie e straordinarie. Gli investimenti - dalla sostituzione di caldaie e generatori di vapore alla riqualificazione dell'illuminazione, fino ai sistemi di automazione - vengono finanziati direttamente dalle ESCo e ripagati nel tempo con i risparmi energetici conseguiti. Un modello virtuoso che consente agli ospedali di contenere i costi senza gravare subito sui bilanci.

Per il comparto delle forniture ospedaliere il nodo resta la capacità di conciliare sostenibilità economica e ambientale. «Gli ospedali sono il cuore pulsante del nostro Servizio sanitario nazionale - osserva Roberto Rossi, presidente di Assisital, l'Associazione di Confindustria che rappresenta le ESCo, le imprese di servizi energetici, di facility management e di manutenzione e gestio-

ne di impianti tecnologici - i servizi energetici integrati e gli interventi di efficientamento sono strumenti indispensabili per ridurre i costi e liberare risorse da destinare alla qualità dell'assistenza. Serve una strategia di sistema che metta insieme competenze, innovazione e investimenti. E scelte coerenti con le reali possibilità del Paese, quando ad esempio nel recepimento delle direttive europee, ci si attende un incremento notevole delle fonti rinnovabili nella fornitura di energia termica».

Dal punto di vista impiantistico, la sostituzione del vettore energetico fossile - principalmente gas metano - con fonti rinnovabili come biometano, solare termico o pompe di calore, presuppone l'esistenza di infrastrutture oggi quasi totalmente assenti.

La strada è tracciata: razionalizzare i consumi, diffondere le buone pratiche, potenziare i contratti di servizio energia e programmare investimenti coordinati (favorendo l'utilizzo dei PPP). Ma il tempo stringe: senza risposte sistemiche, l'energia rischia di diventare la variabile che erode la capacità stessa del servizio sanitario di garantire prestazioni adeguate.



La sentenza del TAR e il futuro della sanità Occasione per riformare su basi reali ed eque

La decisione sul tariffario delle prestazioni sanitarie rilancia il tema della sostenibilità economica del SSN e del ruolo del privato accreditato
Chance per ripensare il sistema su basi tecniche, reali e non ideologiche

■ **Gabriele Pelissero***

La recente sentenza del TAR del Lazio, che ha annullato il nuovo tariffario per le prestazioni ambulatoriali e protesiche, rappresenta un passaggio cruciale per il nostro Servizio Sanitario Nazionale. È un'occasione da non sprecare: non si tratta solo di una vittoria per le strutture private accreditate, ma di un richiamo forte alla necessità di ricostruire le fondamenta tecniche ed economiche del sistema, partendo da dati reali, analisi econometriche solide e un confronto serio, trasparente e partecipato. La decisione del giudice amministrativo, nel rilevare la definizione delle tariffe sulla base di costi obsoleti, ci ricorda che un sistema moderno non può reggersi su meccanismi scollegati dalla realtà. È impensabile garantire assistenza di qualità, equa e tempestiva se alle strutture accreditate vengono riconosciuti rimborsi inferiori ai costi sostenuti. Il rischio non riguarda solo la tenuta economica delle strutture, ma l'intero impianto del SSN, considerando il ruolo essenziale che il privato accreditato ricopre: garantisce un terzo dei ricoveri ospedalieri, una quota significativa dell'attività ambulatoriale e lo fa spesso con standard qualitativi elevati e capacità di risposta superiore alla componente pubblica. In questo quadro diventa essenziale guardare con lucidità anche alle tendenze strutturali del nostro sistema. Una di queste è la spesa sanitaria privata, sostenuta direttamente dalle famiglie per beni e servizi sanitari, che si affianca alla spesa pubblica, destinata sia alle strutture pubbliche sia a quelle private accreditate. Si tratta di un elemento strutturale

e non transitorio, che va letto in chiave oggettiva e non ideologica. A giugno, il Centro Studi AIOP ha pubblicato un rapporto per chiarire e orientare il dibattito. La spesa privata nel 2024 ammonta a 43,7 miliardi di euro, rispetto ai 138,3 miliardi della spesa pubblica (Istat, Conti Nazionali). Non è un'anomalia italiana né un fenomeno recente: da almeno vent'anni si attesta intorno al 2% del PIL, rappresentando circa un quarto della spesa sanitaria totale. Gran parte di questa spesa è destinata a prestazioni extra-LEA. Questo significa che, in molti casi, non siamo di fronte a una fuga dal pubblico, ma a una scelta consapevole dei cittadini, che pagano di tasca propria non per sfiducia, ma per libertà di scelta o per accedere a prestazioni che il pubblico non offre. Non possiamo ignorare questa dinamica. Al contrario, occorre valorizzarla e integrarla nel sistema complessivo. Se da un lato l'Italia deve aumentare la spesa sanitaria per allinearsi ai partner europei, dall'altro continuare a contrapporre pubblico e privato, spesa pubblica e privata, come se fossero entità antagoniste, significa cedere a una vera e propria perdita di sinderesi, con il rischio di indebolire l'intero impianto proprio nel momento in



cui servirebbero coesione e strategia. In questo contesto, sarebbe necessario sviluppare anche forme di ibridizzazione fondate sulla presenza di grandi fondi sociali, che consentano agli iscritti di accedere alle prestazioni erogate dalle diverse componenti del sistema. In questo modo si ridurrebbe la pressione sul SSN, liberando risorse pubbliche da destinare al miglioramento dell'offerta sanitaria e a una presa in carico più tempestiva ed efficace degli utenti più fragili. In un panorama com-

plesso, dunque, la sentenza del TAR si pone come uno spartiacque e apre una possibilità concreta: riscrivere le regole del sistema su basi reali ed eque.



L'ECONOMISTA

La ricetta di Zaffini «Una sanità attrattiva e più sostenibile»

■ **Paolo Bozzacchi**

Di cosa ha più bisogno oggi la spesa sanitaria nazionale? La risposta è nel progetto di riforma delle professioni sanitarie, con le novità sulla formazione universitaria, il razionale della riforma della sanità integrativa, il punto sulle cure e i farmaci innovativi e la strada per attrarre investimenti internazionali nel settore. «L'obiettivo – spiega Zaffi-

ni, presidente della commissione Affari sociali del Senato – è quello di rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale e di garantire elevati standard di qualità e sicurezza delle cure. Tra le misure previste: incremento del personale sanitario, potenziamento della formazione specialistica, contrasto alle carenze di organico».

a pag. 9 ■

L'appello di Zaffini: «Una sanità più attrattiva efficiente e sostenibile. Così rilanciamo il sistema»

Il presidente della commissione Affari sociali del Senato spiega le nuove regole per professioni sanitarie, sanità integrativa e farmaci innovativi

■ **Paolo Bozzacchi**

Di cosa ha più bisogno oggi la spesa sanitaria nazionale? La risposta è nel progetto di riforma delle professioni sanitarie, con le novità sulla formazione universitaria, il razionale della riforma della sanità integrativa, il punto sulle cure e i farmaci innovativi e la strada per attrarre investimenti internazionali nel settore. «L'obiettivo – spiega Zaffini, presidente della commissione Affari sociali del Senato – è quello di rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale e di garantire elevati standard di qualità e sicurezza delle cure».

È recentissima l'approvazione da parte del CdM del disegno di legge delega di riforma delle professioni sanitarie. Cosa si aspetta il Governo dagli effetti economici delle novità?

«Si tratta di un disegno di legge-delega che avvia una profonda riforma delle professioni sanitarie, con l'obiettivo di modernizzare il sistema, renderlo più efficiente e adeguato all'evoluzione scientifica e tecnologica. La misura prevede ampia rimodulazione sia dal punto di vista formativo che ordinistico. L'obiettivo è quello di rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale e di garantire elevati standard di qualità e sicurezza delle cure. Tra le misure previste: incremento del personale sanitario, potenziamento della formazione specialistica, contrasto alle carenze di organico anche tra-

mite forme di lavoro flessibile che permettano ad esempio l'impiego degli specializzandi nel SSN, particolare attenzione a chi opera in condizioni difficili come i Pronto Soccorso o in aree disagiate, semplificazione delle attività amministrative e rafforzamento delle norme sulla sicurezza dei professionisti».

Riuscirà il nuovo percorso per i ragazzi che intraprendono la Facoltà di Medicina a colmare il gap dei professionisti del settore che mancano sul mercato? E perché.

«Siamo in linea col fabbisogno nazionale»

le stimato. La novità principale è il superamento



del test d'ingresso e l'introduzione di un semestre aperto con accesso libero, durante il quale gli studenti possono iscriversi anche a un altro corso affine. Al termine delle iscrizioni (25 luglio), risultano 64.825 studenti registrati: 54.313 per Medicina e chirurgia, 4.473 per Odontoiatria e 6.039 per Veterinaria. La riforma segna un cambio di passo nella valutazione degli aspiranti professionisti, passando da un sistema di valutazione superficiale ed estemporaneo basato sui cd. "test tolc", ad una valutazione più ampia e consapevole del percorso dello studente nell'arco del primo semestre di studi. Il MUR ha stimato un fabbisogno di 30.000 nuovi medici entro il 2030. Per rispondere a questa esigenza c'è un incremento programmato e sostenibile delle immatricolazioni, compatibile con le capacità degli atenei e le risorse disponibili».

La spesa sanitaria nazionale vale circa il 7% del Pil e insieme a pensioni e istruzione fa da padrona in termini di peso economico sul Bilancio dello Stato. Di cosa ha più bisogno la spesa sanitaria oggi?

«In primis di prevenzione. L'aspettativa di vita media italiana è tra le più alte al mondo (83,3 anni). Con già oggi oltre 14 milioni di over 65. È molto importante puntare sia sulla prevenzione primaria, attraverso la promozione di corretti stili di vita, un'alimentazione bilanciata e corretta e lo svolgimento di attività fisica, sia secondaria attraverso campagne di screening e immunizzazione. L'assistenza sanitaria preventiva produce anche vantaggi economici, come risparmi nella spesa sanitaria e aumento della produttività dei lavoratori. Ogni euro speso in prevenzione ne fa risparmiare ben tre. In settimana in Senato è stato approvato in seconda lettura il ddl "Disposizioni per il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica e strategie di prevenzione, contrasto e presa in carico del paziente", che introduce misure dedicate alla prevenzione e alla cura dell'obesità, riconosciuta come malattia progressiva e recidivante, strettamente collegata ad altre patologie di rilevanza sociale. Oltre alla prevenzione, la spesa sanitaria nazionale ha bisogno di aumentare l'attrattività delle professioni per fronteggiare le carenze di organici. Perciò il Governo oltre ad aumentare i posti disponibili a Medicina e le borse di specializzazione, ha rinnovato il

Veniamo alla idea di riforma della sanità integrativa che prevede un sistema misto in cui dopo il pensio-

namento lo Stato sostituisce la parte contributiva del datore di lavoro per creare un siste-

ma di long term care. Qual è la ratio della riforma, chi ne beneficia e chi ne sopporterà i costi?

«La riforma del secondo pilastro è necessaria perché la spesa sanitaria privata già nel 2022 aveva raggiunto il valore record di 41,5 miliardi di euro, con altri 25 miliardi destinati a prestazioni socio-assistenziali. Obiettivo di oggi ridurre l'impatto economico sulle famiglie, aumentando l'intermediazione collettiva della spesa sanitaria, che va meglio regolata, organizzata e vigilata. La riforma rafforzerebbe la sanità complementare, in un'ottica di sussidiarietà e integrazione col SSN. Puntiamo a raddoppiare il numero dei cittadini coperti da fondi complementari, passando da 15 a 30 milioni. Per farlo occorre estendere i Piani Sanitari contrattuali ai familiari dei lavoratori e valutare il mantenimento dell'iscrizione dei pensionati, con una contribuzione volontaria. Non solo. Includere lavoratori autonomi e partite IVA tra i beneficiari, allargando la base dei fondi sanitari con regole omogenee e incentivi fiscali, estendere la copertura sanitaria anche al pubblico impiego, contrastare l'elusione contributiva e creare un fondo solidaristico pubblico per gli indigenti (modello social card). Necessaria infine anche una revisione regolatoria del modello dei fondi stessi per accrescere trasparenza, competenza ed efficienza. Col controllo di un'Autorità di Vigilanza ad hoc».

Parliamo di cure e farmaci innovativi. Come il Governo intende sostenere le aziende farmaceutiche che investono in Italia?

«Sui farmaci innovativi la Legge di Bilancio 2025 ha ridefinito il funzionamento del fondo dedicato. L'accesso al rimborso da parte del SSN viene consentito sulla base dei criteri di valutazione per l'attribuzione dell'innovatività terapeutica stabiliti da AIFA. La legge di bilancio ha stabilito l'accesso al fondo per i farmaci innovativi fino a 900 milioni annui, mentre i medicinali a innovatività condizionata possono accedere al fondo dei farmaci innovativi per un importo non superiore a 300 milioni annui. Inoltre, con un emendamento di Fratelli d'Italia alla Legge di Bilancio sono stati destinati fino a 100 milioni di euro del Fondo farmaci innovativi per lo sviluppo di antibiotici reserve, destinati all'uso esclusivo in situazioni di emergenza per il trattamento di



infezioni causate da batteri multiresistenti. Sulle terapie avanzate depositerò un ddl sulla promozione dell'accesso equo, sostenibile e tempestivo che prevede l'istituzione del Fondo nazionale sperimentale per il loro rimborso».

Come conta il Governo di sostenere l'attrazione degli investimenti esteri in Italia nel settore pharma?

«Il settore farmaceutico rappresenta una delle eccellenze del made in Italy e riveste un ruolo strategico per l'economia nazionale, grazie a un tessuto industriale vivace e capillarmente diffuso sul territorio, costituito da grandi gruppi insieme a PMI, che nel 2024 hanno generato oltre 56 miliardi di euro di produzione e circa 54 miliardi di

export. Il ddl delega recante il Testo Unico della Legislazione Farmaceutica, approvato dal CdM il 18 settembre scorso punta a riordinare e semplificare la normativa di riferimento, con l'obiettivo di rendere il quadro legislativo più chiaro, accorciare i tempi autorizzativi e favorire l'attrattività per gli investitori. Tra i principi guida previsti per l'attuazione della delega rientra anche l'aggiornamento o la revisione dei tetti di spesa del comparto, compresa una rivalutazione dei meccanismi di payback».

Il MUR ha stimato un fabbisogno di 30mila nuovi medici entro il 2030

**Ogni euro speso
in prevenzione
ne fa risparmiare
ben tre**

Nella foto
Francesco
Zaffini



Sportello amico

Tempi di attesa lunghi e difficoltà nelle prenotazioni: ostacoli da rimuovere per l'aderenza terapeutica

Uno dei temi cruciali sui quali la Fap Acli è impegnata da anni è l'aderenza terapeutica, da cui dipende la sostenibilità del sistema sanitario e il benessere delle persone. Aderenza terapeutica significa seguire con costanza e precisione le terapie prescritte dal medico: la mancata osservanza delle stesse costituisce la principale causa di non efficacia delle terapie. Inoltre, maggior aderenza significa minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze, riduzione dei costi per le terapie. Ciò che spesso si sottovaluta è quanto questa aderenza sia una responsabilità condivisa, e non solo individuale. Da questo punto di vista, occorre intervenire su una serie di

ambiti, come l'accessibilità e continuità delle cure, rimuovendo alcuni ostacoli come i tempi di attesa lunghi, la difficoltà a prenotare i controlli, la mancanza di follow-up. Serve poi la multidisciplinarietà, ovvero team multiprofessionali che condividano obiettivi terapeutici e coinvolgano il paziente nelle decisioni. Infine, fondamentale è la formazione del personale, mediante appositi corsi. Al netto di questo ambito di intervento sui quali urge investire, preme anche ricordare l'esistenza di strumenti e tecnologie in grado di favorire l'aderenza terapeutica, come l'uso di cartelle cliniche. O la telemedicina quale ottimo alleato per ricordare

l'assunzione dei farmaci e per evitare spostamenti inutili. Come Fap Acli, in forza della nostra posizione di prossimità sul territorio, siamo impegnati per promuovere il concetto di aderenza terapeutica. Innanzitutto, attivando corsi di formazione per caregiver perché siano sensibilizzati a garantire un sostegno e un accompagnamento nelle diverse terapie farmacologiche degli assistiti. Aprendo sportelli di ascolto e aiuto che abbiano, come principale obiettivo, quello di aiutare i soggetti fragili ad avere un accesso più facile ai servizi sanitari, rimuovendone gli ostacoli e facendo valere i diritti del paziente spesso calpestati. Generando incontri e convegni nei quali educare gli anziani a

conoscere i propri farmaci, a parlare con il proprio medico, a non abbandonare le cure. L'aderenza terapeutica è un fenomeno complesso che va affrontato non solo sul piano clinico, ma anche e soprattutto organizzativo, agendo in modo sistemico e garantendo accessibilità, formazione, integrazione tra professionisti, uso intelligente delle tecnologie, centralità del paziente. Per questo, la Fap Acli ha aderito all'iniziativa di HappyAgeing e Federsanità che in questi giorni ha lanciato una campagna sull'aderenza terapeutica agli over 65 perché si prendano a cuore la protezione della propria salute.



LA RIFORMA

Salute mentale e giovani adesso c'è una strategia

di **ETTORE MAUTONE**

Riforma della Salute mentale in Italia: un primo documento redatto dal Tavolo tecnico nazionale è stato consegnato alla Conferenza delle Regioni di cui si attende ora il parere. Maggiori risorse, modelli organizzativi più efficaci,

centralità dei diritti e soprattutto, l'urgenza di intervenire sul disagio dei giovani il cuore della proposta. a pagina XIII

Salute mentale la riforma riparte Giovani al centro

di **ETTORE MAUTONE**

Riforma della Salute mentale in Italia: un primo documento redatto dal Tavolo tecnico nazionale che lavora a questo progetto è stato consegnato nei giorni scorsi al vaglio della Conferenza delle Regioni di cui si attende ora il parere. Maggiori risorse, modelli organizzativi più efficaci, centralità dei diritti e soprattutto, l'urgenza di intervenire sul disagio dei giovani il cuore della proposta. Alberto Siracusano, professore emerito di Psichiatria dell'Università di Roma Tor Vergata e coordinatore del Tavolo tecnico nazionale per il rinnovo del Piano di Azione Nazionale per la Salute mentale (PANSM) lo ha annunciato al Senato partecipando ai lavori dell'Intergruppo parlamentare One Mental Health presieduto dal senatore Ignazio Zullo. Quest'ultimo ha evidenziato l'urgenza di azioni concrete: «La salute mentale - ha detto - è una delle grandi emergenze del nostro

tempo. I dati sulla condizione dei giovani ci obbligano a una riflessione immediata: non si tratta solo di assistenza clinica ma di garantire futuro e speranza. Per questo sosteniamo con forza il lavoro del Tavolo Tecnico nazionale e il rinnovo del Piano di Azione per la Salute Mentale».

Siracusano ha illustrato i prossimi passi: «Da oltre un anno lavoriamo per aggiornare il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale fermo al 2013. L'obiettivo è fornire risposte più moderne e adeguate ai bisogni clinici e sociali di oggi. A breve, presenteremo il nuovo documento che includerà anche nuove linee guida per la gestione della depressione. Abbiamo ascoltato oltre quaranta associazioni no profit, molte delle quali operano nelle scuole, per rafforzare l'accesso precoce alle cure e ridurre lo stigma. Non possiamo più permettere che milioni di giovani restino senza supporto».

Il PANSM individua sei aree prioritarie di intervento: la pro-

mozione del benessere psicologico, la prevenzione e il trattamento delle patologie, l'attenzione a infanzia e adolescenza, l'ambito penale e forense, la gestione del rischio clinico, l'integrazione tra rete sanitaria e servizi sociali, oltre a formazione e ricerca. Particolare attenzione è rivolta alla salute mentale perinatale, con l'ipotesi di introdurre screening precoci, e alla delicata fase di transizione tra neuropsichiatria infantile e servizi per adulti, per la qua-

le si ipotizzano équipe specifiche.

Che lo scenario della Salute mentale della popolazione si sia aggravata negli ultimi anni a livello internazionale ce lo dicono i numeri. A livello glo-



bale, ansia e depressione costano al mondo 12 miliardi di giornate lavorative l'anno, con un impatto economico stimato in 1 trilione di dollari. In Italia, la salute mentale pesa per circa il 4% del PIL, mentre chi soffre di disturbi psichici vede la propria aspettativa di vita accorciarsi di dieci anni. In Italia, il numero di persone affette da disabilità mentali è di 16 milioni, con un incremento del 6% nel 2023 rispetto al 2022. Il 75%, circa 12 milioni, soffre di ansia e depressione. Ma il 12,5%, ovvero oltre 2 milioni, a causa dello stigma e delle criticità del sistema, non riesce a trovare aiuto. La comorbilità con l'abuso di sostanze, poi, ha modificato il decorso anche delle patologie "tradizionali". Secondo l'ultimo Rapporto Salute Mentale del ministero della Salute, gli utenti assistiti dai servizi specialistici per la Sin Italia sono 854.040, con forti disomogeneità territoriali: dai 108,5 per 10.000 abitanti adulti delle Marche ai 325,9 della Liguria. Il 54,5% degli utenti è di sesso femminile, mentre oltre due terzi hanno più

di 45 anni. Le prestazioni erogate dai servizi territoriali hanno superato quota 9,6 milioni (+10% rispetto al 2022). I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), però, sono scesi a 139, dai 183 del 2015, e gli operatori sono calati a 29.114, con una carenza stimata in 12.000 professionisti.

La principale emergenza da affrontare tempestivamente riguarda il disagio dei giovani. Tra i ragazzi tra i 15 e i 19 anni, l'8% ha sperimentato un episodio di ansia e il 4% ha vissuto un periodo di depressione. Un quadro che, come hanno ribadito i relatori, impone risposte rapide, coordinate e strutturali.

Cambiando fronte sempre al Senato è stato presentato il nuovo Intergruppo parlamentare sulla Genomica e Genetica, promosso dalla senatrice Elena Murelli. Uno spazio di dialogo e confronto permanente per favorire l'integrazione delle scienze "omiche" nella pratica clinica e dare risposte più rapide ed efficaci a milioni di cittadini italiani. Secondo i dati diffusi durante la conferenza, in Italia circa 2 milioni di persone vivono con una malattia rara, spesso dopo una odissea diagno-

stica che può durare anni. Ogni anno, poi, vengono registrati circa 390.000 nuovi casi di tumore, patologia per la quale la genomica apre la strada a terapie sempre più mirate senza contare le malattie multifattoriali (diabete, cardiopatie e disturbi neurodegenerativi). In questo quadro, ha sottolineato la senatrice Murelli, la genomica «può ridurre drasticamente i tempi di diagnosi e consentire cure personalizzate, con benefici per milioni di Italiani ma serve un piano nazionale che assicuri equità di accesso su tutto il territorio, a partire dalle reti regionali per le malattie rare e oncologiche». L'incontro ha visto la partecipazione di esperti del mondo accademico e scientifico di tutte le regioni. Una vera e propria road map per portare la genomica nella pratica clinica di tutti i giorni.

*Alla Conferenza
delle Regioni
il primo testo
del Tavolo tecnico*

*Siracusano: diamo
risposte adeguate
ai nuovi bisogni
clinici e sociali*



Screening pediatrico su diabete e celiachia

La legge ferma al palo: il primato italiano rischia di diventare un'occasione mancata

Approvata nel 2023, la legge 130 per il test precoce su diabete di tipo 1 e celiachia attende ancora l'attuazione. Tra rallentamenti burocratici e nodi sulla privacy, crescono i costi potenziali per il sistema sanitario e l'economia

■ **Alessandro Caruso**

Approvata nel settembre 2023 con una maggioranza trasversale e celebrata come un primato mondiale, la Legge 130, che introduce lo screening su scala nazionale per diabete di tipo 1 e celiachia nei bambini e ragazzi tra 0 e 17 anni, sembrerebbe oggi ancora al palo. A distanza di oltre due anni, l'attuazione della norma rischia di incagliarsi in un limbo burocratico che ne compromette le potenzialità sanitarie, economiche e sociali.

A rilanciare l'allarme è Giorgio Mulè, vicepresidente della Camera dei Deputati e primo firmatario della legge, intervenuto all'Urania Policy & Business Forum la settimana scorsa, che ha chiarito: «Il progetto pilota ha funzionato. Ora è tempo di passare alla fase nazionale. Le risorse ci sono, ma da mesi assistiamo a un rimpallo tra Garante della Privacy, Conferenza Stato-Regioni e Ministero della Salute».

Il riferimento è al progetto sperimentale coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che ha già individuato centinaia di casi sommersi e predisposizioni genetiche nelle regioni coinvolte. Risultati che dimostrano il valore dello screening precoce non solo per migliorare gli esiti clinici, ma anche per ridurre

i costi a lungo termine del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso diagnosi tempestive e minore incidenza di complicanze.

La questione, tuttavia, si è spostata su un terreno tecnico e normativo: la protezione dei dati personali. Da parte sua, l'Autorità Garante per la Privacy, in risposta a Mulè, ha voluto chiarire di aver dato via libera allo schema di decreto attuativo già il 30 gennaio 2025, «in tempi rapidissimi, con parere favorevole e senza alcuna condizione». Ma il quadro sembrerebbe in realtà più sfumato. Da fonti ministeriali emerge che, a fine luglio, il Garante avrebbe chiesto nuovi approfondimenti in seguito ad alcune modifiche apportate allo schema iniziale dalle Regioni. Cambiamenti che inciderebbero sul trattamento dei dati sensibili, richiedendo un ulteriore passaggio istruttorio. In altre parole, il parere favorevole del gennaio scorso potrebbe non essere più sufficiente alla luce degli aggiornamenti intervenuti. Così, quello che sulla carta doveva essere un iter fluido – supportato da evidenze scientifiche, risorse già stanziare e volontà politica – si è trasformato in un tragitto a ostacoli.

Il tempo, però, non è una variabile neutra. Ogni mese che passa senza l'avvio del programma nazionale di screening significa

centinaia di casi non intercettati in tempo utile, con costi umani e sanitari difficili da quantificare. Eppure, il quadro regolatorio nazionale ed europeo offre già esempi concreti di come la tutela della privacy e la sanità pubblica possano convivere senza paralisi. La chiave è nella governance: strumenti digitali, consenso informato rafforzato e standard interoperabili possono garantire sia la sicurezza dei dati sia l'efficacia del monitoraggio.

Il nodo da sciogliere ora è politico, prima ancora che amministrativo. Tocca al Ministero della Salute fare sintesi tra le esigenze delle Regioni, i vincoli normativi e le urgenze del sistema sanitario. Se la legge 130 dovesse arenarsi, a farne le spese non sarebbe solo una misura di prevenzione: sarebbe l'intero ecosistema della sanità pubblica, che da anni cerca di evolversi verso un modello predittivo e personalizzato, fondato su prevenzione e digitalizzazione.

Nella foto
Giorgio Mulè



La medicina da sola non è sufficiente

ALLA SALUTE DEI BAMBINI SERVONO ANCHE POLITICHE ANTI POVERTÀ



MARIO DE CURTIS

La salute dei bambini non dipende soltanto dalla medicina. Senza politiche sociali capaci di ridurre la povertà, anche i progressi clinici rischiano di essere vanificati. Un recente studio del National Bureau of Economic Research, condotto in Kenya, lo dimostra: l'erogazione di 1.000 dollari in contanti a 10.500 famiglie povere in 653 villaggi, durante la gravidanza e i primi giorni di vita del neonato, ha quasi dimezzato la mortalità infantile, pari a 37,5 per mille nati vivi, circa 15 volte quella italiana. Gli effetti erano più marcati nelle famiglie più fragili e nelle aree vicine a strutture sanitarie, ma svanivano quando il sostegno cessava. La riduzione è risultata superiore a quella prodotta da vaccini o farmaci antimalarici. Questi strumenti restano indispensabili e ogni anno continuano a salvare milioni di vite, ma dimostra che un aiuto economico diretto e mirato può avere un impatto immediato e complementare, capace di rafforzare la medicina stessa.

La lezione vale anche nei Paesi sviluppati. Nel Regno Unito, un bambino su tre vive in povertà relativa, e dopo quasi vent'anni la povertà infantile torna a crescere anche in termini assoluti. Le ricadute sono profonde: maggiore esposizione a malattie, più ricoveri, peggiori risultati scolastici, meno opportunità in età adulta. Una revisione su *Archives of Disease in Childhood* sottolinea che i pediatri devono farsi promotori di cambiamenti strutturali: sostenere politiche che riducano lo svantaggio economico, chiedere servizi capaci di attenuarne le conseguenze sanitarie e misurare il fenomeno per valutarne l'impatto.

La povertà non è solo un indicatore sociale, ma un fattore biologico. Numerosi studi mostrano che i bambini poveri sono più vulnerabili a malattie acute e croniche e che lo svantaggio economico si traduce in alterazioni fisiologiche: livelli elevati di cortisolo, infiammazione cronica, modificazioni epigenetiche che accelerano l'invecchiamento. Ricerche pubblicate su Pnas hanno documentato che la povertà materna in

gravidanza si associa a modifiche nello sviluppo cerebrale del neonato, in particolare nella connettività della sostanza bianca, con differenze funzionali già alla nascita. In altre parole, l'ingiustizia sociale entra nel cervello dei bambini prima ancora che vengano al mondo. Anche nelle cure oncologiche la povertà fa la differenza. Due studi recenti lo confermano. Uno su circa 600 bambini con leucemia linfoblastica acuta negli Stati Uniti mostra che chi vive in povertà estrema ha quasi il doppio del rischio di ricaduta. Un altro, su oltre 2.000 bambini con tumori in Alabama, evidenzia che vivere in zone di povertà infantile persistente aumenta del 30% il rischio di morte a cinque anni dalla diagnosi, soprattutto se si abita lontano dai centri di cura. Povertà familiare e distanza geografica influenzano dunque direttamente la possibilità di guarigione.

Il messaggio è chiaro: anche nei sistemi sanitari avanzati, la medicina da sola non basta. Servono politiche sociali solide per offrire alle famiglie un ambiente sicuro e dignitoso in cui crescere i figli. In questo contesto è particolarmente preoccupante l'aumento in Italia della povertà infantile, che riguarda il 13,7% dei minori: in pratica, un bambino o ragazzo su sette. I dati dal Kenya, dal Regno Unito e dagli Stati Uniti convergono verso la stessa conclusione: un sostegno tempestivo contro la povertà può salvare più vite di un singolo intervento clinico, senza sostituirlo ma rendendolo più efficace. Come ricordava James Freeman Clarke, «il politico pensa alle prossime elezioni, lo statista alle prossime generazioni». È ora che i bambini diventino davvero una priorità nella politica, non solo un tema di retorica.

**Professore di Pediatria
presso l'Università di Roma La Sapienza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA DENUNCIA DEL DOTTOR AHMED ALHAJ: «NELLA STRISCIA È ORMAI IMPOSSIBILE CURARE»__

Mancano medici, terapie e farmaci: «Così è crollata l'assistenza psichiatrica»

«**C**ome uno dei pochi psichiatri rimasti al servizio di oltre due milioni di persone sotto assedio, ogni giorno assisto al crollo di standard per la cura psichiatrica che sarebbero inconcepibili in qualsiasi altro contesto», scrive da Gaza il dottor Ahmed Alhaj, al principio del suo intervento. Cerca di rappresentare la gravità delle circostanze con parole controllate e composte, adatte all'ambito medico-scientifico in cui le pubblica, eppure l'effetto è quello di un'urgenza di denunciare che non è solo professionale, ma anche morale. In un articolo apparso in questi giorni sull'autorevole rivista medica britannica "The Lancet", lo specialista palestinese, parte dello staff di Medici senza Frontiere (Msf), riferisce che prima del conflitto a Gaza c'era meno di uno psichiatra ogni 100.000 persone. «Ora secondo l'Oms ce ne sono solo tre abilitati, cinque specializzandi e meno di venti altri medici che prescrivono farmaci psicotropi», cioè psicofarmaci come antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici. «Nelle strutture del ministero della Salute, ogni psichiatra visita dai cinquanta ai cento pazienti al giorno, un carico che impedisce valutazione o follow-up adeguati». Disturbi da stress post-traumatico, depressione

maggiore, psicosi acuta e schizofrenia cronica «aggravati dai traumi in corso», sono i casi più frequenti nei dispensari pubblici. Manca personale, soprattutto mancano psicofarmaci. «Quando le farmacie hanno in magazzino solo medicinali con effetti collaterali intollerabili e quando il follow-up diventa impossibile per sfollamenti e assedi, ciò costituisce non solo una crisi sanitaria, ma una negazione sistematica del diritto all'assistenza sanitaria mentale», prosegue il dottor Alhaj. Poi spiega che gli antipsicotici di prima generazione sono ora prescritti più spesso rispetto a prodotti più recenti, non per scelta clinica ma per disponibilità, «con il loro carico di sintomi extrapiramidali (spasmi, tremori, ...), sintomi negativi e sedazione». Quando le condizioni del paziente si stabilizzano, le interruzioni della terapia precipitano in ricadute. «Un'elevata percentuale di pazienti con schizofrenia resistente al trattamento, stabile da anni con clozapina, ha avuto ricadute per lo stop di forniture. Senza alternative o monitoraggio, i medici ricorrono a cocktail di antipsicotici di prima generazione, trasformando una malattia cronica gestibile in crisi acuta». Anche la rete di supporto psicologico è compromessa. Niente privacy per le sedute

di terapia nelle strutture pubbliche, più consultazioni in spazi condivisi, e non basta l'intervento di Ong come Msf, Médecins du Monde e Medical Aid for Palestinians. Il cortocircuito di un'assistenza carente e di forniture instabili avrà conseguenze anche «dopo qualsiasi cessate il fuoco. Ogni ricaduta per mancanza di farmaci, ogni sintomo extrapiramidale per l'uso forzato di medicinali obsoleti e ogni suicidio in un periodo di interruzione della terapia rappresentano danni evitabili» sostiene lo specialista, che poi confida: «Mentre scrivo tra una visita e l'altra, ciascuna incredibilmente breve e nella maggior parte dei casi conclusa con prescrizioni che so potrebbero non essere ottenute, non documento singoli fallimenti clinici ma il collasso di un intero sistema di assistenza». **FRANCESCA GHIRARDELLI**



LA PORTA APERTA

PAPA LEONE
SCHIERATO
SEMPRE
CON LA VITA

di Enzo Fortunato — a pag. 13

La scelta di Papa Leone è schierarsi sempre dalla parte della vita

La porta aperta

Padre Enzo Fortunato

Le parole pronunciate l'altroieri da Papa Leone XIV hanno toccato una ferita aperta nella coscienza della Chiesa cattolica americana e non solo: «Chi dice di essere contro l'aborto ma a favore della pena di morte non è veramente *pro-life*». E ancora: «Chi dice che è contro l'aborto ma d'accordo con il trattamento disumano degli immigrati, non so se sia *pro-life*». Sono affermazioni nette, che ci costringono a uscire da un riduzionismo ideologico che ha impoverito l'etica cattolica, piegandola agli schemi della politica.

La vicenda che ha coinvolto l'arcidiocesi di Chicago – con il premio al senatore democratico Dick Durbin, difensore degli immigrati ma sostenitore della legislazione sull'aborto – e le critiche della destra cattolica, è solo l'ultima tappa di uno scontro che non riguarda soltanto gli Stati Uniti. Anche in Europa e in Italia il dibattito tende a schiacciarsi su un aut aut: da una parte la sinistra che rivendica la libertà di scelta sull'interruzione di gravidanza; dall'altra la destra che difende la vita nascente ma non esita a sostenere la pena di morte, i respingimenti dei migranti e politiche securitarie. Eppure, l'insegnamento della Chiesa non ammette queste semplificazioni. San Giovanni Paolo II, nell'*Evangelium Vitae*, ricorda che «la vita è sempre un bene». Benedetto XVI ha ribadito che non ci può essere una difesa selettiva. Papa Francesco ha introdotto nel Catechismo una svolta epocale, dichiarando «inammissibile» la pena capitale in ogni circostanza.

I dati ci aiutano a capire la portata del problema. L'aborto rimane un fenomeno globale: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno si registrano circa 73 milioni di aborti nel mondo, pari al 61% delle



gravidanze indesiderate. In Europa occidentale, Italia compresa, i numeri sono in calo, ma in molti Paesi dell'Est restano alti. Sul fronte opposto, la pena di morte riguarda ancora 55 Stati: nel 2024 Amnesty International ha

registrato oltre 1.100 esecuzioni in 16 Paesi, concentrate soprattutto in Iran, Arabia Saudita, Somalia e Stati Uniti. Questi ultimi restano l'unico Paese occidentale a mantenere regolarmente la sedia elettrica o l'iniezione letale.

Come possiamo allora definirci *pro-life* se difendiamo il bambino non nato, ma restiamo indifferenti davanti a un uomo giustiziato in un carcere del Texas? O se gridiamo contro la pena capitale e al tempo stesso riteniamo l'aborto un diritto assoluto? Il Vangelo non ci lascia vie di fuga: la vita è sacra dal concepimento alla morte naturale, senza eccezioni.

Il compito della Chiesa non è allinearsi a una parte politica, ma custodire la coerenza di questa visione. Essere *pro-life* significa opporsi sia all'aborto sia alla pena di morte; significa denunciare le guerre, la fame, la tratta di esseri umani, le violenze sui migranti. Non è una bandiera da sventolare, ma un cammino esigente di testimonianza quotidiana.

Anche l'Italia è chiamata a interrogarsi. La legge 194, che regola l'interruzione volontaria di gravidanza, continua a suscitare dibattito: tra chi ne chiede la revisione e chi ne rivendica la piena applicazione, spesso il confronto si riduce a slogan, dimenticando l'accompagnamento alle donne, la prevenzione e il sostegno concreto alle famiglie. Sul fronte opposto, l'Italia è tra i Paesi che si battono all'Onu per una moratoria universale sulla pena capitale, riconoscendo che la vita non può essere tolta neppure dallo Stato. Questa posizione rafforza la coerenza di un Paese che ha voluto la Costituzione fondata sul rifiuto della pena di morte e sulla tutela della dignità di ogni persona.

Il Papa, richiamando rispetto reciproco e dialogo, ci ricorda che nessuno possiede tutta la verità. Ma ci chiede anche di non ridurre la vita a slogan elettorali. Essere davvero «per la vita» vuol dire saper piangere sia per il bambino che non nasce, sia per il condannato che viene ucciso in nome della legge. Solo allora la nostra voce sarà credibile davanti al mondo.

E alla vigilia della festa di San Francesco, domani lunga diretta Rai da Assisi con la presidente del Consiglio Giorgia Meloni, con i frati francescani del Sacro Convento diciamo senza retorica: vogliamo essere strumenti di pace, di fraternità, di Vita per l'umanità e il creato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Una legge per non morire di gravidanza

MARIA ADELE TEODORI

Giorni fa alcuni ragazzini, giocando a pallone in un popolare rione romano, hanno fatto una macabra scoperta. Il pallone, finito sotto un'auto posteggiata, è stato ripescato macchiato di sangue. Era rotolato su un feto, a sua vol-

ta rimbalzato sotto la macchina dopo il volo da una finestra sconosciuta. Di episodi simili se ne raccolgono a centinaia nelle cronache. I feti prodotti da aborti clandestini finiscono nei cestini dei rifiuti alle fermate dell'autobus, nei mucchi d'immondizie, negli scarichi dei cessi, negli scantinati. «Perché mai anche in questo campo il nostro paese è tanto in ritardo e appare così assente dai molteplici tentativi che in tutto il mondo si fanno per trovare finalmente una soluzione valida al tragico problema dell'aborto?», chiedeva il professor Carlo Smuraglia, dell'Università di

Milano, al 1° Congresso internazionale sull'aborto che si tenne a Washington nel 1967. Si tratta di un male antico, secondo Smuraglia, avvolto in un sudario che annulla ogni possibilità di ricerca, che delega un dilemma individuale nelle mani di un legislatore per la sanzione penale. Eppure è ormai documentato che il numero degli aborti, clandestini e legali, cresce progressivamente in tutto il mondo tanto da far inventare la frase "epidemia dell'aborto".

Come ha scritto Ruffillo Passini sulla rivista cattolica *Il Regno*, ogni anno nel mondo ci sono almeno trenta milioni di aborti. È la denuncia più precisa dell'abisso insondabile esistente tra legislazione e realtà sociale. Non è un fatto di oggi. Aborto, condizioni sociali, storia dei costumi sono strettamente legati. Perché più che pensare al benessere psichico o mentale della madre, la storia ci rammenta che il benessere sociale (o la sua parvenza) è stato quasi sempre in testa alle considerazioni dei legislatori che hanno legalizzato l'interruzione di gravidanza. Considerazioni che oggi, accanto a quelle

mediche, eugeniche, strettamente personali, sono tornate a sviluppare un'accesa polemica nel tentativo anche in Italia di modificare leggi ormai considerate inique. Ne hanno tenuto conto gli estensori delle varie proposte e disegni di legge, tre per la precisione, che dal 1971 sono stati presentati al nostro Parlamento. Ma è proprio vero che gli Stati sono stati sempre contro l'aborto?

Aristotele e Platone ritenevano che bisognasse determinare a priori il numero dei nati; i romani precristiani tolleravano l'aborto; in India, Turchia, Cina, Ceylon fino al XVIII secolo le donne non potevano liberamente procreare. Si trattava di una limitazione delle nascite bella e buona. In Francia la rivoluzione portò una strana liberalizzazione, che prevedeva pene severe per i complici e nessuna per la madre. La Francia è il paese che ha la stessa legislatura dell'Italia, ma il dibattito è vivacissimo, la riforma è in discussione al Parlamento. In linea di massima, in Occidente per molti anni il cristianesimo si è tenacemente opposto all'aborto, ammantandolo di ragioni morali, religiose, sociali, mediche e anche psicologiche; le disquisizioni su quando la vita inizia sono state uno degli argomenti più abusati dai teologi cattolici per salvaguardare corpi e anime. Ma ormai il problema della libera scelta della maternità è una marea montante, inonda i paesi anglosassoni, le spiagge australiane, i grattacieli americani, persino il Prater austriaco (liberalizzata l'interruzione nei primi tre mesi di gravidanza dal 1975 su voto socialista del 29 novembre scorso), le avenues parigine, Campo de' Fiori e piazza Navona, circoli culturali, parrocchie, televisione, per non parlare dei rotocalchi femminili, delle



inchieste sulla stampa più varia. Il segretario generale dell'Onu ha affermato: «A questo stadio della storia dobbiamo accordare un posto importante al diritto dei genitori

di decidere sul numero dei figli». Rimbalzano tesi e dati, vengono esaminati gli effetti della liberalizzazione in Inghilterra e a New York, gli effetti della repressione in Francia e in Italia. Si esamina il problema sotto il profilo medico, etico, religioso, biologico, giuridico. Si moltiplicano le dichiarazioni e le affermazioni. Si classificano le tesi dalla libertà più assoluta (come fatto di coscienza individuale, di autodeterminazione femminile) alla repressione più coatta. Nel mezzo c'è la tesi dell'aborto terapeutico (che salva la madre) ed eugenico (che previene la nascita di soggetti malformati votati a una vita non vita o a una morte precoce). Anticipiamo subito un dato stralciato dal famoso pediatra e genetista austriaco Talammer, secondo il quale il 35 per mille dei neonati sopravvissuti presenta anomalie o malformazioni: in Italia, di questa categoria, ne nascono trentamila l'anno. Non a caso, nella relazione che accompagna il disegno di legge presentato al Senato il 18 giugno 1971 da Banfi, Calefati e Fenoaltea, si legge: «Riconoscere la necessità d'introdurre in Italia l'aborto terapeutico costituisce un dovere per il legislatore che voglia essere regolatore non di una società astratta ma di quella concreta che vive e opera in un determinato periodo della storia». Ma i pro e i contro per un aborto, liberale al massimo o appena mediatore delle esigenze sociali, sono le armi di uno schieramento assai variegato. Una prima fetta comprende i sostenitori liberali dei paesi più poveri economicamente e più ricchi democraticamente, con ragioni facili da

comprendere. Ma ci sono paesi di vita grama con leggi restrittive perché ancorati strettamente al parere della Chiesa cattolica. Interessa soprattutto a noi la situazione italiana, nella quale non mancano le discrepanze tra cattolici e quelle tra politici. La fede, a destra o a sinistra, in questo campo, non fa testo. Cominciamo dal papa. Anzi dai papi. Già Pio XII, venti anni fa, affermava che «il bambino nel seno materno ha diritto alla vita immediatamente da Dio, non dai genitori né da qualsiasi società o autorità umana». Il Concilio vaticano II ha definito l'aborto «un abominevole delitto». Al XVIII congresso nazionale dell'Unione giuristi cattolici italiani, nel dicembre 1972, Paolo VI ha parlato della «tanto diffusa piaga sociale. Il problema dell'aborto non può venire impostato sulla sola considerazione ► ne individualistica della donna ma sotto il profilo del bene comune e soprattutto del nascituro». Stessi concetti aveva espresso un mese prima all'assemblea plenaria dell'Ordine dei Medici della Cee: «Intacca-

re il principio del giuramento di Ippocrate costituirebbe un terribile regresso di cui siete meglio di chiunque capaci di valutare le funeste conseguenze». Negli ultimi tre anni ventitré episcopati nel mondo hanno prodotto documenti e dichiarazioni sulle motivazioni e cause sociali, sul fatto se l'aborto sia o no un omicidio. In un documento dal titolo Il diritto a nascere (11 gennaio 1972), la Conferenza episcopale italiana, in occasione della presentazione della legge Fortuna, ha ribadito la netta opposizione ufficiale dei vescovi italiani. L'aborto «quand'anche fosse liberato in certi casi dalle sanzioni della legge civile non perderebbe mai il suo carattere di crimine morale». Le opinioni della Chiesa, tuttavia, non sono più monolitiche. Grande scalpore hanno suscitato le dichiarazioni del teologo Ambrogio Valsecchi al corso di aggiornamento sulla sterilità coniugale presso la clinica medica di Palermo (aprile 1971) sulla liceità dell'aborto nei casi in cui la gravidanza non voluta diverrebbe per la donna un peso troppo gravoso. «Due ragioni dovrebbero spingere il legislatore non ottuso verso la legalizzazione: la gravità delle conseguenze dell'aborto clandestino; il fatto che la donna dovrebbe essere lasciata libera nel momento sempre drammatico che la porta a questa decisione». Accanto a Valsecchi si sono schierati, con varie motivazioni, diversi moralisti italiani come Guido Davanzo, Adriana Zari, Leandro Rossi, i cui contributi sono raccolti in un coraggioso volume dal titolo Aborto questione aperta. Naturalmente non sono mancate le prese di posizione della categoria medica. Anche qui, opinioni disperate, come quelle dei medici legali al congresso nazionale del settembre del 1973. L'Ordine dei Medici di Milano si è espresso contro la legge Fortuna sulla scorta del giuramento di Ippocrate e della deontologia professionale (ma intanto tollera che i «cucchiai d'oro» si moltiplichino, visto che si contano almeno trecento aborti al giorno nella metropoli lombarda).



Appropriata una vignetta pubblicata da un periodico francese con la dicitura: «Dopo l'Ordine dei medici è l'ordine degli spazzini a essere contro», mentre uno spazzino tira fuori un feto da un secchio di rifiuti...

Un folto gruppo di medici ha invece diffuso un documento pre-legalizzazione sull'esempio di quanto hanno fatto e stanno facendo colleghi francesi: «Abbiamo il dovere come medici di schierarci a favore... di proteggere la vita e la salute di un numero grandissimo di donne indipendentemente dalla loro scelta su un problema morale così complesso». Per quanto riguarda il mondo politico, ricordiamo, oltre i parlamentari impegnati nei progetti di legge, le precise posizioni della socialista Elvira Badaracco, della direzione Udi, dell'onorevole anch'essa socialista Maria Magnani Noya, di Tullia Carettoni e quelle più ambigue della scuderia comunista, le molte sfumature dei gruppi femministi, quasi tutti però portati alla totale liberalizzazione al di là della stessa legge Fortuna. In un manifesto femminista si vede la silhouette di una casa, di una scuola e di una fabbrica e quella di una donna che urla lo slogan «No a un figlio per i padroni», intendendo così il rifiuto della donna di essere adoperata come produttrice di forza-lavoro. Ma la vera storia dell'aborto italiano, quella legata alla legge, è ancora ferma all'anno 1930, al Codice Rocco che dall'articolo 545 al 555 pretende di difenderci dai «delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe». E la sua caratteristica è l'impotenza giuridica. Citiamo qualche dato. Il Ministero della Sanità calcola che 800 mila donne si sottopongano a pratiche abortive clandestine. All'ultimo congresso dei ginecologi italiani a Bologna si è parlato addirittura di tre milioni: un'industria che frutta (ai protetti del Codice Rocco) almeno 200 miliardi l'anno. Secondo le statistiche, gli aborti denunciati all'autorità medica (per un'eventuale trafila giudiziaria), dal 1960 al 1967 sarebbero circa 150 mila l'anno. Ma quanti sono stati nello stesso periodo i delitti (contro la sanità, integrità eccetera) denunciati? Nel 1957 furono 399; 325 nel 1965; 293 nel 1966; 246 nel 1969. Le sentenze definitive di condanna

(e talvolta si arriva fino in Cassazione) sono assai meno numerose. E chi va sotto processo e magari anche in galera è sempre la povera sprovveduta.

Leopoldo Piccardi, alla tavola rotonda organizzata dal Movimento Salvemini nell'aprile dell'anno scorso, ha così commentato la disapplicazione del codice penale in questo campo: «Perché le pene sono esagerate e qualsiasi penalista sa che quando la pena è eccessiva non viene applicata. Non solo: nell'aborto procurato concorrono almeno tre persone, quindi avremmo sette-ottocentomila processi l'anno e due o tre milioni di persone condannate... Ma si dovrebbero liberare le carceri da tutti gli altri incomodi ospiti e mettendoci solo quelli che si rendono responsabili di questo reato; ed esonerare i giudici da tutti gli altri compiti per occuparsi di un solo fenomeno, l'aborto...». Considerazioni confermate nella relazione Dankert al Consiglio d'Europa che ha giudicato "esemplare" il caso dell'Italia. Nello stesso convegno Salvemini si è toccata l'altra faccia dell'aborto, quella che lo accoppia al controllo delle nascite, al problema della sovrappopolazione. «C'è una sola legge adeguata nelle attuali condizioni di sovraffollamento, di disperazione, di rischio, di violenta speculazione», ha scritto allora Guido Ceronetti, «ed è quella che prevede l'aborto legale e gratuito col massimo di assistenza possibile per le donne che non desiderano una maternità infelice... Una legge tragica che va sottratta al baccanale delle utopie. L'aborto legale è una piccola ricetta perché ci sia un po' meno dolore». Riprende il tema il giurista Stefano Rodotà, che ritiene si debba «restituire alla ragionevole decisione degli interessati anche la nascita dei figli, che è esattamente la via opposta a quella eugenetica e del controllo della popolazione di tipo nazista».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 gennaio 1974

Milioni di pratiche clandestine e nessuna norma per regolamentarle. L'aborto era realtà, ma non ancora un diritto. E l'Italia deteneva il record di mortalità delle donne

La lotta per la libera scelta è una marea montante che i dibattiti teologici non possono fermare. Legalizzare diventa necessario, "una piccola ricetta perché ci sia un po' meno dolore"

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



Filippo Filicori Il medico: "Fra pochi anni ci sarà più interazione con l'uomo e meno traumi"

Un robot rivoluziona la chirurgia "Con le macchine si riduce lo stress"

IL COLLOQUIO

BRUNO RUFFILLI

TORINO

Sul palco delle Ogr ieri è salito un robot. Non uno di quelli carini, che accendono gli occhi o parlano: una specie di granchio bianco con 4 bracci alto due metri, che incuriosisce e un po' spaventa. Si chiama Da Vinci ed è destinato all'uso nelle sale operatorie. «In Italia, ogni nove minuti un paziente viene sottoposto a un intervento chirurgico con questo sistema, e a livello globale ogni undici secondi un paziente riceve un'operazione con questa tecnologia», spiega Jason Hart, Vice President Global & U.S. Marketing and Corporate Communication di Intuitive, l'azienda californiana che lo produce.

Oggi Da Vinci affianca il chirurgo nel suo lavoro, ma non è autonomo. «Probabilmente, nell'arco di cinque-dieci anni, sarà possibile premere un pulsante e attivare il pilota automatico, lasciando che sia il robot a portare a termine la procedura».

Non tutta l'operazione, secondo Filippo Filicori, uno dei massimi esperti mondiali di chirurgia robotica, e tra i tanti ospiti dell'Italian Tech Week: «Un chirurgo esperto, in sala operatoria, può combinare esperienze diverse e prevedere come i tessuti reagiranno a una certa manovra. Questa capacità di proiezione e anticipazione appartiene ancora solo all'uomo. Le macchine, invece, si basano su ricordo e ripetizione: la loro forza dipende dalla quantità di dati con cui vengono alimentate. Anche gli esempi di chirurgia autonoma che iniziano a emergere si fondano su modelli che imitano i comportamenti, come i diffusion model. Servirà del tempo per riuscire a decodificare davvero il legame tra azione, reazione e intuizione umana. Ma è un campo di ricerca affascinante, su cui si stanno già muovendo i primi studi».

Professore associato alla Hofstra/Northwell School of Medicine di New York, direttore della ricerca chirurgica al Lenox Hill Hospital, Filicori presiede il comitato AI della SAGES, la più importante società di chirurgia mini-invasiva. «Con il robot - spiega nel suo intervento - ogni ge-

sto del chirurgo viene trasferito all'interno del corpo del paziente con l'articolazione di un polso umano, permettendo di operare con libertà di movimento e precisione che la laparoscopia non può garantire».

Per il paziente, i vantaggi sono numerosi: la chirurgia robotica minimizza il trauma sui tessuti, diminuisce le perdite ematiche, abbrevia la degenza ospedaliera e riduce il dolore postoperatorio. Per il medico, operare seduto, in posizione naturale, consente di affrontare lunghe ore in sala senza lo stress che da sempre accompagna la professione. «Immaginate un futuro in cui si possa prenotare un intervento o una visita chirurgica senza difficoltà. In cui sia possibile chiamare il sistema sanitario nazionale a qualsiasi ora, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, e discutere subito del proprio problema. In cui i medici non siano esausti perché costretti a scrivere note e cartelle cliniche. In cui le decisioni cliniche siano standardizzate da Torino a Messina, grazie

all'uso degli stessi strumenti di supporto decisionale, validati su centinaia di migliaia di casi», dice Filicori. «Quel futuro è già qui. Questi prodotti esistono già e si basano in realtà su tecnologie piuttosto semplici». In un intervento con robot, infatti, vengono generate quantità enormi di dati, che possono essere raccolti e utilizzati per allenare modelli specifici di intelligenza artificiale. Trasformando il gesto chirurgico in informazione misurabile, diventa possibile individuare errori, prevedere complicazioni, stabilire standard oggettivi di qualità, in modo che ogni paziente riceva lo stesso livello di cura, indipendentemente da dove si trova. Per questo, Filicori ha scelto di mettere a disposizione della comunità scientifica 1.500 video di colecistectomia, così da permettere a ingegneri e ricercatori di sviluppare modelli di computer vision capaci di riconoscere in tempo reale se un gesto del medico è sicuro o rischioso per il paziente. —



Filippo Filicori (Northwell)



Un passo avanti per le terapie geniche

Elie Dolgin, Nature, Regno Unito

Una nuova terapia basata sul micro-Rna sembra in grado di rallentare notevolmente il decorso della malattia di Huntington, una patologia neurodegenerativa incurabile

Una terapia genica in un'unica somministrazione può rallentare sensibilmente l'avanzata della malattia di Huntington, e potrebbe aprire la strada al primo trattamento al mondo in grado di alterare il decorso di questa rara patologia neurodegenerativa ereditaria.

In un trial condotto su un gruppo di 29 persone con deterioramento cognitivo causato dalla malattia allo stadio iniziale, i volontari che hanno ricevuto un'alta dose del farmaco direttamente nel cervello hanno visto rallentare il decorso del 75 per cento nell'arco di tre anni rispetto al gruppo di controllo.

Secondo i dati pubblicati dalla uniQure, azienda specializzata in terapie geniche con sede ad Amsterdam, nei Paesi Bassi, il beneficio è stato statisticamente significativo in base a diversi parametri clinici. I ricercatori hanno inoltre osservato una riduzione del livello di una proteina tossica collegata alla neurodegenerazione nel liquido cerebrospinale di chi ha ricevuto la terapia. Forte di questi risultati, la uniQure ha annunciato che l'anno prossimo chiederà che sia avviata la procedura di autorizzazione per il trattamento.

“Questa terapia genica è un enorme passo avanti”, dice Sandra Kostyk, neurologa del Wexner medical center della Ohio state university, coinvolta nel trial. “I dati sono ottimi”.

Il rallentamento del decorso potrebbe tradursi in molti anni di autonomia in più per chi ha la malattia di Huntington, aggiunge Kostyk, però non si tratta di una cura. E con così pochi volontari i risultati del trial – che non sono ancora stati pubblicati – devono essere considerati preliminari, precisa. “Servono più tempo e più dati”. In genere i sintomi di chi convive

con la malattia di Huntington compaiono fra i 35 e i 55 anni e si aggravano costantemente con il tempo. I primi segnali sono una lieve perdita di coordinamento motorio o la tendenza a dimenticare le cose, ma poi arrivano movimenti involontari, forti cambiamenti di umore e un graduale decadimento della memoria e della capacità cognitiva.

La malattia è causata da un'eccessiva ripetizione del dna nel gene responsabile della sintesi di una proteina chiamata huntingtina, che porta alla produzione di una versione difettosa della molecola e al graduale avvelenamento del cervello. Al momento non esistono terapie che affrontino la causa del disturbo, per cui chi eredita la mutazione può solo assumere dei farmaci che attenuano i sintomi.

Silenziare i geni

Alcuni dei primi tentativi di sviluppare un trattamento si sono concentrati sulla terapia antisense, una strategia genica che usa brevi sequenze di dna o rna per limitare la produzione della proteina difettosa. Nella prima fase questo metodo si è dimostrato promettente, ma le speranze sono state deluse nel 2021 quando il farmaco candidato non ha superato la fase avanzata della sperimentazione ed è risultato che chi aveva ricevuto la terapia mostrava sintomi peggiori rispetto a chi aveva ricevuto il placebo.

Questa battuta d'arresto ha spostato l'attenzione su una strategia diversa, cioè la terapia genica, che con un solo intervento disattiva o modifica in maniera permanente il gene difettoso alla radice.

La terapia genica della uniQure si serve di un virus innocuo per trasmettere direttamente alle cellule delle regioni cerebrali colpite la ricetta per produrre una breve sequenza di rna, o micro-Rna. Questa è progettata per “imbavagliare” il gene difettoso e impedire alle cellule di produrre la proteina, bloccando le istruzioni molecolari codificate dal gene, cioè l'mRna.

Una volta consegnate, le istruzioni codificate dal virus restano nelle cellule, che continuano a produrre il micro-Rna terapeutico. Nel 2024 la scoperta del micro-Rna è stata premiata con il Nobel, anche se non ha ancora portato allo svi-

luppo di farmaci approvati.

Somministrare la terapia richiede un lungo intervento chirurgico in cui, con l'ausilio della risonanza magnetica, s'inserisce con precisione una cannula attraverso dei forellini praticati nel cranio. A quel punto la terapia viene iniettata lentamente nel corpo striato, una delle prime regioni cerebrali a essere colpite dalla malattia di Huntington.

“Non è un intervento facile”, spiega Kostyk. E anche se la maggior parte dei volontari ha tollerato la terapia, senza mostrare nessun segno dei problemi di sicurezza che hanno ostacolato lo sviluppo di terapie geniche per altri disturbi cerebrali, alcune persone hanno riferito mal di testa, dolore e altre complicanze dovute all'operazione.

Costi proibitivi

All'inizio del 2024 è entrata nella fase dei trial clinici un'altra terapia genica con una progettazione molecolare e un approccio di somministrazione simili, sviluppata dall'azienda biotecnologica Spark therapeutics, che attualmente è controllata dal colosso farmaceutico svizzero Roche. Se approvati, entrambi i trattamenti dovrebbero costare più di un milione di dollari a persona, una cifra alla portata di pochissimi individui che metterebbe sotto pressione il bilancio dei sistemi sanitari dei paesi di tutto il mondo.

Analoghi problemi di accessibilità rischiano inoltre di ripetersi per quello che secondo molti ricercatori sarà il prossimo passo in avanti nel trattamento della malattia di Huntington: interventi basati sulla tecnologia Crispr e su altre tecniche di editing genetico che potrebbero permettere di curare il disturbo in modo permanente.

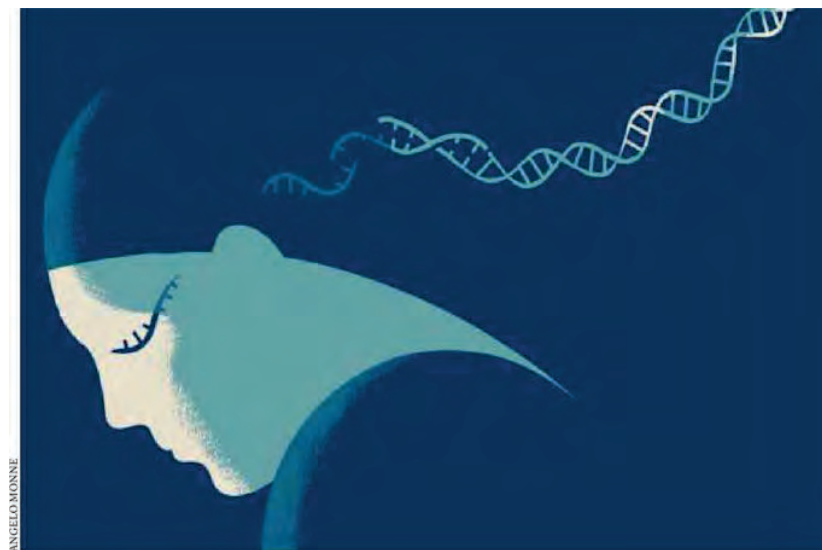
Limiti pratici a parte, però, l'apparente capacità della terapia di uniQure di rallentare di tre quarti il decorso della malattia di Huntington spinge i ricercatori a immaginare un futuro in cui un'anomalia genetica letale diventerà un disturbo curabile.



“Potrebbe essere davvero un punto di svolta”, dice Andrew Duker, neurologo dell’università di Cincinnati, in Ohio, coinvolto nel trial della Spark therapeutics.

I risultati sono “il primo passo per dimostrare che la malattia di Huntington si può rallentare”, aggiunge Kyle Fink, neuroscienziato dell’università della Califor-

nia a Davis. “E che in futuro sarà un’ottima candidata per i trattamenti di prossima generazione”. ♦ *sdf*



NIGERIA

Un aiuto cinese contro il diabete

Il 24 settembre l'ambasciatore cinese in Nigeria, Yu Dunhai, ha dichiarato che la Cina costruirà nel paese africano il primo impianto per la produzione di insulina del continente, un'iniziativa che rafforza i rapporti tra Pechino e Abuja. Uno studio della rivista scientifica The Lancet prevede che i casi di diabete di tipo 2 nell'Africa subsahariana raddoppieranno entro il 2045, a

causa dei cambiamenti delle abitudini alimentari e del calo dell'attività fisica. Si stima inoltre che nella stessa regione solo il 5-10 per cento dei diabetici abbia accesso alle terapie, spesso troppo costose. "Il nuovo impianto permetterà di ridurre il prezzo dei farmaci e la dipendenza dalle importazioni di insulina", scrive il sito nigeriano **Vanguard**.



SALUTE**Il paracetamolo
è sicuro**

La Food and drug administration statunitense aggiungerà un'avvertenza sul paracetamolo in gravidanza per una possibile associazione con l'autismo, in linea con le recenti dichiarazioni del presidente Donald Trump. Ma secondo la comunità scientifica non ci sono prove di un legame cau-

sale, scrive **Nature**: l'aumento delle diagnosi di autismo sembra dipendere dall'ampliamento dei criteri e non da un reale incremento dei casi. L'Agenzia europea del farmaco e l'Organizzazione mondiale della sanità confermano che il paracetamolo resta l'analgesico e antipiretico più sicuro in gravidanza.



Testo Unico farmaceutica La riforma di Schillaci e Gemmato Un SSN più forte e regole certe per un'industria da 56 miliardi

Dal riordino normativo ai nodi del payback, il provvedimento ridisegna regole e prospettive della filiera: competitività industriale e sostenibilità del Servizio sanitario nazionale si giocano nella stessa partita

■ **Ilaria Donatio**

La legislazione farmaceutica italiana si prepara a cambiare pelle. Dopo decenni di interventi parziali e norme stratificate, il governo ha deciso di mettere ordine in un settore che vale miliardi e incide sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Il disegno di legge-delega approvato il 18 settembre dal Consiglio dei ministri e presentato al Ministero della Salute dal ministro Orazio Schillaci e dal sottosegretario Marcello Gemmato segna l'avvio di una riforma destinata a pesare sul piano politico ed economico.

Oggi la normativa è un mosaico di oltre settecento disposizioni distribuite in cento provvedimenti, con effetti di sperequazione territoriale e incertezza per le imprese. «Era inaccettabile che la normativa fosse ancora legata a due regi decreti del 1934 e del 1938», ha ricordato Gemmato, rivendicando il percorso rapido che da maggio a settembre ha portato al via libera del governo.

La cornice politica non è secondaria. Schillaci ha ribadito che «questa riforma non può diventare terreno di contrattazione per interessi di parte» e che il punto di riferimento resta l'interesse dei cittadini e la difesa del SSN pubblico. Gemmato ha parlato di «atto di legislatura», voluto per rompere la

logica dei provvedimenti spot.

Il cuore del provvedimento è la revisione dei canali distributivi e della spesa, con attenzione al ruolo delle farmacie territoriali, spesso unico presidio nei piccoli comuni. Altro tassello è l'integrazione delle banche dati: tessera sanitaria, fascicolo elettronico ed ecosistema dati costituiranno un sistema unico, capace di restituire in tempo reale informazioni su prescrizioni e consumi, aprendo la strada a un uso mirato dell'intelligenza artificiale.

Ma il Testo Unico non riguarda solo la sanità: è anche industria ed export. «Con 56 miliardi di produzione e 54 miliardi di export, l'Italia è il primo Paese europeo per manifattura farmaceutica e il quarto al mondo per esportazioni» ha ricordato Gemmato, sottolineando che «la filiera occupa quasi 200mila persone tra addetti diretti e indiretti ed è tra i pochi comparti ad aver aumentato costantemente il saldo commerciale positivo negli ultimi dieci anni».

Il nodo più delicato resta il payback: secondo il sottosegretario, nel 2024 lo sfioramento della spesa ha raggiunto i 4 miliardi, con 2 miliardi a carico delle aziende. «Chi fa impresa ha bisogno di certezza sulle regole», ha avvertito, indicando la necessità di bilanciare esigenze dei bilanci regionali e aspettative degli investitori.

C'è anche un profilo strategico. La pandemia ha mostrato la fragilità delle catene di approvvigionamento e la dipendenza europea da fornitori extra-UE per i prin-

cipi attivi. Rafforzare la capacità produttiva nazionale significa ridurre la vulnerabilità del Paese e consolidare la sovranità farmaceutica europea. In questo senso, il Testo Unico si propone come cornice normativa per sostenere la politica industriale e valorizzare il ruolo dell'Italia nel mercato globale.

La digitalizzazione e l'uso dell'intelligenza artificiale rappresentano un ulteriore elemento di attrattività per le imprese. L'ecosistema integrato di dati sanitari potrà infatti favorire la ricerca clinica e lo sviluppo di nuovi farmaci, offrendo strumenti di controllo della spesa più efficaci. Un modello che guarda non solo alla sostenibilità del SSN, ma anche alla possibilità di rendere l'Italia un hub competitivo per le multinazionali del settore.

Il cammino, però, non sarà breve. I decreti attuativi dovranno arrivare entro il 31 dicembre 2026, con il contributo di cinque ministeri e il confronto con Parlamento, Regioni e associazioni. Gemmato ha annunciato anche una commissione di studio composta da giuristi e accademici per rafforzare il lavoro legislativo.

Molto dipenderà dalla capacità politica di mantenere intatta la portata innovativa della riforma, resistendo alle pressioni corporative. Se l'iter si concluderà con successo, il Testo Unico potrà davvero rappresentare quella «pietra miliare» evocata dai suoi promotori: uno strumento moderno e sostenibile, capace di coniugare salute pubblica e competitività industriale.



IL SOTTOSEGRETARIO FARMACISTA

Fratelli di farmacia Gemmato regala più fondi ai colleghi

Il fedelissimo di Meloni vuole in legge di Bilancio circa 200 milioni di euro per trasformare le farmacie in laboratori. Intanto Confindustria stima il ribasso del Pil

STEFANO IANNACCONE
ROMA

Ci aveva già provato nel disegno di legge Semplificazione, che però va molto a rilento in parlamento. Ora il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato, rilancia il proprio progetto: inserire stabilmente la "farmacia dei servizi" nella legislazione sanitaria, usando la leva della prossima manovra economica. L'idea è di velocizzare le operazioni sfruttando la corsia preferenziale della legge di Bilancio.

L'esponente di Fratelli d'Italia, di professione farmacista, sta per fare cosa molto gradita alle migliaia di colleghi. La motivazione è quella di garantire una maggiore offerta, visto che le farmacie si trasformerebbero in piccoli laboratori di diagnostica per fare prelievi del sangue, ecg e altri esami. Tra le risorse che saranno destinate dalla manovra alla sanità, una parte — l'ipotesi è di circa 200 milioni di euro — potrebbe finire per finanziare la misura. Finora, infatti, la farmacia dei servizi era stata avviata solo in forma sperimentale in alcune regioni.

Il fedelissimo di Giorgia Meloni punta a estenderla sull'intero territorio nazionale. Il progetto era stato illustrato in a

luglio, durante un'audizione alla Camera di Gemmato: «La sperimentazione della farmacia dei servizi, finanziata con risorse aggiuntive dal ministero della Salute e che, al termine di un quinquennio, è in fase di valutazione per potersi inserire stabilmente come servizio», aveva detto. Ricordando anche che la fase sperimentale ha avuto inizio dal 2009. Tuttavia, servono risorse per chiudere la pratica. E la manovra diventa appunto la soluzione ideale, garantendo la possibile "pax" con il ministro della Salute, Orazio Schillaci. La conferma definitiva della farmacia dei servizi farebbe calare, almeno nell'ambito della legge di Bilancio, la tensione con il sottosegretario. Al netto delle smentite di rito, i rapporti non sono idilliaci. D'altra parte l'operazione rischia di alimentare di nuovo le proteste degli ambulatori. A luglio la presidente dell'Unione poliambulatori, Mariastella Giorlandino, aveva chiesto un confronto con tutti i rappresentanti dei settori interessati. In passato aveva manifestato contrarietà per quello che riteneva «un grande favore, per usare un eufemismo, alla categoria delle farmacie». Con un riferimento — nemmeno troppo velato — a Gemma-

to, che risulta tuttora socio della farmacia di famiglia.

Ma sulla manovra non ci sono solo la sanità o le operazioni a favore di alcuni settori. E da Confindustria è arrivato un nuovo allarme sulla crescita, definita «anemica», per il 2025, che, secondo il centro studi di viale dell'Astronomia, sarà dello 0,5 per cento, inferiore alla stima di aprile che si attestava allo 0,6 per cento.

Ancora più brusca la frenata per il prossimo anno: dalla previsione del +1 per cento si scende al +0,7 per cento. Il presidente degli industriali, Emanuele Orsini, ha ricordato che gli incentivi sono in scadenza. Serve quindi una sterzata.

Con questa ennesima previsione fosca e altre richieste, in Consiglio dei ministri è approvato il Documento programmatico di finanza pubblica (Dpfp), antipasto della legge di Bilancio.

«Si sta lavorando un po' su tutto, ma dobbiamo fare in modo che tutto rientri nel perimetro delle risorse che riusciamo a reperire. La rottamazione delle cartelle, il discorso del ceto medio, altri interventi che si possono fare per le imprese», ha detto il viceministro dell'Economia, Maurizio Leo. Ammettendo implicitamente che la manovra è un'impresa titanica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DAL CONSIGLIO DI STATO VIA LIBERA AL “DEBLISTERING”

Basta farmaci che avanzano Ora se ne può acquistare solo la quantità necessaria

È ora legittimo chiedere in farmacia sconfezionamento e riconfezionamento “personalizzato” delle medicine. Un risparmio per utenti e servizio sanitario

FABIO RUBINI

■ In termine tecnico si chiama “deblistering”. Per noi comuni mortali è più semplicemente il confezionamento personalizzato dei farmaci. Una pratica in uso in molti Paesi europei - Regno Unito, Germania, Francia -, ma non in Italia, con l'eccezione della Lombardia, che con una circolare era stata la prima regione a dettare le linee guida del servizio di competenza delle farmacie già nel 2022. L'avanguardia lombarda fin qui era rimasta quasi un unicum (hanno legiferato in materia anche Veneto, Umbria e Toscana) e perlopiù relegata alla gestione delle Rsa. Lo scorso 2 settembre, però, il Consiglio di Stato con una sentenza che promette di fare storia, ha accolto il ricorso di una farmacia piemontese di Moncalieri che si era vista bloccare il servizio dall'Asl Torino 5 e stabilito non solo che il deblistering è una pratica lecita, ma soprattutto che le linee guida emesse da Regione Lombardia possono essere seguite anche dalle altre regioni in assenza di norme specifiche.

Ma cosa s'intende per deblistering e perché può esse-

re una buona pratica da applicare? Secondo statistiche recenti in Italia 9 milioni di persone assumono almeno 5 compresse al giorno e quasi 3 milioni ne ingeriscono 10. Di questi circa il 50% non aderisce correttamente alla terapia, sbagliando a prendere le pastiglie, dimenticandosene o non rispettando l'orario dell'assunzione. Con la conseguenza da un lato di riacutizzare le malattie aumentando il numero di accessi nei Pronto Soccorso e i ricoveri in ospedale; dall'altro di aumentare la spesa del Servizio sanitario nazionale, che solo per questi problemi è stimata in circa 19 miliardi all'anno. Ecco allora che aderire in maniera corretta alla terapia diventa importante. Ed è qui che entra in gioco il deblistering. In sostanza le farmacie che aderiscono a questo protocollo preparano buste personalizzate ai pazienti, che contengono le dosi giornaliere delle medicine da prendere. Con tutti i benefici che non è difficile immaginare.

Come detto far passare questi principi non è stato semplicissimo, almeno fino alla pubblicazione della sentenza. Capofila della ri-

voluzione che ha portato a questo risultato è Alessandro Iadecola, Ceo dell'azienda Remedio Semplifarma: «Si tratta di una battaglia che noi abbiamo avviato a partire dal 2018, con un obiettivo preciso: innovare il Servizio Sanitario Nazionale puntando sull'aderenza terapeutica come leva di efficienza e tutela della salute pubblica. L'attività di deblistering - prosegue il Ceo - che noi da sempre promuoviamo attraverso un sofisticato sistema automatizzato di riconfezionamento dei farmaci che viene personalizzato in base alle esigenze specifiche di ogni paziente, migliora di fatto la gestione delle terapie per i pazienti politrattati, favorisce l'aderenza terapeutica alle cure soprattutto nei pazienti cronici, anziani e nelle Rsa, genera valore per farmacie e nel Sistema Sanitario Nazionale



perché la riduzione di errori nell'assunzione dei farmaci può portare a una contrazione della spesa sanitaria pubblica, evitando la dispersione di farmaci acquistati, ma non utilizzati». E non è finita qui, perché secondo Iadecola «il riconoscimento del debblistering come parte integrante della Farmacia dei Servizi apre anche la prospettiva che, in futuro, questa attività possa essere sostenuta e rimborsata dal servizio sanitario nazionale, al pari di altri servizi già previsti».

Il valore positivo della sentenza è sottolineato anche da Annarosa Racca, presidente di Federfarma Lombardia: «Il debblistering è una grande opportunità per i cittadini, non solo per quelli che sono nelle case di cura. Penso ad esempio agli anziani che vivono a casa e sono meno seguiti, ma questa pratica in futuro potrebbe riguardare tutti i pazienti anche i bambini, per

esempio nell'aiutare i genitori a preparare la quantità esatta di sciroppi e medici-

ne da somministrare ai figli». Secondo Annarosa Racca, poi, «la pratica del debblistering», al momento concentrata soprattutto in Lombardia «è in continua crescita e certamente la sentenza del Consiglio di Stato potrà dare una mano alla sua diffusione. Si tratta di uno dei tanti servizi che le farmacie danno ai cittadini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ADEGUAMENTO

Una pratica in uso in molti Paesi europei come Francia, Regno Unito, Germania

PILLOLE

Nove milioni di italiani assumono 5 compresse al giorno, tre milioni addirittura 10



Il debblistering consiste nello sconfezionare i farmaci industriali e nel riconfezionarli in dosi personalizzate



Servizio Cardiologia interventistica

Cuore, con 10mila pazienti in lista d'attesa per la chirurgia mini-invasiva in campo gli Heart Team

Fabbisogno soddisfatto a metà con gli interventi di Tavi in stallo: dagli esperti la proposta di équipe di specialisti che operino in centri senza cardiocirurgia ampliando l'accessibilità di malati accuratamente selezionati

di Barbara Gobbi

2 ottobre 2025

Chirurgia interventistica in affanno rispetto alla domanda di cure: la metà dei pazienti che avrebbero bisogno di una Tavi, e cioè la sostituzione transcateretere di valvola aortica grazie a una procedura mini-invasiva che è l'alternativa d'elezione all'operazione a cuore aperto, restano esclusi dalla procedura pur essendo clinicamente candidabili. Anche su questo fronte quindi il Servizio sanitario nazionale presta il fianco al nodo liste d'attesa: sono 10mila i malati che aspettano a fronte di un numero di interventi che non cresce, fermo com'è a quota 13mila Tavi "fatte" nel 2024. Non solo: resta ampia la disparità regionale registrata negli anni passati.

Le proposte

Queste le principali criticità messe in luce in occasione del congresso a Milano della Società italiana di Cardiologia interventistica Gise, che nell'ottica di colmare il fabbisogno insoddisfatto di cure appropriate confeziona varie ipotesi, tra cui quella che dei pazienti accuratamente selezionati possano essere trattati in modo sicuro ed efficace anche in ospedali senza cardiocirurgia in sede.

Su questi aspetti, i ricercatori italiani sono in prima linea con due studi: il registro multicentrico Tavi At-Home e lo studio internazionale Tracs, parzialmente finanziato dal ministero della Salute, il primo studio randomizzato al mondo che punta a valutare questa ipotesi. Se confermata, si potrebbero attenuare le attuali disparità di accesso e ridurre i tempi di attesa che mettono a rischio la vita dei pazienti. Una soluzione tanto più importante ora, dal momento che le nuove linee guida Esc/Eacts 2025 hanno abbassato a 70 anni la soglia di età per la Tavi e ne raccomandano l'impiego anche nei pazienti asintomatici con stenosi severa, rafforzandone il ruolo di prima scelta nella maggior parte dei pazienti con stenosi valvolare aortica.

Platea sempre più ampia

«La Tavi è una procedura minimamente invasiva che permette di sostituire una valvola aortica malata senza ricorrere alla chirurgia a cuore aperto – dichiara Francesco Saia, presidente Gise –. È diventato un trattamento consolidato e salvavita per i pazienti con stenosi aortica sintomatica grave, eseguito in massima parte dai Cardiologi Interventisti nei Laboratori di Emodinamica diffusi su tutto il territorio nazionale. Negli ultimi anni, i progressi tecnologici e l'aumentata esperienza degli operatori hanno reso la procedura ancora più sicura, riducendo drasticamente le complicazioni che richiedono un intervento chirurgico d'urgenza. I dati mostrano che queste

complicazioni si verificano in meno dello 0,5% dei casi. Inoltre, le nuove linee guida europee hanno abbassato l'età di indicazione per la Tavi e la indicano anche in pazienti con stenosi severa ma asintomatica, rafforzandone il ruolo di prima scelta nella maggior parte dei pazienti con stenosi valvolare aortica».

Team cardiocirurgici «in trasferta»

D'altro canto, le linee guida internazionali, anche le più recenti, raccomandano che la Tavi sia eseguita solo in centri con cardiocirurgia in sede. «Questa pratica, fondata sulla prudenza, ha permesso lo sviluppo di questa terapia in assoluta sicurezza ma, con l'espandersi delle indicazioni e del fabbisogno, ciò potrà generare problemi di accesso – spiega Alfredo Marchese, presidente eletto Gise –. Inoltre, la domanda di procedure Tavi a breve supererà la capacità attuale dei centri specializzati, portando, in alcune realtà geografiche a liste d'attesa prolungate con un aumento del rischio di morte o di ricovero per insufficienza cardiaca».

Gli studi condotti in Italia, si propongono di integrare l'attuale prassi. I ricercatori ipotizzano che un percorso Tavi gestito da un team di cardiologi interventisti esperti in un centro senza cardiocirurgia in sede non sia inferiore al percorso tradizionale. L'idea è che, con un'attenta selezione dei pazienti da parte di un Heart Team, cioè di un'équipe multidisciplinare di specialisti, e una pianificazione meticolosa della procedura, sia possibile minimizzare i rischi e rendere la Tavi accessibile a più persone. Lo studio coinvolgerà 566 pazienti con stenosi aortica grave, considerati inoperabili o ad alto rischio chirurgico. Questi pazienti saranno assegnati casualmente a uno dei due gruppi: Tavi in un centro con chirurgia cardiaca in loco o in un centro senza.

Lo studio

«Gli obiettivi dello studio sono chiari: il primo è di valutare il tasso di decesso per tutte le cause, ictus e riammissione in ospedale per cause cardiovascolari a un anno dalla procedura – spiega Saia –. Il secondo è di verificare il numero di decessi dovuti a complicazioni periprocedurali che avrebbero richiesto un intervento chirurgico d'urgenza».

I dati più recenti documentano che la procedura Tavi è così sicura che gli eventi che richiedono un intervento chirurgico d'urgenza sono estremamente rari. L'arruolamento dei pazienti per il Tracs trial è iniziato a maggio 2023, con l'obiettivo di completarlo entro il prossimo dicembre. «Se i risultati dello studio confermeranno le premesse, si potranno aprire nuove strade per l'assistenza sanitaria – concludono Saia e Marchese –. La possibilità di eseguire la Tavi in un maggior numero di ospedali potrebbe: ridurre i tempi di attesa, migliorare l'accesso ai pazienti che vivono lontano dai grandi centri specializzati e liberare risorse, consentendo ai centri con chirurgia in loco di concentrarsi su casi più complessi».

Servizio Ricerca

Tumori, lo studio «made in Italy» su Nature Medicine certifica l'oncologia di precisione

La medicina che pone al centro la persona nella sua completezza: così il Rome Trial rappresenta la prima dimostrazione prospettica della superiore efficacia delle terapie personalizzate nella gestione di pazienti con tumori solidi avanzati

*di Paolo Marchetti **

2 ottobre 2025

Per la prima volta un grande studio randomizzato, accademico e indipendente, dimostra l'efficacia superiore delle terapie personalizzate rispetto alle cure standard nei pazienti con tumori solidi metastatici. Con la pubblicazione sul numero di ottobre di Nature Medicine, il "Rome Trial" entra ufficialmente nella storia della ricerca oncologica internazionale.

Lo studio

Lo studio confronta direttamente un approccio di medicina di precisione basato sulla profilazione genomica completa con le terapie convenzionali, fornendo evidenze scientifiche definitive sui benefici dell'oncologia di precisione. Lo studio, promosso e coordinato in Italia, ha coinvolto 40 centri oncologici distribuiti da Nord a Sud, con il reclutamento di 1.794 pazienti e il contributo di centinaia di professionisti: oncologi, patologi, genetisti, biologi molecolari, bioinformatici, radiologi, immunologi e farmacologi clinici. Un impegno corale che ha trasformato il Paese in un vero e proprio laboratorio clinico nazionale, dimostrando come la solidarietà scientifica e umana possa generare risultati straordinari.

I risultati

Il Rome Trial rappresenta la prima dimostrazione prospettica della superiore efficacia delle terapie personalizzate nella gestione di pazienti con tumori solidi avanzati. Lo studio ha confrontato direttamente due approcci: il braccio sperimentale, dove i pazienti ricevevano terapie mirate selezionate sulla base della loro profilazione genomica individuale, discusse all'interno di un Molecular Tumor Board centralizzato, e il gruppo di controllo, dove venivano somministrate le terapie standard, secondo le linee guida cliniche convenzionali. I pazienti trattati con terapie personalizzate hanno mostrato un tasso di risposta obiettiva del 17,5%, significativamente superiore al 10% osservato nel gruppo controllo trattato con terapie standard. La sopravvivenza libera da progressione ha mostrato un miglioramento clinicamente rilevante, passando da 2,8 mesi del gruppo controllo a 3,5 mesi nel gruppo trattato con terapie personalizzate. Ancora più rilevante, la durata della risposta a 12 mesi ha raggiunto il 22% nel braccio sperimentale contro appena il 9% del controllo, evidenziando che le terapie guidate dalla genomica non solo producono più risposte, ma anche più durature nel tempo. Particolarmente significativi si sono rivelati i risultati nei pazienti con alto carico mutazionale (in presenza di stabilità dei microsatelliti, trattati

con immunoterapia, dove la sopravvivenza libera da progressione a 12 mesi ha raggiunto il 32,6% rispetto all'8,1% del gruppo controllo).

Questi risultati non costituiscono semplicemente un miglioramento incrementale, bensì un autentico cambio di paradigma. Abbiamo fornito la prova che l'approccio personalizzato, guidato dalla profilazione genomica completa, è clinicamente superiore alle terapie standard nella gestione dei pazienti oncologici con malattia avanzata.

Il "Rome Trial" ha validato scientificamente un approccio sistematico alla medicina di precisione che va oltre la semplice identificazione delle alterazioni genomiche. Ogni paziente è stato sottoposto a profilazione genomica completa su tessuto e sangue utilizzando tecnologie di sequenziamento di nuova generazione, identificando alterazioni potenzialmente azionabili in quasi 900 casi clinici.

Cruciali i Molecular Tumor Board

Il ruolo cruciale del Molecular Tumor Board multidisciplinare è emerso come elemento distintivo dell'approccio: attraverso 127 sessioni settimanali, il board ha valutato ogni caso singolarmente, distinguendo le alterazioni realmente azionabili da quelle non clinicamente rilevanti ed escludendo i casi dove non esisteva un'opzione terapeutica mirata appropriata.

Come ha evidenziato Andrea Botticelli (Professore all'Università La Sapienza di Roma e Principal Investigator del Centro Coordinatore dello studio presso il Policlinico Umberto I di Roma), «non è sufficiente possedere i test genetici più sofisticati. Il valore aggiunto risiede nella capacità di tradurre questi dati in decisioni terapeutiche efficaci, considerando il contesto clinico specifico di ogni paziente, la sua storia, le comorbidità, le terapie precedenti. Questo distingue una oncologia convenzionale da una oncologia veramente personalizzata».

Un successo italiano

Il successo del "Rome Trial" testimonia la capacità della ricerca italiana di fare sistema quando si tratta di raggiungere obiettivi comuni. Quaranta centri oncologici hanno collaborato superando le barriere geografiche e organizzative, creando un patrimonio collettivo di conoscenza di cui beneficia l'intero sistema sanitario nazionale.

La partecipazione dei pazienti e delle loro famiglie ha rappresentato l'elemento fondamentale di questo successo. I pazienti sono stati i veri custodi del senso ultimo di questa ricerca. Il loro coraggio e la loro determinazione hanno permesso di trasformare una speranza scientifica in una realtà clinica.

L'approccio del "Rome Trial" ha creato un modello replicabile di medicina di precisione che può essere implementato su tutto il territorio nazionale. Come ha sottolineato Mauro Biffoni (Direttore del Dipartimento di Oncologia e Medicina Molecolare dell'Istituto Superiore di Sanità e co-promotore dello studio), «la medicina di precisione non deve rimanere un privilegio riservato a pochi centri di eccellenza. Attraverso la telemedicina e la condivisione delle competenze, ogni paziente italiano può accedere a questo livello di cura personalizzata».

Il "Rome Trial" rappresenta molto più di un successo puramente scientifico: testimonia una visione della medicina che pone al centro la persona nella sua completezza. La medicina di precisione, come dimostrato da questo studio, non riguarda solamente le tecnologie avanzate, ma coinvolge la solidarietà scientifica e umana. Come ha evidenziato Giuseppe Curigliano (Professore di Oncologia medica all'Università Statale di Milano e Direttore della Divisione Sviluppo di Nuovi Farmaci per Terapie Innovative dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano), «l'obiettivo finale consiste nel rendere la medicina sempre più precisa, umana e vicina ai bisogni reali delle persone.

Il Rome Trial dimostra che, quando la scienza si pone al servizio dell'umanità, i risultati possono essere straordinari».

** Direttore scientifico dell'IDI-Irccs di Roma e promotore dello studio Rome Trial*

Fine vita, un nuovo caso alla Consulta

A due anni e mezzo dall'udienza per decidere sulla richiesta di archiviazione, il Gip di Bologna Andrea Romito ha sollevato la questione di legittimità costituzionale sul caso di Paola, 89enne malata di Parkinson in stato avanzato che l'8 febbraio 2023 venne

accompagnata a morire in Svizzera. Sono indagati il tesoriere dell'associazione Luca Coscioni Marco Cappato e le attiviste Felicetta Maltese e Virginia Fiume. La questione riguarda l'articolo 580 del codice penale, l'istigazione o aiuto al suicidio e al

centro, ancora una volta, c'è il requisito del «trattamento di sostegno vitale».



Primo intervento al mondo di chirurgia ricostruttiva con una nuova tecnica, potenziale di successo fino all' 80 per cento

“Nervi ricostruiti contro l’impotenza” Molinette, svolta sul tumore alla prostata

IL CASO
ALESSANDRO MONDO

«Il panorama della diagnosi e del trattamento del tumore prostatico è in costante e rapida evoluzione - spiegava pochi giorni fa il professor Paolo Gontero, direttore della Clinica Urologica universitaria delle Molinette, intervenendo ad un convegno sul tema -. Le Prostate Cancer Units e i gruppi multidisciplinari offrono un modello di cura che integra le competenze di tutti gli specialisti medici e non-medici coinvolti per ottimizzare efficacia terapeutica e qualità di vita. Garantire a tutti i pazienti l'accesso a queste strutture significa assicurare diagnosi tempestive e trattamenti efficaci, personalizzati in tutte le fasi di malattia».

Efficacia terapeutica e qualità di vita, la seconda anche in caso di asportazione della prostata per tumore. In questo caso siamo nell'ambito della chirurgia ricostruttiva.

Per la prima volta al mondo alle Molinette è stato eseguito un intervento di ricostruzione dei nervi del pene capace di restituire l'erezione naturale a pazienti che hanno perso la potenza sessuale dopo l'asportazione della prostata per tumore.

L'operazione prevede il collegamento di un nervo di un muscolo della coscia direttamente ai nervi del pene che controllano l'erezione. Un approccio totalmente nuovo, volto a riattivare il meccanismo naturale dell'erezione nei casi molto frequenti in cui i farmaci orali (pillole blu e derivati) non funzionano. «Per molti uomini giovani, sopravvissuti al cancro della prostata, la perdita di potenza sessuale rappresenta una ferita profonda che mina identità e qualità di vita - spiega Gontero -. In alcuni casi la malattia è troppo avanzata e non è possibile eseguire un intervento di preservazione nervosa. È proprio in queste situazioni che questa tecnica apre una strada concreta alla possibilità di recuperare la funzione naturale, con un impatto psicologico straordinariamente positivo

per il paziente».

Secondo i dati raccolti dal team torinese, la procedura mostra un potenziale di successo con miglioramento fino all'80% ed una ripresa di erezioni spontanee efficaci in oltre il 65% dei casi. «Non parliamo di un trattamento sperimentale isolato ma di una tecnica riproducibile, basata su un'attenta selezione dei pazienti - precisa il dottor Marco Falcone, responsabile del progetto -. L'obiettivo non è soltanto ripristinare una funzione biologica, ma restituire ai pazienti la possibilità di vivere una vita affettiva e sessuale piena». L'intervento è stato presentato in live surgery durante il congresso ESGURS 2025 a Torino, al quale hanno partecipato oltre 350 esperti internazionali, confermando il ruolo centrale della città come polo internazionale per l'innovazione in ambito urologico.

Un intervento straordinario, che si inserisce nel più ampio tema del tumore alla prostata, in aumento, e della prevenzione, non adeguata. Il carcinoma prostatico è la neoplasia più frequente tra gli uomini in Italia, con 40.192 nuovi

casi stimati nel 2024 e oltre 485 mila pazienti viventi con questa diagnosi: dati presentati durante il recente incontro promosso da Europa Uomo Italia e Novartis Italia, organizzato da Motore Sanità. In Piemonte nel 2023 si sono registrati 2.956 nuovi casi, con oltre 40.571 uomini che convivono con questa patologia, a conferma dell'elevato impatto clinico, sociale ed economico di questa malattia. «Un'emergenza sanitaria - aveva convenuto nell'occasione l'assessore alla Sanità Federico Riboldi -. Siamo stati capaci di costruire, nel tempo, percorsi di screening efficaci e diffusi per le donne. Ora dobbiamo avere il coraggio di fare lo stesso per gli uomini, che spesso hanno imbarazzo o tendono a sottovalutare i segnali del proprio corpo. Dopo i 50 anni la prevenzione è una necessità». Il primo passo è parlarne. —

In Piemonte
quasi 3 mila
casi di carcinoma
ogni anno



PAOLOGONTERO
D. UROLOGIA
MOLINETTE

**Così il paziente
può tornare
a vivere
una sessualità
autentica**



Un'équipe di urologia in azione: in Piemonte oltre 40 mila uomini convivono con la neoplasia prostatica

STAMPA LOCALE CENTRO NORD



RICONOSCIMENTO

Radioterapia Al Gemelli centro leader

... Con il suo centro di radioterapia Gemelli ART, il policlinico Gemelli è diventato il primo centro collaboratore dell'Agenzia Internazionale per l'Energia Atomica in Europa per l'oncologia radioterapica e la fisica medica per il periodo 2025-2029. L'accordo prevede la creazione di un centro di formazione avanzata, l'organizzazione di corsi

internazionali e borse di studio, il sostegno a progetti di ricerca coordinati e la partecipazione a pubblicazioni e linee guida dell'Iaea.

