

**29 settembre 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**

28/09/2025

Diverse realtà convenzionate hanno chiuso i battenti in anni recenti, il rischio concreto è che altre facciano la stessa fine: non sono più in grado di sostenere i costi di gestione in autonomia. Una situazione insensata, perché un posto letto costa alle casse dello Stato il 30-40% in meno rispetto ad un'analogha disponibilità negli ospedali pubblici

## Sanità cattolica: non profit in difficoltà

**L**a sanità rappresenta, come è evidente da decenni, un tema centrale nel dibattito pubblico e politico italiano. Spesso questo dibattito si ferma purtroppo allo scontro ideologico e la complessità delle questioni che andrebbero affrontate viene semplificata o, peggio, distorta. C'è l'abitudine a disinformare o a dare solo mezze informazioni, per tacere quelle scomode. È il metodo usato da tanti, troppi «esperti» che criticano, ora a da destra ora a da sinistra, senza sapere di cosa parlano. Forse alcuni mentono sapendo di mentire. Il risultato è tanta confusione nella testa della gente, che non sa più con chi prendersela quando viene costretta a lunghissime liste d'attesa, un anno e più, per un consulto medico.

Manca una buona informazione, che aiuti innanzi tutto a distinguere tra le diverse componenti del settore sanitario e ad eviden-

ziare il ruolo che ciascuna riveste sul piano dell'accesso alle cure e della qualità del servizio. Qui ci interessa porre l'attenzione sui forti rischi che sta correndo una componente legata a corda doppia con il mondo cattolico: il mondo delle strutture sanitarie non profit. Esse svolgono servizio pubblico in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, ma stanno soffocando perché le tariffe riconosciute dal Servizio nazionale in cambio delle prestazioni sanitarie sono divenute del tutto insufficienti. Da anni queste tariffe non vengono aggiornate e le strutture cattoliche rischiano di uscire di scena. Nell'area torinese sono federate all'associazione **Aris** strutture come il presidio San Camillo e il Don Gnocchi, il Cottolengo, il Fatebenefratelli.

### **Tanti soggetti in campo**

La sanità italiana si compone di molte realtà: da una

parte il servizio pubblico con il Sistema sanitario nazionale (Ssn), dall'altra le strutture private, termine generico che comprende diverse categorie, le organizzazioni a scopo di lucro ma anche il privato non-profit. Quando qualcuno fa osservare che il sistema salute, per funzionare con efficienza, ha bisogno di una collaborazione virtuosa e controllata tra sanità pubblica e sanità privata, viene considerato un nemico dello Stato: non è giusto. Gli addetti ai lavori hanno ormai compreso molto bene che, per soddisfare i bisogni di cura e di assistenza, occorre puntare proprio sul mix pubblico-privato. Non è giusto continuare a demonizzare *tout court* la sanità

privata. È bene, piuttosto, migliorare la conoscenza delle figure che la compongono e sostenere quelle virtuose.

#### **Il privato puro**

Ci sono strutture sanitarie che operano in forma strettamente privata con la sola autorizzazione. Hanno compiuto investimenti autonomi, mirano al legittimo profitto e non sono finanziate dal Sistema sanitario nazionale: chi si rivolge a queste strutture paga di tasca propria. Nel privato «puro» le tariffe sono spesso elevate, stante anche la tecnologia d'avanguardia e la professionalità che viene messa in campo. Il privato puro non è certo alla portata di tutti.

#### **Il privato convenzionato**

Ci sono altre tipologie di strutture che hanno deciso di operare non solo come soggetti privati, ma anche in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, accessibili dunque da tutta la popolazione. Queste strutture, autorizzate e accreditate, rientrano nella collaborazione pubblico-privato. Qui le tariffe sono stabilite dallo Stato, che riconosce formalmente le strutture accreditate e convenzionate come parte integrante del sistema sanitario pubblico. Anche tra queste strutture occorre fare una distinzione. Alcune si mantengono fisse sul loro obiettivo naturale, di trarre

lecito profitto dall'attività sanitaria (for profit). Altre hanno deciso, per statuto, di operare senza scopo di lucro (non profit) e sono spesso gestite da enti e congregazioni religiose, oltre che da enti del terzo settore, fondazioni o associazioni.

#### **Le strutture non profit**

Anche le strutture non profit sono riconosciute, sin dalla legge istitutiva del Ssn, come parte integrante del sistema pubblico, con gli stessi diritti e gli stessi doveri. Purtroppo i media e il dibattito pubblico ignorano questo fatto o fanno finta di ignorarlo. Confondono e mescolano tutto sotto l'etichetta del privato. La percezione diffusa è che tutta la sanità privata sia «una minaccia» per il sistema pubblico, anzi che sia addirittura la causa del fallimento del sistema pubblico. Si dimentica che durante l'emergenza Covid 19 proprio le strutture convenzionate furono determinanti per alleggerire il carico di lavoro: offrirono servizi essenziali e contribuirono a mantenere livelli di assistenza elevati. La loro presenza permise di aumentare la capacità di risposta. E oggi queste stesse strutture aiutano ad alleggerire le liste di attesa della rete ospedaliera, uno dei principali problemi del sistema sanitario italiano. In Italia le strutture private convenzionate e non profit contano oltre 35 mila posti letto, offrono più di 5 milioni di prestazioni ambulatoriali all'anno e rappre-

sentano la maggior parte dei centri di riabilitazione nel Paese. Se dovessero sparire, dove finirebbero i 35 mila malati che trovano un letto in queste strutture? E i diversamente abili accolti e seguiti dai Cdr, che sono la maggior parte di quelli attivi in Italia? Resterebbero sulle strade? E gli oltre 5 milioni di malati che, pagando solo il ticket, si rivolgono annualmente agli ambulatori delle strutture non profit? Quanto andrebbero a pesare sulle già gravate liste d'attesa degli ospedali statali? E tutti gli anziani non autosufficienti e pluripatologici ospiti delle Rsa, da chi sarebbero assistiti se dovesse sparire il non profit convenzionato?

#### **Strangolate dallo Stato**

Diverse strutture del non profit convenzionato hanno chiuso i battenti in anni recenti ed esiste il rischio che altre facciano la stessa fine: non sono più in grado di sostenere i costi di gestione in autonomia e alle condizioni imposte dalle convenzioni con il Sistema sanitario nazionale. Cruciale è la questione delle tariffe: da anni non vengono aggiornate all'inflazione e soprattutto non tengono conto del costante aumento dei costi di gestione delle strutture convenzionate. Il mancato adeguamento degli importi corrisposti a fronte delle prestazioni sta mettendo in ginocchio il non profit.

È una situazione insensata, perché un posto letto in una struttura del non profit convenzionato costa alle

casce dello Stato il 30/40% in meno rispetto a un posto letto negli ospedali pubblici. Perché soffocare il non profit? Non dovrebbe essere sostenuto, con soddisfazione di tutti? Quando gli ospedali pubblici sono in passivo interviene lo Stato e ripiana milionari deficit di gestione; quando il passivo colpisce le strutture private convenzionate, esse devono provvedere da sole.

La situazione è allarmante ed è urgente che il dibattito abbandoni lo scontro ideologico. Se ben regolamentato e valorizzato, il privato non profit può restare uno degli alleati più preziosi ed economicamente sostenibili per la salute dei cittadini. La questione è molto più complessa di come la si discute nei corridoi della politica. Il problema non è e non può essere l'esistenza della sanità privata convenzionata; piuttosto è la gestione complessiva del sistema sanitario, la distribuzione delle risorse, le politiche di integrazione tra pubblico e privato. È urgente trovare un equilibrio, che permetta di mantenere alta la qualità e l'accessibilità universale.

**Virginio BEBBER**  
presidente **Aris**



### **Occorre riflettere sulla distribuzione delle risorse, ma è urgente**

che il dibattito abbandoni lo scontro prettamente ideologico



### **Nell'area torinese sono federate all'associazione Aris il presidio**

San Camillo e il Don  
Gnocchi, il Cottolengo,  
il Fatebenefratelli



### **Durante l'emergenza Covid 19 proprio gli organismi convenzionati furono determinanti per alleggerire**

i carichi di lavoro: offrirono servizi  
essenziali e contribuirono  
a mantenere i livelli assistenziali



28/09/2025

Il corteo partirà questa mattina dall'Egizia di Deruta

## La Camminata della Speranza, mille in marcia

**DERUTA** - Saranno almeno un migliaio le persone attese per la 34esima edizione della "Camminata della Speranza, per la cultura della disabilità", in programma oggi con ritrovo alle 8 al parcheggio della discoteca Egizia di Deruta. L'evento è ideato dal Centro Speranza di Fratta Todina per dare voce e risonanza ai diritti delle persone con disabilità, dei loro familiari e caregiver e quest'anno è realizzato in collaborazione con il Comune di Deruta. Una camminata che di anno in anno registra sempre più presenze – anche nel 2024 c'erano circa mille persone – ed assume un significato speciale. Il programma: dopo la camminata seguirà alle 12 la messa nella chiesa di San Francesco a Deruta, mentre alle 13,30 il ristoro in Piazza dei Consoli. La manifestazione si terrà anche in caso di

pioggia. Dalle 12,30 alle 15,30 saranno messe a disposizione navette gratuite che dal luogo di arrivo della camminata riporteranno i partecipanti al parcheggio della discoteca Egizia (luogo di partenza).

**L'evento** è organizzato dal Centro Speranza di Fratta Todina con il patrocinio della Regione Umbria, delle Province di Perugia e Terni, dei Comuni di Perugia, Terni e Torgiano, di quelli della Zona sociale 4 (Marsciano, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Montecastello Di Vibio, San Venanzo e Todi), Diocesi Orvieto-Todi, Usl Umbria 1 e 2, Associazione Madre Speranza odv, Croce Rossa Italiana, Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, Cessvol Umbria, **Aris** (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), Comitato Italiano Paralimpico.

**Molti anche** gli sponsor privati grazie ai quali è stato possibile realizzare anche questa edizione: Umbra Acque, L'Abbondanza srl, Art Line, Conad Superstore Deruta, Croce Rossa Italiana - Comitato di Deruta Torgiano, Umbra Servizi, Forno Bonucci, RA Costruzioni, Azienda Agraria Ricci, Pasticceria Baglioni Deruta, A.C.A.P., Grifo Latte, Agricola Tardioli, Automobile Club Perugia e Lions Club Deruta.







Todi UMBRIA

## Attese circa mille persone alla 34esima Camminata della Speranza

Set 27, 2025

Saranno almeno un migliaio le persone attese per la **34esima edizione della "Camminata della Speranza, per la cultura della disabilità"**, in programma **domenica 28 settembre, con ritrovo alle ore 8 presso il parcheggio della discoteca Egizia di Deruta**. L'evento è ideato dal **Centro Speranza di Fratta Todina** per dare voce e risonanza ai diritti delle persone con disabilità, dei loro familiari e caregiver e quest'anno è realizzato in collaborazione con il **Comune di Deruta**. Una camminata che di anno in anno registra sempre più presenze – anche nel 2024 c'erano circa mille persone – ed assume un significato speciale.

**Il programma della camminata di quest'anno** – di circa 9 km e di facile percorrenza – prevederà il **ritrovo alle ore 8,00 presso il parcheggio della discoteca Egizia di Deruta** mentre la partenza si terrà alle 8,30. Alle ore 10,00 ci sarà una breve sosta presso il Prato del Sole di Sant'Angelo di Celle e **alle 11,45 circa l'arrivo in Piazza dei Consoli a Deruta**. Seguirà alle 12,00 la santa messa nella chiesa di San Francesco a Deruta mentre alle 13,30 è previsto il ristoro in Piazza dei Consoli.

**La manifestazione si terrà anche in caso di pioggia. Dalle 12,30 alle 15,30 circa saranno messe a disposizione navette gratuite** che dal luogo di arrivo della camminata riporteranno i partecipanti al parcheggio della discoteca Egizia (luogo di partenza).

**La prenotazione alla camminata non è obbligatoria, basta presentarsi al punto di ritrovo. Alla partenza, sosta e all'arrivo ci sarà l'autobotte con acqua potabile di Umbria Acque, per rifornire le proprie borracce e quelle in omaggio**

**La manifestazione è organizzata dal Centro Speranza di Fratta Todina** con il patrocinio della Regione Umbria, delle Province di Perugia e Terni, dei Comuni di Perugia, Terni e Torgiano, di quelli della Zona sociale 4 (Marsciano, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Montecastello Di Vibio, San Venanzo e Todi), Diocesi Orvieto-Todi, Usl Umbria 1 e 2, Associazione Madre Speranza odv, Croce Rossa Italiana, Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, Cesvol Umbria, **Aris** (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), Comitato Italiano Paralimpico.

**Molti anche gli sponsor privati grazie ai quali è stato possibile realizzare anche questa edizione:** Umbra Acque, L'Abbondanza srl, Art Line, Conad Superstore Deruta, Croce Rossa Italiana – Comitato di Deruta Torgiano, Umbra Servizi, Forno Bonucci, RA Costruzioni, Azienda Agraria Ricci, Pasticceria Baglioni Deruta, A.C.A.P., Grifo Latte, Agricola Tardioli, Automobile Club Perugia e Lions Club Deruta.

---

## Attese un migliaio di persone alla "Camminata della Speranza, per la cultura della disabilità"

sabato 27 settembre 2025



Saranno almeno un migliaio le persone attese per la 34esima edizione della "Camminata della Speranza, per la cultura della disabilità", in programma **domenica 28 settembre**. L'evento è ideato dal Centro Speranza di Fratta Todina per dare voce e risonanza ai diritti delle persone con disabilità, dei loro familiari e caregiver e quest'anno è realizzato in collaborazione con il Comune di Deruta. Una camminata che di anno in anno registra sempre più presenze – anche nel 2024 c'erano circa mille persone – ed assume un significato speciale.

Il programma della camminata di quest'anno - di circa 9 chilometri e di facile percorrenza - prevede il ritrovo alle 8 al parcheggio della discoteca "Egizia" di Deruta mentre la partenza si terrà alle 8.30. Alle 10 ci sarà una breve sosta presso il Prato del Sole di Sant'Angelo di Celle e alle 11.45 circa l'arrivo in Piazza dei Consoli a Deruta. Seguirà alle 12 la



messa nella Chiesa di San Francesco a Deruta mentre alle 13.30 è previsto il ristoro in Piazza dei Consoli.

La manifestazione si terrà anche in caso di pioggia. Dalle 12.30 alle 15.30 circa saranno messe a disposizione navette gratuite che dal luogo di arrivo della camminata riporteranno i partecipanti al parcheggio della discoteca "Egizia". La prenotazione alla camminata non è obbligatoria, basta presentarsi al punto di ritrovo. Alla partenza, sosta e all'arrivo ci sarà l'autobotte con acqua potabile di Umbria Acque, per rifornire le proprie borracce e quelle in omaggio

La manifestazione è organizzata dal Centro Speranza di Fratta Todina con il patrocinio della Regione Umbria, delle Province di Perugia e Terni, dei Comuni di Perugia, Terni e Torgiano, di quelli della Zona sociale 4 (Marsciano, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Montecastello Di Vibio, San Venanzo e Todi), Diocesi Orvieto-Todi, Usl Umbria 1 e 2, Associazione Madre Speranza odv, Croce Rossa Italiana, Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, Cesvol Umbria, **Aris** (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), Comitato Italiano Paralimpico.

Molti anche gli sponsor privati grazie ai quali è stato possibile realizzare anche questa edizione: Umbra Acque, L'Abbondanza srl, Art Line, Conad Superstore Deruta, Croce Rossa Italiana - Comitato di Deruta Torgiano, Umbra Servizi, Forno Bonucci, RA Costruzioni, Azienda Agraria Ricci, Pasticceria Baglioni Deruta, A.C.A.P., Grifo Latte, Agricola Tardioli, Automobile Club Perugia e Lions Club Deruta.

## Camminata della Speranza: attese 1.000 persone, domenica dalle ore 8

Redazione 27 Settembre 2025 Costume



Saranno almeno un migliaio le persone attese per la 34esima edizione della “Camminata della Speranza, per la cultura della disabilità”, in programma domenica 28 settembre, con ritrovo alle ore 8 presso il parcheggio della discoteca Egizia di Deruta.

L’evento è ideato dal **Centro Speranza di Fratta Todina** per dare voce e risonanza ai diritti delle persone con disabilità, dei loro familiari e caregiver e quest’anno è realizzato in collaborazione con il Comune di Deruta. Una camminata che di anno in anno registra sempre più presenze – anche nel 2024 c’erano circa mille persone – ed assume un significato speciale.

Il programma della camminata di quest’anno – di circa 9 km e di facile percorrenza – prevederà il ritrovo alle ore 8,00 presso il parcheggio della discoteca Egizia di Deruta mentre la partenza si terrà alle 8,30. Alle ore 10,00 ci sarà una breve sosta presso il Prato del Sole di Sant’Angelo di Celle e alle 11,45 circa l’arrivo in Piazza dei Consoli a Deruta. Seguirà alle 12,00 la santa messa nella chiesa di San Francesco a Deruta mentre alle 13,30 è previsto il ristoro in Piazza dei Consoli.

La manifestazione si terrà anche in caso di pioggia. Dalle 12,30 alle 15,30 circa saranno messe a disposizione navette gratuite che dal luogo di arrivo della camminata riporteranno i partecipanti al parcheggio della discoteca Egizia (luogo di partenza).

La prenotazione alla camminata non è obbligatoria, basta presentarsi al punto di ritrovo. Alla partenza, sosta e all'arrivo ci sarà l'autobotte con acqua potabile di Umbria Acque, per rifornire le proprie borracce e quelle in omaggio

La manifestazione è organizzata dal Centro Speranza di Fratta Todina con il patrocinio della Regione Umbria, delle Province di Perugia e Terni, dei Comuni di Perugia, Terni e Torgiano, di quelli della Zona sociale 4 (Marsciano, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Montecastello Di Vibio, San Venanzo e Todi), Diocesi Orvieto-Todi, Usl Umbria 1 e 2, Associazione Madre Speranza odv, Croce Rossa Italiana, Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, Cesvol Umbria, **Aris** (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), Comitato Italiano Paralimpico.

Molti anche gli sponsor privati grazie ai quali è stato possibile realizzare anche questa edizione: Umbra Acque, L'Abbondanza srl, Art Line, Conad Superstore Deruta, Croce Rossa Italiana – Comitato di Deruta Torgiano, Umbra Servizi, Forno Bonucci, RA Costruzioni, Azienda Agraria Ricci, Pasticceria Baglioni Deruta, A.C.A.P., Grifo Latte, Agricola Tardioli, Automobile Club Perugia e Lions Club Deruta.



## Attese circa mille persone alla 34esima Camminata della Speranza

Redazione Umbria Notizie Web

Eventi

27 Settembre 2025



L'appuntamento è per domenica 28 settembre alle ore 8 presso la discoteca Egizia di Deruta

Il tragitto è di circa 9 km e di facile percorrenza. La manifestazione si terrà anche in caso di pioggia

(UNWEB) Deruta, – Saranno almeno un migliaio le persone attese per la 34esima edizione della “Camminata della Speranza, per la cultura della disabilità”, in programma domenica 28 settembre, con ritrovo

alle ore 8 presso il parcheggio della discoteca Egizia di Deruta. L'evento è ideato dal Centro Speranza di Fratta Todina per dare voce e risonanza ai diritti delle persone con disabilità, dei loro familiari e caregiver e quest'anno è realizzato in collaborazione con il Comune di Deruta. Una camminata che di anno in anno registra sempre più presenze – anche nel 2024 c'erano circa mille persone – ed assume un significato speciale.

Il programma della camminata di quest'anno - di circa 9 km e di facile percorrenza - prevederà il ritrovo alle ore 8,00 presso il parcheggio della discoteca Egizia di Deruta mentre la partenza si terrà alle 8,30. Alle ore 10,00 ci sarà una breve sosta presso il Prato del Sole di Sant'Angelo di Celle e alle 11,45 circa l'arrivo in Piazza dei Consoli a Deruta. Seguirà alle 12,00 la santa messa nella chiesa di San Francesco a Deruta mentre alle 13,30 è previsto il ristoro in Piazza dei Consoli.

La manifestazione si terrà anche in caso di pioggia. Dalle 12,30 alle 15,30 circa saranno messe a disposizione navette gratuite che dal luogo di arrivo della camminata riporteranno i partecipanti al parcheggio della discoteca Egizia (luogo di partenza).

La prenotazione alla camminata non è obbligatoria, basta presentarsi al punto di ritrovo. Alla partenza, sosta e all'arrivo ci sarà l'autobotte con acqua potabile di Umbria Acque, per rifornire le proprie borracce e quelle in omaggio

La manifestazione è organizzata dal Centro Speranza di Fratta Todina con il patrocinio della Regione Umbria, delle Province di Perugia e Terni, dei Comuni di Perugia, Terni e Torgiano, di quelli della Zona sociale 4 (Marsciano, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Montecastello Di Vibio, San Venanzo e Todi), Diocesi Orvieto-Todi, Usl Umbria 1 e 2, Associazione Madre Speranza odv, Croce Rossa Italiana, Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, Cesvol Umbria, Aris (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), Comitato Italiano Paralimpico.

Molti anche gli sponsor privati grazie ai quali è stato possibile realizzare anche questa edizione: Umbra Acque, L'Abbondanza srl, Art Line, Conad Superstore Deruta, Croce Rossa Italiana - Comitato di Deruta Torgiano, Umbra Servizi, Forno Bonucci, RA Costruzioni, Azienda Agraria Ricci, Pasticceria Baglioni Deruta, A.C.A.P., Grifo Latte, Agricola Tardioli, Automobile Club Perugia e Lions Club Deruta.

## SARANNO CIRCA MILLE LE PERSONE ATTESE PER LA 34ESIMA CAMMINATA DELLA SPERANZA

Redazione | Dom, 28/09/2025 - 07:54



Saranno almeno un migliaio le persone attese per la 34esima edizione della "Camminata della Speranza, per la cultura della disabilità", in programma domenica 28 settembre, con ritrovo alle ore 8 presso il parcheggio della discoteca Egizia di Deruta. L'evento è ideato dal Centro Speranza di Fratta Todina per dare voce e risonanza ai diritti delle persone con disabilità, dei loro familiari e caregiver e quest'anno è realizzato in collaborazione con il Comune di Deruta. Una camminata che di anno in anno registra sempre più presenze – anche nel 2024 c'erano circa mille persone – ed assume un significato speciale.

Il programma della camminata di quest'anno – di circa 9 km e di facile percorrenza – prevederà il ritrovo alle ore 8,00 presso il parcheggio della discoteca Egizia di Deruta mentre la partenza si terrà alle 8,30. Alle ore 10,00 ci sarà una breve sosta presso il Prato del Sole di Sant'Angelo di Celle e alle 11,45 circa l'arrivo in Piazza dei Consoli a Deruta. Seguirà alle 12,00 la santa messa nella chiesa di San Francesco a Deruta mentre alle 13,30 è previsto il ristoro in Piazza

dei Consoli.

La manifestazione si terrà anche in caso di pioggia. Dalle 12,30 alle 15,30 circa saranno messe a disposizione navette gratuite che dal luogo di arrivo della camminata riporteranno i partecipanti al parcheggio della discoteca Egizia (luogo di partenza).

La prenotazione alla camminata non è obbligatoria, basta presentarsi al punto di ritrovo. Alla partenza, sosta e all'arrivo ci sarà l'autobotte con acqua potabile di Umbria Acque, per rifornire le proprie borracce e quelle in omaggio

La manifestazione è organizzata dal Centro Speranza di Fratta Todina con il patrocinio della Regione Umbria, delle Province di Perugia e Terni, dei Comuni di Perugia, Terni e Torgiano, di quelli della Zona sociale 4 (Marsciano, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Montecastello Di Vibio, San Venanzo e Todi), Diocesi Orvieto-Todi, Usl Umbria 1 e 2, Associazione Madre Speranza odv, Croce Rossa Italiana, Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, Cesvol Umbria, **Aris** (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), Comitato Italiano Paralimpico.

Molti anche gli sponsor privati grazie ai quali è stato possibile realizzare anche questa edizione: Umbra Acque, L'Abbondanza srl, Art Line, Conad Superstore Deruta, Croce Rossa Italiana – Comitato di Deruta Torgiano, Umbra Servizi, Forno Bonucci, RA Costruzioni, Azienda Agraria Ricci, Pasticceria Baglioni Deruta, A.C.A.P., Grifo Latte, Agricola Tardioli, Automobile Club Perugia e Lions Club Deruta.





CULTURA, DERUTA, SALUTE

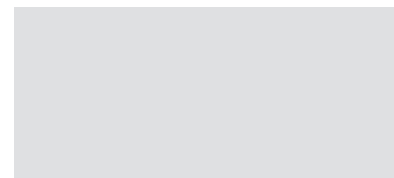
## Tutto pronto a Deruta per la Camminata della Speranza

Redazione 27 Settembre 2025



Tutto pronto a Deruta per accogliere i partecipanti della 34esima edizione della Camminata della Speranza. Sono almeno un migliaio le persone attese **domenica 28 settembre, con ritrovo alle ore 8 presso il parcheggio della discoteca Egizia di Deruta**. L'evento è ideato dal **Centro Speranza di Fratta Todina** per dare voce e risonanza ai diritti delle persone con disabilità, dei loro familiari e caregiver e quest'anno è realizzato in collaborazione con il **Comune di Deruta**.

**Il programma della camminata di quest'anno** – di circa 9 km e di facile percorrenza – prevederà il **ritrovo alle ore 8,00 presso il parcheggio della discoteca Egizia di Deruta** mentre la partenza si terrà alle 8,30. Alle ore 10,00 ci sarà una breve sosta presso il Prato del Sole di Sant'Angelo di Celle e **alle 11,45 circa l'arrivo in Piazza dei Consoli a Deruta**. Seguirà alle 12,00 la santa messa nella chiesa di San Francesco a Deruta mentre alle 13,30 è previsto il ristoro in Piazza dei Consoli.



**La manifestazione si terrà anche in caso di pioggia. Dalle 12,30 alle 15,30 circa saranno messe a disposizione navette gratuite** che dal luogo di arrivo della camminata riporteranno i partecipanti al parcheggio della discoteca Egizia (luogo di partenza).

La prenotazione alla camminata non è obbligatoria, basta presentarsi al punto di ritrovo. Alla partenza, sosta e all'arrivo ci sarà l'autobotte con acqua potabile di Umbria Acque, per rifornire le proprie borracce e quelle in omaggio.

“Ancora una volta Deruta – **sottolinea il Sindaco Michele Toniaccini** – ha l’opportunità di mettere al centro della propria attenzione la persona e di essere a fianco dei più fragili. Lo farà assicurando, ne sono sicuro, una grande partecipazione ma anche contribuendo alla migliore accoglienza

**La manifestazione è organizzata dal Centro Speranza di Fratta Todina** con il patrocinio della Regione Umbria, delle Province di Perugia e Terni, dei Comuni di Perugia, Terni e Torgiano, di quelli della Zona sociale 4 (Marsciano, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Montecastello Di Vibio, San Venanzo e Todi), Diocesi Orvieto-Todi, Usl Umbria 1 e 2, Associazione Madre Speranza odv, Croce Rossa Italiana, Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, Cesvol Umbria, **Aris** (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), Comitato Italiano Paralimpico.

**Molti anche gli sponsor privati grazie ai quali è stato possibile realizzare anche questa edizione:** Umbra Acque, L'Abbondanza srl, Art Line, Conad Superstore Deruta, Croce Rossa Italiana – Comitato di Deruta Torgiano, Umbra Servizi, Forno Bonucci, RA Costruzioni, Azienda Agraria Ricci, Pasticceria Baglioni Deruta, A.C.A.P., Grifo Latte, Agricola Tardioli, Automobile Club Perugia e Lions Club Deruta.



Barbour

## la Repubblica

Barbour

Fondatore  
EUGENIO SCALFARIDirettore  
MARIO ORFEO

R50

R *spettacoli*De Filippi batte Carlucci  
fuga dalla tv pubblicadi FUMAROLA e VITALE  
a pagina 21R *sport*Anche il Milan in vetta  
Napoli sconfitto 2-1di AZZI e SERENI  
a pagina 36Lunedì  
29 settembre 2025

Anno 32 - N° 36

Oggi con

Affari &amp; Finanza

in Italia € 1,90

## “Flotilla, troppi rischi”

Crosetto mette in guardia la portavoce. Israele pronta a intervenire prima di Yom Kippur  
Gli attivisti chiedono un canale di aiuti permanente e la Chiesa come unico mediatore

Le imbarcazioni della Flotilla navigano verso Gaza. Decise le prossime 48 ore. Il ministro della Difesa Crosetto avverte la portavoce italiana: «C'è il rischio di effetti drammatici». Gli attivisti chiedono un canale di aiuti permanente e la Chiesa come unico mediatore.

di CAFERRI, CANDITO, CIRIACO, GIANNOLI e RIFORMATO  
a pagina 2 a pagina 7

È cambiata l'aria  
nelle piazze  
consapevoli

di CONCITA DE GREGORIO

Lungomare di Trani, prime ore del mattino, due pescatori sul molo. In dialetto, quello più anziano all'altro, «Allora gli hanno dato il permesso di passare, all'ambulanza che andava a prendere la bambina, e poi gli hanno sparato. Ma ti sembra giusto?». L'altro fa no con la testa.

a pagina 14

MAPPE

Netanyahu  
il più detestato

di ILVO DIAMANTI

a pagina 13

Zelensky: allarme  
petroliere russe  
Moldova, successo  
degli europeisti

Un massiccio raid russo si è abbattuto su Kiev e sulle altre città ucraine per dodici ore, con oltre cinquecento droni e missili. L'Europa in allerta dopo gli ultimi avvistamenti sospetti. Il presidente Volodymyr Zelensky, il giorno dopo aver indicato l'Italia come «prossimo obiettivo», mette in guardia l'Unione: «Mosca sta usando le petroliere per lanciare e controllare i droni che fa volare sui Paesi europei». E aggiunge: «Il Mar Baltico e gli altri mari dovrebbero essere interdetti alle navi cisterna russe, almeno alla flotta ombra». Alle elezioni legislative in Moldova successo degli europeisti della presidente Maia Sandu.

di CASTELLETTI e TONACCI  
a pagina 8 e 11

Così Putin si prepara  
alla prossima guerra

di GIANLUCA DI FEO  
e CLAUDIO TITO

Quasi trecentomila nuovi soldati in meno di nove mesi. C'è uno studio che negli ultimi giorni circola tra le scrivanie della Nato a Bruxelles e nelle istituzioni dell'Unione europea. Si tratta di un rapporto elaborato dall'Institute for the Study of War che ha sede a Washington. Presenta una serie di dati sull'impegno militare della Russia.

a pagina 9



La gioia dei giocatori che hanno dedicato la vittoria a Daniele Lavia (sotto) infortunato: «L'oro è per te»



TRIONFO MASCHILE  
di VALENTINA DESALVO

Volley mondiale tutto azzurro  
l'Italia è un modello vincente

a pagina 34 e 35 con i servizi di MATTIA CHIUSANO

**octopusenergy**

L'energia non deve costarci il mondo

Trustpilot octopusenergy.it

La direzione  
sbagliata  
di Venezia

IL CASO  
di ELENA STANCANELLI

Non è una questione di quote rosa. Se Beatrice Venezia è stata contestata, per la seconda volta, da un'orchestra (era già successo a Palermo, ora in modo più violento a Venezia, per la sua nomina a direttrice musicale del teatro La Fenice) non è perché è una donna, perché è molto bella, perché fa la pubblicità di non so cosa.

a pagina 14



Ricci e Acquaroli al seggio

Marche al voto  
affluenza al 37,7%  
in calo di 5 punti

di GABRIELLA CERAMI

a pagina 19

Da amichettismo  
a skillato  
la nuova lingua

LE IDEE  
di STEFANO BARTEZZAGHI

I quadricotteri sono arrivati da noi: se non proprio, o non ancora, i droni minacciosi, almeno il loro nome, e non sul territorio ma nel vocabolario. «Quadricottero» è infatti tra i lemmi che lo Zingarelli 2026 ammette di bel nuovo. Da tempo il vocabolario esce millesimato, cioè, e lo spiega lui stesso, «viene rinnovato ogni anno».

a pagina 27



## CORRIERE DELLA SERA

RCS

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

DEL LUNEDÌ

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

**Battuto il Napoli**  
Il Milan resta in dieci  
ma vince lo stesso  
di Bocchi, Colombo, Condò, Passerini  
e Scozzafava alle pagine 56 e 57



**Aveva 95 anni**  
Addio a Carlo Sassi  
Inventò la moviola  
di Aldo Grasso  
a pagina 25



## Effetto Putin

L'EUROPA  
È MENO  
VOLUBILE

di Paolo Mieli

**P**uò darsi che, come sostengono il ministro degli Esteri russo Sergej Lavrov e i media ormai scopertamente putiniani dell'intera Europa, le incursioni di droni nel cielo del nostro continente siano frutto di un'allucinazione collettiva. Che, come affermano con una qualche spavalda sicumera Lavrov e i giornali di cui si è detto, l'Ucraina abbia messo a punto un sistema grazie al quale riesce a deviare al di là dei propri confini droni ad essa destinati. E che Zelensky prepari falsi attacchi sotto bandiera russa contro Paesi Nato per provocarne la reazione e scatenare una guerra continentale. Può anche essere che a soffiare sul fuoco dell'allarme siano tre commissari europei — Valdis Dombrovskis (Economia), Andris Kubičius (Difesa) e Kaja Kallas (Esteri) — provenienti da Lettonia, Lituania ed Estonia, gli Stati baltici che per decenni hanno avuto l'opportunità di assaporare cosa significhi far parte di un sistema che ha l'epicentro a Mosca e adesso sono i più esposti ad eventuali incursioni da Est. E può darsi anche — sono sempre parole di Lavrov echeggiate dai media più disponibili nei suoi confronti — che la Germania si riarmi in preda ad un delirio di «nazificazione» (curioso, tornano le accuse mosse tre anni e mezzo fa nei confronti di Kiev), Travolta dal quale Berlino si porrebbe «lo stesso obiettivo di Hitler, sconfiggere la Russia». Si potrebbero fare diverse osservazioni a un tal genere di ricostruzione storica, ma non è questa la sede.

continua a pagina 39

Crosetto incontra gli attivisti: rischi elevatissimi. Ma la missione va avanti. Moldavia, vincono gli europei

## Flotilla, l'allarme dell'Italia

Piano per Gaza, Trump in pressing su Netanyahu. Kiev, droni e raid russi

di Alessandra Arachi, Goffredo Buccini  
Marco Imarisio e Marta Serafini

**I**l ministro Crosetto incontra gli attivisti della Flotilla e lancia l'allarme: «Se si forza il blocco, rischi elevatissimi e non gestibili». Ma le barche vanno avanti.

da pagina 2 a pagina 9  
Frignani, Privitera, StorniCORSA AL NOBEL PER LA PACE  
Ecco chi candida Donald

di Francesco Battistini e Milena Gabanelli

**T**rumpp dice di meritare il Nobel per la Pace e il 10 ottobre sapremo chi lo vincerà. Ecco chi sostiene Donald e la verità sulle guerre che lui dice di avere fermato.

a pagina 17

## GIANNELLI

NATO  
AGGIORNAMENTO

## IL COMMENTO

Stravolgere  
la religione  
(per fini politici)

di Carlo Verdelli

**M**entre il mondo scivola verso il rischio catastrofico di un'altra grande guerra, con una irresponsabilità di atti e minacce che ci avvicinano al superamento del confine di non ritorno, prende sempre più corpo una impetuosa corrente d'odio che attraversa sia la scena internazionale sia quella dei singoli Stati, Italia compresa.

continua a pagina 39

## URNE CHIRUSE IN VALLE D'AOSTA

Marche, si sceglie il governatore: cala l'affluenza, alle 15 stop al voto

di Cesare Zapperi

**O**tto ore ancora, oggi dalle 7 alle 15, per recuperare. L'appello al voto nelle Marche, almeno ieri, non ha funzionato. Perché alla chiusura dei seggi, alle 23, per eleggere il governatore della Regione è andato alle urne il 37,7% degli aventi diritto, cinque punti in meno rispetto al 2020. Il presidente uscente e candidato del centrodestra Francesco Acquaroli ha votato a Potenza Picena (Macerata), il candidato del campo largo Matteo Ricci lo ha fatto nel seggio di Pesaro, con Urbino il comune in cui si è registrata l'affluenza maggiore. In Valle d'Aosta seggi chiusi.

alle pagine 12 e 13

Il trionfo Bulgaria sconfitta 3-1 in finale. È il quinto titolo per la nazionale

Il Volley azzurro  
di nuovo mondiale

di Pierfrancesco Catucci e Flavio Vanetti alle pagine 50 e 51

## Caivano Fermato un 75enne

Choc alla messa:  
un proiettile  
per don Patriciello

di Fulvio Bui

**U**n proiettile calibro 9 avvolto in un fazzoletto consegnato a don Patriciello, il prete anticamorra, durante la messa nella chiesa di Caivano. La minaccia al momento della comunione, dopo i colpi di pistola esplosi sabato nelle strade del Parco Verde. L'autore del gesto, 75 anni e vecchi problemi psichici, è stato fermato.

alle pagine 10 e 11

## STADIO, LA CONTA IN COMUNE

Il giorno della verità  
sulla vendita di San Siro

di Chiara Evangelista

**S**an Siro, il giorno della verità. Oggi il consiglio comunale di Milano è chiamato a votare sulla vendita del Meazza e delle aree intorno all'impianto a Inter e Milan. La seduta avrà inizio alle 16.30 e andrà a oltranza. Ecco i segreti del nuovo progetto.

a pagina 27

ULTIMO BANCO  
di Alessandro D'Avenia

**H**o scoperto che molti quattordicenni non sanno leggere l'orologio a lancette. I cellulari hanno reso obsoleto insegnarlo o impararlo. Sembra strano alla mia generazione che ne ha un ricordo indelebile. Entravamo nel tempo dei «grandi» in cui le cose accadevano all'ora precisa (soprattutto i cartoni animati). Ma non sospettavo di aver perso la magia dell'infanzia, quando il tempo non conta perché non lo si conta, non c'è ansia. Da quel momento invece il tempo cominciò a scorrere e le tre lancette lo segnalavano inesorabilmente. Accadeva da secoli: l'ombra delle meridiane, il flusso di sabbia nelle clessidre, l'ondeggiare dei pendoli. Non serviva leggere il pozzo e il pendolo o La maschera della morte

## Uno all'ora



rossa di Poe per sentirsi «tagliare» dal tempo, bastava la lancetta che è infatti una «piccola lancia»: secondo e secolo vengono dal latino *secare* (tagliare), e una vita in media si estende tra questi due tagli. Insomma l'orologio affetta il tempo e quindi noi, che siamo tempo incarnato. Invece le cifre sullo schermo fermano l'istante (scattano un'istantanea al tempo), non scorrono: appaiono. Non segnano il momento (da movimento) della Terra attorno al proprio asse ma l'attimo, parola che viene da soffio o atomo (il non tagliabile). Il tempo analogico scorre, il digitale è assoluto. Che cosa è meglio: che il tempo corra come le lancette o che si illumini sullo schermo?

continua a pagina 33

L'integrità del pubblico  
dipendente

La chiave per prevenire la corruzione e rendere più efficace la pubblica amministrazione

di Paola Maria Zerman



GRUPPO EDITORIALE



**L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ**  
Lavoro smart per 4 milioni  
La produttività sale del 20%

ANNA MARIA ANGELONE - PAGINA 24



**LA SCUOLA**  
Quando il prof in classe  
si trasforma in influencer

ELISA FORTE - PAGINA 17



**LO SPORT**  
Allegri, che lezione a Conte  
Il Toro ci prova con il Parma

ODDENINO, SCACCHI - PAGINE 36 E 37

1,90 € II ANNO 159 II N. 268 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DGB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

LUNEDÌ 29 SETTEMBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

OGGI IL VERTICE, PRESSING DI TRUMP SU NETANYAHU: SUL MIO PIANO OTTIERE RISPOSTA A TUTTI PER LA PACE. MELONI CHIAMA IL LEADER USA

## Flotilla, lo spiraglio di Israele

Il presidente Herzog all'Italia: l'ordine è non usare forza letale. Crosetto: rischio dramma se si supera il blocco

IL COMMENTO

Il vuoto che produce  
questa vita in guerra

MASSIMO CACCIARI

Viviamo un'epoca in cui la sproporzione tra le tragedie che colpiscono interi popoli e le nostre parole è ormai tale che solo ad aprir bocca sembra di mentire. Che vale intendere, interpretare, ricercare cause e nessi storici di fronte a donne e bambini trattati come eserciti nemici in fuga? - PAGINA 8

IL RACCONTO

I figli della sconfitta  
nati al G8 di Genova

MAURIZIO MAGGIANI

Sarà mai che il lupo abiterà con l'agnello e il leopardo giacerà col capretto? Per il leopardo non metterei la mano sul fuoco, tanto per cominciare di leopardi non ne ho mai visti e ne ho sentito parlare molto poco, riguardo al lupo invece ho una qualche attesa che il profeta Isaia possa non aver fatto solo che uno strano sogno. A questa arida considerazione sono pervenuto di buon mattino, proprio mentre sui media fiammeggiava il memorabile discorso del presidente Trump alle Nazioni Unite. - PAGINA 5

GIULIANO DA EMPOLI

"Quando il caos è re  
governa la violenza"

ALESSANDRO DE ANGELIS

«Oggi è scoccata l'ora dei predatori e ovunque le cose stanno evolvendo in modo tale che tutto ciò che deve essere deciso lo sarà con il fuoco e con la spada». Lo scrive Giuliano da Empoli nelle prime righe del suo nuovo saggio. - PAGINE 28 E 29

CAMILLI, CAPURSO, FAMÀ, LOMBARDO

La Flotilla è sempre più vicina alle acque d'Israele ma si apre uno spiraglio per evitare il peggio: da Gerusalemme il presidente Herzog ha comunicato all'Italia che il suo Paese intende fermare le imbarcazioni ma senza ricorrere a una forza letale. DEL GATTO - PAGINE 2-7

Malhees: "Hind Rajab  
è la voce di tutti noi"

MARCO CONSOLI - PAGINA 7

L'UCRAINA

Droni, così Mosca  
inganna le difese

FRANCESCO SEMPRINI

La Russia utilizza una vasta gamma di droni, ma quelli su cui occorre concentrarsi per capire cosa sta accadendo negli spazi aerei europei e in Ucraina sono i Geran-2: velivoli senza pilota sul modello dello Shahed-136, drone kamikaze o d'attacco unidirezionale progettato in Iran. AGUIASTRO - PAGINE 10 E 11

Minaccia filorussa  
la Moldavia fa muro

MONICA PEROSINO

Ancora prima dell'apertura dei seggi, alle sette di mattina, a Chisinau l'atmosfera era da resa dei conti. La tormentata giornata elettorale che doveva decidere se la Moldavia si avvicinerà all'Europa o tornerà tra le braccia della Russia è stata costellata da allarmi bomba e attacchi hacker. - PAGINA 11

DOPO LE DONNE, ANCHE GLI AZZURRI DEL VOLLEY SONO CAMPIONI: BULGARIA BATTUTA 3-1

## Le mani sul mondo

ANGELO DIMARINO



Gli italiani possono tutto

LORENZO BERNARDI - PAGINA 27

La nazionale maschile italiana di pallavolo festeggia la vittoria nel Mondiale, bissando il trionfo femminile - PAGINE 34 E 35

L'ECONOMIA

Legge di bilancio  
il solito mercato  
che alla fine  
punisce i giovani

ELSA FORNERO



Tutti gli anni, a partire da ottobre fino alla sua approvazione, la legge di bilancio occupa un posto crescente non solo nella dialettica politica ma anche nella vita degli italiani. - PAGINA 27

IL PIANO

Per gli abusi edilizi  
l'ultima sanatoria

LUCAMONTICELLI

Dopo il decreto Salva casa varato per facilitare la correzione di lievi difformità, il ministero delle Infrastrutture torna alla carica sul tema dell'edilizia e sta preparando un nuovo testo unico da portare in Consiglio dei ministri nelle prossime settimane. I principi fissati nella bozza del disegno di legge delegano «razionalizzazione, semplificazione e riordino di tutte le disposizioni legislative in materia di edilizia e di disciplina tecnica delle costruzioni». - PAGINA 15

L'INTERVENTO

Se la politica toglie  
gli spazi di ricerca

STEFANO CORGNATI

Quando si parla di innovazione, ci si concentra quasi sempre su come generarla: più ricerca, più tecnologia, più startup, più fondi per il trasferimento tecnologico. - PAGINA 27

LA NOMINA ALLA FENICE

Venezi: mia figlia Beatrice  
vittima di una piccola casta

PINO DI BLASIO

«Hanno scritto che Beatrice non ha le competenze per la direzione musicale della Fenice perché figlia di un picchiatore di destra, riferendosi a me. Ma io ho smesso di fare politica da 15 anni. E la mia candidatura a sindaco di Lucca per Forza Nuova risale al 2007» dice Gabriele Venezi. SCIANDIVASCI - PAGINA 16



IL PERSONAGGIO

Kustermann: "Io ribelle  
in una famiglia di cattolici"

FRANCESCO GIUBILEI

«Sono sempre stata una ribelle». E con una volontà d'acciaio, forgiata anche grazie a un padre intransigente e amatissimo, a dispetto dei contrasti e della lontananza politica in un tempo in cui le differenze ideologiche spaccavano le famiglie. Così Alessandra Kustermann, 71 anni, ginecologa. - PAGINA 20



**BANCA  
DI ASTI**

bancadiasti.it

**BANCA  
DI ASTI**

bancadiasti.it







# La stretta sulle liste d'attesa Più visite ma tempi lunghi

► Il ministro Schillaci soddisfatto: «Le prestazioni sono aumentate del 20 per cento»  
Ma per alcuni controlli ed esami specialistici appuntamenti anche dopo 300 giorni

## IL FOCUS

**ROMA** Le liste di attesa sono ancora un macigno. La riforma e i fondi messi in campo dal Ministero della Salute hanno prodotto miglioramenti, ma il percorso è ancora lungo, anche se ovviamente la situazione varia da Regione a Regione. Nelle nuove norme, c'è anche la possibilità per il Ministero di usare i poteri sostitutivi, vale a dire commissariare quelle Asl o quelle Regioni dove non sono rispettati i tempi entro i quali vanno garantiti esami e visite specialistiche, ma ad oggi il governo non ha intenzione di usarli.

Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha fornito questo dato durante il question time al Senato: «In merito al decreto sulle liste d'attesa, secondo l'ultima analisi su oltre 1.000 ospedali, in 6 mesi sono aumentate le prestazioni

del 20 per cento: il trend si sta invertendo». C'è un problema: aumento delle visite e degli esami non sono, però, garanzia di abbattimento delle attese, perché se c'è al contempo anche un incremento della richiesta la percentuale di chi deve aspettare troppo a lungo resta invariata. La senatrice Annamaria Furlan (Italia Viva) nella

replica ha contrattaccato: «È fallito il vostro piano sulla sanità, a partire dalle liste di attesa, perché era a finanziamento zero».

## CHIAROSCURO

Ma cosa dicono i dati? Sul sito di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) da quest'anno vengono pubblicati i numeri, ma non c'è una suddivisione per Regione come era stato promesso dal Ministero. Quando la pagina web è stata lanciata, i

dati erano aggiornati ai primi cinque mesi del 2025 (dunque da gennaio a maggio) ed emergeva che sostanzialmente per le visite e gli esami più urgenti nella gran parte dei casi c'è il rispetto dei tempi massimi di attesa, ma nelle altre categorie le cose sono ben differenti, come sa bene ogni cittadino che prova a prenotare un esame o una visita. C'erano casi estremi come i 100 giorni di attesa per una visita che andrebbe garantita entro 30. Altri esempi: per una visita oculistica della categoria P (entro 120 giorni), si aspettava fino a 239 giorni, per una urologica fino a 174, per una dermatologica fino a 273. Sul fronte degli esami, per una ecografia di capo e collo programmabile c'erano punte di 254 giorni, per un'ecografia della mammella fino a 315. Bene, oggi sono disponibili anche i dati di giugno e luglio. Cosa è cambiato? In totale siamo arrivati, a livello nazionale, a ben 33,2 milioni di prenotazioni di cui 13,7 milioni per visite specialistiche, 19,5 milioni per esami (a maggio eravamo rispettivamente a 22,7 milioni di prenotazioni, di cui 9,5 per visite specialistiche e 13,2 per esami). Ci sono ancora criticità? Sì e anche Schillaci non l'ha negato. Nelle settimane scorse ha incontrato vari presidenti di Regione per verificare che cosa non stia ancora funzionando. Tra l'altro, c'è un problema di trasparenza e affidabilità dei dati che le Asl e le Regioni inviano ad Agenas. Ad ogni modo, prendiamo alcune visite specialistiche ed esami a campione ricordando come funziona il sistema delle categorie delle prestazioni contraddistinte da quattro lettere. Per le U, le urgenti, visite o esami vanno garantiti entro 3 giorni; per le B entro 10 giorni; per le D entro 30 giorni nel caso di visite e 60 per gli esami; per le P, come già detto, entro 120 giorni.

## CRITICITÀ

Nel caso della prima visita cardiologica, mediamente c'è il rispetto dei tempi per le U (e anche le punte di attesa massima a giugno e luglio sono diminuite passando dai 6 giorni di febbraio ai 4 e 2 rispettivamente di giugno e luglio); per le B il discorso è simile, il tempo medio è diminuito (9 giorni a giugno, 8 a luglio, dunque sotto il limite massimo) e le punte di criticità sono passate dai 20 giorni di aprile ai 12 di luglio. Va peggio per la categoria D, dove l'attesa media è di 31 e 30 giorni (dunque a cavallo del consentito), ma con picchi di attesa di 97 giorni, molto al di sopra del previsto. Infine, per le P, le programmabili a 120 giorni, c'è un rispetto medio dei

tempi, mentre le punte di criticità, attorno ai 150 giorni, non mostrano un miglioramento rispetto ai primi cinque mesi del 2025. Prendiamo un altro tipo di visita, quella oculistica: c'è un miglioramento per le categorie U e B, con i tempi sostanzialmente rispettati, ma va molto peggio su quelle programmabili a 60 e 120 giorni: nel primo caso, la categoria D, il tempo medio di attesa è sì diminuito, ma ancora sopra il consentito (a luglio 38 giorni), mentre i casi limite arrivano ad attese di quattro mesi. Infine, la P (il cittadino dovrebbe avere l'appuntamento entro 120 giorni): i tempi medi sono tutti sotto il limite, ma restano



picchi di 223 giorni (giugno) e 210 (luglio).

Passiamo agli esami, anche in

questo caso affidandoci a due prestazioni campione. Mammografia bilaterale: per le urgenti mediamente si sta sotto i 3 giorni, ma i tempi massimi sono ancora ben al di sopra a giugno (6 giorni), mentre a luglio si scende a 2. Per le B, la situazione è positiva (tra i 7 e i 6 giorni di attesa), e i picchi segnalano una discesa a 10 giorni. Anche qui però resta il nodo delle D e delle P che, nel caso degli esami, vanno garantite entro 60 e 120

giorni: a luglio si poteva attendere anche 137 giorni (invece dei 60 previsti) per le D e dieci mesi per le P (invece dei sei indicati). Per la colonscopia, a luglio, sembra esserci un miglioramento per le categorie più urgenti, picchi di attesa inaccettabili invece per le altre, con punte anche di un anno.

**Mauro Evangelisti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL PORTALE DI AGENAS  
CONFERMA  
UN LIEVE  
MIGLIORAMENTO  
PER LE RICHIESTE  
PIÙ URGENTI**

**IL GOVERNO POTRÀ  
COMMISSARIARE  
LE REGIONI CHE NON  
RISPETTANO LE REGOLE:  
«MA AL MOMENTO  
NON È NECESSARIO»**

**INUMERI**

**33,2**

**L'incremento  
di visite ed esami**

in milioni: è il totale delle prestazioni (esami e visite specialistiche) garantite nei primi sette mesi del 2025

**6**

**La richiesta di più  
risorse per la sanità**

in miliardi: sono i fondi in più che il ministro Schillaci ha chiesto al Mef da inserire in Finanziaria



**725.821**

**Gli esami effettuati  
il sabato e la domenica**

Per ridurre le liste di attesa si sta puntando anche sull'apertura dei laboratori più a lungo

**216.229**

**Visite specialistiche  
nei fine settimana**

Anche per le visite specialistiche è stato chiesto alle Regioni di sfruttare i fine settimana





**LO SPECIALE/Il punto su prevenzione, liste d'attesa, cure primarie e risorse**

# Una Sanità da guarire

*Il nodo resta il personale medico e infermieristico carente*



## L'AGENDA

di **FRANCESCO COGNETTI\***  
a pagina III

**N**el 2050 l'Italia sarà un Paese più anziano e più fragile, come conferma la stima del programma di riforma della sanità pubblica immaginato dal Forum delle Società Scientifiche dei Clinici

Ospedalieri e Universitari Italiani (Fo.Ssc), che chiede al Governo un intervento strutturale, con provvedimenti urgenti per salvare il carattere universalistico del servizio sanitario. Le persone con più di 64 anni cresceranno di oltre un terzo rispetto a oggi, mentre la popolazione complessiva diminuirà per effetto del calo delle nascite.

*Pianeta carcere: il 12%  
dei detenuti in Italia,  
quasi 6.000 persone,  
ha una diagnosi  
psichiatrica grave ma  
per i disturbi mentali  
si sale a quota 42mila*



*Le proposte per riformare l'assistenza pubblica italiana nell'agenda a cura di Fo.SSc.*

# Risorse, équipe e prevenzione La sanità che serve

di **FRANCESCO COGNETTI\***

**N**el 2050 l'Italia sarà un Paese più anziano e più fragile, come conferma la stima del programma di riforma della sanità pubblica immaginato dal Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani (Fo.SSc), che chiede al Governo un intervento strutturale, con provvedimenti urgenti per salvare il carattere universalistico del servizio sanitario. Le persone con più di 64 anni cresceranno di oltre un terzo rispetto a oggi, mentre la popolazione complessiva diminuirà per effetto del calo delle nascite. Senza un cambio di rotta il sistema attuale non reggerà l'urto di cronicità in aumento e risorse in calo. È una fotografia accompagnata da criticità note - sottofinanziamento, carenza di personale, pronto soccorso affollati, liste d'attesa interminabili, episodi di violenza contro gli operatori - e da un dato strutturale spesso trascurato: la frammentazione delle infrastrutture e dei dati tra ospedali, ambulatori e medicina di base, che rende difficile perfino parlare la stessa lingua tra reparti e territori. Per Fo.SSc non bastano "interventi tampone": serve una riforma sistemica guidata da tre capisaldi: continuità assistenziale, centralità del paziente, efficienza organizzativa. Accompagnati da una spinta alla sanità digitale e all'intelligenza artificiale, a partire da un'unica piattaforma nazionale dei dati.

L'effetto della disconnessione si vede già oggi in gesti banali come ripetere un esame fatto altrove. La "ridondanza diagnostica" costa, e non solo in tempo: parliamo di circa tre miliardi e mezzo di euro l'anno per la spesa dovuta alla duplicazione di indagini causate dalla mobilità regionale, quando chi cura non riesce ad accedere ai referti già disponibili. Nel 2022, nonostante circa due miliardi spesi in

sanità digitale per collegare tra loro le realtà regionali, meno della metà delle strutture dichiarava di avere un sistema elettronico davvero operativo in tutti i dipartimenti.

Da qui la prima leva del piano: rimettere in equilibrio l'ospedale. Aumenti di posti letto, attualmente circa la metà rispetto alla media europea, per alleggerire pronto soccorso e terapie intensive; revisione dei tetti di spesa che bloccano reparti e tecnologie; aggiornamento dei Drg, i raggruppamenti omogenei di diagnosi, spostando il baricentro dagli atti agli esiti, cioè a come sta il paziente dopo le cure. Ma soprattutto persone: occorrono assunzioni straordinarie in tempi brevi, per immettere almeno 10mila nuovi specialisti e 20mila infermieri. C'è da colmare un vuoto quantificato in 65mila infermieri mancanti, oltre a migliaia di altre figure tra tecnici di laboratorio, fisioterapisti, ostetriche e operatori sociosanitari. Bisogna invertire l'esodo verso l'estero con contratti competitivi e carriere chiare, e riorientare la formazione verso specialità oggi "neglette", dall'emergenza-urgenza all'anatomia patologica.

La seconda leva sposta lo sguardo





fuori dalle mura ospedaliere, dove si gioca la partita della cronicità. L'integrazione tra ospedale e territorio è il passaggio obbligato per dare concretezza alla medicina di prossimità. Le Case di Comunità, di cui si parla approfonditamente in un altro articolo su questo numero, restano nell'orizzonte, ma con realismo: si potranno avviare dove il personale non verrà sottratto a reparti già in sofferenza. Il ruolo dei medici di medicina generale viene ripensato come primo accesso al servizio sanitario, con un rapporto convenzionale che preveda almeno diciotto ore settimanali di presenza nelle Case, circondati da un team con specialisti ambulatoriali interni e infermieri, per accelerare diagnosi e presa in carico dei pazienti cronici che non hanno bisogno di ricovero. La telemedicina, in questo quadro, non è un gadget ma la spina dorsale che porta il monitoraggio a domicilio e riduce spostamenti e attese.

C'è poi il capitolo, spesso spinoso, dei farmaci innovativi. Oggi l'accesso in Italia arriva tardi: l'iter di approvazione nazionale supera i cinquecento giorni, un tempo che vale il decimo posto in Europa. La proposta è netta: ridurre drasticamente i tempi dell'Aifa, abolire i prontuari regionali che aggiungono ritardi e disuguaglianze, e istituire canali di "accesso precoce" per i medicinali con impatto clinico rilevante. Come? Consentendo l'immissione, subito dopo il via libera europeo, a un prezzo iniziale concordato e più basso, con un congruo successo basato sui risultati del mondo reale. Il tutto accompagnato da inve-

stimenti nella medicina di precisione e nella capacità industriale - in particolare sui farmaci biologici - e da controlli rigorosi sulla qualità della ricerca. È una visione che lega innovazione e accountability: velocità sì, ma misurata e verificabile.

Per quanto riguarda la salute mentale, tema cresciuto nell'agenda pubblica durante e dopo la pandemia, l'idea è un Piano nazionale coordinato da una cabina di regia presso l'Istituto Superiore di Sanità, capace di armonizzare prevenzione, cura e riabilitazione, con un rafforzamento specifico della neuropsichiatria infantile: più strutture e più professionisti, e campagne per scalfire stigma e pregiudizi. È un terreno dove l'integrazione con scuola e comunità fa la differenza, e dove il capitale umano è fondamentale.

Infine, la prevenzione, oggi gravemente sottofinanziata e male organizzata. Tradurre l'ambizione in pratica significa politiche sui fattori che incidono sulla salute - fumo, alcol, obesità,

sedentarietà - e alleanze con scuola, università e sport. Ma anche diagnosi precoce dove serve, introducendo altri screening oltre quelli già noti: per lo stomaco, il polmone e la prostata.

L'obiettivo, oggi fuori portata, è di arrivare al 90% di adesione, risparmiando sofferenza e risorse negli anni.

In controluce la necessità di una regia: adottare modelli organizzativi a rete, come l'hub & spoke per oncologia, cardiovascolare e neurologia, con centri di eccellenza che concentrano le competenze e strutture collegate che garantiscono prossimità e continuità. È un modo per fare di più senza moltiplicare l'uguale, distribuendo funzioni e tecnologie in base alle dotazioni reali. E soprattutto è un invito a misurare: esiti, tempi, accessi, qualità dei dati. Perché oggi la risorsa scarsa, oltre ai professionisti, è la capacità di governare un sistema complesso con informazioni affidabili.

Questa proposta non si limita a denunciare ma tenta un percorso, dall'ospedale alle case, dai farmaci alla salute mentale, dalla prevenzione ai dati. È un'agenda che richiede risorse e scelte politiche, certo, ma chiede anche una cultura meno frammentata e più orientata al risultato. Non quante prestazioni facciamo, ma come stanno le persone dopo le cure.

*\*Coordinatore Fo.SSc. - Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani*

*Nel 2050 l'Italia  
sarà più anziana  
e fragile  
con gli ultra 64enni  
che aumenteranno  
di 1/3 rispetto a oggi*

*Occorre una cultura  
orientata al risultato:  
non quante  
prestazioni offriamo  
ma come stanno  
le persone dopo le cure*



**LE CURE PRIMARIE** *Il rischio di un flop a pochi mesi dalla scadenza del Pnrr*

# Case di Comunità, sos medici

*Quelle attive sono il 38% mentre appena il 3 funziona a pieno regime*

di GIOVANNA GUECI

**Q**uelle attivate sono appena il 38% e quelle a pieno regime, che possono quindi disporre di medici, infermieri e altro personale essenziale, sono appena il 3%. Con il Mezzogiorno, il più bisognoso, al palo. Parliamo delle Case di Comunità, che nei propositi dovrebbero garantire le cure primarie sul territorio. Un obiettivo che invece, stando ai dati pubblicati la settimana scorsa da Agenas - l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che monitora semestralmente lo stato di avanzamento del capitolo sanitario del Pnrr - rischia di naufragare a meno di un anno proprio dalla conclusione del Pnrr prevista per giugno 2026.

E il nodo personale, soprattutto dei medici di base, è tutt'altro che estraneo alla questione, dal momento che le strutture - se non in minima parte - non riescono a entrare in funzione a causa della mancata copertura da parte del personale medico e infermieristico, oltre che per le tempistiche amministrative per le formalizzazioni regionali e a causa di alcune sospensioni di servizi legate alla necessità di lavori strutturali.

Su questo fronte, prima di esaminare i numeri nel dettaglio, è bene ricordare cosa prevede la legge. Nel rapporto Agenas si legge che il DM77/2022 ("Riforma dell'organizzazione territoriale del SSN con nuovi servizi e strutture", tra cui appunto le Case di comunità-CdC) "prevede una presenza medica pari a 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC hub e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC spoke. La presenza infermieristica è prevista per almeno 12 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC hub e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC spoke". E ancora: "La 'presenza medica' è definita come disponibilità di un servizio di assistenza medica aperto a tutti gli utenti indipendentemente dall'iscrizione ad un determinato medico, senza necessità di prenotazione tipo ex guardia medica/continuità assistenziale. Questo servizio può essere erogato da un medico del ruolo

unico di assistenza primaria durante l'attività su base oraria o da altro medico specificatamente dedicato. L'attività a ciclo di scelta tipo studio MMG o AFT non rientra nella fattispecie salvo presenza di un accordo specifico che preveda l'accesso per qualsiasi utente. La "presenza infermieristica" è definita come disponi-

bilità di un servizio di assistenza infermieristica con infermiere dedicato aperto a tutti gli utenti e senza necessità di prenotazione, es. ambulatorio infermieristico".

Uno scenario, allo stato dei fatti, ambizioso, visto che, ad oggi, le Case di Comunità attivate risultano come accennato il 38% del totale, quelle a pieno regime con medici e infermieri non raggiungono il 3% mentre i

dati peggiori restano, come sempre, al Sud, l'area geografica maggiormente bisognosa rispetto a un'assistenza sanitaria più capillare e di prossimità.

Dai dati forniti dalle Regioni e Province autonome la strada appare, quindi, complessivamente in salita verso le cure primarie e un'assistenza sanitaria territoriale effettiva ed efficace. Uno dei dati più allarmanti di Agenas riguarda infatti proprio le Case di Comunità: al





30 giugno 2025, rispetto alle 1.723 programmate, ne risultano attive appena 660 (il 38%) con almeno un servizio dichiarato operativo. Quelle che rispettano poi in pieno gli

standard previsti dalla norma – con la presenza cioè sia di personale medico che infermieristico – sono addirittura 46 (meno del 3% programmato) in tutta Italia, senza contare il solito gap Nord-Sud, con Lombardia (142 strutture con almeno un servizio), Emilia-Romagna (140), Toscana (70) e Veneto (63) messe meglio e regioni come Campania e Basilicata con le strutture non ancora operative e la Calabria con 2 strutture attivate con almeno un servizio.

Le disuguaglianze geografiche restano anche per le CdC in grado di avere personale sanitario al completo. Delle 46 complessive, la Lombardia è riuscita ad attivare a pieno re-

gime 12 strutture, l'Emilia-Romagna 8, la Toscana 7 e il Lazio 5.

Sul fronte Ospedali di Comunità, la situazione non cambia. Quelli dichiarati attivi sono 153 su 592. Anche in questo caso guida il Nord, con la maggior parte delle strutture in Veneto (46 strutture sulle 73 previste), e Lombardia (26 sulle 64 previste). Fanalino di coda Basilicata, Pa di Bolzano, Calabria, Marche e Valle d'Aosta con zero OdC attivi.

Unico target superato (PNRR M6C1-7 fissato al 31 dicembre 2024) quello delle Centrali Operative Territoriali (COT) – deputate al coordinamento dei servizi di assistenza domiciliare, cure palliative e gestione dei pazienti cronici – con 638 centrali già funzionanti e certificate su 651 programmate, superando di fatto il target. Va da sé che il versante personale, sia medico che infermieristico (ma non solo), risentirà

delle realtà dello stato delle singole Regioni, che dovranno fare i conti a loro volta con risorse e strutture fortemente diseguali in partenza e con disparità incolmabili che il rapporto

Agenas mette in evidenza a pochi mesi dalla scadenza del Pnrr.

Sullo sfondo – si fa per dire – restano le situazioni drammatiche generali, come i bandi in ben 15 specializ-

zazioni mediche dove la domanda supera l'offerta; sette regioni attualmente in Piano di rientro (praticamente tutte al Sud), due delle quali – Calabria e Molise – anche commissariate.

*In Lombardia  
142 hub  
con un servizio,  
in Calabria due*

*Le strutture  
che rispettano  
gli standard  
sono appena 46*

*Al 30 giugno  
avviate solo 660  
rispetto alle 1.723  
programmate*



Personale infermieristico





*Secondo Eurispes e Fondazione Enpam, ne soffrono il 50% dei camici bianchi e il 45 degli infermieri*

# Effetto burnout, la crisi che logora medici e pazienti

**di MARIA TERESA PEDACE**

**O**ltre il 50% dei medici e il 45% degli infermieri soffrono di burnout. Tra le donne, l'incidenza è più che doppia, segno di come le difficoltà di conciliare la vita familiare con un lavoro sempre più gravoso abbiano un impatto diretto sulla salute. È quanto emerge dal Rapporto sulla Salute e sul Sistema Sanitario, realizzato da Eurispes e Fondazione Enpam nell'ambito dell'Osservatorio Permanente su Salute, Legalità e Previdenza.

Non si parla più di rischio, ma di un fenomeno ormai strutturale e di una delle sfide più urgenti che il Servizio Sanitario Nazionale si trova ad affrontare. Il burnout è la manifestazione di un esaurimento emotivo, mentale e fisico generato da condizioni di stress cronico e prolungato. Le sue ripercussioni sono pesantissime, non solo sulla salute degli operatori, ma anche sulle cure offerte ai pazienti.

Questa situazione è il frutto di un processo lungo e complesso, iniziato a fine anni Duemila, quando le politiche di contenimento della spesa pubblica hanno ridotto drasticamente le nuove assunzioni, in particolare tra i medici specialisti.

I numeri parlano chiaro: tra il 2014 e il 2017, il rapporto tra ingressi e uscite per pensionamento è diminuito del 18,4%, riducendo così il numero complessivo degli operatori in servizio. Parallelamente, l'età media del personale sanitario è aumentata, con un conseguente aggravio dei carichi di lavoro. Dal 2019 al 2022, inoltre, il ricorso a contratti a tempo determinato è cresciuto del 44,6%, segnando una progressiva instabilità che ha alimentato precarietà e ulteriore stress. Secondo Anao Assomed, il

principale sindacato degli ospedalieri, la prospettiva è allarmante: entro il 2027 mancheranno all'appello tra i 20 e i 25 mila specialisti.

La pandemia ha rappresentato un detonatore di queste fragilità, aggravando un quadro già compromesso. L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, in un rapporto dedicato agli effetti del Covid-19, rileva che il 33% degli operatori sanitari ha manifestato sintomi depressivi, il 37% ha sperimentato ansia e il 38% ha sviluppato burnout. Alla pressione psicologica si è aggiunto il drammatico aumento della violenza da parte dell'utenza. Sono circa 18.000 gli operatori vittime di aggressioni, con le donne che riportano due terzi degli episodi. La categoria più colpita resta quella infermieristica, seguita da medici e operatori socio-sanitari.

A peggiorare il quadro si aggiunge il nodo retributivo. Il reddito an-



nuale dei medici specialisti e del personale infermieristico in Italia è più basso del 22% rispetto a quello dei colleghi di Paesi come Svizzera, Olanda, Germania e Irlanda. Una disparità che contribuisce ad alimentare la disaffezione verso il sistema sanitario nazionale e spinge molti professionisti a cercare opportunità all'estero o nel privato.

Non meno grave è la situazione della medicina generale. Secondo un rapporto della Fondazione Gimbe, al primo gennaio 2025 mancano all'appello oltre 5.500 medici di famiglia in tutta Italia, con la previsione di ulteriori 7.300 pensionamenti entro il 2027. La crisi è ag-

gravata dal calo costante dei giovani che scelgono questa strada, un fenomeno che si riflette anche nelle borse di studio non assegnate. Nel 2024 il 15% delle borse per la medicina generale è rimasto scoperto, con picchi che superano il 40% in regioni cruciali come Lombardia, Veneto, Campania, Emilia-Romagna, Piemonte e Toscana.

Il fenomeno ha assunto contorni drammatici in alcune aree del Paese: dal 2019 al 2023 la Sardegna ha visto un calo del 39% dei medici di base, la Puglia del 25,8%, la Calabria del 20,9% e l'Abruzzo del 16,7%. Solo la Provincia Autonoma di Bolzano registra un lieve aumento, pari all'1%. A ciò si aggiunge il problema del sovraccarico di assistiti. Più della metà dei medici di famiglia italiani segue oltre 1.500 pazienti ciascuno, con punte di 1.546 in Veneto e 1.529 in Lombardia. In regioni meno popolate, come il Molise, la media scende a circa 1.100, ma resta comunque significativa e tale da compromettere la qualità della presa in carico, soprattutto per anziani e persone fragili.

Il burnout ha, infatti, conseguenze tangibili: genera distacco, riduzione dell'efficacia lavorativa, insonnia, depressione e, nei casi più gravi, aumento del rischio suicidario. Non si tratta di un problema circoscritto al benessere dei singoli operatori, ma di una questione che incide direttamente sulla sicurezza e sulla qualità delle cure. Si stima che il burnout sia associato ad almeno 20.000 errori gravi all'anno tra i medici, mentre oltre il 50% degli errori infermieristici è riconducibile al sovraccarico psichico.

Il tema riguarda anche le nuove generazioni. Millennials e Genera-

zione Z non solo chiedono maggiore equilibrio tra vita e lavoro e condizioni più flessibili, ma dimostrano sempre meno interesse per un sistema che percepiscono come poco attrattivo.

Molti scelgono il settore privato o decidono di trasferirsi all'estero, lasciando il pubblico in una condizione di ulteriore fragilità.

Eppure, prevenire il burnout è possibile. Alcune pratiche individuali, come la mindfulness, l'attività fisica o lo sviluppo di competenze comunicative empatiche, hanno dimostrato di ridurre i rischi e sostenere il benessere psicologico. A livello organizzativo, però, è necessario un cambio di passo. Servono turni di lavoro rispettosi dei ritmi fisiologici, ambienti professionali sicuri e stimolanti, servizi di supporto psicologico accessibili e privi di stigma, oltre a politiche di welfare e retribuzioni adeguate. La possibilità di segnalare episodi negativi senza timore di ritorsioni e l'introduzione di strumenti di prevenzione culturale rappresentano ulteriori tasselli indispensabili.

Il burnout deve essere riconosciuto come un problema sistemico e non come fragilità individuale. Risolvere la crisi che affligge medici, infermieri e operatori socio-sanitari non è solo un'urgenza professionale, ma una priorità politica e sociale. In gioco ci sono la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, la sicurezza dei pazienti e la valorizzazione del capitale umano che tiene in piedi il sistema. Servono scelte coraggiose, investimenti strutturali e una nuova attenzione alle esigenze delle generazioni più giovani per garantire un servizio sanitario capace di rimanere efficiente, sicuro e profondamente umano.

*Tra le donne  
l'incidenza  
è più che doppia  
per la difficoltà  
di conciliare  
famiglia e lavoro*





**L'Editoriale**

# La riforma per salvare il Ssn

*di Ettore Mautone*

**I**l governo della Salute è una delle principali sfide di tutti i Paesi del mondo. L'Italia, nonostante le difficoltà degli ultimi anni, continua ad avere uno dei sistemi universalistici più efficaci al mondo in termini di esiti in un impianto costituzionalmente garantito imperniato sull'uguaglianza, l'universalismo e l'equità. In poche parole un sistema pubblico che cura chiunque abbia bisogno, prezioso strumento di civiltà che ha pochi eguali anche nei paesi Ocse, che ha tuttavia davanti alcuni scogli da superare: quelli della sostenibilità delle nuove cure, della caren-

za di risorse e di personale, delle differenze tra regioni mai colmate a dispetto della povertà relativa e della deprivazione sociale di alcuni a cui le risorse sono assegnate in maniera insufficiente rispetto ai bisogni, senza contare i nodi irrisolti delle liste d'attesa e dell'equilibrio tra domanda e offerta pur potendo contare su alcuni punti fermi come l'innovazione organizzativa e quella della ricerca, farmaco-biologica e tecnologica.

L'Osservatorio sul sistema sanitario nazionale della fondazione Gimbe, nel secondo report del 2025, attraverso un'analisi approfondita sull'evoluzione della spesa privata in Italia, ha rilevato come nel 2023 si sia raggiun-

ta quota 45,8 miliardi di euro, dei quali 40,6 miliardi di euro a carico dei cittadini. Dati in linea con quelli Ocse. Dati che confermano che il servizio sanitario italiano è già nei fatti un sistema misto in cui una quota consistente, equivalente a un quarto della spesa pubblica, complessiva viene comprata direttamente dal cittadino che se ha la possibilità compra di tasca propria quel che gli serve bypassando ogni scoglio.

**continua a pag. X**

## L'EDITORIALE

# Una riforma per salvare il Ssn

**segue dalla prima  
di ETTORE MAUTONE**

**D**i contro dal Rapporto sul benessere equo e sostenibile 2023 dell'ISTAT, la percentuale di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie, dopo i picchi del periodo pandemico, si è attestata al 7,6 per cento nel 2023, un dato che rimane comunque superiore a quello pre-pandemico del 2019 (6,3 per cento) e in aumento rispetto al 2022 (7 per cento): in concreto si tratta di oltre 4,48 milioni di persone che, secondo la definizione ISTAT, hanno dichiarato di aver rinunciato nell'ultimo anno a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi, mentre nel 2022, la mobilità sanitaria interregionale in Italia ha raggiunto il valore massimo di 5,04 miliardi di euro, cifra nettamente superiore a quella del 2021 (pari a 4,25 miliardi di euro): in particolare si è registrato un flusso ingente di pazienti e di risorse economiche dalle regioni del Mezzogiorno verso Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, il che mette in luce, ancora una volta, co-

me vi sia un'enorme disparità tra le prestazioni sanitarie offerte nelle regioni del sud Italia e quelle del nord.

Tra le motivazioni che hanno indotto alla rinuncia vi sono diverse cause: ragioni economiche, ivi inclusa la perdurante perdita di potere d'acquisto delle famiglie, difficoltà di accesso, carenza di strutture e orari incompatibili con l'attività lavorativa, tempi d'attesa estremamente lunghi e che, spesso, costringono a rivolgersi a strutture private, con un evidente aumento dei costi. A fronte di ciò il decreto liste d'attesa approvato con toni trionfalistici dal Governo resta un mezzo flop anche per le ampie



sacche di resistenza di larghe corporazioni presenti nel tessuto produttivo della sanità italiana. Il governo dal proprio canto si difende rivendicando oltre 10 miliardi di investimenti, i pur riconoscendo le criticità, e invita a leggere i dati reali e a puntare su efficienza, innovazione e sostenibilità illustrando una strategia in quattro punti per rilanciare il Ssn, elencando alcune misure già adottate per potenziare il SSN: dalla proroga dell'assunzione dei medici specializzandi, all'aumento delle tariffe per le prestazioni aggiuntive, fino alle nuove indennità per medici, infermieri e operatori del pronto soccorso puntando a razionalizzare la rete ospedaliera, a potenziare sanità territoriale e sviluppare le case di comunità previste dal PNRR e potenziare digitalizzazione e telemedicina.

In un così complesso e articolato panorama anche congiunturale l'unica risposta percorribile per conservare la preziosità del Servizio sanita-

rio nazionale appare quella di una riforma strutturale da attuare a quasi mezzo secolo di distanza da quella fondativa del 1978. Una riforma da attuare coinvolgendo tutto l'arco parlamentare e interloquendo con gli operatori, senza derogare alla funzione istituzionale di governo, ma che sia capace di incidere sugli scogli che ostacolano l'accesso delle cure ai cittadini che ne hanno bisogno e che re-

stano al centro di un sistema logoro, usurato, frammentato e non più adeguato, pieno di falle ma che pro-

prio perché ben concepito rappresenta ancora uno dei migliori sistemi di cura rispetto ai principi che lo ispirano, da tutelare e rinnovare ma non tradire alla luce dell'innova-

zione che cambia il futuro e sta cambiando rapidamente anche la Sanità.

*Serve coinvolgere  
tutta la politica  
ma interloquendo  
con gli operatori*

*Rinuncia alle cure  
frequente per  
motivi economici e  
difficoltà di accesso*





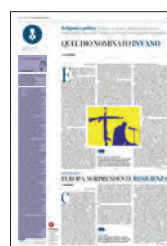
**Il corsivo del giorno**di **Sergio Harari****AUMENTI SU TABACCO  
E SIGARETTE:  
DESTINIAMOLI  
ALLA SANITÀ**

**D**a gennaio sigarette e tabacco potrebbero costare di più e il prezzo continuerebbe a salire di anno in anno fino al 2028. È l'intervento su cui è al lavoro il Ministero dell'Economia e delle Finanze con un piano di rialzi progressivi delle accise sui prodotti da fumo a partire dal 2026. I prezzi crescerebbero progressivamente nel prossimo triennio, fino a raggiungere un aumento finale di un euro e mezzo. Gli aumenti permetterebbero così al nostro Paese di adeguarsi alle nuove indicazioni dell'Unione Europea, mantenendo e incrementando l'attuale gettito fiscale che ammonta complessivamente a circa 15 miliardi l'anno. Meno penalizzate sarebbero le sigarette elettroniche e quelle a tabacco riscaldato, la cui diffusione è sempre maggiore in particolare tra i giovani. Quello che colpisce, però, è che, malgrado le gravi difficoltà nelle quali versa il nostro Servizio Sanitario, nessuno abbia

accennato alla possibilità di destinare parte di questi finanziamenti alla sanità. Eppure oggi in Italia si contano 12 milioni di fumatori (con 93.000 decessi all'anno), un dato stabile ormai da qualche tempo dopo il calo registrato grazie alla legge Sirchia, e molti di questi sono giovani. Sono ormai anni che la comunità scientifica chiede una tassa di scopo sul fumo o che almeno una parte dei proventi fiscali vengano destinati ad azioni di prevenzione e alla salute dei cittadini (e anche da queste pagine ci si è espressi più volte in tal senso) ma alla fine non si è mai arrivati all'obiettivo, neanche quando si era speso a favore qualche politico di peso, come nel 2017 l'allora ministro della salute Beatrice Lorenzin e prima ancora Umberto Bossi. Non si capisce poi perché le nuove forme di fumo debbano avere un trattamento di favore (o forse si capisce fin troppo bene se si pensa ad esempio alle attività di Philip Morris in Italia), quando sempre più studi scientifici ci

dicono che sono tutt'altro che innocue e che gli effetti nocivi sono molto più importanti di quanto si pensasse fino a qualche anno fa.

Quando si arriverà a un aumento della tassazione dei prodotti del fumo sarebbe auspicabile che una parte significativa dei proventi fosse destinata ad azioni di difesa della salute, ovvero alle attività di prevenzione e screening delle malattie correlate al fumo, al potenziamento del Servizio sanitario nazionale, al finanziamento della ricerca indipendente. E non solo a fare cassa.





# Banche e rottamazione, scintille tra FI e Lega Tajani: i fondi alla sanità

## Il muro degli azzurri sugli extraprofitti: mai con noi al governo

DALLA NOSTRA INVIATA

**TELESE (BENEVENTO)** Un'Europa che sappia difendere libertà e valori fondanti ma che necessariamente cambi le proprie regole. A partire da quella sul voto all'unanimità che va abolito, come chiese anche «nell'ultimo comizio prima di morire» Silvio Berlusconi. È nel ricordo del fondatore del partito che il vicepremier e leader di Forza Italia Antonio Tajani, dal palco della festa di Forza Italia a Telese, invoca un radicale cambio di passo dell'Ue. Forte del sostegno personale incondizionato rimarcato, via videomessaggio, dai numeri uno del Partito Popolare europeo, il presidente Manfred Weber e la presidente del Parlamento europeo, Roberta Metsola. E pronto a rivendicare la stessa «azzurra libertà», come canta l'inno, con gli alleati.

In particolare con la Lega di Matteo Salvini che ieri ha rilanciato l'idea di un contributo da 5 miliardi sugli extra-

profitti da chiedere alle banche per «sostenere famiglie, artigiani, commercianti e imprese». Proposta respinta con durezza in queste giornate pre-elettorali che hanno visto più volte confrontarsi a distanza Lega e FI in guerra per chi debba contare di più dopo Fratelli d'Italia. «Minacciare extraprofitti non serve a niente. Finché Forza Italia sarà al governo, non ci saranno mai tasse sugli extraprofitti. Le banche possono dare un contributo ma non esiste il concetto di extraprofitti», roba «da Unione sovietica», è l'altolà del vicepremier di FI, che invece ribatte: «Piuttosto che fare la rottamazione, che costa 5 miliardi, allora è meglio spenderli per la sanità, visto che ce n'è bisogno».

Dal palco di Telese Tajani insiste sul pantheon forzista, approntato per l'occasione. E rivendica l'appartenenza al Ppe. Il videomessaggio del presidente del Ppe Manfred Weber, fa da viatico: «È il tempo della responsabilità e delle decisioni. E le persone possono contare sul Ppe e su Forza Italia che hanno come elementi comuni delle priorità

chiave che sono: competitività, immigrazioni e sicurezza e difesa». Nel segno della libertà e dei valori fondanti dell'Europa, la presidente del Parlamento europeo, Roberta Metsola, richiama le «minacce più vicine e tangibili» come la crisi in Medio Oriente, a Gaza e in Ucraina o Moldavia, «ed è vero che queste sono minacce concrete, ma non sono le uniche: anche in società pacifiche la libertà può essere fragile». «I segnali che ci hanno inviato elettori alle ultime elezioni sono tali — dice Metsola — abbiamo bisogno di una Europa che sappia semplificare le regole». Proprio nel nome della semplificazione, Tajani invoca l'abolizione del voto all'unanimità del Parlamento europeo perché — dice — «se c'è il rischio di non dare le sanzioni ai coloni israeliani più violenti, ai terroristi di Hamas, anche ai ministri israeliani più violenti è perché c'è il voto all'unanimità, quindi basta che uno dice di no e si blocca tutto, anche le decisioni più giuste».

Con uno sguardo all'Europa e uno agli equilibri interni alla maggioranza in tempi di

manovra e di imminenti tornate elettorali regionali, Forza Italia cerca la quadra su diverse spinose questioni economiche. Come l'abolizione al tetto degli stipendi nella pubblica amministrazione decisa da una recente pronuncia della Corte costituzionale. Sempre da Telese, il ministro per la Pubblica amministrazione, Paolo Zangrillo, assicura: «Adesso dovremmo ragionare su come interpretare correttamente questa sentenza e stiamo lavorando insieme al ministero dell'Economia e delle finanze per definire una circolare, piuttosto che una norma, piuttosto che un decreto del presidenza del Consiglio dei ministri, dove definiremo come muoversi per dar corso al disposto della sentenza».

**Virginia Piccolillo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### L'Europa

I temi europei alla festa di Forza Italia. Weber: servono responsabilità e decisioni

### La semplificazione

Metsola: abbiamo bisogno di una Ue che sappia semplificare le regole



### Musica

Antonio Tajani, 72 anni, canta sulle note di *Un'avventura di Battisti alla festa di FI a Telese*



L'ANALISI

# «Mai così a rischio il Servizio sanitario»

*Rosy Bindi: ma possiamo ancora permettercelo combattendo definanziamento, autonomia e privatizzazioni*

VITO SALINARO

**L**a corsa alla privatizzazione che strizza l'occhio a fondi e assicurazioni, lo spezzettamento nei tanti sistemi regionali che guardano al libero mercato - e che viene accentuato dall'autonomia differenziata -; e, soprattutto, la riduzione dei finanziamenti: eccoli i mali del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Mai così lontano dai principi dettati dalla Costituzione, che ne hanno ispirato la nascita (1978); mai così vicino a tradire il suo stesso genoma che poggia su universalità, equità, globalità di assistenza, e finanziamento attraverso la fiscalità generale.

L'Sos a difesa del Ssn che, pure, continua a garantire prestazioni giudicate tra le migliori al mondo, è Rosy Bindi, ministro della Sanità dal 1996 al 2000. Porta la sua firma il libro *Una sanità uguale per tutti. Perché la salute è un diritto* (Solferino, 174 pagine, 16,50 euro): una fotografia dei passi che hanno portato il nostro Paese a dotarsi di un sistema unico e ambizioso, copiato e complesso, che arriva dopo un cinquantennio fatto di riforme, controriforme, leggi e decreti. Bindi, in questo percorso, ha scritto una pagina importante: fu lei a vergare il decreto legislativo 229 del 1999.

Una sorta di risposta alla cosiddetta "controriforma" del 1992 voluta dall'allora ministro Francesco De Lorenzo, e che, spiega Bindi, mise in discussione la legge istitutiva del 1978 firmata dalla ministra Tina Anselmi, minandone le fondamenta con la volontà di aprire alle privatizzazioni. La misura di Rosy Bindi del '99 mirava a tornare al disegno originario, ben distante dall'«iniquo sistema ibrido dei mercati». Uno dei quali, quello della «spesa privata intermedia, gestita da fondi, casse mutue e assicurazioni», avverte Bindi, si avvia a costituire, per il governo Meloni, la «seconda gamba» dell'assistenza sanitaria, un sistema parallelo al Ssn ma finanziato dalle famiglie». Il libro offre una disamina di tutta la spesa del Ssn, da quella farmaceutica ai rimborsi destinati alle grandi holding del settore. In un continente che invecchia, l'Italia lo fa anche di più, scrive Bindi, ma l'aumento dell'aspettativa di vita «è compromesso non solo dall'aumento della povertà ma anche dalla diffusione di malattie croniche». E allora la cura delle fragilità è centrale. Lo è ancora di più quando si parla di risorse della non autosufficienza, che investe quasi 4 milioni di cittadini. In questo contesto, l'assistenza domiciliare stenta a decollare e le prestazioni offerte sono «del tutto insufficienti»; inoltre, la legge 33 del 2023 sulla non autosufficienza «deve essere completata», e ci sono solo «pochi soldi per pochissimi disabili».

Le risorse economiche sono al centro del lavoro di Rosy Bindi perché è dal rifinanzia-

mento del Ssn, secondo l'ex ministra, che dipende il suo rilancio. Emblematiche in tal senso alcune tabelle che riassumono la spesa sanitaria, passata dai 110 miliardi del 2014 ai 138 del 2024; numeri che farebbero pensare ad una robusta iniezione di investimenti se non fosse da rapportare alla percentuale del Pil, passata dal 6,70 di 11 anni fa, al 6,30 dell'anno scorso. Ben distanti, cioè, da quanto occorrerebbe.

Capitolo a parte l'autrice lo dedica al «caso Di Bella», che prende il nome dal fisiatra modenese, scomparso nel 2003, che proponeva una multiterapia con più molecole per curare il cancro ma che non ebbe riscontri nella sperimentazione avviata dal ministero nel 1998. Ogni drammatico passaggio di quanto accadde tra il '97 e il '98, viene ricostruito dall'allora ministra che racconta un contesto in cui «la razionalità del metodo scientifico fu declassata a mera opinione». Una storia che sembra ripetersi: «Oggi la comunità scientifica mondiale deve fare i conti con le ricadute delle politiche sovraniste e del populismo tecnocratico», mentre «il governo Meloni, con una decisione scandalosa, ha schierato l'Italia al fianco dell'America di Trump e del suo ministro No Vax sui temi della salute globale». Il Covid sembra non aver insegnato nulla...

Nel libro «Una sanità uguale per tutti», l'ex ministra mette in guardia dalla logica del profitto e indica le strategie di rilancio, 26 anni dopo la riforma che porta il suo nome





La necessità di un ripensamento del settore, oltre la logica economica

## SENZA UN VERO UMANESIMO DELLA CURA NON C'È FUTURO PER LA SALUTE E LA SANITÀ

CARLA COLLICELLI



**I**l recente documento del Partito Democratico "Per il diritto alla salute, per la sanità pubblica, dalla mobilitazione alle proposte" coglie nel segno quando afferma che occorre «produrre una svolta nelle politiche pubbliche», come confermano anche i tanti documenti stilati da esperti e operatori negli ultimi anni, che indicano la necessità di un ripensamento profondo del settore. È come dire che, di fronte ad una complessità inedita, data da una società sempre più fragile (per invecchiamento, denatalità, solitudini, disagio psichico), una politica in crisi (per disaffezione, tendenze autarchiche, egoismi, conflittualità sterile), e un pianeta in sofferenza (per crisi climatica e rischi sociali e ambientali di salute e malessere), i paradigmi tradizionali non funzionano più. E non possiamo sperare di uscire dalla crisi attraverso le consuete logiche economiche, finanziarie e burocratiche, che tanti mali hanno prodotto in termini di disattenzione per le reali esigenze delle persone e delle comunità, per i quali salute, malattia e cura non sono atti burocratici e fonti di spesa, ma eventi di senso e di relazione, che richiedono approcci intersettoriali e dinamici. Occorre quindi ribaltare l'approccio dominante e partire dalla considerazione dei segnali provenienti dalla realtà sociale, in particolare dalle esperienze di associazionismo e cittadinanza attiva, pratiche di buona cura, budget di salute, medicina e welfare di comunità e territorio, che tentano di operare nella direzione di una cura umanizzata centrata sulla relazione terapeutica, sulle interconnessioni tra istituzioni e soggetti di offerta, su One Health e sulla salute in tutte le politiche. Tutti i più recenti contributi sul tema della sa-

nità puntano il dito sulla situazione infermieristica. Secondo la Ragioneria dello Stato la carenza numerica di infermieri in Italia è di almeno 65 mila unità, con 6 infermieri per mille abitanti, a fronte dei 12 di Usa e Germania, e tuttavia le iscrizioni ai corsi di laurea di infermieristica, invece di crescere, stanno crollando (del 52% tra 2010 e 2014). Non si è capito in sostanza che, oltre alla pesantezza delle mansioni e alla modestia delle retribuzioni, giocano un ruolo cause più profonde legate alla crisi di identità della professione infermieristica, sottoposta a stress enormi in termini di problematiche umane e sociali da affrontare e di contrazione degli spazi e dei tempi di relazionalità e di cura vera. Dopo alcune attenzioni dedicate al tema in epoca di Covid, cioè in un frangente di natura eccezionale, ci voleva un film di recente uscita nelle sale (*L'ultimo turno*) con il quale la regista svizzera Petra Volpe mette a fuoco il dramma umano di una infermiera lacerata dallo scontro tra le esigenze della relazione terapeutica e le logiche disumanizzanti, per chiarire i termini della questione. Dal punto di vista del rapporto tra condizioni di vita e salute, la recente pubblicazione di un Rapporto sulle solitudini a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*From Loneliness to Social Connection*) pone sul tappeto dati e considerazioni molto interessanti, con stime aggiornate in termini di morti evitabili in ambito cardio-vascolare, di diabete e di malattia mentale, nonché di costi aggiuntivi per le famiglie e per le strutture sanitarie a seguito dell'isolamento sociale. Un vero rilancio del settore potrà avvenire solo se l'immissione di maggiori risorse e la riorganizzazione dei servizi, pur necessari, specie in Italia, saranno accompagnati da una rinnovata centralità delle proposte in tema di superamento delle forme di isolamen-

to sociale e di cura burocratizzata.

Anche nel caso delle liste di attesa e del diritto di accesso alle cure, sono le relazioni di cura umanizzate e quelle che si dispiegano all'interno delle reti familiari, comunitarie e associative a far sì che, nonostante tutto, l'Italia si segnali per un buon livello di speranza di vita e di contrasto delle patologie più invalidanti e pericolose rispetto ad altri paesi simili al nostro.

Bene fa quindi il documento del Pd a proporre la valorizzazione del ruolo degli Enti Locali con adeguate forme di partecipazione dal basso, coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e del Terzo Settore e l'apertura di spazi di consultazione e programmazione, in un'ottica di attenzione al territorio, alla prossimità e alla rete delle cure primarie. Ma appare per ora davvero arduo immaginare che sulla base delle proposte in circolazione e degli investimenti previsti si possa riuscire a modificare il modello di intervento, senza mettere mano, oltre che ai finanziamenti e alle strutture, alla filosofia alla base di un nuovo paradigma altamente umanistico e relazionale, da inserire nella programmazione e nella formazione degli operatori e della dirigenza. Un approccio richiamato dagli osservatori più attenti e sensibili da molto tempo: rispetto alla storia dell'umanità, nella quale la cura si è sempre basata sulla relazione tra curato e curante e tra comunità e individui; nell'ambito delle riflessioni socio-antropologiche più recenti sull'esistenza di un sistema "psico-somato-ambientale" alla base di benessere e salute; e nella realtà dei successi ottenuti nelle situazioni di emergenza sanitaria, ogni qual volta si sono messe in campo risorse di solidarietà tra generazioni e territori e supporti alle forme di cura altamente relazionali.



# Allarme infermieri tanti posti vuoti il futuro è a rischio

di FRANCESCO CAROLI

**S**empre meno giovani scelgono di diventare infermieri. È un dato allarmante che riguarda tutti, perché senza chi cura da vicino - nei reparti, nelle case, nelle comunità - non può reggere non solo la promessa di un Servizio Sanitario universale ma l'intera società. In Italia, per la prima volta, le domande per il corso di laurea in Infermieristica sono state meno dei posti a bando. Nel 2025 i posti a

disposizione erano 20.699, a fronte di circa 19.000 domande, con un calo dell'11,3% rispetto all'anno precedente. Anche nella ricca Lombardia, ad esempio, quest'anno oltre seicento posti nei corsi di Infermieristica sono rimasti scoperti

A PAGINA 21 >>

## ALLARME INFERMIERI PIÙ POSTI CHE DOMANDE IL FUTURO È A RISCHIO

di FRANCESCO CAROLI

**S**empre meno giovani scelgono di diventare infermieri. È un dato allarmante che riguarda tutti, perché senza chi cura da vicino - nei reparti, nelle case, nelle comunità - non può reggere non solo la promessa di un Servizio Sanitario universale ma l'intera società.

In Italia, per la prima volta, le domande per il corso di laurea in Infermieristica sono state meno dei posti a bando. Nel 2025 i posti a disposizione erano 20.699, a fronte di circa 19.000 domande, con un calo dell'11,3% rispetto all'anno precedente. Anche nella ricca Lombardia, ad esempio, quest'anno oltre seicento posti nei corsi di Infermieristica sono rimasti scoperti: alla Statale di Milano 815 posti disponibili hanno attirato appena 567 candidati, a Pavia 291 posti per 151 domande.

È un segnale che non riguarda solo le università, ma il futuro stesso del Servizio Sanitario Nazionale. Le cause sono note. Stipendi fermi a 1.700-1.800 euro lordi al mese, insufficienti a fronte di turni notturni, festivi, lavoro usurante. Poche prospettive di carriera,

scarso prestigio sociale, riduzione del «bacino» di studenti che un tempo sceglievano Infermieristica come alternativa a Medicina. A tutto ciò si somma un dato inquietante: ogni anno in Italia circa 25.000 infermieri vanno in pensione, mentre i

nuovi laureati, pur in aumento, non riescono a colmare il ricambio. Erano 8.866 nel 2004, sono diventati 11.404 nel 2024 (+28,6%) e potrebbero arrivare a 14.500 nel 2027. Troppo pochi per tenere in equilibrio la bilancia.

Il confronto europeo è impietoso: in Italia ci sono 6,5 infermieri ogni 1.000 abitanti, contro gli 8,4 della media dell'Unione europea. E le proiezioni parlano chiaro: nei prossimi anni mancheranno tra 60.000 e 100.000 infermieri. Non un dettaglio tecnico, ma la descrizione di un dramma annunciato.

E questo dramma riguarda prima di tutto la popolazione fragile. L'Italia è uno dei Paesi più vecchi al mondo: oltre il 24% della popolazione ha più di 65 anni (ISTAT, 2024), e nel 2050 un cittadino su tre sarà anziano. Più fragilità, più cronicità, più bisogno di prossimità: e quindi più bisogno di infermieri.

Ignorare questo significa non vedere che la domanda di cura crescerà proprio mentre cala l'offerta di chi la garantisce.

Per questo non si tratta di un problema che riguarda solo gli addetti ai lavori. Un'opinione pubblica che non percepisce questo squilibrio come un dramma è come chi cammina sereno sopra una crepa che già attraversa il terreno sotto i suoi piedi: quella crepa si allargherà. E significherà ospedali senza personale, territori lasciati soli, prossimità negata.

Gli ultimi dati ci dicono che non basta aumentare i posti universitari. Il punto è restituire valore alla cura e dignità a chi cura. Serve una scelta politica e culturale: investire su salari, carriere, riconoscimento sociale. Non è un dettaglio di categoria, ma una questione di sopravvivenza collettiva. Senza infermieri, senza dignità e prospettive per chi cura, il Servizio Sanitario Universale non regge. È una scelta che riguarda tutti noi: o ci assumiamo la responsabilità di sostenerli, oppure accettiamo di vivere in un Paese più fragile e più solo.





**SALARI SOTTO LA MEDIA UE E TURNI MASSACRANTI**

# Infermieri cercasi La fuga dagli ospedali impoverisce la sanità

Quest'anno sono state presentate 19mila domande per Scienze infermieristiche a fronte di oltre 20mila posti. Sommato agli infermieri che scappano all'estero il quadro è allarmante

**FRANCESCA PAOLA IANNACCONE**

Negli ospedali italiani mancano gli infermieri. Non è un fenomeno improvviso, ma un logoramento che affonda le radici ben prima della pandemia. La professione, colonna portante della sanità pubblica, è sempre meno attrattiva: turni massacranti, carriere bloccate e stipendi tra i più bassi d'Europa hanno reso difficile trovare chi scelga di indossare il camice.

La conferma arriva dai dati universitari: nel 2025, per la prima volta, i posti messi a bando per Scienze infermieristiche superano le domande di iscrizione, con un calo dell'11 per cento rispetto al 2024. «È un dato che ci preoccupa, anche se previsto — spiega Daniel Pedrotti, vicepresidente Commissione albo infermieri della Federazione nazionale ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi) — Oggi ci sono circa 19.000 domande, a fronte di 20.699 posti. I dati sono provvisori, perché bisognerà considerare gli effetti del semestre di Medicina: oltre il 20 per cento degli iscritti ha indicato Infermieristica come prima scelta. Resta però che, per la prima volta, i posti non sono tutti coperti. Al Sud si riesce ancora a fare selezione, mentre al Centro-Nord i posti restano vacanti. Ci saranno rientri dalle gra-

duatorie e riversamenti da Medicina, ma la tendenza è chiara».

Secondo la Corte dei conti, mancano oggi circa 65mila infermieri. Il rapporto con i medici è squilibrato: 1,5 infermieri per ogni medico, contro una media Ocse di 2,6. In concreto significa più camici bianchi ma meno professionisti dell'assistenza, con conseguenze dirette sulla qualità e la sicurezza delle cure. L'Italia conta 6,5 infermieri ogni mille abitanti, contro gli 8,4 della media Ue e gli 8,9 dell'Ocse. «Sono numeri molto preoccupanti — aggiunge Pedrotti — A questi 65.000 infermieri mancanti si aggiunge il fatto che i bisogni di salute della popolazione stanno crescendo: l'aspettativa di vita aumenta, il che è positivo, ma comporta anche un maggior carico di assistenza. Dobbiamo inoltre rafforzare la prevenzione per rallentare l'insorgenza delle malattie».



**Verso il pensionamento**

Il quadro è aggravato dal fattore generazionale. L'età media cresce, mentre i giovani scelgono altre strade. «Il Paese sta invecchiando e, con esso, i nostri infermieri: nei prossimi 8-10 anni ne andranno in pensione circa 100.000 — avverte Pedrotti — Senza interventi strutturali non saremo in grado di garantire i livelli essenziali di assistenza. Serve rendere la professione più attrattiva, con una visione di lungo periodo». Le ragioni del calo di iscrizioni sono note. Studi comparativi europei confermano che la retribuzione media italiana è più bassa di circa il 20 per cento rispetto a quella dei colleghi dell'Ue. Le prospettive di carriera sono scarse, i turni gravosi e la vita privata difficile da conciliare. In un Paese già segnato dal calo demografico, la professione appare poco sostenibile. Il problema non riguarda solo la formazione. «La situazione è molto eterogenea: alcune re-

gioni bandiscono concorsi regolarmente, altre hanno ripreso solo di recente. Ma oggi il vero problema non è il concorso, bensì la carenza di infermieri disponibili. Il tasso di occupazione a un anno dalla laurea supera l'85 per cento», ricorda Pedrotti, citando i dati Istat e

Almalaurea. Per il vicepresidente di Fnopi, la soluzione non è rinviabile: «Occorre una cabina di regia interministeriale e investimenti strutturali già dalla prossima legge di Bilancio. Servono percorsi di carriera chiari, valorizzazione delle lauree magistrali, benessere organizzativo, politiche abitative, aumento dell'indennità di specificità infermieristica e modelli assistenziali innovativi».

Nel frattempo, migliaia di infermieri scelgono l'estero. «All'estero le prospettive di carriera sono più ampie, le competenze riconosciute e le retribuzioni adeguate. Tutto questo porta a maggiore soddisfazio-

ne professionale e personale», conclude Pedrotti. Dal fronte sindacale il monito è ancora più netto: «Il rischio è che, senza interventi rapidi, il sistema collassi. Già oggi interi reparti lavorano sotto organico cronico, con turni insostenibili e professionisti che scelgono di lasciare il Ssn. Non si tratta solo di salari, ma di riconoscimento: servono percorsi di carriera, valorizzazione delle competenze e, soprattutto, rispetto per un lavoro che regge la sanità pubblica», avverte Romina Iannuzzi, infermiera e dirigente nazionale NurSind.

Senza infermieri, gli ospedali non funzionano. I medici da soli non bastano, la tecnologia non colma il vuoto. La sanità pubblica rischia di diventare un sistema svuotato dall'interno, se la più numerosa delle professioni sanitarie continua a impoverirsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**«Servono una cabina di regia interministeriale e investimenti strutturali in legge di bilancio», dice Pedrotti (Fnopi)**

FOTO ANSA





**BEST ITALIAN HOSPITALS 2025** All'evento di Class Editori sono state premiate le strutture al top nella sanità italiana pubblica e privata suddivise in 4 categorie: policlinici, centri cardiovascolari, oncologici e ortopedici

# Eccellenze in corsia

di **Giorgio Migliore**

**L**e cliniche nazionali d'eccellenza sono state protagoniste di Best Italian Hospitals, prima iniziativa editoriale in Italia che premia le performance delle strutture ospedaliere pubbliche e private, riconoscendone il valore strategico nel contesto del sistema sanitario nazionale.

Giunto alla quarta edizione, l'evento di Class Editori elabora una classifica basata su uno score multiparametrico - messo a punto da Next Health (parte del network Nh-Net) ed Eversana Intouch - che prende in esame dati clinici, attività di formazione, ricerca e reputazione. Un metodo solido, validato da un advisory board composto da esperti del mondo accademico, medico-scientifico e manageriale.

Nell'ambito di una charity dinner a favore della Bocelli Foundation ospitata martedì 23 settembre dal Circolo Filologico di Milano sono state premiate le realtà risultate migliori.

Per quanto riguarda la categoria **Policlinici d'eccellenza** si è imposto l'Ircs Policlinico Universitario Gemelli, che ha preceduto nell'ordine l'Azienda Ospedaliera Università di Padova e l'Ircs Ospedale San Raffaele.

Il Gemelli è stato autentico matatore di questa edizione, essendosi assicurato il gradino più alto del podio anche come **miglior centro cardiologico** nazionale - battendo ancora una volta l'ospedale dell'università patavina e il San Raffaele - e **miglior polo oncologico**, specialità in cui si è imposto sull'Ircs Istituti Europeo di Oncologia (Ieo) e sull'Ircs Humanitas Re-

search Hospital.

Quanto alle strutture **top per l'ortopedia** a spuntarla è stato l'Ircs Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio, che in un derby della Madonnina in formato Esculapio ha battuto l'Ircs Humanitas Research Hospital, mentre l'Ircs bolognese Istituto Ortopedico Rizzoli si è assicurato la terza posizione.

Altri riconoscimenti conferiti nel corso della serata sono stati quelli per le **Regioni d'Eccellenza**, andato alla Lombardia, per la **qualità** (Ieo) e **quantità della ricerca** (azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara), per le **eccellenze digitali** (Humanitas), i **gruppi privati** (San Donato), il **5x1000** (premiati l'istituto oncologico di Candiolo per totale di fondi raccolti e la fondazione Ca' Gran-

da-Policlinico di Milano per il valore medio per firma).



**Giampaolo Tortora** (Gemelli), **Stefano Leoni** (Ieo-Monzino) e **Riccardo Bui** (Humanitas)



**Daniele Piacentini** (Gemelli) e **Roberts Mazzuconi** (San Raffaele)



**Riccardo Bui** (Humanitas), **Roberto Crugnola** (Galeazzi-Sant'Ambrogio) e **Stefano Leoni** (Ieo-Monzino)



**Valentina Regonesi** (Fondazione Ca' Granda-Policlinico di Milano)



**Nicoletta Natalini** (azienda ospedaliero-universitaria Ferrara)



**Stefano Leoni** (Ieo Monzino)



**Marco Centenari** (San Donato), **Giampaolo Tortora** (Gemelli) e **Riccardo Bui** (Humanitas)



**Gianmarco Sala** (istituto oncologico di Candiolo)



**Roberto Crugnola** (Galeazzi-Sant'Ambrogio) e **Riccardo Bui** (Humanitas)



**Daniele Piacentini** (Gemelli) e **Roberts Mazzuconi** (San Raffaele)



**Guido Bertolaso** (Regione Lombardia)





*La crescente sensibilità dell'opinione pubblica riporta il tema al centro del dibattito*

# Fine vita, assistenza e dignità

di **LIDIA MARASSI**

**N**el libro Oscar e la dama in rosa di Éric-Emmanuel Schmitt c'è una frase che recita: «Ho l'impressione che abbiano inventato un ospedale diverso da quello che esiste veramente. Fanno come se si venisse all'ospedale solo per guarire. Mentre ci si viene anche per morire». Negli ultimi decenni in Italia il dibattito sul fine vita, sul diritto di morire, sull'eutanasia, ha assunto una posizione centrale nella coscienza collettiva.

Eutanasia attiva è la pratica con cui un medico, su richiesta esplicita del paziente, interviene per provocare la morte allo scopo di porre fine alla sofferenza. In Italia l'eutanasia attiva è illegale. Tuttavia, nel tempo, la normativa sul fine vita ha fatto passi significativi. Nonostante l'assenza di una legge specifica sull'eutanasia, la Corte Costituzionale italiana ha infatti riconosciuto il diritto alla morte dignitosa come un diritto fondamentale della persona. Con la Legge 22 dicembre 2017, n. 219 sono state introdotte norme fondamentali relative al consenso informato e alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT). Questa legge ha stabilito che nessun trattamento può essere iniziato o proseguito senza il consenso libero, informato e consapevole del paziente e che ogni persona ha il diritto di esprimere in anticipo le proprie volontà in merito ai trattamenti sanitari (anche futuri), inclusi quelli che riguardano idratazione e nutrizione artificiale. La legge non contempla comunque che il medico provochi direttamente la morte del paziente, ma prevede la possibilità di sospendere trattamenti di sostegno vitale e l'uso della sedazione profonda continua nei casi di sofferenza

non alleviata dalle altre cure. Per questo, si parla anche di eutanasia passiva, ossia limitata ad una sospensione della cura.

Successivamente, con due sentenze – la n. 242 del 2019 e la n. 50 del 2024 – la Corte Costituzionale ha stabilito che in Italia è possibile richiedere il suicidio medicalmente assistito, ossia l'aiuto indiretto a morire da parte di un medico, esclusivamente a condizione che la persona che ne faccia richiesta sia pienamente capace di intendere e di volere, sia affetta da una patologia irreversibile portatrice di gravi sofferenze fisiche o psicologiche, e sopravviva unicamente grazie a trattamenti di sostegno vitale. In tali casi, è il paziente stesso a dover autosomministrarsi il farmaco letale, esercitando la propria autonomia decisionale nelle piene capacità cognitive. La Corte ha sottolineato come si tratti di situazioni in cui "l'assistenza di terzi nel porre fine alla vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare". Pertanto, anche in questo caso il medico non interviene direttamente nel provocare la morte, ma ha il compito di accompagnare e garantire la correttezza della procedura. Il suicidio assistito è quindi ammissibile solo quando ricorrono simultaneamente alcune condizioni: la presenza di una patologia irreversibile, la sussistenza di sofferenze ritenute intollerabili, la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e la capacità della persona di assumere decisioni libere e consapevoli. La Corte ha tuttavia precisato che non si tratta di un diritto generale al suicidio

assistito, ma di una "circoscritta area" di non punibilità per specifiche condizioni.

Negli ultimi tempi, la crescente sensibilità dell'opinione pubblica ha riportato con forza questo tema al centro del dibattito italiano. In risposta alla mancanza di una legge nazionale, alcune Regioni hanno scelto di intervenire autonomamente, dando attuazione alle indicazioni già fissate dalla Corte costituzionale. La Toscana è stata la prima, approvando a febbraio 2025 una legge regionale sulla "morte volontaria medicalmente assistita". La norma prevede tempi e procedure precise per l'accesso al suicidio assistito e ha già trovato applicazione concreta: a giugno 2025, un uomo affetto da morbo di Parkinson è stato il primo paziente a ricorrere legalmente a questo percorso.

Il Governo Meloni ha tuttavia impugnato presso la Corte Costituzionale la legge della Regione Toscana, con un ricorso depositato a maggio 2025. Le motivazioni riguardano la presunta incompetenza delle regioni in materia, poiché il suicidio assistito è ritenuto un tema di competenza nazionale. La Regione Toscana si è difesa sostenendo la propria competenza sull'organizzazione dei servizi sanitari, dal momento che la legge non crea nuove condizioni ma applica invece quelle già stabilite dalla Corte Costituzionale.

Sulla scia toscana, anche



la Sardegna ha approvato questo settembre una propria legge regionale sul fine vita, che stabilisce l'accesso gratuito al suicidio medicalmente assistito per le persone affette da patologie irreversibili e dipendenti da trattamenti vitali, previa verifica da parte di una commissione multidisciplinare e di un comitato etico territoriale.

Queste decisioni hanno tuttavia suscitato un acceso dibattito politico, mentre, a livello nazionale, il disegno di legge sul fine vita ha appena avviato il suo iter parlamentare. Sebbene i suoi contenuti restino soggetti a modifiche, la bozza di legge elaborata dal Governo sembra tuttavia prevedere alcune condizioni molto restrittive. La versione attuale prevederebbe che chi chiede di accedere al suicidio medicalmente assistito debba affrontare prima un percorso obbligatorio di cure palliative, prima di poter formalizzare la richiesta. Questa impostazione ha già suscitato numerose critiche, anche da parte della Società Italiana di Cure

Palliative (SICP), riconoscendo che queste cure devono essere garantite e rese accessibili a tutti, ma non imposte come condizione preliminare per poter esercitare il diritto all'autodeterminazione. La bozza propone inoltre l'istituzione di un Comitato nazionale di valutazione etica, incaricato di valutare le richieste di suicidio medicalmente assistito.

Uno degli aspetti più discussi riguarda tuttavia il periodo minimo da attendere in caso di diniego giacché, secondo quanto riportato dalla stampa, se il comitato dovesse ritenere assenti i requisiti, la persona malata non potrebbe ripresentare domanda per i successivi quattro anni. Un intervallo che suscita forti perplessità, considerata la gravità e l'urgenza delle condizioni in cui si trovano i pazienti che richiedono il trattamento. Un ulteriore elemento controverso riguarda il fatto che la procedura, nella bozza attuale, non sarebbe garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questo significa che il suicidio medicalmente assi-

stito sarebbe accessibile soltanto a chi ha la possibilità economica di sostenerne i costi privatamente. Una prospettiva che rischia di creare una grave disparità, trasformando un diritto potenziale in un privilegio di pochi, privando molte persone della possibilità di accedere a una morte dignitosa.

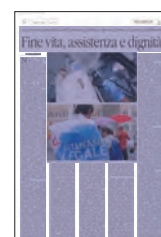
In attesa di disposizioni più chiare, si può comunque sottolineare che si tratta certamente di questioni delicate e complesse, che vanno ben oltre il perimetro della giurisdizione e toccano il tema della dignità umana, del rispetto del libero arbitrio e della concezione della cura come responsabilità morale. Parlare di fine vita significa misurarsi con la distinzione tra la mera sopravvivenza biologica e la vita intesa come esperienza piena di significato, relazione e dignità. Il nodo centrale è di natura etica, e considera la legittimità di poter considerare il diritto a disporre della propria morte al pari del diritto a disporre della propria vita.

Questa questione resta controversa, soprattutto in

società come la nostra, in cui la morte è stata progressivamente rimossa dal discorso pubblico e relegata a un tabù, rendendo difficile un confronto sereno ed equilibrato. Ma, come spesso accade con ciò che viene rimosso, questo tema ritorna con forza, imponendosi nelle decisioni individuali e collettive. In questo scenario, la bioetica si conferma un campo di riflessione imprescindibile, capace di offrire orientamenti morali in un contesto sociale in cui si pongono domande sempre più urgenti. La società contemporanea corre infatti su un doppio binario, quello dell'innovazione biomedica, che spalanca possibilità inedite, e quello della riflessione critica, che deve disciplinare queste possibilità per garantire che siano rispettose della persona. Solo così diventa possibile affrontare il tema del fine vita non come una frattura insormontabile, ma come una questione di giustizia, dignità e responsabilità collettiva.



Dall'alto: un paziente ricoverato in rianimazione e una manifestazione a favore dell'eutanasia





# Influenza, al via la campagna vaccinale Soltanto la metà degli anziani si protegge

## IL CASO

ROMA «La vaccinazione è la forma più efficace di prevenzione dell'influenza e delle sue complicanze che non sono solo respiratorie, ma possono coinvolgere diversi organi e/o apparati (es. miocardite, encefalite). Il vaccino antinfluenzale è indicato per tutte le persone a partire dai 6 mesi di vita e raccomandato per tutte le categorie a rischio che non abbiano specifiche controindicazioni». A scriverlo, in una circolare, è il Ministero della Salute. Da mercoledì scatta la campagna vaccinale contro l'influenza, anche se non tutte le Regioni partiranno contemporaneamente.

## DISTRIBUZIONE

Nel Lazio, ad esempio, la distribuzione è già cominciata: le dosi sono state inviate ai centri vaccinali e ai medici di base (ma ovviamente non a tutti arriveranno contemporaneamente) e questa settimana ci saranno le consegne anche alle farmacie. Altri esempi: la Lombardia e la Toscana partono mercoledì. A chi è raccomandato il vaccino contro l'influenza? A chi ha più di 60 anni, alle persone fragili, con patologie croniche, alle donne in gravidanza. Possono essere vaccinati anche i bambini dai 6 mesi ai 6 anni.

Spiega il Ministero della Salute nella circolare: «Gli obiettivi di copertura, negli ultrasessan-

tacinquenni, sono i seguenti: 75 per cento come obiettivo minimo perseguibile; 95 per cento come obiettivo ottimale». Negli ultimi anni siamo rimasti molto distanti da questi obiettivi visto che solo il 53,3 per cento degli anziani si è vaccinato.

Racconta il dottor Pier Luigi Bartoletti, vice presidente dell'Omceo di Roma e segretario provinciale della Fimmg (la federazione dei medici di base): «Quest'anno è importante vaccinarsi. Attualmente stiamo vedendo molti casi di Covid, che sta circolando moltissimo, ma nei prossimi mesi ci aspettiamo un'intensa diffusione dell'influenza». Osserva il professor Gianni Rezza, epidemiologo e docente straordinario di Igiene e Sanità pubblica all'università Vita-Salute San Raffaele di Milano: «Circoleranno tre virus influenzali diversi, anche se al momento stiamo ragionando sulle probabilità, non ci sono ancora certezze. Si tratta di un'ipotesi basata su quello che è successo l'anno scorso e su quanto è stato osservato in Australia. Quindi ci aspettiamo la circolazione di due virus di tipo A (H1N1 e H3N2), e uno di tipo B (quello chiamato Victoria che si era diffuso in Australia). Ancora non sappiamo quale di questi virus sarà predominante, può anche darsi che avremo una "macedonia". Ci saranno molti italiani fermati dall'influenza? «È possibile - replica Rezza - l'anno scorso ci furono 16 milioni di italiani con sindromi simil influenzali. Ricordiamoci poi che continuammo ad avere molti contagiati dal Covid che però ha ormai una sta-

gionalità differente, potremmo definirla capricciosa. Circola molto di solito prima dell'estate e poi a settembre e ottobre, anticipando in qualche modo la diffusione dell'influenza».

## NUMERI

L'ultimo report dell'Istituto superiore di sanità spiega perché è importante che le persone più fragili si proteggano con il vaccino. Spiega: «Durante la stagione 2024-2025 sono stati segnalati in Italia 601 casi gravi di influenza confermata e ricoverati in terapia intensiva, dei quali 134 sono deceduti. I virus influenzali di tipo A, appartenenti al sottotipo A (H1N1), sono risultati maggiormente associati alle forme gravi e ai decessi in pazienti con influenza confermata». I casi più gravi sono stati registrati nella fascia di età tra i 60 e i 79 anni con una o due comorbidità.

È Sempre nella nota dell'Iss si legge: «È importante sottolineare che, come nelle stagioni passate, la maggior parte dei casi gravi e dei decessi (77,4 per cento) si è verificata in persone che non avevano ricevuto la vaccinazione anti-influenzale nella stagione in corso».

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**BARTOLETTI (VICE PRESIDENTE OMCEO):**  
«IN QUESTI GIORNI  
STIAMO VEDENDO  
MOLTI PAZIENTI  
CONTAGIATI DAL COVID»  
**L'EPIDEMIOLOGO REZZA:**  
«CI ASPETTIAMO  
TRE TIPI DI VIRUS,  
DIFFICILE CAPIRE QUALE  
SARÀ DOMINANTE»





## L'intervento

# Malattie croniche, l'impegno della fondazione Aletheia

**Esmeralda Capristo\***  
**Marco Cintoni\*\***

**L**e malattie croniche non trasmissibili (NCD) sono ritenute le maggiori responsabili della mortalità a livello globale (> 70%) con costi che raggiungono il 70-80% della spesa sanitaria dei Paesi europei. Le NCD comprendono l'obesità, il diabete, le patologie cardiovascolari, le malattie respiratorie croniche e i tumori.

Non si può parlare di prevenzione di NCD senza affrontare una delle loro cause principali: il consumo crescente di alimenti ultra-processati (UPF), soprattutto da parte di bambini ed adolescenti, che scelgono questi prodotti perché molto palatabili, economici e veloci da preparare. Gli UPF sono alimenti che, oltre a subire molteplici lavorazioni, si compongono di sostanze non abitualmente utilizzate in cucina, come maltodestrine, proteine idrolizzate o grassi idrogenati, e contengono generalmente numerosi additivi come coloranti, conservanti, antiossidanti, antiagglomeranti, esaltatori di sapidità ed edulcoranti. Rientrano nella categoria degli UPF molti piatti pronti e surgelati, bevande gassate e zuccherate, molti dei prodotti da forno preconfezionati, le creme spalmabili, snack confezionati dolci o salati e molto altro.

Le conseguenze di una dieta ricca di UPF sono ormai scientificamente accertate: l'elevata densità calorica, unita a un basso potere saziante, favorisce un consumo eccessivo di calorie e, di conseguenza, l'aumento di peso. L'alto contenuto di zuccheri aggiunti, grassi saturi e sale è direttamente collegato ad un aumento dei casi di diabete di tipo 2, ipertensione e malattie cardiovascolari. Ma l'impatto non si ferma alla salute fisica; infatti, evidenze scientifiche emergenti correlano un elevato consumo di

UPF a un aumentato rischio di depressione e ansia.

La Fondazione Aletheia pone tra le principali questioni da affrontare la correlazione tra cibo e salute e la qualità dell'alimentazione che saremo in grado di offrire in futuro. Aletheia è nata per promuovere processi di conoscenza, educazione, rappresentazione dei principi della corretta alimentazione e valorizzazione del patrimonio agroalimentare nazionale ed è in prima linea nel divulgare i principi di una corretta alimentazione quale parte fondamentale dello stile di vita, del benessere e della salute di ogni cittadino. A tale scopo si è dotata di un Comitato scientifico indipendente, formato da figure professionali afferenti a diversi ambiti con lo scopo di trasformare la ricerca scientifica in azioni concrete. Un percorso fondamentale per un futuro migliore.

*\*Professore associato di Scienza dell'Alimentazione e Scienze Tecniche Applicate  
Università Cattolica del S. Cuore*

*Membro Comitato scientifico Aletheia*

*\*\*Ricercatore - Centro di ricerca  
e formazione in Nutrizione umana (CNU)  
Università Cattolica del S. Cuore*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Bambini e autismo, diagnosi più precise: ogni anno in Italia 4.300 nuovi casi Gli studi anti-Trump «La cura non esiste»

Illudere i pazienti sulla possibilità di una cura è una pratica odiosa, pericolosa, lontana anni luce dall'etica. Però può capitare che la scienza non riesca a dimostrare l'efficacia di un farmaco o di una terapia durante la sperimentazione. Ingiustificabile è invece quando a illudere i pazienti è la politica. È quello che è accaduto la scorsa settimana in America. Il presidente degli Stati Uniti Donald Trump, affiancato dal segretario alla Salute no-vax Robert Kennedy Jr, ha annunciato una cura contro l'autismo e ha sostenuto che la causa del disturbo sia legata all'utilizzo del paracetamolo durante la gravidanza.

La scienza smentisce su tutta la linea. Uno: contro l'autismo non esiste nessuna cura e il farmaco consigliato da Trump per le terapie (la leucovorina) altro non è che l'acido folinico. Due: il paracetamolo (la Tachipirina) è considerato il farmaco meno dannoso in assoluto durante i nove me-

si di gravidanza. Tre: lo studio a cui si riferisce il presidente Usa è una revisione di 46 altri studi messa a pun-

to con un'analisi dei dati «anomala». È stato cioè utilizzato un metodo che in medicina non viene mai considerato proprio per i numerosi limiti che comporta (aspetto sottolineato dagli stessi autori dello studio).

## COSA DICE LA SCIENZA

Le affermazioni di Trump hanno fatto saltare sulla sedia gli scienziati e i medici che seguono realmente le famiglie con bambini autistici (in Italia ci sono 4.300 casi nuovi all'anno e 500mila giovani sotto i 20 anni con disturbi dello spettro autistico). «Diffondere affermazioni non supportate da dati scientifici - interviene Antonella Costantino, past president di Sinpia (società italiana di neuropsichiatria) - non solo è irresponsabile, ma rischia di danneggiare seriamente gli sforzi quotidiani di medici, terapisti, educatori e famiglie,

che lavorano per favorire la ricerca, lo sviluppo, l'inclusione e il benessere delle persone con autismo».

## I DUBBI DELLA FDA

Ovviamente, quando il presidente Usa si lancia in affermazioni simili, c'è un grande imbarazzo per il mondo scientifico: la Food and Drug Administration americana che ha ammesso: «Tra autismo e paracetamolo non è stata stabilita una relazione causale».

Gli esperti temono che le parole del presidente Trump possano indurre le donne a non assumere il farmaco quando necessario esponendo il feto a rischi non trascurabili. Oppure a optare per altri medicinali apparentemente simili, ma con un profilo di rischio in gravidanza nettamente peggiore.

## GLI ULTIMI STUDI



# il Giornale

Una delle cause dell'autismo (oltre a fattori ambientali tra cui l'età dei genitori) è racchiusa nella genetica. Ma si sa ancora poco. Però alla fine del 2024 è stata pubblicata una nuova ricerca sulla rivista *The American Journal of Human Genetics* che ha visto l'istituto Gasslini collaborare con l'Hospital for Sick Children di Toronto: gli scienziati hanno identificato una correlazione tra il gene DDX53 (situato sul cromosoma X e con un ruolo nello sviluppo cerebrale) ed il disturbo del-

lo spettro autistico. Un elemento cruciale per l'impatto sui futuri test genetici clinici, ma anche per orientare la ricerca verso lo studio di nuovi meccanismi molecolari.

a cura di **Maria Sorbi**

**La malattia riguarda più di 500mila famiglie, le novità sui geni**





## L'INTERVISTA

SILVIO GARATTINI

### «Il paracetamolo causa del disturbo? Non c'è un nesso»

**Il fondatore dell'Istituto Negri:  
«Lo dice una ricerca svedese»**

**D**i tutto in questo momento c'è bisogno tranne che di seminare altro panico (sanitario) o di illudere inutilmente le persone. Un annuncio sull'autismo non può arrivare per vie politiche e basarsi su studi già pubblicati ma di fatto snobbati dalla comunità scientifica.

Il rischio è alto: al di là di notizie false o parzialmente tali, c'è il pericolo che venga screditata la scienza, quella che non fa annunci sensazionalistici alla Trump ma ci mette anni per completare studi e arrivare a conclusioni attendibili. E che magari, dopo sperimentazioni durate anni, è costretta a ripartire daccapo o a considerare nuovi fattori.

**Silvio Garattini, fondatore dell'Istituto Mario Negri, ci aiuta a rimettere ordine in queste informazioni confuse?**

«A meno che non abbiano informazioni che non conosciamo, i dati più importanti di cui disponiamo sono quelli di uno studio pubblicato lo scorso anno sul *Journal of the American Medical Association*. La ricerca, condotta in Svezia, ha considerato 2,5 milioni di donne in gravidanza, da cui sono derivati 185mila neonati esposti al paracetamolo. I

bambini, nati dal 1995 e il 2019, sono stati seguiti fino al 2021: ed è emerso che non c'era nessuna differenza tra assunzione del farmaco e autismo».

**E lo studio a cui si riferisce Trump?**

«Ad agosto è comparso uno studio, realizzato mettendo insieme molti altri piccoli studi. Ma è meno attendibile di quello svedese».

**Quindi possiamo affermare che non c'è alcun nesso tra autismo e utilizzo del paracetamolo in gravidanza?**

«Non c'è alcun nesso. Se nello studio svedese è emersa una percentuale irrilevante di casi di autismo, pari allo 'zero virgola', può essere a causa dei cosiddetti fattori confondenti.

Può darsi cioè che molte delle donne che hanno partecipato allo studio siano state fumatrici o abbiano fatto consumo di alcol. Quindi non si può scientificamente creare una correlazione con il paracetamolo. Naturalmente quello svedese non è uno studio realizzato appositamente per valutare questo fenomeno come una sperimentazione clinica che consente di analizzare un farmaco in un contesto controllato. È invece uno studio osservazionale, ma al momento è il meglio che abbiamo».

**Il paracetamolo è consigliato in gravidanza rispetto ad altri farmaci. Cosa può far male?**

«È vero che spesso si esagera con l'uso della Tachipirina e che eccedere con i farmaci non va mai bene, ma non c'è alcun effetto pericoloso, tanto meno per l'autismo. Anzi, il paracetamolo è indicato come il farmaco che, durante la gravidanza, dà meno problemi in caso di febbre. Al di là del singolo caso, va affrontato il problema dell'eccesso delle prescrizioni e dell'abuso dei farmaci».



## IL PERSONAGGIO

### Kustermann: “Io ribelle in una famiglia di cattolici”

FRANCOGIUBILEI

«Sono sempre stata una ribelle». E con una volontà d'acciaio, forgiata anche grazie a un padre intransigente e amatissimo, a dispetto dei contrasti e della lontananza politica in un tempo in cui le differenze ideologiche spaccavano le famiglie. Così Alessandra Kustermann, 71 anni, ginecologa. - PAGINA 20



## Alessandra Kustermann

### “Dal design agli aborti alla Mangiagalli Io, ribelle in una famiglia ultracattolica”

La ginecologa: “Con mio padre litigai per il golpe in Cile. Osò picchiarmi e mia madre lo cacciò per una settimana. Studiavo Medicina e lavoravo con mio marito Naj Oleari. A Milano il primo pronto soccorso per vittime di stupro”

#### L'INTERVISTA FRANCOGIUBILEI

«Sono sempre stata una ribelle». E con una volontà d'acciaio, forgiata anche grazie a un padre intransigente e amatissimo, a dispetto dei contrasti e della lontananza politica in un tempo in cui le differenze ideologiche spaccavano le famiglie. Alessandra Kustermann, 71 anni, ginecologa, una vita intera dedicata alla cura delle donne e alla loro difesa - si trattasse di dare applicazione alla legge 194 nella stagione tempestosa della clinica Mangiagalli a Milano, così come di fondare il primo pronto soccorso per le vittime di violenza sessuale in Italia -, racconta passato e presente con la carica di una ventenne.

A cominciare dalla sua fa-

miglia «molto cattolica» e dal ruolo giocato da quest'ultima nella sua formazione: «Un ruolo fondamentale, per i principi molto saldi e il senso di obbligo morale che mi ha trasmesso: a noi quattro figli i miei genitori hanno insegnato che i talenti andavano usati a fin di bene, ed è ciò che mi ha guidato nella vita. Mio padre in particolare era molto sfidante, ma io rispondevo alle sfide».

#### Può fare un esempio?

«Frequentavo il liceo classico Parini a Milano e al quarto anno in un quadrimestre accumulai quaranta giorni di assenza su sessanta, fra occupazioni e iniziative politiche. Nei miei piani c'era di studiare Medicina, così mio padre mi chiese come potessi pensare di laurearmi, e di fare anche dei figli, se non

riuscivo nemmeno a essere presente a scuola. Così mi sono trasferita a Roma dai nonni, ho finito l'anno con tutti 8 e ho superato la maturità da privatista per iscrivermi a Medicina a 17 anni».

#### Faceva politica a scuola? Quelli erano anni caldi.

«Ero nel movimento studentesco nel liceo della borghesia intellettuale milanese, ma non ero un tipo turbolento».





to, sono sempre stata pacifista. Speravo che il mondo potesse essere meglio di quello che era, questo sì, ma durante le nostre occupazioni e autogestioni non sfasciavamo tutto: leggevamo le tragedie greche e vedevamo come potevano essere attualizzate».

**Poi cosa è successo?**

«Nel 1975 mi iscrissi al Pci, ho avuto la tessera del Pd fino a due anni fa, e diventai una perfetta benpensante. Fino ad allora da sinistra prendevamo in giro i comunisti perché su ogni argomento prendevano tempo dicendo "facciamo luce"...».

**A casa come vedevano il suo impegno?**

«Dopo il golpe in Cile del 1973 ebbi una lite pazzesca con mio padre, un vero democristiano, perché sostenevo che il colpo di Stato era anche colpa della Cia, oltre che della Dc cilena. Osò picchiarmi, secondo lui stavo esagerando, e mia mamma lo mandò via di casa per una settimana. Poi ci chiedemmo perdono a vicenda e al suo ritorno gli dissi: "mi sposo", ma avevo bisogno del suo consenso, all'epoca si diventava maggiorenne a 21 anni e io ne avevo 20, e così è stato. Sapevo che mi apprezzava nonostante fossi una ribelle: ci amavamo molto».

**Ha avuto due figli e poco dopo ha lasciato suo marito.**

«Mia figlia Viola l'ho avuta a 22 anni e Pietro a 25, quando ero ancora una studentessa. Anche oggi raccomando

alle mie specializzande di farlo da giovani, perché li si alleva con maggiore facilità e spensieratezza, e puoi essere una compagna di giochi. Mi separai da mio marito quando il piccolo aveva un anno e mezzo: lui, Riccardo Naj Oleari, avrebbe voluto che continuassi a fare la designer per la sua azienda. Ogni esame che facevo era una lite, perché studiavo di notte. Quando mi chiese di andare a Parigi per aprire uno show-room, e io dovevo dare Pediatria, cercai di resistere ma poi ci andai: gli dissi che era l'ultima angheria che sopportavo, dopo tre mesi mi laureai e lo lasciai».

**Vi sentite ancora?**

«All'inizio eravamo tutt'e due molto arrabbiati, ma poi siamo rimasti in ottimi rapporti. È vero che ero una donna pesante e che chiedevo troppo a un uomo di quel periodo, ma mi ci sono voluti anni di analisi per elaborare questa conclusione».

**Da ginecologa, alla clinica Mangiagalli si è trovata nel bel mezzo della bufera per l'applicazione della legge sull'aborto.**

«Era il 1987, l'allora ministro della Sanità Donat Cattin fu informato che alla Mangiagalli praticavamo degli aborti nel secondo trimestre, contravvenendo alla legge 194. Sequestrarono 1.500 cartelle cliniche, io non fui imputata perché non avevo ancora fatto interruzioni oltre il terzo mese a minorenni. Dieci anni dopo i ginecologi coinvolti vennero tutti assolti: la verità

è che la 194 consente gli aborti tardivi in caso di grave rischio psichico materno, che può essere anche conseguenza di una diagnosi di rilevante anomalia fetale. Ero e resto una paladina della libertà di scelta delle donne. Fu un periodo durissimo, ricordo l'appoggio di personaggi come Lella Costa».

**Che cosa l'ha spinto, nel 1996, a fondare il pronto soccorso per vittime di violenza sessuale?**

«All'inizio pensavamo con i medici legali a un centro per chi avesse subito violenze sessuali, ma ci siamo resi conto che quello era una parte del problema più vasto della violenza domestica, e ci siamo occupati di entrambe le cose. All'origine dell'idea di creare un servizio pubblico c'era stata la legge di quell'anno che ha trasformato lo stupro da reato contro la morale pubblica in reato contro la persona».

**Che fisionomia avete dato al nuovo servizio della Mangiagalli?**

«Era importante che fosse un servizio pubblico con ginecologhe donne, perché essere visitata da una figura femminile è meno imbarazzante: non siamo giudicanti con le femmine e i maschi - il centro si rivolge anche a loro, in quanto vittime - si trovano meglio con noi perché ci vedono in un ruolo materno. Abbiamo organizzato un corso di formazione intensivo in collaborazione con la Casa delle donne maltrattate di Milano mentre su un al-

tro versante, con l'aiuto di avvocate e avvocati, abbiamo creato un servizio di assistenza legale: allora non c'era il gratuito patrocinio per le vittime di violenza».

**Il suo impegno prosegue anche oggi che è in pensione?**

«Sì, certo. Sono presidente della cooperativa sociale SVS Donna aiuta Donna, che garantisce aiuti economici e assistenza legale alle vittime di violenza. Stiamo anche realizzando il progetto Cascina Ri-Nascita per restituire autonomia economica e abitativa alle donne disoccupate, con figli minori, che hanno subito violenza».

**Rispetto a trent'anni fa ci sono stati miglioramenti?**

«Oggi le donne riescono a dare un nome a quel che è successo loro, ma la violenza non è diminuita. Si denuncia un po' di più rispetto al passato e anche gli uomini stanno cambiando: non credo che dicano più al bar che se picchiano la moglie a casa "lei sa già il perché"... La stigmatizzazione però deve venire da loro, perché se la do io non serve a niente».

**Si è mai risposata?**

«No. Convivo con Gianni Nardozzi Tonielli da trent'anni, mi ha regalato il mio terzo figlio per scelta, Francesco. Non mi sono sposata così me ne posso andare in qualsiasi momento... Ha 81 anni ed è molto simpatico, se no l'avrei mollato: ha fatto colpo parlandomi di Marx, da economista ne sapeva molto più lui di me». —



# Dazi, Trump riapre la partita

## Commercio

Annuncio sui social: 100%  
sui farmaci, 50% sui mobili  
e 25% sui grossi camion  
Bruxelles: l'accordo  
quadro garantisce  
l'applicazione del 15%

Con un messaggio social Donald Trump riapre la partita dei dazi e annuncia dal 1° ottobre (martedì) tariffe del 100% per i farmaci, del 50% per i mobili da cucina e bagno e del 25% per i grossi camion. I dazi colpirebbero i farmaci di marca o brevettati «a meno che un'azienda non stia costruendo il proprio stabilimento in America».

Secondo Bruxelles le aziende Ue non saranno colpite: il tetto del 15%

per l'export Ue inserito nell'accordo quadro di fine luglio è «una polizza assicurativa che garantisce che non saranno applicate tariffe più elevate».

**Di Donfrancesco e Romano** — a pag. 3

## Trump annuncia dazi al 100% contro i farmaci di marca

**Protezionismo.** Il balzello non si applica ai gruppi che costruiscono impianti di produzione negli Stati Uniti e ai generici. Tariffe fino al 50% sull'arredo e del 25% sui Tir. Sale l'incertezza

### Gianluca Di Donfrancesco

Di sicuro c'è l'annuncio di Donald Trump sul social Truth di giovedì: dal 1° ottobre vuole dazi del 100% sui farmaci di marca importati negli Stati Uniti, a meno che le case farmaceutiche straniere non abbiano avviato la costruzione di stabilimenti produttivi nel Paese. Salvi i farmaci generici, che rappresentano il 90% del mercato Usa. Dazi fino al 50% scatterebbero poi sull'arredo e del 25% sui camion pesanti.

Da qui in avanti, si entra nel campo delle interpretazioni. Trump non ha specificato se le nuove tariffe si sommano o assorbono quelle già esistenti. Inoltre, i recenti accordi strappati a Unione Europea e Giappone includono disposizioni che dovrebbero bloccare il livello dei dazi su un'ampia gamma di prodotti, inclusi i farmaci, schermandoli.

Nel caso dell'Unione Europea, l'aliquota è esplicitamente indicata al 15% dall'accordo quadro raggiunto il 21 agosto e vale come tetto massimo per la gran parte delle merci esportate negli Usa. La Commissio-

ne assicura che così sarà, anzi, afferma che quest'ultima svolta da parte della Casa Bianca dimostra quanto buona sia quell'intesa, che malgrado le critiche, protegge le aziende europee dai colpi di scena trumpiani. «Questo chiaro tetto tariffario onnicomprensivo del 15% per le esportazioni della Ue rappresenta una polizza assicurativa», che mette le imprese al riparo, ha affermato il portavoce della Commissione, Olof Gill.

Del resto, il 25 settembre, lo stesso giorno dell'annuncio della nuova stretta Usa, sul Federal Register americano è stata pubblicata la notifica che implementa i contenuti dell'accordo di agosto (compresa la riduzione retroattiva dei dazi sull'auto al 15%), recepito dall'ordine esecutivo di Trump del 5 settembre. Washington, insomma, sta tenendo fede agli impegni presi.

I continui interventi del presidente generano però incertezza tra le imprese. La Federazione delle industrie europee del farmaco ha sottolineato che la Ue e gli Usa «hanno già un accordo commerciale in vigore». La tedesca Vci ha descritto i nuovi

dazi come «un altro schiaffo». La Vfa, sempre tedesca, ha parlato di duro colpo per l'Europa e la Germania. Il Ceo della danese Novo Nordisk, Mike Doustdar, ha detto che non è chiaro in che modo la decisione sia in linea con l'accordo Ue-Usa.

Anche il Governo giapponese si dice sicuro di essere tutelato dai rialzi in arrivo in forza dell'accordo bilaterale siglato nei mesi scorsi, come

ha affermato il negoziatore commerciale di Tokyo, Ryosei Akazawa. Diversa la situazione per Regno Unito, Svizzera e Singapore.

Da tempo Trump minacciava pesanti dazi sui farmaci e molti gruppi





del settore si sono adeguati e hanno già annunciato investimenti multi-miliardari negli Stati Uniti. Così hanno fatto le svizzere Roche e Novartis, per esempio, oppure AstraZeneca e Gsk, quotate a Londra.

Molti big del settore preferiscono non commentare, ma la confusione è tale che alcuni si stanno chiedendo se avere un sito produttivo negli Stati Uniti potrà salvare tutti i farmaci del gruppo o solo quelli effettivamente prodotti su suolo americano, che comunque non passano dalle dogane.

L'esclusione dei farmaci generici dal giro di vite è un sollievo soprattutto

per chi esporta dall'India, dove la produzione è concentrata.

Trump ha anche affermato che imporrà dazi del 50% su armadi da cucina e mobili da bagno e una tariffa del 30% su poltrone e sofà. Circa il 60% dei 25,5 miliardi di dollari di importazioni di mobili degli Stati Uniti nel 2024 proveniva da Vietnam e Cina. Secondo le statistiche governative, l'occupazione nel settore manifatturiero di mobili e prodotti in legno negli Stati Uniti si è dimezzata dal 2000, scendendo ai circa 340mila addetti attuali. Aprire nuove fabbriche

richiederà però anni, nel frattempo i prezzi sul mercato interno saliranno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La stretta scatterà  
il 1° ottobre  
ma non dovrebbe  
riguardare Ue  
e Giappone**

25-30%

**BRUXELLES PREPARA DAZI  
SULL'ACCIAIO CINESE**

La Commissione europea intenderebbe imporre dazi dal 25% al 50% sull'acciaio cinese e sui prodotti

derivati nelle prossime settimane. La notizia è stata riportata dal quotidiano economico tedesco Handelsblatt, citando alti funzionari di Bruxelles.



**Washington.** Il presidente degli Stati Uniti Donald Trump ieri durante un incontro con i giornalisti (accanto la nipote Kai Trump) alla South Lane della Casa Bianca



# Gli xenotrapianti

## Una rivoluzione in cerca di regole

Negli ultimi cinque anni, il trapianto sull'uomo di organi creati da maiali geneticamente modificati ha raggiunto risultati mai visti prima. Per questo c'è bisogno di norme rigorose

di **Ruggiero Corcella**

**D**opo cuore, reni e fegato, per la prima volta è stato trapiantato un polmone di maiale geneticamente modificato in un essere umano in morte cerebrale. L'intervento è stato effettuato in Cina, dall'equipe del professor He Jianxing all'Università medica di Guangzhou.

Il tessuto polmonare è rimasto vivo per nove giorni dopo il trapianto, nonostante i primi segni di infiammazione, come riportato dai ricercatori il 25 agosto su *Nature Medicine*. Quella cinese è soltanto l'ultima tappa della «rivoluzione» in atto nella ricerca sugli xenotrapianti (si veda il grafico nella pagina successiva), che da cinque anni in qua ha avuto un'accelerazione senza precedenti. Sia ben chiaro: il trapianto di organi da donatore umano resta la prima e, per ora, l'unica terapia davvero effica-

ce per i pazienti in lista d'attesa di un intervento che salva la vita. Ma quest'anno c'è stata una svolta epocale: l'americana Food and drug administration ha autorizzato la sperimentazione al trapianto di reni di maiale ingegnerizzati su 9 pazienti, in due trial clinici. In base ai risultati, si deciderà se possano essere estesi ad un massimo di 80 persone. Fino ad allora, negli Usa gli xenotrapianti di organi di maiale erano stati approvati solo nell'ambito del programma per uso compassionevole. Usa e Cina sono le due nazioni più avanzate nel settore. Si apre dunque una nuova era e per questo la comunità scientifica chiede una regolamentazione. Prima fra tutti l'International xenotransplantation association (Ixa) che, nel suo ultimo position paper, parla di progressi tecnicamente impressionanti in questo campo e invoca procedure ben definite, trasparenza e un approccio etico a tutta la materia.

continua alla pagina seguente





# Etica, sicurezza, ricerca: tutti i nodi da affrontare

Alla luce dei traguardi raggiunti negli studi clinici la comunità scientifica ritiene urgente scrivere nuove linee guida

SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

**C**he cosa accadrà adesso? Quali sono le sfide che ci attendono? Il Corriere lo ha chiesto a tre fra i più titolati esperti in xenotrapianto a livello internazionale e membri del Comitato esecutivo di Ixa: Muhammad Mohiuddin, professore di Chirurgia e direttore del Programma di xenotrapianti cardiaci presso l'Università del Maryland a Baltimora; Wayne Hawthorne, professore di Trapianti del Dipartimento di Chirurgia, Università di Sydney; direttore dei Laboratori nazionali per i trapianti di pancreas e isole pancreatiche presso il Westmead Hospital; Jay Fishman, professore di Medicina presso la Harvard Medical School, direttore del Programma per le Malattie infettive e l'ospite compromesso nei trapianti presso il Massachusetts General Hospital (MGH) di Boston e direttore associato del Centro Trapianti del MGH.

## Perché si sente l'urgenza di aggiornare le regole?

«Come rappresentanti di Ixa riteniamo che lo xenotrapianto debba essere rigorosamente regolamentato. La nostra associazione è dedicata allo sviluppo scientifico di questo settore. In qualità di scienziati e membri dell'associazione siamo entusiasti dei recenti progressi, ma riteniamo al tempo stesso fondamentale elaborare linee guida chiare e promuoverne l'ado-

zione presso tutte le agenzie regolatorie», risponde Muhammad Mohiuddin. «Considerati i rapidi progressi nel settore, compresi gli studi clinici, le linee guida (non vere e proprie regole) meritano una revisione non soltanto dal punto di vista scientifico, ma anche in termini di educazione e coinvolgimento del pubblico, etica, sicurezza e indirizzo della nuova ricerca».

Aggiunge Jay Fishman: «Occorre tenere conto che i recenti progressi nell'ingegneria genetica (CRISPR/cas9 e altri meccanismi di editing) che hanno permesso di modificare il genoma nei tessuti dei donatori (in particolare il maiale), stanno dimostrando efficacia nel ridurre le barriere immunologiche, i processi infiammatori e la compatibilità della coagulazione migliorando la sicurezza dei tessuti. Indubbiamente, esiti positivi dei trial sono vantaggiosi per l'intera comunità dello xenotrapianto».

## Ixa chiede all'Organizzazione mondiale della sanità la revisione delle linee guida di Changsha (si veda la scheda a lato): perché?

«Riteniamo che vi sia urgenza di cambiamenti che tengano in considerazione le nuove tecnologie e i risultati degli studi clinici dell'ultimo periodo. A titolo di esempio, suggeriamo alcune aree prioritarie. Principi etici e regolatori per gli studi clinici: Ixa raccomanda che l'Oms stabilisca criteri chiari e coerenti a

livello internazionale per l'approvazione dei trial, la selezione dei pazienti e il monitoraggio a lungo termine. Obiettivi preclinici specifici: le linee guida aggiornate devono riflettere le esigenze di parametri preclinici specifici per organi, tessuti e tipi cellulari. Protocolli standardizzati per la sorveglianza delle malattie infettive: esortiamo l'Oms ad incorporare protocolli armonizzati e evidence-based per lo screening e il monitoraggio dei rischi zoonotici, per tutte le potenziali xeno-zoonosi».

## L'utilizzo di animali transgenici comporta anche rischi significativi, tra i quali patogeni come il PERV (retrovirus endogeni suini) e potenziali epidemie. Come si affrontano?

«Il settore trarrà beneficio dalla standardizzazione dei test microbiologici, così come l'allotrapianto (da uomo a uomo) ha già beneficiato di test standardizzati per le infezioni virali più comuni (ad esempio citomegalovirus e poliomavirus BK) — risponde Fishman —. Tali strumenti consentono approcci uniformi al monito-



raggio dei pazienti, garantendo i migliori esiti sia per il trapianto che per il paziente. Ritengo improbabile che si verifichi un vero e proprio "allarme di sanità pubblica": nessuno degli agenti noti (incluso il PERV, che il mio laboratorio ha clonato e sequenziato) rappresenta una minaccia per la salute pubblica. Il PERV, ad esempio, può essere controllato con diversi farmaci già disponibili e, a oggi, l'infezione umana non è mai stata osservata. Malgrado ciò, ogni sforzo volto a garantire la sicurezza pubblica deve essere comunque intrapreso».

## Quali sono le migliori strategie per procedere sulla strada della sperimentazione clinica?

«A mio avviso, siamo giunti a questo promettente stadio dello xenotrapianto solo grazie ai decenni di esperienza maturata con i modelli animali — chiarisce Mohiuddin —. Le difficoltà che incontriamo nel trasferire le conoscenze acquisite negli animali ai pazienti umani, vivi o deceduti, sono già state osservate anche negli stessi modelli animali; tuttavia, a causa delle limitazioni di alcune strategie e dei farmaci immunosoppressivi negli animali, lo xenotrapianto nell'uomo ha permesso di comprendere meglio alcuni meccanismi responsabili della disfunzione del trapianto. È irrealistico pensare di

poter progredire in questo campo basandosi unicamente sui casi umani. È necessaria una combinazione di esperimenti clinici, per individuare specifici meccanismi di rigetto, e di studi su modelli animali, per analizzare in dettaglio tali meccanismi e sviluppare strategie efficaci per superarli. Questo approccio è già stato adottato anche nell'allotrapianto, contribuendo a continui avanzamenti nel settore».

## Quali categorie di pazienti dovrebbero avere priorità negli studi clinici (alto rischio di morte in lista o non candidabili) e come garantire equità di accesso anche nei Paesi a risorse limitate?

«Questo dipende dall'organo di cui si tratta. In una fase iniziale, l'allotrapianto resterà certamente la prima scelta. Ogni potenziale ricevente viene valutato in base a criteri rigorosi di idoneità e solo se il paziente non risulta idoneo all'allotrapianto gli verrà proposta questa alternativa. La procedura di trapianto di cuore, ad esempio, non è disponibile in molti Paesi per motivi economici o religiosi. All'inizio, quindi, lo xenotrapianto non sarà accessibile a tutti, ma solo ai pazienti in grado di sostenerne i costi. Con il tempo, però, quando la procedura diventerà di routine, i sistemi sanitari pubblici e le assicurazioni inizieranno a coprirli e il costo dei trapianti geneticamente modificati diventerà più sostenibile. Inoltre si imparerà a utilizzare più

organi da un singolo animale, consentendo a un numero maggiore di pazienti con insufficienze di diversi organi di accedere a questa terapia in tutto il mondo. La possibilità di preservare e trasportare organi a lunga distanza aumenterà ulteriormente la disponibilità complessiva», risponde Mohiuddin.

## Cosa insegnano le esperienze di questi ultimi anni?

«Anche gli enti regolatori, oltre a noi, hanno tratto importanti insegnamenti da questi casi clinici e hanno iniziato a considerare lo xenotrapianto come un'opzione valida per il trattamento dell'insufficienza d'organo. Ciò è stato possibile anche grazie al loro coinvolgimento costante in workshop e incontri scientifici, nei quali Ixa ha svolto un ruolo fondamentale nel sensibilizzare le agenzie regolatorie sul tema. L'utilizzo di pazienti in condizioni critiche o deceduti è risultato meno problematico per i regolatori. Dal punto di vista scientifico, poiché medici e chirurghi sono più preparati a gestire le complicazioni nei pazienti umani, gran parte di questa esperienza è stata messa a servizio dei riceventi di xenotrapianto. Tra le principali scoperte scientifiche emerse da questi casi sperimentali vi sono lo sviluppo di metodi per riconoscere precocemente il rigetto e la capacità di invertirne il processo. Inoltre, in questi pazienti è stato evidenziato il ruolo del complemento e del rigetto mediato dalle

cellule, che si aggiunge al già noto rigetto anticorpo-mediato, rendendo necessarie modifiche ai regimi di immunosoppressione utilizzati clinicamente per l'allotrapianto», dice Mohiuddin. «La principale lezione appresa è che l'approccio cauto adottato è stato ripagato dall'assenza di imprevisti in termini di sicurezza. Abbiamo potuto collaborare strettamente con le autorità regolatorie (Fda), che hanno contribuito a perfezionare i nostri protocolli e a garantire che i pazienti fossero adeguatamente informati e tutelati. È inoltre emerso che non disponiamo ancora di regimi immunosoppressivi ottimali per gli xenotrapianti: un ambito che richiederà ulteriori studi preclinici, probabilmente su primati non umani, oltre a successive valutazioni cliniche», conclude Fishman.





## Quali sono le regole in Italia e in Europa

**A**ttualmente, in Italia e in Europa non esiste una normativa che regoli la sperimentazione clinica dello xenotrapianto. In linea generale il riferimento è la Raccomandazione (n. 1399, 29/1/1999) con la quale il Consiglio d'Europa invita gli Stati membri ad adottare una moratoria sugli xenotrapianti in attesa che la conoscenza scientifica documenti i rischi per la salute umana. Il 19/11/1999, la Consulta nazionale per la bioetica si è espressa sul tema: ha ritenuto necessario adottare il principio etico di cautela, e ha aderito alla

proposta del Consiglio d'Europa di introdurre una moratoria sulla sperimentazione umana degli xenotrapianti. Il 15/12/2000, il Gruppo di Lavoro sugli Xenotrapianti, costituito con decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha elaborato le Linee guida per la sperimentazione clinica degli xenotrapianti, pur ribadendo la volontà di aderire alle indicazioni del Consiglio d'Europa. Tutto bloccato dunque, anche per quanto riguarda la ricerca preclinica. Con una situazione, a dir poco paradossale. Nel 2010, infatti, è entrata in vigore la Direttiva europea

(2010/63/EU), dedicata alla tutela degli animali impiegati a scopi scientifici. Tra i 26 Paesi che l'hanno recepita integralmente l'Italia è l'unico ad averlo fatto con un decreto (D.Lgs n. 26 del 2014) che impone ulteriori restrizioni, sia sull'uso di primati non umani sia sulla possibilità di effettuare sperimentazioni relative ai meccanismi d'azione delle sostanze d'abuso (droghe, alcol, farmaci) e alla messa a punto degli xenotrapianti di organi. Con una postilla, per non paralizzare la ricerca biomedica si sono però salvati i trapianti di cellule e tessuti ottenuti da

animali. Proprio a causa di questa interpretazione restrittiva, nel 2016 la Ue ha avviato una procedura d'infrazione nei confronti del nostro Paese che prevede multe di 150 mila euro al giorno. Come l'abbiamo risolta? Non si è fatto marcia indietro. Dal 2016, ogni anno, si approva una proroga dell'applicazione del D.Lgs 2014. L'ultima, a luglio, ha spostato le lancette a gennaio del 2026.





Servizio La giornata mondiale del cuore

## **In dieci anni il 7,7% degli uomini e il 2,6% delle donne avranno un infarto o un ictus. Ecco 5 consigli per evitarli**

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte in Italia, con oltre 220mila decessi l'anno ed un costo stimato di 42 miliardi di euro

*di Marzio Bartoloni*

28 settembre 2025

Il 7,7% negli uomini e il 2,6% nelle donne avranno un infarto o un ictus nei successivi 10 anni. A stimarlo è l'Istituto superiore di Sanità visto che le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte in Italia, con oltre 220mila decessi l'anno ed un costo stimato di 42 miliardi di euro per il Servizio sanitario nazionale. Eppure, con la prevenzione, l'80% di questi eventi si potrebbe evitare. Per prevenire le malattie cardiovascolari ogni anno il 29 settembre si celebra la Giornata Mondiale del Cuore. "Non perdere il battito" è il claim della campagna 2025, un invito per tutti a tenere il ritmo del cuore anche con piccoli gesti quotidiani di prevenzione, mentre in Italia sono tante le iniziative previste con visite ed esami gratuiti in numerosi ospedali. Cinque facili regole sono alla base della campagna 2025: muoviti ogni giorno per almeno 24 minuti, scegli le scale invece dell'ascensore, pratica la respirazione consapevole per ridurre lo stress, segui un'alimentazione equilibrata ricca di frutta e verdura, fai controlli periodici per conoscere i valori di pressione e colesterolo. Un check fatto in tempo può infatti fare la differenza.

### **Il rischio cardiovascolare in base all'età**

La stima sulle possibili morti nei prossimi dieci anni per uomini e donne emerge dai dati preliminari per il 2023-2024 raccolti dall'Italian Health Examination Survey - Progetto Cuore dell'Istituto superiore di sanità (Iss) in base alle caratteristiche di sesso, età, pressione arteriosa, trattamento per ipertensione, colesterolemia, fumo e diabete. Per gli uomini di età compresa tra 35 e 44 anni, evidenzia lo studio, il rischio cardiovascolare medio risulta pari all'1,6%, per quelli di età 45-54 anni pari al 4,0%, per i 55-64-enni al 9,4%, per i 65-69-enni al 16,9%; per le donne nelle stesse classi di età, il rischio cardiovascolare medio risulta pari, rispettivamente, allo 0,4%, all'1,1%, al 3,1% e al 5,8 per cento. Oggi le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte in Italia: 30,9% di tutti i decessi nel 2022. "Ma la maggior parte delle malattie cardiovascolari - affermano gli esperti - si può prevenire affrontando i fattori di rischio comportamentali e ambientali come l'uso di tabacco, una scorretta alimentazione e l'obesità, l'inattività fisica, l'inquinamento atmosferico. Sono essenziali politiche sanitarie che favoriscano scelte sane". Negli ultimi anni si registrano comunque meno decessi grazie a prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione. Il tasso di mortalità (popolazione europea, Eurostat 2013) si è infatti ridotto dell'11% nei 6 anni dal 2017 al 2021. In particolare, nello stesso periodo, il tasso di



mortalità delle malattie ischemiche del cuore si è ridotto del 18,3% e quello delle malattie cerebrovascolari del 14,8 per cento.

### **I consigli degli esperti per tutelare la salute del cuore**

La maggior parte delle malattie cardiovascolari può essere prevenuta affrontando i fattori di rischio comportamentali e ambientali, come l'uso di tabacco, una scorretta alimentazione (incluso il consumo eccessivo di sale, zucchero e grassi) e l'obesità, l'inattività fisica, l'uso di alcol e l'inquinamento. In Italia, il Dipartimento Malattie Cardiovascolari dell'Iss conduce periodicamente, nell'ambito del Progetto Cuore, indagini di salute che prevedono misurazioni dirette ed esami del sangue e urine in campioni casuali di popolazione, al fine di monitorare nel tempo l'andamento degli stili di vita, dei fattori e delle condizioni di rischio legati alle malattie cardiovascolari. Dagli esperti arrivano dunque 5 consigli per tutelare la salute del cuore: non fumare, non eccedere con il consumo di sale (meno di 5 grammi al giorno), fare largo consumo di frutta e verdura, svolgere attività fisica regolarmente (ogni settimana almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata oppure almeno 75 minuti di attività fisica aerobica intensa), essere sottoposto a trattamento farmacologico in caso di ipertensione, diabete e lipidi ematici elevati.

### **Le principali condizioni di rischio per uomini e donne**

I dati preliminari mostrano quanto siano diffuse le principali condizioni di rischio ed evidenziano l'importanza di un monitoraggio periodico della propria salute attraverso la misurazione dei principali parametri: nel 2023-2024 tra le persone di età 35-74 anni, il 23% degli uomini e il 24% delle donne è risultata in condizioni di obesità, il 9% degli uomini e il 7% delle donne è risultato affetto da diabete mellito (tra questi 2 uomini su 10 e 1 donna su 10 non ne erano consapevoli), il 25% degli uomini e il 30% delle donne è risultato avere livelli di colesterolemia totale elevati o essere in trattamento farmacologico specifico (tra questi 2 uomini su 10 e 2 donne su 10 non ne erano consapevoli), e il 49% degli uomini e il 37% delle donne è risultato avere livelli di pressione arteriosa elevati o essere in trattamento farmacologico specifico (tra questi 4 uomini su 10 e 3 donne su 10 non ne erano consapevoli). L'analisi dei tassi di mortalità standardizzati per uomini e donne per malattie ischemiche del cuore mostra che negli uomini la mortalità è trascurabile fino a 40 anni, emerge fra 40 e 50 anni e poi cresce in maniera esponenziale con l'avanzare dell'età. Nelle donne si manifesta circa 10 anni dopo, a partire dai 60 anni e cresce rapidamente dopo i 70 anni.

Servizio Sanità

## **Il problema della malnutrizione negli ospedali allunga le degenze del 30-40%**

La malnutrizione ospedaliera prolunga le degenze del 30-40%: confronto con realtà europee

*di Natascia Ronchetti*

27 settembre 2025

Ogni anno gli ospedali italiani erogano una media di 240 milioni di pasti, tra colazione, pranzo e cena. Ma tre volte su dieci arrivano freddi, nel 30% dei casi mancano i carrelli caldi, mentre nella stragrande maggioranza si può scegliere solo tra due menu. Una questione di qualità che può incidere anche sulla malnutrizione che si sviluppa nell'ambiente ospedaliero e che colpisce soprattutto gli anziani. Un problema che determina un prolungamento della degenza del 30-40%.

Il controllo è affidato ai Sian - i servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione che devono essere presenti in tutte le aziende sanitarie - e alla direzione sanitaria, che ha il compito di vigilanza sulla qualità e la sicurezza dei servizi, compresi quelli della ristorazione. Le criticità sono ancora tante. Il sistema sanitario non sembra ancora tenere in adeguata considerazione la malnutrizione dei pazienti acuti e cronici in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Lo ha rilevato due anni fa (ultimo dato disponibile) la mappatura effettuata dalla società di Nutrizione clinica e metabolismo (SINuC) con il censimento di 94 strutture organizzative. Se il Piemonte brilla con 14 unità operative di nutrizione clinica (seguito da Lazio e Campania), cinque regioni – Abruzzo, Basilicata, Molise, Sardegna e Valle d'Aosta – dispongono di una sola struttura. Differenze territoriali rilevate anche dal ministero della Salute.

«La nutrizione clinica si basa su atti semplici ma difficili da far entrare nella pratica quotidiana, nonostante la lotta alla malnutrizione sia fondamentale per contrastare le patologie croniche e degenerative», dice Andrea Pezzana, medico nutrizionista, consulente del ministero per la stesura delle linee guida nazionali sulla ristorazione ospedaliera. È per questo che le Regioni possono avere una implementazione dietetica diversa.

«La situazione è ancora a macchia di leopardo – prosegue Pezzana -. Siamo andati avanti su tante strategie terapeutiche ma la nutrizione in vari ambiti continua ad essere la Cenerentola della medicina». Le linee guida nazionali indicano come quadro di riferimento per la preparazione dei pasti la dieta mediterranea, il regime alimentare che è considerato il più adeguato a contribuire fattivamente al mantenimento di un buon stato di salute. Indicano inoltre come dovrebbe essere composto il vitto, che per le persone adulte ricoverate deve assicurare circa 1.800-2.000 calorie al giorno, sotto forma di lipidi (30%), protidi (18%) e carboidrati (52%) distribuiti lungo l'arco della giornata. Sulla carta potrebbe tutto funzionare ma non è così. Lo ha dimostrato anche, due anni fa, l'operazione con la quale i Nas hanno controllato in Italia 992 ospedali, rilevando irregolarità in circa un terzo, con la chiusura di 7 punti cucina. Accanto a un problema di formazione, non sempre



adeguata, come rilevano gli esperti, si è sommata la tendenza a esternalizzare il servizio di ristorazione.

«Chiedo indignazione. La voce di Hind non deve far sentire a proprio agio»

di Cristina Battocletti

«Questo – spiega Pezzana - ha determinato una certa perdita di controllo da parte delle autorità sanitarie mentre la nutrizione corretta è un punto cardine della terapia». I costi per la salute della popolazione e per le casse dello Stato sono altissimi. Il prolungamento delle degenze dovuto alla malnutrizione determina effetti diretti, con un incremento dei costi correlati alla patologia e un aumento della vulnerabilità che sovente richiede ricoveri ripetuti. Il risultato? Il problema della malnutrizione negli ospedali ha un costo legato alla morbidità e alla mortalità stimato in due miliardi all'anno. Eppure basterebbero una migliore verifica della qualità del cibo e della organizzazione per una riduzione dei tempi di degenza (meno 40%) e delle complicanze, che diminuirebbero del 50%.

### **Francia, un problema di qualità e malnutrizione diffusa**

In Francia il tema del cibo in ospedale è oggetto di forte dibattito pubblico. Un sondaggio condotto nel 2024 ha mostrato che due terzi dei pazienti si dichiarano insoddisfatti: i pasti risultano troppo insipidi, poco vari, in porzioni ridotte e con una presentazione poco curata. A questo si aggiunge un dato preoccupante: tra il 20% e il 40% dei ricoverati soffre di malnutrizione, con conseguente allungamento dei tempi di guarigione. Non è solo colpa della qualità dei pasti, ma anche di fattori ambientali che riducono l'appetito, come gli odori di disinfettanti o gli effetti collaterali dei farmaci.

Dal punto di vista normativo, gli standard sono stati affrontati per la prima volta nel 2017 dal Consiglio Nazionale della Nutrizione, che ha suggerito di offrire più possibilità di scelta e di allentare diete troppo restrittive. La legge Égalim del 2018 impone invece che almeno il 50% dei prodotti sia "di qualità e sostenibili" e il 20% biologici, criteri estesi anche a carne, pollame e pesce. Tuttavia, molti ospedali non riescono a rispettare queste regole a causa della cronica scarsità di fondi. In sintesi, non è tanto la presenza di cibo ultraprocesso a preoccupare, quanto l'eccesso di rigidità e la mancanza di risorse per offrire piatti realmente nutrienti e gradevoli.

### **Austria, menù ricchi ma penalizzati dalla logistica**

All'Hietzing Hospital di Vienna la cucina prepara ogni giorno circa 800 pasti, con menù che possono includere strudel di spinaci, roast beef o piatti vegetariani, accompagnati da dolci come torta alla banana o budino al cioccolato. Solo un quarto dei pazienti può scegliere liberamente; gli altri devono seguire regimi dietetici specifici. La percezione del cibo in ospedale è influenzata da dolore, farmaci, odori e mancanza di sonno, che alterano il gusto. Inoltre, per ragioni logistiche, i piatti vengono spesso mantenuti caldi o riscaldati, con perdita di sapore e appetito.

### **Romania, 22 lei al giorno e controlli più severi**

In Romania lo Stato assegna 22 lei al giorno (circa 4,5 euro) per i tre pasti dei pazienti. Nei menù compaiono zuppe, piatti cucinati, uova, formaggi, verdure, frutta, ma anche affettati o margarina. Dal luglio 2025 è possibile segnalare online ospedali con cibo scadente. Il ministro della Salute ha avvertito che le strutture inadempienti potranno essere sanzionate, ricordando che il rispetto del paziente passa anche attraverso la qualità dei pasti serviti.

### **Lituania, pasti poveri e indignazione sui social**

Con soli 3 euro al giorno, la qualità del cibo negli ospedali lituani è spesso al centro di polemiche. Foto condivise sui social hanno mostrato piatti dall'aspetto sgradevole, suscitando indignazione con commenti sprezzanti. Il Ministero della Salute, nel 2019, ha vietato fritti e prodotti poco salutari, ma le testimonianze recenti parlano ancora di pasti monotoni e poveri di nutrienti: pane, uova sode, porzioni minime di carne o dolci antiquati. Alcuni pazienti sottolineano che non si tratta di cibo avariato, ma di una concezione della nutrizione ospedaliera ridotta al minimo indispensabile, senza attenzione al recupero e al benessere.

### **Bulgaria, autonomia agli ospedali ma rischio corruzione**

In Bulgaria non esiste uno standard nazionale: ogni ospedale decide autonomamente se gestire la cucina internamente o affidarla a ditte esterne. Sulla carta, i pasti devono rispettare criteri dietetici e sanitari, ma nella realtà i pazienti ricevono spesso zuppe annacquate, stufati poco invitanti o pane con salame. La spesa per paziente varia dai 3 ai 12 leva al giorno (1,5–6 euro). La mancanza di fondi dedicati e le gare d'appalto poco trasparenti hanno favorito pochi grandi fornitori legati anche alla politica, con un conseguente rischio di corruzione e scarsa qualità diffusa.

### **Ungheria, dal cibo scadente all'aumento dei fondi**

Negli ultimi anni il cibo negli ospedali ungheresi è diventato un caso politico. I media hanno denunciato pane ammuffito, carne scaduta e porzioni minime, come nel caso del Szent János Hospital di Budapest, costretto a rescindere un contratto con il fornitore dopo uno scandalo. Nel 2023 si spendevano in media solo 1,39 euro al giorno per gli ingredienti: appena 28 centesimi per la colazione, 70 per il pranzo e 42 per la cena. Con cifre così basse era inevitabile ritrovarsi con pasti scadenti e talvolta dannosi.

Il tema è diventato cavallo di battaglia dell'opposizione, tanto che nel luglio 2025 il governo ha annunciato un aumento dei fondi: da 3,8 euro a 10 euro al giorno per paziente, per migliorare la qualità dei pasti. Una misura necessaria, considerando che nello stesso periodo gli ospedali avevano accumulato oltre 60 milioni di euro di debiti scaduti. L'alimentazione ospedaliera in Ungheria resta quindi un indicatore del più ampio sottofinanziamento del sistema sanitario.

### **Grecia, appalti esterni e personale precario**

In Grecia la ristorazione ospedaliera è per lo più esternalizzata a ditte private, senza una politica nazionale che stabilisca standard o requisiti nutrizionali uniformi. Le testimonianze raccontano esperienze molto diverse: cibi confezionati e pane duro da un lato, ma anche porzioni abbondanti e piatti discreti in alcuni ospedali. Alcuni reparti hanno adattato i pasti alle esigenze religiose dei pazienti, un segnale positivo in un quadro complessivamente fragile.

Il problema principale resta l'assenza di personale stabile e qualificato: molte cucine dipendono da lavoratori precari con contratti brevi, mentre i sindacati chiedono assunzioni permanenti. Un nuovo sistema digitale di valutazione dei servizi ospedalieri, introdotto nel luglio 2025, ha raccolto già numerose lamentele sulla qualità dei pasti, confermando che la nutrizione ospedaliera è parte integrante della crisi del sistema sanitario greco, sempre più orientato alla privatizzazione.

### **Repubblica Ceca, abbondanza monotona e sprechi**

In Repubblica Ceca il cibo ospedaliero è considerato tradizionalmente poco appetitoso, anche se in lento miglioramento. Oggi è spesso possibile richiedere opzioni senza carne, ma il menù resta monotono: pasta e pane bianchi, carne, latticini e grassi predominano. Le porzioni sono abbondanti e una parte significativa viene sprecata.



Le linee guida del Ministero della Salute, aggiornate nel 2020, sono vincolanti per gli ospedali pubblici e solo raccomandate per quelli privati. Ogni struttura ha nutrizionisti incaricati di valutare il valore dietetico dei pasti. In generale il pranzo viene cucinato fresco, mentre colazione e cena si basano spesso su prodotti ultraprocessati e semilavorati.

*\*Questo articolo rientra nel progetto di giornalismo collaborativo europeo "Pulse" ed è stato realizzato con il contributo di Sarah Rost (Voxeurop, Francia), Christina Schmidt e Heidi Szepannek (Der Standard / Sisters of Mercy Hospital, Austria), Alina Neagu (HotNews, Romania), Eglė Kuktienė / Ieva Kniukštienė (Delfi, Lituania), Martina Bozukova (Mediapool, Bulgaria), Lena Kyriakidi (Ef.Syn., Grecia)*



Servizio Il progetto Argo

## Malattie rare: fino a 10 anni per una diagnosi, ecco gli indicatori per scoprirle prima

Le persone attendono in media fino a 5,4 anni per ottenere una diagnosi definitiva. La situazione si aggrava drammaticamente per le fasce più vulnerabili della popolazione

*di Cesare Buquicchio*

28 settembre 2025

Ci sono 22 campanelli di allarme, in gergo bandiere rosse o "red flags", comuni a tutte le malattie rare e che possono aiutare a ridurre la vera e propria odissea diagnostica che vivono pazienti e famiglie. Gli ultimi dati del Rare Barometer, pubblicati sull'European Journal of Human Genetics, infatti, dipingono uno scenario allarmante: le persone con malattia rara attendono in media fino a 5,4 anni per ottenere una diagnosi definitiva. La situazione si aggrava drammaticamente per le fasce più vulnerabili della popolazione.

### I dati sul ritardo nelle diagnosi

I bambini tra i 2 e i 10 anni devono aspettare mediamente 8,8 anni, mentre per gli adolescenti (10-20 anni) l'attesa si prolunga fino a 10,4 anni. Anche le donne risultano penalizzate rispetto agli uomini in questo percorso diagnostico. Tuttavia, uno degli elementi più incoraggianti emersi dalla ricerca dimostra che un corretto indirizzamento verso un centro specializzato può ridurre il tempo medio di attesa del 60%, un dato che sottolinea l'importanza cruciale di una diagnosi tempestiva.

### Il ruolo dei centri regionali

E proprio i Centri di Coordinamento per le Malattie Rare delle Regioni italiane si sono ritrovati tutti insieme a Napoli per il progetto Argo e hanno identificato per la prima volta questi 22 indicatori clinici e operativi che rappresentano altrettanti campanelli d'allarme. Tra le "red flags" più significative figurano l'attenta valutazione della storia familiare, la presenza di cluster di malformazioni congenite, manifestazioni insolite di malattie comuni, ritardi o regressioni nello sviluppo neuroevolutivo e patologie gravi senza spiegazione evidente. Questi segnali, quando valutati insieme, possono fare la differenza nel percorso diagnostico, permettendo di comporre quel "puzzle" complesso che caratterizza le malattie rare.

### La voce delle famiglie e delle associazioni

Come sottolinea Francesca Squillante, presidente dell'Associazione Famiglie e Pazienti affetti da mutazione del gene PCDH19 «nelle malattie con esordio precoce la diagnosi tempestiva è cruciale perché consente alle famiglie di garantire interventi multidisciplinari che possono migliorare da subito la qualità di vita di bambine e bambini». Il successo nell'identificazione precoce delle malattie rare dipende in larga misura dalla preparazione dei professionisti sanitari di primo contatto. Medici di famiglia, pediatri e operatori del pronto soccorso rappresentano la prima linea

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



nella lotta contro il ritardo diagnostico, ma necessitano di formazione specifica per sviluppare quella “cultura del sospetto” indispensabile per riconoscere questi segnali e indirizzare pazienti e famiglie al centro di riferimento. «Nei pronto soccorso effettuiamo 20 milioni di visite all'anno e, al netto delle difficoltà che i professionisti affrontano giorno e notte in emergenza, è importante che questi elementi di conoscenza e consapevolezza siano nel loro bagaglio professionale per creare percorsi verso i centri malattie rare per pazienti e famiglie» spiega Fabio De Iaco, Direttore S.C. MEU1, Ospedale Maria Vittoria Torino e Past President SIMEU.

### **La formazione dei professionisti: chiave per il cambiamento**

Il progetto Argo punta proprio a potenziare questa formazione, fornendo strumenti operativi concreti per trasformare la conoscenza scientifica in pratica clinica quotidiana. L'iniziativa prevede anche l'utilizzo di nuove tecnologie per accorciare il percorso diagnostico e l'aumento del numero di centri specializzati. Il professor Giuseppe Limongelli, direttore del Centro di Coordinamento Malattie Rare della Regione Campania e responsabile scientifico del progetto, sottolinea come l'obiettivo sia «mettere insieme i massimi esperti per definire gli indicatori trasversali da cercare nella storia clinica dei pazienti». Davide Cafiero di Helaglobe, la società di ricerca che supporta il progetto, aggiunge che «la sfida è trasformare la conoscenza scientifica in strumenti operativi capaci di aiutare i professionisti sanitari».

Servizio L'allarme

## Boom di casi di fegato grasso (+15%): ecco esami e controlli da fare e il ruolo dell'IA

E' una patologia caratterizzata da un accumulo abnorme di lipidi nelle cellule epatiche che può avere gravi conseguenze: dalla cirrosi epatica al tumore

*di Francesca Indraccolo*

28 settembre 2025

E' allarme tra gli esperti per l'incremento dei casi di "fegato grasso". La steatosi epatica, o Masld (Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease), colpisce circa il 38% della popolazione adulta a livello globale, il 15 per cento in più rispetto alle diagnosi di vent'anni fa. A fronte di questa diffusione, la Masld conquista il primato della malattia epatica più diffusa al mondo, oggi riconosciuta come una vera emergenza di salute pubblica. E' una patologia caratterizzata da un accumulo abnorme di lipidi nelle cellule epatiche (epatociti) che può avere gravi conseguenze, in quanto può evolvere in cirrosi epatica e favorire l'insorgenza di tumori del fegato. Il tema è stato al centro del XVII Convegno nazionale del Club epatologi ospedalieri (Cleo) che si è appena chiuso a Foggia, intitolato "L'epatologia nell'era dell'Intelligenza Artificiale: spunti e riflessioni", che ha riunito esperti da tutta Italia per discutere delle novità in questo settore.

"In Italia – spiega Rodolfo Sacco, direttore della Struttura Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva del Policlinico di Foggia e Presidente Cleo - si stima che tra il 20-40% della popolazione presenti la malattia da fegato grasso, in pratica 1 italiano su 2-5. La forma più frequente di steatosi non correlata all'alcol è quella identificata con l'acronimo Masld e associata a una o più condizioni di disfunzione metabolica come obesità, diabete mellito di tipo 2, ipertensione arteriosa, alterazione dei lipidi, in particolare dall'incremento dei trigliceridi".

### Gli esami e i controlli per diagnosticare la patologia

La steatosi epatica è una malattia subdola, in quanto non dà segni o sintomi e pertanto è spesso misconosciuta. E non è solo un problema degli adulti. Circa il 3-12% dei bambini normopeso ha il fegato grasso e tale frequenza sale al 70% nei bambini sovrappeso o obesi. "Per formulare la diagnosi – specifica il professor Sacco – bisogna partire da una valutazione degli esami del sangue, in particolare dei valori degli enzimi del fegato come le transaminasi e gli enzimi di colestasi, ovvero GGT e fosfatasi alcalina, e di quelli che riguardano l'assetto metabolico come glicemia, colesterolo, trigliceridi, Ldl, e Hdl). E' necessaria anche l'ecografia dell'addome". E' fondamentale inquadrare la patologia e monitorarla nel tempo. Il "fegato grasso", soprattutto se non diagnosticato nei pazienti maggiormente a rischio quali i diabetici e gli obesi può favorire l'insorgenza di uno stato infiammatorio del fegato - l'epatite - che si associa all'infarcimento grasso già presente. "Questa condizione – aggiunge lo specialista - viene definita internazionalmente come Steatoepatite Associata ad alterazione Metabolica e conosciuta con l'acronimo Mash, dall'inglese Metabolic-associated steatohepatitis, ed è quella che può progredire verso la cirrosi epatica e condizionare l'insorgenza, nel fegato cirrotico, del tumore del fegato". Oggi il trattamento



della Mash può contare su un nuovo farmaco per prevenire l'insorgenza della cirrosi epatica che agisce come agonista selettivo del recettore beta dell'ormone tiroideo e riduce il grasso epatico, l'infiammazione e la fibrosi migliorando anche i livelli di colesterolo Ldl e dei trigliceridi.

## **I corretti stili di vita e il ruolo dell'IA per la medicina personalizzata**

Per prevenire il “fegato grasso” e i conseguenti danni d'organo è fondamentale lo stile di vita. “E' raccomandata una dieta sana e bilanciata, che non deve essere ricca di grassi, zuccheri e alimenti ultra processati. Il modello è quello della dieta mediterranea. Imprescindibile inoltre è l'attività fisica. Bastano almeno 30 minuti al giorno di camminata a passo svelto”, aggiunge Sacco. La diagnosi e la cura del “fegato grasso” e in generale delle patologie epatiche dispongono di nuove armi anche grazie allo sviluppo delle tecnologie e dell'impiego dell'Intelligenza Artificiale.

“Un'applicazione comune dell'IA in ambito medico – sottolinea il professore - è la diagnostica per immagini assistita da computer. Questa tecnologia che analizza gli esiti di risonanze magnetiche, tac o ecografie può supportare i medici nell'effettuare diagnosi più accurate e rapide, identificando anomalie o pattern con immagini radiologiche, scansioni Tc e Rm e test di laboratorio”. L'IA può analizzare i dati dei pazienti, come la loro storia clinica e genetica e le risposte ai trattamenti precedenti, per suggerire piani terapeutici personalizzati e può migliorare molti aspetti anche in termini di aderenza terapeutica.

## **Un nuovo strumento per l'analisi delle biopsie**

Proprio quest'anno, l'Agenzia Europea del Farmaco (Ema) ha dato il via libera all'uso di un innovativo tool basato sull'IA per analizzare le biopsie del fegato. Addestrato su oltre 100.000 annotazioni di 59 patologi e su più di 5.000 biopsie provenienti da nove trial clinici, il software ha dimostrato di valutare con elevata affidabilità infiammazione e fibrosi, riducendo la variabilità diagnostica rispetto allo standard convenzionale (confronto tra tre patologi). In Italia è in partenza lo studio nazionale Ita-Masld, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità con la partecipazione del Cleo. L'obiettivo è raccogliere dati di real world evidence in modo prospettico e capillare.

«L'innovazione tecnologica rappresenta una svolta epocale per la medicina e la nostra comunità epatologica deve farsi trovare pronta a coglierne i frutti. Le nuove tecnologie come l'Intelligenza Artificiale, che non potrà però mai prescindere dall'Intelligenza Naturale, ci offrono opportunità senza precedenti per individuare le malattie in fase precoce e personalizzare le cure, cambiando in meglio la storia naturale di queste patologie”, conclude Sacco.



Servizio Giornata del cuore

## **Novartis: accordi con le Regioni e più ricerca contro il rischio cardiovascolare**

Siglati otto accordi e avviati numerosi progetti di collaborazione sul territorio: nel Lazio nasce un ambulatorio dedicato alle dislipidemie

*di Ernesto Diffidenti*

26 settembre 2025

La spesa annuale per le malattie cardiovascolari nell'Unione europea è di circa 282 miliardi di euro, pari al 2% del Pil, distribuiti tra assistenza sanitaria, sociale e perdita di produttività. In Italia, il costo pro-capite (726 euro) è superiore alla media europea (630 euro) e complessivamente supera i 40 miliardi di euro con circa 220mila decessi ogni anno.

### **Il ruolo della diagnosi precoce e della prevenzione**

Eppure, investire su questa emergenza sanitaria è possibile: secondo uno studio pubblicato su The Lancet, diagnosi precoce e interventi di prevenzione primaria e secondaria potrebbero portare a ridurre le morti per malattie cardiovascolari nel mondo dell'82% entro il 2050, salvando 8,7 milioni di vite ogni anno. In questa direzione, l'Ue ha assegnato 53 milioni di euro nell'ambito del programma di finanziamento EU4Health, all'interno di Next Generation EU, con l'obiettivo di sviluppare piani nazionali sulle malattie cardiovascolari e il diabete. In questa prospettiva si inserisce il Piano strategico nazionale per la salute del cuore, sviluppato dalle società scientifiche, e l'impegno nella ricerca delle industrie farmaceutiche. "Oggi il nostro impegno si concentra sul controllo del colesterolo LDL, principale fattore di rischio per queste malattie, dove abbiamo aperto a nuove prospettive terapeutiche – spiega Valentino Confalone, amministratore delegato Novartis Italia, commentando i dati in occasione della Giornata mondiale del cuore che si celebra il 29 settembre - . In quest'area stiamo conducendo uno dei programmi clinici più estesi mai condotti, che coinvolge oltre 60mila pazienti in più di 50 Paesi. In Italia vogliamo contribuire a ridurre del 25% le morti per malattie cardiovascolari, con un impatto concreto sulla vita di milioni di persone e delle loro famiglie".

### **Nel 2024 condotti in Italia 199 studi clinici**

E' proprio nell'area cardiovascolare peraltro la multinazionale continua a sviluppare il polo di Torre Annunziata che rappresenta un asset strategico. Entro il 2028 Novartis Italia prevede di investire oltre 150 milioni di euro in ricerca e sviluppo. Nel 2024 l'azienda ha e condotto in Italia 199 studi clinici, che hanno interessato tutte le principali aree terapeutiche e che hanno coinvolto complessivamente 2.300 pazienti, in 1.00 centri ospedalieri universitari. "Negli ultimi due anni abbiamo siglato 8 accordi regionali e vari progetti di collaborazione – spiega Confalone - che hanno condotto a primi importanti risultati, come quelli raggiunti in Lazio grazie alla stratificazione per rischio cardiovascolare realizzata su 1,3 milioni di cittadini, nell'ambito del protocollo d'intesa tra l'Asl Roma 2 e Novartis, focalizzato sulle dislipidemie. A partire dai risultati

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

emersi, la Asl Roma 2 ha delineato uno specifico percorso di salute, con l'apertura presso l'Ospedale Sandro Pertini di un ambulatorio dedicato alle dislipidemie. Mi auguro che questo progetto possa rappresentare un esempio virtuoso anche per altre realtà". Altri progetti sono attivi in Sicilia con il progetto SiCura (Soluzioni Integrate per la Cura delle Dislipidemie), realizzato dall'Azienda sanitaria provinciale (ASP) di Enna per migliorare la gestione delle dislipidemie sul territorio attraverso un nuovo modello di medicina basata sul valore e in Campania dove a gennaio 2025 è stata firmata la lettera d'intenti di collaborazione tra Regione Campania e Novartis Italia per attuare programmi mirati a ridurre gli eventi cardiovascolari per i cittadini più a rischio e i tassi di mortalità regionali: quasi 21mila decessi ogni anno.

### **Intervenire sul payback per continuare a competere**

Ma le attuali tensioni commerciali, con l'introduzione dei dazi, e un complesso contesto geopolitico potrebbero rallentare il lavoro e l'impegno delle aziende farmaceutiche in Italia. "Serve la decisa volontà di invertire la rotta e sostenere l'innovazione, che va riconosciuta per il beneficio clinico, ma anche per il valore economico e sociale che ricopre - spiega Confalone -. Le soluzioni esistono, ma non c'è tempo da perdere". Dunque, occorre rimuovere il payback farmaceutico "che rappresenta oggi uno dei più urgenti rischi per la capacità dell'Italia di competere e progredire in un contesto internazionale sempre più complesso". Per alcune aziende il payback pesa fino al 16% del fatturato e secondo le stime nel 2025 supererà i 2 miliardi di euro, con un inevitabile impatto sulla possibilità per le aziende di continuare a investire in Italia, in ricerca e occupazione. "L'Italia - conclude Confalone - non può perdere il suo ruolo di leader in un settore che nel 2024 ha prodotto 56 miliardi, di cui 54 destinati all'export".





Servizio Indagine Doxa

## **Disturbi mentali, cresce il pregiudizio e giovani più fragili davanti ai social**

In soli tre anni si abbassa la percentuale di quanti ritengono curabile la malattia psichiatrica mentre il 36% degli italiani si vergognerebbe di avere un problema e quasi la metà degli under 35 considera la diversità un rischio

*di Barbara Gobbi*

26 settembre 2025

Quasi quattro persone su dieci si vergognano all'idea di avere un disturbo mentale mentre cresce la percezione di vulnerabilità nei giovani tra i 14 ai 24 anni, ritenuti più a rischio (dal 39% della precedente rilevazione di tre anni fa al 47% attuale), in un contesto in cui la percentuale di quanti considerano la malattia mentale curabile scende dal 66% al 60% e resta alto il livello di stigma. E i social, specchio e cortile virtuale, non aiutano. Anzi.

### **Vince il pregiudizio**

A tracciare un quadro di maggiori pregiudizi verso la salute mentale ma anche di insicurezze legate ai social media è l'indagine realizzata da Doxa per la IV edizione del Festival della salute mentale Ro.Mens, organizzato dalla Asl Roma 2 dal 1 al 7 ottobre - con tanto di mostra fotografica alla Galleria nazionale d'Arte moderna della Capitale - proprio per valorizzare l'inclusione e contrastare lo stigma. «Una mission quanto mai necessaria - commenta il direttore del Dipartimento Salute mentale Massimo Cozza - viste le percentuali che sono quasi tutte in aumento rispetto all'ultima indagine del 2022. Constatiamo un quadro preoccupante sul persistere e l'aggravarsi dei pregiudizi verso le persone con disturbi mentali».

«La ricerca – sottolinea Silvia Castagna, Responsabile relazioni istituzionali e grandi clienti Doxa – conferma che lo stigma cresce e i social pesano sempre di più sul benessere dei giovani: servono più digital e AI literacy, come previsto dall'articolo 4 della nuova normativa sull'intelligenza artificiale, educazione alla diversità e ai sentimenti per invertire la rotta».

### **Lo dico allo specialista**

Unico dato in controtendenza, la fiducia negli specialisti: il 76% degli intervistati in un campione rappresentativo di mille persone tra i 18 e i 65 anni se avesse un disturbo mentale preferirebbe parlarne con un professionista: psicologo, counselor o psichiatra ma c'è anche un 58% che si confiderebbe in famiglia mentre uno su tre si rivolgerebbe ad amici e conoscenti e solo uno su 10 a una piattaforma on line o a un forum anonimo, mentre poco sotto (8%) c'è chi pensa a una figura religiosa o spirituale.

### **Distanze in aumento**

Per il resto, la strada è tutta o quasi in salita: rispetto ai dati riferiti alla prima edizione di Ro.Mens del 2022, le persone con disagio psichico sono ritenute più pericolose per sé (dal 65% al 72%), e per gli altri (dal 48% al 55%), più aggressive e violente (dal 55% al 63%) e meno rispettose delle regole condivise (dal 49% al 55%).

### **Timori da social**

La seconda parte dell'indagine Doxa riferita alla salute mentale riferita alla vita on line descrive un quadro tutt'altro che confortante: lo zoom sulla fascia 18-34 anni (con Instagram che in assoluto è il più consultato anche più volte al giorno per il 65% degli intervistati) svela - sottolineano gli esperti - come i social incidano profondamente sull'autopercezione: il 47% pensa che "siamo ciò che mostriamo"; il 59% sceglie di pubblicare solo il meglio di sé, il 57% si riconosce nell'immagine che dà online.

Un 77% ritiene che sui social "tutti finiscono per sembrare uguali". E un preoccupante 67% crede che mostrarsi davvero per ciò che si è faccia apparire "strani" e il 59% che la diversità rappresenti un rischio e non un valore, mentre quasi la metà (49%) teme di essere giudicato se si mostra diverso.

### **Mostrarsi in forma**

Più della metà (53%) afferma che il proprio benessere mentale è condizionato dall'obbligo di mostrarsi sempre al meglio. Il 50% del campione è influenzato dal tempo speso online e il 45% percepisce di essere influenzato dai commenti e dai like ricevuti. Un giovane su quattro (26%) dichiara di essersi sentito insicuro del proprio aspetto fisico dopo aver visto immagini o contenuti sui social.

IL PIEMONTE E I PRO VITA

Quei fondi a pioggia  
contro l'aborto

CHIARA SARACENO

In vista della odierna giornata mondiale sull'aborto sicuro, un Rapporto del gruppo Medici del Mondo, presentato alla Camera dei Deputati il 23 settembre denuncia che in Italia manca da anni un monitoraggio sistematico e aggiornato sull'attuazione della legge 194 sull'in-

terruzione volontaria di gravidanza (IVG), benché sia previsto dalla stessa legge. - PAGINA 20

Il diritto all'interruzione di gravidanza in molte zone del Paese non è garantito. In Piemonte concessi finanziamenti senza controlli alle associazioni pro-vita

# Troppe le falle della legge 194 Fondi a pioggia contro l'aborto e genitorialità senza sostegno

L'ANALISI

CHIARA  
SARACENO

In vista della odierna giornata mondiale sull'aborto sicuro, un Rapporto del gruppo Medici del Mondo, presentato alla Camera dei Deputati il 23 settembre denuncia che in Italia manca da anni un monitoraggio sistematico e aggiornato sull'attuazione della legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), benché sia previsto dalla stessa legge. Una mancanza di dati che insieme alimenta e oscura le disuguaglianze. Tragica è infatti la scarsità e diseguale distribuzione territoriale dei consultori, che pure costituiscono il canale principale per accedere all'IVG, così come quella

dei medici non obiettori. La mancanza di dati aggiornati e disaggregati anche a livello infra-regionale non riguarda solo la disponibilità delle condizioni necessarie perché il diritto ad abortire a norma di legge sia effettivamente garantito, le caratteristiche delle donne che lo richiedono, le tecniche (chirurgica o farmacologica) che vengono utilizzate e le motivazioni addotte per giustificare l'una o l'altra. Riguarda anche un'altra parte della legge, spesso evocata da chi è contrario all'IVG, rispetto alla quale i consultori hanno una funzione cruciale: la messa in opera, in collaborazione con gli enti locali ed eventualmente con enti di terzo settore, di tutte le azioni e interventi necessari per far superare le cause, economiche, familiari o sociali, che impediscono alla donna di portare avanti la gravidanza, vincolando

quindi la sua libertà di scelta. Un compito che richiederebbe, oltre ad una diffusione capillare dei consultori, un rafforzamento della loro fisionomia multidisciplinare. Due aspetti che, invece, hanno conosciuto negli anni una progressiva riduzione.

Per attuare questa parte della legge, la Regione Piemonte ha invece scelto la via del finanziamento diretto, tramite bando, di enti del terzo settore: non più visti, quindi, come collaboratori dei consultori su que-





sta materia, ma come attori privilegiati, anche (soprattutto?) quando esplicitamente anti-abortisti. Nel 2022 è stato istituito un "Fondo vita nascente" di 460.000 euro, destinato a "Enti del terzo operanti nel settore della tutela materno-infantile per la promozione e realizzazione di progetti di accompagnamento individualizzati finalizzati alla promozione del valore sociale della maternità e al sostegno delle gestanti ed alla tutela della vita nascente". Una scelta controversa e molto discussa per diversi motivi. Ma è stata almeno efficace rispetto all'obiettivo esplicito, ovvero il contrasto all'IVG per motivi economici e il sostegno nei primi anni di vita? I dati disponibili per il primo anno non offrono purtroppo informazioni utili in merito. Lo documenta un dettagliato Libro bianco ad opera della rete per l'autodeter-

minazione "più 194 voci" presentato ieri a Torino. Dipende in parte dalla formulazione del bando, in parte dal contrasto tra criteri e requisiti stabiliti nel bando e quanto è avvenuto realmente in tutte le fasi, dall'erogazione fino alla documentazione finale. Per quanto riguarda il primo punto, mancano nelle relazioni finali, anche perché il bando non conteneva indicatori specifici in materia, dati cruciali quali stato e mese di gravidanza delle donne assistite, presenza di un bimbo piccolo. La valutazione della condizione economica sembra avvenuta in modo informale e con criteri eterogenei, così come quella della situazione familiare. Tutto ciò rende difficile, se non impossibile, stabilire l'efficacia del tipo di strumento preventivo adottato rispetto alla finalità primaria che il Fon-

do si proponeva: evitare una IVG dovuta a cause esclusivamente economiche. Per quanto riguarda il secondo punto, il bando richiedeva che per ottenere il finanziamento le associazioni presentassero progetti molto dettagliati sia sul piano delle azioni che intendevano sviluppare sia di personale impegnato, sia dei costi da sostenere. Ciononostante, è stato assegnato lo stesso importo a tutte le 15 associazioni che hanno partecipato al bando, indipendentemente dal progetto presentato e dall'importo richiesto, oltre che senza verifica dell'idoneità organizzativa e professionale a svolgere le azioni proposte. Di conseguenza, 4 progetti sono stati sostanziosamente sotto-finanziati, mentre 10 hanno ricevuto più di quanto avevano richiesto. Inoltre, tre sono stati finanziati nonostante mancasse il dettaglio della parte finanzia-

ria. A ciò si aggiunga che il finanziamento è stato erogato per intero ad inizio progetto, senza attendere rendicontazioni intermedie e finali di qualche tipo. Non sorprende, quindi, che alcune delle relazioni e rendicontazioni finali siano generiche e largamente incomplete. Più che finanziare attività di contrasto all'IVG, sembra quindi che il Fondo sia stato usato per finanziare a pioggia un certo numero di associazioni, alcune delle quali esplicitamente anti-abortiste. Una torsione delle finalità forse utile sul piano elettorale, ma dubbia su quello del contrasto all'IVG per motivi economici e del sostegno alla genitorialità. Non è così che andrebbe speso denaro pubblico. —

Non si sono rimosse le cause economiche e sociali che spingono le donne a non fare figli

Gli aiuti ai consultori sono serviti più sul piano elettorale che su quello concreto



ALBERTO DANNA

**Diritti**  
La Legge 194 del 22 maggio 1978 è la legge che disciplina l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e la tutela sociale della maternità



## NEI PRONTO SOCCORSO Ospedali come ring Boom di aggressioni

a pagina 16



Il 62,9% riguarda il personale infermieristico (era il 57%) e il 22,7% quello medico (prima era il 18%)

# Le corsie degli ospedali come ring Nel Lazio oltre mille atti di violenza

*In un anno colpiti 1.156 operatori. Più 50,9 per cento e due casi su tre contro le donne*

... L'ultima aggressione è stata denunciata nelle settimane scorse all'ospedale Sant'Andrea: un'infermiera è stata colpita con la stampella da un degente. «Mentre prestava assistenza a un paziente - ha denunciato il sindacato Confindustria-Sanità - il compagno di stanza ha tolto la protezione di gomma alla sua stampella e la ha colpita a un fianco, solo l'intervento di un collega e della polizia hanno evitato il peggio».

Lo scorso anno nel Lazio le vittime sono aumentate del 50,9%. E, in oltre 2 casi su 3, ai danni delle donne. Atti di violenza, sia verbale (in 7 episodi su 10) che fisica, contro gli operatori sanitari. I più colpiti in prevalenza sono infermieri (in 6 casi su 10) e medici che operano nei Pronto soccorso e nei reparti psichiatrici. Sono queste le cifre del Rapporto sul 2024 stilato dall'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie». Nel Lazio il numero degli atti di violenza a danno de-

gli operatori sanitari «è stato di 1.156, per un totale di 1.840 operatori coinvolti.

Si tratta di un dato in netto aumento rispetto all'anno precedente, relativamente sia al numero di episodi (+43%) sia al numero di operatori coinvolti (+50,9%)», ha quantificato la Regione. Che ha sottolineato come «il 68% degli operatori coinvolti è di sesso femminile, in aumento rispetto al 65,4% dello scorso anno». Mentre, relativamente alla qualifica, «il

62,9% delle aggressioni riguarda il personale infermieristico (era il 57%) e il 22,7% quello medico (era il 18%)». La

distribuzione delle segnalazioni per giorno della settimana mostra che «l'88% circa delle aggressioni avviene durante i giorni feriali e il 12% in quelli festivi», per la metà dei casi durante il turno mattutino, segui-

to da quello pomeridiano (nel 36,2% dei casi) e notturno (14%). Però sono scese le segnalazioni di casi negli ospedali, che rappresentano «il 54,7% del totale, in netto calo rispetto al 69% del 2023 - sottolinea la Regione - a testimonianza di un miglioramento della

cultura della segnalazione da parte delle strutture territoriali che arrivano al 45,2%, in deciso aumento rispetto al 31% dello scorso anno». Però, all'interno degli ospedali, «si conferma la netta prevalenza di aggressioni nel Pronto soccorso, che arrivano al 41,5% (sostanzialmente stabili rispetto al 40% del 2023) e nei servizi psichiatrici (Spdc, col 15,9%, in





aumento rispetto al 13% dell'anno precedente)», ha evidenziato la Regione. La quale ha indicato all'Osservatorio ministeriale anche la distribuzione per tipo di aggressione avvenuta, con «la netta prevalenza di quelle verbali (circa il 70% dal 67% del 2023) rispetto a quelle fisiche (pari al 24,5% in calo dal 28,2%

dell'anno precedente)». Indicando anche il tipo di aggressore: «Si conferma la netta prevalenza dell'utente-paziente, seguita dalla figura del parente (25,2%)». Tant'è che il sindacato infermieristico Nursind ha chiesto che venga sempre assicurato un «presidio costante delle forze

dell'ordine all'interno dei Pronto soccorso, garantendo la loro presenza su tutto l'arco delle 24 ore».

**ANT. SBR.**

*L'identikit*

*Nel 25,2 per cento degli episodi a dare in escandescenza nei Pronto soccorso sono i parenti dei pazienti*

**24**

**Ore**

Il sindacato Nursind chiede la presenza tutto il giorno delle forze dell'ordine dentro i reparti di emergenza



**Allarme** È contenuto nel Rapporto sul 2024 stilato dall'Osservatorio nazionale sulla Sicurezza degli esercenti le Professioni sanitarie e socio-sanitarie





**CAMICI BIANCHI NEL MIRINO**

## **Botte ai sanitari 118 «Dotate anche noi delle bodycam»**

**Sbraga a pagina 16**

**CAMICI BIANCHI NEL MIRINO**

Medici, infermieri e barellieri delle ambulanze vittime di aggressioni fisiche e verbali

# **Botte ai sanitari del 118 «Dotateci di bodycam»**

*L'allarme dell'Ares dopo l'aumento di episodi di violenza*

**ANTONIO SBRAGA**

... Ora anche l'Ares 118 «chiama» i soccorsi. Non l'ambulanza, ma la vigilanza. A causa delle «crescenti segnalazioni di episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari durante l'espletamento delle attività di soccorso», infatti, l'azienda regionale dell'emergenza-urgenza ora ritiene opportuno «dotare gli operatori Ares 118 di strumenti idonei a tutelare la propria incolumità e documentare eventuali situazioni di pericolo». Medici, infermieri, barellieri e autisti degli equipaggi di ambulanze e automediche indosseranno le bodycam, le micro-videocamere che verranno installate sulle divise per documentare «aggressioni fisiche o verbali». Quelle sempre più crescenti ricevute «da parte della

persona soccorsa o di familiari presenti sul luogo all'arrivo del servizio di emergenza-urgenza». Oppure da parte della «persona soccorsa durante il trasporto, con atti violenti nei confronti

del guidatore». Ma anche dai «pazienti aggressivi a causa di uso di sostanze stupefacenti». O quando sono chiamati a intervenire nelle risse e aggressioni fisiche tra pazienti, tra pazienti e operatori sanitari e tra visitatori e operatori sanitari all'interno del Pronto soccorso. Tante le casistiche affrontate finora e, per questo motivo, adesso entrerà in azione questa sorta di Sala «Var» da codice, e non da cartellino, rosso e giallo. Perché il dispositivo indossato dall'operatore del 118 «prevede l'attivazione della bodycam mediante pressione di più tasti funzione agilmente posizionati sulla

sagoma» visibile a tutti. Non solo, ma il dispositivo conferma l'avvenuta attivazione «mediante l'emissione di un segnale, sia sonoro che luminoso», nella speranza che agisca anche come deterrente per i malintenzionati. I contenuti generati, in ogni caso, vengono memorizzati sulla memoria locale del dispositivo «per essere poi trasferiti, tramite apposita postazione (docking station) nell'archivio centrale in cloud», ossia la rete globale dei server informatici, situati in un data center. Una sorta di «grande fratello» che però, scrive l'Ares 118, sarà comunque «rispettoso delle indicazioni del Garante per la Protezione dei dati personali rila-



sciate attraverso pareri e provvedimenti sul tema». Il regolamento varato dall'Ares 118 prevede l'attivazione delle bodycam «esclusivamente nelle gravi situazioni di rischio». Che sono sempre più ricorrenti: «Gli episodi di violenza e vandalismo rappresentano un fenomeno che si ripete nel tempo - scrive l'Ares 118 - è ormai da considerarsi una criticità quotidiana, la quale ha avuto un deciso aumento con l'esperazione generale causata dallo stato di isolamento dovuto

dalla pandemia che ha inevitabilmente determinato un aumento delle patologie legate ai disturbi dell'umore e a una maggiore aggressività verso gli operatori sanitari». Quelli di Ares 118 sono oltre 2.000 tra operatori tecnici e sanitari, appartenenti a quattro centrali operative dislocate sul territorio con una flotta di 260 mezzi, con una media giornaliera di circa 1.300 interventi.

*L'azienda  
«È una criticità  
che ormai si ripete  
quotidianamente  
ed è in aumento»*

**2000**

**Operatori**  
Tanti sono  
i sanitari  
e i tecnici  
appartenenti  
a quattro centrali  
operative



Dir. Resp.: Luciano Fontana

**Il ruolo dei privati****L'Aiop: serve  
un confronto  
sulla sanità**

**U**na giornata di confronto tra pubblico e privato «perché la sanità italiana ha bisogno di visione e di collaborazione e noi intendiamo continuare a offrire occasioni di confronto aperto per costruire insieme un futuro più forte e inclusivo». È quanto ha

dichiarato il presidente di Aiop (l'Associazione ospedalità privata) del Lazio, Maurizio Pigozzi al termine del convegno che si è svolto giovedì al quale hanno partecipato il ministro della Salute Orazio Schillaci e il governatore Francesco

Rocca che si sono confrontati sul ruolo delle strutture private accreditate.





Dir. Resp.: Luciano Fontana

AL SANT'ANDREA

## Diagnosi e cure dei tumori: ora si usa l'AI

Nell'azienda ospedaliera Sant'Andrea è arrivata la piattaforma che usa l'Intelligenza Artificiale per la diagnosi e la cura dei pazienti oncologici. Rocca: «Come Regione continueremo a investire sulla digitalizzazione per offrire una sanità migliore ai malati del Lazio».

a pagina 7 **Salvatori**

# Sant'Andrea, con l'AI si cura il cancro

Rocca: così diagnosi precoci e assistenza più rapida, un aiuto per il malato e per il medico

In oncologia è fondamentale una diagnosi precoce e quanto più precisa. E per questo nell'azienda ospedaliera Sant'Andrea è stato siglato un accordo (con Ge HealthCare e con Tribun health) per accelerare i tempi di individuazione delle patologie tumorali e della loro successiva gestione a livello di interventi e di cure, grazie all'aiuto dell'Intelligenza Artificiale. Una piattaforma digitale che, mettendo in rete la radiologia e l'anatomia patologica di un ospedale che è punto di riferimento per casi oncologici complessi e ricerca traslazionale, migliora la connessione tra diversi specialisti che hanno tutti accesso immediato ai dati del paziente. Con l'unico obiettivo di migliorare sensibilmente gli esiti e lo sviluppo della malattia nei pazienti con un tumore, grazie a uno strumento di ultima generazione e a un approccio multidisciplinare immediato.

Quello messo in campo all'ospedale Sant'Andrea è il primo caso nel Lazio di *Full digital pathology*, e per la sua realizzazione è stato investito quasi 1 milione e mezzo, di cui all'incirca 800mila euro provenienti da fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr).

«L'accordo rappresenta un passo decisivo nella modernizzazione del nostro sistema sanitario. Il Lazio vuole essere protagonista della trasformazione digitale in sanità, e questa innovazione ne è la dimostrazione concreta — ha detto il presidente della Regione, Francesco Rocca —: significa infatti offrire ai pazienti oncologici diagnosi più rapide, precise e integrate». Una vera rivoluzione, secondo il governatore, che poi aggiunge: «Così si migliora la qualità delle cure e si rafforza il lavoro dei professionisti. Come Regione continueremo a sostenere investimenti in innova-

zione, ricerca e digitalizzazione, perché ogni paziente merita la migliore risposta assistenziale, oggi e nel futuro». All'interno della piattaforma un sistema di archiviazione e visualizzazione di dati radiologici, anatomopatologici, cardiologici e di medicina nucleare, consente l'utilizzo integrato di strumenti di Intelligenza Artificiale per il supporto diagnostico, la preparazione semplificata del *tumor board* e la collaborazione clinica da remoto con decisioni più rapide nei casi oncologici complessi.

«Questa implementazione, che consente ai medici di prendere decisioni più rapide e consapevoli, rappresenta un passo fondamentale nella trasformazione digitale del nostro ospedale», ha aggiunto Francesca Milito, direttore generale del Sant'Andrea. «Grazie a una simile innovazione — ha concluso Andrea Vecchione, direttore di Anatomia

patologica — cambia in modo sostanziale la pratica clinica quotidiana: non solo velocizza i tempi diagnostici, ma rende possibile una reale integrazione multidisciplinare, essenziale nei percorsi oncologici complessi».

**Cla. Sa.**

### Assistenza digitale

La piattaforma (costata 1 milione mezzo) mette in rete radiologia e anatomia patologica



Via di Grottarossa Una ambulanza davanti al Sant'Andrea



# “Mia figlia poteva salvarsi, voglio la verità”

di **LUCA MONACO**

Durante il parto non avevano messo a mia moglie la fascia per monitorare i valori vitali, hanno cercato di rianimare mia figlia facendole il massaggio cardiaco a mano, non c'era neanche il defibrillatore. Ci sono tante cose che non tornano,

ma aspetto di raccontarle al pm. Vorrei incontrare al più presto il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca, per chiedergli di usare la tecnologia per mettere finalmente in contatto il mondo delle case maternità con la sanità pubblica».

➔ a pagina 9



La casa della maternità di Testaccio in cui è morta la neonata

## “La mia bimba poteva salvarsi ma mancava il defibrillatore Rocca ora mi deve ascoltare”

Sandro Torella, padre della piccola Matilde deceduta nella casa della maternità a Testaccio, sarà sentito in procura

di **LUCA MONACO**

**D**urante il parto non avevano messo a mia moglie la fascia per monitorare i valori vitali, hanno cercato di rianimare mia figlia facendole il massaggio cardiaco a mano, non c'era neanche il defibrillatore. Ci sono tante cose che non tornano, ma aspetto di raccontarle al pm. Vorrei incontrare al più presto il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca, per chiedergli di usare la tecnologia per mettere finalmente in contatto il mondo delle case maternità con la sanità pubblica». Si commuove mentre parla Sandro Torella, 50 anni, attore di teatro e padre

della neonata che è morta venerdì 12 settembre nella casa maternità “Il nido”, in via Marmorata, a Testaccio, nel cuore di Roma. La procura di Roma ha indagato le due ostetriche per omicidio colposo. Adesso si attendono gli esiti delle analisi delegate all'anatomopatologo per capire se Matilde, così si chiamava la bimba, sia morta prima, durante o dopo il parto.

**Perché vuole incontrare Rocca?**

«Mia figlia non me la può restituire nessuno. Io e mia moglie stiamo vivendo un dolore che è impossibile da descrivere. L'unico modo che ho per trovare un po' di pace e sapere che quello che

abbiamo vissuto non possa capitare più a nessun altro».

**Sembra avere già un'idea da proporre al governatore.**

«Non sono un anticonformista. Quando mia moglie mi ha detto





che voleva partorire nella casa maternità ho iniziato a informarmi, sono andato alla Asl e mi sono fatto rilasciare tutti i permessi. La Regione Lazio agevola questa scelta garantendo un rimborso di 800 euro alle famiglie. Per questo mi sono sentito tutelato. Ma è stato l'ultimo contatto che abbiamo avuto con la sanità pubblica».

**A cosa si riferisce in particolare?**

«Se io adesso prendo in mano il cellulare e apro l'applicazione di casa, riesco ad accendere il forno da remoto. Però nell'ospedale più vicino credo che nessuno sapesse che mia moglie stava partorendo in quella struttura».

**Cosa si potrebbe fare per colmare questa mancanza?**

«Vorrei che venisse utilizzata la tecnologia in maniera tale che i medici dell'ospedale più vicino alla casa maternità possano seguire da remoto il parto e intervenire immediatamente in caso di problemi. Bisognerebbe trasmettere in tempo reale, all'ospedale, il monitoraggio del parto e registrare il tracciamento del battito cardiaco e gli altri valori».

**Non è andata così quel giorno.**

«Ricordo parola per parola la

chiamata che ho dovuto fare al 112, quando l'ostetrica mi ha detto: "Corri fuori, chiama i soccorsi". L'operatrice, al telefono, mi ha chiesto: "Quanti anni ha la bambina?". Adesso capite perché dico che queste due realtà devono essere messe assolutamente in contatto».

**Cosa è successo dentro quella stanza?**

«Guardi, ho visto tutto, ci sono delle indagini in corso e voglio prima essere ascoltato dai magistrati».

**C'era il defibrillatore?**

«Non ho visto nessuna strumentazione pronta per l'eventuale utilizzo, mi hanno fatto togliere la maglietta per abbracciare mia moglie. Hanno provato a rianimare Matilde facendole il massaggio cardiaco con le mani, non ho visto defibrillatori».

**È stato lei a chiamare la polizia?**

«Sono uscito di corsa a torso nudo, sono corso in cima alla salita e ho chiamato il 112. Ho avuto la freddezza di riuscire a farlo: mi hanno chiesto l'indirizzo, cosa fosse accaduto. È se in quel momento, mentre forse Matilde era già morta, non fossi riuscito a parlare?».

**Sarebbe stato comprensibile.**

«Appunto. Basterebbe un'applicazione che rilevi il problema in tempo reale, capace di avviare la macchina dei soccorsi. Così il ginecologo dell'ospedale può vedere il parto su uno schermo. Lo chiamerei "Metodo Matilde"».

**Un modo per ricordare per sempre sua figlia.**

«Chiamatelo come volete. Chiedo a Rocca di ricevermi al più presto affinché possa illustrargli la necessità che case maternità e ospedali vengano interconnessi».

**Cosa hanno sbagliato le ostetriche?**

«Ne parlerò con i pm, ma sono più arrabbiato per quello che è successo dopo che Matilde non c'era già più».



“Le tecnologie ci sono è assurdo che non siano utilizzate correttamente. I medici dell'ospedale devono poter seguire da remoto il parto per poter intervenire”

**I PUNTI**

**La tragedia del "Nido" di via Marmorata**

- 1** Venerdì 12 settembre, nella casa maternità "Il nido", in via Marmorata, a Testaccio, la tragedia: la piccola Matilde muore subito dopo essere stata partorita
- 2** La procura ha aperto un'inchiesta per omicidio colposo: le due ostetriche che hanno seguito il parto sono state indagate
- 3** La procura ha disposto diverse perizie per capire quando sia morta la bambina: se sia morta prima, durante o dopo il parto nella casa della maternità il Nido di Testaccio







Servizio Dall'ospedale al territorio

## Tra Alzheimer, tumori e riabilitazione la Campania dà ossigeno alla cronicità

*di Laura Viggiano*

26 settembre 2025

Dall'attuazione del Piano Alzheimer con 2,3 milioni alla sperimentazione di una presa in carico interaziendale per i tumori della cute fino alla revisione dei "tetti" per la riabilitazione, la Giunta campana ha varato un pacchetto di delibere mirate a rispondere alle esigenze dei pazienti cronici.

### Focus sull'Alzheimer

Terrà conto di quanto già fatto nel 2024 e proseguirà, con una dote complessiva di circa 2,3 milioni, il "Piano di attività per l'utilizzo del fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026" della regione Campania, già approvato dal ministero della Salute.

I fondi per l'attuazione sono stati attribuiti in bilancio l'anno scorso e per la prima annualità sono state accertate e impegnate risorse per oltre 311mila euro. Il piano prevede un'organizzazione che impegna non solo la Direzione Salute, ma anche la Asl Salerno, l'azienda ospedaliera-policlinico Federico II, la società So.Re.Sa. Sarà istituita una cabina di regia e le 15 aziende sanitarie nelle quali sono presenti "Centri disturbi cognitivi e demenze" parteciperanno alle attività programmate secondo gli indirizzi forniti dalla Direzione generale per la tutela della salute. Al policlinico Federico II è affidata quella che il Piano definisce linea strategica 4, la definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione per favorirne l'implementazione nella pratica clinica. Tenendo conto, anche in questo caso, dei risultati raggiunti con il precedente fondo. Secondo quanto previsto da una delibera varata dalla giunta regionale presieduta da Vincenzo De Luca, alla Asl di Salerno è stato affidato il compito di curare la procedura per l'acquisizione di figure professionali per tutte le aziende sanitarie della regione Campania, che dovranno fare test, raccolta e gestione dati. So.Re.Sa metterà a disposizione gli strumenti per la raccolta dati, i test e una piattaforma dedicata ai centri di disturbi cognitivi e demenze. Questo comporterà anche un attività di scambio di informazioni, il monitoraggio dei progetti, l'analisi dei dati, l'attivazione e la gestione di corsi di formazione. Tra gli obiettivi strategici restano quello di potenziare le possibilità di arrivare a una diagnosi precoce del disturbo cognitivo e lo sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica.

### Tumori cute a gestione interaziendale

La giunta della Campania ha anche dato il via libera alla sperimentazione, prima in Italia, di un Dipartimento oncologico interaziendale per i tumori della cute. Si tratta di un modello funzionale che integra aziende ospedaliere, Irccs e aziende sanitarie territoriali. E' pensato come cabina di regia interaziendale che, attraverso il coordinamento delle attività attua i principi della Rete oncologica campana nell'ambito dei tumori della cute. L'obiettivo è integrare le attività oncologiche legate ai tumori della cute, sia ospedaliere che territoriali, in un modello unico e

coordinato. Di fatto prova a rafforzare la Rete e ad affrontare casi specifici di criticità legate alla frammentazione dei percorsi o alla disomogeneità nella presa in carico e a una integrazione non ottimale tra ospedale e territorio. Il Dipartimento interaziendale, quindi, mira a garantire un percorso clinico assistenziale omogeneo, tempestivo ed efficace per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il follow-up dei pazienti con melanoma cutaneo o altri tumori maligni della cute. E' parte della rete oncologica regionale e ha una governance collegiale, che coinvolge tutte le aziende aderenti. Il responsabile del Dipartimento dura in carica tre anni, può essere rinominato una sola volta ed è chiamato a svolgere le sue funzioni a carattere gratuito. Al momento i soggetti coinvolti nella struttura organizzativa sono l'Aou Federico II, l'Irccs Pascale, l'Asl Napoli 1 Centro e l'Asl Benevento con il presidio ospedaliero Sant'Agata de' Goti. Inoltre, nella delibera è precisato che l'istituzione e il funzionamento del dipartimento faranno leva sulle risorse umane, strumentali e finanziarie già disponibili, senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale.

### **Riabilitazione potenziata**

Tra i provvedimenti approvati in una delle riunioni di giunta in fine mandato, anche quello che riguarda l'adeguamento dei volumi di prestazioni e i limiti di spesa per l'anno in corso, relativi alla riabilitazione territoriale. La regione rivede così le delibera 341, 407 e 545 del 2024 e adegua i tetti fissati anche considerando l'accreditamento di strutture avvenuto nell'ultimo anno, considerata la necessità di potenziare l'offerta regionale e di limitare la mobilità dei pazienti.

Per le nuove strutture accreditate dovranno essere stipulati dalle Asl i contratti, secondo il modello prestabilito.

Resta ferma la richiesta di rispettare il limite del 95% del tetto prestazionale e di spesa al 30 novembre, garantendo l'erogazione di prestazioni in convenzione anche nel mese di dicembre. Ogni Asl dovrà fissare volumi e valori massimi di prestazioni e spesa per i singoli centri accreditati. Complessivamente i volumi massimi annui di prestazioni acquistabili dai centri di riabilitazione operanti in ciascuna Asl, per i diversi regimi assistenziali, sono pari a 6.385.969.

# Sta male ma visita lo stesso muore medico di base

## “Troppi carichi di lavoro”

Maddalena Carta, 38 anni, stroncata da una malattia infettiva a Nuoro. «Era rimasta l'unico dottore a curare oltre 5mila assistiti»

di **ALESSANDRA ZINITI**

**H**a chiamato i soccorsi poco prima di perdere i sensi, dopo l'ennesima giornata in studio nonostante il malessere che accusava. Maddalena Carta, 38 anni, giovane medico di famiglia di Dorgali, centro di cinquemila abitanti in provincia di Nuoro, è morta stroncata dalle complicità di una malattia infettiva che aveva sottovalutato per non assentarsi dal lavoro. Trasportata in ospedale in elisoccorso e da lì in rianimazione, è spirata in 24 ore.

Dei tre medici di famiglia del paese era l'unica rimasta in servizio, con ben 1800 pazienti da seguire, visto che i suoi due col-

leggi erano entrambi in malat-

tia. Lei, invece, per abnegazione, è rimasta al lavoro. E ora la sua morte rilancia la polemica sull'assoluta inadeguatezza della sanità territoriale.

Il presidente della Federazione dell'ordine dei medici, Filippo Anelli definisce quella di Maddalena Carta «un'altra inaccettabile morte sul lavoro». «La giovane collega – dice – era rimasta l'unico medico di medicina generale a presidiare una comunità di cinquemila assistiti. Una comunità che non ha voluto lasciare, nonostante il malessere che la attanagliava. Alla sua salute ha anteposto la cura dei pazienti, e questo le è costato la vita. Lo Stato, in tutte le sue espressioni, ha il dovere e l'obbligo di mettere in atto provvedimenti per evitare morti come questa. È ora di dire basta: nessun medico deve essere lasciato solo a portare sulle sue spalle il peso insostenibile dell'assistenza a un intero paese». Territori sguarniti dei più essenziali presidi di assistenza. sovraccarichi

di lavoro insopportabili per chi è in servizio.

Anche la Federazione dei medici di medicina generale punta il dito contro il superlavoro: «Questo è il volto disumano del sovraccarico assistenziale. La morte della dottoressa Carta deve far riflettere sui carichi di lavoro richiesti ai medici di medicina generale, ancor più in territori nei quali le carenze sono enormi e l'assistenza ricade interamente sui medici di famiglia. Il presidente Mattarella e tutto il Paese ne riconoscano il valore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



★ Maddalena Carta, 38 anni, è morta per una malattia trascurata

### I NUMERI

## 5.500

#### I dottori che mancano

In Italia mancano 5.500 medici di medicina generale (dati Gimbe)

## 52%

#### Troppi pazienti

Oltre la metà dei medici di famiglia ha troppi assistiti

## 7.300

#### Medici anziani

Entro il 2027 andranno in pensione altri 7300 dottori







Servizio Governance

## **Sardegna: al via l'attuazione del piano oncologico e la riforma della rete chirurgica**

Approvata la delibera che punta a migliorare l'efficienza e l'uniformità delle cure per i pazienti oncologici: nasce un tavolo tecnico permanente

*di Davide Madeddu*

26 settembre 2025

Dalla Regione Sardegna via libera all'attuazione del piano oncologico e alla riorganizzazione della rete chirurgica. Il benestare al nuovo corso che interessa la sanità regionale arriva dall'esecutivo che ha approvato la delibera «per rafforzare l'attuazione del Piano Oncologico Regionale e riorganizzare la Rete Chirurgica, migliorando l'efficienza e l'uniformità delle cure per i pazienti oncologici». Fra le principali novità, la ridefinizione del Tavolo Tecnico Permanente per i Pdta oncologici, con esperti e referenti delle aziende sanitarie. Il provvedimento prevede, inoltre, un rafforzamento del ruolo del Tavolo come presidio metodologico e di integrazione operativa dei Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali garantendone omogeneità, monitoraggio e miglioramento continuo.

### **L'articolato sistema di governance della Regione**

«Negli ultimi anni la Regione ha definito un articolato sistema di governance della Rete Oncologica e della Rete Chirurgica, istituendo organismi di coordinamento, regolamenti operativi e linee di indirizzo per i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali e per i Centri di accoglienza e supporto – sottolinea Armando Bartolazzi, assessore regionale della Sanità -. L'esperienza maturata e l'evoluzione dei bisogni assistenziali rendono oggi necessari degli interventi mirati di rinforzo, al fine di garantire un sistema integrato, capace di garantire presa in carico uniforme, continuità assistenziale e miglioramento continuo della qualità».

Il tavolo fornirà inoltre supporto alla realizzazione dei PDTA a livello aziendale e interaziendale, in raccordo con le Direzioni sanitarie, le strutture di qualità e risk management e le associazioni dei pazienti. Tra le altre cose, verrà istituito il Tavolo Tecnico Regionale Cas (Centri di accoglienza e supporto), come organismo stabile di coordinamento delle funzioni dei Centri. «Il tavolo sarà composto da figure chiave - prevede il provvedimento - inclusi referenti del Cto, del governo delle liste d'attesa e delle reti di cure, referenti Cas delle Asl, Case Manager Infermieristici, referenti per l'epidemiologia e i sistemi informatici, e un referente delle Associazioni dei pazienti».

### **La riorganizzazione della Rete Chirurgica**

C'è poi la riorganizzazione della Rete Chirurgica, cui si procederà «valutando i mandati delle strutture sanitarie in base a volumi di attività e qualità, stabilendo soglie minime e benchmark per l'accreditamento, rafforzando l'integrazione tra ospedali di primo e secondo livello, monitorando performance e indicatori di esito e fornendo linee guida uniformi». Un coordinamento centrale che avrà il compito, fra l'altro, di analizzare le criticità emerse nei nodi della Rete e proporre soluzioni

operative, inclusa la revisione dei percorsi e la riallocazione delle attività, garantirà il governo della rete chirurgica. «Il Coordinamento dovrà definire e aggiornare i mandati dei presidi sulla base di volumi, qualità, soglie minime e benchmark regionali - prevede ancora la misura -. Dovrà inoltre facilitare la collaborazione tra le aziende sanitarie attraverso accordi di programma e collaborazioni strutturate, ed integrare la gestione delle liste d'attesa e l'uso delle sale operatorie».