

22 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

IL GAZZETTINO

20/09/2025

“ L'intervista Vittorio Morello

Sanità, i privati accusano: «Avanziamo 50 milioni dalla Regione Veneto»

Bordata numero uno: «Se va avanti così, non saremo più in grado di soddisfare le richieste che arrivano dai pazienti con il ticket, tempo un mese e avremo esaurito il budget». Bordata numero due: «Dicono che le liste d'attesa sono praticamente cancellate? A noi non risulta proprio, abbiamo ben altri numeri». Parla Vittorio Morello, presidente dallo scorso aprile della sezione veneta dell'Aiop, l'Associazione italiana ospedalità privata. «Sono succeduto al compianto ragionier Giuseppe Puntin, una grande persona, un grande punto di riferimento per la sanità privata». L'Aiop conta oltre 500 strutture ospedaliere in tutta Italia, di cui 23 in Veneto (più 14 Rsa), dal Pederzoli di Peschiera del Garda al Policlinico San Marco di Mestre. C'è anche un'altra associazione del privato accreditato ed è l'Aris, quella degli istituti religiosi. La premessa è che le strutture private, per le prestazioni erogate, sono pagate dalla Regione attraverso le Ulss. Il cittadino paga solo il ticket.

Presidente Morello, c'è chi dice che la Regione in questi anni via abbia privilegiato.

«Mi pare difficile visto che abbiamo solo il 18% del totale dei posti letto del sistema sanitario regionale. Però mi lasci dire che i pazienti che vengono in Veneto da altre regioni per farsi curare, per il 55% sono da noi. Il Veneto è terzo, dopo Emilia-Romagna e Lombardia, per attrattività, ma senza di noi il Veneto sarebbe a mobilità passiva».

È vero che non firmate la parte economica dei rinnovi contrattuali perché non avete soldi per il personale?

«Il ritardo cronico nei rinnovi contrattuali del personale è un nodo fondamentale perché mina motivazione e attrattività. Da oltre 7 anni non c'è il rinnovo del contratto di lavoro. Il punto è che il decreto legislativo 502 del 1992 prevedeva parità di trattamento tra pubblico e privato. E invece, dal 2011, stiamo subendo un blocco di tutti i nostri budget».

Cioè i soldi che la Regione tramite le Ulss dovrebbe darvi per garantire le prestazioni pubbliche?

«Esatto, solo che le tariffe della sanità privata accreditata sono ferme da 15 anni, non tengono conto dei costi e dell'innovazione. Il

“merito” è stato del governo Monti che con il decreto legge 95/2012 ha bloccato al 2011 gli stanziamenti che le Regioni potevano dare al privato accreditato. Anche se da anni chiediamo la parificazione dei contratti, da noi il personale - medici, infermieri, Oss - continua a essere pagato meno».

Non erano stati stanziati dei fondi nazionali?

«Sì, sette anni fa era stato deciso un aumento per infermieri e Oss che doveva essere coperto per il 50% dall'aumento delle tariffe. Ma in Veneto ci è stato garantito solo il 40%».

E quindi?

«Non ce la facciamo più. La speranza è che arrivi l'atteso provvedimento del Governo nel 2026 con un aumento delle tariffe per i ricoveri ospedalieri. Si consideri che dal 2011 ad oggi l'inflazione è aumentata del 26%. Il Fondo sanitario nazionale e regionale ha avuto un incremento del 25%. Noi, zero».

Ma il governo non aveva dato alle Regioni più fondi per il privato accreditato?

«Sì: +1% per il 2024, +3,5% per il 2025, +5% per il 2026. Soldi già

stanziati e assegnati. Ma il Veneto per il 2024 non ha dato nessun aumento, se non qualche residuo per il Pronto soccorso.

E nel 2025 non si è visto un centesimo. Sono circa 50 milioni per l'anno in corso, altri 70 per il 2026. Chiediamo: se i soldi ci sono e sono per noi, perché la Regione Veneto non ce li assegna? Noi siamo contenti che la Regione abbia messo 52 milioni per il personale sanitario pubblico, ma perché questo doppio binario?».

I maligni parlano di un “tesoretto” accantonato per il nuovo ospedale di Padova. È così?

«Lei lo dice. Noi non sappiamo dove i 50 milioni a noi destinati siano allocati nel bilancio del Veneto».

Al cittadino questo cosa comporta?

«Le liste d'attesa esistono. Quando il sistema si indebolisce, il prezzo non lo paga l'istituzione ma il cittadino: il vero azionista della sanità del Veneto».

Alda Vanzan

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SONO FONDI STATALI DESTINATI ALLE STRUTTURE ACCREDITATE MA NON SAPPIAMO DOVE SIANO FINITI

LISTE D'ATTESA ESAURITE? A NOI NON RISULTA IL PREZZO ALLA FINE LO PAGA IL CITTADINO



23 STRUTTURE
La casa di cura Città di Rovigo. Sotto, il presidente dell'Aiop Vittorio Morello



Attualità Perugia Todi

Domenica 28 settembre 34esima edizione della "Camminata della Speranza"

Set 20, 2025

Lunedì 22 settembre (alle ore 11), presso la sala Fiume di palazzo Donini a Perugia, sarà presentata la 34esima edizione della "Camminata della Speranza", in programma domenica 28 settembre con partenza ed arrivo a Deruta.

Interverranno:

- Michele Toniaccini, sindaco di Deruta;
- Madre Graziella Bazzo, direttrice generale del Centro Speranza di Fratta Todina;
- Giuseppe Antonucci, presidente dell'Associazione Madre Speranza Odv.

La manifestazione è promossa dal Centro Speranza di Fratta Todina con il patrocinio della Regione Umbria, delle Province di Perugia e Terni, dei Comuni di Perugia, Terni, Torgiano e 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.

Deruta ospita la 34^a Camminata della Speranza: presentazione il 22 settembre a Perugia

L'evento solidale del Centro Speranza torna domenica 28 settembre: inclusione, comunità e sostegno al centro della manifestazione

di Alessandro Pignatelli 20 Settembre 2025 12:34 [Commenta anche tu](#)

Sarà presentata lunedì 22 settembre alle ore 11, nella **Sala Fiume di Palazzo Donini a Perugia**, la 34^a edizione della **"Camminata della Speranza"**, **in programma domenica 28 settembre a Deruta**, con partenza e arrivo previsti nel cuore del borgo umbro.

La storica manifestazione è promossa dal Centro Speranza di Fratta Todina, realtà impegnata da decenni nella cura e nell'inclusione delle persone con disabilità. Un appuntamento che ogni anno **riunisce famiglie, operatori, associazioni e istituzioni**, offrendo un'occasione concreta per **camminare insieme, condividere valori e sostenere i diritti delle persone più fragili**.

I protagonisti della presentazione ufficiale

All'incontro di lunedì interverranno:

- **Michele Toniaccini**, sindaco di Deruta e presidente di Anci Umbria;
- **Madre Graziella Bazzo**, direttrice generale del Centro Speranza di Fratta Todina;
- **Giuseppe Antonucci**, presidente dell'Associazione Madre Speranza Odv.

La conferenza stampa sarà anche l'occasione per **illustrare il programma della giornata di domenica 28**, i temi che accompagneranno la camminata e il **coinvolgimento dei tanti enti e volontari che rendono possibile l'iniziativa**.

Un evento corale con il sostegno del territorio

La **Camminata della Speranza** si conferma come **una delle manifestazioni più partecipate e sentite della regione**, grazie a un ampio sostegno istituzionale e associativo. L'edizione 2025 è patrocinata da:

- **Regione Umbria,**
- **Province di Perugia e Terni,**
- **Comuni di Perugia, Terni, Torgiano** e quelli della **Zona Sociale 4:** Marsciano, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Montecastello di Vibio, San Venanzo e Todi;
- **Diocesi di Orvieto-Todi,**
- **UsI 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.**

Una rete ampia e articolata che dimostra quanto **la solidarietà e l'inclusione siano al centro della vita delle comunità umbre.**

Un messaggio di speranza e partecipazione

La “Camminata della Speranza” non è solo un evento sportivo o associativo, ma **un forte messaggio pubblico:** promuove **l'incontro tra diversità, la partecipazione attiva delle persone con disabilità, la vicinanza delle istituzioni e l'impegno della società civile nel costruire una comunità più accogliente.**



Alessandro Pignatelli
Redattore

Barbour

la Repubblica

Barbour

Fondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

R.sport

Le azzurre del tennis
sul tetto del mondodi GIUSEPPE ANTONIO PERRELLI
a pagina 26

R.sport

Il derby è della Roma
L'Inter vince soffrendodi CARDONE e VANNI
alle pagine 28 e 29Lunedì
22 settembre 2025

Anno 32 - N° 37

Oggi con
Affari&Finanza

In Italia € 1,90

In 200mila per Kirk "Ora è immortale" Trump: un patriota

dal nostro inviato
PAOLO MASTROLILLI GLENDALE

La messa cantata dell'America bianca e cristiana, che consacra Charlie Kirk come il suo martire, richiamato a sé da Dio perché così fa lui con chi gli è davvero caro, e questo tragico destino compie in realtà il suo impescrutabile piano.

alle pagine 2 e 3
con i servizi di CARAGNANO e LOMBARDI

Gli Usa pronti
a difendere la Polonia
da un attacco russo

dal nostro corrispondente
CLAUDIO TITO

a pagina 16



L'abbraccio tra Donald Trump e Erika Kirk, vedova di Charlie, alla cerimonia di Glendale (Arizona)

Londra: sì alla Palestina

Regno Unito, Canada, Australia e Portogallo riconoscono la sovranità dei territori con 150 Paesi
Netanyahu annuncia battaglia all'Onu: "Attentato all'esistenza di Israele". Oggi l'Italia si ferma

Cosa può fare
la piazza per Gaza

di CONCITA DE GREGORIO

E noi cosa possiamo fare? Noi, la cosiddetta società civile che speriamo sia davvero civile. Noi che in questa prima persona plurale teniamo insieme quel che insieme non sta - lavoratori, studenti, pensionati, attivisti, intellettuali, inoccupati, espatriati - pur di indicare chi non è al governo, chi non ha le leve del Potere, chi non ha il dito sopra il pulsante del missile a testata atomica che potrebbe decretare da un minuto all'altro la fine di ogni cosa. Ci sono loro, megalomani irresponsabili o pavidati. Loro che fanno volare i caccia sui cieli dell'Estonia così, come per errore - per prova. Che sterminano un popolo bombardando ospedali, ambulanze, bambini in fila per l'acqua, che hanno il progetto esplicito di farci dei soldi, una volta che quella striscia di terra sarà ripulita dalle macerie: una miniera d'oro per gli investitori immobiliari. Loro che fanno licenziare chi non gli piace, alzano muri, che giocano al gatto col topo col ricatto dei dazi.

continua a pagina 14

La Palestina è uno Stato. Inghilterra, Canada, Australia e Portogallo riconoscono la sovranità dei territori insieme ad altri 150 Paesi. L'Italia non c'è. Il premier israeliano Netanyahu annuncia battaglia nei confronti dell'Onu: "Un attentato all'esistenza di Israele". Oggi l'Italia si ferma contro la guerra e in sostegno di Gaza con uno sciopero generale e una manifestazione in cui sono attese decine di migliaia di persone.

di CIRIACO COLARUSSO,
CONTE e GUERRERA

alle pagine 8 e 9



La premier Giorgia Meloni

IL CASO

Comizio a pranzo
e passerella in Rai
Meloni si prende
anche Domenica in

di DE CICCO e VITALE

alle pagine 10 e 11

L'ANALISI

di PAOLO GENTILONI

Sui nostri conti
non è tempo
di trionfalismi

La cautela nei conti pubblici ha prodotto senz'altro buoni risultati. Ma non giustifica iperboli trionfalismi. Lo spread si è ridotto in modo decisivo e le agenzie di rating ne prendono atto. Non è più il tempo dei Pigs, l'orrendo acronimo con il quale qualche tracotante politico nordeuropeo descriveva Portogallo, Italia, Grecia e Spagna: i paesi più fragili e indebitati d'Europa. Anzi, per effetto degli eurobond di Next Generation EU e per la crisi tedesca, la mappa della crescita europea è cambiata. I Pigs hanno messo le ali.

continua a pagina 14

RODNEY SMITH Fotografia tra reale e surreale

PALAZZO ROVERELLA

Rovigo
Palazzo Roverella
04/10 — 2025
01/02 — 2026

Rodney Smith's, English,
Hudson River, New York, 1990
© Rodney Smith



Uccise a 21 anni da un furgone
mentre andavano a una festa

dal nostro inviato MASSIMO PISA e di CARMINE R. GUARINO

alle pagine 18 e 19

CORRIERE DELLA SERA

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

DEL LUNEDÌ

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

Buona Spesa, Italia!



Lecco, avevano 21 anni
Due amiche travolte
e uccise nella notte
di **Francesca Sala**
a pagina 19

Il Campionato
Inter ok col Sassuolo
Il derby alla Roma
di **Monica Colombo, Paolo Condò**
e **Paolo Tomaselli** alle pagine 42 e 43



Buona Spesa, Italia!

Democrazie in crisi

LA CARICA DEI NUOVI FANATISMI

di **Angelo Panebianco**

L'assassinio di Charlie Kirk ha scatenato sia in America sia in Italia scontri verbali feroci. Il fanatismo che conduce alla violenza fisica è responsabilità soprattutto della destra o della sinistra? Che rapporto c'è fra la violenza verbale e la violenza fisica? O fra il fanatismo che si manifesta attraverso messaggi di odio e quello che passa all'azione picchiando colui che si considera il «nemico» oppure uccidendolo?

Per tentare di sbrogliare la matassa conviene partire da tre considerazioni: la prima è che il fanatismo è in politica una merce assai diffusa. La seconda è che esistono varie gradazioni di fanatismo (dalle più blande alle più virulente). La terza è che, in genere (tranne che nel caso delle guerre civili) solo un piccolo sottinsieme di fanatici passa dai messaggi d'odio alla violenza fisica.

In generale, il fanatico si riconosce facilmente: egli vede il mondo in bianco e nero. È incapace di empatia. L'altro, quello che la pensa diversamente, è un mostro, un corrotto, un delinquente. O, nella migliore delle ipotesi, uno stupido burattino manovrato dai malvagi. Il mondo diventerebbe di gran lunga migliore — pensa il fanatico — se i malvagi venissero eliminati. I fanatici sono tutti uguali: non c'è, da questo punto di vista, nessuna differenza fra il fanatico che si dice di sinistra e quello che si dice di destra, il fanatico religioso o quello (diciamo così) laico. Il fanatico traduce in aggressività le sue frustrazioni private e la politica è un luogo perfetto in cui scaricarle.

continua a pagina 32

Stati Uniti Il tycoon critica la ministra della Giustizia

L'America di Kirk
Una folla oceanica per i funerali
Trump: «Martire»di **Viviana Mazza**

La folla allo stadio di Phoenix per i funerali di Charlie Kirk e Trump dietro al vetro antiproiettile

Allo State Farm Stadium di Glendale, in Arizona, sono arrivati in duecentomila per il funerale di Charlie Kirk. Con Donald Trump, Vance e vari funzionari della Casa Bianca. Presenti anche Musk e Bannon. «Un martire», ha detto il presidente degli Usa.

da pagina 2 a pagina 6

I DEMOCRATICI E DITTATURA
Donald e l'ex miss
nuova procuratrice
«Colpire i nemici»di **Massimo Gaggi** a pagina 6

Si anche da Australia, Canada e Portogallo. Tensioni all'Onu

Londra riconosce
lo Stato di Palestina
Israele: non ci sarà

L'ira di Netanyahu: ricompensa al terrorismo

«Per una speranza di pace tra palestinesi e israeliani e la soluzione a due Stati, il Regno Unito riconosce formalmente lo Stato di Palestina». Questo l'annuncio del premier britannico Starmer, seguito da Canada, Australia e Portogallo. L'ira di Netanyahu: «Ho un messaggio per voi, non ci sarà».

alle pagine 8 e 9

LE RAGIONI DI UNA SCELTA

Un atto giusto
contro la bolla
di immobilismodi **Paolo Giordano**

Anche l'Italia deve riconoscere lo Stato di Palestina. Ci sono ormai ragioni innumerevoli per cui è urgente e necessario. La prima, se si vuole, è quasi fatalistica: perché lo farà comunque, solo in ritardo, la direzione storica è segnata.

continua a pagina 32

IL CLIMA INTERNAZIONALE

Il peso della solitudine
«Il futuro si decide qui»di **Goffredo Buccini**

Quanto pesa la solitudine? Naftali Bennett, l'unico leader ancora spendibile di un'opposizione troppo a lungo smarrita, risponde a nome della maggioranza: degli israeliani.

continua a pagina 9

Vannacci: X Mas a scuola. Polemiche per la premier in Rai
Salvini attacca su Russia e migranti
Meloni: «Minacce, non ho paura»DATARO
Regioni alle urne
In gioco la Sanitàdi **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

Sette le regioni italiane al voto per eleggere chi le governerà. La posta in gioco è soprattutto la salute dei cittadini: perché ben l'84% delle spese gestite dalla Regione vanno impiegate per la Sanità. Ecco in che modo le decisioni del presidente e la catena di comando influenzeranno il futuro, ed ecco i veri dati (nascosti) sulle liste d'attesa.

a pagina 15

GIANNELLI



da pagina 10 a pagina 13

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**

Tutte le guerre in atto (Ucraina, Gaza, Yemen, Myanmar, Sudan) e in particolare le due vicine ci hanno risvegliato dal sogno della pace perpetua (un miraggio a cui ha creduto solo chi ha derubricato quelle scoppiate dopo la Seconda Guerra Mondiale). Nei cinquemila anni di storia umana documentabile sono registrate 15.000 guerre, tre all'anno in media. Per i Romani, di guerra era lo stato naturale dei rapporti con i popoli stranieri in assenza di patti. La pace non era un sentimento ma un accordo, pace ha infatti la stessa radice (pag-) di patto (pag-tum): legare due parti (ne rimane forse traccia in pagare, esser pari). L'episodio biblico di Caino e Abele illumina questa condizione: l'uomo non è un buon selvaggio alla Rousseau né un lupo per l'altro uomo alla Hobbes, ma un es-

Duello o duetto?



sere chiamato a scegliere di evolversi. Nel racconto infatti Dio dice a Caino tormentato dall'invidia per il fratello: «Perché è abbattuto il tuo volto? Se agisci bene, non dovresti forse tenerlo alto? Ma se non agisci bene, il peccato è accovacciato alla tua porta: verso di te è il suo istinto, e tu lo dominerai». Caino è chiamato a crescere: può scegliere la sua animalità (tenere la testa bassa) e non «guardare in faccia» il fratello, o la sua umanità (alzare la testa) aprendosi a lui. Quella di Caino è la prova di ogni umano: addomesticare l'animalità o bestializzare l'umano, aprirsi alla relazione o distruggerla. Caino preferisce negare la vita dell'altro invece di far crescere la propria. Perché non sceglie la seconda? E che cosa c'entra questo con Gaza per cui oggi si sciopera?

continua a pagina 27

ISPI
Geeconomia per le imprese

Rischio geopolitico:
Briefing periodici:
Formazione 'su misura':
Datalab.

ispionline.it/per-imprese

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ
Quelle famiglie indebitate per fare studiare i ragazzi

ANNA MARIA ANGELONE — PAGINA 25



L'INCIDENTE A LECCO
I sogni di Milena e Giorgia travolte in strada dal pirata

NINA FRESIA — PAGINA 19

L'INCHIESTA A CUNEO
La caccia finisce in tragedia. Ucciso dall'amico a 46 anni

ZAIRA MUREDDU — PAGINA 18

1,90 € II ANNO 159 II N. 261 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, D.C.B. - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 22 SETTEMBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

LA GUERRA

Tensioni sui confini in volo i jet tedeschi. E gli Usa provano a rassicurare i Baltici

AGLIASTRO, AUDINO, GORIA



Donald Trump cerca di rassicurare gli alleati europei. «Sì», risponde quando gli viene chiesto se gli Stati Uniti sarebbero pronti a difendere la Polonia e i Paesi Baltici nel caso di un'«escalation» da parte della Russia. E sulle accuse di violazione dello spazio aereo che l'Estonia rivolge a Mosca, il presidente Usa si schiera dalla parte di Tallinn: «Non ci piace», dichiara. — PAGINE 10 E 11

L'ANALISI

Così l'Occidente dimentica la Storia

MASSIMO CACCIARI

Assistiamo impotenti alla più formidabile de-costruzione di ogni forma di Diritto che sia mai esplosa in epoche di grande crisi. Come potrebbero conservarsi quei principi sui quali sembrava orientarsi il mondo di ieri? — PAGINA 12

L'INTERVENTO

Noi, impotenti nel mondo disumano

RAFFAELLA ROMAGNOLI

Gaza (ma anche Ucraina): come reagire a ciò che sta accadendo? Non intendo come dovrebbero reagire i politici o gli alti funzionari con responsabilità decisionali, dico la gente comune, quella che studia, lavora o è in pensione. — PAGINA 17

IL RACCONTO

Tutto quello che so davvero sull'amore

VITO MANCUSO

La prima cosa che ho imparato sull'amore è che esso esiste davvero. In questo mondo di guerre che talora diventano genocidi (come a Gaza in questi giorni); in questo mondo di selezione naturale e di malattie; in questo mondo ipocrita dove spesso tutto appare falso. — PAGINA 21

IN 200 MILA ALL'ADDIO A KIRK, L'OMAGGIO DI TRUMP E MUSK. MELONI EVoca LE BR: MINACCE IN AUMENTO

Funerale americano

CAPURSO, MALFETANO, MOSCATELLI, SIMONIC CON COMMENTI DI PANARARI E DE ANGELIS



Perché Charlie è diventato un'icona Più che un saluto, una Convention

FLAVIA PERINA — PAGINA 4

MARIA LAURARODOTÀ — PAGINA 3

Allo stadio State Farm a Glendale, in Arizona, i seguaci di Donald Trump celebrano il funerale di Charlie Kirk. — PAGINE 2-9

DALLA GRAN BRETAGNA AL CANADA FINO ALL'AUSTRALIA: RICONOSCIAMO LO STATO. IRA NETANYAHU

Sì alla Palestina, l'Italia non c'è

FABIANAMAGRI, GIOVANNITURI

La missiva parte da Downing Street, diretta a Ramallah. Porta la firma del primo ministro del «Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord», Keir Starmer. È il documento della «storica decisione» con cui Londra, il 21 settembre 2025, «formalmente riconosce lo Stato di Palestina come uno Stato sovrano e indipendente». Canada, Australia e Portogallo, ora dopo ora, ufficializzano la stessa posizione. — PAGINE 14 E 15

L'INTERVISTA

Finkielkraut «Pace o terrore»

DANILO CECCARELLI

Fervente sostenitore di Israele, il filosofo francese Alain Finkielkraut sostiene la decisione del presidente Macron di riconoscere lo Stato palestinese: «Oggi si impone una separazione tra israeliani e palestinesi». — PAGINA 15

IL COLLOQUIO

Riccardi: «A Gaza vedo solo sadismo»

GIACOMO GALEAZZI

«Ammazza non crea futuro. Radere al suolo la Striscia è una barbarie così come è sadismo terroristico far deperire gli ostaggi israeliani», afferma Andrea Riccardi, fondatore della Comunità di Sant'Egidio. — PAGINA 16

LO SPORT

Il Toro affonda travolto dai fischi. Baricco sposa la rivolta anti-Cairo

COLOMBO, ODDENINO



Se non siamo al punto di non ritorno, poco ci manca. Abbandonato e insultato dai suoi tifosi quando la partita era ancora in corso, dopo una marcia di protesta contro il presidente Cairo che ha coinvolto 5 mila persone nel pre-partita, il Toro si interroga sul proprio destino. A sposare la protesta lo scrittore Alessandro Baricco (nella foto). — PAGINE 32 E 33

IL COMMENTO

Se Ale va in piazza la misura è colma

GIUSEPPE CULICCHIA

C'era anche Alessandro Baricco all'ennesima contestazione nei confronti dell'attuale presidente del Torino, con tanto di bandiera della serie «Cairo vattene». La cosa potrebbe indurre il contestato a qualche riflessione. — PAGINA 33

TRIONFO ALLA BJK CUP

Paolini-Cocciaretto le regine del tennis

STEFANO SEMERARO



L'ANTICIPAZIONE

Perché sulle donne Fallaci è ancora attuale

FRANCESCA MANNOCCHI



Nel 1973 Oriana Fallaci ha 44 anni. Viene intervistata da Judy Klemersud del New York Times che, nelle prime righe, la definiva così: «È una delle giornaliste più note al mondo, e probabilmente meno amate». Le sue interviste per L'Europeo erano ristampate in tutto il mondo. — PAGINE 20 E 29

STARLIGHT
Nuova realizzazione in Cirié (TO) Via Parco 27

CO.GA.L.
COSTRUZIONI CASAPETTO & LECCESI S.R.L.
Coordiniamo il completamento del tuo progetto

ELASTICOPARM
Progettiamo e realizziamo
il tuo sogno di casa

20 ANNI
1985-2025

17 + 15 alloggi un classe A4
Info: C.so Martiri della libertà 49/A - Cirié (TO)
Tel/Fax 011-920.21.46 - Cell 335-78.88.943

Alzheimer, colpito il 5% degli anziani Per le famiglie conto da 23 miliardi

► In occasione della Giornata mondiale dedicata alla malattia, l'impegno del ministro della Salute: «Stiamo rafforzando il sostegno non solo ai loro pazienti, ma anche a chi li supporta ogni giorno»

IL CASO

ROMA «La demenza di tipo Alzheimer ha, in genere, un inizio subdolo: le persone cominciano a dimenticare alcune cose, per arrivare al punto in cui non riescono più a riconoscere nemmeno i familiari e hanno bisogno di aiuto anche per le attività quotidiane più semplici. Colpisce circa il 5 per cento delle persone con più di 60 anni». Questa analisi è dell'Istituto superiore di sanità che nell'Osservatorio delle demenze ricorda che, contando anche i familiari delle persone affette da deterioramento cognitivo, il 10 per cento degli italiani ha a che fare con questa problematica, con i risvolti sociali ed economici.

SFIDE

Spiega l'Osservatorio nell'ultima newsletter: «La demenza rappresenta attualmente una delle principali sfide sociosanitarie, che impatta sulle famiglie dal punto di vista economico, oltre che psicologico e sociale. Considerando la somma dei costi diretti, indiretti, assistenziali e a carico della famiglia

per la gestione, la spesa annuale per la gestione e il trattamento della demenza in Italia è di circa 23 miliardi di euro. Di questi, circa il 63% è a carico delle famiglie». So-

no dati importanti su cui riflettere. Proprio ieri era la Giornata mondiale dell'Alzheimer e il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha spiegato: «Il pensiero va a tutte le persone che convivono con questa malattia e alle famiglie che condividono insieme a loro un percorso difficile. Sappiamo che le demenze, e l'Alzheimer in particolare, hanno un impatto profondo sulla vita dei pazienti e dei caregiver: dobbiamo prenderci cura del malato e assicurare supporto a quanti gli sono vicini. Per questo abbiamo avviato azioni concrete, dal rifinanziamento del Fondo per l'Alzheimer e le demenze, al sostegno alla ricerca, fino al potenziamento della telemedicina. È un impegno per dare risposte concrete, garantendo una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali, e la certezza a quanti affrontano l'Alzheimer e ai loro caregiver che non sono soli». I numeri nel dettaglio sull'impatto di questa malattia sono significativi: le stime parlano di circa 1,2 milioni di casi di demenza tra gli over 65 e circa 24mila casi di demenza giovanile compresi nella fascia d'età 35-64 anni. Si aggiungono anche circa 950mila persone con Mild Cognitive Impairment, condizione che talvolta precede l'inizio della demenza. Osserva la mi-

nistra per le Disabilità, Alessandra Locatelli: «Questa giornata ci ricorda quanto sia importante garantire sostegno concreto, servizi adeguati e una rete di comunità solidali». Per Beatrice Lorenzin, vice presidente dei senatori Pd e co-presidente dell'Intergruppo parlamentare sulle Neuroscienze e sull'Alzheimer «le stime Istat dicono che entro il 2030 le persone

malate supereranno i 2 milioni: dovremo ripensare i modelli di assistenza». Un ultimo dato dalla newsletter dell'Osservatorio demenze dell'Iss: «I costi mensili della malattia a carico delle famiglie si aggirano intorno a 1200 euro, con valori più bassi per le persone assistite a domicilio e più elevati (circa 1700) per chi è ricoverato in RSA».

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**GLI ULTIMI DATI
DELL'ISTITUTO
SUPERIORE DI SANITÀ
PARLANO DI 1,2 MILIONI
DI CASI DI DEMENZA
TRA GLI OVER 65**

1.200

In euro, il costo medio mensile che le famiglie dei malati di Alzheimer devono sostenere di tasca loro per poter accudire i loro cari. Il costo sale a 1.700 euro al mese se il malato è ricoverato in una Rsa

**CON L'INVECCHIAMENTO
DELLA POPOLAZIONE,
SI STIMA CHE
INTERESSERÀ 2 MILIONI
DI ITALIANI ENTRO
LA FINE DEL DECENNIO**



L'Italia ferita dall'Alzheimer e le famiglie restano sole

I casi sono cresciuti del 50% in vent'anni
I fondi non bastano:
l'assistenza ai pazienti pesa soprattutto sui parenti

Il declino, più o meno veloce, l'allontanamento dagli altri e poi da sé, l'isolamento, la depressione, spesso il silenzio. L'Alzheimer è esperienza comune per tantissime persone. La malattia in Italia colpisce, insieme alle altre demenze (spesso difficili da distinguere una dall'altra), circa 1,2 milioni di cittadini. Aggiungendo coloro che hanno problemi più blandi, i quali possono indicare una fase iniziale della malattia (altre 950 mila persone) e i loro familiari, si stima che il 10% degli italiani abbia a che fare con la patologia che ha preso il nome da un neurologo tedesco dei primi del Novecento.

Oggi è la giornata mondiale dedicata all'Alzheimer, un male per molti aspetti misterioso. Conosciamo alcuni fattori di rischio, sappiamo come fare diagnosi, ma non esistono ancora terapie efficaci. Al limite, solo in determinati casi, si riesce a rallentare la sua corsa. La diffusione è in aumento perché è legata anche all'invecchiamento della popolazione. Venti anni fa si contavano 800 mila casi, c'è stata cioè una crescita del 50%. «Bisogna però ricordare che sono cambiate le tecniche diagnostiche, oggi si trovano casi un

tempo non riconosciuti – dice Nicola Vanacore, responsabile dell'Osservatorio demenze dell'Istituto superiore di sanità – L'età è il primo fattore di rischio importante. Però in letteratura ce ne sono altri 14, dall'ipertensione all'obesità, dal fumo alla depressione, dall'eccessivo consumo di alcol a deficit visivo non trattato, fino al colesterolo alto. Significa che non siamo di fronte a una condizione ineluttabile, si può fare prevenzione». Cancellare i fattori di rischio, dice Vanacore, non azzererebbe del tutto i casi, che hanno a che fare anche con la genetica. «Però ne avremmo il 40% in meno».

L'Istituto stima i costi dell'Alzheimer in 26 miliardi di euro, per il 63% a carico delle famiglie. I parenti dei malati possono cercare l'assistenza domiciliare della Asl, che però non è certo in grado di garantire 24 ore di presenza. Quindi bisogna pagare badanti o personale sanitario. Altrimenti ci sono 1.600 residenze per anziani, Rsa, dove gli ospiti con demenza sono tantissimi. Giovedì prossimo, il 25, uscirà nei cinema il film *Familiar touch* di Sarah Friedland, distribuito da Fandango, che racconta

la storia di una malata ospitata proprio in una struttura per anziani, presentato al Festival di Venezia l'anno scorso.

In generale l'assistenza all'Alzheimer in Italia è carente e ci sono tante associazioni che offrono aiuto. La Federazione Alzheimer Italia ne raccoglie 45. «Dobbiamo smettere di pensare che la vita finisca con la dia-

gnosi di demenza. Una persona può vivere ancora a lungo, in modo pieno e con dignità, se ha un sostegno personalizzato», dice il segretario della federazione, Mario Possenti. L'Italia avrebbe un Piano nazionale per le demenze, ma non è finanziato. Tra pochi mesi va aggiornato, ma il timore è che anche questa volta non godrà di risorse. In Francia, ad esempio, per questo problema sanitario e sociale investono 1,4 miliardi l'anno.

Di soldi, comunque, l'Italia ne spenderà per acquistare i primi due farmaci contro la malattia, disponibili nel gennaio prossimo. «Purtroppo – dice Vanacore – dal punto di vista della terapia l'Alzheimer è sempre stato una bestia nera. Aspettiamo queste due nuove molecole. Serviranno per il 10% dei pazienti ma non guariscono, rallentano solo la progressione dalla malattia». – **MI. BO.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA GIORNATA DEI MALATI

Alzheimer e demenze piccoli gesti per resistere

Oliva e Traboni a pagina 9

I piccoli gesti che rallentano l'Alzheimer E anche le famiglie si sentono meno sole

COSTANZA OLIVA
Milano

Per chi convive con l'Alzheimer, la solitudine è spesso il primo muro invisibile. La malattia restringe il mondo: luoghi familiari diventano estranei, i gesti quotidiani si complicano, le persone attorno si fanno più rare. Ma la solitudine non riguarda solo i malati: «Accanto a ogni persona con demenza c'è sempre qualcuno che si prende cura di lei», spiega Katia Pinto, presidente della Federazione Alzheimer Italia. Si tratta per lo più di donne - figlie, mogli, madri - spesso schiacciate tra l'assistenza e gli impegni personali. «Man mano che la malattia avanza le amicizie si allontanano e il caregiver rimane da solo ad affrontare la situazione», racconta Pinto. Dietro i numeri - 1,48 milioni di persone con demenza in Italia, destinati quasi a raddoppiare entro il 2050, e circa 4 milioni di caregiver - ci sono storie di isolamento che attraversano il Paese. Per contrastare questo doppio vuoto, la Federazione, nata nel 1993, ha costruito una rete diffusa: riunisce 45 associazioni locali, ha attivato oltre 60 "Comunità Amiche delle Persone con Demenza" e un numero verde (Pronto Alzheimer). «Abbiamo formato farmacisti, medici, scuole, parrocchie, vigili urbani, perfino i musei e le poste», spiega Pinto. Nei supermercati "amici" i cassieri imparano a gestire con discrezione un pagamento quando un cliente dimentica il codice del bancomat. Gli autisti dei bus apprendono come aiutare chi si è perso a ritrovare la strada. «Sono piccoli gesti - dice Pinto - che danno dignità alla persona e rassicurano i familiari, riducen-

do la paura e il giudizio degli altri». Recentemente si è anche avviato un percorso per rendere l'Ospedale Civile di Baggiovara (Modena) il primo ospedale "Amico delle Persone con Demenza". Può capitare che il personale sanitario, nonostante sia altamente formato, non adotti le giuste accortezze: «Bisogna sapere, ad esempio, che se le medicine vengono lasciate sul comodino un paziente di questo tipo potrebbe non ricordarsi di prenderle». Eppure l'Italia resta "a macchia di leopardo". In alcune Regioni, il Piano Nazionale Demenze del 2014, rifinanziato nel 2020, ha portato a reti integrate di CDCD (Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze), centri diurni, caffè Alzheimer, meeting center e infopoint, ricoveri di sollievo. In altre, si procede a compartimenti stagni: «Dopo la diagnosi il paziente e la famiglia non vengono informati e indirizzati verso tutti i servizi a disposizione. Ci si sente abbandonati alla visita successiva che viene programmata sei mesi dopo». Anche i sostegni economici sono disomogenei: alcune amministrazioni prevedono sussidi per i caregiver, altre nulla. Tra i tanti interventi che possono essere messi in campo, uno riguarda la prevenzione. In occasione del Mese Mondiale Alzheimer, la Federazione ha diffuso un decalogo di dieci regole elaborato da Simone Salemmi, neurologo e consulente dell'Istituto Superiore di Sanità, e da Davide Mangani, ricercatore immunologo dell'Istituto di Ricerca in Biomedicina di Bellinzona. Indicazioni concrete con una doppia prospettiva: «Il decalogo unisce responsabilità individuali e responsabilità collettive. È un invito a ciascuno di noi, ma anche alla politica e a tutta la comunità, ad agire per costruire un futuro con un minore impatto della demenza», spiega Mangani. Dal controllo della pressione alla protezione della vista e dell'udito,

dall'attività fisica all'alimentazione: «Oggi sappiamo che fino al 40% dei casi di demenza potrebbe essere evitato o ritardato intervenendo sui fattori di rischio modificabili», sottolinea Salemmi. Uno dei punti riguarda la socialità: mantenere la mente attiva, coltivare hobby, chiedere aiuto in caso di depressione. «Più si sta da soli, più il cervello lavora meno e più si è a rischio», ricorda Pinto. Per rendere visibile ciò che resta nascosto, la Federazione organizza caffè Alzheimer - incontri informali dove malati e familiari condividono esperienze davanti a un caffè - e meeting center con specialisti. Ha creato infopoint, webinar gratuiti e persino "parchi della memoria", spazi pubblici dove percorsi cognitivi e motori stimolano corpo e mente e invitano le città a parlare della malattia. «Vincere lo stigma è difficile», ammette Pinto, «quando facciamo serate informative spesso vengono solo persone già toccate dal problema. Gli altri pensano che non li riguarda, finché non succede». Il 21 settembre, Giornata Mondiale Alzheimer, e il congresso europeo di Bologna (6-8 ottobre) sono momenti per ribadire che la demenza non cancella la persona. «Si tratta di una malattia che procede gradualmente e in quegli anni la vita continua», sottolinea Pinto. «Non sono cittadini di serie B: hanno diritto a relazioni, stimoli, normalità. E chi se ne prende cura ha diritto a non essere lasciato solo». «La forza di non essere soli» - slogan della Federazione - diventa così un impegno collettivo: costruire comunità consapevoli, reti stabili e politiche più giuste, perché dietro ogni diagnosi non ci sia un vuoto ma una società intera. Che si tratti di aiutare a fare la spesa o ritrovare la via di casa.





Servizio Giornata mondiale

Alzheimer, pazienti e famiglie lasciati soli e dalla politica lo scarico di responsabilità

Da un lato c'è la sensibilità e l'attenzione della società civile, la competenza medica molto più vasta e diffusa e i passi avanti della ricerca ma dall'altra ci sono le istituzioni che rinviano ai caregiver la responsabilità di cura

*di Patrizia Spadin **

20 settembre 2025

Se nel 1994 quando l'Organizzazione mondiale della sanità ha istituito la prima Giornata mondiale Alzheimer, avessimo saputo che 30 anni di celebrazioni e impegno non sarebbero bastati per cambiare la situazione di malati e familiari, forse avremmo fatto scelte diverse, comunicato in maniera diversa con meno celebrazioni e più denunce.

Oggi come 30 anni fa

E invece, sulla soglia della XXXI Giornata, raccogliamo le stesse testimonianze dalle famiglie, le stesse storie di esasperazione, di abbandono e solitudine, di mancanze e di assenze. Raccontano di tanto dolore, tanta stanchezza, tante umiliazioni e tanti rifiuti: sono poveri, drammaticamente isolati, delusi, arrabbiati, disperati. Che siano nipoti, figli o coniugi, fratelli o amici, incontrano le stesse difficoltà con la sanità, con l'assistenza, con la burocrazia amministrativa, con i costi del privato e la mancanza di competenza ed equità.

E' con amarezza che a ogni Giornata mondiale "tengo i conti" delle energie spese e dei risultati raggiunti per le famiglie vittime della malattia di Alzheimer: da un lato c'è la sensibilità e l'attenzione della società civile, la competenza medica molto più vasta e diffusa e, oggi, i passi avanti della ricerca che hanno aperto la porta alla speranza di cura. Dall'altra ci sono le istituzioni nazionali e locali che hanno potuto ignorare i bisogni dei malati per tantissimi anni, trincerandosi dietro la mancanza di risorse e scaricando sulla famiglia, ieri come oggi, la responsabilità di cura.

Nessuna strategia

Guardiamoci intorno con attenzione, anche in occasione della Giornata mondiale: si nota che gli sforzi sono concentrati sul dare strumenti alla famiglia perché la famiglia regga, secondo la logica della "minima spesa massima resa". Informazione, formazione, coinvolgimento del volontariato e della società civile, insistenti appelli ai buoni sentimenti e all'amore, ma nessuna condivisione di responsabilità e nessuna decisa strategia di riorganizzazione, con il necessario impegno economico e politico.

Quando ci si riesce, si mettono in atto provvedimenti parziali, temporanei, diffusi nella loro applicazione, che riescono solo a rendere più complesso il panorama che riguarda l'Alzheimer nel nostro Paese: 21 regioni, 21 sistemi differenti, e differenti offerte anche all'interno della stessa regione. Diversità importanti tra nord e sud, tra città e campagna, tra pianura e montagna, tra

servizi con la stessa finalità (Cdcd, centri diurni, Rsa, assistenza domiciliare), tra protocolli di diagnosi e capacità di presa in carico. Da almeno 3 anni, sappiamo che sono in arrivo terapie efficaci, finalmente per la cura della malattia, ma non è stato fatto nulla per adeguare la rete dei centri specialistici alla diagnosi precoce, alla somministrazione delle terapie, al monitoraggio attento del percorso di cura: chiediamo da anni equità e sicurezza e non otteniamo risposte significative.

I numeri spaventano, probabilmente: 1,2 milioni di malati con diagnosi di demenza, di cui 700.000 malati di Alzheimer; 800.000 persone con deterioramento cognitivo; 4.000.000 di familiari che se ne prendono cura. La somma rivela che è coinvolto nel problema demenza il 10% dei cittadini del nostro Paese. A me “tremano le vene dei polsi”, e mi chiedo spesso se qualcuno prova vergogna per la situazione nella quale vengono lasciate le famiglie.

I numeri da chiamare

Ed è il motivo principale per cui da qualche anno Aima evita celebrazioni roboanti della Giornata mondiale: siamo, come facciamo da 40 anni, accanto alle famiglie. Siamo a disposizione, con tutta la nostra esperienza e competenza per sostenerle nel difficile lavoro di cura: domenica 21 settembre, i telefoni di Aima (4 linee che rispondono ai numeri 800 679679 e 02 89406254) sono aperti dalle 9 alle 19. Anche la rete di psicologi di Aima sarà a disposizione delle famiglie dei pazienti per tutta la giornata, dalle 9 alle 19. I colloqui, come sempre, saranno gratuiti, avranno una durata di 45 minuti e si svolgeranno via streaming o via telefono. E' possibile prenotarsi scrivendo una mail ad aima@aimanazionale.it.

** Presidente Aima-Associazione italiana malattia di Alzheimer*



Servizio La giornata mondiale

Malati di Alzheimer nelle Rsa: ecco perché se non si fa chiarezza sulle rette le cure sono a rischio

Il futuro dei servizi di assistenza residenziale alle persone malate di demenza e Alzheimer è a rischio, se Governo, Parlamento e Regioni non intervengono

*di Franco Massi **

20 settembre 2025

Prendersi cura del proprio familiare malato di Alzheimer è durissima: la necessità di attenzione continua, la sofferenza di vedere una persona a noi cara perdere la memoria e poi l'identità, la coscienza di un declino che si può rallentare ma non invertire. Non meriterebbero proprio di portare il peso di una preoccupazione ulteriore, e per giunta evitabile. Eppure, è proprio ciò che accade, e che ci spinge a dire, provocatoriamente ma anche con amaro realismo, che in questa Giornata mondiale dell'Alzheimer del 21 settembre in Italia c'è poco da festeggiare. Anzi: le famiglie hanno un motivo in più di preoccupazione. Dovuto non alla malattia, ma alla politica.

Il futuro dei servizi di assistenza residenziale alle persone malate di demenza e Alzheimer è a rischio, se Governo, Parlamento e Regioni non intervengono prontamente. È necessario che approvino norme che stabiliscano in modo chiaro ed inequivocabile la competenza della retta per l'accoglienza in struttura residenziale di un anziano non autosufficiente malato di Alzheimer, o che si ammala di Alzheimer durante la degenza. Attualmente questa chiarezza nelle norme non c'è. Tanto è vero che la questione è spesso finita davanti ai giudici, che spesso hanno dato sentenze che ribaltano la lettura tradizionale. Se infatti in precedenza era a carico del Sistema sanitario nazionale (quindi della collettività) la quota sanitaria, e a carico del malato (tranne se indigente) la quota sociale, le sentenze recenti fanno propria un'interpretazione per cui l'intero costo del ricovero del malato di Alzheimer è a carico del Sistema sanitario nazionale.

E a pagare le conseguenze di queste sentenze non è chi ha scritto le norme, ma chi non può fare altro che applicarle: gli enti che assistono gli anziani con Alzheimer, in gran parte enti non profit. Devono affrontare spese legali, richieste di risarcimento e incertezza sui pagamenti: una combinazione che le mette in grande difficoltà. Al punto da spingerle a ipotizzare di chiudere i nuclei Alzheimer o non sviluppare i servizi per le demenze. Perché senza una norma precisa, non è chiaro chi debba pagare il lavoro che ogni giorno in Rsa prestano Oss, infermieri, educatori, fisioterapisti: il Sistema sanitario nazionale? Il malato? A chi spetta la spesa, non tocca a noi dirlo.

Ma senza una norma chiara, gli unici a essere pagati senza dubbio saranno alcuni avvocati. Senza una norma chiara, e senza la certezza di ricevere le risorse necessarie, le strutture, in particolare le non profit, non possono andare avanti.

La preoccupazione degli enti è complementare a quella delle famiglie. Perché nelle Rsa o nei nuclei Alzheimer sono accolti i più fragili tra gli anziani. Quelli che, per la gravità della loro malattia, non possono più vivere a casa propria. E necessitano di un'assistenza continua e professionale,

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

incompatibile con l'impegno, per quanto generoso, di caregiver. Senza dimenticare che i malati di demenza da qui al 2050 - si stima - diverranno oltre 2 milioni, il doppio di adesso, mentre il calo demografico restringerà la platea dei potenziali caregiver. Avremo decine di migliaia di anziani soli malati di Alzheimer. I servizi residenziali di assistenza sanitaria professionale saranno ancora più necessari di adesso.

Serve una legge, quando arriverà? In Commissione Sanità del Senato, qualche mese fa un testo pronto a dare un assetto certo al sistema aveva cominciato il suo cammino, ma la politica ha scelto di bloccarlo. Preferendo un facile consenso al prendersi la responsabilità di una scelta necessaria. Ora attendiamo le proposte della Conferenza Stato Regioni, dove alcune Regioni hanno presentato proposte interessanti. Ma adesso serve la concretezza. Non possiamo ritrovarci alla prossima Giornata Alzheimer, nel 2026, ancora ad aspettare. Sarebbe troppo tardi.

** Presidente nazionale Uneba, Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale*

DATAROOM

Regioni alle urne In gioco la Sanità

di **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

Sette le regioni italiane al voto per eleggere chi le governerà. La posta in gioco è soprattutto la salute dei cittadini: perché ben l'84% delle spese gestite dalla Regione vanno impiegate per la Sanità. Ecco in che modo le decisioni del presidente e la catena di comando influenzeranno il futuro, ed ecco i veri dati (nascosti) sulle liste d'attesa.

a pagina 15

DATAROOM



Corriere.it

Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism

Sette Regioni al voto In gioco la nostra salute

**L'84% DELLA SPESA REGIONALE VA ALLA SANITÀ: QUANTO VALE
COME IL PRESIDENTE DECIDE SU GESTIONE E CATENA DI COMANDO
I DATI SULLE LISTE D'ATTESA NASCOSTI: LA PROVA SUL CAMPO**

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

L'autunno inaugura la stagione delle elezioni regionali. Si inizia dalla Valle d'Aosta il 28 settembre, dove lo statuto speciale prevede solo l'elezione del Consi-

glio. Nelle Marche, il 28 e 29 settembre, il presidente uscente Francesco Acquaroli (Fdi) affronterà l'eurodeputato Matteo Ricci (Pd), ex sindaco di Pesaro. Si prosegue in Calabria il 5 e 6 ottobre: il governatore Roberto Occhiuto (FI) sarà sfidato da Pasquale



Tridico (M5S), europarlamentare ed ex presidente Inps. In Toscana, il 12 e 13 ottobre, il presidente uscente Eugenio Giani (Pd) cercherà un secondo mandato contro Alessandro Tomasi (Fdi), sindaco di Pistoia. Il 23 e 24 novembre si voterà in Veneto, Campania e Puglia. Il candidato del centrosinistra per il Veneto è Giovanni Manildo, ex sindaco di Treviso; per la Campania Roberto Fico (M5S), ex presidente della Camera; e per la Puglia l'europarlamentare Antonio Decaro, ex sindaco di Bari. Il centrodestra non ha ancora ufficializzato i propri candidati. La posta in gioco per i cittadini è altissima: il governo di una Regione impatta direttamente sulla salute. L'84% della spesa corrente regionale va alla Sanità. Budget 2025: Valle d'Aosta 272 milioni; Marche 3,2 miliardi; Calabria 4 miliardi; Toscana 8,1 miliardi; Veneto 10,5 miliardi; Campania 11,9 miliardi; Puglia 8,5 miliardi.

Chi fa cosa

Lo Stato definisce i Livelli essenziali di assistenza (Lea) e le regole generali del sistema: stabilisce le modalità di lavoro per i medici di base, il numero di medici e infermieri e la loro formazione, le retribuzioni e le misure per smaltire le liste d'attesa. Le Regioni gestiscono la programmazione e l'organizzazione sanitaria sul territorio: decidono quali ospedali aprire, chiudere o accreditare, quali attività affidare al pubblico o al privato, quanti medici assumere e dove, quante risorse destinare a strutture per anziani e assistenza domiciliare, come organizzare Cup, screening, vaccinazioni. Alle Regioni competono la prevenzione e i controlli su alimenti, luoghi di lavoro e ambiente. Dunque l'efficienza o meno dei servizi sanitari regionali dipende dalle strategie del presidente e dalla sua filiera di comando.

La catena di comando

Il presidente di Regione sceglie fiduciarmente l'assessore alla Sanità, che è il suo braccio operativo, e insieme nominano i direttori generali di Asl e ospedali. La valutazione tecnica è obbligatoria: dal 2016 i manager devono essere iscritti a un Albo nazionale, avere 5-7 anni di esperienza dirigenziale, un corso in sanità pubblica e meno di 65 anni. Ma la scelta finale resta politica. In Lombardia, dopo il voto del febbraio 2023, le 40 direzioni generali di Ats e Asst sono state distribuite, secondo ricostruzioni interne, ricalcando i pesi elettorali: 15 poltrone a Fratelli d'Italia (25,17% dei voti), 8 alla Lega (16,5%), 5 alla lista Fontana (6,15%) e 4 a Forza Italia (7,24%). Altri 8 manager sono stati indicati dall'assessore Guido Bertolaso. Anche se ad alcuni direttori generali è difficile attribuire una casacca netta, la logica della spartizione politica è evidente. In Emilia-Romagna le nomine sono condizionate anche da questioni geografiche: a Piacenza, il dg rispecchia il colore politico del sindaco; a Parma, l'indicazione passa dall'Unione industriali. Le aziende sanitarie di Reggio Emilia, Bologna, Ferrara, Modena e Imola sono di area Pd, mentre l'Ausl Romagna è legata all'ex presidente

Vasco Errani. Il Rizzoli è considerato vicino a circuiti massonici, il Sant'Orsola all'area cattolica, ma dice la sua anche il rettore. Nelle Marche e in Toscana verranno nominati 7 nuovi direttori generali, in Veneto 12, in Calabria 8, in Puglia 10, in Campania 15.

Il potere dei direttori generali

I direttori generali scelgono fiduciarmente i direttori sanitari e amministrativi, ma il loro potere si estende anche ai primari. Un concorso per primario si basa su un profilo oggettivo (le esigenze del reparto) e uno soggettivo (i requisiti del candidato). Il dg deve nominare il candidato con il punteggio più alto. E qui si annida la discrezionalità. In commissione siede sempre il direttore sanitario, uomo di fiducia del Dg, e l'esito può essere orientato fin dalla stesura del bando, inserendo requisiti tagliati su misura per il prescelto. Ad esempio, per un primario di neurochirurgia si può richiedere una particolare specializzazione in chirurgia cranica, o per ginecologia un'esperienza combinata in laparoscopia e oncologia. La selezione avviene per titoli e colloquio, con un peso preponderante assegnato all'orale (fino a 60 punti su 100), dove è facile orientare le domande. L'incarico dura 5 anni e, sebbene sia prevista una valutazione dei risultati, la rimozione di un primario per obiettivi mancati è un evento raro.

Controllori e controllati

Una Regione che non assicura i Lea o che sfiora il bilancio può essere sottoposta a commissariamento da parte dello Stato. La vigilanza è affidata al «Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea», istituito nel 2005. È formato da 7 rappresentanti dei ministeri (4 della Salute, 2 dell'Economia e uno per gli Affari Regionali) e da 7 rappresentanti delle Regioni. Di fatto, le Regioni possono controllare se stesse. I verbali delle riunioni del Comitato, che contengono l'analisi di eventuali criticità e le relative raccomandazioni, non sono pubblici.

Il ruolo dei cittadini

Considerate le estreme difficoltà che i cittadini incontrano sul fronte sanitario, è nel loro interesse verificare le competenze dei candidati. L'esperienza dimostra che producono risultati migliori i presidenti e gli assessori con un solido passato amministrativo, spesso ex sindaci, che si dedicano allo studio della sanità, all'analisi dei dati e che poi collaborano con i tecnici. Per questo, prima del voto, è legittimo chiedere ai candidati di indicare il nome del futuro as-



sessore alla Sanità, e di definire le priorità che intende perseguire. La qualità dell'assistenza sanitaria dei prossimi cinque anni dipenderà dunque dalla scelta che i cittadini faranno. E potrà fare la differenza fra ricevere un'ambulanza in 14 minuti o in 35; avere accesso a uno screening di prevenzione oncologica con un'adesione del 76% o dell'1%; poter contare su macchinari diagnostici aggiornati o tecnologie obsolete.

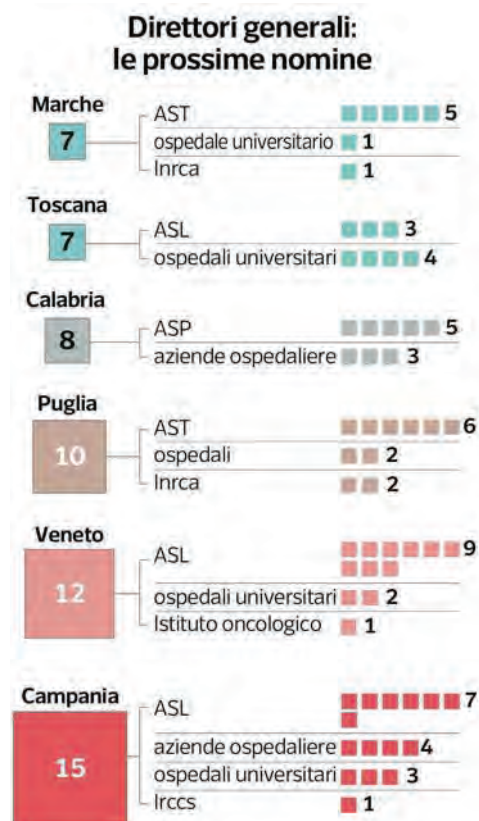
Le liste di attesa

Nel luglio 2024, la premier Giorgia Meloni e il ministro della Salute Orazio Schillaci hanno promesso una Piattaforma nazionale con dati aggiornati e comparabili sulle liste d'attesa. Ad oggi, però, questa trasparenza non esiste: i dati delle Regioni non sono pubblici. E se mai lo saranno, ciò avverrà dopo le elezioni regionali. Abbiamo fatto una prova sul campo: cosa succede quando viene prescritta una colonscopia con codice di priorità B, che per legge va garantita entro 10 giorni? Marche (Ascoli Piceno): pre-

scrizione 5 settembre, risposta: «Al momento non ci sono posti disponibili, la prendiamo in carico per farla contattare entro 5 giorni». Calabria (Reggio Calabria): prescrizione 5 settembre, appuntamento 10 settembre 2025, ma in una struttura a due ore e mezzo di auto. Toscana (Firenze): prescrizione primo settembre, appuntamento 12 settembre. Veneto (Venezia): prescrizione 11 settembre, nessun appuntamento disponibile, inserimento in lista di attesa. Puglia (Bari): prescrizione 26 agosto, primo appuntamento disponibile 2 ottobre 2026. Campania (Napoli): prescrizione 26 agosto, nessuna disponibilità in tutta la provincia di Napoli. Può essere che poi davvero richiama entro 5 giorni per dirti quando ti daranno l'appuntamento, ma il cittadino deve fidarsi del Servizio sanitario. Altrimenti prenota subito a pagamento anche se magari fa fatica ad arrivare a fine mese.

Dataroom@corriere.it

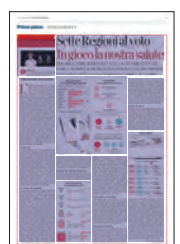
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Liste di attesa
Per colonscopia da garantire entro 10 giorni

	Prescrizione	Primo appuntamento
Marche	5 set	Ascoli Piceno ✗ In lista d'attesa
Calabria	5 set	Reggio Calabria → 10 set a due ore e 34 minuti d'auto
Toscana	1 set	Firenze → 12 set
Veneto	11 set	Venezia ✗ In lista d'attesa
Puglia	26 ago	Bari → 2 ott 2026
Campania	26 ago	Provincia di Napoli ✗ nessuna disponibilità

Infografica: Sabina Castagnaviz



Il costo della salute

“Il sottofinanziamento pubblico della sanità italiana è ormai una questione strutturale che, oltre a generare tensioni crescenti in parlamento, sta mettendo in gravi difficoltà tutte le regioni, sempre più in affanno nel garantire i livelli essenziali di assistenza. Ma oggi il conto più salato di queste scelte miopi lo pagano anzitutto i cittadini”, così Nino Cartabellotta, presidente della fondazione Gimbe, ha commentato i dati relativi alla spesa sanitaria pubblica italiana nel 2024, messi a confronto con quella degli altri paesi europei e dell'area Ocse. In vista della legge di Bilancio 2026, la fondazione ha analizzato i dati forniti dal dataset Oecd Health Statistics, che è aggiornato al 30 luglio 2025. Numeri di **Lorena Evangelista**.

• • • •

6,3 per cento

In Italia, nel 2024, la spesa sanitaria pubblica in Italia si è attestata sul 6,3 per cento del pil. Si tratta di un dato inferiore alla media dei paesi Ocse, che è pari al 7,1 per cento, e a quella europea, pari al 6,9 per cento.

• • • •

14

L'Italia è il 14esimo paese europeo dell'area Ocse per spesa sanitaria calcolata in rapporto al pil. Il divario con i paesi che fanno meglio è molto ampio: circa 4,3 punti percentuali ci separano, ad esempio, dalla Germania, la cui spesa pubblica per la sanità è del 10,6 per cento in rapporto al pil.

3.835

In dollari, è la spesa sanitaria pubblica pro-capite calcolata in Italia relativamente al 2024. Anche in questo caso il

nostro paese va peggio di molti paesi europei e dell'area Ocse: la media europea si attesta sui 4689 dollari pro-capite, mentre la media dei paesi Ocse è di 4625 dollari.

5,8 milioni

Le persone che in Italia, solo nel 2024, sono state costrette a rinunciare alle cure per ragioni economiche, secondo l'analisi della Fondazione Gimbe. Si tratta di quasi un italiano su 10.

• • • •

2008-2024

Nell'arco degli ultimi sedici anni, l'Italia è sempre stata all'ultimo posto per spesa pubblica sanitaria pro-capite tra i paesi del G7. Ma le distanze si sono ampliate progressivamente: rispetto ai 3835 dollari spesi in Italia per cittadino, la Germania ne spende 8080.



L'ASSISTENZA *Dopo il Covid sale l'aspettativa di vita ma preoccupano stili di vita e clima*

Salute in Europa serve investire contro le disparità

di MARIA FRANCESCA ASTORINO

Le più recenti battute sulla questione salute in Europa sono un avvicinarsi di discussioni sull'accesso alle cure da parte dei cittadini che lascia, talvolta, col fiato sospeso. Non si dimentichi che, quando si parla di salute, l'OMS sottolinea: "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo l'assenza di malattia o infermità".

Un concetto positivo e multidimensionale che va ben oltre la mancanza di patologie. Salute vuol dire anche la capacità degli individui di adattarsi, autogestirsi e affrontare le sfide del quotidiano. Un concetto su cui riflettere ampiamente e che rimette in discussione l'intera situazione sanitaria nel contesto europeo.

A tal proposito, qual è oggi lo stato dell'arte tra sistemi pubblici e privati nei diversi Paesi europei? Chi assicura le cure "migliori"? E la tendenza generale è al miglioramento o al declino del diritto alla salute?

Due modelli, tanti ibridi. In Europa convivono sostanzialmente due archetipi del sistema sanitario: sistemi a finanziamento pubblico (Beveridge-style - es. Regno Unito, paesi Scandinavi) e sistemi a basi assicurative statalizzate o miste (Bismarck-style - es. Germania, Francia, Paesi Bassi). In molti Stati (Italia, Spagna) la componente pubblica garantisce l'accesso di base, mentre il settore privato coesiste offrendo tempi d'attesa più rapidi, servizi premium o integrazioni assicurative. La divisione "pubblico vs privato" non è però netta: in pratica la gran parte dei sistemi europei sono ibridi, con forte ruolo pubblico nella copertura di base e parti private lungo la filiera (diagnostica, cure elettive, assicurazioni integrative). Analizzando nel dettaglio, nei sistemi di tipo Beveridge la

maggior parte dei servizi è finanziata con tasse generali: lo Stato decide budget e priorità; l'accesso è teoricamente universale. Nei sistemi Bismarck la copertura deriva da assicurazioni sociali obbligatorie - i cittadini (e i datori di lavoro) versano contributi che finanziano prestazioni definite dai contratti collettivi e dalla regolazione pubblica.

Da un punto di vista di erogazione dei servizi, la cura può essere fornita da strutture pubbliche, enti non profit o da provider privati accreditati. Anche in sistemi "pubblici" è comune che cliniche private erogino prestazioni per conto del sistema nazionale tramite contratti o convenzioni. L'integrazione che arriva dal settore privato coinvolge più livelli: come fornitore (diagnostica, specialistica, ricoveri privati), come assicuratore (polizze complementari che coprono servizi esclusi o riducono i tempi d'attesa) e come fonte di investimenti (infrastrutture e tecnologia).

C'è equità e possibilità di scelta in questi modelli? I sistemi con forte componente pubblica tendono a ga-



rantire maggiore equità d'accesso e protezione finanziaria (meno spesa out-of-pocket), mentre i sistemi con peso maggiore dell'assicurazione privata offrono più opzioni di scelta e, in molti casi, maggiore rapidità per prestazioni non urgenti.

Tuttavia, maggiore scelta può tradursi in disuguaglianze: chi può pagare ottiene tempi d'attesa inferiori e accesso a servizi extra. Quindi, da un punto di vista di efficienza e controllo dei costi, i sistemi pubblici prosperano quando sanno coordinare acquisti e priorità (es. acquisto centralizzato di farmaci), ma possono soffrire di burocrazia e lunghe liste d'attesa.

La combinazione di pubblico e privato si traduce in esperienze molto

diverse a seconda del luogo e del livello socio-economico: in molti paesi il cittadino di città con assicurazione complementare vive tempi d'attesa brevi e scelta ampia; chi vive in aree rurali o non può permettersi integrazioni paga il conto con tempi più lunghi e accesso limitato a servizi specialistici. Coesistono inoltre fenomeni come la dual practice (medici che lavorano contemporaneamente nel pubblico e nel privato), che può migliorare l'offerta ma anche incentivare la "fuga" verso attività a pagamento.

Gli Stati europei utilizzano vari strumenti per mitigare gli svantaggi: regolazione dei prezzi, tetti alla

spesa privata rimborsabile, limiti ai co-pagamenti, accreditamento rigoroso dei provider privati, contratti di performance, e politiche di investimento nella sanità territoriale (medicina di base, prevenzione).

Chi "assicura" le cure migliori?

Provando a leggere le classifiche internazionali, emergono paesi che costantemente ottengono risultati elevati su accesso, qualità e prevenzione: Paesi Bassi, alcuni paesi nor-

dici, Svizzera e Francia compaiono frequentemente ai vertici nei confronti internazionali. Rapporti come quello del Commonwealth Fund indicano Paesi come Paesi Bassi e Regno Unito fra i top-performer nelle metriche prese in considerazione nella loro edizione 2024. Tuttavia, la "migliore" sanità dipende molto dall'indicatore: la Svizzera eccelle per dotazione e scelta privata, i Paesi nordici per equità e prevenzione, la Francia per coordinamento ospedale-territorio. Non esiste quindi un vincitore netto universale: la qualità è multidimensionale.

L'Europa orientale e i Paesi del Sud affrontano ancora gap marcati: minor spesa pro capite, più limitata disponibilità di personale sanitario, e tassi più alti di mortalità evitabile. In numeri: a livello UE i decessi evitabili rimangono elevati (oltre il milione annuo di morti considerati evitabili o trattabili nelle fasce sotto i 75 anni), segno che prevenzione e presa in carico primaria sono aree dove molti Paesi hanno margine di miglioramento.

Un tema ricorrente nei rapporti recenti è la carenza di personale sanitario e la sua distribuzione irregolare: l'invecchiamento della forza lavoro, burnout post-pandemia e flussi migratori interni al continente rendono la carenza di medici e infermieri uno dei problemi strutturali. L'Ocse e le analisi specifiche per l'Europa segnalano che, nonostante investimenti, la domanda di assistenza (specialmente per cronici e LTC - long-term care) cresce più rapidamente dell'offerta. Questo impatta

tempi di attesa, qualità percepita e resilienza di ospedali e cure primarie.

Dopo i crolli di mortalità legati al picco di Covid, alcuni indicatori so-

no tornati a migliorare: l'aspettativa di vita nell'UE ha recuperato parte del terreno perduto e, secondo dati recenti, è in aumento rispetto all'anno precedente (valore complessivo UE intorno agli 81-82 anni). Questo suggerisce che la capacità di risposta e la resilienza dei sistemi europei non siano scomparse.

Accanto ai segnali positivi ci sono trend allarmanti: il ritorno di malattie prevenibili per calo di coperture vaccinali, l'impatto crescente degli eventi climatici (ondate di calore) sulla mortalità, e l'enorme carico di malattie non trasmissibili correlate a stili di vita e all'industria alimentare/alcol/tabacco.

In che direzione andiamo, declino o rinascita? La risposta è duplice. C'è una tendenza alla rinascita in termini di ripresa di alcuni indicatori vitali (aspettativa di vita, molti servizi riattivati) e nell'innovazione (telemedicina, integrazione digitale). Ma c'è anche il rischio concreto di declino se i problemi strutturali non vengono affrontati: carenza di personale, disuguaglianze regionali, gap di prevenzione e vulnerabilità agli shock climatici o pandemici possono erodere diritti e accesso nel medio termine. La traiettoria futura dipenderà dalle scelte politiche: investire in medicina territoriale, formazione e remunerazione del personale, sistemi di sorveglianza vaccinale e politiche di sanità pubblica proattive può spingere verso una vera rinascita.

*La divisione
pubblico/privato
non è netta: i sistemi
sono spesso ibridi*

*È allarme
sulla carenza
di personale
e sua distribuzione*



Per contratto dirigenti medici ripartono le trattative

L'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni ha convocato per il 1° ottobre 2025, alle ore 11, le Confederazioni e organizzazioni sindacali per l'apertura della trattativa sul rinnovo del Contratto collettivo nazionale di lavoro 2022-2024 per l'Area della dirigenza sanitaria. Lo rende noto il presidente dell'Aran, Antonio

Naddeo, che ha inviato la convocazione ufficiale a tutte le sigle rappresentative. Il rinnovo interessa oltre 130mila dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie. «La filosofia che guida questa tornata negoziale - spiega Naddeo - è chiara: valorizzare al meglio le risorse disponibili attraverso interventi

mirati, senza stravolgere l'impianto normativo esistente».





Servizio Personale del Ssn

Medici e Funzioni locali: contratti leggeri e ruolo socio-sanitario «dimenticato»

Gli Atti di indirizzo per l'apertura delle trattative sul rinnovo dei contratti collettivi 2022-2024 delineano interventi snelli in vista della partita 2025-2027 con l'Acn della dirigenza Pta che trascura sociologi e assistenti sociali

di Stefano Simonetti

19 settembre 2025

Sembra che finalmente ci siamo. I competenti Comitati di settore hanno diffuso il 17 settembre gli Atti di indirizzo per l'apertura delle trattative per il rinnovo dei contratti collettivi del triennio 2022-2024, rispettivamente per l'Area Sanità e per la sezione dei dirigenti Pta dell'Area delle Funzioni locali. Da parte sua, l'Aran ha convocato per le ore 11 del prossimo 1° ottobre le otto sigle maggiormente rappresentative della dirigenza sanitaria; una in meno del la precedente contrattazione, anche se sul sito dell'Agenzia negoziale appare curiosamente il comunicato con le nove organizzazioni riconosciute nel triennio 2019-2021. Mentre non si hanno ancora notizie di convocazione per l'altra area dirigenziale.

I due documenti sono piuttosto snelli (rispettivamente meno di 5 e 4 pagine) e per il quadro finanziario sono sostanzialmente uguali, disponendo la percentuale di aumenti al 5,78% del monte salari 2021, unitamente alle risorse aggiuntive extracontrattuali disposte dalla legge di bilancio 2025. Entrambe le platee dei destinatari risultano di poco aumentate al 31.12.2021 rispetto al 31.12.2018: i 10 profili dei dirigenti sanitari da 134.436 a 137.370 e gli 8 dei loro colleghi Pta da 4.913 a 5.218.

Due velocità

Prima di entrare nel dettaglio, si segnala una differenza formale nei testi che appare davvero singolare. L'Atto relativo alla dirigenza sanitaria auspica una "rapida chiusura" del contratto per poi avviare, sempre in tempi rapidi, la negoziazione per il triennio 2025-2027. Le Funzioni locali possono, al contrario, prendersela comoda, tanto il contratto ancora da trattare è scaduto da "soli" 10 mesi.

I punti clou per i dirigenti sanitari

- un invito a incrementare la retribuzione di posizione dei neo assunti prevedendo anche aumenti della variabile al superamento di due valutazioni annue;
- possibilità di esonerare gli specializzandi dal periodo di prova per evitare che per sei mesi siano privati della retribuzione di posizione;
- valorizzazione per gli incarichi di altissima professionalità e, per quelli della tipologia subordinata, prendere in considerazione l'anzianità;

- messa a regime dell'art. 23, comma 2, del Ccnl del 2024 relativo alla rivalutazione della componente variabile in presenza delle necessarie risorse con una preferenza di destinazione per lo sviluppo professionale;
- riguardo all'orario di lavoro, le Regioni ritengono di non toccare l'algoritmo relativo alla eccedenza oraria dovuta e rimandare semmai la sua revisione al prossimo contratto ma si indica di portare un maggiore accento sulle responsabilità dei dirigenti strutturati nel governo degli orari;
- leggeri interventi di dettaglio su reperibilità (anche in modalità da remoto), ferie (come per il comparto), prestazioni aggiuntive (deroghe al tetto finanziario da affidare al governo regionale), ricostituzione del rapporto (chiarimento sul concetto di ultima azienda).

Ruolo socio-sanitario dimenticato

Per i dirigenti Pta si deve innanzitutto rilevare una lacuna ormai non più giustificabile, cioè l'aver dimenticato per l'ennesima volta i dirigenti del ruolo socio-sanitario (sociologo e assistente sociale) che esiste formalmente dal 2021, anche alla luce del contenuto innovativo dell'art. 7, comma 5, del Ccnq siglato il 17 giugno scorso. Lo storico acronimo Pta è diventato, quindi, obsoleto. Sui contenuti c'è ben poco da fare. Si tratta di indicazioni piuttosto generiche e spesso impalpabili riguardanti: la valorizzazione degli Opi, il riconoscimento di ore di formazione annue, la selettività nella distribuzione della retribuzione di risultato, le ennesime indicazioni inutili sul welfare. Si demanda, infine, alla contrattazione la eventuale manutenzione di istituti pregressi; e qui per i dirigenti Pta ci sarebbe davvero parecchio da fare.

Il corsivo del giorno



di **Sergio Harari**

POCHI INFERMIERI E MAL PAGATI LA CRISI IN CORSIA

1 7.215 domande per 18.918 posti, sono questi i numeri degli esami di ammissione al corso di Laurea in scienze infermieristiche quest'anno. Meno candidati che posti, con un calo dell'11% rispetto al 2024 quando furono 19.421. Il problema però non è solo di chi lavora in sanità ma di tutti, senza personale gli ospedali chiudono. Come sta già avvenendo: in molte realtà alcuni reparti sono stati ridotti, dei servizi sono stati chiusi o accorpati ad altri, nuove strutture non sono mai partite o sono solo parzialmente aperte. Qualcuno ha pensato di importare infermieri dall'estero ma la soluzione non regge: oltre ai problemi di lingua, cultura e formazione, le nostre retribuzioni non sono concorrenziali con gli altri paesi nostri vicini, se uno deve spostarsi dall'India va in Germania, non certo in Italia. Perfino chi parte dall'Albania,

Paese con il quale abbiamo una certa affinità, va da altre parti. Se la criticità è garantire una adeguata presenza di personale alle sempre maggiori e più complesse necessità cliniche, la scarsità di candidati e di studenti in infermieristica sta pericolosamente abbassando i livelli di selezione, si promuove chiunque pur di avere poi nelle corsie ospedaliere qualcuno che guardi i malati. Per tamponare, almeno in parte, il problema, è stata recentemente istituita la figura dell'«assistente infermiere», una sorta di OSS (operatore sociosanitario), riqualificato, che va bene come aiuto parziale ma non può sostituire le competenze e professionalità di chi ha avuto una formazione specifica (poi, come sempre, la differenza la fanno le persone, ci sono OSS bravissimi e molto attenti). Un infermiere guadagna meno di un cameriere, che però non è tutti i giorni a contatto con la sofferenza e con la morte, non

fa turni notturni di 12 ore, e non ha le stesse responsabilità: sbagliare un piatto non è la stessa cosa che sbagliare una flebo.

Inutile girarci intorno, vanno adeguate le retribuzioni e commisurate a cosa si fa e dove, un conto è lavorare a Milano in un reparto molto gravoso, un altro è fare assistenza in una realtà meno impegnativa in aree del Paese dove il carovita è decisamente inferiore. E se aumentano i costi del personale vanno conseguentemente rivisti i rimborsi riconosciuti per le prestazioni sanitarie, come i DRG.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dipendenti fragili, le tutele vincolano anche l'ente locale

Diritti

Congedi e lavoro agile extra per i malati oncologici, i cronici e gli invalidi dal 74%

Arturo Bianco

I dipendenti affetti da malattie oncologiche o da patologie che determinano una condizione invalidante superiore al 74% o croniche hanno diritto a nuovi benefici. In primo luogo, alla conservazione del posto di lavoro fino a 24 mesi, in aggiunta agli altri periodi di assenza retribuita e non retribuita previsti dal legislatore e dai contratti nazionali. Hanno inoltre diritto, al rientro in servizio, di essere collocati in lavoro agile. E dal prossimo 1° gennaio 2026 possono avere, in aggiunta a quanto previsto dai contratti nazionali, fino a un massimo di 10 ore all'anno per esami visite e cure mediche (si veda l'articolo a pagina 27).

Sono queste le novità maggiori della legge 106/2025 varata in modo bipartisan dal Parlamento. Le nuove forme di tutela determinano un vincolo sostanziale anche per le

amministrazioni.

L'articolo 1 riconosce in primo luogo il diritto di richiedere un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni. È una possibilità offerta al dipendente: formalmente non si configura un vero e proprio diritto, anche se la nota di sintesi degli uffici parlamentari utilizza tale espressione.

Durante questo periodo di congedo, il lavoratore ha diritto alla conservazione del posto di lavoro, non ha diritto alla retribuzione e non può svolgere alcun tipo di attività lavorativa ulteriore o diversa. Il congedo è compatibile con la concorrente fruizione di altri eventuali benefici sia economici sia giuridici. La sua fruizione decorre dall'esaurimento degli altri periodi di assenza giustificata, con o senza retribuzione, a qualunque titolo riconosciuti al dipendente. Inoltre, questo periodo non è computato nel-

l'anzianità di servizio: viene però previsto che il lavoratore possa riscattarlo mediante il versamento dei relativi contributi, che devono essere calcolati secondo i criteri della prosecuzione volontaria. Sono fatte salve le disposizioni più favorevoli previste dalla contrattazione collettiva o dalla disciplina applicabile al rapporto di lavoro.

Le assenze a questo titolo devono essere certificate dal medico di medicina generale o dallo specialista operante in struttura pubblica o privata accreditata che ha in cura il lavoratore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NT+ENTI LOCALI
La versione integrale
dell'articolo su:
[ntplusentilocaliedilizia
.ilsole24ore.com](http://ntplusentilocaliedilizia.ilsole24ore.com)



IL FUTURO DEL NOSTRO SSN TRA CRISI STRUTTURALE E NECESSITÀ DI UNA RIFORMA SCELTE CORAGGIOSE PER LA SANITA

di **Giuseppe Lauria Pinter**

Qual è il nostro modello di sviluppo del sistema sanitario? La medicina cambia rapidamente e il tempo di raddoppio delle conoscenze è ormai molto breve, offrendo nuove terapie e modificando percorsi diagnostici. Ciò introduce rilevanti implicazioni gestionali che i sistemi sanitari sono chiamati ad affrontare e che non dipendono solo dall'incremento del loro finanziamento, che pure resta un aspetto fondamentale.

Il nostro SSN, solidale ed accessibile a tutti indipendentemente dal reddito, è una sorta di assicurazione finanziata con fondi pubblici di cui tutti i cittadini possono godere. Questo modello, i cui pregi sono indiscutibili, è però non solo molto costoso, ma soprattutto sfiancato da numerose difficoltà. Tra esse, disequilibrio di efficienza tra le Regioni, assenza di un coordinamento di reti specialistiche di terzo livello a livello nazionale con elevati tassi di migrazione sanitaria, carenza di personale sanitario pubblico e lunghe liste d'attesa, stipendi bassi e poco differenziabili in base alle competenze individuali a parità di livello amministrativo, espatrio di medici e ricercatori.

Queste difficoltà si sono generate per una commistione di eventi a partire dalla riforma del titolo V della Costituzione del 2001 che, grazie a un referendum votato dal 34% dei cittadini, il 64% dei quali si esprime a favore, ha istituito i sistemi sanitari regionali. Non che il sistema precedente funzionasse bene, ma va ricordato che il profondo riassetto istituzionale non è avvenuto con l'accordo parlamentare tra le parti politiche, come sarebbe stato opportuno nell'interesse della collettività, ma con un referendum in cui un cittadino su cinque ha espresso il voto favorevole. Inoltre, pensare che sia stato il centrosinistra a trainare una riforma che ha imposto l'ampia autonomia delle

Regioni in base a una strategia politica di cui si è persa memoria, tentando di rafforzare una proposta debole con un ampio consenso popolare non ottenuto, mentre il centrodestra depositava una proposta oppositiva ritenendo la riforma squilibrata, priva di sufficienti garanzie finanziarie e a rischio di disgregazione del sistema, a parte far sorridere o piangere, dovrebbe essere il punto di ripartenza per una discussione condivisa e intellettualmente onesta.

A 25 anni di distanza, il nostro SSN regge come un vecchio robusto ponte grazie alla cornice costituzionale dell'art. 32, alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza e all'impegno di larga parte del personale, con indicatori di salute tra i migliori al mondo. Ma non si sviluppa perché l'assenza di una visione nazionale unitaria ostacola la sua trasformazione in un vero sistema adattivo, in grado di crescere con l'evoluzione della medicina. Alla riforma non sono seguiti infatti monitoraggio degli effetti, programmazione delle azioni e adeguato adattamento amministrativo. Lo Stato controlla finanziamento e formazione, le Regioni assumono il proprio personale e programmano ospedali e servizi senza alcuna visione generale del Paese, la Pubblica Amministrazione impedisce la flessibilità utile a un sistema che dovrebbe essere dinamico.

La complicata gestione di questa stratificazione di variabili è la patata più bollente che ogni governo in carica eredita e per la quale cerca ricette rapide, efficaci e possibilmente semplici, mentre l'opposizione agita con permanente frenesia lo spettro della distruzione del SSN senza significative proposte analitiche. La legge di bilancio ha stanziato un incremento di 4 miliardi che amplia il Fondo Sanitario Nazionale dell'1,9% nel 2025 e 3% nel 2026, con la previsione di passare dagli attuali 136,5 miliardi a 144 nel 2030. Tra le critiche sollevate, che ciò non è sufficiente a risolvere la crisi del personale medico pubblico. Vero, perché la crisi è strutturale ed è un fattore cruciale per molti aspetti, tra cui le liste d'attesa. Quindi, una

riforma è necessaria.

In un'intervista di alcune settimane fa, il Ministro Schillaci ha ipotizzato che il personale medico possa essere spostato dalla Pubblica Amministrazione al Ministero della Salute, sottolineando che la sua gestione dovrebbe essere affrontata senza pregiudizi, essendo le attuali necessità del SSN lontane da quelle del tempo in cui è stato istituito e riformato. Ciò ha sollevato l'immediata accusa di privatizzazione. In realtà, l'idea è utile per analizzare le ragioni e cercare le soluzioni alla crescente disaffezione al sistema pubblico.

Per esempio, il lavoro a tempo indeterminato è ancora la priorità dei giovani medici? La mobilità come possibilità di crescita professionale è importante? Posizioni intermedie, come l'aiuto primario di un tempo, potrebbero favorirla? Scegliere i primari attraverso un'assunzione di responsabilità delle direzioni, con poche regole che impediscano conflitti di interesse, penali severe in caso di imbrogli e stipendi differenziati in base alla complessità gestionale, invece che con concorsi a garanzia di un'equivalenza professionale ormai priva di senso, aumenterebbe l'attrattività del sistema pubblico? Dare loro l'obiettivo di differenziare le liste d'attesa in base alle necessità cliniche, invece di misurare il tempo di accesso ai servizi, potrebbe essere efficace? Indurrebbe inoltre riflessioni su nuove strategie per passare dall'attuale enorme numero di strutture specialistiche con uguali funzioni ma grandi disparità di personale medico ad un modello con efficienza e qualità più equamente distribuite nel Paese, migliore controllo della spesa e del rapporto con le strutture private convenzionate? Se per qualcuna di queste domande la risposta è sì, allora è il momento di discutere come cambiare, guardando al futuro memori del passato.

Criticità

Il sistema italiano, i cui pregi sono indiscutibili, è però non solo molto costoso, ma anche gravato da molte difficoltà

Pregi e difetti

È il momento di discutere di come cambiare, guardando al futuro e soprattutto memori del passato

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



CONSIGLIO DEI MINISTRI/Il ddl delega che riscrive la legislazione farmaceutica italiana

Ricette sempre più digitalizzate

Alle farmacie territoriali il compito di presidio di prossimità

DI PINA RICCIARDO

Accesso equo alle cure, farmacie di prossimità rafforzate e digitalizzazione dei processi: sono i tre pilastri del disegno di legge di delega approvato dal Consiglio dei Ministri il 18/9/2025 per riscrivere la legislazione farmaceutica italiana. Un intervento che punta a incidere direttamente sulla vita dei cittadini, dei pazienti cronici e rari, dei farmacisti e del personale sanitario.

Il provvedimento, proposto dal Ministro della Salute Orazio Schilacci, affida al Governo la riforma complessiva del settore. L'obiettivo è duplice: rendere più veloce ed equo l'accesso ai medicinali e garantire un monitoraggio efficace della spesa farmaceutica, oggi una delle voci più sensibili del bilancio sanitario nazionale.

Tra le novità più rilevanti, gli interventi sulla distribuzione dei farmaci. Si punta a incentivare la produzione interna di principi attivi ed eccipienti, riducendo la dipendenza dall'estero e assicurando continuità di fornitura. Una misura che guarda in particolare ai pazienti affetti da malattie croniche o rare, spesso penalizzati da carenze o ritardi nell'approvvigionamento.

Altro capitolo centrale è la digitalizzazione. Le ricette diventano sempre più dematerializzate, i sistemi informativi regionali saranno integrati e conterranno dati su prescrizioni, dispensazioni, prezzi e stock. Una rete digitale che permetterà non solo di tagliare burocrazia e oneri per medici e farmacisti, ma anche di monitorare con maggiore precisione consumi e spe-

se, rafforzando i controlli e prevenendo sprechi.

Le farmacie territoriali vengono riconosciute come presidi sanitari di prossimità, con un ruolo ampliato: non più solo dispensazione di farmaci, ma anche servizi di telemedicina, prevenzione ed educazione sanitaria. Un presidio ancora più strategico nelle aree interne e rurali, dove il Governo prevede una pianificazione più equa delle sedi farmaceutiche, per garantire la presenza capillare del servizio sul territorio.

«Con l'approvazione in Consiglio dei Ministri del disegno di legge-delega per il Testo Unico della Legislazione Farmaceutica si apre un percorso di riforma atteso da decenni», ha commentato Marcello Gemmato, sottosegretario di Stato alla Salute. «Gli obiettivi sono chiari: garantire un accesso più equo e rapido ai farmaci, valorizzare un settore che ci vede primi in Europa per produzione e quarti al mondo per export, con 292.000 professionisti occupati, superando i regi decreti del 1934 e 1938 e una normativa ormai anacronistica».

La riforma tocca dunque i cittadini, che potranno contare su un accesso più tempestivo ai farmaci; i professionisti, che vedranno ridursi oneri burocratici e complessità amministrative; e il sistema sanitario, che potrà monitorare meglio la spesa e razionalizzare le risorse.



EUTANASIA LEGALE: ANCHE I MEDICI CHIEDONO LA LEGGE SUL FINE VITA

Per anni un tabù, al momento un grande argomento di dibattito. L'eutanasia ha sempre diviso, ma ad oggi i dati parlano chiaro: la maggior parte degli oncologi avverte la necessità di una legge sul Fine vita. Lo rivela un'indagine Aiom su 562 clinici. I risultati restituiscono l'immagine di

una professione che, ogni giorno, si confronta con il limite estremo della medicina: il 60% dei medici somministra ancora trattamenti anticancro nell'ultimo mese di vita, spesso più per inerzia che per reale beneficio, mentre il 32% ammette di sentirsi impreparato ad accompagnare i malati oncologici nella fase terminale.

ELEONORA CIAFFOLONI

a pagina 6

EUTANASIA

ANCHE I MEDICI CHIEDONO LA LEGGE SUL FINE VITA

di ELEONORA CIAFFOLONI

Per anni un tabù, al momento un grande argomento di dibattito. L'eutanasia ha sempre diviso, ma ad oggi i dati parlano chiaro: la maggior parte degli oncologi avverte la necessità di una legge sul Fine vita. Lo rivela un'indagine Aiom su 562 clinici. I risultati restituiscono l'immagine di una professione che, ogni giorno, si confronta con il limite estremo della medicina: il 60% dei medici somministra ancora trattamenti anticancro nell'ultimo mese di vita, spesso più per inerzia che per reale beneficio, mentre il 32%

ammette di sentirsi impreparato ad accompagnare i malati oncologici nella fase terminale. Eppure, il 63% chiede con forza una cornice normativa che metta ordine (oltre le cure palliative e la desistenza terapeutica), aiuto medico nel morire. In Italia l'eutanasia è ancora illegale. L'unica apertura è arrivata dalla Corte Costituzionale con la sentenza del 2019 che ha reso non punibile l'aiuto al suicidio in circostanze molto specifiche. Ma la politica è rimasta ferma, incapace di trasformare una pronuncia di civiltà in una legge capace di dare risposte concrete. Il risultato è una giungla di interpretazioni, differenze

regionali e pazienti costretti a rivolgersi all'estero per esercitare un diritto negato. E ora, tra le altre, si aggiunge la richiesta della comunità scientifica che guarda alle necessità dei pazienti e alle carenze strutturali del Sistema Sanitario. Una legge sul fine vita non significa abbandono del paziente, ma esattamente il contrario: rispetto della sua volontà, ascolto del dolore, possibilità di scegliere come vivere l'ultimo tratto di strada.





Servizio Il sondaggio

Fine vita, gli oncologi vogliono una legge e per il 63% sono favorevoli all'eutanasia

Il 90% dei clinici chiede interpellati dall'Aiom regole chiare sulla gestione dei pazienti e il 32% afferma di non essere abbastanza preparato ad assistere la persona colpita da cancro nei periodi finali anche per l'assenza di cure palliative diffuse

di Barbara Gobbi

19 settembre 2025

Oltre 6 medici su dieci pure se con importanti “distinguo” sono favorevoli all'eutanasia nei pazienti oncologici e intanto il 90% ritiene sia necessaria una legge sul fine vita anche per mettere fine alle incertezze che quotidianamente i clinici si trovano ad affrontare. In queste percentuali nette, c'è un 32% che dichiara di “non sentirsi abbastanza preparato” ad assistere il malato oncologico nell'ultima fase del percorso di cura mentre 6 camici bianchi su dieci affermano di portare avanti trattamenti anti cancro nell'ultimo mese di vita.

Sono i risultati - parzialmente choc - di un sondaggio promosso su 562 clinici dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e da Fondazione Aiom e presentati a Lecce in occasione di un convegno sulle Giornate dell'Etica, dedicato al “Fine vita: la cura oltre la malattia”.

Serve una legge

«Il fine vita è al centro del dibattito parlamentare negli ultimi mesi, per questo abbiamo promosso il sondaggio per analizzare l'opinione dei clinici – spiega Francesco Perrone, Presidente Aiom -. Emerge con forza la necessità che il legislatore definisca quanto prima una norma sul tema, anche chiarendo il ruolo dell'idratazione e nutrizione artificiale, che per il 50% dei clinici costituiscono trattamenti medici e per l'altra metà terapie di supporto. Siamo di fronte a ‘zone grigie’, che contribuiscono ad alimentare incertezze».

La richiesta: pratiche nel Ssn

L'attuale testo unificato del disegno di legge in materia di morte medicalmente assistita (“Modifica all'articolo 580 del Codice penale e ulteriori disposizioni esecutive della sentenza n. 242 della Corte costituzionale del 22 novembre 2019”) contiene secondo gli oncologi diverse criticità, evidenziate da Aiom e dalle società scientifiche degli anestesisti e dei palliativisti. «La proposta normativa – continua Perrone – esclude il Servizio sanitario nazionale dalla fase attuativa della procedura e non viene indicato il soggetto chiamato ad assistere la persona, prescrivere o fornire i farmaci, o supervisionare la sequenza degli eventi, esponendo a una potenziale selezione per censo dei pazienti e a disparità inaccettabili. Le spese per queste pratiche non devono essere a carico dei cittadini. Solo il Servizio sanitario nazionale può garantire tutte le competenze ed i percorsi integrati, incluse le cure palliative simultanee».

Per il 50% eutanasia solo in certe circostanze

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

«Le richieste di aiuto medico nel morire da parte dei pazienti oncologici sono poche rispetto all'alta incidenza dei tumori in Italia, che nel 2024 hanno fatto registrare 390.100 nuovi casi – afferma Saverio Cinieri, Presidente di Fondazione Aiom -. Ma Aiom e Fondazione Aiom hanno sempre attribuito grande rilievo al tema. Il sondaggio evidenzia che il 63% dei clinici è a favore dell'eutanasia. È importante mettere in luce che il 50% lo è in presenza di determinate circostanze, in particolare in caso di sofferenza inaccettabile, scelta consapevole o aspettativa di vita breve. Si tratta di condizioni in linea con i criteri stabiliti dalla Corte Costituzionale, cioè grave sofferenza fisica o psicologica, capacità di prendere decisioni libere e consapevoli, patologia irreversibile e dipendenza da trattamenti di sostegno vitale. Solo i clinici, che hanno un rapporto di cura continuativo con il paziente, sono in grado di esprimere una valutazione al riguardo in tempi brevi».

L'importanza delle Dat

«I recenti emendamenti al disegno di legge – continua Cinieri – prevedono che la verifica dei requisiti passi da un doppio vaglio: prima i comitati etici territoriali, con parere non vincolante entro 60 giorni, poi il Centro di coordinamento nazionale, con parere obbligatorio entro ulteriori 60 giorni, prorogabili di 30 per “ motivate e comprovate esigenze”. Questo doppio passaggio può prolungare la procedura fino a cinque mesi. In questo modo, non è garantita una presa in carico tempestiva, fondamentale nella fase di fine vita. Vi è infatti il rischio concreto di tempi di attesa molto lunghi, incompatibili con le condizioni di chi soffre, potenzialmente non rispettando la legge sulle disposizioni anticipate di trattamento».

Per il 92% dei clinici la pianificazione condivisa delle cure, prevista dalla legge sulle disposizioni anticipate di trattamento (n.219 del 2017), è attuabile con le persone colpite dal cancro. Però, nell'attività clinica quotidiana, solo il 9% la mette sempre in atto. In presenza di disposizioni anticipate di trattamento, il 72% ritiene di dover sempre assecondare la volontà del malato. L'85% informa il malato oncologico in fase avanzata della prognosi della malattia (il 28% sempre, il 43% abbastanza spesso e il 14% occasionalmente).

La richiesta: sedazione palliativa per tutti

«Soltanto il 29% dei clinici afferma che la sedazione palliativa, dove indicata, viene sempre effettuata – spiega Vittorina Zagonel, già direttore dell'Oncologia 1 dell'Istituto Oncologico Veneto di Padova -. È necessario rendere disponibili per tutti i malati oncologici le cure palliative contemporaneamente alle cure contro il cancro, compresa la sedazione palliativa nell'ultima parte del percorso. Anche se non possono essere imposte come obbligatorie, sono un diritto di tutti i cittadini ed è auspicabile che costituiscano “un pre-requisito della scelta di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente”, come stabilito dalla Corte Costituzionale. Le cure palliative evitano l'accanimento terapeutico e garantiscono un'assistenza personalizzata al malato e alla sua famiglia fino a fine vita».

L'importanza di cure palliative precoci

In base al sondaggio, nell'82% dei casi, nella struttura è presente una Unità o Servizio di cure palliative e nel 77% vengono garantite le cure simultanee (cure palliative precoci). «Obiettivo ideale sarebbe quello di implementare i gruppi di cure simultanee, ancora assenti in circa il 20% dei centri – sottolinea Massimo Di Maio, Presidente eletto Aiom -. Un'integrazione precoce di interventi di supporto, in un'ottica di cure simultanee, ha un impatto positivo sulla qualità e quantità di vita del paziente oncologico e sui risultati attesi dalle terapie». Nel 2010 fu pubblicato, sul “New England Journal of Medicine”, l'articolo che ha cambiato il modo di concepire le cure palliative. «Lo studio ha dimostrato che, in pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule

metastatico, le cure palliative precoci possono migliorare non solo la qualità della vita ma anche la sopravvivenza, proponendo, di fatto, un nuovo modello di integrazione fra cure palliative e cure attive – conclude Massimo Di Maio -. L'articolo è stato citato nelle linee guida dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) e della European Society for Medical Oncology (Esmo). Ciononostante, la mancanza di palliativisti ha reso finora complessa l'attuazione del modello nella pratica clinica e siamo consapevoli che realisticamente le evidenti carenze di personale probabilmente non saranno risolvibili almeno nel breve-medio termine, considerata la crescente carenza di specialisti in cure palliative rispetto al fabbisogno. In questo scenario, Aiom ritiene fondamentale l'incremento delle competenze degli oncologi per assicurare l'erogazione di cure palliative 'primarie' e una formazione che punti a far acquisire cognizioni 'di base' di cure palliative».

Per Massimo Di Maio, infine, «la medicina di precisione va applicata anche nella palliazione, come evidenziato in un articolo pubblicato su 'Esmo Open', scegliendo il momento giusto, rappresentato dalla diagnosi di malattia avanzata. Questi trattamenti non vanno quindi utilizzati solo negli ultimi giorni di vita, quando non vi sono più opzioni di terapia attiva, ma rappresentano una risorsa preziosa a partire dal momento della diagnosi di cancro avanzato, perché possono migliorare la qualità di vita e la sopravvivenza».

San Raffaele: arrivano i test sperimentali per accedere alle aree spente del cervello

LA RICERCA

ROMA Il progetto prevede di utilizzare fasci di ultrasuoni che possono raggiungere aree profonde del cervello. In questo modo si punta a contrastare lo sviluppo della demenza. La sperimentazione di questa tecnica all'avanguardia partirà in questi giorni all'Irccs San Raffaele di Roma. L'obiettivo è valutare il potenziale terapeutico di una tecnologia non invasiva di ultima generazione: la stimolazione transcranica a ultrasuoni focalizzati a bassa intensità (LitFUS), in pazienti affetti da diverse forme di demenza in vari stadi della malattia. L'annuncio è arrivato ieri, in coincidenza con la Giornata mondiale dell'Alzheimer.

PERCORSO

Racconta Paolo Maria Rossini, direttore del dipartimento di Neuroriabilitazione all'Irccs San Raffaele: «In questi ultimi anni l'armamentario terapeutico e riabilitativo delle demenze si è arricchito del contributo delle varie tecnologie di stimolazione transcranica non invasive. Mentre le tecnologie passate possono solo raggiungere aree relativamente superficiali e piuttosto ampie del cervello, le ultime scoperte hanno permesso alla stimolazione che impiega onde d'urto acustiche, e più di recente fasci di ultrasuoni, di concentrare energia anche in strutture profonde con precisione millimetrica». Questa stimolazione dovrebbe consentire ad aree poco funzionali o spente di tornare a funzionare o a connessioni neuronali indebolite di rafforzarsi. «La bassa intensità degli ultrasuoni emessi impedisce che nel focus di stimolazione ci sia un danno delle cellule nervose raggiunte dal fascio di energia; al contrario, a seconda della frequenza di stimolazione, questa energia sembra in grado di far risuonare a una frequenza ottimale i circuiti nervosi a cui le cellule appartengono e di favorirne in tal modo la formazione di nuovi circuiti capaci di vi-

cariare le funzioni perdute e, quindi, di dare un recupero benefico» osserva ancora Rossini.

Perché è così importante questa sperimentazione? Spiegano ancora al San Raffaele: «Questa programmazione di studio è uno dei primi al mondo con tale finalità. La LitFUS, già definita una nuova frontiera della neuromodulazione, concentra fasci di ultrasuoni, simili a quelli delle ecografie, ma molto più precisi e concentrati in punti millimetrici e programmabili del cervello (focus) grazie alle immagini di risonanza magnetica del paziente (neuronavigazione). Di conseguenza aree cerebrali "poco funzionali o spente" potrebbero tornare a funzionare e connessioni neuronali indebolite potrebbero rafforzarsi».

AVANGUARDIA

All'istituto San Raffaele ricordano che «non si tratta di fantascienza, ma di una tecnologia reale, capace di stimolare in profondità aree specifiche del cervello in modo non-invasivo. Grossolanamente si può dire che il metodo è analogo a quello che da bambini usavamo quando con una lente d'ingrandimento si concentravano i raggi del sole in un punto dove la temperatura diventava così elevata da bruciare un foglio di carta o una foglia o di far accendere un cerino. Allo stesso modo, gli ultrasuoni focalizzati "accendono" aree cerebrali silenziate».

Ma cosa succede in un malato di Alzheimer? In che modo si sviluppa la malattia e come questa nuova tecnologia che sarà sperimentata al San Raffaele di Roma potrà contrastarla? «Nell'Alzheimer, alcuni "strumenti" dell'orchestra cerebrale smettono di

suonare o suonano fuori tono e fuori tempo e le funzioni cognitive sottostanti si alterano. La memoria si perde, l'attenzione si dissolve, la persona con la sua storia ed i suoi sentimenti ed emozioni scivola via. La LitFUS, con stimoli mirati e indolori, potrebbe agi-

re come un direttore d'orchestra che rimette in sincronia i musicisti distratti o che si sono momentaneamente allontanati ricostruendo l'armonia di un cervello normale». L'Irccs San Raffaele è una struttura sanitaria impegnata nel campo della Riabilitazione, punto di riferimento nella Ricerca e nel panorama della sanità nazionale. Ieri, in occasione della Giornata dell'Alzheimer, la sede si è illuminata di viola.

Va ricordato che, come spiega una scheda dell'Istituto superiore di sanità, nei pazienti affetti da demenza di Alzheimer si osserva una perdita di cellule nervose nelle aree cerebrali vitali per la memoria e per altre funzioni cognitive.

SINTOMI

«Si riscontra, inoltre, un basso livello di quelle sostanze chimiche, come l'acetilcolina, che lavorano come neurotrasmettitori e sono quindi coinvolte nella comunicazione tra le cellule nervose - spiega ancora l'Iss - Il decorso della malattia è lento e in media i pazienti possono vivere fino a 8-10 anni dopo la diagnosi della malattia. La demenza di Alzheimer si manifesta con lievi problemi di memoria, fino a concludersi con grossi danni ai tessuti cerebrali, ma la rapidità con cui i sintomi si acutizzano varia da perso-



na a persona. Nel corso della malattia i deficit cognitivi si acuiscono e possono portare il paziente a gravi perdite di memoria, a porre più volte le stesse domande, a perdersi in luoghi familiari, all'incapacità di seguire delle indicazioni precise, ad avere disorientamenti sul tempo, sulle persone e sui luoghi, ma anche a trascurare la propria sicurezza personale, l'igiene e la nutrizione. I

disturbi cognitivi possono, tuttavia, essere presenti anche anni prima che venga formulata una diagnosi di demenza di Alzheimer».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PAOLO MARIA ROSSINI,
DIRETTORE
DEL DIPARTIMENTO
NEURORIABILITAZIONE:
«USEREMO
GLI ULTRASUONI»**

**SI TRATTA
DI UNO DEI PRIMI
STUDI AL MONDO
CHE PUNTA SU QUESTA
NUOVA OPPORTUNITÀ
DELLA TECNOLOGIA**



**A destra, l'ospedale
San Raffaele di
Roma. Sotto, il
direttore del
Dipartimento di
Neuroriabilitazione,
Paolo Maria Rossini**



Nuovi farmaci in arrivo Chi potrà beneficiarne

Nullaosta della Commissione Europea a un anticorpo monoclonale di ultima generazione contro l'Alzheimer
Non potrà però essere somministrato in modo autonomo

di **Maria Giovanna Faiella**

Sono in arrivo anche in Italia farmaci per il trattamento di pazienti sintomatici con malattia di Alzheimer in fase iniziale. In particolare, l'anticorpo monoclonale lecanemab ha ricevuto l'autorizzazione della Commissione Europea per l'immissione in commercio, per cui la nostra Autorità regolatoria, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha avviato l'iter per autorizzare anche in Italia il medicinale per quei pazienti in cui «il profilo rischio-beneficio è favorevole», inserendolo nella classe C(nn), dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità. Il farmaco, che non potrà essere somministrato in modo autonomo,

dovrebbe essere disponibile, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, agli inizi del prossimo anno.

Ma chi potrà accedervi e a quali condizioni? Lo abbiamo chiesto al presidente della Società Italiana di Neuroscienze Ospedaliere, Pasquale Palumbo, direttore Neurologia dell'Ospedale di Prato e del Dipartimento delle Specialistiche Mediche dell'Azienda Usl Toscana centro.

Potranno beneficiarne solo i pazienti con Mild Cognitive Impairment (lieve declino cognitivo) o anche in fase iniziale di Alzheimer?

«EMA, l'Agenzia europea dei medicinali, indica il Lecanemab per i pazienti affetti da un disturbo cognitivo lieve o demenza di grado lieve dovuti alla malattia di Alzheimer in fase iniziale. Inoltre, per ridurre il rischio di potenziali complicanze, il farmaco non dovrà essere somministrato ai pazienti portatori dell'allele

ε4 del gene per l'apolipoproteina E (ApoE ε4) o eterozigoti con patologia amiloide confermata. Certamente potranno beneficiarne anche i pazienti con disturbi sfumati e iniziali di deterioramento cognitivo che soddisfino gli altri criteri diagnostici per malattia di Alzheimer».

A cosa servono questi farmaci e come funzionano?

«Si tratta di farmaci il cui scopo è quello di rallentare la malattia di Alzheimer, funzionando come un anticorpo che si lega alle placche di amiloide, che è la proteina patogena che si accumula in modo abnorme nel cervello. I farmaci, sotto forma di anticorpi monoclonali, detti così perché sono tutti identici, si legano all'amiloide, stimolando il sistema immunitario ad eliminarla».

È vero che hanno effetti collaterali importanti?

«Sì, parliamo di farmaci che, seppure raramente, possono provocare complicanze cerebrali importanti come edema ed emorragia; pertanto è indicato che la somministrazione del farmaco si verifichi in setting ospedalieri dotati dei servizi che tutelino la sicurezza del paziente».

In che modo saranno individuati i pazienti eleggibili?

«Attraverso una maggiore attenzione e una valutazione clinica orientata a cogliere aspetti molto precoci, ai quali prima si dava meno importanza, non esistendo farmaci in grado di modificare l'evoluzione della malattia. In pratica, bisognerà modificare l'approccio al paziente da parte del clinico che, in partnership con il neuropsicologo, dovrà essere sempre più orientato a intuire i lievi di-

sturbi cognitivi che si associano ai segni laboratoristici, biomolecolari e genetici che indicano l'accumulo di amiloide».

Come si potrà accedere alla terapia e chi la prescriverà?

«L'accesso alla terapia sarà regolato dalle indicazioni che il nostro ente regolatorio (AIFA) emanerà all'atto della prescrivibilità. Il percorso prescrittivo potrà essere assicurato da qualunque medico che abbia un sospetto fondato; saranno, poi, i Centri autorizzati alla prescrizione a dover esaminare il paziente e valutare se è eleggibile alla somministrazione. Pertanto, il Centro prescrittore dovrà essere dotato di neurologi o altri specialisti sufficientemente esperti nella diagnosi della malattia, ma anche degli strumenti diagnostici necessari (indagini biologiche liquorali, esami genetici, neuroimaging e di medicina nucleare biomolecolare) che dovrebbero essere comunque meglio definiti da AIFA.

Chi potrà somministrare il farmaco?

«La somministrazione dovrebbe essere a cura dei Centri posti in setting ospedalieri dotati di un servizio di Risonanza magnetica (RMN) dell'encefalo e di consulenza neurologica H24. Tutto ciò per controllare che, soprattutto, dopo le prime infusioni, non



si verifichino gli effetti temibili come un'emorragia cerebrale o l'edema vasogenico. In Regione Toscana, per esempio, gli organismi di governo clinico hanno condiviso uno scenario simile stilando un documento condiviso».

Come organizzarsi, fin da ora, per rendere possibile l'accesso sicuro, rapido ed equo a questi farmaci su tutto il territorio nazionale?

«Credo sia necessario che le Società scientifiche e i professionisti trovino il modo di interfacciarsi con le proprie amministrazioni regionali, proponendo un modello che sia univoco su tutto il territorio nazionale. Questo lavoro è molto importante anche perché sono in arrivo nuovi farmaci con lo stesso meccani-

smo d'azione e la ricerca è attiva anche su altri meccanismi patogenetici che portano alla demenza. Pertanto, sarà fondamentale che il mondo clinico ospedaliero e ambulatoriale non si trovi impreparato di fronte a questo cambiamento di grande portata». **Se i nuovi farmaci sono destinati ai pazienti in fase iniziale di malattia, vuol dire che bisogna accelerare anche i tempi della diagnosi?**

«Un cambiamento di approccio, orientato a intercettare precocemente i pazienti, sarà inevitabilmente accompagnato da nuovi modelli organizzativi dei servizi neurologici, che dovranno essere potenziati, per far fronte a una domanda su vasta scala che dovrà essere filtrata in

modo appropriato».

Una prima «selezione» di pazienti eleggibili alla somministrazione potrebbero farla anche i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) o non sono attrezzati?

«La gestione di questi farmaci non potrà prescindere dai CDCD che, da più di 25 anni, offrono un servizio specialistico per la diagnosi, la cura e il supporto a persone con Alzheimer. I Centri rappresentano la rete dotata dei professionisti (non soltanto medici) più esperti nella diagnosi e nel trattamento. Tali strutture dovrebbero essere, a mio parere, potenziali Centri prescrittori e/o somministratori in relazione alle dotazioni cliniche e diagnostiche presenti».

Può provocare raramente complicanze cerebrali importanti come edema ed emorragia, quindi va somministrato in Ospedali attrezzati

Indicazioni terapeutiche
Il medicinale è indicato da Ema per i pazienti con disturbo cognitivo lieve o demenza di grado lieve dovuti alla malattia di Alzheimer in fase iniziale



LA RICERCA Monoclonali e cure su misura per i diversi tipi di demenza

«**L**a demenza non è una sola e mai come oggi bisogna lavorare su diagnosi precoce e terapia personalizzata»: il pensiero della professoressa Barbara Borroni, che dirige la struttura complessa "Riabilitazione del decadimento cognitivo e demenze" all'Irccs Fatebenefratelli di Brescia, va ben oltre l'Alzheimer. Docente di Neurologia all'Università di Brescia, Borroni ricorda che «negli ultimi anni la ricerca ha fatto passi importanti nel trattamento dell'Alzheimer. Tra le novità più promettenti ci sono gli anticorpi monoclonali, presto disponibili in

Italia; si aprono prospettive interessanti anche per altre forme di demenza, come quella frontotemporale (Ftd), soprattutto nelle forme genetiche. Accanto alle terapie approvate, un ruolo crescente è svolto dai trattamenti sperimentali, resi possibili dalle tecnologie innovative e da una rete di ricerca avanzata». L'Irccs di Brescia, l'unico specializzato in malattie mentali dell'adulto, dispone di una Clinical Trial Unit, che coordina e gestisce sperimentazioni farmacologiche e non, come le tecniche di stimolazione cerebrale non invasiva, con risultati incoraggianti.

Nei suoi ambulatori si curano anche la Ftd, o la demenza a corpi di Lewy (Dlb), oltre all'Alzheimer. «L'idea è costruire un'offerta di cura "tailored", cioè su misura, disegnata intorno alle esigenze specifiche di ogni persona e della sua famiglia - dichiara -. Un interesse particolare che ho maturato durante la specializzazione in Neurologia nell'Università di Cambridge e poi al Queen Square Hospital di Londra, riguarda le forme genetiche di demenza, spesso a esordio giovanile, per le quali qui a Brescia, oggi, abbiamo un ambulatorio dedicato. In questi casi, una diagnosi precoce può fare la diffe-

renza anche per accedere in tempo a trattamenti sperimentali mirati, che si stanno sviluppando con crescente rapidità. Investire in diagnosi precoce, in percorsi specializzati e nella personalizzazione delle cure è necessario per migliorare l'assistenza al malato». L'Irccs bresciano è noto anche per la grande attività a supporto dei caregiver.

(P.V.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Ricordo” l'app per non dimenticare le medicine

Un'app per non dimenticare medicine e appuntamenti. Si chiama “Ricordo”, ed è rivolta di persone con disturbi neurocognitivi lievi e moderati. Punta a portare la riabilitazione direttamente nelle case dei pazienti grazie a una piattaforma digitale innovativa che favorisce la continuità delle cure

e migliora la qualità della vita di pazienti e caregiver. I risultati preliminari, ottenuti dal test del primo prototipo svolto in Italia per sei settimane, sono positivi. La app è stata validata in Italia, con la collaborazione di Università Liuc, Fondazione Don Gnocchi e Astir srl, ed è in fase di

adattamento e implementazione anche in Francia e Portogallo.



L'IMPORTANTE SPERIMENTAZIONE DELL'IRCSS SAN RAFFAELE DI ROMA

Ultrasuoni per riattivare il cervello La nuova cura contro l'Alzheimer

Grazie alla “stimolazione transcranica” non invasiva, aree cerebrali “poco funzionali o spente” potrebbero tornare attive. Coinvolti nei test pazienti affetti da diverse forme di demenza

SUSANNA BARBERINI

■ Quando l'Alzheimer si manifesta, è come se l'orchestra del cervello perdesse il ritmo: alcuni strumenti smettono di suonare, altri vanno fuori tempo, e l'armonia che tiene insieme pensieri, emozioni e ricordi si spezza. Ne deriva un silenzio che non è assenza di suoni, ma perdita della persona stessa, della sua storia, della sua capacità di orientarsi nel mondo. Da questa immagine parte la sfida della ricerca scientifica all'avanguardia: se gli strumenti non seguono lo spartito, come si riporta ordine nell'orchestra? Alla domanda tenta di rispondere l'IRCCS San Raffaele di Roma che, in occasione della Giornata Mondiale dell'Alzheimer (che si celebra oggi), ha annunciato l'avvio di una sperimentazione clinica tra le prime al mondo nel suo genere. L'obiettivo è valutare il potenziale terapeutico della stimolazione transcranica a ultrasuoni focalizzati a bassa intensità (LItFUS): una tecnologia non invasiva che non richiede bisturi (quindi niente ferite né dolore), ma agisce modulando

l'attività di aree specifiche del cervello con una precisione millimetrica.

Gli ultrasuoni, già noti per l'uso diagnostico nelle ecografie, diventano al San Raffaele una frontiera terapeutica: chirurgia invisibile, che non taglia e non brucia, ma modula. Non servono a mostrare immagini, ma a “risvegliare” circuiti neurali indeboliti. Con l'aiuto della risonanza magnetica, i fasci acustici possono essere indirizzati esattamente nei punti critici del cervello – come l'ippocampo, che è la centrale della memoria – per stimolare le cellule nervose in profondità senza danneggiarle. Di conseguenza aree cerebrali “poco funzionali o spente” potrebbero tornare a funzionare e connessioni neurali indebolite potrebbero rafforzarsi.

Il professor Paolo Maria Rossini, direttore del Dipartimento di Neuroriabilitazione del San Raffaele, spiega che negli ultimi anni l'armamentario delle terapie non invasive si è arricchito: accanto alla stimolazione magnetica transcranica (TMS) e a quella elettrica a bas-

sa intensità (tDCS) – entrambe efficaci ma limitate alle aree superficiali del cervello – la ricerca ha introdotto impulsi acustici (TPS) e, più di recente, fasci di ultrasuoni. «La differenza – sottolinea Rossini, – è che con gli ultrasuoni possiamo concentrare energia in strutture profonde con precisione millimetrica. E questo apre la possibilità di intervenire su aree cruciali per la memoria e le funzioni cognitive». Per spiegare il meccanismo, il professor Rossini ricorre a un'immagine semplice: quella della lente d'ingrandimento che concentra i raggi del sole fino a far bruciare un foglio o accendere un fiammifero. Gli ultrasuoni focalizzati agiscono nello stesso modo, “accendendo” aree cerebrali spente o poco attive. A differenza degli ultrasuoni ad alta intensità, che possono distruggere le cellule, la LItFUS lavora a basse intensità, stimolando i neuroni a “risuonare” alla frequenza ottimale. Questo può favorire la nascita di nuove connessioni capaci di vicariare quelle perdute.

La sperimentazione al San

Raffaele di Roma coinvolgerà pazienti con diverse forme di demenza, in stadi differenti della malattia. L'obiettivo è verificare se, attraverso sessioni ripetute di stimolazione, sia possibile rallentare il declino cognitivo, ma anche recuperare alcune funzioni compromesse.

Il cammino della ricerca è lungo, e richiederà anni prima che la LItFUS possa eventualmente entrare nella pratica clinica quotidiana. Ma la direzione è chiara: cercare strumenti che possano restituire funzioni, riattivare circuiti, riaccendere memorie. Come un direttore d'orchestra che invita i musicisti smarriti a tornare in tempo, la tecnologia prova a ricostruire l'armonia perduta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA**21 SETTEMBRE**

**L'annuncio
in occasione
della Giornata
Mondiale
dell'Alzheimer**

NUOVA POSSIBILITÀ

«Così si riesce
a concentrare
energia con
precisione
millimetrica»



Qui a sinistra, l'IRCCS San Raffaele di Roma. Sopra, il professor Paolo Maria Rossini, direttore del Dipartimento di Neuroriabilitazione





Servizio Giornata mondiale

Alzheimer, la scienza apre nuove strade: dalla riabilitazione digitale agli ultrasuoni sul cervello

Le nuove frontiere della ricerca puntano a migliorare la vita dei pazienti e a svelare i meccanismi alla base della malattia

di Francesca Cerati

20 settembre 2025

Il 21 settembre, in occasione della XXXII Giornata mondiale dell'Alzheimer, il dibattito internazionale si concentra sempre più su un tema finora sottovalutato: la riabilitazione. Non solo diritto e sostegno sociale, ma anche e soprattutto campo di sperimentazione scientifica avanzata, capace di aprire scenari inediti per chi convive con la malattia.

La riabilitazione digitale: il progetto europeo "Mi-Ricordo"

Una delle novità più promettenti arriva dal progetto europeo Mi-Ricordo, coordinato dall'Università Liuc insieme alla Fondazione Don Gnocchi e ad Astir. La piattaforma digitale permette di svolgere esercizi di riabilitazione cognitiva direttamente a casa, con programmi adattati alle capacità residue di ciascun paziente.

I primi test in Italia hanno mostrato un miglioramento significativo di memoria, linguaggio e funzioni esecutive, con un'aderenza alla terapia superiore all'80% (contro il 62% dei metodi tradizionali). Inoltre, i benefici si sono mantenuti a un anno di distanza, con effetti positivi anche sul carico dei caregiver.

«Il valore di questo progetto sta nell'incontro tra tecnologia, ricerca scientifica e attenzione alla persona - spiega Valeria Blasi, neurologa e ricercatrice presso la Fondazione Don Gnocchi - Mi-Ricordo ci permette di sperimentare nuovi strumenti che supportano i pazienti nel percorso riabilitativo rispettando la loro identità culturale e il contesto familiare».

Per Emanuela Foglia, ricercatrice della Scuola di Ingegneria industriale della Liuc, «sarà una fase di vera e propria co-creazione, con adattamenti culturali e sanitari nei diversi Paesi, e una valutazione multidimensionale della piattaforma per migliorarne efficacia e sostenibilità».

Ultrasuoni per riaccendere i circuiti della memoria

Dal fronte delle neuroscienze arriva un'altra innovazione che sembra uscita dalla fantascienza: la stimolazione transcranica a ultrasuoni focalizzati a bassa intensità (LItFUS). Al San Raffaele di Roma sta per partire una delle prime sperimentazioni cliniche al mondo su pazienti con diverse forme di demenza.

«In questi ultimi anni l'armamentario terapeutico e riabilitativo delle demenze si è arricchito del contributo delle tecnologie di stimolazione transcranica non invasiva - spiega Paolo Maria Rossini, direttore del dipartimento di Neuroriabilitazione del San Raffaele - La novità degli ultrasuoni è la

possibilità di concentrare energia in strutture profonde come l'ippocampo, con precisione millimetrica e senza rischi di danno cellulare».

Rossini ricorre a una metafora: «È un po' come quando da bambini usavamo una lente d'ingrandimento per concentrare i raggi del sole in un punto preciso: allo stesso modo gli ultrasuoni focalizzati possono "accendere" aree cerebrali silenziate».

Alla radice della malattia: colesterolo e vescicole extracellulari

Se la riabilitazione e le tecnologie offrono soluzioni per migliorare la vita oggi, la ricerca di base punta a svelare i meccanismi che causano l'Alzheimer. All'Istituto Neurologico Besta di Milano sono in corso due studi che guardano al cuore della patologia.

Il primo indaga il ruolo delle vescicole extracellulari, minuscole strutture che trasportano segnali tra cellule. «Comprendendo meglio il loro ruolo potremmo capire come contribuiscono alla diffusione della malattia e individuare nuovi bersagli terapeutici» afferma Marcella Catania, ricercatrice al Besta.

Il secondo studio si concentra invece sul metabolismo del colesterolo. «Stiamo valutando l'impatto dell'enzima PCSK9, coinvolto nella neurodegenerazione e nella neuroinfiammazione - spiega Paola Caroppo, neurologa del Besta - «Questa ricerca potrebbe aiutarci a identificare nuovi biomarcatori e a chiarire il ruolo del colesterolo nella progressione dell'Alzheimer, aprendo la strada a strategie terapeutiche mirate».

Una sfida che intreccia presente e futuro

La Giornata mondiale Alzheimer 2025 restituisce un quadro chiaro: accanto al sostegno sociale e alla riabilitazione tradizionale, la ricerca scientifica sta sviluppando strumenti innovativi – dalla riabilitazione digitale agli ultrasuoni cerebrali, fino alla biologia molecolare – che potrebbero trasformare radicalmente la gestione e la comprensione della malattia.

Come ricorda Paola Barbarino, Ceo di Alzheimer's Disease International: «Tropo spesso a chi riceve la diagnosi viene detto solo di tornare a casa e mettere in ordine le questioni di fine vita. Ma con il giusto supporto si può vivere bene per molti anni. È tempo che i sistemi sanitari offrano percorsi di riabilitazione per la demenza, come avviene per altre condizioni croniche».

Se oggi non esiste ancora una cura definitiva, il futuro dell'Alzheimer passa da qui: tecnologie, ricerca e medicina di precisione, con un obiettivo comune, ridare tempo e dignità a chi convive con la demenza.



Servizio Giornata mondiale

Alzheimer, -40% di casi con una vita sana e la riabilitazione diventa un diritto per pazienti e caregiver

La demenza in Italia interessa fino al 10% della popolazione tra gli oltre 2 mln di persone colpite in varie forme e i 4 mln di familiari: le ricette per agire d'anticipo con la prevenzione su stili di vita e malattie e con interventi di "mantenimento" in chi ha già una diagnosi

di Barbara Gobbi

19 settembre 2025

Da un lato, la prevenzione come "leva potente" che può arrivare a scongiurare fino al 40% dei casi di demenza. Dall'altro, la riabilitazione capace di mantenere più a lungo, a malattia conclamata, di mantenere più a lungo le funzioni cognitive e l'autonomia migliorando la vita sia del malato sia del suo caregiver. E, fattore di non poco conto con l'esplosione della cronicità e l'invecchiamento della popolazione, di ritardare l'ingresso nelle strutture e i ricoveri in ospedale così da alleggerire una spesa stimata, per il nostro paese, tra i 15 e i 23 miliardi di euro l'anno di cui il 60-70% a carico delle famiglie.

I numeri

Il mondo e l'Italia - dove il Tavolo permanente per le demenze sta lavorando ad aggiornare il Piano nazionale su queste patologie - si presentano con queste due armi all'appuntamento con la Giornata mondiale dell'Alzheimer del 21 settembre. Se la guerra contro la malattia è ancora ben lontana dall'essere vinta, molto si può fare per metterla all'angolo quanto più a lungo possibile. Molto possono fare i Governi ma tanto può fare ciascuno di noi, per contrastare numeri da capogiro solo nel nostro Paese: una stima di 1,6 milioni di persone con demenza di cui 6-700mila con diagnosi di Alzheimer a cui si aggiungono 950mila individui con decadimento cognitivo lieve. Mentre l'Istituto superiore di sanità stima che siano circa 24mila i casi di demenza giovanile compresi nella fascia 35-64 anni. Il conto è salatissimo: a considerare anche i caregiver pari a circa 4 milioni di persone interessate, la valutazione è che circa il 10% della popolazione italiana si trovi ad affrontare questo problema, così come riportato dal Report nazionale Fondo Alzheimer e demenze 2021-2023 dell'Iss.

«Il tema della riabilitazione dovrà essere incluso nel nuovo Piano, garantendo che questa tipologia di interventi sia parte integrante dei percorsi di cura e assistenza - afferma Mario Possenti, segretario generale della Federazione -. Serve un vero cambiamento culturale: dobbiamo smettere di pensare che la vita finisca con la diagnosi di demenza. Una persona può vivere ancora a lungo, in modo pieno e con dignità, se ha accesso a un sostegno efficace e personalizzato, capace di valorizzare le capacità residue e accompagnare la famiglia. In un Paese dove i costi complessivi della demenza superano i 23 miliardi di euro l'anno, di cui oltre il 60% a carico diretto delle

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

famiglie, investire nella riabilitazione e nel supporto non è solo un dovere etico, ma anche una scelta strategica e sostenibile per il nostro futuro».

Il decalogo della prevenzione

Come in uno specchio, da un lato ci sono le nostre “buone azioni” di singoli, dall’altro quelle che i governi sono chiamati a favorire o a mettere in campo. Anche se, come ci ricorda l’Organizzazione mondiale della sanità, si rischia addirittura un arretramento nelle strategie generali contro le malattie croniche mentre il 75% degli Stati, certifica il World Alzheimer Report 2025, non ha ancora un piano nazionale per la demenza.

Nel decalogo della prevenzione messo in fila dalla Federazione Alzheimer Italia da Simone Salemmè, neurologo e consulente dell’istituto superiore di sanità (Iss) e da Davide Mangani, ricercatore immunologo dell’istituto di ricerca in Biomedicina di Bellinzona, compaiono “imputati” ben noti: dall’ipertensione al diabete, dal fumo all’alcol alla cattiva alimentazione. Per contro, di meno immediata intuizione come fattori protettivi troviamo l’attenzione a vista e udito, relazioni sociali attive, l’esercizio fisico e la prevenzione di incidenti e traumi. Ma ecco di seguito i consigli degli esperti per prevenire la demenza.

1. Pressione arteriosa sotto controllo

L’ipertensione è un “killer silenzioso”: tenerla sotto controllo significa proteggere cuore e cervello.

- Cosa può fare il singolo: misurare regolarmente la pressione, seguire le cure prescritte, ridurre l’uso del sale, mantenere uno stile di vita attivo, tenere sotto controllo il peso.
- Cosa può fare la società: promuovere screening diffusi, facilitare l’accesso ai farmaci, progettare città che incoraggino il movimento, con parchi e piste ciclabili.

2. Colesterolo Ldl: conoscerlo e trattarlo

Il colesterolo alto nella mezza età aumenta il rischio di demenza e ictus.

- Cosa può fare il singolo: tenere sotto controllo i livelli dei lipidi, seguire una dieta mediterranea, fare attività fisica, non fumare e limitare l’alcol.
- Cosa può fare la società: offrire check-up cardiovascolari accessibili, garantire l’accesso a farmaci e terapie, promuovere politiche per un’alimentazione sana e l’uso di etichette nutrizionali chiare.

3. Proteggere l’udito

La perdita uditiva non trattata, spesso a causa di costi e stigma, favorisce isolamento e declino cognitivo.

- Cosa può fare il singolo: fare screening dopo i 60 anni, usare gli apparecchi acustici se necessario, proteggere l’udito dal rumore (usando tappi se necessario e moderando il volume di tv, radio, ecc.), condurre una vita sociale attiva.
- Cosa può fare la società: rendere accessibili ausili e riabilitazione, creare ambienti pubblici con ascolto assistito (ovvero garantire che auditorium, teatri e spazi comunitari siano dotati di sistemi audio che permettano l’accessibilità a persone con perdite uditive), promuovere campagne per combattere lo stigma.

4. Proteggere la vista

Vederci bene mantiene autonomia e stimolazione cognitiva.

- Cosa può fare il singolo: sottoporsi regolarmente a visite oculistiche, avvalersi di occhiali o lenti adeguati, non rimandare interventi necessari come la cataratta, usare un'illuminazione domestica adeguata.
- Cosa può fare la società: ridurre le liste d'attesa per gli interventi, promuovere screening visivi, rendere accessibili i presidi oculistici, migliorare l'illuminazione e la segnaletica pubblica.

5. Attività fisica regolare

Il movimento è una delle armi più efficaci per la salute del cervello.

- Cosa può fare il singolo: camminare, nuotare, ballare, alternare esercizi aerobici e di potenziamento, per spezzare la sedentarietà.
- Cosa può fare la società: sviluppare città "active friendly", sostenere palestre e programmi sociali, incentivare la mobilità attiva e il trasporto pubblico, promuovere l'attività fisica con campagne nazionali di sensibilizzazione.

6. Alimentazione di tipo mediterraneo

La dieta mediterranea protegge da infiammazione e declino cognitivo.

- Cosa può fare il singolo: consumare frutta, verdura, cereali integrali, legumi, pesce, olio d'oliva; limitare zuccheri e cibi processati.
- Cosa può fare la società: garantire mense pubbliche, scolastiche e lavorative "mediterranee", rendere maggiormente accessibili cibi freschi, sostenere le filiere locali, disincentivare con politiche fiscali idonee la diffusione di cibi ultraprocessati.

7. Stop al fumo e agli eccessi dell'alcol

Tabacco e alcol danneggiano i vasi, alzano la pressione e favoriscono infiammazione e atrofia cerebrale.

- Cosa può fare il singolo: smettere di fumare, evitare il fumo passivo, limitare l'alcol ed evitare le "abbuffate alcoliche".
- Cosa può fare la società: rafforzare le politiche antifumo, offrire servizi di sostegno per le dipendenze, regolamentare la vendita e la pubblicità degli alcolici.

8. Diabete, peso e salute metabolica

Il diabete di tipo 2 e l'obesità aumentano il rischio di demenza.

- Cosa può fare il singolo: monitorare glicemia e peso, seguire le terapie, adottare uno stile di vita sano, dormire a sufficienza e fare attenzione allo stress eccessivo.
- Cosa può fare la società: attivare programmi di prevenzione, facilitare l'accesso a nutrizionisti, adottare politiche che limitino il consumo di bevande zuccherate, promuovere politiche per garantire equità nell'accesso a cibi sani.

9. Mente attiva e relazioni sociali

Relazioni e stimoli mentali rafforzano la riserva cognitiva.

- Cosa può fare il singolo: imparare cose nuove, coltivare hobby, partecipare ad attività sociali, chiedere aiuto in caso di depressione.

- Cosa può fare la società: garantire un'istruzione di qualità fin dall'infanzia, promuovere centri comunitari e biblioteche, sostenere università della terza età, garantire servizi di salute mentale accessibili.

10. Attenzione ai rischi ambientali e ai traumi

Incidenti e inquinamento atmosferico pesano anche sulla salute cerebrale.

- Cosa può fare il singolo: indossare il casco in bici e in monopattino; usare protezioni adeguate per l'attività sportiva; prevenire le cadute in casa con l'utilizzo di tappeti antiscivolo, corrimani e di un'illuminazione adeguata; ridurre le combustioni domestiche; preferire luoghi meno inquinati.
- Cosa può fare la società: attuare piani "aria pulita" per ridurre traffico e combustioni, aumentare il verde urbano, rafforzare la sicurezza stradale e la prevenzione delle cadute domestiche, realizzare abitazioni e quartieri a misura di anziani.

Riabilitazione necessaria

Considerare la riabilitazione delle persone con demenza come un diritto e quindi integrarla nei piani nazionali contro la malattia: questa la sollecitazione del Rapporto mondiale Alzheimer 2025, che in questo senso converge con le linee guida per la diagnosi e il trattamento della demenza redatte dall'Istituto superiore di sanità quando richiamano l'importanza dell'esercizio fisico - incluse camminate, ginnastica dolce, cyclette ed esercizi di equilibrio e rinforzo muscolare - e di approcci come la musicoterapia, la terapia della reminiscenza e altre attività creative e sociali.

In generale, la riabilitazione personalizzata nel Rapporto mondiale sulla malattia è indicata come "evidenza" capace di migliorare il funzionamento quotidiano mirato per le persone con demenza e può ritardare la perdita di indipendenza ma questo cozza contro il persistente divario globale nell'accesso e con la scarsità di risorse e di interventi mirati. Di fatto, si legge nel Report, le persone con demenza raramente hanno accesso alla riabilitazione, nonostante le prove che possano trarne beneficio. Eppure gli obiettivi Smart (specifici, misurabili, raggiungibili, pertinenti e limitati nel tempo) fanno parte di un approccio riabilitativo efficace per le persone che vivono con demenza. Mentre gli studi hanno dimostrato che le persone che si erano impegnate in una riabilitazione cognitiva individuale su misura presentavano livelli di disabilità più bassi rispetto alle persone che avevano ricevuto solo cure standard e sono rimaste nelle proprie case per sei mesi in più della media prima di passare all'assistenza residenziale.

Prevenzione Così il vaccino contro la bronchiolite fa risparmiare la sanità

Un nuovo farmaco
promette una difesa più
efficace contro il virus
respiratorio sinciziale che
colpisce bambini e anziani
con una riduzione dei costi
di ricovero e trattamento
Ma la campagna nazionale
è in ritardo

Anna Lisa Bonfranceschi

I medici non hanno dubbi, e anche gli economisti sono d'accordo. La prevenzione del virus respiratorio sinciziale (Rsv) conviene: ai bambini e agli anziani, i più colpiti da questo virus, e al servizio sanitario, che così risparmia i costi legati a dover curare quelli che si ammalano. Nonostante questo, però, i programmi di prevenzione nazionale non hanno ancora recepito le innovazioni e ormai il tempo per correggere il tiro prima della stagione invernale si sta esaurendo.

Nel caso dei bambini la novità è rappresentata da un farmaco, un anticorpo monoclonale, capace di

proteggere contro il virus più a lungo rispetto a quello usato finora nei neonati a rischio. Per capire se valga la pena di sostituire il farmaco vecchio con quello nuovo, un gruppo di ricerca toscano ha analizzato i dati relativi ai ricoveri di oltre 600 bambini, valutando i costi di ricovero e trattamento (che oscillano



tra i 4.000 e i 14 mila euro circa) dell'immunizzazione col nuovo anticorpo monoclonale e i relativi dati di efficacia. Risultato: la strategia per evitare il maggior numero di ospedalizzazioni senza di fatto necessità di incrementi di spesa è quella di somministrare il nuovo prodotto durante il primo anno di vita, poco prima che inizi la stagione invernale, così come raccomandato peraltro da pediatri e neonatologi.

In realtà il risparmio potrebbe essere anche maggiore, se si allargasse lo sguardo. «L'impatto sul territorio è molto importante, in termini di accesso ai medici di medicina generale e ai pediatri, ma anche a livello dei costi sostenuti dalle famiglie di questi bambini», aggiunge in merito Caterina Rizzo, del Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa. I risultati di alcuni studi condotti da Rizzo e colleghi mostrano che, sommando assistenza ambulatoriale e i costi sociali derivanti dal congedo parentale, per curare un bambino sotto i 5 anni dall'infezione da Rsv costa in media più di 700 euro. Oltre i giorni persi a scuola, infatti, nel conteggio vanno messi i permessi richiesti dai genitori per poter assistere i figli. Un altro studio ha calcolato che la prevenzione allargata con il nuovo anticorpo potrebbe far risparmiare circa 1,7 milioni solo nell'assistenza primaria.

Ma la mancata prevenzione costa, e tanto, anche per gli adulti, l'altra fascia di popolazione più debole di fronte a questo virus. Ogni anno in Italia finiscono in ospedale 26mila over 60 a causa dell'infezione e 1.800 sono i decessi. «Ma anche chi torna a casa, in molti casi, rimane danneggiato e va incontro a un decadimento funzionale che gli impedisce di tornare attivo come prima del ricovero», riprende Rizzo,

che ha condotto un'analisi sull'impatto che avrebbe la vaccinazione su questi anziani: circa 33 mila ricoveri evitati in tre anni, a cui si aggiungono risparmi per più di 150 milioni relativi ai costi sanitari diretti solo negli over 75. «Negli adulti i dati suggeriscono che il vaccino protegga per tre anni, anche se con forza sempre minore di anno in anno», commenta Rizzo.

«Investire nella prevenzione ripaga sempre, ma nel caso delle vaccinazioni ancora di più – aggiunge Maria Eugenia Morreale, referente per le vaccinazioni per Cittadinanza Attiva – perché le vaccinazioni non proteggono solo l'individuo, ma anche tutte le persone con cui interagisce». Morreale è la responsabile del progetto Osservatorio Rsv, per chiedere alle istituzioni una pianificazione puntuale e organizzata della prevenzione contro il virus. «Rimandare alle Regioni la gestione della prevenzione, significa predisporre i pazienti a ingiuste disuguaglianze, con le Regioni più ricche che si muovono per tempo e le altre costrette a fare i conti, nel migliore dei casi, con provvedimenti e fondi stanziati all'ultimo minuto, a ridosso della stagione epidemica già cominciata – riprende – il segnale che arriva non è solo di mancanza e ritardo, ma invita a credere che la prevenzione contro l'Rsv sia poco importante. Al punto che spesso di Rsv non si sente neanche parlare, come capita a molte donne incinte».

IL FESTIVAL DI SALUTE A PADOVA DALL'8/10



Il Festival di Salute torna a Padova con un ricco programma e un villaggio della salute dove sarà possibile fare prevenzione e informarsi sui temi del benessere. Quattro giorni densi di appuntamenti — dall'8 all'11 ottobre in Aula Magna dell'Università e a Teatro Verdi — per parlare di medicina e

salute insieme, fra gli altri, a David Quammen, Alberto Mantovani, Giorgio Parisi, Andrea Pennacchi, Alessandro Barbero, Edoardo Prati. Due gli appuntamenti dedicati alla prevenzione dell'infezione da virus respiratorio sinciziale, il 9 e l'11 ottobre. Per il programma e prenotarsi per talk e screening <https://www.repubblica.it/salute/dossier/festival-salute-2025>



① Uno studio di un gruppo di ricerca toscano svela i benefici di un anticorpo monoclonale che aumenta la protezione nei bambini



Le app della salute

Aumentano i dispositivi in grado di monitorare i parametri corporei. SaluTo porta in piazza le nuove tecnologie che stanno già facendo la differenza

L'EVENTO ALESSANDRO MONDO

Un selfie che può salvare la vita. Meglio: una app basata su un software di intelligenza artificiale per il riconoscimento delle lesioni cutanee, come i nevi o i melanomi. Utilizza un microscopio da montare su un device mobile, come un cellulare, e un software per il riconoscimento delle lesioni dermatologiche. Il microscopio si comporta, in piccolo, come un dermatoscopio, lo strumento usato in sede di esame dermatologico per l'analisi delle lesioni cutanee.

Un prototipo, per ora, al quale lavora un gruppo del Politecnico di Torino coordinato da Kristen Meiburger e Massimo Salvi, docenti di Bioingegneria, e da Filippo Molinari, Vicerettore del Politecnico di Torino e docente di Bioingegneria: la rappresentazione plastica dei passi

da gigante che sta compiendo la tecnologia applicata alla salute. In contrasto, talora stridente, con un sistema sanitario ancora solido ma sempre più a corto di mezzi, e di personale.

Se ne è parlato nella giornata conclusiva di "SaluTo. Medicina e Benessere", la manifestazione organizzata dalla Scuola di Medicina dell'Università di Torino e dal Comune in collaborazione con il Politecnico di Torino, con il sostegno di Compagnia di San Paolo e Regione Piemonte (La Stampa è media partner). Se ne è parlato, e soprattutto si è visto, dato che in piazza i cittadini hanno avuto modo non solo di partecipare ai dibattiti, moderati dal vicedirettore de La Stampa Gianni Armand Pilon e dal giornalista Federico Mereta, ma di sperimentare le attività interattive proposte dal Poli e dalla Scuola di Medicina: dalle app e tecnologie a portata di tutti, come i dispositivi indossabili per la rilevazione di battito cardiaco e pressione arteriosa, a quelle più sofisticate da utilizzare in collaborazione

con il personale sanitario, gli stand hanno offerto al pubblico la possibilità di "indossare" dispositivi per la salute e di provare app sviluppate dagli atenei torinesi.

Quattro le postazioni tematiche, in collaborazione con aziende biomedicali del territorio. "Salviamoci la pelle: dai selfie alle nuove tecnologie": in prova dispositivi per la diagnosi delle ulcere croniche e lesioni dermatologiche. "Indossiamo il benessere. Il corpo racconta: neuroscienze e tecnologie da indossare": a disposizione, sotto il controllo degli esperti, uno strumento indossabile per l'acquisizione dei parametri fisiologici come il battito cardiaco. "Dimmi come cammini e ti dirò come stai. Impariamo a muoverci e a correre": il pubblico ha potuto sperimentare le più recenti tecnologie indossabili e video per l'analisi del movimento umano in un contesto ludico-scientifico. "Hai mal di schiena: sco-



LA STAMPA

pri come nasce, dal cammino e dalla postura”: è stato possibile provare un esoscheletro per ridurre lo sforzo per spostare un carico e “vedere” l’attività dei muscoli.

Se l’app di cui sopra è un esempio dei metodi ottici sviluppati al Politecnico in collaborazione con la Dermatologia dell’Università del Piemonte Orientale per osservare e analizzare le lesioni cutanee, esistono tecniche ancora più avanzate. Come l’angiografia con tomografia a coerenza ottica, che permet-

te di visualizzare la microcircolazione sotto la superficie della pelle, o la fotoacustica, capace di spingersi ancora più in profondità grazie alla combinazione di luce e ultrasuoni. Metodi che offrono nuove prospettive per studiare le lesioni cutanee in modo non invasivo, aggiungendo informazioni preziose che vanno oltre ciò che l’occhio umano può percepire». In Sanità il futuro è già oggi. —

Ma il tema portante resta la salvaguardia del sistema sanitario sempre più in affanno

Con un selfie si possono riconoscere le lesioni cutanee

320

Milioni, il numero degli utenti delle app per la salute nel mondo: nel 2016 erano a quota 125 milioni

800

I partecipanti nella prima giornata della manifestazione organizzata dalla Scuola di Medicina dell’Università



I cittadini hanno potuto provare un esoscheletro per ridurre lo sforzo per spostare un carico e “vedere” l’attività dei muscoli



IL SETTORE

Dalla ricerca ai mercati il futuro passa dalle life sciences

In Italia il comparto
vale fino a 90
miliardi, dà lavoro
a 150 mila persone
ma servono più
capitali e processi
regolatori più rapidi
per attivarne
il potenziale

Luigi dell'Olio

Peter Thiel (cofondatore di Paypal e ora alla guida di Palantir), Sam Altman (OpenAI), Yuri Milner (Mail.Ru) e Marc Andreessen (Netscape). Sono solo alcuni tra gli imprenditori It più in vista che nel corso degli ultimi due lustri hanno investito nelle life sciences, puntando in particolare su aziende che studiano soluzioni innovative per la longevità.

Il *Wall Street Journal* ha dedicato un approfondimento ad alcune di queste storie, che in alcuni casi vedono sovrapporre obiettivi di rendimento e storie personali. Come nel caso di Naveen Jain (fondatore ed ex-ceo di InfoSpace), che dopo la morte del padre per cancro al pancreas, ha fondato Viome Life Sciences, azienda che vende test sanitari a domicilio e analizza i dati per formulare raccomandazioni personalizzate su nutrizione e integratori.

Le scienze della vita comprendono un ampio insieme di discipline scientifiche e tecnologiche dedicate allo studio degli organi-

smi viventi e delle loro applicazioni nei settori della salute umana, biotecnologia, farmaceutica, diagnostica, medicina rigenerativa e ambientale.

Rappresentano un ambito strategico per innovazioni che riguardano la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, oltre a migliorare la qualità della vita e la longevità della popolazione.

Il settore è tra i più interessanti per i fondi d'investimento specializzati in startup per una serie di motivi. In primis, l'elevato potenziale di impatto sociale ed economico. Le soluzioni sviluppate nelle life sciences, come farmaci innovativi, terapie geniche, immunoterapie, e dispositivi medici, rispondono a bisogni clinici importanti, e in genere ancora insoddisfatti, spingendo la domanda di mercato globale in crescita costante.

L'interesse è aumentato ulteriormente con l'avvento dell'intelligenza artificiale generativa: l'adozione di tecnologie all'avanguardia nella ricerca e sviluppo

riduce i tempi e i costi per portare nuovi prodotti sul mercato, aumentando le probabilità di successo e l'attrattiva per gli investitori. Per altro, il ruolo del venture capital si rivela cruciale nel processo di crescita delle giovani aziende, che spesso non hanno un track record adeguato per poter finire nel mirino delle grandi case farmaceutiche.

I fondi, potendosi assumere in termini statutari i rischi elevati tipici dell'investimento in startup, si rivelano pertanto compagni di viaggio per un tratto della crescita aziendale, per poi cedere il testimone a partner industriali.

Senza escludere la possibilità di Ipo, anche se questo sbocco negli ultimi anni è diventato meno frequente in quanto gli investitori nei mercati regolamentati faticano a prezzare adeguata-



mente imprese con una storia limitata alle spalle.

Secondo l'Osservatorio Listup, lo scorso anno le startup e Pmi innovative italiane delle life sciences hanno raccolto capitali per 303,3 milioni di euro, mettendo a segno una crescita del 63% rispetto al 2023.

Le aziende del settore operanti nella Penisola sono 1.600, di cui quasi un quarto fondate nel 2024, un terzo in più rispetto all'anno precedente.

Il valore della produzione industriale italiana nel comparto, che comprende farmaceutica, biotech e dispositivi medici, viene stimato tra i 73 e i 90 miliardi di euro, con un export di prodotti farmaceutici attorno ai 50 miliardi e 150 mila impiegati diretti, concentrati soprattutto in cluster regionali di eccellenza come Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna.

La longevità crescente della popolazione italiana e le sfide sanitarie legate alle malattie croniche rendono il settore anche un volano per la sostenibilità del si-

stema sanitario nazionale.

Investire nelle scienze della vita significa quindi investire nel benessere sociale. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha stanziato risorse importanti, circa nove miliardi di euro, per sostenere la ricerca, l'innovazione e le tecnologie digitali applicate alla salute, in linea con le strategie europee.

Capitali che potrebbero contribuire a fare dell'Italia un hub competitivo a livello globale nel settore delle scienze della vita. La spesa italiana in ricerca e sviluppo, pur migliorata negli ultimi anni, rimane inferiore a quella dei Paesi più avanzati, così come il volume degli investimenti.

Lo studio "Italia 2025: Scienze Della Vita - Italy's Untapped Potential", firmato da Executive Forecast, fotografa un'Italia al bivio: il Paese è ricco di iniziative, ma è chiamato a migliorare la rapidità e l'efficienza dei processi regolatori per facilitare l'accesso ai farmaci innovativi, accelerare l'adozione di tecnologie di-

gitali nel sistema sanitario e potenziare i finanziamenti per ricerca e sviluppo.

Gli analisti vedono una possibile chiave di volta nella collaborazione tra industria, università, enti pubblici e centri di ricerca.

Il capitale umano italiano, benché competitivo e produttivo a livello scientifico, necessita di investimenti nella formazione continua e nel rafforzamento delle competenze manageriali. Occorre, in definitiva, sviluppare un ecosistema capace di generare risultati superiori alla somma delle parti.

① Le aziende del settore operanti nella Penisola sono 1.600, di cui quasi un quarto fondate nel 2024. Il settore è tra i più interessanti per i fondi d'investimento specializzati in startup soprattutto per l'elevato potenziale di impatto sociale ed economico.

IN ITALIA POCHI VENTURE

Nel primo semestre 2025 sono stati realizzati 153 investimenti in giovani aziende operanti in Italia, il 18,6% in più rispetto allo stesso periodo dello scorso anno. È quanto emerge dal Rapporto di ricerca Venture Capital Monitor (VeM), secondo il quale l'ammontare investito si è attestato a 443 milioni di euro, in diminuzione rispetto ai 488 milioni del 2024, distribuiti su 142 round (erano stati 117 nel primo semestre 2024). Scende l'ammontare investito in realtà estere fondate da imprenditori italiani, che passa da 270 milioni a 80 milioni di euro, con un numero di operazioni in lieve calo rispetto all'anno passato (undici round rispetto ai dodici del 2025). Il report evidenzia il ruolo importante delle imprese consolidate. Circa un quinto dei round in startup è stato fatto con la partecipazione delle corporate negli investimenti. La Lombardia è la regione in cui si concentra il maggior numero di società target (48), coprendo il 48% del mercato italiano.

90

L'INDUSTRIA

Il valore della produzione industriale italiana nel comparto è di 90 miliardi

38

Sono 38 milioni di euro gli investimenti compiuti da Neva nelle life sciences

500

I fondi Neva II e Neva II Italia puntano a 500 milioni di euro di raccolta



L'ANALISI

Rendimento e impatto positivo

Mario Costantini, ceo e general manager di Neva (Sgr di Intesa Sanpaolo) racconta caratteristiche e potenzialità delle life sciences per il comparto del venture capital
Aspettative di ritorno per i gestori e benefici per tutti

«Investire nelle scienze della vita consente di abbina- re all'obiettivo del rendimento la possibilità di contribuire a migliorare la qualità della vita di molte persone. Per questo si tratta di uno dei settori d'investimento più affascinanti». Così Mario Costantini, ceo e general manager di Neva, società di gestione del risparmio del gruppo Intesa Sanpaolo che, con i suoi fondi di venture capital, investe nello sviluppo delle startup e delle imprese più innovative e promettenti al mondo. Un lavoro che richiede competenze avanzate e l'assunzione di un certo grado di rischio perché, se da una parte le startup partono da valorizzazioni molto basse, dall'altra non sono tante le nuove esperienze imprenditoriali che riescono ad affermarsi sul mercato. «Per lo più gli investimenti sono destinati alle tecnologie di frontiera», spiega Costantini. Il quale racconta come la scelta societaria sia di puntare su quattro filoni: transizione energetica, digitale, aerospazio e appunto life sciences.

In quest'ultimo ambito rientra l'ultimo investimento. Si tratta di Nuclidium, società biotecnologica svizzero-tedesca specializzata in radiofarmaci di nuova generazione per malattie oncologiche. Con l'ingresso dell'investitore istituzionale nel capitale, l'azienda punta ad accelerare lo sviluppo della sua piattaforma "radioteranostica" proprietaria a base di iso-

topi del rame, che offre un approccio integrato, utilizzabile sia per la diagnostica, che per la terapia in ambito oncologico e in grado di ridurre i danni ai tessuti sani, rispetto ai trattamenti tradizionali. Nel medesimo ambito opera l'italiana BetaGlue Technologies, che ha sviluppato una piattaforma di radioterapia localizzata per il trattamento dei tumori solidi. La nuova soluzione consente di rilasciare la dose terapeutica direttamente all'interno della massa tumorale, riducendo al minimo la dispersione nel resto dell'organismo, proteggendo quindi i tessuti sani circostanti.

L'efficacia di questo approccio apre nuove possibilità terapeutiche, soprattutto per il carcinoma duttale pancreatico, una delle neoplasie più aggressive e difficili da trattare. «Questa azienda è l'esempio di come i ricercatori italiani, grazie alla loro preparazione, possano contribuire a rivoluzionare l'industria farmaceutica e a cambiare in meglio il futuro delle nostre vite», sottolinea Mario Costantini, che rivendica il ruolo degli investitori istituzionali nel fare da ponte tra chi ha idee innovative e chi può apportare capitali per portare le invenzioni sul mercato e aiutarle ad affermarsi.

Altri importanti investimenti nell'ambito delle scienze della vita hanno riguardato Kamau Therapeutics (specializzata nell'editing genomico per curare malattie genetiche, come l'anemia falciforme), Tr1x (che si basa su cellule del sistema immunitario regolatorie ingegnerizzate per contrastare e curare malattie infiammatorie o autoimmunitarie, come il morbo di Crohn), Neophore (le cui attività sono volte allo sviluppo di small-molecules in grado di rendere i tumori più riconoscibili e aggredibili da parte del sistema immunitario) e Stylus Medicine (generazione in vivo di cellule dette Car-T capaci di combattere diverse malattie, tra cui tumori).

«Le scienze della vita sono probabilmente il settore che meglio si sposa con le caratteristiche del venture capital», racconta il ceo di Neva Sgr. «Sia la ricerca, sia la produzione di nuovi farmaci sono per lo più appannaggio di team di scienziati che danno via a start-up. A un certo livello di sviluppo queste realtà entrano nel mirino delle grandi cause farmaceutiche, che apportano capitali e know-how, portandosi in casa l'innovazione. I fondi si pongono a metà del percorso, investendo in realtà che non hanno ancora sviluppato il proprio potenziale, ma che dimostrano di avere le basi per raggiungere il successo», aggiunge. «L'obiettivo è consentire anche ai privati dotati di patrimoni importanti di diversificare i pro-

«Le scienze della vita sono probabilmente il settore che meglio si sposa con le caratteristiche del venture capital», racconta il ceo di Neva Sgr. «Sia la ricerca, sia la produzione di nuovi farmaci sono per lo più appannaggio di team di scienziati che danno via a start-up. A un certo livello di sviluppo queste realtà entrano nel mirino delle grandi cause farmaceutiche, che apportano capitali e know-how, portandosi in casa l'innovazione. I fondi si pongono a metà del percorso, investendo in realtà che non hanno ancora sviluppato il proprio potenziale, ma che dimostrano di avere le basi per raggiungere il successo», aggiunge. «L'obiettivo è consentire anche ai privati dotati di patrimoni importanti di diversificare i pro-



pri investimenti, puntando sulle migliori società innovative in Italia e nel mondo che affrontano le grandi sfide per il futuro del pianeta», spiega Costantini. I fondi Neva II hanno già raccolto 187 milioni di euro dal lancio del settembre scorso e puntano a raggiungere quota 400 milioni. In un mercato fortemente globalizzato come quello della ricerca scientifica, Neva Sgr si muove con una pro-

spettiva internazionale nella scelta delle imprese target, fermo restando la particolare attenzione all'Italia.

«Non apportiamo solo equity, ma anche un network di contatti utili per una crescita sostenibile nel tempo, grazie al supporto del nostro gruppo». — I.d.o.



FOCUS

GLI INVESTIMENTI DI NEVA IN CINQUE ANNI DI ATTIVITÀ

A cinque anni dalla nascita, Neva Sgr ha investito complessivamente 234 milioni di euro, di cui 38 milioni in sette società attive nelle life sciences. I fondi Neva First e Neva First Italia, già chiusi, e i nuovi fondi Neva II e Neva II Italia (il secondo completamente dedicato alle società italiane o che comunque operano in Italia) hanno finora raccolto capitali dagli investitori istituzionali (come casse e fondi pensione), ma a breve si apriranno alla clientela della rete Fideuram - Intesa Sanpaolo Private Banking.



I PROTAGONISTI



MARIO COSTANTINI

Amministratore delegato e general manager di Neva, società di gestione del risparmio del gruppo bancario Intesa Sanpaolo



PHARMA, LILLY RILANCI «PER L'ITALIA 5 MILIARDI MA SERVE UN SEGNALE»

L'appello al governo di Dave Ricks, ceo del gruppo americano:

«Il Paese è importante e siamo pronti a fare la nostra parte, ci piacerebbe però vedere un cambiamento per la salvaguardia del settore, a partire dal sostegno all'innovazione e dal payback»

di MARGHERITA DE BAC

Non le manda a dire Dave Ricks, americano, dal 2017 amministratore delegato di Lilly. «Ci piacerebbe assistere a un cambiamento per la salvaguardia del settore. Siamo pronti a fare la nostra parte investendo ancora di più in Italia. Però aspettiamo dei segnali chiari». Nel 2025 Ricks è stato eletto chief executive officer dell'anno grazie alle capacità con cui ha guidato la crescita dell'azienda biofarmaceutica di Indianapolis. Questa è la sua prima intervista italiana.

Lo incontriamo nella cittadella con sede dal '59 a Sesto Fiorentino, 1.500 dipendenti, dedicato inizialmente alla produzione di insulina. Una specie di borgo a sé stante, dove nell'ora di pausa pranzo soffia un'atmosfera rilassata.

Quali sono le difficoltà?

«In Italia la tendenza del sistema sanitario nazionale è l'acquisto di farmaci a prezzo basso per contenere la spesa pubblica. Inoltre il percorso d'ingresso dei nuovi prodotti è lento, complicato. Si potrebbe facilitare la vita alle aziende farmaceutiche, visto che la finalità è la stessa per tutti: dare ai pazienti il meglio che c'è. Ci vorrebbe un segnale incoraggiante. Rivolgo un appello al governo. Se continua così gli industriali del farmaco vengono disincentivati».

Sul payback, il meccanismo che prevede la partecipazione delle aziende farmaceutiche quando viene superato il tetto di spesa, non arrivano segnali. Sono scattate le

scadenze per i versamenti relativi ai dispositivi medici per il quadriennio 2015-18. Confindustria ribadisce la necessità di un intervento strutturale definitivo. Che cosa ne pensa?

«Il payback è una misura iniqua e obsoleta oltre che insostenibile. Introdotta nel 2011-'12 sembrava temporanea ed è per questo che l'industria l'ha accettata. Però da allora non è più stata tolta. Dal 2013 al 2023 è costata alle imprese oltre dieci miliardi e rischia di arrivare a pesare fino al 19% dei ricavi entro il 2026».

Si può trovare una soluzione? Il

presidente di Farminindustria, Marcello Cattani, ha accolto con favore il Testo unico sulla Farmaceutica...

«Abbiamo idee su come rendere il sistema della farmaceutica più competitivo ed efficace. Riconosco che in Italia esistono problemi di budget, però se noi investiamo su molecole innovative, utili per curare malattie attualmente con poche risposte terapeutiche valide, che senso ha lasciarle in attesa per tanto tempo e far attendere i pazienti?».

Sembra che l'Italia sia un Paese da cui fuggire...

«Malgrado tutto, l'Italia resta invece un Paese chiave per Lilly. Il sito produttivo di Sesto Fiorentino, uno dei più innovativi in Europa, esporta in tutto il mondo per oltre mezzo miliardo di euro, a beneficio dell'Italia. Anche il tirzepatide, molecola anti diabete e obesità, viene da qui. Negli ultimi 20 anni abbiamo investito cir-

ca tre miliardi di euro in ricerca, produzione e attività nel territorio, attivando altri seimila posti di lavoro nel 2025 nelle diverse regioni italiane. Però se non c'è il cambiamento a cui accennavo prima la competitività

dell'Italia, e più in generale dell'Europa, rischia di essere compromessa a favore di Stati Uniti e Cina»

Fra i temi importanti per la salute c'è l'obesità, ma se ne sente parlare poco...

«Il contrasto all'obesità è certamente una priorità nostra e di salute pubblica globale e stupisce il fatto che, a differenza delle società scientifiche, ancora non venga riconosciuta da diversi governi come malattia, visto che è correlata ad altre 200 patologie. Però la storia ci insegna a essere fiduciosi. Circa 40 anni fa abbiamo messo in commercio il Prozac e la depressione non era considerata una malattia. Oggi sembra assurdo che non sia stata ritenuta tale, da subito».

Qual è il vostro impegno per trovare soluzioni terapeutiche?

«Puntiamo su orforglipron, primo anti obesità per uso orale. Va assunto una volta al giorno senza vincoli ri-



spetto ai pasti, è studiato per chi ha problemi di gestione del peso e per il trattamento del diabete di tipo 2. Non è ancora approvato a livello regolatorio, ma i dati clinici sono molto promettenti. Li presenteremo al congresso europeo di diabetologia di metà settembre».

Quindi essere presenti in Italia è ancora vantaggioso?

«Trent'anni fa l'Europa era il mercato più promettente per la produzione e la ricerca in ambito biofarmaceutico. Oggi è innegabile che la maggior parte delle attenzioni si

concentrino sugli Stati Uniti. Ma se il governo, ripeto, adotterà politiche diverse, eliminando gradualmente il payback, accelerando il percorso dei nuovi farmaci, premiando chi produce qui, questo Paese tornerà a essere attrattivo».

In cambio che cosa promette Lilly?

«Lilly è pronta a fare la sua parte. Nei prossimi cinque anni potremmo aumentare del 50% gli investimenti in Italia, arrivando a quasi cinque miliardi di dollari. Vediamo che cosa

verrà fatto nella prossima legge di bilancio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Il percorso d'ingresso dei nuovi medicinali qui è lento e complicato. Se si continua così gli industriali vengono disincentivati»

«Questo resta un Paese chiave per noi. Il sito di Sesto Fiorentino è fra i più avanzati d'Europa, esporta per mezzo miliardo di euro»

E

● **Chi è**

In azienda da oltre 25 anni, Dave Ricks è presidente e ceo di Eli Lilly dal 2017. Laurea in Scienze, master in Business administration e laurea honoris causa in Gestione farmaceutica, è nel cda di Adobe e nel comitato direttivo dei ceo di Ifpma, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Association (industria innovativa)

Riconoscimenti Dave Ricks, ceo del gruppo farmaceutico Eli Lilly: è stato eletto ceo dell'anno 2025 dal giornale americano Chief executive



I PRODOTTI, MOLTO COSTOSI, VENGONO POI RIVENDUTI AL MERCATO NERO

L'infamia dei mega furti di farmaci contro il cancro

In pochi giorni trafugati medicinali per 800mila euro all'istituto dei tumori di Napoli e per 750mila a quello di Crotone

LUCA PUCCINI

■ È che devi essere un delinquente due volte. La prima perché rubare è un reato e di scusanti ce ne sono pochine, la seconda perché rubare a chi è ammalato non è solo da criminali, è proprio da stronzi. L'altro giorno all'Istituto dei tumori Pascale di Napoli sono stati sottratti farmaci oncologici per circa 800mila euro (e questo, tra parentesi, non è nemmeno l'unico furto del genere della settimana che si conclude oggi): a finire nel mirino dei mariuoli "da banco" sono stati per lo più medicinali sperimentali e anticorpi monoclonali. Sul fatto stanno indagando le autorità che, per prima cosa, hanno acquisito e stanno visionando il materiale del sistema di videosorveglianza della struttura: non è escluso, però, che il blitz possa essere avvenuto su commissione e con l'intento di rivendere l'intera partita al mercato nero, magari digitale. Non sarebbe la prima volta (tra poco ci arriviamo).

Un colpo simile (per modalità e merce sottratta) è avvenuto, qualche giorno prima, all'ospedale di Mesoraca, in provincia di Crotone: stesso assalto (nella notte alcuni ignoti hanno fatto irruzione e, quindi, razzia nella farmacia della clinica), stesso bottino infame (lo scopo

era mirato a un approvvigionamento di medicine ad alto costo impiegate nelle terapie oncologiche di molti pazienti), stesso risultato in termini di resa (l'ammancio per le casse pubbliche è di circa 750mila euro, anche se a farne le spese per davvero sono i degenti che hanno diritto alle cure), stessa inchiesta scattata immediatamente (per cercare di capire come è stato possibile).

Purtroppo questi episodi non sono isolati (ci siamo arrivati): adesso si parla di un danno di oltre un milione e mezzo (mettendo assieme la vicenda napoletana e quella calabrese), ma la verità è che si tratta solo della punta di un iceberg. È il sommerso, quello che spesso non finisce sui giornali, il fenomeno complessivo, il vero problema. Sono sempre di più, sono sempre più studiati, sono anche sempre più sofisticati, i furti all'interno dei poli ospedalieri. Farmaci salvavita, farmaci che il sistema sanitario paga (come è giusto che sia: ci lamentiamo sempre ma dovremmo ricordarci un po' di più di quello che fa il pubblico coi soldi delle nostre tasse) per tutti, farmaci che alzano, raddoppiano il loro valore quando finiscono, per esempio, nel dark-web, venditi all'asta da gente senza scrupoli, e quindi levati a

chi ne ha più bisogno.

«Ogni farmaco rubato significa un paziente senza terapia e un costo doppio per il sistema sanitario», spiega Flavio Ronzi che è il presidente di Unimpresa Federambulanze: «Il furto di farmaci non è solo un reato contro la sanità pubblica, è un attacco alla fiducia dei cittadini». Tra il 2006 e il 2014 si sono registrati furti tracciati per un valore di oltre diciannove milioni di euro, vuol dire che ogni colpo ha "fruttato" circa 300mila euro. Ma quelli (che pure sono ufficiali) sono dati parziali, perché negli ultimi dieci anni il fenomeno è esploso in maniera ancora più consistente tanto che oramai non riguarda più solo i medicinali ma anche le protesi, gli stent e i pacemaker. Per fortuna che dal Covid doveva uscire un'umanità migliore.



Longevità: la curva rallenta Il secolo d'oro è finito?

di **MARINA CISMONTI**

C'erano tempi in cui nascere significava convivere con un destino già segnato: nei villaggi medievali italiani, tra carestie, epidemie e guerre, l'aspettativa di vita raramente superava i 35 anni e non era raro che metà dei bambini morisse entro i primi cinque anni. Vivere fino a cinquant'anni era un privilegio per pochissimi, più che la norma. Poi, lentamente, le cose cominciarono a cambiare. Con il Rinascimento arrivarono i primi progressi nella medicina e nell'igiene, ma i grandi passi in avanti si fecero attendere fino al XIX secolo. L'Italia, appena unificata, era ancora un paese segnato dalla povertà rurale, dalla malaria nelle campagne e dalle epidemie di colera che decimavano intere città. In quegli anni, la vita media di un italiano - come per molti europei - oscillava tra i 35 e i 40 anni. La svolta arrivò nel Novecento: le bonifiche delle paludi portarono via con sé la malaria, i vaccini ridussero la mortalità infantile e l'arrivo degli antibiotici cambiò per sempre le sorti delle malattie infettive. L'acqua potabile e le fognature nelle città resero più sicura la vita quotidiana. Tra gli anni '50 e '60, l'Italia iniziò a correre: in pochi decenni, l'aspettativa di vita raddoppiò, seguendo il ritmo del boom economico, della possibilità di alimentarsi in modo sufficiente, degli ospedali moderni e delle prime

campagne sanitarie nazionali. Oggi, gli italiani vivono in media oltre 83 anni, con una delle aspettative di vita più alte al mondo. Una bambina nata in Italia nel 2025 può attendersi di spegnere le candeline ben oltre gli 85 anni, e un ragazzo di superare gli 80. Non è più un'eccezione vedere bisnonni che crescono nipoti e pronipoti: al 1° gennaio 2024, in Italia si contavano 22.552 persone con almeno 100 anni. Più dell'80% sono di sesso femminile e tra loro spiccano i cosiddetti "supercentenari": 677 italiani hanno già superato i 105 anni ed una ventina hanno oltre 110 anni. La persona più anziana d'Italia, a settembre 2025, è Lucia Laura Sangenito, residente a Sturno (Avellino), nata il 22 novembre 1910. Numeri che, solo un secolo fa, sarebbero sembrati impossibili, ma vivere più a lungo significa anche convivere con malattie croniche legate all'età, come demenze e problemi cardiovascolari, respiratori e muscolo-scheletrici: la vera battaglia è migliorare la qualità degli anni vissuti. Eppure, recenti studi indicano che la curva della longevità ha cominciato a flettere, almeno temporaneamente, in Italia e in diversi paesi europei. Dal 2020, la pandemia di Covid-19 ha causato un brusco



L'IDENTITÀ

calo nella speranza di vita, facendo retrocedere l'Italia da valori intorno a 83,4 anni (2019) a circa 82,2 anni, con un parziale recupero ma senza ancora un ritorno ai livelli pre-pandemia. Anche prima del virus, la crisi economica del 2008 aveva lasciato il segno: uno studio recente mostra che l'Italia ha perso quasi un anno di aspettativa di vita rispetto a quanto si sarebbe potuto prevedere, a causa delle difficoltà economiche e dei tagli alla sanità. Ed è stata recentemente pubblicata, sulla rivista scientifica PNAS, una nuova ricerca dell'Università del Wisconsin - Madison: i guadagni di longevità, nei paesi più ricchi del mondo, stanno rallentando e non porteranno la vita media oltre la soglia simbolica dei 100 anni. Lo studio, realizzato insieme al Max Planck Institute for Demographic Research e all'Institut national d'études démographiques di Parigi, ha analizzato i dati di mortalità di 23 paesi ad alto reddito, dal 1900 in avanti, ricostruendo le aspettative di vita delle generazioni nate nel secolo scorso. I numeri raccontano che chi è nato prima del 1939 ha beneficiato di un aumento dell'aspettativa di vita di circa cinque mesi e mezzo a genera-

zione. Ma per chi è venuto al mondo dopo il ritmo è sceso a poco più di due o tre mesi, troppo poco per far sì che la media possa toccare i 100 anni. A fare la differenza, è stato soprattutto il crollo della mortalità infantile e giovanile nella prima metà del Novecento: vaccini, antibiotici, igiene e sistemi sanitari più robusti hanno permesso un balzo straordinario. Oggi, però, quelle vittorie sono già state conquistate ed i margini di miglioramento restano quasi esclusivamente nelle età più avanzate, dove i progressi sono inevitabilmente molto più lenti. E così la curva della longevità, che sembrava destinata a crescere senza sosta, ora mostra segni di rallentamento. Anche immaginando scenari ottimistici, come un raddoppio della velocità con cui migliorano le cure per gli adulti, non si tornerebbe ai ritmi di crescita del secolo scorso. Le implicazioni non sono soltanto accademiche. Per i governi, questo significa ripensare previsioni pensionistiche e sistemi di welfare basati su aspettative di vita forse troppo generose. Per le persone, vuol dire fare i conti con una prospettiva diversa da quella che per anni è stata narra-

ta: il futuro non ci regalerà automaticamente decenni di vita in più, e il traguardo dei 100 anni resterà, per la maggior parte, un'eccezione. Resta però un margine di incertezza: la storia della longevità è stata segnata da svolte inattese e anche il futuro potrebbe sorprenderci. Una scoperta medica rivoluzionaria o nuove strategie di prevenzione potrebbero invertire la rotta, così come crisi globali – guerre, epidemie, disastri ambientali – potrebbero peggiorare il quadro. Per ora, l'unica certezza è che la promessa di un'"immortalità di massa" appartiene più alla fantascienza che alle statistiche e che il vero traguardo resta vivere meglio, non solo più a lungo.

**Dai 35 anni
del Medioevo
agli 83 di oggi:
in Italia oltre
22mila centenari,
ma la crescita
rallenta**

(©Imagoeconomica)





Servizio Oncologia di precisione

Tumori: via libera al rimborso dei test di profilazione ma c'è ancora molto da fare

I Livelli essenziali di assistenza oggi destinano risorse per oltre 38 dei 150 mln complessivamente previsti dal Dpcm di aggiornamento da approvare ma mancano all'appello i test genomici per la prescrizione di nuovi farmaci a target molecolare già rimborsati da Aifa

*di Carmine Pinto * e Giovanni Ravasio ***

19 settembre 2025

A partire dall'inizio del 2025 si è registrata una forte attenzione alle politiche di rimborso delle prestazioni di profilazione in Oncologia: il Gruppo multidisciplinare Innovatività ha mappato gli scenari regionali e nazionale.

L'Oncologia di Precisione, con l'identificazione delle alterazioni genomiche coinvolte nello sviluppo delle neoplasie, permette di trattare i pazienti con terapie "personalizzate", rimborsate a seguito di un test di profilazione che ne indichi l'eleggibilità al trattamento. Però nell'attuale sistema regolatorio i percorsi di approvazione del farmaco da parte di Aifa e di rimborso della prestazione di profilazione (aggiornamento Lea da parte del ministero della Salute dopo intesa con la Conferenza delle Regioni) non sono collegati.

Gli scenari nazionali e regionali

Ad esempio, alla fine dello scorso anno nel nostro Paese erano stati autorizzati 38 farmaci oncologici (per 11 sedi tumorali e per un'indicazione agnostica) rimborsati dal Ssn richiedenti un test di profilazione. A fronte di questa realtà diagnostico-terapeutica, il Nomenclatore dei Livelli essenziali di assistenza-Lea (30.12.24) non ha previsto codifiche specifiche per i test Ngs oncologici, che consentono la valutazione contemporanea di diverse alterazioni.

Gli unici test Ngs in Oncologia rimborsati su tutto il territorio nazionale in questi anni sono stati quelli correlati a Fondi specifici: per l'adenocarcinoma del polmone/NsclC (fino al 31.12.24, Dm ministero Salute 30.09.22) e per il colangiocarcinoma (fino a marzo 2026, Dm MinSal 06.03.23), con una tariffa di 1.150 euro. A questi si dovrebbe affiancare il test Ngs relativo al carcinoma sieroso di alto grado dell'ovaio (test per Hrd), per il quale è previsto un Fondo (Legge 213/23), che permetterebbe di profilare da subito il 37% dei casi stimati con una tariffa di 1.350 euro. La relativa bozza di decreto, dopo oltre un anno di mancata approvazione (da giugno 2024) da parte della Conferenza delle Regioni, sarà a breve riproposta per garantire l'erogabilità di tale Fondo (e correlata rendicontazione).

A livello regionale, al 2024 le uniche realtà che in questi anni hanno definito un tariffario Ngs a seconda dei geni refertati sono state la Lombardia (Deliberazione 30.11.22) e l'Emilia-Romagna (Delibera 18.12.23).

Nelle Regioni tariffe diverse per lo stesso test

Finalmente, a partire dall'inizio del 2025, si è registrata una forte attenzione alle politiche di rimborso dei test di profilazione in Oncologia, sia a livello regionale che nazionale, anche se c'è ancora molto da fare.

Su questo tema, il Gruppo Multidisciplinare Innovatività (Gmi) – oltre ad analisi economiche sui costi di profilazione relative ad alcune neoplasie, recepiti nei decreti di cui sopra – a seguito del costante monitoraggio degli scenari ha realizzato una mappatura delle tariffe regionali e nazionale 2025.

Quest'anno altre 10 Regioni/Pa hanno deliberato tariffe per la profilazione genomica oncologica: Campania, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto, PA di Trento e Bolzano. La strutturazione dei Nomenclatori nelle 12 Regioni/Pa è simile, prevedendo 4 livelli ma con una “forbice” tariffaria tra le diverse realtà che si amplia con l'aumentare dei geni refertati: G8.01 (1 gene, tariffe da € 300 a € 450); G8.02 (2-20 geni, tariffe da € 500 a € 1.050); G8.03 (21-60 geni, tariffe da € 1.000 a € 1.550); G8.04 (più di 60 geni, tariffe da € 1.150 a € 2.070).

Un'importante differenza è relativa al codice G8.02: seppur con un numero uguale di geni, questo differisce in quanto in Lombardia il riferimento è alla profilazione con Dna e Rna, mentre in Emilia-Romagna (e in tutte le altre Regioni/Pa) è relativo solo a Dna. Ciò “fa scattare al codice G8.03” la valutazione di alcune neoplasie per queste Regioni: ad esempio per i tumori di polmone, mammella e prostata. Pertanto, a livello regionale si evidenziano tariffe diverse per la medesima prestazione di profilazione.

Il cambio di passo con i nuovi Lea

Con il Dpcm di aggiornamento Lea 2025 si è avuto un primo passo per garantire accesso ai test su tutto il territorio nazionale. Il Dpcm di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza presentato il 18 aprile 2025 ha destinato ai test per l'Oncologia di precisione risorse per oltre 38 dei 150 milioni di euro complessivamente previsti.

Per l'esecuzione di prestazioni di Genetica molecolare su materiale bioptico, il Dpcm ha indicato i geni di riferimento per ogni neoplasia, associando una tariffazione diversa rispetto ai Nomenclatori regionali: fino a 1 gene € 450 (per il colangiocarcinoma e il carcinoma midollare della tiroide); fino a 2 geni € 800 (per melanoma, carcinoma dell'ovaio e GIST); da 3 a 14 geni € 1.150 (per il Nsclc, il carcinoma del colon-retto, della mammella e della prostata).

Cosa resta da fare

Bisogna però segnalare la mancanza di aggiornamenti nel Dpcm relativamente all'inserimento di test genomici richiesti per la prescrizione di nuovi farmaci a target molecolare già rimborsati da Aifa. Diviene ora urgente l'intesa (approvazione Dpcm) tra ministero Salute e Conferenza delle Regioni sull'introduzione di queste prestazioni nei Lea, che dovrebbero però essere costantemente aggiornate in riferimento allo stato dell'arte dei farmaci oncologici rimborsati che richiedono un test.

Il Dpcm garantisce da una parte l'accesso ai test di profilazione e conseguente cura con terapia appropriata su tutto il territorio italiano, dall'altra tariffe a carico del fondo sanitario nazionale e di riferimento per la compensazione della mobilità interregionale, lasciando alle singole Regioni la possibilità di prevedere una remunerazione aggiuntiva. Infine, l'intesa dovrebbe comprendere anche l'approvazione del Decreto sul test per HRD nel carcinoma dell'ovaio, prestazione non ancora inserita nel Dpcm.

** Direttore Oncologia medica, Comprehensive Cancer Centre, Ausl-Irccs di Reggio Emilia**
Direttore Economia Sanitaria, Coordinatore Gruppo Multidisciplinare Innovatività (GMI)*



Servizio Il sì al Ddl delega

Farmaci, arriva il testo unico: dalla revisione del payback alle televisite in farmacia

Tra gli obiettivi della revisione della legislazione farmaceutica anche la spinta a una maggiore produzione in Italia di principi attivi oggi prodotti al 70-80% da Cina e India

di Marzio Bartoloni

19 settembre 2025

È il primo passo per una riforma molto attesa della governance del farmaco e per mettere ordine a una montagna di norme che si accavallano da quasi 100 anni (sono in vigore ancora regi decreti del 1934 e del 1938). Palazzo Chigi ha dato il via libera al testo unico sui farmaci, un Ddl delega che assegna al Governo il compito di scrivere uno o più decreti attuativi entro il 31 dicembre 2026 con alcuni obiettivi: innanzitutto la revisione della distribuzione dei medicinali favorendo anche la produzione nazionale di principi attivi ed eccipienti che oggi in gran parte arrivano dall'estero (da Cina e India per il 70-80%) in particolare per quei farmaci destinati a pazienti con patologie rare, croniche o invalidanti. In cantiere anche «l'adeguamento e la revisione dei tetti della spesa farmaceutica» e dei «meccanismi di payback» che pesano sulle aziende farmaceutiche (nel 2024 per ben 2 miliardi) che da anni ne chiedono l'abolizione.

La nuova legislazione punterà anche a una «maggiore integrazione e interoperabilità» delle banche dati esistenti (tessera sanitaria, fascicolo sanitario elettronico, ecc.) per garantire informazioni in tempo reale su prescrizioni, prezzi, consumi, stock dei farmaci e a monitorare le eventuali carenze che si sono aggravate negli ultimi anni. Infine si punta a «rafforzare il ruolo delle farmacie territoriali» dove si potranno effettuare anche televisite e telemonitoraggi «per la presa in carico dei pazienti», prevedendo anche un superamento della pianta organica, con aperture in linea con la programmazione regionale. «Si tratta di un passaggio importante in un'ottica di riordino e semplificazione», ha spiegato ieri il ministro della Salute Orazio Schillaci. Mentre il sottosegretario Marcello Gemmato che ha spinto per il testo unico sottolinea «l'impegno a dare certezze e solidità a un comparto vitale come quello farmaceutico che conta 292.000 occupati di qualità, quasi 100 miliardi di euro di fatturato generati dall'intera filiera, è che ci fa essere il quarto Paese al mondo per export e primo in Europa per produzione industriale».

Positiva la reazione delle industrie: per Marcello Cattani presidente di Farindustria «è un segnale di attenzione importante che dimostra una visione chiara del Governo» per aiutare a «difendere la nostra posizione di leader in Europa». Anche per il presidente di Egualia (i produttori di generici) Stefano Collatina «è un passo atteso e necessario per superare frammentazioni e accelerare l'accesso alle cure». Infine per il presidente di Aifa Robert Nisticò la riforma è una «opportunità di fare il tagliando» per affrontare una «doppia sfida»: «Il contenimento della spesa e al contempo un ampio e tempestivo accesso all'innovazione terapeutica».



Servizio Colloqui dell'economia

Aleotti (Menarini): via il payback in Italia, contro i dazi serve uno scatto dell'Europa

Trump punta a riportare negli Stati Uniti le produzioni che avvengono fuori dal Continente: misure concrete per evitare la delocalizzazione dell'industria

di Ernesto Diffidenti

19 settembre 2025

Dazi, competitor sempre più aggressivi, inazione dell'Europa e payback. Sono le spine dell'industria farmaceutica, un colosso dell'economia italiana con 56 miliardi di valore della produzione nel 2024 di cui 54 miliardi destinati all'export. Ad illustrarle è Lucia Aleotti, azionista e membro del bord di Menarini, vice presidente di Confindustria, nel corso dei Colloqui dell'economia organizzati dalla Camera di commercio di Firenze con Il Sole 24 Ore-Radiocor. "La Menarini - spiega - produce negli Usa quel che vende in quel Paese e quindi non è colpita direttamente dall'aumento dei dazi, ma il combinato disposto dei dazi americani con la svalutazione del dollaro non va sottovalutato, può avere effetti gravi: Trump punta a riportare negli Stati Uniti le produzioni che avvengono fuori dal Continente".

Nella manovra un intervento sul payback

E' questo il rischio più concreto: che le multinazionali farmaceutiche che in Italia hanno trovato le competenze per crescere fino a conquistare la leadership in Europa, ora possano delocalizzare sgonfiando la produzione il Pil. Anche per questo Aleotti chiede un segnale concreto di attenzione da parte del Governo fin dalla prossima legge di Bilancio a partire dal payback stimato in 2 miliardi nel 2024 a carico delle imprese. "Il tetto della spesa farmaceutica - sottolinea - deve essere commisurato ai reali bisogni di salute dei cittadini. Non si può fissare un limite basso per far pagare il 50% dello sfioramento alle industrie". Per Aleotti l'intervento sul payback potrebbe rappresentare "un incentivo non solo per attrarre nuove imprese farmaceutiche in Italia ma soprattutto per evitare che le tensioni commerciali e i dazi imposti dagli Usa favoriscano un decentramento della produzione".

L'Europa deve passare dall'analisi all'azione

Anche Cina e India potrebbero approfittare delle debolezze italiane ed europee. "Bene il mercato unico, non l'unicamente mercato" sintetizza l'imprenditrice per sottolineare la "debolezza" di politiche di Bruxelles insufficienti a rafforzare i tessuti industriali e la competitività delle aziende. "Prendete il caso del primo vaccino contro il Covid - ricorda -: la tecnologica era tedesca, ma la produzione è avvenuta in America e noi europei ci siamo preoccupati solo di comprarlo al miglior prezzo possibile sul mercato". Come ha detto il presidente Draghi "la gestione europea è purtroppo caratterizzata dall'inazione: vuol dire che si fanno un sacco di analisi, si hanno un sacco di consulenze, si analizza il problema e poi però non si arriva a mettere in campo niente di concreto". "Questa lentezza - afferma Aleotti - è assolutamente in contrasto con la velocità dei tempi, e la

velocità con cui si muovono sia la Cina che l'India e gli Stati Uniti, soffocando le capacità e la competitività dell'Europa". Così la Ue ha dovuto assistere alla fuga di 200 miliardi di investimenti "meno remunerativi nel Vecchio Continentale che altrove". Tra le richieste all'Europa e all'Italia ai primi posti c'è anche "la riduzione della burocrazia e una migliore protezione delle proprietà intellettuale".

Attenzione a deindustrializzare il territorio

Menarini è una multinazionale con 4,603 miliardi di euro di fatturato consolidato nel 2024, oltre 17 mila dipendenti in tutto il mondo e 609 milioni di confezioni all'anno prodotte e distribuite in 5 continenti. Ma ha il cuore e la testa in Italia. "La Toscana - conclude la vice presidente di Confindustria - è esposta più di altri territori alla stretta sui dazi per la sua forte vocazione all'export". E infine: "In questi giorni è uscito il manifesto di tre economisti sul rischio di deindustrializzare della regione, un grido di allarme che viene da economisti e non dal mondo delle produzioni. Dobbiamo stare attenti. Non può esistere un territorio che faccia a meno dell'industria se vuole avere uno standard elevato, perché all'industria sono attaccati i servizi ad alto valore aggiunto, la logistica e gli altri settori".

La clinica a Testaccio

Il papà della
neonata morta:
«Caos in sala parto
ho chiamato il 118»

Punta anche sui soccorsi l'inchiesta della procura sulla morte della piccola Matilde.

Allegri a pag. 45

Il papà della neonata morta «Nella sala parto un caos Ho chiamato io i soccorsi»

► La tragedia di Testaccio, l'uomo è dovuto uscire dal centro per telefonare al 118
«Hanno fatto partorire mia moglie in un seminterrato senza sistema di emergenza»

LA DENUNCIA

La sala parto era all'interno di un seminterrato, dove il cellulare non prendeva e mancava un sistema di attivazione delle chiamate di emergenza. Punta anche sui soccorsi l'inchiesta della procura di Roma sulla morte della piccola Matilde, la neonata deceduta il 12 settembre nella casa di maternità "Il nido", in via Marmorata, a Testaccio, ora sotto sequestro. È stato il padre della bimba a raccontarlo e a ricostruire la tragedia, assistito dall'avvocato Andrea Mencarelli.

LA RICOSTRUZIONE

«Desidero chiarire categoricamente che i soccorsi sono stati chiamati da me personalmente, con il mio telefono cellulare, e non dalle ostetriche. Le ostetriche non erano in condizione di chiamare i soccorsi, essendo la struttura posizionata nel seminterrato e dunque priva di campo per l'uso dei cellulari, ed altresì priva di un'attivazione di chiamata di emergenza in automatico - ha dichiarato l'uomo - Per ta-

le motivo sono dovuto uscire io personalmente dalla struttura per allertare il 112». Il papà di Matilde ha anche sottolineato di avere scelto la clinica non in modo autonomo, ma su indicazione della Asl Roma 3: «Sia io che mia moglie non ci siamo mai rivolti autonomamente ad una casa maternità privata. Abbiamo, al contrario, seguito il percorso previsto dalla normativa regionale, rivolgendoci alla Asl Roma 3 che, ai sensi di legge, attribuisce alle Asl stesse l'obbligo di vigilanza sull'attività del parto a domicilio e/o in casa maternità».

L'INCHIESTA

Sul decesso della bimba la pm Silvia Santucci ha aperto un fascicolo per omicidio colposo e ha indagato la direttrice della struttura e l'ostetrica che ha seguito il parto. Dai primi risultati dell'autopsia è emerso che la piccola non aveva aria nei polmoni.

Le indagini per il momento puntano a ricostruire la dinamica della tragedia. La prima chia-

mata al 118 è partita alle 14,29 e i soccorsi sono arrivati alle 14,45 con un'ambulanza e un'auto medica. I medici avrebbero tentato di rianimare la piccola per 39 minuti e poi hanno dovuto constatare il decesso. Il padre di Matilde, nel frattempo, ha chiamato anche la Polizia. Gli investigatori hanno acquisito la cartella clinica e la documentazione della struttura, aperta da un'associazione fondata nel 1997 e impegnata «contro la medicalizzazione del parto». Il centro, contrario all'anestesia epidurale e che promuove l'hypnobirthing, una tecnica per ridurre il dolore durante il travaglio, è stato poi seque-



strato. Dall'autopsia è emerso che la piccola non aveva patologie congenite e sarebbe morta di asfissia. Un punto cruciale sarà stabilire se la bimba sia deceduta prima del parto, oppure a causa di qualche manovra errata. Da chiarire anche se un soccorso tempestivo avrebbe potuto salvarla.

LA MADRE

Intanto la mamma di Matilde è ancora ricoverata in ospedale. «Versa ancora in gravi condizioni di salute - ha detto il marito -

Non appena mia moglie starà meglio sarà mia intenzione rendere pubblico tutto ciò che questa tragedia mi ha fatto scoprire, per evitare che altre famiglie possano soffrire un evento simile. È un dovere che sento nei confronti di mia figlia Matilde e di tutte le famiglie che potrebbero trovarsi in situazioni analoghe alla nostra».

Michela Allegri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

HA ANCHE DICHIARATO DI AVERE SCELTO LA STRUTTURA SU INDICAZIONE DELLA ASL, SEGUENDO IL PERCORSO PREVISTO DALLE NORME

SARÀ CRUCIALE STABILIRE SE LA BIMBA SIA DECEDUTA PRIMA DEL PARTO. LA MADRE DELLA PICCOLA È ANCORA IN GRAVI CONDIZIONI

L'ingresso della Casa della maternità in via Marmorata, a Testaccio, dove si è consumata la tragedia della neonata morta durante il parto



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Vittime di guerra Hanno da 1 a 8 anni, l'Italia li ha inseriti nella lista da evacuare con urgenza: ma prima Israele deve autorizzare il corridoio umanitario

«Curiamo al telefono i bimbi di Gaza»

I pediatri dell'Umberto I seguono sei piccoli martoriati dal conflitto e bloccati nella Striscia, in attesa di ospitarli

Nomi e diagnosi compaiono nell'elenco dei bambini che l'Italia intende evacuare con urgenza dalla Striscia. Si tratta di sei bimbi martoriati dalla guerra e in terapia. L'ospedale Policlinico Umberto I ha dato la disponibilità ad ospitarli per le cure necessarie e intanto li cura via whatsapp. La Farnesina ha preparato tutta la documentazione.

Eppure nulla accadrà fin quando il governo israeliano non aprirà un nuovo corridoio umanitario autorizzando il trasferimento.

alle pagine 2 e 3 Sacchettoni



La piccola Hani una dei 20 palestinesi già al Bambino Gesù. A sinistra un bimbo curato a distanza dai pediatri dell'Umberto I

La guerra in Palestina



Terapie a distanza per i bimbi di Gaza

La lotta contro il tempo dei pediatri

I medici dell'Umberto I curano sei bambini via telefono e whatsapp in attesa di poterli ospitare

Impossibile lasciarsi Gaza alle spalle. Accade, allora, che un gruppo di pediatri del Policlinico Umberto I abbia intrapreso una terapia a distanza per sei bambini colpiti da bombe o da malattie altrettanto feroci. Compassione, abilità e alcune molecole salvavita sono gli ingredienti di questa storia di guerra, disperazione e sconfitta del diritto internazionale. Dove è possibile si utilizza whatsapp e il telefono per surrogare le visite pediatriche secondo uno schema ingegnoso ma, evidentemente, sommario.

Nomi e diagnosi di Asemi Mahamoud Bashir (1 anno), Yakoub Shebab (5 anni), Murad Shebab (8 anni), Hanen Udh Al Gasas (2 anni), Jolia Muhamad Awad Lehia (2 anni) e Zain Osama Hassan Alhali (6 anni) compaiono oggi nell'elenco dei bambini che l'Italia intende evacuare con urgenza dalla Striscia. L'ospedale ha dato la disponibilità

ad ospitarli per le cure necessarie. La Farnesina ha preparato tutta la documentazione. Eppure nulla accadrà fin quando il governo israeliano non aprirà un nuovo corridoio umanitario autorizzando il trasferimento per ragioni di salute di queste persone e dei loro familiari. Anche il sentimento di frustrazione, però, è un lusso alla luce dell'urgente necessità di soccorso dei bambini. Si è cercato, allora, di porre rimedio con un protocollo emergenziale, artigianale e, per così dire, volenteroso. I medici sono in contatto con i colleghi che operano a Gaza (Medici senza frontiere) e di volta in volta con un messaggio o con una chiamata, laddove sia possibile comunicare più a lungo, prescrivono medicine che verranno poi somministrate. Tutto ok allora? Naturalmente no, sia perché servirebbe attrezzatura più avanzata (e forse una quiete che la pistola delle bombe

puntate alla tempia non consente) e sia, infine, perché il contesto in cui vivono i bimbi li costringe a sempre nuove sfide e ulteriori sacrifici. Così uno di loro, Yaqoub che vive in tenda con il nonno superstite ha contratto un'infezione da ameba (l'acqua veicola parassiti) e nel video trasmesso ai medici italiani affiora la sua sofferenza. «Al momento Yaqoub presenta ancora fissatori esterni esposti e ferite profonde che raggiungono la componente ossea, con dolori intensi non controllabili farmacologicamente per assenza di analgesici. Tale situazione lo espone a gravi infezioni cutanee e osteo-articolari con rischio di amputazione o exitus...», scrive dal Policlinico il pediatra Alberto Spalice, direttore del dipartimento attività integrata materno infantile. Il collega gastroenterologo Salvatore Oliva ha prescritto — rigorosamente a distanza — un antibiotico: l'obiettivo è

sconfiggere le crisi intestinali e trattare la gamba come si deve. Il mondo dell'associazionismo si raccoglie attorno a Yaqoub. Dal comitato La Fenice che segue il caso dice Antonella Saliva: «Vorremmo ringraziare il direttore generale Fabrizio D'Alba e tutta la clinica pediatrica dell'Umberto I. Chi salva una vita salva il mondo intero». Chissà che qualcuno sia in ascolto.

Ilaria Sacchettoni

I piccoli palestinesi

Da 1 a 8 anni, colpiti da bombe o malattie feroci: l'Italia intende evacuarli e portarli qui



La piccola Mir, celiaca, era arrivata a pesare appena sei chili. Ora è in cura al Bambino Gesù



Dir. Resp.: Luciano Fontana

L'INTERVISTA

«I medicinali qui diffusissimi, ma introvabili lì»

«Servirebbe il Flagyl, farmaco diffusissimo in Italia e introvabile a Gaza» spiega il prof Salvatore Oliva che da pediatra gastroenterologo segue un gruppo di bambini gazawi dice: «La politica deve aiutarci a evacuarli da lì».

a pagina 2

L'intervista

«Medicinali diffusissimi lì purtroppo sono introvabili Cerchiamo delle alternative»

Bimbi di Gaza curati a distanza. Professor Salvatore Oliva, lei è pediatra e gastroenterologo al Policlinico Umberto I, tutto è possibile?

«Tutto diventa necessario dove infuria una tragedia, dove la guerra ha il sopravvento, dove le uniche possibilità di salvezza sono affidate alla buona volontà degli esperti locali».

La parola chiave è Flagyl, giusto? Il farmaco prescritto online o telefonicamente al piccolo Yaqoub...

«Si tratta di un prodotto diffusissimo in Italia ma introvabile in quella zona».

Come fate allora?

«Prescrivo il metronidazolo, sostanza che è possibile rintracciare a Gaza e che può essere somministrata in pasticche, con qualche piccola

difficoltà tuttavia».

Ci spiega meglio?

«Occorre suddividere una pasticca in tre parti e darne una al bimbo. Purtroppo questo implica una approssimazione che non riusciamo ad evitare. D'altra parte in questa maniera siamo riusciti a dare un aiuto che, diversamente, pareva impossibile».

Quei bambini dovrebbero essere trasferiti nei vostri reparti del Policlinico?

«Esatto. Assieme ad altri colleghi abbiamo inviato una lettera alla Farnesina (si tratta del documento spedito ai primi di settembre, ndr) affinché fosse possibile prenderli in carico».

Qual è stata la risposta?

«Purtroppo ci sono le difficoltà dovute a una guerra in

corso e alla risposta di Israele. Chiediamo alla politica di mettersi una mano sulla coscienza e valutare l'importanza dell'elemento "tempo" in questa vicenda».

Sta dicendo che il bimbo potrebbe non farcela?

«Dico che soffre».

Lei s'impone di non essere pessimista.

«Bisogna sforzarsi di non esserlo, soprattutto facendo questo lavoro».

Da quanto tempo va avanti questa collaborazione con i medici locali per le cure ai bambini?

«Da un mese. Abbiamo iniziato subito dopo ferragosto con le terapie».

È la prima volta che lavora così?

«Siamo abituati a collabo-

rare con altri Paesi e colleghi di ogni parte del mondo. Aiutare è una cosa molto bella, soprattutto se si tratta di bimbi provenienti da zone di guerra».

Il.Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il pediatra Salvatore Oliva



Dir. Resp.: Luciano Fontana

VENTI SONO AL BAMBINO GESÙ

Hani a soli 6 mesi perse la gamba per una bomba

Dall'inizio del conflitto di Gaza sono stati 20 i piccoli pazienti accolti e curati dal Bambino Gesù, per traumi agli arti, ustioni, patologie oncologiche e cardiache. Tra loro Hani, 6 mesi, che ha perso la gamba destra, e Miar, 2 anni, celiaca e gravemente denutrita.

a pagina 3 **Salvatori**

Hani è già qui, perse la gamba a soli sei mesi

Venti i piccoli pazienti in cura al Bambino Gesù. Miar, celiaca, era arrivata a pesare 6 chili

Traumi e amputazioni, ustioni e malnutrizione, disturbi neurologici e patologie oncoematologiche, malformazioni cardiache e malattie infettive. Venti piccoli pazienti, tra i 5 e i 16 anni, sono arrivati al Bambino Gesù dall'inizio del conflitto di Gaza e sono stati presi in carico per diverse problematiche. Tre sono tuttora ricoverati nella sede di Palidoro. Tra loro c'è anche il piccolo Hani, appena sei mesi, arrivato insieme alla sua mamma Leila, un'insegnante di 30 anni. Il 21 giugno scorso erano a casa dei nonni ad Altofah quando una bomba ha distrutto la loro abitazione. Hani era in braccio a lei nel momento dello scoppio che gli ha maciullato la gamba destra, al punto tale che i medici non hanno avuto altra scelta che amputarla. Il suo percorso di cura è passato per dieci interventi nell'arco di 40 giorni nell'ospedale di Gaza, prima del trasferimento in Italia, lo scorso 13 agosto, a bordo di

un volo umanitario. Ora il piccolo Hani è seguito nel reparto di Neuroriabilitazione: lo aspetta un futuro da affrontare necessariamente dipendente da una protesi, senza mai aver imparato a camminare come tutti gli altri bambini. Leila che in quella esplosione ha perso altri membri della sua famiglia, porta con sé il ricordo della fame e del terrore della guerra, eppure ha la forza di ripetere che suo figlio «è vivo e ancora tra le mie braccia».

Sullo stesso volo sono arrivati anche Miar a la mamma Asmaa. Vivevano a Rafah, nel sud del Paese, ma con l'inizio della guerra l'intera famiglia è stata costretta a trasferirsi in una tenda a Khan Yunis, tra caldo soffocante e cibo sempre più difficile da reperire. Lì Miar, che ha appena due anni ed è la più piccola di sei figli, riceve la diagnosi di celiachia. Neanche gli aiuti umanitari possono portarle sollievo poiché il grano è presente ovunque.

Così la piccola, senza alimenti adeguati per la sua dieta e senza cure, ha cominciato a perdere peso, arrivando ad appena sei chili, vale a dire meno della metà di quello giusto per la sua età. Così, senza forze, ha smesso di parlare, di camminare, non faceva altro che dormire e ogni tanto bere un po' d'acqua.

Una volta arrivata a Roma, Miar è stata visitata al pronto soccorso del Bambino Gesù e quindi ricoverata nel reparto di Pediatria. Con le giuste cure, alimenti specifici per celiaci e soprattutto un ambiente sereno, la bimba ha ricominciato a prendere peso e a parlare. «Ringrazio l'Italia e i medici — le parole di riconoscenza di Asmaa — che non solo hanno curato Miar, ma le hanno restituito la voce e la voglia di vivere».

Clarida Salvatori

Adesso sono in salvo

Arrivati con i voli umanitari, sono stati presi in carico per ustioni e traumi, malattie oncologiche e cardiache



La mediazione della Farnesina

«Piccolo Yaqoub resisti, per portarti da noi serve l'autorizzazione di Israele»

Si chiede a Yaqoub, anni cinque, di resistere. Di far fronte ai crampi intestinali, al dolore di mille schegge nella gamba e ovviamente alla sofferenza emotiva dovuta alla perdita di babbo e mamma. Si invita a sperare e intanto si preparano i documenti. Pochi giorni fa i funzionari della Farnesina hanno integrato gli elenchi di persone per le quali è stata richiesta un'evacuazione urgente, una fuoruscita per ragioni di salute. Il *Corriere* ha interpellato il ministero e a fronte della consapevolezza di essere in presenza di una guerra si è replicato che «il caso di Yaqoub è noto ed è in evidenza tra i tanti dei quali ci stiamo occupando». Israele deve però autorizzare quelle evacuazioni (la parola chiave,

nel linguaggio tecnico, è Medevac, acronimo per il termine internazionale di Medical Evacuation) e non è affatto chiaro se e quando lo farà. Siamo, con ogni evidenza, nel campo delle pressioni politiche sul governo di Bibi Netanyahu, impermeabile alla moral suasion europea al punto da essersi attirato la decisione di introdurre sanzioni (lievi) nei confronti della sua economia. Il calendario delle evacuazioni è stabilito dal Cogat, altro acronimo anglosassone che sta per «coordinatore delle attività governative nei territori», una unità del ministero della difesa israeliana incaricata di «supervisionare» la politica civile sulla Striscia. Colpa di Yaqoub che è stato colpito dopo ferragosto, quando Israele ha autorizzato l'ultimo cor-

rdoio umanitario sulla scorta di una grossa mobilitazione internazionale e nazionale.

Secondo le ultime informazioni — suscettibili di cambiamenti considerata la precaria situazione lungo la Striscia — il prossimo corridoio arriverà a metà ottobre. Poi si dovranno fare, forse, delle scelte perché i bambini gazzawi da sottoporre a terapie, anche urgenti, sono molti. E dunque la missione umanitaria del Policlinico Umberto I che ha chiesto di poter curare Yaqoub assieme ad altri cinque bimbi al momento è una sorta di auspicio. Molto, invece, dipenderà dalla pressione che il governo italiano sarà in grado di esercitare sugli omologhi israeliani. È una partita politica fatta di insistenza e

ascolto, tenacia e pazienza.

La società civile e il mondo dell'associazionismo sono, intanto, sul piede di guerra. Un'assemblea con il premio Nobel Giorgio Parisi è fissata per il pomeriggio di martedì 23 settembre alla città dell'altra economia (è promossa dalla rete No bavaglio). Mobilitazioni sindacali sono al via. Lunedì si terrà uno sciopero di quattro ore per dire «no al massacro di Gaza» e convocare una conferenza di pace sotto l'egida dell'Onu. Un'iniziativa promossa dalla fondazione per la marcia Perugia Assisi si è tenuta ieri in Campidoglio. Yaqoub resiste sperando.

Il.Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il bombardamento Un attacco israeliano a Gaza (Foto Ap)

La fuga Bambini a Gaza si allontanano dalle rovine (Foto Afp)





Servizio Prevenzione

Epatite C, Puglia prima regione a proporre il test a tutti e a ogni analisi del sangue

Non più screening su base volontaria ma un sistema che trasforma ogni prelievo in un'occasione di diagnosi precoce: questa la logica della nuova legge che mira a debellare il virus entro il 2030 secondo obiettivo Oms

di Vincenzo Rutigliano

19 settembre 2025

La Puglia prima e unica regione in Italia ad adottare una legge per rendere strutturale la lotta all'epatite C. All'unanimità il consiglio regionale ha approvato una norma che obbliga tutti i medici, pubblici e privati, a proporre il test anti-Hcv ai cittadini nati prima del 1989 ogni volta che viene prescritto un esame del sangue, anche di routine.

Scovare gli inconsapevoli

Un provvedimento che cambia le regole della prevenzione: non più screening su base volontaria, ma un sistema che trasforma ogni prelievo in un'occasione di diagnosi precoce. «Abbiamo i farmaci che guariscono, ma troppi non sanno di essere malati», spiega Fabiano Amati, assessore regionale e promotore della legge, «Il test può fare la differenza tra vita e morte. Scovare i malati inconsapevoli è l'arma decisiva per vincere questa guerra».

In Italia record di sommerso

L'epatite C è una malattia subdola che può restare silente a lungo e manifestarsi solo in fase avanzata, con conseguenze gravissime come cirrosi epatica e carcinoma del fegato. In Italia si stima che ci siano tra 600 mila e 1,2 milioni persone con infezione da virus dell'epatite, un record di casi sommersi.

Le cure ci sono

Fino a pochi anni fa difficilmente curabile oggi esistono terapie capaci di eradicare l'infezione, purché i pazienti vengano diagnosticati in tempo. Con questa legge, la Puglia punta a debellare il virus entro pochi anni, anticipando l'obiettivo fissato dall'Oms per il 2030. La sfida è in un gesto semplice, un prelievo di sangue che può cambiare il destino di migliaia di persone.

L'ANTICIPAZIONE DELL'INCHIESTA DI PRESADIRETTA (RAI3)

Sanità sarda a perdere I direttori sanitari faranno causa a Todde

Mancano il pronto soccorso
pediatrico e pure i medici
La presidente si è trovata
un'eredità pesante. Che
però rischia di travolgerla

FRANCESCA NAVA

La Sardegna è oggi uno specchio delle fragilità del Servizio sanitario nazionale. Un'isola che ogni estate quintuplica la popolazione con i flussi turistici e si ritrova con pronto soccorso al collasso e reparti senza personale. Tuttavia le criticità non sono solo estive. Un sardo su sei ha rinunciato a curarsi (17,2 per cento, quasi il doppio della media nazionale), i medici di base in quattro anni sono calati del 39 per cento, il peggior dato d'Italia. E in tutta l'isola non esiste ancora una terapia intensiva pediatrica: i bambini più gravi vengono trasferiti in elicottero verso ospedali della penisola. È questa la fotografia che la giunta Pd-M5S guidata da Alessandra Todde ha ereditato un anno e mezzo fa, dopo decenni di fallimenti e promesse mancate. La risposta è stata drastica: lo scorso aprile sono stati azzerati i vertici di tutte le Asl sarde e rimossi in blocco i direttori generali.

«Se c'è una squadra che non funziona si cambia allenatore — spiega l'assessore alla Sanità Armando Bartolazzi — secondo Agenas, la Sardegna è in fondo alle classifiche sui Lea. Non potevamo restare immobili». Ma i direttori rimossi contestano la scelta e annunciano battaglia. Marcello Acciaro, ex Dg della Asl Gallura,

accusa: «Qualcuno ha vinto le elezioni e ha detto: adesso metto i miei piloti. Ma, se mancano i medici, può arrivare anche il miglior pilota del mondo, il sistema non funziona». La carenza di personale resta il punto critico. Al pronto soccorso di Olbia i medici raccontano turni impossibili: «D'inverno ci sono 140mila abitanti, d'estate arrivano sei milioni di turisti. Servirebbero almeno 24 medici, ce ne sono tre». Un'infermiera aggiunge: «Siamo allo stremo. I pazienti restano ricoverati qui per giorni: si chiama boarding, e viola tutte le norme di sicurezza».

Caos sardo

Bartolazzi riconosce la gravità e lancia la sua proposta: «creare un sistema tampone per dare possibilità di lavoro ai medici offrendo loro le vacanze per tutta la famiglia nei mesi di maggiore afflusso». E aggiunge: «Pure dalla Svezia verrebbero a prendere sole in Sardegna, visto che lo vedono due mesi l'anno». Ma le soluzioni tampone rischiano di non bastare per le carenze strutturali. Per questo l'assessore afferma: «Non posso clonare gli specialisti. Mancano neurochirurghi, ho fatto scouting in Italia e all'estero e non ci sono neurochirurghi dispo-

nibili a venire qui, quindi dobbiamo lavorare con quello che abbiamo».

Tra le eredità della precedente giunta di centrodestra c'era anche la bozza preliminare di un accordo con Cuba per l'arrivo di 123 medici da inviare nei presidi in sofferenza. «Avevo stanziato 6 milioni di euro — ci spiega l'ex assessore alla sanità, Carlo Doria — che non servivano per pagare gli stipendi, perché questi medici venivano assunti coperti dal budget delle Asl, quei soldi erano per coprire le spese accessorie: voli, affitto, assicurazioni. Tra l'altro quei 6 milioni di euro stanziati sono ancora lì. Solo che una delle prime affermazioni che è stata fatta da chi rappresenta oggi questa legislatura è: io non porterò i medici cubani». La giunta Todde, infatti, non ha dato seguito alla trattativa, frenata ora dagli avvertimenti di Washington: per gli Stati Uniti, le missioni mediche cubane



non sarebbero cooperazione, ma "sfruttamento del lavoro" e hanno annunciato l'entrata in vigore di sanzioni ai funzionari di paesi terzi che sigleranno accordi con Cuba, incluso il divieto di ingresso negli Usa.

Mentre il dibattito politico si concentra sulle emergenze sanitarie, il cuore della contesa resta il commissariamento. Una scelta che la giunta difende come indispensabile per riformare il sistema, ma che è ora sotto la lente della giustizia amministrativa. A luglio il Consiglio di Stato ha accolto l'appello cautelare dell'ex direttore generale della Asl di Sassari, Flavio Sensi, ribaltando la decisione del Tar che a giugno aveva respinto la richiesta di sospensione. I giudici amministrativi di secon-

do grado non si sono pronunciati nel merito, ma hanno rinviato la valutazione definitiva al Tar, che dovrà stabilire entro fine ottobre se vi siano state irregolarità nelle revocche e nelle nomine dei commissari. Nel frattempo gli ex direttori (una decina) annunciano ricorsi non per tornare in sella, ma per chiedere risarcimenti: «Questo commissariamento è illegittimo, quindi andremo davanti alla Corte costituzionale, che valuterà se la Todde ha fatto bene o ha fatto male», dichiara Acciaro, che aggiunge: «Non chiediamo il reintegro, ma il danno, agiremo dopo le pronunce dei giudici amministrativi».

L'assessore Bartolazzi respinge le accuse di spoils system: «Il nostro progetto parte da

qui: commissariamento, riforma sanitaria, nomina di nuovi direttori. Non escludo ripescaggi, ma la Sardegna non può più restare fanalino di coda». E rivendica un piano di interventi: un ospedale pediatrico con terapia intensiva, il registro tumori regionale, una quarta base Areus per gli elicotteri del 118, oltre al rafforzamento della medicina territoriale con 50 case di comunità. La presidente Todde ha fatto del rilancio della sanità pubblica il proprio cavallo di battaglia. L'auspicio è che riesca davvero a invertire la rotta. Perché la Sardegna oggi resta in trincea, stretta tra carenze strutturali e un contenzioso che rischia di bloccare ogni riforma.



La puntata in onda stasera alle 20.30 su Rai 3: un viaggio nella sanità della regione a guida 5 Stelle FOTO ANSA

