

24 ottobre 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

**Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Largo della Sanità Militare, 60
00184 Roma
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343**

24/10/2025

Un cambiamento ... in evoluzione

Il G7 su Inclusione e Disabilità ha segnato “l’inizio di un cambiamento reale” anche se “il percorso resta in fase di consolidamento”. Questo il bilancio che viene tracciato da Francesca Di Maolo, presidente dell’Istituto Serafico di Assisi, nel primo anniversario dalla sottoscrizione della Carta di Solfignano.

Presidente, a un anno esatto dalla firma della Carta cosa è stato attuato nel concreto?

“A un anno dalla firma si registrano alcuni passi avanti, anche se il percorso resta in fase di consolidamento. Il G7 del 2024 ha individuato quattro priorità: inclusione lavorativa, vita indipendente, partecipazione sociale e gestione delle emergenze. Tra queste, la vita indipendente è il settore che ha fatto più strada grazie alla sperimentazione avviata con la riforma della disabilità. Le Regioni coinvolte hanno elaborato linee guida e strumenti operativi per rendere concreto il “progetto di vita” personalizzato. In Umbria, in particolare, sono state emanate le linee di indirizzo e di governance. Ma siamo ancora in fase di rodaggio. Sul piano nazionale il cammino è avviato ma disomogeneo: servono livelli essenziali e standard minimi comuni per garantire equità e pari opportunità in tutto il Paese. Sul fronte delle risorse, invece, il governo ha stanziato 22 milioni di euro per l’inclusione lavorativa dei giovani con disabilità e un bando da oltre 500 milioni per sostenere la riforma negli ambiti lavorativo, ricreativo e abitativo”.

Quanto è importante la collaborazione con le famiglie e le istituzioni?

“È fondamentale. Non è pensabile una definizione dei servizi alla persona senza conoscerne i bisogni, le aspettative e le esperienze quotidiane. Le famiglie sono la bussola che deve indirizzare la

politica perché nessuna riforma potrà essere efficace se non parte dall’ascolto reale di chi vive ogni giorno le sfide della disabilità. La collaborazione con le famiglie non è solo un gesto di partecipazione, ma un elemento strutturale della progettazione sociale: significa riconoscere che la competenza nasce anche dall’esperienza diretta”.

C’è la possibilità in futuro di vedere la disabilità con occhi diversi?

“Voglio pensare che riusciremo sempre a vedere la persona prima del suo limite. Il primo G7 su Disabilità e Inclusione ha avuto il grande merito di avviare un cambiamento reale, anche se ne cogliamo ancora solo i primi effetti. Oggi cresce una consapevolezza collettiva sui diritti e sulla necessità di costruire reti che non lascino nessuno indietro, proprio perché la disabilità non definisce il destino di una persona. Spetta alle istituzioni rendere possibile la libertà di ciascuno di scegliere come vivere la propria esistenza, a partire dalle abilità coltivate fin da bambini e dalle opportunità che devono essere garantite a tutti. In questo orizzonte si colloca la responsabilità politica dei Paesi del G7: solo riconoscendo la dignità di ogni persona sarà possibile ripensare la cura e la riabilitazione, la formazione, l’ingresso nel lavoro e i servizi di sostegno lungo tutto il percorso di vita”.

In questo momento quali progetti sono portati avanti al Serafico?

“Stiamo lavorando a un ambulatorio per i problemi del neurosviluppo, per offrire un accompagnamento che va dalla valutazione ai servizi di riabilitazione a quelli educativi mirati. Abbiamo potenziato il nostro organico

specializzato, raddoppiando la figura del neuropsichiatra per fornire un sostegno che va oltre ogni confine. Tra poco accoglieremo dei bambini di Gaza con gravi disabilità. In questo ambito il nostro impegno più significativo è stato quello di porre il tema della tutela delle persone con disabilità che durante i conflitti armati sono tra le più vulnerabili: spesso non riescono a fuggire, non hanno accesso ai rifugi e perdono ausili. Non hanno i farmaci vitali né miscele nutrizionali necessarie alla sopravvivenza. Molti restano isolati in casa o negli istituti, insieme a famiglie senza risorse né aiuti. Ma la cosa più tremenda è che le persone con

disabilità grave o complessa, in particolare i bambini, raramente vengono evacuate dalle zone di guerra, diversamente dai bambini mutilati a causa del conflitto. La loro presa in carico infatti è complessa, perché richiede il coordinamento di una pluralità di servizi e competenze: mediche, riabilitative, educative e sociali”.

Cosa c'è nel futuro del Serafico?
“C'è il borgo della cura. In una superficie che si raddoppia rispetto a quella in cui operiamo oggi, cercheremo di continuare a dare risposte alle domande di bambini e ragazzi con disabilità: ai loro bisogni

di salute, al loro bisogno di esprimersi, di partecipare alla vita, di lavorare e di vivere una vita indipendente. Dal lontano 1871 la nostra missione rimane sempre la stessa: accompagnare bambini e ragazzi a vivere una vita piena”.

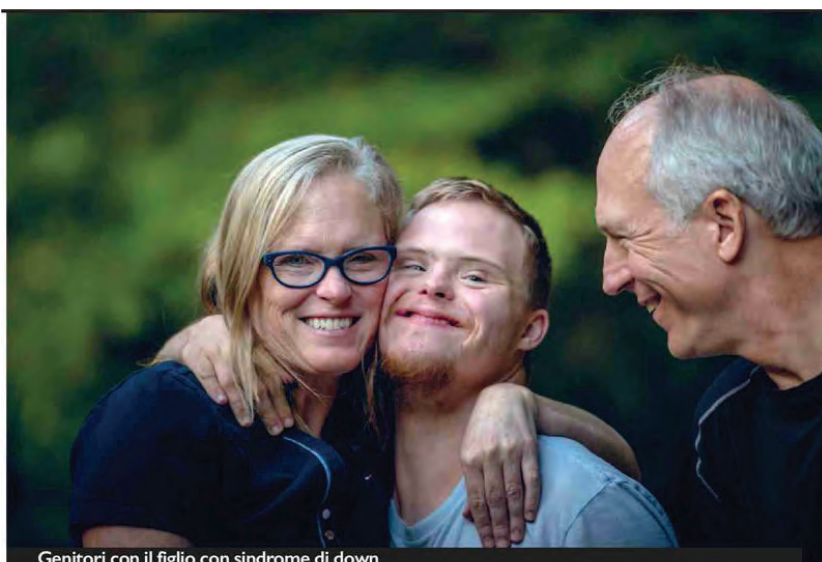
Alessandro Ministrini

Di Maolo: “Il G7 del 2024 ha individuato quattro priorità: inclusione lavorativa, vita indipendente, partecipazione sociale e gestione delle emergenze. Tra queste, la vita indipendente è il settore che ha fatto più strada grazie alla sperimentazione avviata con la riforma della disabilità”

IL SERAFICO

Una storia lunga quasi 155 anni. Era infatti 17 settembre 1871 quando San Ludovico da Casoria fondava ad Assisi l'Istituto Serafico per sordomuti e ciechi in onore di san Francesco. Da più di un secolo e mezzo, l'Istituto – ente ecclesiastico senza scopo di lucro – ha sempre promosso e svolge attività riabilitativa, psicoeducativa e assistenza socio-sanitaria per bambini e giovani adulti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali che vengono ospitati in appartamenti senza barriere architettoniche e dotati di tutti i confort. Ragazze e ragazzi, seguiti quotidianamente e circondati ogni giorno dall'affetto e dalla bravura di specialisti e operatori. Le strutture del Serafico occupano circa 10mila metri quadrati in un'area complessiva di 40mila immersa nel verde ai piedi del Subasio e a pochi passi dalla basilica di San Francesco. Dal 2013 l'Istituto ha come presidente Francesca Di Maolo, avvocato e giuslavorista, membro dell'ufficio nazionale della salute della Conferenza episcopale italiana e del consiglio nazionale Aris (Associazione religiosa istituti socio-sanitari) e presidente regionale del medesimo organismo.

**Intervista a
Francesca Di Maolo,
presidente
dell'Istituto Serafico
di Assisi, a un anno
dal primo G7 della
storia su inclusione
e disabilità. Ospitato
in Umbria
nell'ottobre 2024,
ha portato alla
firma della Carta
di Solfagnano**



Genitori con il figlio con sindrome di down



Attualità

DM 77 sull'assistenza territoriale: riforma a rilento

Redazione 23 Ottobre 2025

È stata presentata in Senato l'indagine condotta dall'Osservatorio permanente sui modelli di qualità dell'assistenza sanitaria territoriale, relativa allo stato di attuazione dei Piani Sanitari Territoriali delle Regioni.

I Piani introdotti dal DM 77/2022, che ha definito i "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" hanno l'obiettivo di guidare le Regioni nell'adeguamento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione.

La stesura dei Piani è avvenuta in coerenza con gli standard stabiliti dal Decreto e con gli investimenti previsti dalla Missione 6, Componente 1, del PNRR.

Come spiegato da **Massimo Caruso**, coordinatore scientifico dell'indagine, nonostante l'erogazione dei fondi destinati al Pnrr, l'attuazione della riforma sta procedendo a rilento e presenta un avanzamento che necessita di un deciso rafforzamento della governance.

«Una riforma di tale complessità deve richiedere una concertazione organica di tutti gli attori coinvolti per tale motivo come Osservatorio proponiamo la convocazione di una Conferenza nazionale sull'assistenza sanitaria territoriale per la prossima primavera».

Garantire un'adeguata assistenza territoriale a tutti i cittadini è l'obiettivo primario, ma le difficoltà non sono poche.

«La necessità di garantire una qualità importante della sanità territoriale», sottolinea

Annamaria Parente, presidente dell'Osservatorio, «è l'obiettivo per rispettare il diritto alla salute di tutti. Ma diverse sono le difficoltà. Prima fra tutte, la mancanza di un continuum assistenziale tra l'ospedale, il territorio e la casa, per cui attualmente, la sanità territoriale è concepita a compartimenti stagni, e a centralità ospedaliera. Per costruire un sistema più efficace si pone come urgente la necessità di avviare un lavoro comune tra i vari professionisti sul territorio per garantire pari opportunità di accesso in tutto il territorio nazionale».

Anche **Maria Domenica Castellone**, vicepresidente del Senato, ha ripreso il tema: «nonostante il nostro San sia riconosciuto come uno dei sistemi più accessibili ed equi a livello globale l'assistenza territoriale si presenta ancora oggi come l'anello debole strutturale.

Una debolezza che rischia di aggravare la disparità tra Nord e Sud. Per colmare queste lacune bisogna affrontare energicamente la difficoltà di carenza di personale sanitario. Nella prossima legge di bilancio agiremo per aumentare fondi destinati all'assunzione di nuovo personale, superando il blocco delle assunzioni in vigore da vent'anni».

L'osservatorio è un importante strumento di monitoraggio e potrebbe essere utile al superamento delle difficoltà del Ssn.

«La funzione dell'Osservatorio è importante per monitorare la frammentazione tra cure ospedaliere e territoriali», ha commentato **Fiammetta Modena**, responsabile disabilità e sociale di Forza Italia.

«Frammentazione, che è una delle principali cause di inefficienza del sistema. Bisogna agire per superare le rigide separazioni tra ospedale e territorio attraverso un'integrazione di tipo dipartimentale.

Una prospettiva che è connessa al piano straordinario di assunzioni di medici e infermieri, rispettivamente 10.000 e 20.000. Sono le sfide di sempre, per una sanità al centro delle agende delle forze politiche».

L'on. **Marina Sereni**, responsabile Sanità PD, ha proposto che l'osservatorio includa il termine "assistenza sociosanitaria nei territori" nel suo nome, per abbracciare l'ambizione di una "piccola grande rivoluzione culturale".

«È necessario sostenere il cambiamento spostando l'asse dall'ospedale al territorio, superando l'approccio ospedalocentrico e medicocentrico. Non si può ricentralizzare tutto», ha aggiunto Sereni, «poiché è fondamentale tenere in considerazione le differenze territoriali tra aree interne e grandi città».

Lo snodo cruciale della nuova governance, a suo avviso, deve risiedere nei distretti, i quali devono esercitare una regia pubblica, coinvolgendo tutti i soggetti.

«Più territorio significa maggiore prevenzione, anche tramite la medicina di iniziativa, e maggiore integrazione», ha sottolineato Sereni. «La frammentazione sfinisce le famiglie, creando diseguaglianze».

Infine, Sereni ha incoraggiato a partire dalle buone pratiche già esistenti, citando come esempio l'esperienza dei medici di medicina generale che partecipano alle Aft e alle Case di Comunità per garantire la capillarità.

Andrea Costa, responsabile Salute Noi Moderati ha sottolineato che pur non essendo

il Pnrr, la soluzione, è uno strumento che può aiutare a individuare percorsi di riorganizzazione e ha evidenziato come strumenti quali il fascicolo sanitario elettronico e il ruolo capillare delle farmacie siano essenziali nell'erogazione dei servizi.

Anna Maria Foresi, segretario nazionale Fnp Cisl, ha richiamato la necessità di una governance moderna che coordini le politiche socioassistenziali e quelle sanitarie, poiché: «i bisogni non sono né solo sociali né solo sanitari. L'integrazione tra Lea, sostanzialmente finanziati, e i Leps, con un finanziamento irrisorio di 376 milioni di euro, rappresenta un fattore cruciale. La rigidità organizzativa, unita alla lentezza nell'innovazione digitale e alla carenza di connettività in alcuni luoghi, rappresenta un blocco nel sistema. Ritengo sia necessario un confronto serio tra Regioni, Comuni e Governo».

«Un elemento di allarme», dice **Francesca Salvatore**, segretaria nazionale Uilp-Uil, «è l'annuncio che nell'ultima revisione del Pnrr, del valore di circa 34 miliardi di euro, la Missione 6 non verrà riprogrammata.

Benché le Regioni abbiano assicurato che rispetteranno tutti gli obiettivi entro giugno del prossimo anno, i dati pubblicati da Agenas mostrano più di una criticità.

La preoccupazione centrale è che la riforma del DM 77 non riesca a raggiungere pienamente i suoi obiettivi. Dare concretezza a questa riforma è fondamentale e la prossima legge di bilancio sarà il momento cruciale per capire se vi sarà un ampliamento degli organici destinati a far funzionare le nuove strutture previste dalla riforma.

È inoltre essenziale trovare una soluzione per ripensare la convenzione con i medici di medicina generale».

Natale Forlani, presidente Inapp, pur concordando sulla necessità d'investire di più e utilizzare le tecnologie, ha messo in guardia sul fatto che l'invecchiamento della popolazione.

Lo scenario futuro provocherà un aumento vertiginoso dei fabbisogni, rendendo il trend della domanda enormemente più veloce della capacità di risposta.

«Serve una governance contributiva, non rivendicativa. Mancano i fondi per la legge sulla non autosufficienza mentre si dà priorità all'anticipo pensionistico.

Occorre riposizionare l'interesse nazionale, mobilitando le risorse sottoutilizzate, come il sistema universitario per i servizi socioassistenziali, in chiave di miglioramento dell'efficienza» ha concluso Forlani.

All'incontro sono intervenuti anche i rappresentanti delle diverse componenti che animano l'Osservatorio (AiSDeT, Apmarr, **Aris**, Confcooperative, Federfarma, Fofi, Lint, Simed, Sin, SINefrologia, SIR) convergendo sulla necessità di ricomporre un contesto che possa garantire pari opportunità di accesso ai servizi alle cittadine e ai cittadini sul territorio nazionale attraverso il potenziamento delle indagini che saranno avviate nei prossimi mesi e la convocazione, in primavera, di una Conferenza nazionale sull'assistenza territoriale.



la Repubblica

CONFINI
DA GAUGUIN A HOPPERVilla Manin, Passariano
11 ottobre 2025 - 12 aprile 2026Info e prenotazioni
0422 429993
www.lineadombra.itFondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

R cultura

Eros e famiglia
i diari di Thomas Manndi PAOLO DI PAOLO
a pagina 39

R sport

Roma ancora battuta
in Europa leaguedi SILVIA SCOTTI
a pagina 46Venerdì
24 ottobre 2025

Anno 50 - N° 252

Oggi con

Il venerdì

In Italia € 2,90

Tra Putin e Trump
la guerra del petrolioLo zar, dagli Usa atto ostile. Sanzioni Ue ma slitta l'intesa sugli asset
La Cina ferma l'import di greggio, anche l'India pronta allo stop

Il presidente russo Vladimir Putin avverte: «Le sanzioni sono un atto ostile, non agiremo sotto pressione». E minaccia «una risposta schiacciante» in caso di attacco con i missili a lungo raggio. Ribatte Donald Trump: «Minimizza l'impatto delle sanzioni? Ve lo saprò dire tra sei mesi». I leader dell'Unione europea, riuniti a Bruxelles, rinviavano sull'uso degli asset russi. La Cina sospende gli acquisti di petrolio da Mosca, anche l'India è pronta a ridurre le importazioni.

di CASTELLETI, CIRIACO,
MASTROLILLI, MODULO, OCCORSIO,
SANTELLI e TITO a pagina 2 a 7Le montagne russe
della diplomazia

di PAOLO GARIMBERTI

Donald Trump balla sulle montagne russe. Continua a essere in bilico tra l'attrazione fatale per Putin (e l'antipatia manifesta per Zelensky) e la frustrazione per sentirsi preso in giro dallo zar.

a pagina 13



LA STORIA

Scommesse su star comprate
le mani della mafia sulla Nba

di LIRIO ABBATE

A New York le ombre sono tornate a muoversi. Non più con la brutalità ottusa degli anni Settanta. Niente piombo, niente agguati in strada. Oggi è un'altra cosa.

a pagina 17 con un servizio di BASILE

Manovra, Tajani contro i tecnici

Forza Italia e Lega accusano
la Ragioneria dello Stato
Tagli alle metro, è rivolta

Tensioni nella maggioranza sulla manovra. Affondo di Tajani: «Decide la politica, non i grandi commis». Scontro sui tagli ai trasporti. di AMATO, DE CICCO e DE GHANTUZ
CUBBE alle pagine 8 e 11

IL RETROSCENA
di GIUSEPPE COLOMBOGiorgetti fa muro
"Piena fiducia
in chi lavora qui"

Tira fuori dal vocabolario la parola che più di tutte restituisce il senso della tutela. «Ho piena fiducia nelle istituzioni che lavorano al servizio dello Stato qui al Mef, a iniziare dalla Ragioneria Daria Perrotta e da tutta la squadra», scandisce Giancarlo Giorgetti ai suoi.

a pagina 9



Rimadesio

VATICANO

Il Papa e re Carlo nella Sistina
una storica preghiera insieme

di AGOSTINO PARAVICINI BAGLIANI e IACOPO SCARAMUZZI

alle pagine 18 e 19

LE IDEE

Se l'ideologia
trasforma
la verità dei fatti

di MASSIMO RECALCATI

La verità dei fatti viene spesso impugnata nel dibattito pubblico contro la fallacia soggettiva delle interpretazioni. In realtà, nel nostro tempo che si vorrebbe del tutto disincantato, la verità dei fatti è sempre più subordinata alla verità dell'ideologia. È un vizio perverso alla base di ogni discorso ideologico.

a pagina 13

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/6377511
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06/688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02/6377510
mail: servizioclienti@corriere.itSUN68
SUN68.COM

Picco tra dicembre e gennaio
Arriva l'influenza:
i rischi per i più fragili
di **Ruggiero Corcella**
a pagina 26

Antonino Mazzone
Un carabiniere
di centoquattro anni
di **Alfio Sciacca**
a pagina 25

SUN68
SUN68.COM

Realtà e ideologia

DEMOCRAZIA
GLI ERRORI
A SINISTRAdi **Ernesto Galli della Loggia**

Dopo l'accostamento fatto da Illy Schlein tra l'attentato a Sigfrido Ranucci e l'estrema destra al governo, con conseguente proclamazione della «democrazia a rischio», è forse giunto il momento che la sinistra italiana, i suoi politici e i suoi intellettuali e i suoi giornalisti, decidano una buona volta in che Paese pensano di abitare. Se nell'Italia reale — e cioè in un Paese mediamente democratico, mediamente amante della pace, mediamente maschilista (ma pure femminista), mediamente interessato all'eguaglianza ma attaccato alle disuguaglianze che ci fanno comodo; in un Paese con un diffuso tasso di evasione fiscale e d'inservanza delle regole (peraltro distribuito in egual misura tra i cittadini di destra e di sinistra) — oppure in un altro Paese, in un'altra Italia. Cioè nell'Italia dei loro discorsi di oppositori duri e puri: un'infelice contrada dove per l'appunto la democrazia è a rischio, dove ai più, dunque, non importerebbe nulla della libertà, di pensare, dire, scrivere, leggere o vedere quello che gli pare, non interesserebbe molto continuare a votare per il partito che vogliono, o se invece preferiscono essere spiati e intercettati dal potere, essere governati da un governo di potenziali oppressori o di politici mediamente democratici.

È importante per la sinistra decidere in quale Paese vive, decidere che cosa è l'Italia di oggi.

continua a pagina 32

Lo zar: «Un atto ostile, non serviranno a nulla». I leader Ue frenano sull'uso degli asset russi

Sanzioni, Putin gela Trump

Alt degli Usa a Israele sull'annessione della Cisgiordania. Donald: sarò a Gaza

di **Francesca Basso** e **Marco Imarisio**

La minaccia di Putin. Dopo le sanzioni degli Usa ai big russi del petrolio, lo zar reagisce: «Atto ostile contro di noi. Se attaccati la risposta sarà sbalorditiva». Intanto sul fronte medio orientale dagli Usa stop a Israele: no all'annessione della Cisgiordania. da pagina 2 a pagina 9

GLI ACQUISTI DA MOSCA

La scelta di Xi sul petrolio

di **Federico Fubini**

Donald Trump e Vladimir Putin condividono l'obiettivo di dividere l'Unione europea e indebolirla. Ma l'Unione europea e Donald Trump condividono un altro obiettivo: convincere Putin che non ha alternative ad accettare il congelamento del conflitto in Ucraina sull'attuale linea del fronte.

continua a pagina 5

GIANNELLI

LA NUOVA FASE



GLI USA PER L'UCRAINA O L'UCRAINA PER GLI USA?

IL METODO E I RISULTATI

Illusioni ottiche alla Casa Bianca

di **Goffredo Buccini**

Cosa abbiamo visto davvero il 13 ottobre a Sharm el-Sheikh? Cosa cela il balletto sul vertice-fantasma di Budapest? E cosa ci dicono le improvvise sanzioni ai colossi energetici russi? Di fronte alle nuove fiammate di violenza nella Striscia di Gaza e al prevalere della volontà di potenza di Putin nel conflitto ucraino, è ragionevole porsi qualche domanda sul Metodo Trump.

continua a pagina 32

SCANDALO NEL BASKET USA

Nba, 30 arresti per scommesse: spunta anche la mafia italiana

di **Gaggi** e **Vanetti**

Scandalo Nba. La guardia dei Miami Heat Terry Rozier e il coach di Portland Chauncey Billups sono stati arrestati dall'Fbi per scommesse illegali: 37 gli arresti. Tra loro membri della mafia italo-americana di New York, Bonanno, Genovese, Lucchese e Gambino.

a pagina 19

La visita dei reali britannici La prima volta dopo lo scisma del 1534



Re Carlo III d'Inghilterra e la regina Camilla si congedano da papa Leone XIV dopo l'incontro in Vaticano

Carlo e Camilla in Vaticano: storica preghiera con Leone

di **Enrica Roddolo** e **Gian Guido Vecchi**

Visita storica in Vaticano di un sovrano inglese. Re Carlo, con la regina Camilla, ha pregato con papa Leone XIV. Continua il percorso di avvicinamento tra Chiesa di Roma e Chiesa anglicana dopo lo scisma del 1534.

a pagina 17

Le misure Le tensioni sui trasporti

Manovra, scontro aperto tra Tajani e Salvini

Giorgetti: basta attacchi

di **Paola Di Caro**, **Enrico Marro** e **Virginia Piccolillo**

Clima acceso nella maggioranza sulla manovra, con l'opposizione a fare quasi da spettatrice. Lega e Forza Italia ai ferri corti. Lo scontro vede protagonisti i ministri Antonio Tajani e Matteo Salvini. Contributo delle banche, fondi per le grandi opere, trasporto locale (in particolare i fondi per le metropolitane di Roma, Milano e la ferrovia Napoli-Afragola): nella polemica entra di tutto. Nel mirino su tagli e tasse finisce anche il responsabile del dicastero dell'economia Giancarlo Giorgetti. Attaccato dallo stesso Salvini sul piano casì.

alle pagine 10 e 11
Bertolino, Voltattorni

ALL'INTERNO

LA FIACCOLATA CON SALA

Uccisa a Milano Il video choc delle coltellate

di **Giuzzi, Lio** e **Evangelista**

alle pagine 22 e 23

RIETI, LE INTERCETTAZIONI

«Sasso sul bus, lanciato quello più appuntito»

di **Innocenti** e **Sacchettini**

a pagina 21

IL CAFFÈ

di **Massimo Gramellini**

A picconate

Mi rattrista il video dei tutori dell'ordine che sfondano a picconate la parete di un appartamento di Bologna dove vive una madre single con tre figli, tra cui una disabile. Mi rattrista al di là di ogni considerazione nel merito dello sgombero, e anche di ogni giudizio sul nuovo capitalismo abitativo che spinge i proprietari a sostituire i residenti (persino quelli che, come la signora, pagano regolarmente l'affitto) con i ben più remunerativi turisti. Mi rattrista perché sembra dar ragione a chi sostiene che sta scomparendo una certa idea di umanità.

La settimana scorsa non mi era piaciuto che Iaria Salis usasse la tragedia dei carabinieri uccisi durante uno sgombero per denunciare il problema del caro-affitti, e ovviamente non perché si trattasse di una campagna



giustificata, ma, anche lì, per una questione di umanità. Allo stesso modo oggi mi domando: davvero non si potevano offrire alternative a quella famiglia disgiunta che non fossero una camera d'albergo a 40 chilometri dalla scuola e dall'istituto di logopedia frequentati dalla bambina? Davvero bisognava agire in pompa magna, alle 7 del mattino, quando lei e i fratelli erano ancora in casa? Qualcuno si è posto il problema dello sconvolgimento che avrebbe provocato in quei bambini assistere a una scena tanto violenta? Venticinque righe sono troppo poche per affrontare l'emergenza-case, ma abbastanza per chiedermi, e chiedervi, se questa mancanza di umanità sempre più diffusa non sia essa, ormai, la vera emergenza.

ILLUSTRAZIONE: INESITA/VA

G. FORNERO
F. RIMOLI R. D'ANDREADIRITTO DI VIVERE
E DI MORIRE
UNA RIVOLUZIONE
COPERNICANADIALOGO TRA UN FILOSOFO,
UN COSTITUZIONALISTA E UN PENALISTA

UTET

IL RICORDO
Un anno senza Paolo Griseri
Le sue battaglie per i diritti

MARCO REVELLI — PAGINA 24 E 25



LO SCANDALO SCOMMESSE
Quei tentacoli della mafia
tra le stelle dell'Nba

ALBERTO SIMONI — PAGINA 13



IL REPORTAGE
A scuola da Di Natale
"Insegno calcio ai genitori"

FABIORIVA — PAGINA 29

190€ II ANNO 159 II N. 293 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, DCGE-TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

VENERDÌ 24 OTTOBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

LA MANOVRA
Bella rottamazione
il Fisco perde
quasi un miliardo
Lite Tajani-Giorgetti

BARONI, CAPURSO, MONTICELLI



La rottamazione delle cartelle sarà in perdita per le casse dello Stato e il conto lo dovranno pagare i contribuenti onesti. Il gettito previsto dalla sanatoria porterà all'Eraio 9 miliardi in 10 anni: meno di quanto atteso. **BALESTRERI** — PAGINE 2-4

L'ANALISI
Se sui conti Meloni
si scopre di sinistra

SERENA SILEONI



Il disegno di legge per il bilancio 2026 è stato bollinato dalla Ragioneria generale dello Stato e se ne può quindi discutere come di un testo pressoché definitivo, al netto di rimodulazioni e emendamenti parlamentari che non cambieranno la sostanza della legge. Va quindi preso per definitivo, innanzitutto, il valore dei 18 miliardi complessivi. Pochi per i detrattori della manovra; adeguati, ovviamente, per i sostenitori. — PAGINA 22

Addio a Reviglio
papà dello scontrino

STEFANO LEPRİ — PAGINA 21

IL MINISTRO AI SOLDATI: UNA VOLTA FACEVATE MISSIONI INTERNAZIONALI, ORA OGNI SCENARIO È POSSIBILE

Crosetto: "Prepariamoci anche a difendere l'Italia"

Le sanzioni Usa bloccano il petrolio russo alla Cina. Putin: è un atto ostile

IL COMMENTO

Perché ora serve
un dibattito in Aula

ALESSANDRO DE ANGELIS

Bisogna dare atto al ministro Guido Crosetto aver sempre parlato il linguaggio di verità, che è poi un compito proprio delle classi dirigenti responsabili. — PAGINA 22

BRESOLIN, GIACOMINO, LOMBARDO

«Vedo una follia dilagante nel mondo. E voi dovreste essere pronti a difendere il Paese». Il ministro della Difesa Crosetto parla alla Scuola ufficiali di Torino. **LAMPERTI** — PAGINE 6-9

Quel filo sull'asse
Washington-Pechino

ETTORE SEQUI — PAGINA 9

IL MEDIOORIENTE

Trump: Cisgiordania
no all'annessione

FABIANA MAGRI — PAGINE 10 E 11

Così perdono Hamas
e la destra estremista

GABRIELE SEGRE — PAGINA 11

CARLO E CAMILLA IN VATICANO PREGANO CON IL PAPA: DIALOGO SU AMBIENTE E PACE

Il Re Leone

MARIA CORBI, GIACOMO GALEAZZI



Riconoscersi cinque secoli dopo

FRANCO GARELLI — PAGINA 22

Papa Leone XIV e Carlo III in un momento della visita del sovrano britannico in Vaticano. CON IL TACCUINO DI SORGI — PAGINA 23

L'OMICIDIO DI COLLEGNO

La tragedia di Marco
ucciso a Collegno
Sospetti su un giovane
con disturbi mentali

BUCCI, STAMIN



«Lo aspettavamo a casa». Marco Veronese a casa non c'è mai arrivato. All'una e mezza della scorsa notte un uomo l'ha rinchiuso per tutta via Sabotino, a Collegno, e poi gli ha sferrato più di 10 coltellate al collo e al cuore. — PAGINE 16 E 17

IL RACCONTO

Profondo Torino
città dei miei incubi

DARIO ARGENTO



Torino è stata una città molto importante per la mia carriera. L'ho scoperta prima di diventare regista, più precisamente attraverso mio padre. All'epoca ero un ragazzo, poco più che adolescente: lui doveva andare a Torino per un lavoro e mi chiese di accompagnarlo. Ho in mente l'arrivo in questa città che non conoscevo: il tempo era brutto, aveva piovuto e le strade ed i muri erano tutti lucidi di pioggia, di notte. Era molto affascinante e misteriosa. Insomma, è stata un'impressione che non riuscivo a dimenticare e che mi ha accompagnato per anni. — PAGINE 26 E 27

Buongiorno

Non avevo mai sentito parlare di Antonio Pelayo Bombín, sacerdote e giornalista spagnolo di 81 anni, nonostante le cronache assicurino la sua vasta notorietà di vaticanista. Ora continuo a non sapere nulla di lui se non che è indagato per violenza sessuale. Nei giorni del Conclave, da cui Robert Prevost sarebbe uscito come Papa Leone XIV, Bombín aveva stretto amicizia con un giovane collega, con cui condivideva impressioni e notizie, poi qualche aperitivo, fino a fraintendere le intenzioni. Sul dettaglio non andrei. D'istinto mi viene da dire che, nei panni del giovane molestato, avrei lasciato perdere ma, appunto, non so i dettagli. Mi ricordo invece di un amico entrato in convento per farsi frate, e quando ne uscì mi spiegò della quantità di ragazzi omosessuali che c'erano lì dentro —

L'amore di nascosto

MATTIA FELTRI

frociaggine, diceva Papa Francesco —, con indosso il saio per cercare di sfuggire al peccato della loro inclinazione. E cioè, non era tanto la vocazione, ma la speranza: solo Dio poteva guarirli. O perlomeno placarli. Mi sembra tutto così sbagliato, così terrificante. E le cose più serie ultimamente mi pare le abbia scritte Davide D'Alessandro, docente di psicologia: non la preghiera ma il sesso è il motore del mondo, ha detto rifacendosi a Freud. Di sicuro, non può bastare la preghiera a cancellare il sesso, cioè a cancellare la vita. Ecco la grande questione irrisolta della Chiesa: l'umanità non può essere privata della sessualità, perché l'umanità è anche sessualità. E chi non resiste alla sua umanità, lo fa di nascosto, vergognandosene, da peccatore. Quando mai usciranno da una tale follia?

**BANCA
DI ASTI**

bancadiasti.it

**BANCA
DI ASTI**

bancadiasti.it



Venerdì 24 ottobre 2025

ANNO LVIII n° 252
1,50 €
San'Antonio
Maria Claret
incedito

Edizione di lunedì
18h 00h 22

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Democrazie rappresentative in crisi IL POTERE VERTICALE

AGOSTINO GIOVANNOLI

«No King» gridano nelle piazze gli avversari di Trump, denunciando un potere che vuole cambiare la società americana e il mondo intero agendo dall'alto. Lui stesso si è rappresentato - in un video creato dall'Intelligenza artificiale - con la corona in testa mentre dall'alto rovescia leame su quanti protestano contro di lui, abbracciando in modo ostentato il politicamente scorretto. Un potere dall'alto su una società che non oppone resistenza o le cui resistenze sono considerate irrilevanti o, addirittura, illegittime. Trump esprime così una tendenza sempre più diffusa nel mondo occidentale: la concentrazione di potere nell'esecutivo. È il riflesso politico-istituzionale di una spinta più generale verso una società più autoritaria, più centralistica, più gerarchica. Insomma, più verticale.

Tendenze in parte analoghe sembrano emergere anche in Italia, seppure in forme molto diverse. C'è chi ne vede tracce in leggi già approvate - come il decreto sicurezza - e in riforme annunciate - come quella del premierato.

continua a pagina 14

Editoriale

La giusta difesa del Made in Italy

LA CATENA DEI VALORI

FRANCESCO RICCARDI

I prodotti che compriamo hanno una sorta di "anima"? Riflettiamo, cioè, lo spirito di chi li produce? La marca non è forse una firma che proietta sul prodotto un universo di informazioni e valori, fondamentali per determinare la scelta da parte del consumatore? Sono domande non inutili nel momento in cui in Senato è stato approvato un pacchetto di norme per tutelare la filiera del Made in Italy. Obiettivo condivisibile. Se non fosse che nel testo vanno si limita la responsabilità del committente italiano rispetto alle imprese in subappalto. La società capofila, infatti, può sottrarsi a certi obblighi se ottiene una certificazione volontaria di filiera, una scappatoia che rischia di indebolire la tutela reale dei lavoratori. Le cronache giudiziarie degli ultimi anni, infatti, hanno evidenziato come in diversi casi nella produzione dell'alta moda si siano concentrati, all'ultimo anello della catena di subappalti, sfruttamento dei lavoratori, caporalato e insicurezza del lavoro. Abusi particolarmente odiosi quando riguardano la fattura di capi d'abbigliamento venduti per migliaia di euro nei negozi e fabbricati invece pagando due euro fora gli operai che cuciono tessuti in scantinati loschi.

continua a pagina 14

IL FATTO Leone XIV parla ai movimenti popolari e sottolinea come la Chiesa debba essere povera per i poveri

Soccorrere è Vangelo

Il Papa critica gli Stati: «Tollerano politiche criminali verso i migranti. Non sono spazzatura. Le disuguaglianze sono la radice del male sociale, costruire case e aiutare non è ideologia»



AGNESE PALMUCCI

Le "cose nuove" guardate non dal centro ma dalla periferia lì dove «chiedere terra, casa e lavoro per gli esclusi» non appare scontato, ma affermazione di un diritto: è un Leone XIV appassionato quello che ieri si è rivolto ai partecipanti al Giubileo dei movimenti popolari. «Con l'abuso dei migranti vulnerabili, non assistiamo al legittimo esercizio della sovranità nazionale, ma piuttosto a gravi crimini commessi o tollerati dallo Stato», ha detto, tra l'altro, il Pontefice.

Primopiano a pagina 6

GLI ESCLUSI

Nel Palazzo
occupato
dove si chiede
giustizia sociale

Gambassi
a pagina 6

L'INCONTRO Pontefice e Carlo III in Cappella Sistina

La preghiera insieme dopo cinque secoli

Non accadeva da cinque secoli, ovvero dallo scisma di Enrico VIII, ed è stato come previsto il momento più alto della storica visita di Stato dei reali inglesi in Vaticano. Una preghiera insieme, nella Cappella Sistina, per il Papa e re Carlo III, che è anche capo della Chiesa anglicana. Scambio di piante e onorificenze tra i due: da ieri il re sarà Royal Confratè a San Paolo e il Pontefice Papal Confratè della Cappella di San Giorgio del Castello di Windsor. Dopo Leone, Carlo ha incontrato anche il segretario di Stato Parolin: pace, povertà e ambiente tra i temi dei colloqui.

Gambassi, Guzzetti e Luti a pagina 7

BRUXELLES Nuovo pacchetto Ue. Meloni preme per modifiche al Green deal

Putin stretto nella morsa di sanzioni e blocco del gas

GIOVANNI M. DEL RE - MARCO IASEVOLI (INVIATO)

Washington rompe gli indugi e sanziona le due più grandi società petrolifere russe. Putin: «Atto ostile ma senza impatti sull'economia». Via libera di Bruxelles al bando del gas liquido di Mosca dal 2027. Anche l'Ucraina si muove bloccando l'acquedotto di greggio via nave. Nessun accordo invece tra i 27 sull'uso degli asset russi "congelati", se ne riparla a dicembre. Pressing su Meloni per le armi a Kiev.

Primopiano a pagina 2

I nostri temi

RELAZIONI

Il matrimonio
è un Giubileo:
dura se si rinnova

M. CERIOTTI MIGLIARESE

La periodicità ritmata dell'anno giubilare trova un'assonanza nel ritmo con cui siamo soliti festeggiare i matrimoni capaci di durare nel tempo: 25 anni, nozze d'argento; 50 anni, nozze d'oro; 75 anni (cosa purtroppo sempre più rara) nozze di platino.

A pagina 15

GIUSTIZIA

La pace europea
per l'Ucraina
un atto morale

MAURIZIO DELLI SANI

Nella frattura profonda dell'ordine internazionale causata dalla guerra in Ucraina, l'Europa ha avanzato una proposta di pace misurata ma ambiziosa: dodici punti, elaborati con Kiev da una coalizione di Paesi europei, non come atto di resa, ma come progetto di ricostruzione di un equilibrio infranto.

A pagina 15

DON RIGOLDI
E L'INCHIESTA

«Nessun avviso, al Beccaria
non ho mai visto pestaggi»

Callegari a pagina 11

MA I SINDACATI NON SI FIDANO

Una moda «certificata»
contro lo sfruttamento

Arena e Marcer a pagina 5

ATTIVISTA PER LA CITTADINANZA

Sonny e quegli italiani
«che non sono di Serie B»

Lambroschi (inviato a Modena) a pagina 10



INTERVISTA A NINO CARTABELLOTTA

«Sulla sanità solo manutenzione ordinaria Ssn sempre più diseguale, servono modifiche»

Per il presidente della Fondazione Gimbe, questa legge di Bilancio è «l'ennesima occasione mancata per invertire la rotta: la spesa sanitaria salirà temporaneamente al 6,16% del Pil nel 2026, per poi ridiscendere al 5,93% nel 2028. Le risorse copriranno gli aumenti contrattuali, non i divari territoriali»

VITO SALINARO

Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, che cosa si aspettava dalla manovra per il Servizio sanitario nazionale? Sono state attese ben risposte oppure è rimasto deluso?

Siamo di fronte all'ennesima occasione mancata per invertire la rotta. I 2,4 miliardi di euro stanziati per il 2026 e i 2,65 miliardi di euro previsti per il 2027 e 2028 all'interno della legge di Bilancio rappresentano solo un parziale tentativo di contenere il defianziamento del Servizio sanitario nazionale. Se guardiamo ai numeri, il Fondo sanitario nazionale passerà da 136,5 miliardi nel 2025 a 143,1 nel 2026, ma più di due terzi dell'incremento deriva da risorse già stanziate nelle manovre precedenti. In rapporto al Pil, la spesa sanitaria salirà solo temporaneamente al 6,16% nel 2026, per poi ridiscendere al 5,93% nel 2028, tornando così sotto la soglia psicologica del 6%. In sostanza, si tratta di un intervento di manutenzione ordinaria e non di un piano di rilancio. Le risorse serviranno in gran parte a coprire aumenti contrattuali, ma non bastano a colmare i divari territoriali né a rafforzare i servizi sanitari. Anche le misure previste - dal piano assunzioni al potenziamento della prevenzione - sono frammentate e spesso di portata troppo limitata per produrre un reale impatto. Servirebbero investimenti strutturali e una visione di lungo periodo, e invece ci troviamo ancora una volta con interventi parziali, senza un chiaro disegno strategico e senza il coraggio politico di fare della salute una vera priorità nazionale.

Quali priorità, che il Governo non ha considerato nel disegno di legge sul Bilancio, dovrebbero e potrebbero essere recuperate dal Parlamento?

La priorità assoluta è fermare l'emorragia del Servizio sanitario nazionale, che oggi soffre una carenza cronica di risorse, personale e fiducia. Occorre garantire in modo stabile il finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio, perché senza questo presidio minimo ogni disegno di riforma rischia di restare solo sulla carta. La Manovra 2026 ha il merito di destinare nuove risorse,

ma il gap rispetto alle previsioni di spesa sanitaria - pari a 6,8 miliardi nel 2026 e in crescita negli anni successivi - continuerà a pesare sui bilanci regionali, costringendo le Regioni a scelte difficili: tagliare i servizi o aumentare le tasse. Il Parlamento dovrebbe intervenire in modo mirato su tre fronti. Primo: il personale sanitario, aumentando l'attrattività del lavoro pubblico e superando i vincoli di spesa che oggi rendono inefficaci i piani di assunzione. Secondo: la sanità territoriale, ancora troppo fragile, dove servono investimenti per le Case di comunità, le cure intermedie e la telemedicina, oggi in ritardo anche rispetto agli obiettivi del Pnrr. Terzo: la governance, che va resa più trasparente e partecipata, con un piano pluriennale di rifinanziamento e meccanismi di monitoraggio che evitino la dispersione delle risorse. Il Parlamento può e deve dare un segnale di inversione, puntando su poche misure concrete, misurabili e coerenti con l'obiettivo di restituire forza e dignità al Servizio sanitario nazionale, perché non si tratta solo di numeri, ma di un diritto costituzionale da garantire a tutti i cittadini.

Pochi giorni fa, la Fondazione Gimbe, riprendendo uno studio internazionale, evidenziava che in Italia non c'è un problema di medici. E che ne avremmo a sufficienza. Insomma, ci sono o non ci sono?

I numeri dicono che i medici in Italia ci sono. Con 5,4 medici ogni 1.000 abitanti, siamo ben sopra la media Ocse. Il problema non è quantitativo, ma di allocazione, organizzazione e condizioni di lavoro. Il Ssn è sempre meno attrattivo per i giovani professionisti: carichi di



lavoro insostenibili, retribuzioni basse, scarso prospettive di carriera. Molti medici scelgono il privato, o l'estero, oppure abbandonano la professione. Allo stesso tempo, sconta gravi carenze in specialità chiave come medicina d'urgenza, anestesia, medicina generale. Ecco perché parlare genericamente di "carenza di medici" è fuorviante: occorre invece intervenire sulle leve che rendono la sanità pubblica un ambiente attrattivo e sostenibile.

Guardando alla sanità italiana del futuro, dobbiamo aspettarci, secondo lei, un arretramento qualitativo e quantitativo delle cure attualmente erogate?

Purtroppo è uno scenario già in corso. Le liste d'attesa si allungano, i pronto soccorso scoppiano, i servizi territoriali sono ancora incompleti, l'assistenza domiciliare è a macchia di leopardo. Le disuguaglianze di accesso crescono, soprattutto per le fasce più fragili della popolazione. E mentre la spesa sanitaria pubblica perde peso rispetto al Pil, quella privata continua ad aumentare. Questo arretramento non è improvviso, ma il frutto di decenni di defianziamento, mancata programmazione, e scarsa attenzione politica. Se non si cambia rotta in fretta, il rischio concreto è quello di un servizio sanitario sempre più inaffidabile, frammentato e diseguale. Un sistema che garantisce diritti solo sulla carta, ma non nella realtà quotidiana delle persone.

La nostra sanità va sempre più verso modelli assistenziali privati o mutualistici? Crede insomma che l'idea del Governo sia quella di incentivare un mercato della spesa privata?

Nessun governo ha mai dichiarato di voler pri-

vatizzare il Ssn. Ma è nei fatti che la sanità privata – soprattutto quella "pura" – si espande sempre di più. Questo accade perché il pubblico arretra. Le famiglie sono costrette a pagare di tasca propria, o a rivolgersi a fondi, assicurazioni, pacchetti sanitari. È il mercato che riempie i vuoti lasciati dallo Stato. Non è un disegno esplicito, ma il risultato di scelte politiche e finanziarie che nel tempo hanno reso la sanità pubblica meno efficace e meno accessibile. È un processo che crea un sistema a due velocità: chi può pagare ha più accesso e più rapidamente, chi non può resta indietro. È questa la deriva che dobbiamo fermare. **Se le cose stanno così, che fine farà il Servizio sanitario nazionale?**

Il Servizio Sanitario Nazionale non morirà da un giorno all'altro. Ma rischia di spegnersi lentamente, per asfissia finanziaria e indifferenza politica. Oggi, già milioni di persone rinunciano alle cure o affrontano spese sanitarie insostenibili. Il Ssn è nato per garantire a tutti il diritto alla salute, indipendentemente da reddito o residenza. Se non si cambia rotta, diventerà un sistema residuale, che si occupa solo dei casi più gravi o di chi non può permettersi altro. Salvare il Ssn non è solo una questione tecnica o economica: è una scelta di civiltà. Significa decidere che la salute delle persone viene prima di tutto, che è un investimento per il futuro del Paese e non un costo da tagliare.

«Il Parlamento dovrebbe intervenire su tre fronti: il personale, gli investimenti sulle Case di comunità, la trasparenza della governance. Quanto ai medici, con 5,4 ogni mille abitanti siamo sopra la media Ocse. Ma molti scelgono il privato o vanno all'estero, bisogna rendere il pubblico attrattivo»



Il presidente di Gimbe, Nino Cartabellotta





Servizio L'analisi di Gimbe

In manovra 7,7 miliardi in tre anni alla Sanità: “Coperta è corta, briciole a medici e infermieri”

La sanità pubblica è in realtà “in diminuzione”, dal momento che nel 2028 sarà pari al 5,6% del Pil contro l'attuale 6,3 per cento

di Redazione Salute

23 ottobre 2025

C'è un segnale nel 2026 per la Sanità, ma poi le risorse tornano nuovamente ad arrivare con il contagocce. La Fondazione Gimbe nella sua analisi della manovra di bilancio vede più ombre che luci. Con la legge di bilancio 2026 alla sanità arriveranno risorse economiche aggiuntive ed il Fondo sanitario nazionale (Fsn), soprattutto il prossimo anno, crescerà, fino a toccare i 145 miliardi totali nel 2028 rispetto ai 136,5 del 2025. Ma la spesa per la sanità pubblica è in realtà “in diminuzione”, dal momento che nel 2028 sarà pari al 5,6% del Pil contro l'attuale 6,3 per cento. In pratica per Gimbe “non c'è alcun rilancio del Servizio sanitario nazionale, mentre ai professionisti vanno solo briciole”.

La coperta sempre più corta

Alla sanità, afferma Gimbe, sono aggiunti in totale 7,7 miliardi di euro: 2,4 nel 2026 e 2,65 nel 2027 e nel 2028. Nel 2028 il Fondo sanitario nazionale arriverà dunque a 145 miliardi di euro, ma scende al 5,9% del Pil rispetto al 6,3% nel 2024. Nel 2026 si registra inoltre un gap di 6,8 miliardi di euro rispetto alle stime di spesa sanitaria: “La coperta delle regioni è sempre più corta e dal governo solo misure frammentate”. La Fondazione parla dunque di una “ennesima illusione contabile, che abbaglia con numeri altisonanti abilmente combinati”. Intanto, secondo il report, ai professionisti sanitari “vanno solo briciole, mentre le assunzioni di infermieri sono possibili solo dall'estero”. “In termini assoluti - spiega il presidente Nino Cartabellotta - l'aumento di risorse per il triennio 2026-2028 risulta sostanzialmente uniforme, senza alcun segnale di rilancio progressivo del Fsn. La manovra 2026 prevede 2,4 miliardi di euro aggiuntivi per la sanità, certamente un segnale importante da parte del governo, ma queste risorse rischiano di disperdersi in mille rivoli, come in un tentativo di accontentare tutti senza un chiaro disegno strategico”. E questo a fronte, ricorda, di 5,8 milioni di italiani che nel 2024 hanno dovuto rinunciare alle cure. In altri termini, chiarisce Cartabellotta, “le cifre assolute per il 2026 appaiono consistenti perché includono risorse già stanziare dalle precedenti manovre, ma la quota di ricchezza del Paese investita in sanità, dopo il lieve rialzo del 2026, torna a diminuire”.

Per il personale sanitario solo briciole

La manovra prevede anche un piano straordinario di assunzioni a partire dal 2026, autorizzando 450 milioni di euro per assumere circa 1.000 medici dirigenti e oltre 6.000 professionisti sanitari, in particolare infermieri. “Pur riconoscendo la volontà di rafforzare gli organici - afferma Cartabellotta - il concetto di piano assunzioni appare contraddittorio finché resta in vigore il tetto

di spesa per il personale sanitario. A ciò si aggiunge la scarsa attrattività di alcune specialità mediche e, soprattutto, della professione infermieristica". L'aumento stimato della retribuzione lorda annua, poi, è di 3.000 euro per i medici, 1.630 per gli infermieri e 490 per i dirigenti sanitari non medici: "Se l'obiettivo è restituire attrattività alla carriera nel Ssn per arginare le fughe e attirare i giovani verso la professione infermieristica - osserva il presidente Gimbe - si tratta solo di briciole. Importi di tale entità non saranno sufficienti ad arrestare l'emorragia di medici dal pubblico

I buchi della manovra sulla sanità

Meloni annuncia l'aumento del Fondo sanitario. I dirigenti protestano e hanno ragione

Mentre la presidente Meloni annuncia, prima da Palazzo Chigi e poi dall'Aula del Senato, un incremento del Fondo sanitario frutto di un'aritmetica creativa – con miliardi che si materializzano nei discorsi e si dissolvono nei conti reali – la dura realtà busa alle porte degli ospedali con un atto formale: la proclamazione dello stato di agitazione da parte dei dirigenti sanitari del Ssn. E' un ritorno brusco, ma necessario, alla terra dopo i voli pindarici della narrazione governativa. Perché, proprio mentre la premier dipinge un Servizio sanitario rifinanziato e rin vigorito, la manovra 2026 sembra tradire quelle stesse professioni su cui il sistema dovrebbe poggiare. La beffa è

doppia: non solo i fondi reali risultano più modesti di quelli annunciati, ma le risorse effettivamente stanziare vengono distribuite secondo criteri che sfidano ogni principio di equità. Il nodo è nelle cifre: l'incremento dell'indennità di specificità medica e sanitaria registra una disparità di oltre sei volte tra medici e dirigenti sanitari, e di oltre tre volte tra infermieri e dirigenti sanitari. Una sproporzione che ignora completamente la diversa formazione (nove anni contro tre), il ruolo dirigenziale e le responsabilità fissate dalle norme vigenti. A completare il quadro c'è l'amara ironia delle prestazioni aggiuntive. Le categorie della dirigenza sanitaria vengono escluse del tutto,

mentre restano incluse quelle mediche e il personale sanitario del comparto. L'Anaao Assomed spiega con chiarezza l'assurdo: "All'interno della stessa équipe e con pari responsabilità di incarico dei medici, i dirigenti sanitari vengono esclusi, mentre il personale tecnico-sanitario può effettuare prestazioni aggiuntive. Così il dirigente, responsabile della prestazione erogata dal servizio, resta tagliato fuori". Forse si tratta di "errori inconsapevoli", proprio come certi annunci trionfali. Ma è questo, in fondo, il punto: una manovra che pretende di rilanciare la sanità pubblica può davvero permettersi distrazioni così macroscopiche da umiliare intere categorie professionali?



Così curarsi è diventata una roulette

LINDA DI BENEDETTO

Quaranta ore di attesa in pronto soccorso. Otto mesi per un referto istologico. Due ore per un'ambulanza che non arriva. In Italia, sempre più spesso, la differenza tra vivere e morire non dipende dalla malattia, ma dalla capacità del sistema sanitario di rispondere. E oggi, quel sistema, troppo spesso, non risponde più.

A dimostrarlo non sono soltanto i numeri ma le storie di chi ha perso la vita. Storie come quella di **Cristina Pagliarulo**, 41 anni, morta al Ruggi di Salerno dopo quaranta ore di attesa. L'autopsia è stata lapidaria: morte «prevedibile e prevenibile», ritardo «oltre il margine di errore accettabile». Poi c'è la storia di **Serafino Con- gi**, 48 anni, ha avuto un infarto a San Giovanni in Fiore. In ospeda-

le c'era un solo medico per coprire un turno che ne prevedeva sei. Niente ambulanza, niente elisoccorso: per ore ha aspettato un mezzo da Cosenza. Quando è arrivato, era troppo tardi. Serafino è morto.

Maria Cristina Gallo, 56 anni, si era sottoposta a una biopsia nel 2023. Il referto è arrivato dopo otto mesi: otto mesi in cui il tumore è avanzato. Aveva denunciato pubblicamente i ritardi dell'Asp di Trapani. Non è bastato: è morta anche lei.

E infine c'è il caso di **M.E.**, giovane mamma romana: risonanza magnetica cardiaca urgente, nel pubblico 6 mesi di attesa, nel privato accreditato due giorni e 400 euro, più di metà del suo stipendio da precaria. Il messaggio è chiaro: o paghi, o aspetti. E aspettare, in troppi casi, significa morire.

Quattro storie, che non sono eccezioni ma il sintomo di un sistema al collasso. Eppure il governo **Meloni** si vanta di aver destinato alla sanità «risorse record». Una narrazione che crolla davanti ai numeri dell'8° Rapporto Gimbe che certificano il disastro di un sistema che cresce solo sulla carta: il Fondo sanitario infatti è aumentato ma solo nominalmente, da 125,4 miliardi del

2022 a 136,5 miliardi nel 2025, ma in rapporto al Pil la quota è scesa dal 6,3% al 6,1%. Uno scostamento apparentemente minimo che corrisponde a una perdita complessiva di 13,1 miliardi sottratti alla salute pubblica. E le conseguenze si vedono nelle corsie, nei pronto soccorso, nelle liste d'attesa: oltre 5,8 milioni di italiani nel 2024 hanno rinunciato a una prestazione sanitaria per motivi economici. Uno su dieci.

La spesa sanitaria a carico delle famiglie ha toccato i 41,3 miliardi di euro, pari al 22,3% della spesa totale. Per chi è povero, rinunciare alle cure significa rinunciare alla salute. E quando le risorse mancano, a pagare sono i cittadini. Con l'attesa. Con la rinuncia. Con la vita. Ma la crisi sanitaria non colpisce tutto il Paese allo stesso modo.

L'aspettativa di vita certifica questo divario: 84,7 anni nella provincia di Trento, 81,7 in Campania. Il risultato è un'Italia spaccata in due.

Anche la mobilità sanitaria racconta il fallimento del sistema: nel 2022 oltre 5 miliardi di euro sono serviti a curare cittadini del Centro e del Sud nelle Regioni del Nord — Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Il 78,8% dei pazienti costretti a spostarsi proviene da sei Regioni, in gran parte governate dalle destre: Abruzzo, Calabria, Sicilia, Lazio, a seguire Campania e Puglia. Non va meglio per i Lea. Nel 2023 solo 13 Regioni

rispettavano i Livelli essenziali di assistenza, le prestazioni che dovrebbero essere garantite a tutti i cittadini.

Non cresce solo il privato convenzionato: tra il 2016 e il 2023 la spesa delle fa-



miglie per strutture del privato "puro" è aumentata del 137%, da 3 a oltre 7 miliardi di euro. Intanto il Pnrr che doveva essere la svolta, è fermo: solo il 12,7% delle Case di comunità è pienamente operativo

e appena il 2,7% ha personale completo. Mancano 5.500 medici di base, 500 pediatri e migliaia di infermieri, sempre più attratti dal privato o dall'estero.

Così mentre il centrodestra smantella il Servizio sanitario nazionale costringendo i cittadini verso il privato: la salute si trasforma da diritto costituzionale a privilegio riservato a chi può permetterselo. E il progressivo espandersi del privato è una conseguenza di scelte politiche?

«Più che da un disegno esplicito – dice **Nino Cartabellotta**, presidente della Fondazione Gimbe – è il frutto di una lunga serie di omissioni e negligenze politiche che hanno portato al progressivo indebolimento del Ssn. Il risultato è un ecosistema misto dove l'offerta pubblica arretra e quella privata si espande, provando a colmare le carenze, ma al prezzo di una crescente disuguaglianza nell'accesso alle cure. Infatti, ad espandersi in maniera rilevante non è più il privato convenzionato, ma quello "puro": dove un erogatore privato sostenuto da capitali privati crea un secondo binario solo per chi può permettersi di pagare di tasca propria».

Ma cosa significa veramente, al di là dei numeri, vivere in una regione dove i Livelli essenziali di assistenza non sono garantiti? Cartabellotta non ha dubbi: «Significa avere un accesso limitato e spesso inaccettabile alle cure. Significa attendere mesi per una visita o un esame, spostarsi in un'altra Regione per ricevere assistenza, essere costretti a rivolgersi al privato a pagamento o addirittura rinunciare alle prestazioni per motivi economici. È la quotidianità di chi vive sulla propria pelle le conseguenze di un sistema che non riesce a garantire in modo uniforme i diritti sanciti dalla Costituzione. Per chi è più fragile o in condizio-

ni economiche precarie, questo si traduce in un peggioramento concreto della salute e della qualità della vita».

E il continuo ricorso al privato influenza inevitabilmente anche la fiducia dei cittadini nel sistema pubblico. «In modo profondo – continua il presidente di Gimbe – Quando i cittadini percepiscono che il sistema pubblico non è più in grado di rispondere in tempi adeguati e con qualità ai loro bisogni di salute, la fiducia si sgretola inesorabilmente. Il crescente ricorso al privato non è sempre una scelta libera, ma spesso una necessità imposta dalle circostanze. E quando curarsi diventa un privilegio riservato a chi può permetterselo, la sanità pubblica perde la sua natura universalistica e si trasforma in un sistema selettivo. Un circolo vizioso che mina il patto sociale tra cittadini e Stato, alimenta la sfiducia verso le istituzioni e corrode alla radice il principio di equità su cui il Ssn è stato costruito».

Che sia un problema essenzialmente di risorse è evidente dall'analisi dell'andamento delle prestazioni in ragione del reddito e del luogo di residenza. «Serve innanzitutto – aggiunge Cartabellotta – un deciso rifinanziamento pubblico del Servizio sanitario nazionale, in linea con i bisogni reali di salute della popolazione e con i livelli di spesa dei Paesi europei più avanzati. Ma le risorse da sole non bastano, non sono sufficienti. Occorre parallelamente un piano di riforme strutturali per aggiornare e garantire l'uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale, integrare realmente assistenza ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria, restituire attrattività professionale ed economica ai professionisti sanitari, attuare una piena digitalizzazione del Ssn, rivedere i criteri di riparto del fondo sanitario, oltre che dei Piani di rientro e dei commissariamenti. Senza una governance nazionale forte e condivisa, il rischio concreto è quello di un sistema a più velocità, dove il diritto costituzionale alla salute dipende sempre più dal codice di avviamento postale, dalla fortuna di essere nati dalla parte giusta del Paese».

E

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Reddito e residenza determinano l'accesso alla sanità. Perché i Lea non sono garantiti ovunque e la spesa cala in rapporto al Pil. Come spiega Nino Cartabellotta, presidente di Gimbe

Disfunzioni e ritardi innescano una spirale letale. Un italiano su dieci ormai ha rinunciato alle prestazioni. In sette anni l'esborso delle famiglie nel privato è cresciuto del 137 per cento



Sanità pubblica e privata, tutte le specializzazioni utili

L'Università eCampus ha attivato un'offerta formativa specifica per coloro che vogliono specializzarsi per lavorare nella sanità pubblica e privata, ricoprire ruoli professionali nuovi e molto richiesti e, qualora già operino in questo settore, avanzare nel proprio lavoro. La partecipazione a un master di ambito sanitario consente l'esonero dall'acquisizione di crediti ECM (Educazione Continua in Medicina) per l'anno di iscrizione.

L'Università eCampus è Provider ECM dal 2017.

Come provider, è garante del corretto svolgimento delle attività di formazione continua in medicina nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente. Nello specifico, si preoccupa dell'aspetto organizzativo, logistico, del controllo di tutto il processo for-

mativo (dall'iscrizione al test di apprendimento finale) e della rendicontazione all'ente pubblico di riferimento Age.na.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali). Organizza eventi ECM sia in modalità presenziale sia a distanza, assegna ai partecipanti il numero di crediti conseguiti per gli eventi o corsi fre-

quentati e rilascia uno specifico attestato al termine dell'attività formativa e dopo la verifi-

ca del soddisfacimento di tutti i requisiti previsti.

I crediti sono riconosciuti in funzione della qualità dell'attività formativa e del tempo ad essa dedicato in ragione delle specifiche professionalità.

© Riproduzione riservata



IL DIBATTITO

Intelligenza artificiale e sanità: il linguaggio criptico “vanifica” il consenso informato

LORENZO D'AVACK A PAGINA 5

IA e sanità: quel linguaggio criptico che “vanifica” il consenso informato

LORENZO D'AVACK

In realtà parlare di consenso informato a fronte dell'intelligenza artificiale, significa parlare di “meno consenso informato”.

Certamente in ambito sanitario i sistemi di IA costituiscono un supporto nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e scelta terapeutica, lasciando impregiudicata la decisione che sempre dovrebbe essere rimessa agli esercenti la professione medica. Il problema è allora fino a quale grado di dettaglio il paziente debba essere informato del fatto che il trattamento sanitario, nel suo complesso, si basi su questa nuova tecnologia.

Pertanto, solo di recente, a seguito del ddl 20 marzo 2025, disegno di legge di iniziativa del governo, il nostro ordinamento contempla una norma (art.7, comma 3, Uso dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario e di disabilità) che menziona l'uso della IA e puntualmente prescrive al medico di informare il paziente che la diagnosi e la terapia si basano sulle tecnologie di intelligenza artificiale. In genere, ai fini degli obblighi informativi spesso troviamo usati gli aggettivi: comprensibile, chiaro, completo, trasparente. In particolare, si sottolinea che ogni paziente dovrebbe conservare il proprio diritto ad essere informato, in un linguaggio

chiaro e comprensibile, delle modalità e dei passaggi con cui si stanno applicando le soluzioni di cura. L'informazione è finalizzata non a colmare l'inevitabile differenza di conoscenze tecniche tra medico e paziente, ma porre quest'ultimo nella condizione di scegliere consapevolmente nel corso di tutto il percorso della cura. Tuttavia, non dobbiamo stupirci se già di per sé il processo del consenso informato è stato ridotto ad un modulo d'informazione, scritto in un linguaggio tecnico complesso, difficile da comprendere, contenente informazioni, mai nella realtà illustrate fino in fondo.

Ne consegue che nella generalità dei casi dobbiamo prendere atto dell'inefficacia, anche sotto il profilo dell'onere della prova, della gran parte dei moduli di consenso informato esibiti al paziente. Se questo avviene già nei casi in cui non si parla dell'utilizzo degli strumenti di IA, non è difficile immaginare quale possa essere l'informazione sull'impiego di queste ul-



time tecnologie in cui il medico, detentore delle informazioni tecniche specifiche, si dovrebbe porre a disposizione del paziente per renderlo consapevole del suo consenso.

È evidente il rischio per il paziente di immaginare e per il medico di spiegare quali conseguenze positive o negative potrebbero scaturire da questi nuovi progressi tecnologici. Una gran quantità di parole misteriose si riscontrano nelle nuove procedure – globalizzazione, blockchain, ingegneria genetica, machine learning, intelligenza artificiale, big data, algoritmi, cloud, ecc. – che rendono l'attività medica sempre

più complessa e forse poco comprensibile per la persona comune. Il cittadino-paziente potrebbe pensare che gli si raccontino l'ultima storia di fantascienza uscita sugli schermi che ci ha prospettato la possibilità di avere macchine in mezzo a noi in grado di agire per noi o contro di noi o di pensare come un essere umano. Molte di queste difficoltà vengono vissute anche dal medico non sempre in grado di dare risposte adeguate a fronte di richieste concernenti l'IA.

Non è casuale che il Regolamento europeo del 2024 preveda un addestramento di almeno due anni da parte di coloro che faranno uso della intelli-

genza artificiale e fra questi vi rientra il medico. Tutto ciò rende la vicenda sanitaria sempre più complessa e forse accettata più sulla fiducia verso il medico che non su di una effettiva comprensione.

Credo allora che al medico, qualora ne sia capace, vada lasciata una certa libertà di sottacere spiegazioni troppo specialistiche, troppo dettagliate di questa tecnologia. In particolare questa libertà dovrebbe consentire al medico di valutare le necessità del proprio paziente e tenere conto della sua vulnerabilità.

**FINO A CHE PUNTO IL PAZIENTE
DEVE ESSERE INFORMATO
SULLE TECNOLOGIE
IMPIEGATE DAL MEDICO
PER DIAGNOSI E CURE?
MEGLIO LASCIARE CARTA
BIANCA AL PROFESSIONISTA,
SE I MODULI SONO UN INSIEME
DI PAROLE INCOMPRENSIBILI**



Stallo sull'iter del fine vita, opposizioni all'attacco: «La destra fa ostruzionismo»

FRANCESCA SPASIANO

Lo sprint mormorato per settimane non c'è stato. Al contrario, la legge della maggioranza sul fine vita si arena di nuovo al Senato. I lavori riprenderanno verosimilmente dopo il via libera della Manovra, e comunque non prima che la Corte Costituzionale si pronunci sulla legge regionale della Toscana impugnata dal governo. A comunicare il rinvio è stato il meloniano Francesco Zaffini, presidente della commissione Affari sociali, che ieri ha certificato lo stallo nel corso della seduta delle commissioni riunite Giustizia e Affari sociali di Palazzo Madama: senza i pareri della commissione Bilancio sul testo base e sulle proposte di modifica – ha spiegato il senatore FdI – «non posso procedere» all'esame degli emendamenti. «Ho anche inviato una lettera sollecitando il parere» al presidente della quinta Commissione Nicola Calandrini (FdI), ha sottolineato Zaffini, ma il vero nodo è al Mef, che «in questo periodo è stato impegnato sulla legge di Bilancio». L'impedimento sarebbe dunque tecnico, dal momento che il ddl sulla morte medicalmen-

te assistita firmato da Pierantonio Zanettin (Forza Italia) e Ignazio Zullo (FdI) prevede un impegno di spesa. Ma per le opposizioni si tratta soltanto di scuse: il centrodestra, ragiona il Pd, rallenta i lavori perché non riesce a sciogliere i troppi nodi irrisolti.

A cominciare dal ruolo del Servizio sanitario nazionale, che Fratelli d'Italia vuole escludere del tutto dai percorsi di fine vita per ciò che riguarda la strumentazione, le prestazioni del personale sanitario e l'erogazione del farmaco letale. «L'ostruzionismo della maggioranza sul fine vita trova infinite vie. Ora ci si nasconde dietro l'assenza di un parere della commissione Bilancio per procrastinare la discussione sine die. Uno stallo umiliante del parlamento, ostaggio di una maggioranza incapace, divisa, e pertanto inadeguata ad affrontare in modo serio ed equilibrato un tema così sentito dall'opinione pubblica», è l'attacco lanciato dai senatori dem Alfredo Bazzoli e Sandra Zampa. Dello stesso parere la senatrice di Avs Ilaria Cucchi, che ha menzionato anche le discussioni relative al

Centro di coordinamento nazionale dei Comitati etici territoriali, di cui si è discusso anche nelle audizioni della scorsa settimana con il presidente Carlo Maria Petrini. «La destra se ne deve fare una ragione, l'unico soggetto istituzionale e pubblico in grado di garantire lo stesso trattamento, la dignità dei malati e che non ci siano differenze legate alle possibilità economiche dei singoli è il Servizio sanitario nazionale. Qui gli unici che devono fare dei passi in avanti sono i senatori della destra», ha detto Cucchi. Mentre Zaffini ha definito l'atteggiamento delle opposizioni «poco condivisibile», perché mosso da convinzioni «prettamente ideologiche». E ciò nonostante la maggioranza, a parere del presidente della Commissione, abbia «stravolto» le proprie posizioni per «asseconda-



re» le richieste della minoranza.

Il dialogo, insomma, al momento gode di ottima salute. E i relatori respingono al mittente le accuse: da parte del centrodestra non c'è alcun ostruzionismo, né ci sono divergenze tra gli alleati. Ma considerando che «la commissione Bilancio è intasata di responsabilità per quanto riguarda la legge di Bilancio – ha spiegato Zanettin – credo sia irrealistico che si possa votare il provvedimento pri-

ma dell'udienza dei primi di novembre della Corte» sul caso della Toscana. Che stabilirà se la materia è di competenza dello Stato o delle Regioni, che con il via libera della Consulta potrebbero seguire a ruota il modello già scelto anche dalla Sardegna.



L'applicazione Medtronic oggi è in grado di indicare il dosaggio giusto di insulina da assumere. E anche consigliare correzioni dei valori glicemici da seguire nel corso della giornata. Una penna "intelligente" dialoga con un rilevatore dei livelli di glucosio

La cura smart per il diabete con app e sensori

RICERCA

L'insulina ha da poco spento le sue prime cento candeline e da quando è a disposizione per la terapia del diabete ha salvato milioni di vite. Di certo l'insulina di oggi, non è la stessa che ha valso a Frederick Grant Banting e Charles Herbert Best il premio Nobel per la Medicina nel 1921.

L'Italia ad esempio è stato il primo Paese in Europa a mettere a disposizione dei pazienti la cosiddetta insulina settimanale, una forma ultralenta che permette di portare da 365, a 52 l'anno le somministrazioni di insulina basale. Ma anche così, la gestione quotidiana della terapia insulinica, soprattutto per le persone che devono iniettarla più volte al giorno (una terapia multi-iniettiva prevede una somministrazione di insulina basale e tre di insulina "pronta" ai pasti) può diventare fonte di preoccupazione, se non un vero e proprio incubo.

I PASTI

Perché le persone con diabete, dopo un opportuno trai-

ning fornito dal diabetologo, si trovano a dover prendere da sole una serie di decisioni per definire il dosaggio adeguato di insulina da adottare ogni singola volta, in base dei livelli di glicemia che vanno monitorati di frequente (idealmente prima di ogni somministrazione insulinica), attraverso le punture al dito o attraverso i moderni sensori che consentono il monitoraggio continuo della glicemia. Ma non basta.

Le unità di insulina da somministrare possono variare anche a seconda del contenuto di carboidrati di un determinato pasto, del grado di attività fisica che verrà intrapresa nelle ore successive e di tante altre variabili, come lo stress. In più c'è sempre la possibilità che una persona si dimentichi di "fare l'insulina", che salti cioè l'appuntamento con la somministrazione. Si stima che in Italia siano circa 1,3 milioni le persone in terapia con insulina basale e almeno 500.000 quelle in terapia insulinica multi-iniettiva (tutte le persone con diabete di tipo 1 e molte persone con il tipo 2, dopo diversi anni di malattia).

E anche con l'arrivo dell'insulina basale settimanale, resta sempre lo scoglio della somministrazione di insulina rapida ai pasti e delle decisioni da prende-

re volta per volta; decisioni complesse e non sempre corrette.

Lo dimostra il fatto solo circa un terzo delle persone con diabete di tipo 1 raggiunge i valori target di emoglobina glicata e questo li espone a sviluppare nel tempo un maggior numero di complicanze legate al diabete.

La tecnologia dei microinfusori di insulina collegati ai sensori di monitoraggio continuo di glucosio (CGM) può aiutare tanti giovani con diabete di tipo 1 (e potenzialmente anche molte persone con tipo 2 in trattamento multi-iniettivo) ad affrancarsi da tutto questo affanno di controlli e decisioni.

Ma secondo l'edizione 2023 degli Annali AMD (Associazione Medici Diabetologi), è ancora solo il 19% delle persone con diabete di tipo 1, cioè appena 1 su 5, ad avvalersi di questi supporti, contro una media europea del 30%. Questo appuntamento mancato con la tecnologia, costituisce anche un'occasione persa per migliorare non solo la



qualità di vita, ma anche la gestione stessa della malattia, mettendo al riparo dalle complicanze più vicine (le crisi ipoglicemiche) e lontane nel tempo (quelle micro e macrovascolari come infarti, ictus, compromissione della vista, della funzione renale e arteriopatia degli arti inferiori).

IL RISCHIO

Una recente innovazione che si posiziona a metà tra le decisioni personali e quelle quasi del tutto automatizzate dei sistemi integrati microinfusore-sensore per il monitoraggio continuo del glucosio è rappresentato dalle "penne" smart da insulina, che dialogano con un sensore per il glucosio.

Uno degli ultimi esempi è rappresentato dal sistema Smart

MDI con sensore CGM Simplera di Medtronic che permette di integrare i dati del sensore con quelli della "penna intelligente", registrando simultaneamente i valori. Dal dialogo dei due sistemi, scaturiscono dati che, elaborati da un'apposita app (InPen) sullo smartphone, indicano al paziente il dosaggio giusto di insulina da assumere.

Il sistema è in grado sia di consigliare i boli di insulina pronta da fare in occasione dei pasti, che eventuali correzioni dei valori glicemici da effettuare nel corso della giornata. Più nel dettaglio, il sensore fornisce in tempo reale di valori di glucosio, comunicandoli direttamente all'app del cellulare. L'app InPen a sua volta invia una notifica in caso di dosi dimenticate, segnala i valori di glucosio ele-

vati e suggerisce le eventuali correzioni da apportare, nell'ottica di minimizzare il rischio di crolli della glicemia o di impen-nate in alto.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DELLA MALATTIA SALVA LA VISTA PROTEGGE DA ICTUS E INFARTI

I SISTEMI MEDICI INVIANO NOTIFICHE UN ALERT SUL CELLULARE ANCHE IN CASO DI DOSI DIMENTICATE

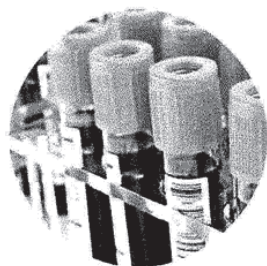
I NUMERI

4

I milioni di persone che soffrono di diabete in Italia

1,5

I milioni di persone che non sanno di avere il diabete



2

I tipi di diabete: l'1 (5-10% dei pazienti), il 2 (85-90% dei pazienti)

22%

Delle persone con diabete soffre di retinopatia diabetica

L'app InPen sul cellulare invia una notifica quando si dimenticano le dosi di insulina e segnala i valori di glucosio elevati



ISTITUTO DI SANITÀ

Nanotecnologie e robotica nel centro studi IA

Telemedicina, ingegneria biomedica; terapie innovative e nanotecnologie; medicina nucleare; intelligenza artificiale e robotica; dispositivi, biomedicina spaziale e subacquea. Sono le nuove aree di ricerca Centro Nazionale Intelligenza Artificiale e Tecnologie Innovative per la Salute dell'Istituto superiore di sanità



“ L'intervista Luigi Morgese

«La tecnologia non è un lusso ma un diritto dei pazienti»

Medtronic, azienda leader nella healthcare technology, si caratterizza per un impegno storico nel campo del diabete. Per conoscerne la vision, abbiamo intervistato Luigi Morgese, Senior Business Director di Medtronic Diabete Italia, Grecia e Israele.

Come si può semplificare la vita delle persone con diabete?

«Ogni giorno queste persone compiono 180 gestualità legate alla malattia, la tecnologia può affrancarle da questa pressione. Oggi abbiamo dei microinfusori che richiedono sempre meno interazioni da parte dei pazienti, che faranno dimenticare loro di vivere con questa patologia. Sono gli Advanced Hybrid Closed Loop».

Come si costruisce qualità di vita nel diabete?

«Con l'educazione terapeutica, tecnologie intuitive, la prescrizione personalizzata, supporto psicologico e collaborazione. La qualità di vita non è un lusso, ma il primo indicatore di successo terapeutico».

Qual è l'impatto della tecnologia sulla qualità di vita?

«È enorme. Il microinfusore è sempre lì con le persone, "ascolta" in ogni momento cosa sta suc-

cedendo, si allena su gemelli digitali ed elabora strategie di microinfusione, erogando microbolli continui di insulina. Oppure si blocca se si sta andando verso un'ipoglicemia».

E per chi non sceglie il microinfusore, quali soluzioni?

«La SmartMDI, la "penna" smart, che dovrebbe però rappresentare una soluzione di ingresso, per arrivare poi idealmente alla tecnologia superiore (microinfusori-CGM): è un viatico per chi non ha ancora la tecnologia di arrivo, aiuta le persone con diabete a iniziare a dialogare, a sviluppare una cultura di accesso tecnologico, che permetta risultati clinici progressivamente migliori. Abbiamo costruito una visione evolutiva, un percorso progressivo dove tecnologia e terapia si incontrano e si muovono insieme».

Il futuro delle tecnologie nel diabete?

«Sistemi come SmartMDI e microinfusori dovrebbero essere integrati nei percorsi di cura quotidiani. Nel medio termine questo si può ottenere costruendo un ecosistema di cure integrate che devono avere come stella polare l'esito clinico, cioè la permanenza all'interno di livelli di glicemia ottimali, per la maggior durata di

tempo possibile. La tecnologia non è un lusso, ma un diritto dei pazienti, perché aiuta a tenere lontane le complicanze del diabete e semplifica loro la loro vita. La tecnologia rappresenta un investimento che si concretizza nel risparmio dato dalle ridotte complicanze future vissute con una migliore qualità di vita».

I vostri obiettivi futuri, come azienda?

«Medtronic Minimed vuole trasformare l'innovazione in realtà, la competenza in impatto e la speranza in risultati. Ma soprattutto, ambiamo a diventare partner della qualità di vita dei pazienti».

M.R.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL MICROINFUSORE
È SEMPRE LÌ
CON LE PERSONE
E "ASCOLTA"
CHE COSA ACCADE
IN OGNI MOMENTO**



Luigi Morgese, Senior Business Director di Medtronic Diabete Italia, Grecia e Israele



Tra stress e risparmi
Ora solare sì o no?
I pro e i contro
di medici e aziende

Pace a pag. 14



Ora Solare

Pro&Contro

► Italia divisa e il dibattito si anima anche in Europa
Sánchez in Spagna: «Spostare le lancette non serve»

Da un lato l'alba naturale, dall'altro il tramonto allungato: e nel mezzo un continente, l'Europa, che continua a litigare con l'orologio. Ogni ottobre, come un rituale antico (quest'anno tra domani e domenica), torniamo indietro di un'ora ripristinando il ritmo solare; e ogni primavera cerchiamo di guadagnare tempo. Ma guadagnare cosa, davvero? Energia, dicono alcuni. Salute mentale, ribattono altri. E intanto ogni stato dell'Ue si spacca come una clessidra. C'è chi vorrebbe fermare per sempre le lancette sull'ora legale, chi invece difende l'ora solare come ultimo baluardo del ritmo circadiano, quello naturale, quello dettato dalla luce. Pedro Sánchez, il primo ministro spagnolo, ha riaperto il dibattito sul suo profilo X: «Come sapete, questa settimana si torna a cambiare l'ora. E francamente non ha senso». Il premier ha affermato

che vuole abolire l'ora legale perché «contribuisce a malapena al risparmio energetico e ha un impatto negativo sulla salute e sulla vita delle persone». Se inizialmente (un secolo e mezzo fa) era stata messa in vigore con l'obiettivo di promuovere il risparmio energetico ora questo cambio non serve più. Così Sánchez ha rilanciato la questione al Consiglio Europeo, deciso a chiudere il sipario sul ballet-

to delle lancette entro il 2026. Ma la partita non è solo una questione spagnola. Già nel



2019 il Parlamento europeo aveva votato per abolire il cambio d'ora: con 410 sì, 192 no e 52 astensioni, ma senza riuscire a trovare un accordo tra gli Stati membri. Eppure, come in un déjà vu amministrativo, la direttiva non è mai entrata in vigore. Italia, Portogallo e Grecia frenano; Francia tentenna, Germania si divide, Finlandia vorrebbe chiudere la questione subito – e la Commissione prende tempo, ironia della sorte. Intanto i cittadini si schierano come in una sfida tra mattinieri e nottambuli. C'è chi firma petizioni in Italia come "Ora legale per

**DOMANI NOTTE
METTEREMO INDIETRO
GLI OROLOGI
MA SI DISCUTE DA TEMPO
DELLA POSSIBILITÀ
DI ELIMINARE IL CAMBIO**

sempre", arrivata a 350 mila firme grazie alla Società Italiana Medicina Ambientale e Consumerismo no profit. C'è però chi teme che il buio mattutino spezzi il sonno di grandi e piccoli. Tra Bruxelles e Madrid, tra sonno e risparmio, tra nostalgia e fisiologia, l'Europa non ha ancora deciso che tempo vuole darsi. Forse perché, come in tutte le grandi scelte, non è solo una questione di lancette, ma di identità. E intanto, ancora una volta, ci prepariamo a spostarle.

Laura Pace

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CORPO

**Il "jet lag" per la salute
«Ciclo del sonno in tilt,
aumentano ictus e infarti»**

«Il cambio dell'ora è devastante per la salute, non è solo una questione di sonno o stanchezza» spiega Roberto Manfredini, cardiologo e professore di Medicina all'Università di Ferrara, tra i massimi esperti italiani di cronobiologia. È tra coloro che sostengono con convinzione l'ora solare permanente. «Ogni volta che spostiamo le lancette, provochiamo un piccolo jet lag collettivo. Il nostro organismo è regolato dal ciclo luce-buio da miliardi di anni, non dall'orologio. Cambiare due volte l'anno manda in tilt i ritmi circadiani, con conseguenze misurabili soprattutto in primavera con l'entrata dell'ora legale: aumentano infarti, ictus, accessi in pronto soccorso, crisi di ansia, incidenti stradali. Nei giorni successivi all'entrata dell'ora legale di marzo i ricoveri per gli incidenti stradali crescono fino al 40%». Poi il dato economico: «Questi disturbi costano all'Europa circa l'1% del pil, 130 miliardi di euro in spese sanitarie. È una cifra enorme, eppure spesso ignorata. Scegliere l'ora solare significa semplicemente tornare al ritmo naturale della Terra: luce di giorno, buio di notte. Tutto il resto è artificio». Di tutt'altro parere è Italo Farnetani, pediatra e docente all'Università Ludes di Malta, da anni in prima linea per mantenere l'ora legale tutto l'anno. «Un'ora di luce in più al pomeriggio è salute, movimento, aria aperta. I bambini trascorrono la mattina a scuola e i pomeriggi spesso chiusi in casa: con più luce possono correre, giocare, fare sport. È un modo concreto per combattere la sedentarietà e l'obesità infantile, e persino per ridurre i contagi stagionali, perché stare all'aperto significa meno virus che circolano nei luoghi chiusi». Ma anche lui ammette che il corpo, soprattutto dei più piccoli, reagisce: «Ogni cambio d'ora crea una piccola turbolenza biologica: sonno disturbato, appetito altalenante, irritabilità. Per questo serve scegliere un solo orario e mantenerlo. Io preferisco l'ora legale: fa bene al fisico, e un bambino che gioca al sole è un bambino più sano».

La. Pa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**A essere più
influenzati dal
cambio di
orario sono gli
equilibri del
sonno**



IL PORTAFOGLIO

I benefici per la bolletta degli italiani: cento milioni di risparmi in sette mesi

L'ora legale nasce per sfruttare la luce del sole e ridurre i consumi di elettricità. Così per 60 anni, da marzo ad ottobre, c'è sempre stato un piccolo vantaggio per le tasche degli italiani. Secondo Terna, società italiana che gestisce la rete elettrica nazionale, nel 2024 gli italiani hanno consumato 330 milioni di chilowattora. Tradotto in denaro: più di 100 milioni di euro risparmiati in bollette in 7 mesi. Dal 2004 a oggi, il minor consumo elettrico grazie all'ora legale ha superato 11,7 miliardi di chilowattora, con un risparmio totale stimato di 2,2 miliardi di euro. E l'ambiente ringrazia: circa 160 mila tonnellate di anidride carbonica in meno all'anno, equivalenti a piantare tra 2 e 6 milioni di alberi. Matteo Di Castelnuovo, professore di economia dell'energia dell'Università Bocconi di Milano con-

corda però con il ministro spagnolo Sánchez, il risparmio diretto con l'ora legale oggi è marginale: «Numeri bassissimi, intorno allo 0,1% del fabbisogno nazionale. Qualche milione in più, ma nel contesto del paese è quasi irrilevante». Eppure, sottolinea, l'impatto economico non si ferma alle bollette: più luce significa più attività serale, negozi aperti, consumi in aumento. «Parchi, locali, centri commerciali: l'ora legale di sicuro fa girare l'economia in modo sottile, ma reale», spiega. Il professor Alessandro Miani, presidente Società Italiana medici am-

bientali (Sima), sostiene con la sua campagna di firme "Ora legale per sempre" un orario fisso: «C'è un piccolo risparmio sulle bollette, ma il vero beneficio è ambientale. Meno energia consumata significa meno emissioni di anidride carbonica, aria più pulita, città più vivibili». Gli effetti concreti sull'ambiente sono evidenti: riduzione di 160-200 mila tonnellate di anidride all'anno, ossia milioni di alberi immaginari piantati

ogni stagione. E più luce in strada significa anche meno incidenti, meno crimini serali, città più sicure. Dal punto di vista economico, quindi, l'ora legale non è un colpo grosso al portafoglio, ma un piccolo moltiplicatore: energia risparmiata, spesa serale più viva, emissioni tagliate. E in tempi di bollette alte e crisi energeti-

ca, ogni ora extra di luce conta.

La. Pa

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA MENTE

Anche l'umore si fa buio Gli psicologi: «Effetti sulla concentrazione»



Nella notte tra domani e domenica la lancetta dell'orologio si sposta indietro di un'ora

Ogni autunno, con il ritorno all'ora solare da ottobre fino a marzo, l'Europa si scopre più stanca, più irritabile, più fragile. Non è solo una questione di orologi, ma di equilibrio interiore: la luce cala, il corpo rallenta, la mente segue. È in questo passaggio che molti sperimentano cali di concentrazione, tristezza, insonnia lieve o quella malinconia che nei Paesi nordici chiamano "winter blues" o "depressione stagionale". Non a caso, proprio i Paesi del Nord sono tra i più attivi nel chiedere all'Unione Europea di rinunciare al cambio stagionale: per loro, spostare le lancette significa spostare la serenità. «Il nostro umore è influenzato anche dalla luce – spiega Beatrice Corsale, psicologa e psicoterapeuta, docente Aiamc –. Ogni volta che le giornate si accorciano, il cervello riceve meno stimoli luminosi e produce più melatonina, l'ormone del sonno, mentre cala la serotonina, legata al benessere. È un meccanismo naturale, ma quando la variazione di luce è brusca, il sistema fatica ad adattarsi». Per questo nei Paesi nordici è frequente la Sad, la depressione stagionale: «Per contrastarla si usano persino terapie luminose, che imitano la luce solare e aiutano a ristabilire il ritmo biologico» aggiunge Corsale. «Il cambio d'ora in ogni caso altera temporaneamente umore, memoria, concentrazione. Alcune persone impiegano giorni, altre settimane per ritrovare un equilibrio». Le variazioni di luce condizionano anche la salute femminile. «La fertilità e i ritmi circadiani del feto durante la gravidanza rispondono alla luminosità naturale», osserva Arianna Ciucci, ostetrica ed esperta in gravidanza e post partum. Anche la nascita dei bambini è più frequente nei mesi in cui c'è più sole secondo uno studio di Cambridge University. In questo entra in gioco anche la biologia dell'allattamento. L'ostetrica afferma: «Nel latte serale è naturalmente presente la melatonina. Un modo per aiutare il bimbo a resettarsi con il cambio d'ora. Appena il corpo della mamma si adegua al nuovo ritmo, anche il suo bambino, grazie al latte, riesce a modificare gli orari di nanne e pisolini». Il tempo, insomma, non si regola solo con le lancette ma con la luce, con gli ormoni, con i gesti più antichi.

La. Pa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TECNOLOGIA

**Un chip
nella retina**

Un nuovo sistema basato su un impianto retinico può restituire la vista a chi soffre di degenerazione maculare dovuta all'età. Questa malattia, causata dall'accumularsi dei danni alle cellule della retina, limita gradualmente la percezione al centro del campo visivo. I trattamenti disponibili possono solo rallentare la sua progressione. Il sistema, sviluppato da un grup-

po di ricercatori dell'università di Stanford, negli Stati Uniti, usa una telecamera montata su un paio di occhiali per raccogliere le immagini e inviarle sotto forma di raggi infrarossi a un minuscolo chip impiantato nella retina, che le traduce in segnali elettrici e le trasmette ai neuroni. In un test descritto sul **New**

England Journal of Medicine, 27 dei 32 partecipanti hanno recuperato la capacità di leggere e riconoscere forme e volti.





Servizio Su Lancet

Semaglutide e riduzione del rischio cardiovascolare: la prova inglese che cambia le carte

Dai pazienti diabetici agli obesi con malattia cardiaca, i nuovi studi mostrano che il farmaco riduce attacchi di cuore, ictus e ricoveri per scompenso

di Francesca Cerati

23 ottobre 2025

Negli ultimi anni, il farmaco semaglutide - inizialmente sviluppato per il trattamento del diabete di tipo 2 e poi ampiamente utilizzato nella gestione dell'obesità - ha mostrato un effetto sorprendente: oltre a favorire la perdita di peso, sembra contribuire in modo significativo alla riduzione degli eventi cardiovascolari. Il più recente contributo a questa evidenza arriva da uno studio del gruppo dell'University College di Londra pubblicato su The Lancet, che ha analizzato circa 17.600 pazienti con sovrappeso o obesità e malattia cardiovascolare.

In questo studio condotto in 41 paesi, i partecipanti, con indice di massa corporea (Bmi) ≥ 27 kg/m² e pregressa malattia cardiovascolare sono stati trattati con iniezioni settimanali di semaglutide 2,4 mg o placebo, e seguiti per circa quattro anni. Tra coloro trattati con semaglutide si è osservata una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari maggiori (infarto non-fatale, ictus non-fatale, morte cardiovascolare) rispetto al gruppo placebo.

E quel che colpisce è che il beneficio sembrava indipendente dalla quantità di peso perso: in altre parole, non era la sola perdita di peso a spiegare il miglioramento cardiovascolare, ma probabilmente entravano in gioco altri meccanismi biologici. Questa evidenza segna un vero salto rispetto ai lavori precedenti, che avevano già suggerito un beneficio cardiovascolare, ma in contesti più limitati.

Per comprendere meglio l'evoluzione, vale la pena tornare indietro nel tempo.

In uno dei primi grandi trial, pazienti con diabete di tipo 2 ad alto rischio cardiovascolare sono stati randomizzati a ricevere Semaglutide o placebo. Il risultato: tasso di eventi cardiovascolari cumulati di circa 6,6% nel gruppo semaglutide vs 8,9% nel gruppo placebo. Questo studio ha fornito la prima prova che semaglutide non solo è sicuro dal punto di vista cardiovascolare, ma può addirittura ridurre il rischio in pazienti diabetici.

Un passo avanti: l'analisi ha coinvolto pazienti con obesità o sovrappeso senza necessariamente avere diabete, ma con malattia cardiovascolare stabilita. Il farmaco ha dimostrato una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari maggiori (Mace) pari a circa il 20% rispetto al placebo. È stato un momento chiave: per la prima volta un beneficio cardiovascolare è stato osservato in un contesto non esclusivamente diabetico.

Più di recente, su PubMed, la formulazione orale di semaglutide è stata testata in pazienti con diabete tipo 2 e malattia cardiovascolare o renale. Lo studio ha registrato una riduzione del rischio di circa il 14% per il composito Mace, mostrando che anche la forma orale può portare benefici cardiovascolari.

Tornando allo studio più recente su The Lancet, esso ha analizzato in modo pre-specificato come variabili quali peso corporeo, circonferenza vita, presenza di scompenso cardiaco (sia con frazione d'eiezione ridotta sia conservata) influenzino il beneficio. Il messaggio è chiaro: il vantaggio della semaglutide è robusto e consistente nei vari sottogruppi, e non dipende esclusivamente dal peso perso.

Dal punto di vista pratico, questa evidenza cambia la prospettiva: la semaglutide non è più soltanto un farmaco per la perdita di peso o per il controllo glicemico, ma può essere considerata come parte di una strategia più ampia di "protezione cardiometabolica". Tuttavia, è importante tenere a mente che questi risultati riguardano gruppi specifici (ad esempio obesità + malattia cardiovascolare preesistente) e che ulteriori studi real-world e a lungo termine sono necessari. Gli esperti sottolineano che il farmaco non sostituisce la dieta, l'attività fisica, il controllo della pressione o dei lipidi, ma può affiancarli efficacemente.

In conclusione: l'evoluzione degli studi passa da: diabete + alto rischio cardiovascolare, obesità + malattia cardiovascolare, scompenso cardiaco + obesità, arrivando infine al chiarimento che il beneficio cardiaco della semaglutide va oltre la perdita di peso. Se confermato e accessibile nella pratica clinica, questo farmaco potrebbe aprire una nuova era nella prevenzione cardiometabolica.

L'allarme I dati dell'Ordine: laureati e specializzandi hanno richiesto il nulla osta per studiare e lavorare all'estero. Aumento del 10% rispetto al 2024

Sanità, mille medici in fuga dalla Capitale

Tra i motivi: stipendi bassi e depenalizzazione in altri Paesi. Mete favorite: Israele, Usa, Gran Bretagna e Francia

«Dal primo gennaio e fino alla fine di settembre, mille medici hanno chiesto all'Ordine di Roma i documenti per andare a esercitare la professione all'estero»: l'allarme sulla fuga dei camici bianchi dalla Capitale arriva dal presidente dell'Ordine dei medici di Roma, Antonio Magi. «Sono per lo più giovani laureati che non vogliono essere sottopagati e a cui viene offerto di specializzarsi, uno stipendio più alto con tanto di vitto e alloggio pagato». Le mete più ambite sono Israele per i chirurghi, ma anche Gran Bretagna, Stati Uniti, Francia, Dani-

marca. Meno richieste invece Spagna e Portogallo, dove le condizioni sono simili a quelle italiane. «Molto fa anche la depenalizzazione della professione medica».

a pagina 2 **Salvatori**

Medici, la grande fuga: mille richieste di andare a studiare e lavorare fuori

Tra i motivi per cui vogliono lasciare Roma: stipendi bassi e depenalizzazione in altri Paesi
Le mete favorite: Israele, Stati Uniti, Francia e Gb

Mille camici bianchi in fuga da Roma. I medici non vogliono lavorare nella Capitale, nel Lazio né nel resto d'Italia. Ma desiderano formarsi ed esercitare la professione all'estero. «Dal primo gennaio al 30 settembre di quest'anno, abbiamo rilasciato un migliaio di autorizzazioni e *good standing*, certificati che attestano che il professionista in questione non abbia pendenze a livello disciplinare o penale, per trasferirsi in altri Paesi. Un dato in crescita rispetto allo scorso anno almeno di un 10 per cento»: è l'allarme che ha lanciato Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei medici e dei chirurghi (Omceo) di Roma.

Le mete più ambite, tra i professionisti sanitari in cerca di un futuro che non parli italiano, sono (nonostante la guerra che da due anni scuote quella terra) Israele, specie da parte dei chirurghi delle branche più diverse, ma anche la Gran Bretagna, gli Stati Uniti,

la Germania, l'Olanda, la Danimarca e la Francia. «Tutte nazioni dove vieni scelto appena laureato, dove ti fanno specializzare a loro spese, ti pagano vitto e alloggio — prosegue Magi — ma soprattutto tutte nazioni dove non esiste la responsabilità penale del medico». Meno opzionale invece Spagna e Portogallo, dove le condizioni di vita e di lavoro sono più simili a quelle italiane.

L'identikit del medico che emigra traccia in prevalenza il profilo di «un giovane appena laureato che ha voglia sì di lavorare ma anche di essere pagato in modo adeguato per le sue prestazioni — è ancora il presidente dell'Ordine a parlare —. Bisogna invertire questa tendenza rendendo attrattiva

la professione anche in Italia, magari partendo proprio da stipendi più adeguati».

Ma tutti quelli che partono lo fanno con l'intento di fare un'esperienza all'estero per un tempo già predefinito oppure per non tornare più? «Da quello che abbiamo visto in questi ultimi anni, in media su mille medici, circa duecento poi rientrano in Italia con un ottimo bagaglio di competenze acquisito e una notevole esperienza sul campo. Ma la maggior parte di questi studenti che si sono laureati nelle nostre università poi non torna più».



Un migliore stile di vita, maggiore riconoscimenti professionali, stipendi più congrui, ma certamente sulle scelte dei giovani che praticano in Giuramento di Ippocrate e che decidono di dedicare la loro vita a prendersi cura della salute degli altri, incide anche la depenalizzazione della professione. «In Italia, nonostante il tentativo di depenalizzazione messo in campo la scorsa estate con il decreto sullo scudo penale, c'è purtroppo ancora molto da fare». In che senso? «Nel senso che oltre a mancare l'attuazione pratica, manca un

riferimento al dolo — spiega Magi —. Faccio un esempio se un chirurgo, mentre sta operando fa uno starnuto e per sbaglio fa male al paziente, anche in questo caso la sua responsabilità rientra nella colpa grave».

Il caso dei mille professionisti della salute che desiderano abbandonare la Capitale si aggiunge a una situazione già delicata sul fronte sanitario dovuta alla carenza di specifiche figure strategiche: entro la fine dell'anno centinaia di medici di medicina generale andranno in pensione e negli ultimi

anni il loro numero non ha fatto che diminuire: nel 2021 nell'intera regione ce n'erano 4.354, mentre a Roma 2.126 — i dati sono sempre quelli dell'Ordine —, nel 2023 erano scesi rispettivamente a 4.046 e a 1.982. Stesso problema che si pone per alcune branche (come la medicina d'urgenza) in cui non vengono ricoperti i posti delle scuole di specializzazione.

Clarida Salvatori



Protesta In alto un gruppo di giovani medici precari chiede certezze professionali. Sopra una dottoressa esce dal reparto dopo avere finito il turno



Bambino Gesù, la visita di Angelina
Visita a sorpresa nell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Angelina Jolie, star del cinema. L'attrice, sempre molto impegnata in campagne umanitarie, ha salutato i piccoli malati e il personale sanitario: «Grazie per le cure alle vittime delle guerre»



PERCHÉ VADO VIA

«Ho preferito Parigi, entri subito in équipe La meritocrazia pesa»

«Ho deciso di andare via e di trasferirmi a Parigi perché ci ero già stata per l'Erasmus. Qui anche da studenti si viene inclusi nell'équipe per acquisire nozioni teoriche e pratiche sul campo. Gli stipendi sono più elevati che in Italia, ma soprattutto esiste la meritocrazia»: il racconto di Chiara De Marco, fisiatra.

a pagina 3

Perché vado via

«Io ho preferito Parigi più facile fare pratica E la meritocrazia conta»

«**H**o deciso di trasferirmi a Parigi, dove da studentessa della Sapienza avevo fatto l'Erasmus e avuto modo di testare quanto anche da universitari si fosse integrati nell'équipe, si potesse imparare sul campo sia nozioni teoriche che pratiche». Chiara De Marco oggi è una fisiatra dell'ospedale Rothschild.

Quindi per lei è stato abbastanza naturale cambiare paese?

«La cosa che mi ha spinto a venire qui è il riconoscimento della meritocrazia, conosco donne di meno di 40 anni che sono primarie. In Italia accade troppo poco. Ho l'impressione che si possa andare avanti senza doversi sottomettere a logiche che in Italia imperano.

Chi si impegna va avanti. Qui dopo sei anni di medicina tutti si specializzano dal momento che il numero di borse corrisponde esattamente al numero di laureati. Si può fare ricerca. E poi c'è tanta richiesta, gli ospedali assumono facilmente».

I compensi dei medici come sono in Francia?

«Sono più elevati, ma certo a Parigi lo è anche il costo della vita».

Ha intenzione di tornare?

«No non tornerò, non a

breve. Non che non sia una scelta sofferta, me lo chiedo almeno due volte al giorno, ma non riesco a vedere il mio futuro come medico in Italia. E su questo gioca molto anche il

contesto della sanità in generale».

Può spiegarsi?

«Se chiedo a un paziente con handicap di fare un'ecografia, so che dopo due giorni la farà, e la farà gratuitamente. In Italia non è così purtroppo».

Lei è anche mamma, come si concilia a Parigi vita professionale e privata?

«Ho una figlia, non è semplicissimo ma quando sono tornata a lavorare è stata presa nell'asilo nido dell'ospedale. In gravidanza e dopo non mi sono mai sentita discriminata, anzi».

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In Francia Chiara De Marco



PERCHÉ RESTO QUI

«Il sistema pubblico non va abbandonato E amo la mia città»

«Mi sono appena diplomato medico di medicina generale e ho deciso di rimanere in Italia perché credo fermamente nell'universalità del sistema sanitario pubblico. Non è lasciando il Paese che faremo qualcosa per migliorare la sanità italiana»: Felice de Ruggieri ha scelto di non partire.

a pagina 3

Perché resto qui

«Credo ancora nel nostro sistema sanitario pubblico Facciamo crescere l'Italia»

«**H**o scelto di rimanere perché credo fortemente nell'universalità del sistema sanitario pubblico e perché credo che chiunque abbia necessità di essere curato debba averne la possibilità. E poi sono anche molto legato alla mia città, agli affetti che ho qui». Felice de Ruggieri, 31enne romano, segretario Fimmg formazione Lazio, si è appena diplomato in medicina generale (dopo aver studiato alla Sapienza) e non ha preso in considerazione l'ipotesi di lasciare l'Italia. «Si può fare molto per migliorare questo Paese e la sua sanità. Ma di certo lasciarlo non è il modo giusto».

Lei è tra i pochi che ha scelto la medicina generale. Le piace il suo lavoro?

«Ancora non lo so, nel senso che sono tra i 500 medici diplomati che da agosto aspetta di vedersi assegnato un incarico. Ma a livello regionale è ancora tutto bloccato, perché manca l'accordo. E nel frattempo facciamo altro: chi i vaccini, chi la guardia medica, chi lavora in carcere come me. Sarò felice di lavorare in uno studio tanto quanto in una Casa della Comunità».

Questione stipendi?

«Pur a fronte di compensi più bassi e cuneo fiscale più alto, non credo che riuscirei a voltare pagina e andarmene, anche per una forma di riconoscenza».

Questione

depenalizzazione?

«C'è ancora molto da fare: lo scudo penale ha previsto solo la colpa grave, la colpa lieve deve essere assolta dalla struttura in cui si lavora. Peccato che per lavorarci richiedano che il singolo medico abbia la sua assicurazione per coprirlo».

Cosa fare per evitare la fuga dei medici?

«Il primo passo sarebbe il giusto compenso, chi se ne va lo fa *in primis* per un fattore economico. E poi andrebbero rese attrattive e piacevoli le infrastrutture».

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rimango a Roma Felice de Ruggieri



L'INTERVISTA. AMERIGO CICCHETTI

I dati farlocchi sulla sanità: il grande bluff della Campania

CLAUDIA OSMETTI

«Chiariamo subito una cosa: quando l'Agenzia fa questo tipo di lavori, e tenga presente che si tratta della quarta indagine nazionale che abbiamo scritto, non stila delle classifiche. Il nostro obiettivo (...)

segue a pagina 5

l'intervista



AMERIGO CICCHETTI

Bluff della Campania leader nella Sanità «Oggi non performa»

Il commissario dell'agenzia Agenas dopo il proclama di De Luca: «La Regione si è organizzata, ma non è tra i territori migliori. Per il 70% dei parametri i dati sono disallineati, dire che va tutto bene è un rischio»

segue dalla prima

CLAUDIA OSMETTI

(...) non è mettere in fila le regioni dalla più brava alla meno brava, ma dar loro un contributo. Il quale sì, perché no?, può arrivare anche dal confronto, però con l'obiettivo, sempre, di metterle nelle condizioni di poter migliorare». Amerigo Cicchetti è il commissario di Agenas: l'"Agenzia" (come la chiama lui, abbreviando) per i servizi sanitari regionali. È uno puntale

Cicchetti, uno che ragiona sui dati e (soprattutto) sui metodi. Di certo non sui proclami. In questi giorni la regione Campania ha fatto uscire un comunicato nel quale sostiene di essere la «prima in Italia sulle reti tempo-dipendenti» e cita, come comprova, appunto «i risultati del rapporto Agenas». La realtà tuttavia è un tantino differente.

Dottor Cicchetti, anzi-tutto una questione tecnica: cos'è la "rete tempo-dipendenti"?

«È un insieme di struttu-

re di diverso livello di complessità nell'ambito della stessa regione che affronta un problema di salute il quale, chiaramente, non può essere trattato solo dalla competenze, ma ha bisogno anche di tempestività. Le faccio un esempio, se c'è un'emergenza è palese che lì il tempo è importante. E infatti l'emergenza-urgen-



za è un sottogruppo di questa rete, gli altri sono il trauma, l'ictus e la parte cardiologica. È su questi aspetti che operiamo le nostre analisi».

Come?

«Mettendo fianco a fianco due modalità che sono diverse tra loro. Prima andiamo a vedere se l'infrastruttura, le tecnologie disponibili, le competenze, le procedure, i processi organizzativi sono adeguati rispetto ad alcuni standard. Quindi se c'è una macchina costruita bene: e questa vale il 30% del "punteggio finale". Ma poi il valore più grosso riguarda i volumi di attività e gli indicatori di esito clinico, cioè la misurazione vera e propria della salute che è stata prodotta da quella stessa macchina. Diciamo, per continuare sul raffronto automobilistico, testiamo la sua velocità».

Insomma, potrebbe succedere di avere una Ferra-

ri e di guidarla male per chissà quale ragione...

«Esatto. Parlo in termini generali: ci sono regioni che hanno costruito una buona macchina, cioè che hanno fatto i compiti, ma che dopo, alla prova dei fatti,

ossia quando si va a misurare l'indicatore della salute, incappano in risultati che non sono ottimali».

E in termini specifici? È ciò che è successo alla Campania?

«Stando ai dati del 2023 la regione Campania ha fatto molto bene tutto quello che doveva per organizzarsi, almeno ha dichiarato di averlo fatto. Per il 30% della macchina è a posto, semmai è nel restante 70% che, purtroppo, registra esiti totalmente disallineati».

In che senso?

«Guardi, le rispondo con le conclusioni a cui siamo arrivati circa i quattro sottogruppi di cui parlavamo po-

co fa. Le quattro migliori regioni per gli esiti nell'area cardiologica sono Toscana, Marche, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna; sulla rete ictus abbiamo Veneto, Liguria, Emilia-Romagna e Lombardia; per il trauma Toscana, Lazio, Valle d'Aosta e Veneto e nel settore dell'emergenza-urgenza Molise, Marche, Piemonte e Veneto, che tra l'altro compare così per la terza volta».

Urca, la Campania non c'è nemmeno?

«No, purtroppo la Campania ancora non compare. A queste condizioni è evidente che dire che va tutto bene è rischioso: è vero, l'amministrazione campana si è data da fare per creare quella famosa macchina che possa performare, però ancora non performa. Il comunicato che è uscito si è limitato a guardare un pezzo della faccenda, ma attenzione: è il messaggio che arriva alla cittadinanza quello che, alla fine, conta. La gente si informa e si informa moltissimo su internet. È giusto offrirle il quadro cor-

retto, ecco».

Butto là un po' di malizia: non è che niente niente, con le elezioni per il rinnovo regionale in vista...

«La fermo. Non è mia intenzione entrare in questo argomento che non mi compete. Quel che posso dirle è che sì, l'Agenzia avverte il rischio legato a far uscire dei dati in periodi, chiamiamoli, "elettorali". Ma resta il fatto che il nostro ruolo è quello di far crescere le regioni perché la sanità è in mano a loro: i meccanismi che utilizziamo sono molto apprezzati, c'è davvero un livello di collaborazione che è molto alto. È importante che ai cittadini arrivino le informazioni esattamente come sono».

POCHI RISULTATI

Non stiliamo classifiche delle Regioni, ma diamo loro un contributo

OBIETTIVITÀ

Il comunicato sulla sanità si è limitato a guardare un pezzo della faccenda



Americo Cicchetti

