

9 luglio 2026

# RASSEGNA STAMPA



**ARIS**  
ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

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





la Repubblica



Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



DOMANI IN EDICOLA

il venerdì

il venerdì Fantasmidi Genova a 25 anni dal G8

R sport

Wimbledon, Cobolli ko va a casa sul più bello

di MASSIMO CALANDRI a pagina 41



Giovedì 9 luglio 2026

Anno 51 - N° 157

Oggi con

I piaceri del Gusto

In Italia € 2,50



Adinolfi in arresto per truffa "È pericoloso"

Raggirate decine di persone con le scommesse collettive

Mario Adinolfi, il giornalista e fondatore del Popolo della Famiglia, è stato arrestato ieri a Roma. Dietro quella che lui chiamava scommessa collettiva c'era un sistema capace di raccogliere quasi cinque milioni di euro promettendo guadagni sicuri. Il gip gli contesta quattro reati: esercizio abusivo dell'attività finanziaria, raccolta abusiva del risparmio, truffa aggravata ed evasione fiscale.

di SCARPA e VECCHIO alle pagine 20 e 21



Mario Adinolfi, giornalista e politico arrestato ieri

Trump, tregua con la Nato ma altre bombe sull'Iran

Il presidente Usa prova a ricucire con gli alleati, poi concede i patriot all'Ucraina Tornano i raid davanti allo stretto di Hormuz. E gli americani lanciano nuovi attacchi

Il primato dell'io senza misura

di MICHELE SERRA

La raffica di insolenze e giudizi sommari che Trump ha distribuito al vertice Nato ai suoi (teorici) alleati europei aggiunge ben poco al formidabile cumulo di umiliazioni inferte, regole calpestate, convenzioni ignorate. Si direbbe che la misura è colma se avesse un qualche senso parlare di misura di fronte a un uomo che ha pubblicamente dichiarato "quali sono i miei limiti lo stabilisco io". Se le parole contano, questa breve frase vale, da sola, a capire di che cosa stiamo parlando: la democrazia, che è il regno del limite condiviso, ha partorito, democraticamente, il suo esatto contrario. È in atto da tempo una discussione sulla natura di questa plateale rottura di ogni forma di rispetto per "gli altri", che sono, dopotutto, il mondo intero, nonché circa la metà degli americani. Come può comportarsi in maniera così greve, così primitiva, un presidente degli Stati Uniti, il successore di Washington, Lincoln, Roosevelt, Eisenhower, Kennedy? continua a pagina 13

Al vertice di Ankara Donald Trump dopo aver inscenato lo show in cui se l'è presa con tutti, prova a ricucire con l'Europa e assicura che non uscirà dalla Nato. Poi concede i patriot a Kiev e annuncia una telefonata con Putin. Ma nel frattempo il presidente ordina nuovi attacchi sull'Iran.

di BINI, CERAMI, DI FEO, MANACORDA, MASTROLILLI, OCCORSIO, TITO e TONACCI da pagina 2 a pagina 11

IL RETROSCENA

Meloni ostenta il gelo "Non mi pento di nulla"

dal nostro inviato TOMMASO CIRIACO

a pagina 4

Lavitola nega tutto il legale di Ranucci: "Vittima due volte"

Valter Lavitola, accusato di essere il mandante, nega tutto sull'attentato al giornalista Sigfrido Ranucci: «È un amico, io non c'entro». L'ex faccendiere non risponde alle domande dei pm, ma fa dichiarazioni spontanee: «Sconvolto, il nostro legame è strettissimo». Il legale del conduttore di Report: «Se fossi selui, Ranucci vittima due volte».

di CECCARELLI, DE CICCO e OSSINO alle pagine 18 e 19



Valter Lavitola, ex faccendiere ora accusato per il caso Ranucci

OrtoRomi Scegli la tua Pausa Pranzo. Ricca, Alpina, Bianca, Greca, Caprese. www.ortoromi.it



La polemica non ferma Mari lo Strega è suo

di RAFFAELLA DE SANTIS

a pagina 30

IL REPORTAGE Nel bosco di Seveso cresciuto sulla diossina

di BRUNELLA GIOVARA

Si cammina su un'erba soffice, tra i fiori e le api, e intorno ci sono alberi. Altissime querce, questo è un posto magnifico e "magico", dice la giardiniera Elisabetta. "Qui c'è un'energia, perché la natura ci offre tanto". E si sale sulla collina, ogni tanto si inciampa in un tombino di ghisa, ed eccoci in cima, sotto i nostri piedi dorme una delle discariche più grandi d'Europa, ed è il segreto di Seveso.

a pagina 24

# CORRIERE DELLA SERA

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



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

**Bergader**

**Storie e sogni dei campioni**  
Le otto «meraviglie»  
si giocano il Mondiale  
di **Adani, Cazzullo, Condò, Nerozzi**  
**Passerini e Tomaselli** da pagina 40 a 43

**Domani su 7**  
**Capotondi: recitare**  
è stato il mio riscatto  
di **Micol Sarfatti**  
a pagina 38

**Bergader**

Il tycoon apre a Zelensky sulla produzione di Patriot in Ucraina. Rutte: il vertice Nato un successo. Vola il petrolio, giù le Borse

## Trump, raid sull'Iran e armi a Kiev

Il leader: «La tregua è finita». Nuovi bombardamenti Usa. Meloni dopo le tensioni: non mi pento

### LE PAROLE E I RISULTATI

di **Federico Rampini**

**H**a ancora un senso rincorrere ogni giorno/ora/minuto la grandola di esternazioni di Donald Trump? A parte gli interrogativi clinici, che è meglio lasciare agli psichiatri, gli si deve riconoscere una capacità diabolica: si sveglia al mattino presto, insulta offende minaccia qualcuno, e quel giorno non si parla d'altro. Detta lui l'agenda dei media, decide di cosa dobbiamo occuparci. Per negargli questo privilegio, conviene distogliere lo sguardo dal suo *Truth Social* e guardare i fatti, la nuda realtà.

continua a pagina 28



Volodymyr Zelensky, 48 anni, presidente dell'Ucraina, ieri in Turchia nel bilaterale con il leader degli Usa Donald Trump, 80

di **Francesca Basso**

**C**hiuso il vertice Nato ad Ankara, in Turchia, con Trump che saluta con il sostegno a Kiev e l'ok a Zelensky per costruire i Patriot. Dopo avere attaccato un po' tutti i leader europei, lo show: «Un successo, qui ho sentito il vostro amore». Meloni distacca su Donald: «Non mi pento di nulla». Il caso Groenlandia e il nuovo attacco all'Iran.

da pagina 2 a pagina 9

LA PREMIER E IL VERTICE

### «Si agli impegni sulla Difesa, ma sostenibili»

di **Marco Galluzzo**  
alle pagine 4 e 5

IL PREMIO LETTERARIO

### Mari vince lo Strega delle polemiche sul caso Murgia



di **Natalia Distefano**

**M**ichele Mari con *I convocati di pietra* (Einaudi) vince l'ottantesima edizione del Premio Strega. Il successo arriva dopo (e nonostante) la lite con Teresa Ciabatti e le polemiche seguite ai giudizi offensivi espressi nei confronti di Michela Murgia durante un trasferimento del tour di presentazione dei finalisti. Al secondo posto Matteo Nucci con *Platone* (Feltrinelli)

a pagina 36

### L'ATTACCO ALL'EUROPA

di **Walter Veltroni**

**F**orse sarebbe stato giusto che, per iniziativa dell'opposizione, il Parlamento avesse approvato, c'è da credere all'unanimità, un documento di due righe che dicesse semplicemente: «Il Parlamento italiano esprime solidarietà alla presidente del Consiglio e respinge gli attacchi del presidente degli Stati Uniti». Sarebbe stato, per l'idea che non smetto di avere delle istituzioni, un modo per far sentire il Paese unito nel contrastare il più grave attacco politico che l'Italia abbia ricevuto dal dopoguerra in poi.

continua a pagina 28

«ITALIA BUONA, SPAGNA CATTIVA»

### Le pagelle agli alleati e lo show di Donald «Ho sentito amore»

di **Giuseppe Sarcina** a pagina 3

IL GRANDE GIOCO DELLE VIE D'ACQUA

### Da Hormuz a Bering gli stretti come armi La minaccia di Putin

di **Federico Fubini** a pagina 9

GIANNELLI



di **Simone Canettieri**  
**Rinaldo Frignani**  
e **Ilaria Sacchettini**

**«N**on sono stato io, non so chi possa essere stato e non ho idea del movente». Così ai pm di Roma Valter Lavitola, accusato di essere il mandante dell'attentato a Ranucci, che verrà riascoltato. «Aspettiamo l'esito degli interrogatori — dice Paolo Corsini, direttore dell'Approfondimento Rai, mentre sta per entrare a Montecitorio per un convegno —. Poi chiameremo e chiamerò Ranucci, perché deve chiarire questa vicenda inquietante nella quale lui, per il momento, è parte lesa. La bomba era per lui, vera o feroce fosse. Report si fa anche con altri».

alle pagine 10 e 11 **Baccaro**

IL GIORNALISTA ARRESTATO

### Il gip: da Adinolfi una truffa da 5 milioni



di **Roberto Gressi**

**M**ario Adinolfi, giornalista e leader del Popolo della Famiglia, al domiciliari a Roma per l'accusa di truffa ed evasione fiscale per un danno di 5 milioni di euro.

a pagina 18 **G. De Santis**

### IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

**E**ssere amici di un Lavitola non è reato, però è strano. È strano se sei un Ranucci, intendo. Che ci fa un uomo tutto d'un pezzo a cena due volte al mese con un uomo tutto d'un pezzo? Un faccendiere che per anni è stato dentro qualsiasi pasticciaccio in cui ci fossero politici e soldi di mezzo? Il giornalista d'inchiesta è come il poliziotto: a volte deve frequentare anche il lupo cattivo perché chiunque può servirgli da fonte. Ma l'espressione «amico» — anzi, «caro amico» — usata da Ranucci a proposito del possibile mandante dell'attentato alle sue automobili, è una cosa seria. Ciascuno di noi ha uno o due amici, al massimo tre. E sono persone simili, o almeno compatibili, che magari usano parole diverse, ma condividono lo stesso alfabeto. Che alfabeto potranno avere in comune i ranucci

### Quasi amici

e Lavitola? Come se Cicerone fosse stato sorpreso a spassarsela con Catilina, Fabrizio Corona a giocare a briscola col Dalal Lamia e Vannacci — invece che di Vladimir Putin — fosse un fan di Vladimir Luxuria.

Non dico che non possa succedere, ma sono cose che non ti aspetti, ecco. E che rischiano di confermare l'eterno pregiudizio per cui tutti i Famosi sono legati da un cordino invisibile e fanno parte dello stesso club. Un circoletto esclusivo dove ci si combatte in pubblico e ci si «attovaglia» (copyright Dago) in privato. Sarà pur vero che «la rivoluzione non si può fare perché ci conosciamo tutti» (copyright dubbio, Longanesi o Flaiano). Ma una cosa è conoscerli, un'altra è andarci regolarmente a cena.

**L'ORO HA FATTO LA STORIA.**  
Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro.  
BANCO METALLI PREZIOSI  
**OBRELLI**  
dal 1929 a LAVIS (Trento) | MILANO  
www.oro.obrelli.it  
LAVIS (Trento) | MILANO  
info@obrelli.it  
AUTORIZZAZIONE BANCA D'ITALIA N. 5007732 - 5009402

VENDIAMO E ACQUISTIAMO ORO E ARGENTO ALLE MIGLIORI CONDIZIONI



# LA STAMPA



GIOVEDÌ 9 LUGLIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

## L'ECONOMIA

### L'Fmi taglia la crescita l'Italia ferma allo 0,5%

FABRIZIO GORIA - PAGINA 24



## LA SCELTA DEL CONSORZIO

### Le cantine sono piene con la Barbera si fa l'aceto

GIULIA RICCI - PAGINA 22



## LA CULTURA

### Mari vince il Premio Strega battute anche le polemiche

SIMONETTA SCIANDIVASCI - PAGINE 28 E 29

AL SUMMIT DI ANKARA L'ALLEANZA GARANTISCE PIENO APOGGIO ALL'UCRAINA: ZELENSKY POTRÀ USARE I MISSILI PATRIOT

# Trump bombarda Hormuz

I Pasdaran colpiscono siti militari Usa nel Golfo, la risposta del presidente: "La tregua è finita"  
Meloni a Donald: "Le basi? Non cambio idea. Sì a più spese militari, ma decidiamo noi tempi e priorità"

## IL COMMENTO

### I PRIMI PASSI DELLA NATO POST-AMERICANA

ETTORE SEQUI

Trump è arrivato ad Ankara come un moderno Giove Pluvio, distribuendo saette contro alleati e partner. Ha attaccato Spagna, Groenlandia e Nato, accusando gli europei di averlo lasciato solo contro l'Iran.

In questo clima Giorgia Meloni, come altri leader europei, ha scelto la prudenza: giocare in difesa, troncando e sopire e limitare i danni, restando in trincea. Ha incassato gli attacchi senza alimentare lo scontro, ha difeso la scelta di non concedere le basi per attacchi contro l'Iran e ha posto un doppio limite: l'Italia rispetterà gli impegni Nato, ma deciderà tempi della spesa e destinazione delle risorse, privilegiando la propria base industriale. Di fatto il mancato ricorso al meccanismo Purl di acquisti di armi negli Stati Uniti a favore dell'Ucraina. In fondo un "Ni" a Trump.

Le polemiche di Trump hanno oscurato la vera notizia: ad Ankara nasce la Nato 3.0. Dopo quella del contenimento sovietico e quella dell'egemonia Usa del dopo Guerra fredda, ha inizio una Nato post-americana.

CONTINUA A PAGINA 27

## L'INCHIESTA DI ROMA

### Le spie di Putin puntavano ai segreti di Leonardo

FAMÀ, GRIGNETTI, SCHIANCHI - PAGINE 6 E 7



## I NAZIONALISMI

### La mina Le Pen-Aid sullo storico asse franco-tedesco che regge l'Europa

CECCARELLI, SFORZA - PAGINE 6 E 8

BRESOLIN, GRIGNETTI,  
LOMBARDO, MAGRI

Donald Trump riapre la guerra con l'Iran: «La tregua è finita», e riprende i bombardamenti a Hormuz, mentre i Pasdaran colpiscono siti militari nel Golfo. Al vertice di Ankara la Nato garantisce pieno appoggio a Kiev. Meloni tiene il punto: «Sulle basi non cambio idea. Sì a più spese militari, ma decido io tempi e priorità». - PAGINE 2-5

LINO BANFI COMPIE 90 ANNI E NON PERDE LA BATTUTA. IL DIALOGO SULLA COMICITÀ CON DEBORA VILLA

## "Io, da raghezzo a nonno"

FRANCESCA D'ANGELO



Novant'anni all'insegna della comicità ma anche delle riflessioni per Lino Banfi, un protagonista del cinema e della tv d'Italia

Novant'anni di Lino Banfi, novant'anni di comicità. Il «raghezzo» più famoso d'Italia festeggia oggi cifra tonda: un'avventura, artistica e di vita, che tiene insieme

commedia all'italiana, cinepanettoni, fiction, allenatori nel pallone. «Medico in famiglia». È un'occasione per riflettere sulla comicità, vecchia e nuova. - PAGINE 30 E 31

## IL CASO

### Anziani, non serve potenziare le Rsa ma va sostenuta l'assistenza a casa

VINCENZO PAGLIA\*

In questi giorni, rispondendo a un'inchiesta de *La Stampa*, sul fronte politico è emersa la necessità di un aumento della spesa per le Rsa. È l'ennesima prova che non riusciamo a liberarci da una trappola: mentale, istituzionale ed esistenziale. Continuiamo a non voler costruire il sistema di cui i nostri padri e le nostre madri avranno inevitabilmente bisogno. MONDO - PAGINE 12 E 13

## LA REUNION DI NAPOLI

### Piazza semivuota e contestazioni Flop campo largo

NICCOLÒ CARRATELLI

Comincia come era difficile immaginare la manifestazione unitaria a Napoli dei leader del campo largo Elly Schlein, Giuseppe Conte, Nicola Frattoni e Angelo Bonelli. Piazza semivuota e poliziotti schierati davanti al palco in tenuta antisommossa. Caschi, scudi e manganelli. Un gruppo formato da una cinquantina di disoccupati, noto qui a Napoli per blitz di questo tipo, urla un po' di tutto. Lamentano la sospensione dei finanziamenti per il loro percorso di formazione. Ce l'hanno con il ministero, con la Regione, con il Comune, con tutti.

- CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINA 15

## L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

### Ai, la grande sete Aruba compra le centrali a Lanzo

ARCANGELO ROCIOLA - PAGINA 19

I CENT'ANNI DEGLI ELENCHI DEL TELEFONO

## Se Simenon si ispirava alle Pagine Gialle

Mi mancano le Pagine Gialle. Mi manca quello scrigno inesauribile di personaggi e di storie, quel reticolo della Torino operaia. George Simenon mi ha insegnato ad apprezzarle e ad amarle. Nel mese di ottobre del 1963 ero a casa sua, nel château di Echandens, vicino a Losanna. Facevo l'operatore di ripresa per l'intervista che gli fece Giorgio Vecchietti per la rubrica "Un'ora con..." per la

BRUNO GAMBAROTTA



Seconda Rete Rai. L'abbiamo ripreso nel suo studio mentre illustrava il suo metodo di lavoro. Partendo da un vago spunto che gli frullava in testa, prelevava da uno scaffale un volume delle pagine gialle di una città della Francia o del Belgio (era nato a Liegi nel 1903), lo sfogliava e quando trovava un nome che piaceva lo appuntava su un foglio.

CONTINUA A PAGINA 25

ANCHE IN FARMACIA



# Il Messaggero



€ 1,40\* ANNO L. 148 - N° 185  
Settimanale n. 27 - 03/33/0303 come L. 44/2004 art. 1 (L. 03/08/04)

NAZIONALE



Giovedì 9 Luglio 2026 • S. Letizia

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

**Su MoltoSalute**  
**Tutti i consigli per non rovinare la vostra estate**

Un inserto di 24 pagine



**Lazio, raduno senza rinforzi**  
**Delusione Gasp Greenwood salta Roma su Ndoye**

Servizi nello Sport



**Santa Cecilia Estate**  
**Desplat fa suonare Massenzio con le note dei film**

Antonucci a pag. 19



**L'editoriale/1**  
**IL COMANDO DELLA NATO E IL RUOLO DELL'EUROPA**

Michele Marchi

Al vertice di Ankara esce un messaggio non scontato quanto impegnativo: la Nato rimane uno strumento indispensabile, per affrontare le complicate sfide del secondo quarto del XXI secolo, ma non sufficiente, perlomeno nella forma in cui è stata pensata in epoca di Guerra fredda e ripensata dopo la vittoria nello scontro bipolare. Più che dal comunicato finale, tale convinzione si deduce da alcune dichiarazioni dei leader dei tre principali Paesi membri allo stesso tempo dell'Ue e del Patto Atlantico.

Continua a pag. 23

**L'editoriale/2**  
**DA ANKARA UNA PAGINA NUOVA PER L'ALLEANZA**

Michele Valensise

Poteva sembrare il vertice della delusione. Ad Ankara il presidente degli Stati Uniti ha sbandierato a destra e a manca la sua profonda delusione nei confronti degli alleati europei. Sono rei di avergli negato il sostegno nella sua fallimentare guerra contro l'Iran e restano sulla graticola per il loro asserito insufficiente impegno finanziario per gli oneri di difesa della Nato. Donald Trump è deluso e fa l'appello nominativo, come a scuola. (...)

Continua a pag. 3

## RAID USA SULL'IRAN: «TREGUA FINITA». VOLA IL PETROLIO, BORSE GIÙ

# Nato, difesa europea in campo

► Dal vertice di Ankara nasce il blocco militare Ue. Svolta di Trump dopo le minacce agli alleati: leader uniti e Italia buona, sì ai Patriot per Kiev. Meloni: «Rispettiamo gli impegni ma decidiamo noi le priorità»

ROMA Nato, via alla difesa europea. Torna la tensione sullo stretto di Hormuz.

Dal nostro inviato ad Ankara Francesco Becchi, Paura e Vita da pag. 2 a pag. 5

**Il cantante: «Quando è morto mi sono sentito orfano»**

## Zero nel nome di Pasolini

### «Io figlio delle sue periferie»



Renato Zero stasera all'Idroscalo di Ostia

Marzi a pag. 11

**Le analisi del Messaggero**

● **TEHERAN, NEGOZIATI AVANTI COMUNQUE**

Stefano Silvestri a pag. 4

● **L'ASSIST SUI BARILI AGLI SPECULATORI**

Roberta Amoroso a pag. 5

Il giornalista indagato come mandante: io li per andare a trovarlo

## L'attentato contro Ranucci Lavitola non risponde ai pm

Il retroscena di Mario Ajello e Errante a pag. 8

Intervista a Manfredi: «Serve un garante per il centro»  
Centrosinistra, parte da Napoli la corsa

Dalla nostra inviata a Napoli Valentina Pigliatella a pag. 6

**Le inchieste del Messaggero**

**Rocca: «Bus a 2 piani tariffe inaccettabili Roma le alzi subito»**

Evangelisti a pag. 7

**Bonaccorsi: «Emergenza cortei vertice per toglierli dal Centro»**

Rossi a pag. 7



**Evento tra le polemiche**



**Premio Strega in Campidoglio La notte di Mari**

ROMA Premio Strega, la notte di Michele Mari. In testa fino all'ultimo nei pronostici l'autore dei "Convitati di pietra". La cerimonia in Campidoglio, la votazione presieduta da Andrea Bajani, Minore e De Palo a pag. 20

**Cennamo** PET FOOD  
Mantiamo Sostanziosi.

La qualità Italiana che fa scodinzolare.

Scopri tutte le linee per cane e gatto su [cennamopetfood.com](https://www.cennamopetfood.com)

**Il Segno di LUCA**

**VERGINE IRRESISTIBILE**

Inserata/Venero entra nel tuo segno, dove si trattiene quasi un mese: l'estate per te è nel segno dell'amore. Intanto la Luna ti invita ad allargare la tua visione del mondo programmando un viaggio. Inizia subito ad allenare la tua sensibilità, a trovare nuove forme di esprimerla e valorizzarla, approfittando anche della carica spumeggiante di Marte e Urano, che rendono il tuo corteggiamento irresistibile. Segui la via del piacere.

**MANTRA DEL GIORNO**  
La sicurezza si alimenta di ostacoli.

L'oroscopo pag. 23

\* Tariffe con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Padova, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano del Puglia € 1,20; la domenica con l'Interramato € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero - Giornale dello Sport - Stadio € 1,40; nel Molise, il Messaggero - Primo Piano - Notizie € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano del Puglia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50; "Fuori porta al Mare" € 0,80 (Roma); "Il popolo di Urtime" € 0,80 (Roma)

Giovedì 9 luglio 2026 ANNO LIX n° 159 1,50 € Santi Agostino Zhao Rong e compagni

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

VALLEVERDE logo

Editoriale

Ad Ankara tra missili e lobbismo LA FEBBRE DELLE ARMI

MARCO IASEVOLI

L'emblema è Mark Rutte. Segretario generale della Nato. Annuncia visivamente quando Donald Trump rivendica nuove bombe lanciate sull'Iran. Sorride complice mentre il tycoon attacca la Spagna...

continua a pagina 4

Editoriale

Il miope populismo che ignora i numeri REMIGRAZIONE SENZA FUTURO

LEONARDO BECCHETTI

Immaginate un allenatore di una squadra di calcio costretto a giocare 9 contro 11 che decide a un certo punto della partita di ritirare altri due giocatori dal campo...

continua a pagina 15

IL FATTO Il vertice Nato si conclude ribadendo la volontà dell'Europa di difendersi dalla minaccia della Russia

Non c'è mai tregua

Gli Usa tornano a bombardare l'Iran in risposta all'attacco a tre petroliere nel Golfo Trump: sono dei pazzi, altre incursioni stanotte. Non so se farò un accordo con loro

LA GUERRA IN UCRAINA

Ok Usa alla produzione di missili Patriot in cambio di droni

Il faccia a faccia del presidente americano con l'omologo ucraino Zelensky non apre il negoziato con la Russia, ma ridefinisce il sostegno militare degli Usa...

Scavo a pagina 3

LA PREMIER

Meloni non si pente «I soldi per la difesa resteranno in Italia»

«Non mi penito di nulla di quello che ho fatto», cioè «un investimento politico sull'unità dell'Occidente», non solo su Trump...

Iasevoli (inviato ad Ankara) a pagina 4

GIOVANNI MARIA DEL RE E ANGELA NAPOLETANO

Nuova escalation tra Stati Uniti e Iran. Dopo gli attacchi del pasdaran alle navi in transito a Hormuz...



Reid Usa in Iran/Reuters

Presidente del Parlamento Ghalibaf avverte: «Il bullismo non porta da nessuna parte». Trump minaccia altri raid nella notte...

Battaglia alle pagine 2-3

I nostri temi

LA STORIA Vento di pace sulle vele mondiali di russi e ucraini

MARCO ERBA

Un ragazzo si presenta al box di quelli che per la geopolitica sono i nemici. Si sgridano, si presentano, si stringono la mano...

A pagina 5

IL VESCOVO SEITZ «Così a El Paso difendiamo la vita con i migranti»

AGNESE PALMUCCI A pagina 16

AMBIENTE Il 10 luglio 1976 scoppiò il caso diossina: una catastrofe che ha lasciato il segno



Seveso, una lezione lunga 50 anni

Il 10 luglio 1976 un'esplosione nella fabbrica chimica Icmesa causava una fuoriuscita di diossina che investì anche Meda, Cesano Maderno e Desio...

PER IL CASO SCOMMESSE

Arrestato Mario Adinolfi Le accuse: evasione e truffa

Carni e Carnici a pagina 10

SVELATO IL PROGRAMMA

Il Meeting col Papa nel segno di Dante

Picariello a pagina 9

LATINA Il bracciante morto due anni fa

Condanna a 16 anni per lo sfruttatore di Satnam Singh

ANTONIO MARIA MIRA

Aveva portato il bracciante indiano Satnam Singh, gravemente ferito un'arto, davanti casa a bordo di un furgone...

Marcilli e Rapisarda a pagina 8

POPOTUS Troppi africani senza elettricità Otto pagine tabloid

E dunque

Gioele Dix

Tutto a posto

Il disordine mi mette a disagio. Mia madre mi ha cresciuto in un regime piuttosto severo, ogni cosa al suo posto...

un'infanzia parecchio tribolata, me ne accorsi con estremo pudore in vecchiaia. Dunque, le ferree regole domestiche che si era imposta placavano la sua paura del caos...

Agorà

SCENARI Enciclica di Leone XIV Come cercare l'umano attraverso l'IA

Metz a pagina 18

LETTERATURA Amore a "primo visto" per la fuga dalla Ddr in cerca di libertà

Santamaria a pagina 19

ANNIVERSARI Nadia Comaneci e l'invenzione del 10, il prezzo della perfezione

Cagnoli a pagina 21

LUOGHI INFINITO

DOVE ABITA LA MUSICA

In edicola e online su abbonamenti.avvenire.it

LUOGHI INFINITO 318 Luglio 2026 image of a piano

Servizio La svolta possibile

## Obesità, la legge italiana primato da tradurre in un modello per l'Europa

Il successo della riforma dipenderà da quanto saremo capaci di tradurla nella riduzione del rischio di infarto, ictus, scompenso cardiaco e di tutte le complicanze che ancora oggi accompagnano questa malattia

*di Alexis Elias Malavazos \**

8 luglio 2026

La vera sfida comincia adesso. La Legge italiana 149/2025 – prima al mondo a riconoscere ufficialmente l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante – ha segnato un passaggio storico, ma il suo valore non si misurerà nella sua portata simbolica. Si apprezzerà nella capacità di trasformare un principio giuridico in un cambiamento reale. Perché questo primato è soltanto il primo passo. Il successo di questa riforma dipenderà da quanto saremo capaci di tradurla nella riduzione del rischio di infarto, ictus, scompenso cardiaco e di tutte le complicanze che ancora oggi accompagnano questa malattia.

### Lo studio

È proprio questa la riflessione che emerge dal nostro lavoro "Italy passes obesity law: an opportunity to prevent cardiovascular disease across Europe", appena pubblicato sull'European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes. Lo studio dell'Irccs Policlinico San Donato non si limita a descrivere una novità legislativa senza precedenti, ma analizza come questa scelta possa rappresentare un modello di evoluzione delle politiche sanitarie europee, mettendo finalmente la prevenzione cardiovascolare e la cura dell'obesità all'interno della stessa strategia di salute pubblica.

L'Italia è il primo Paese al mondo ad aver percorso questa strada. È una posizione di leadership che rappresenta al tempo stesso un'opportunità e una responsabilità. Opportunità, perché oggi disponiamo delle conoscenze scientifiche necessarie per affrontare l'obesità come una vera patologia; responsabilità, perché il riconoscimento legislativo rischierebbe di rimanere incompiuto se non fosse accompagnato da un profondo cambio di paradigma.

### Le prospettive

La legge, infatti, offre gli strumenti per costruire questo cambiamento. Pone le basi per il progressivo inserimento delle prestazioni dedicate all'obesità nei Livelli essenziali di assistenza, per l'integrazione della patologia nel Piano nazionale della Cronicità, per la realizzazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali multidisciplinari e per lo sviluppo di un sistema nazionale di monitoraggio epidemiologico. Non si tratta di semplici adempimenti amministrativi, ma di condizioni necessarie affinché ogni paziente possa accedere a un percorso di presa in carico continuo e appropriato.

## **Il carico di malattia**

Le motivazioni che rendono necessaria questa trasformazione sono ormai evidenti anche al nostro legislatore. Le malattie cardiovascolari continuano a rappresentare la principale causa di morte nel nostro continente e assorbono ogni anno circa 282 miliardi di euro nell'Unione Europea, dei quali 42 gravano sul sistema sanitario italiano. Una quota importante di questo carico sanitario, economico e sociale è legata all'obesità, uno dei principali determinanti modificabili delle malattie cardiovascolari. Agire precocemente significa, quindi, intervenire sulla sostenibilità futura dei sistemi sanitari. E, ancora prima, sulla salute delle persone.

Per molti anni, abbiamo considerato l'obesità un semplice fattore di rischio cardiovascolare, banalizzandola come conseguenza di stili di vita inadeguati. Oggi conosciamo molto meglio il ruolo dell'adiposità viscerale nei processi infiammatori, nel danno vascolare e nel rimodellamento cardiaco; disponiamo di strumenti diagnostici più accurati per identificare il rischio cardiometabolico e, soprattutto, abbiamo a disposizione terapie farmacologiche che hanno dimostrato di modificare la storia naturale della malattia. I risultati dello studio SELECT (Lancet 2025) – ad esempio – richiamati nel nostro lavoro, hanno evidenziato una riduzione del 20% degli eventi cardiovascolari maggiori nei pazienti con obesità o sovrappeso e malattia cardiovascolare, ma senza diabete, trattati con semaglutide. Si tratta di un risultato che conferma che trattare l'obesità significa intervenire direttamente sulla salute del cuore.

## **Scienza e diritto allineati**

La Legge 149/2025 arriva, insomma, in un momento di grande maturità clinica e scientifica. Scienza e diritto procedono nella stessa direzione. Si tratta ora di costruire un modello assistenziale che attui la legge e che sia coerente con le evidenze disponibili, superando definitivamente una gestione episodica e frammentata che troppo spesso ha caratterizzato questa patologia.

Sarà necessario definire criteri trasparenti di rimborsabilità, rafforzare la rete dei centri dedicati, investire nella formazione di medici e professionisti sanitari, sviluppare modelli multidisciplinari realmente operativi e monitorare con attenzione eventuali disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure. Tutti presupposti perché il nuovo paradigma possa tradursi in benefici concreti per i cittadini.

Se sapremo trasformare il riconoscimento legislativo in una presa in carico precoce, multidisciplinare e personalizzata sui bisogni dei pazienti, l'esperienza italiana potrà diventare un modello di riferimento per una politica sanitaria europea, dove scienza e diritto si incontrano per la cura dei pazienti. E per la salute delle generazioni future.

*\* Responsabile Uo Endocrinologia, Resp.le Nutrizione Clinica e Prevenzione Cardiometabolica Irccs Policlinico San Donato; Professore Associato di Nutrizione Clinica (MEDS-08/C); Dip. to Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche - Università di Milano*



Servizio Il progetto NeuroNetwork

## Neurologi alla prova sostenibilità tra governance, dati e fabbisogno

Focus su dotazione e distribuzione dei professionisti, modelli regionali e gestione dell'offerta in un contesto caratterizzato da risorse limitate e crescente complessità

*di Claudio Buongiorno Sottoriva \*, Mario Del Vecchio \*, Alessandro Padovani \*, Valeria Tozzi \**

8 luglio 2026

Il sistema di tutela della salute italiano — inteso come l'insieme integrato dei servizi erogati ai pazienti da aziende pubbliche e private accreditate — sta attraversando una fase di trasformazione importante segnata dall'aumento della domanda di servizi e da risorse che non si espandono in eguale misura. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e neurodegenerative, l'introduzione di innovazioni terapeutiche ad alto impatto organizzativo ed economico e la ridefinizione degli assetti delle aziende sanitarie, stanno modificando profondamente il perimetro dei bisogni e la configurazione dell'offerta.

### Neurologia paradigmatica

In questo scenario, la neurologia è una disciplina paradigmatica. Per ampiezza epidemiologica, trasversalità dei setting (ospedale, territorio, riabilitazione), articolazione delle reti cliniche e crescente innovazione terapeutica, essa costituisce un banco di prova per la capacità del sistema di riallineare la programmazione delle risorse professionali, i modelli organizzativi e la sostenibilità.

Negli ultimi anni, la Società italiana di Neurologia (Sin) ha avviato un percorso di riflessione strategica, volto a interrogarsi non sul ruolo clinico-scientifico della disciplina, bensì sul suo posizionamento nel sistema di tutela della salute. In questo quadro si colloca NeuroNetwork, iniziativa promossa da Sin in partnership con Biogen e Cergas SDA Bocconi.

### 21 modelli regionali

L'edizione 2025 di NeuroNetwork ha rappresentato un momento di consolidamento del dibattito interno alla comunità neurologica sul tema della numerosità dei neurologi nei diversi contesti regionali italiani. Il confronto si è concentrato sulla coerenza tra le dotazioni professionali, la configurazione dell'offerta pubblica e privata accreditata e i bisogni di salute emergenti in alcune regioni. Infatti, l'analisi in Veneto, Liguria, Puglia e Abruzzo ha permesso di testare un metodo per intercettare il fenomeno della numerosità e della distribuzione dei neurologi nei contesti territoriali.

Il lavoro ha messo in evidenza che la questione non può essere ridotta alla sola quantità dei professionisti. Le differenze regionali riguardano la struttura delle reti, il peso del privato accreditato, la distribuzione dei servizi tra setting ospedalieri e territoriali, la complessità media dei casi e l'organizzazione aziendale. In un sistema articolato in 21 modelli regionali, non esiste

una “neurologia italiana”, ma 21 configurazioni coerenti con scelte di assetto e organizzazione diverse.

### **Gli indicatori Agenas**

Il confronto con la metodologia Agenas per il calcolo del fabbisogno aziendale ha rappresentato un ulteriore passo di maturità. La comunità professionale ha accettato di misurarsi con indicatori comparabili e logiche di programmazione fondate su dati di produzione, ore lavorate e composizione delle attività, rafforzando le dimensioni di accountability e di dialogo istituzionale.

L'esperienza 2025 ha quindi segnato un passaggio culturale: dalla riflessione identitaria a quella di sistema. Non una rivendicazione corporativa, ma un contributo strutturato al governo del capitale professionale nel sistema di tutela della salute.

### **Censire e mappare**

L'edizione 2026, che si svilupperà nel quadro del mandato del nuovo Presidente Sin, il professor Mario Zappia, rappresenterà un ulteriore salto di scala. Sono previsti un censimento sistematico dei neurologi presenti nei diversi sistemi regionali e una mappatura approfondita dell'offerta neurologica, con l'obiettivo di costruire una base informativa stabile per una riflessione che metta al centro i “numeri” e produca anche interpretazioni rispetto alla contingenza di ciascun contesto locale.

In un contesto di vincoli finanziari e di crescente complessità, le comunità professionali sono chiamate a dimostrare capacità di analisi, di proposta e di responsabilità sistemica. La neurologia, attraverso NeuroNetwork, sta sperimentando una forma di maturità istituzionale: contribuire attivamente alla sostenibilità del sistema di tutela della salute, integrando competenze cliniche, analisi dei dati e una visione manageriale.

\* *Cergas-SDA Bocconi*

## LA SENTENZA

# Il Consiglio di Stato: «Il Viminale verifichi l'assistenza sanitaria e psicologica nei Cpr»

**L**il ministero dell'Interno dovrà svolgere entro sei mesi «una puntuale ricognizione della situazione esistente nei Cpr, con particolare riferimento ai profili dell'assistenza sanitaria e psicologica, alla formazione del personale impiegato, nonché all'analisi degli episodi critici verificatisi con maggiore frequenza nel corso dell'ultimo quinquennio». L'indicazione arriva dal Consiglio di Stato con una sentenza che ha accolto un ricorso con il quale l'Associazione studi giuridici sull'immigrazione sollecitava i giudici ad ordinare al ministero di ottemperare a una precedente loro decisione risalente all'ottobre dello scorso anno.

Per l'attività istruttoria il dicastero di Matteo Piantedosi dovrà agire in sinergia con il ministero della Salute e con il Garante

nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. E, al termine, dovrà adottare una motivata determinazione finale, esplicitando le ragioni delle scelte compiute.

Il Consiglio di Stato ha ritenuto che il primo dei due obblighi previsti (ovvero la necessità di rendere coerente il capitolato d'appalto per la gestione e il funzionamento dei Cpr con le previsioni della direttiva ministeriale) «risulta pienamente adempiuto». Non così sul tema dell'approfondita istruttoria, per la quale «non risultano acquisiti elementi conoscitivi concernenti l'effettiva situazione esistente nei Cpr, né risultano svolti accertamenti riguardanti la concreta adeguatezza della dotazione sanitaria, l'organizzazione dell'assistenza psicologica, la formazione specialistica del perso-

nale impiegato, l'incidenza degli episodi autolesivi o suicidari, ovvero l'emersione di ulteriori criticità rilevanti per la tutela della salute delle persone trattenute». Toccherà dunque al ministero adempiere all'indicazione coinvolgendo la Salute ed il Garante dei detenuti, che in un documento del 2023 aveva sostenuto che nei Cpr ci sono «diverse criticità».



# DIAGNOSI PRECOCE ANSIA E DEPRESSIONE SVELANO IL PARKINSON FINO A 10 ANNI PRIMA IL TEST SUI MOLISANI

Uno studio dell'Irccs Neuromed di Pozzilli e dell'ateneo Lum conferma il legame tra la patologia e i disturbi mentali: sono campanelli d'allarme ma dipende da quando fanno il loro esordio

**GIAMPIERO VALENZA**



a scienza sa benissimo che il Molise esiste. Grazie a una ricerca condotta proprio tra i molisani arriva una nuova conferma: ansia e depressione sono sì legate alle malattie neurodegenerative ma più le patologie della mente sono vicine all'esordio del Parkinson più è forte questa correlazione. Quindi, possono essere un campanello d'allarme, ma anche un fattore da valutare per fare una diagnosi precoce.

## L'ANALISI

Il Molise sta dando il suo apporto alla comunità scientifica per la lotta alle malattie cardiovascolari, ai tumori, alle patologie neurodegenerative grazie al progetto Moli-sani, un'analisi complessiva che, sui

280mila cittadini della regione, ne coinvolge 25.000 e punta a capire tanto del loro stile di vita e delle loro abitudini per cercare di trovare soluzioni alle patologie più frequenti dettate (come cancro, malattie cardiovascolari e neurologiche) passando dai comportamenti sbagliati che possono avere un ruolo sulla loro incidenza. Questa volta i molisani sono finiti sull'autorevole rivista scientifica internazionale *Journal of Neurology* grazie a un lavoro che vede la firma degli studiosi dell'Irccs Neuromed di Pozzilli e dell'Università Lum di Casamassima e quella dell'Insubria.

Nel caso dello studio sul Parkinson le persone analizzate sono state più di 23.000 seguiti per circa 15 anni. I ricercatori hanno passato al setaccio tutte le informazioni sui sintomi riferiti dai partecipanti con i dati reali delle prescrizioni farmacologiche. Secondo gli studiosi molisani, fondamentale è il numero "dieci" per vedere la correlazione tra ansia, depressione e Parkinson. Infatti, gli scienziati hanno osservato che l'associazione tra la terapia per

disturbi dell'umore e l'insor-

genza della malattia è molto forte quando il tempo tra l'inizio del trattamento e la diagnosi neurologica è inferiore a dieci anni. Superata questa soglia temporale, il legame tende a svanire: questo suggerisce che, in molti casi, l'ansia e la depressione non siano "cause" del Parkinson, ma spie biologiche di una patologia che si sta già sviluppando in modo silenzioso a livello cerebrale.

L'associazione con il Parkinson è risultata significativa solo in chi presentava sia l'autocertificazione del disturbo sia la prova dell'uso di farmaci (ansiolitici o antidepressivi). Il rischio è apparso ancora più elevato (più del triplo) in coloro che avevano ricevuto tratta-



menti per entrambi i disturbi (sia ansia sia depressione): un segnale che potrebbe riflettere una disfunzione più estesa nei circuiti del cervello.

«Questo non significa che ansia e depressione siano indicatori specifici di Parkinson nella popolazione generale, sono condizioni molto frequenti e nella maggior parte dei casi non evolvono verso una malattia neurodegenerativa – dice Francesca Bracone, ricercatrice dell'Irccs Neuromed e docente a contratto di Psicologia

alla sede di Pozzilli dell'Università Sapienza, prima autrice dello studio – In un contesto di valutazione del rischio, soprattutto se associate ad altri sintomi non motori, potrebbero contribuire a identificare profili meritevoli di maggiore attenzione. I nostri risultati indicano che ansia e depressione, quando definite in modo più robusto attraverso sintomi e trattamento farmacologico, sono associate a un maggiore rischio di Parkinson. Il dato più rilevante è proprio un'analisi temporale, che si va ad ag-

giungere a un legame già studiato dalla scienza. Grazie a Moli-sani abbiamo capito che l'associazione si concentra negli anni più vicini alla diagnosi e tende ad annullarsi oltre i 10. Questo supporta l'ipotesi che, in alcuni soggetti, ansia e depressione possano rappresentare manifestazioni prodromiche della malattia di Parkinson, più che fattori di rischio causali di lungo periodo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## IL PROGRAMMA

# ALZHEIMER CON IL PROGETTO MINDSHIFT L'EUROPA È UNITA CON I PAZIENTI

**I**ntegrare la diagnosi nei percorsi assistenziali, garantire accesso equo e tempestivo alle nuove terapie, rafforzare i sistemi sanitari e pianificare in modo più strategico, con una maggiore regia europea. È questo il cuore del documento di consensus firmato a Roma nell'ambito di "MindShift - A cross-country mission to reshape Alzheimer's Care", iniziativa internazionale che ha riunito esperti, istituzioni e rappresentanti dei pazienti da 12 Paesi per accelerare la trasformazione della cura dell'Alzheimer. Obiettivo: colmare il divario tra innovazione scientifica e reale accesso dei pazienti a diagnosi e terapie.

Il white paper finale individua cinque priorità condivise: portare la diagnosi biologica nella pratica clinica, allineare modelli organizzativi e di rimborso per garantire accesso alle terapie innovative, potenziare le strutture sanitarie, adottare una pianificazione di lungo periodo e rafforzare il coordinamento tra Paesi. Una vera e propria roadmap europea per superare approcci frammentati e ancora troppo tardivi nella presa in carico.

MindShift nasce come una missione per ripensare la cura dell'Alzheimer in Europa, mettendo in dialogo decisori pubblici, clinici e rappresentanti dei pazienti in un percorso condiviso fondato sulla fiducia, sul confronto multi-stakeholder e sulla ricerca di soluzioni comuni. L'iniziativa, ospitata a

Roma, ha coinvolto delegazioni da Italia, Germania, Francia, Olanda, Spagna, Polonia, Austria, Estonia, Ungheria, Repubblica Ceca, Svezia e Bulgaria, con l'obiettivo di rafforzare i sistemi sanitari rispetto a una fase nuova della lotta alla malattia.

MindShift è realizzata con il patrocinio di AIMA, Fondazione Roma, Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica - Medicina di Laboratorio, Società Italiana di Farmacologia e Società Italiana di Neurologia e con il supporto non condizionante di Lilly, Biogen, Eisai, Fujirebio, GE Healthcare, Roche SpA, Roche Diagnostics SpA e Siemens Healthineers.

L'Alzheimer è oggi una priorità di sanità pubblica: in Europa si stimano circa 9 milioni di persone con demenza, un numero destinato a superare i 14 milioni entro il 2050. In Italia sono oltre un milione, di cui circa il 60% con Alzheimer. Con un impatto significativo su famiglie, caregiver e sostenibilità del sistema di welfare. «È fondamentale garantire un accesso equo e tempestivo alla diagnosi, alle cure, all'assistenza e al sostegno, sfruttando i recenti progressi della ricerca per migliorare la vita delle persone affette da demenza», ha ribadito Angela Bradshaw, Director for Research di Alzheimer Europe.



## Alessandro Riccardi

# “A ogni nuova ondata di caldo cresce il numero di chi rischia Minime alte la vera insidia”

Il presidente dei medici di emergenza: “Servono letti e incentivi ai medici”

### L'INTERVISTA

PAOLORUSSO

ROMA

**L**a nuova ondata di calore è già tra noi. E Alessandro Riccardi, presidente di Simeu, la Società scientifica dei medici di emergenza e urgenza, non ha dubbi: «È oramai certo che succedendosi ormai così frequentemente ci esponiamo a maggiori rischi per la salute».

#### Chi rischia di più?

«Sicuramente anziani e pazienti fragili, che hanno sopportato solo pochi giorni fa un altro stress termico che finisce per aggravare le patologie croniche di cui già soffrono. Ormai tutti gli studi lo documentano: le ondate di calore, soprattutto quando sono consecutive e prolungate nel tempo, fanno aumentare la mortalità e le complicanze per chi già ha una patologia. Anche perché il grande caldo rende difficile la gestione dei farmaci. I betabloccanti contro la pressione alta, ad esempio, riducono la sensazione di calore, esponendoci così a pericoli maggiori e alla disidratazione».

#### Le temperature torride cosa possono comportare per chi soffre di malattie croniche?

«Un peggioramento generale

della loro condizione di salute. Chi soffre di Bpco finisce per respirare ancora peggio, rischiando poi scompensi cardiaci, acuitizzati dalla disidratazione. I diabetici hanno difficoltà a controllare la glicemia perché si modifica la sua concentrazione nel sangue e si espongono così a crisi anche acute. Chi soffre di pressione alta ed è in terapia farmacologica con il caldo vede abbassarsi i valori pressori, ma è una riduzione temporanea, per cui diventa difficile dosare poi gli antipertensivi, la cui sospensione può essere pericolosa».

#### Il cosiddetto «colpo di calore»

#### devono invece temerlo tutti?

«Sì, e questo si verifica quando l'organismo ha superato la sua capacità di adattamento alle temperature esterne e inizia ad assumere calore fino ad alzare la temperatura corporea a 39-40 gradi. L'emergenza si ha quando non si riescono più ad assumere liquidi, si è in stato confusionale e non si coordinano più i movimenti. In questo caso bisogna andare in ospedale».

#### Sono più pericolose le minime o le massime troppo alte?

«Le minime sono più insidiose perché di notte non si beve, e sudando, ci si disidrata. Quindi al mattino c'è un deficit di liquidi e, se non li si integra, si parte male».

#### Aria condizionata sì o aria

#### condizionata no?

«Sì, purché non la si regoli su temperature artiche. Vanno bene 4 gradi in meno della temperatura esterna quando questa è molto elevata. L'importante però è mantenere filtri e impianti ben puliti e disinfettati, altrimenti c'è il rischio di spargere microbi dannosi nell'ambiente, come la legionellosi, la polmonite batterica che colpisce soprattutto gli anziani d'estate e che può essere molto insidiosa».

#### Il caldo fa peggiorare anche i disturbi mentali?

«Sì, perché chi soffre di questi disturbi può avere un'alterazione della capacità di percepire la temperatura esterna».

Uno studio dell'Università di Oxford dimostra che i periodi caratterizzati da ondate di calore sono associati a un aumento del tasso di ricoveri ospedalieri per disturbi mentali del 9,7% rispetto a quelli con temperature nella norma. Ma più in generale direi che le conseguenze sanitarie del caldo sono lo specchio delle disparità sociali che viviamo».



Si spieghi...

«Abbiamo parlato prima dei benefici dell'aria condizionata, ma metà delle famiglie non può permettersela. Così come molti non possono pagare una badante per i loro anziani sempre più in là con gli anni. Giorni fa ho visitato una signora di 98 anni preoccupata perché non riusciva a respirare per il caldo. Le sue figlie hanno più di 60 anni ed erano ugualmente in difficoltà. In questo caso, se non si hanno i soldi per pagare un caregiver, si resta soli. Il caldo alimenta questo tsunami d'argento».

**State assistendo a un aumen-**

**to degli accessi ai Pronto soccorso per il caldo?**

«I dati preliminari ci indicano un aumento del 10-15%, che in alcune aree supera il 20%. Ma a preoccuparci di più è il fenomeno del boarding, perché abbiamo difficoltà ad assistere pazienti fragili che non trovano posto in reparto dove mancano i letti».

**Se la colonnina di mercurio non si abbasserà, che agosto ci attende con gli ospedali ancora più svuotati di medici in ferie?**

«Cercheremo di resistere, ma servono letti e incentivi per rendere di nuovo attrattiva la professione. Così come è ne-

cessario preparare già a febbraio piani per l'emergenza caldo, magari prevedendo che gli infermieri di famiglia contattino chi è più a rischio. Altrimenti, con la riserva accesa, la macchina del nostro Servizio sanitario nazionale rischia di fermarsi». —

**Alessandro Riccardi**

Il colpo di calore è pericoloso per tutti  
L'emergenza è quando non si riesce più ad assumere liquidi

Chi soffre di disturbi mentali può avere un'alterazione della capacità di percepire la temperatura esterna



### Incerca del fresco

Nelle giornate torride delle ultime settimane, sempre più persone hanno cercato refrigerio nei corsi d'acqua o al mare. In alcuni casi, ci sono state vittime di bagni improvvisati in fiumi e laghi





Servizio La Società di nutrizione umana

## **Tumore al seno: anche l'alimentazione giusta è importante per la cura**

Il 55% delle donne con carcinoma mammario è in sovrappeso od obesa. La Società Italiana di Nutrizione Umana in prima linea per favorire una maggiore diffusione delle linee guida su gestione del peso e promozione dell'attività fisica

*di Francesca Indraccolo*

8 luglio 2026

Nella moderna oncologia la nutrizione non è più un semplice consiglio di buon senso, ma è diventata un pilastro clinico del percorso di cura, al pari della chirurgia, della radioterapia o della chemioterapia. Integrare il supporto nutrizionale nei protocolli terapeutici e nei follow up significa intervenire concretamente sulla capacità del paziente di tollerare i trattamenti, preservare la qualità della vita e, in ultima analisi, influenzare positivamente la sopravvivenza globale. Di questo tema, declinato in particolare per le donne con tumore al seno, si è occupata la Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) durante il 46° Congresso Nazionale svoltosi a Bergamo per favorire una maggiore diffusione delle linee guida in materia.

Nelle donne con carcinoma mammario, che possono presentare una maggiore vulnerabilità a complicanze cardiometaboliche, contrariamente a quanto accade per altre neoplasie, emerge sempre più spesso una malnutrizione per eccesso, spesso accompagnata da obesità sarcopenica e alterazioni metaboliche.

### **La prognosi può essere influenzata dal sovrappeso**

“Le pazienti – spiega Alessio Filippone, vice-coordinatore del gruppo di lavoro SINU “Nutrizione in Oncologia” e membro del team di Terapie integrate in Senologia della Fondazione Policlinico Gemelli - vanno incontro a profonde alterazioni della composizione corporea a causa di trattamenti sistemici, terapie ormonali e della menopausa iatrogena, fattori che, uniti alla riduzione dell'attività fisica post-diagnosi, favoriscono un aumento del grasso viscerale a discapito della massa muscolare. Questo scenario, meno evidente ma altrettanto rilevante sul piano prognostico, richiede un cambio di paradigma, con strategie cliniche mirate al riequilibrio della composizione corporea e del profilo metabolico”.

### **Una malattia che può appesantire corpo e mente**

Il carcinoma mammario è il tumore femminile più diffuso nel mondo. Dalle stime GLOBOCAN nel 2022 i nuovi casi erano 2,3 milioni, ovvero il 24% di tutti i nuovi casi di cancro nelle donne. In Italia, secondo le stime AIOM 2025, ogni anno vengono diagnosticate più di 50mila donne con tumore al seno, con una sopravvivenza a cinque anni dell'88% e una prevalenza di 925mila sopravvissute alla malattia.

Una diagnosi di cancro al seno può comportare disagio fisico e mentale e cambiamenti sostanziali della vita quotidiana, tra cui l'affaticamento e il dolore derivanti dalla malattia, dalla chirurgia e dalla terapia oncologica adiuvante. A tutto questo si aggiunge anche il problema dell'aumento ponderale.

## **Il ruolo del peso e della distribuzione del grasso corporeo**

Nella Breast Unit del Policlinico Gemelli, punto di riferimento per il Centro Sud Italia, dove vengono operate 1.500 nuove pazienti con tumore del seno ogni anno, da circa 12 anni è stato introdotto un percorso integrato che prevede la valutazione dello stato metabolico fin dalle prime fasi della cura. Il percorso nutrizionale si inserisce nel modello multidisciplinare del Centro di Senologia della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, diretto dal professor Gianluca Franceschini, e si realizza all'interno della UOS di Terapie Integrate, diretta dal dottor Stefano Magno, nell'ambito di una presa in carico personalizzata e multidisciplinare della paziente.

## **L'inquadramento metabolico come strumento predittivo**

“Il 55% delle donne con tumore al seno - aggiunge Filippone – è in sovrappeso od obesa e per questo, a causa di un'eccessiva massa grassa, ha un rischio di maggiore tossicità ematologica e neurologica ai trattamenti. Inoltre, il peso corporeo è un fattore che può influenzare in modo concreto la prognosi. Le evidenze epidemiologiche più aggiornate indicano che l'eccesso di adiposità è associato a un aumento del rischio di mortalità”, sottolinea Filippone.

Un aspetto rilevante emerso dalla letteratura è che non conta solo il peso corporeo totale, ma anche la distribuzione del grasso. “L'adiposità addominale è associata a una prognosi peggiore ed è correlata a specifiche alterazioni metaboliche che possono favorire la progressione tumorale”, aggiunge Filippone.

## **Giocare d'anticipo per seguire al meglio le pazienti**

Per le principali linee guida nazionali e internazionali - tra cui quelle AIOM 2024, ESPEN 2021 e le recenti raccomandazioni WCRF/AICR 2025 riguardanti i pattern dietetici - lo screening nutrizionale precoce in caso di tumore al seno è fondamentale: identificare il rischio metabolico già al momento della diagnosi permette di intervenire prima che il declino funzionale diventi irreversibile. “È quanto prevede il percorso di presa in carico del Policlinico Gemelli, dove stiamo lavorando anche per esportare il modello in modo che possa diventare un diritto per tutte le pazienti”, segnala Filippone.

Per quanto riguarda le indicazioni cliniche, il supporto nutrizionale deve mirare al mantenimento di un adeguato apporto proteico, per sostenere il sistema immunitario e preservare il muscolo. “Contemporaneamente, è essenziale gestire l'assetto glicemico, pertanto, la dieta deve privilegiare carboidrati complessi e ridurre gli zuccheri semplici e le bevande alcoliche, quest'ultime direttamente collegate a un maggior rischio di recidiva”, sottolinea Filippone.

## **L'importanza del regime alimentare e dell'attività fisica**

Un ruolo chiave è svolto dalla Dieta Mediterranea, associata a una riduzione del 22% della mortalità per tutte le cause e a una significativa diminuzione delle recidive. Inoltre, i benefici cardiovascolari di questo modello alimentare risultano particolarmente rilevanti nelle donne con storia di tumore al seno, per le quali il rischio cardiovascolare diventa la principale causa di mortalità a distanza di anni dalla diagnosi.

Accanto alla nutrizione, l'attività fisica rappresenta un pilastro del percorso di cura oncologico. “Evidenze consolidate indicano che un esercizio regolare dopo la diagnosi può ridurre fino al 44%

la mortalità totale e del 35% il rischio di recidiva. Anche interventi moderati contribuiscono al miglioramento della composizione corporea, alla riduzione del grasso viscerale e al recupero della massa muscolare. Oltre agli effetti biologici, l'attività fisica migliora in modo significativo la qualità della vita, riducendo fatigue, ansia e depressione", specifica Filippone.

Secondo la survey SINU condotta nelle Breast Unit italiane, solo il 34% di esse dispone di percorsi nutrizionali strutturati e uniformi. Per colmare questo divario e rafforzare l'integrazione tra nutrizione, prevenzione e terapia oncologica, il gruppo di lavoro SINU "Nutrizione in Oncologia" sta lavorando a indicazioni nutrizionali per la paziente con tumore al seno, che considerino lo stile di vita, il mantenimento di un peso adeguato, insieme a un'alimentazione equilibrata e a un livello di attività fisica compatibile con le condizioni cliniche.

Servizio Orticaria cronica spontanea

## **Il nodo dei medici di famiglia e la “sindrome di Ulisse” che colpisce i pazienti**

In uno studio la fotografia dell'inadeguatezza della situazione diagnostica e terapeutica di questa patologia presso i medici di medicina generale

*di Riccardo Asero\**

8 luglio 2026

L'orticaria cronica spontanea (CSU) è una patologia di origine autoimmunitaria piuttosto frequente che si calcola colpisca almeno l'1% della popolazione generale. Si caratterizza per la comparsa di lesioni cutanee fugaci e assai pruriginose dette pomfi, del tutto simili a punture di zanzara o di ortica, di dimensioni variabili da pochi millimetri a decine di centimetri, che nel 50% dei casi si associano ad episodi di gonfiore che possono interessare aree corporee diverse (labbra, palpebre, mani, piedi, ecc.) a risoluzione più lenta, detti angioedema. La malattia si definisce cronica quando, continuativamente o in modo intermittente, supera le 6 settimane di durata. La malattia risponde nella maggior parte dei casi a terapie standard quali gli antistaminici, ma in una percentuale di pazienti presenta caratteristiche di severità tali da rendere necessario l'impiego di farmaci biologici o immunosoppressori.

La diagnosi, la valutazione di severità, e i livelli di trattamento dell'orticaria cronica spontanea sono chiaramente definiti da linee guida internazionali che vengono aggiornate ogni tre anni da parte di un pannello comprendente i massimi esperti mondiali di questa patologia.

Mentre le linee guida sono diffusamente accettate e regolarmente utilizzate da parte degli specialisti del settore (principalmente allergologi/immunologi e dermatologi), la loro applicazione da parte dei medici di medicina generale, i quali rappresentano nella maggior parte dei casi il primo presidio medico con cui i pazienti vengono a contatto, è assai dubbia. Questo si traduce spesso in trattamenti inadeguati, valutazioni inappropriate della severità delle manifestazioni, ritardi diagnostici, e nella cosiddetta “sindrome di Ulisse” in cui il paziente girovaga per mesi da uno specialista all'altro (spesso poco competente nella materia) senza trovare soluzioni. Inutile dire che il ritardo della diagnosi e dell'avvio di una terapia adeguata impattano molto negativamente sulla qualità di vita dei pazienti affetti da orticaria cronica spontanea, soprattutto quelli che presentano le forme più severe e resistenti ai trattamenti standard.

Lo studio BRIDGE, avviato due anni fa da Novartis con la collaborazione di Thermo Fisher e il supporto di medici specialisti in orticaria cronica spontanea operanti in Lombardia, ha avuto come obiettivo quello di fotografare l'inadeguatezza della situazione diagnostica e terapeutica di questa patologia presso i medici di medicina generale operanti in Lombardia e di valutare la fattibilità e l'efficacia dell'implementazione di uno specifico pacchetto informativo e di aggiornamento (definito “Urticaria Care Package”, UCP) sulla qualità dell'assistenza medica di base. La prima parte dello studio, recentemente pubblicata su “The Journal of Allergy and Clinical Immunology: Global”, ha fissato la situazione antecedente la somministrazione del pacchetto informativo in oltre

90 medici di medicina generale, evidenziando importanti carenze relativamente alla conoscenza della patologia e delle linee guida, al suo trattamento ottimale e all'impiego dei cosiddetti PRO (patient-related outcomes), misure sia obiettive che soggettive di severità e impatto sulla qualità di vita basate sulle registrazioni fatte dai pazienti. Sono inoltre emerse problematiche riguardanti la collaborazione e comunicazione efficace tra medico di medicina generale e medico specialista di orticaria cronica spontanea. È stato concluso che i medici di medicina generale italiani necessitano di un addestramento aggiuntivo specifico volto a migliorarne le competenze nel trattamento di questa malattia.

L'UCP è stato sviluppato e successivamente proposto ai medici di medicina generale che avevano preso parte alla prima fase dello studio, con l'obiettivo di migliorare sensibilmente le decisioni cliniche prese nell'ambito della medicina territoriale di primo livello attraverso l'impiego dei PRO e l'osservanza delle linee guida. Quasi tutti i medici partecipanti alla prima fase hanno accettato di prendere parte anche alla seconda parte dello studio. L'efficacia dell'implementazione è stata successivamente valutata attraverso un questionario specifico. Questa seconda fase dello studio, attualmente in via di finalizzazione e di prossima pubblicazione per metterla a disposizione della comunità scientifica, ha dimostrato che la somministrazione del pacchetto educativo/informativo ha determinato un significativo miglioramento delle competenze specifiche dei medici di base, con una marcata riduzione del numero di incertezze diagnostiche e un aumento significativo della percentuale di medici a conoscenza della malattia e delle relative linee guida, unitamente ad un maggiore utilizzo di PRO. L'impiego dell'UCP si è pertanto rivelato un mezzo efficace per migliorare l'approccio all'orticaria cronica spontanea nella medicina generale da implementare su più ampia scala sia in Italia che in altri Paesi.

*\*Specialista in Allergologia e Immunologia Clinica*

Servizio Orticaria cronica spontanea

## Quei bisogni terapeutici insoddisfatti e l'arrivo del primo trattamento orale mirato

Gli antistaminici rappresentano la terapia di prima linea, ma oltre la metà dei pazienti continua a manifestare sintomi. L'ok dell'Europa alla nuova terapia orale

*di Maria Rita Montebelli*

8 luglio 2026

Prurito incessante, pomfi che compaiono all'improvviso e un andamento imprevedibile che compromette sonno, lavoro e relazioni sociali. È la scomoda realtà delle migliaia di persone che convivono con l'orticaria cronica spontanea (CSU), una patologia infiammatoria della pelle, che colpisce soprattutto le donne e si manifesta più frequentemente tra i 20 e i 40 anni. A differenza dell'orticaria comune, in genere associata a reazioni allergiche, la forma cronica spontanea compare senza che sia identificabile un fattore scatenante. I sintomi – pomfi pruriginosi, arrossamenti e gonfiori che compaiono su viso, mani, piedi e che a volte interessano anche la gola – persistono per almeno sei settimane e possono protrarsi per mesi o anni.

La natura imprevedibile della malattia rappresenta uno degli aspetti più difficili da gestire. Le manifestazioni compaiono all'improvviso, rendendo complessa la pianificazione delle attività quotidiane. Il risultato è un carico non soltanto fisico, ma anche psicologico. Numerosi pazienti riferiscono disturbi del sonno, ansia, depressione e una riduzione della produttività lavorativa, con conseguenze significative sulla vita personale e professionale.

“Convivere con l'orticaria cronica spontanea – commenta Elena Radaelli, Presidente di ARCO (Associazione Ricerca Cura dell'Orticaria) – significa affrontare ogni giorno una malattia complessa e spesso sottovalutata, che può incidere profondamente sulla qualità della vita. Molti pazienti si sentono ancora poco compresi e faticano a trovare risposte adeguate”.

### **Gli unmet need terapeutici dell'orticaria cronica spontanea**

Nonostante la disponibilità di trattamenti consolidati, i bisogni terapeutici insoddisfatti rimangono elevati. Gli antistaminici H1 rappresentano infatti la terapia di prima linea, ma oltre la metà dei pazienti continua a manifestare sintomi rilevanti nonostante il trattamento. Per queste persone, raggiungere un controllo adeguato della malattia resta una sfida clinica importante. Proprio per rispondere a questi unmet need, la Commissione europea ha approvato il remibrutinib per il trattamento degli adulti con orticaria cronica spontanea non controllata dagli antistaminici H1. Si tratta della prima terapia orale mirata (si assume due volte al giorno), autorizzata nell'Unione Europea per questa indicazione.

Il farmaco è un inibitore selettivo della tirosin-chinasi di Bruton (BTK), proteina coinvolta nei meccanismi immunologici che portano al rilascio di istamina. Quest'ultima è una delle principali sostanze responsabili della comparsa di prurito, pomfi e gonfiore. Bloccando questa via di

segnalazione, remibrutinib interviene dunque direttamente sui processi biologici alla base della malattia.

## **Gli studi registrativi REMIX-1 e REMIX-2**

L'approvazione europea arriva sulla scia dei risultati positivi degli studi registrativi di fase 3 REMIX-1 e REMIX-2, due trial multicentrici globali, randomizzati, in doppio cieco e controllati con placebo che hanno coinvolto complessivamente 925 pazienti, che presentavano persistenza dei sintomi nonostante fossero in terapia con antistaminici H1 di seconda generazione.

I risultati degli studi hanno mostrato una superiorità del trattamento rispetto al placebo nella riduzione del prurito, del numero di pomfi e dell'attività complessiva della malattia dopo 12 settimane di terapia. Molto rilevante è il dato sulla rapidità della risposta: i benefici clinici sono stati osservati già dalla prima settimana di trattamento.

“L'orticaria cronica spontanea, una malattia infiammatoria di origine autoimmune con sintomi altamente debilitanti ha un decorso spesso imprevedibile che incide negativamente sulla qualità di vita - sottolinea la dottoressa Silvia Mariel Ferrucci, responsabile del servizio di dermatologia allergologica e professionale della Fondazione IRCCS Ca' Granda dell'Ospedale Maggiore Policlinico Milano -. L'approvazione europea di questa nuova opzione terapeutica, che agisce su una via immunitaria chiave, amplia le opzioni di gestione della malattia per i pazienti che non traggono beneficio dalla terapia antistaminica convenzionale”.

Favorevole anche il profilo di safety e tollerabilità del nuovo farmaco. Gli eventi avversi più frequentemente riportati sono stati congestione nasale, mal di gola, rinorrea, cefalea, nausea, dolore addominale ed episodi di sanguinamento generalmente di lieve entità.

## **La terapia entra nelle linee guida internazionali 2026**

L'importanza di questa nuova opzione terapeutica è stata riconosciuta anche dalle più recenti Linee guida internazionali per la definizione, classificazione, diagnosi e gestione dell'orticaria, pubblicate nel 2026, che raccomandano l'impiego di remibrutinib nei pazienti che rimangono sintomatici dopo il trattamento con antistaminici H1.

L'approvazione europea rappresenta quindi un passo avanti significativo in un'area caratterizzata da un elevato bisogno clinico ancora insoddisfatto. Per migliaia di persone che convivono con una malattia spesso invisibile ma altamente invalidante, la disponibilità di una terapia orale mirata può contribuire a migliorare il controllo dei sintomi e a recuperare una migliore qualità della vita. Il farmaco è già approvato negli Stati Uniti, in Cina e in diversi altri Paesi.

Servizio Orticaria cronica spontanea

## Sintomi e cause non sempre chiare: ecco l'identikit di una delle patologie più impattanti della cute

L'orticaria è estremamente comune: la metà della popolazione ne sperimenta almeno un episodio nella vita; quella cronica spontanea è meno diffusa ma, in ogni caso, solo in Italia colpisce circa 480mila persone

*di Barbara Gobbi*

8 luglio 2026

“Più conoscenza. Migliore salute della pelle”. Lo slogan della giornata mondiale della salute della pelle che si celebra l'8 luglio - su input dell'International League of dermatological Societies e della International Society of Dermatology - accende i riflettori sull'importanza di una corretta informazione e prevenzione in merito all'ampio spettro di patologie e sintomatologie che possono interessare il nostro organo più esteso: la pelle. Anche per questo, tra i più esposti ad “aggressioni” sia esterne che interne. Tra i disturbi più impattanti, figurano le orticarie, eruzioni cutanee dalle cause multifattoriali. Quella che definiamo orticaria è una reazione immuno-allergica della cute, le cui cause possono essere tante e diversificate. I sintomi sono un'eruzione cutanea, caratterizzata da ponfi cioè dei rialzamenti della pelle piatti sopra e con il bordo sollevato, che compaiono per poi sparire di solito dopo qualche ora per – eventualmente - recidivare senza che sia chiaro il “perché”.

Oltre ai ponfi, i sintomi sono prurito e gonfiore, talvolta anche alle labbra e agli occhi e molto raramente alla trachea con una conseguente sensazione di mancanza d'aria. L'orticaria è estremamente comune: la metà della popolazione mondiale ne sperimenta almeno un episodio nella vita; quella cronica spontanea è meno diffusa ma, in ogni caso, solo in Italia colpisce circa 480mila persone, con un rapporto 2:1 tra donne e uomini e con una prevalenza stimata intorno allo 0,8%, per lo più in giovani adulti dai 20 ai 55 anni.

### **Acuta o cronica?**

Nella famiglia delle orticarie la distinzione clinica più immediata è tra forma acuta e cronica. La prima insorge in un paziente che non l'ha mai avuta - o che da anni non presenta sintomi –: può presentarsi con un episodio singolo o anche in più episodi ripetuti, che in ogni caso nell'arco di tre mesi spariscono. Queste forme acute spesso hanno una causa ben individuabile: parliamo di una forma allergica o allergo-tossica dovuta a esempio a un medicinale o a un conservante presente negli alimenti o – ancora – a qualche elemento ambientale scatenante. La “reazione” scompare solo eliminando l'esposizione della persona a questi fattori.

Le forme di orticaria croniche sono più difficili da investigare perché possono avere una vasta serie di cause, che comportano spesso un'ampia batteria di esami per il paziente senza però che in buona parte delle situazioni si arrivi a identificare l'origine del disturbo. Si parla allora di orticaria idiopatica: quando semplicemente non si risale all'origine.

### **Le alterazioni immunologiche**

“Se per le orticarie acute – spiega il presidente Sidemast, Giovanni Pellacani – spesso riusciamo a risalire al conservante o al farmaco, o anche a una forte esposizione ad ambienti molto polverosi che le ha scatenate, per le croniche le cause allergiche sono decisamente meno frequenti. Dietro la forma cronica – avvisa l'esperto - possono esserci alterazioni immunologiche come auto-anticorpi, reazioni immunitarie dell'organismo o anche un maggior rilascio di sostanze che generano l'orticaria da parte dei mastociti, le cellule mediatrici che sono più sensibili e quindi basta un elemento fisico come caldo, freddo o strofinamento per innescare il rilascio di sostanze alla base dell'orticaria”. Da indagare anche eventuali infezioni croniche latenti - a esempio a un dente o alla cistifellea – che non danno sintomi veri e propri ma possono generare comunque la reazione immunologica alla base della malattia.

### **Curare il sintomo**

“La causa non si trova in circa la metà dei casi – prosegue Pellacani -: di conseguenza si punta a curare il sintomo e il meccanismo generale delle orticarie, che sono generate da un rilascio di istamina o di altri mediatori attivati dalla risposta del sistema immunitario. L'obiettivo diventa “modulare” questa risposta eccessiva. E se un tempo avevamo poche frecce all'arco quanto a risposte terapeutiche – dal cortisone alla ciclosporina nei casi più resistenti, oggi – avvisa il presidente dei dermatologi Sidemast – disponiamo di farmaci più mirati e specifici, che vanno ad agire sulle immunoglobuline circolanti bloccandone la circolazione. Altre terapie sono i modulatori di interleuchine, che possono aiutare a ridurre la cascata infiammatoria fino a ripristinare una risposta più controllata del sistema. In estrema sintesi – conclude Pellacani - l'orticaria è il sintomo di una temporanea ‘arrabbiatura’ delle cellule del sistema immunitario: quando sappiamo cosa abbia prodotto questa iper reazione eliminiamo la causa, altrimenti cerchiamo comunque di ‘calmarle’ e di renderle meno reattive anche per il futuro”.



Servizio Nuovi criteri

## Terapie innovative: 20 associazioni al lavoro per misurare il valore della cura

Al via il progetto "Pazienti in Agorà" promosso da SDA Bocconi con Novartis: la prospettiva dei pazienti accanto alle evidenze cliniche ed economiche

*di Monica Otto\**

8 luglio 2026

In un Paese caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento della cronicità e da una crescente pressione sul Servizio sanitario nazionale, la sfida non è solo rendere disponibili nuove tecnologie, ma riconoscerne ed esprimerne il valore. Da questa scelta dipendono la sostenibilità del sistema, l'accesso equo e tempestivo all'innovazione e, soprattutto, la capacità di rispondere ai bisogni reali delle persone.

### **Per una nuova terapia si aspettano 14 mesi**

Oggi, secondo i recenti dati del Patients W.A.I.T. Indicator di EFPIA, in Italia i pazienti attendono in media 14 mesi per accedere a una nuova terapia. A questi tempi si aggiungono differenze territoriali che continuano a generare disuguaglianze nell'accesso alle cure. Di fronte a questo scenario, serve un cambio di prospettiva che parta dai pazienti e dai loro bisogni, ma anche dalla capacità del sistema di misurare ciò che produce valore lungo l'intero percorso di cura.

Una recente ricerca internazionale del CERGAS di SDA Bocconi e Global Heart Hub, condotta su oltre 150 pazienti e rappresentanti di associazioni, evidenzia come il coinvolgimento dei pazienti nei processi di Health Technology Assessment sia ancora limitato e prevalentemente consultivo. Molti segnalano di essere coinvolti troppo tardi e di non ricevere un riscontro su come il loro contributo venga utilizzato: un segnale che la partecipazione è ancora lontana dall'essere pienamente integrata nei processi decisionali.

### **Il percorso di vita del paziente**

Il valore della cura, infatti, va oltre i risultati clinici e riguarda l'intero percorso di vita del paziente: qualità della vita, autonomia, continuità assistenziale, impatto sulle famiglie, equità di accesso, sostenibilità organizzativa e sociale. È una prospettiva coerente con i principi della Value-Based Healthcare, secondo cui il valore nasce dalla capacità del sistema di generare risultati rilevanti per i pazienti, utilizzando in modo appropriato le risorse disponibili e orientando le decisioni verso esiti misurabili. Per questo, le decisioni sull'innovazione non possono fondarsi solo su evidenze cliniche ed economiche, ma devono integrare in modo sistematico la prospettiva dei pazienti. Le associazioni sono oggi portatori di interesse sempre più qualificati, capaci di contribuire con conoscenze, dati, esperienze e informazioni sui bisogni reali delle persone, favorendo una valutazione più completa dell'impatto delle tecnologie sanitarie lungo il percorso di cura.

### **Gli obiettivi del progetto Pazienti in Agorà**

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

In questo contesto si inserisce il progetto “Pazienti in Agorà”, promosso da Novartis, che riunisce oltre 20 associazioni attive in diversi ambiti, dall’oncologia al cardiovascolare, dalle malattie immunologiche a quelle neurologiche. Dopo la definizione di priorità comuni, le Associazioni avvieranno un percorso di lavoro con SDA Bocconi sui temi della misurazione e interpretazione del valore della cura, del dialogo con gli interlocutori istituzionali nazionali e regionali e della partecipazione dei pazienti lungo il percorso di cura. Progetti come “Pazienti in Agorà” dimostrano come la collaborazione multistakeholder possa favorire una sanità più orientata al valore. L’obiettivo è evolvere i criteri con cui la cura viene valutata, considerando non solo l’efficacia delle terapie, ma anche gli esiti lungo l’intero percorso del paziente, la qualità della vita, l’impatto sociale ed economico e le opportunità offerte dal digitale e dall’intelligenza artificiale.

La sfida non è semplicemente ascoltare la voce dei pazienti, ma renderla parte integrante delle decisioni. Ciò significa investire in competenze, infrastrutture informative, strumenti per la raccolta sistematica degli esiti e regole trasparenti che consentano una partecipazione stabile lungo tutto il ciclo dell’innovazione. Solo così il valore della cura potrà essere pienamente realizzato: non come semplice efficacia di una tecnologia, ma come capacità del sistema di trasformare l’innovazione in migliori esiti di salute, qualità della vita, equità di accesso e sostenibilità per la collettività.

*\*Associate professor of practice e Director for Executive Education in Government, Health and Non Profit di SDA Bocconi School of Management*

Servizio Orticaria cronica spontanea

## Molto più di una malattia della pelle: pazienti al centro della cura

La sopravvivenza non è a rischio ma è profondamente compromessa la qualità della vita: l'esperienza italiana dello studio AWARE

*di Silvia Mariel Ferrucci\**

8 luglio 2026

L'orticaria cronica spontanea colpisce circa lo 0,5-1% della popolazione e interessa prevalentemente donne tra i 30 e i 50 anni. Sebbene non metta a rischio la sopravvivenza, può compromettere profondamente la qualità della vita. Il prurito persistente disturba il sonno, riduce la concentrazione, altera il rendimento lavorativo, limita la vita sociale e genera uno stato continuo di incertezza. L'angioedema, presente in circa il 40-50% dei pazienti, rappresenta spesso l'aspetto più temuto della malattia. Non sorprende quindi che studi internazionali abbiano dimostrato come il carico della CSU sia paragonabile, sotto il profilo della qualità di vita, a quello osservato in pazienti con cardiopatia ischemica o altre malattie croniche importanti.

### I "Patient Reported Outcomes" cambiano il modo di valutare la malattia

Per decenni il successo terapeutico nell'orticaria cronica spontanea (CSU) è stato giudicato quasi esclusivamente dal medico: numero dei pomfi, intensità del prurito, presenza di angioedema, risposta agli antistaminici. Oggi questo approccio è profondamente cambiato. La moderna gestione della CSU non si limita più a osservare la cute, ma misura sistematicamente anche ciò che il paziente vive ogni giorno.

Dorme? Lavora? Esce con gli amici? Ha paura della successiva riacutizzazione? Evita di programmare un viaggio per timore di un episodio di angioedema?

Sono domande apparentemente semplici, ma rappresentano oggi uno degli elementi più importanti nella valutazione della malattia.

È il concetto dei Patient Reported Outcomes (PROs), gli esiti riportati direttamente dal paziente, che negli ultimi dieci anni hanno rivoluzionato la gestione dell'orticaria cronica.

### Il paziente è il miglior "biomarcatore" della malattia

Uno dei concetti più innovativi emersi dalla ricerca degli ultimi anni è che il paziente rappresenta il miglior indicatore dello stato della propria malattia. A differenza di molte patologie croniche, nella CSU non esistono biomarcatori affidabili che permettano di misurare con precisione l'attività clinica o il grado di controllo terapeutico. Per questo motivo la valutazione deve necessariamente basarsi anche sull'esperienza riferita dal paziente.

I Patient Reported Outcomes (PROs) consentono infatti di misurare aspetti che il medico non può osservare direttamente come l'intensità del prurito, la qualità del sonno, le limitazioni nella vita

familiare e sociale, produttività lavorativa, impatto psicologico e la percezione del controllo della malattia. La medicina moderna considera ormai questi parametri veri e propri obiettivi di terapia clinici, al pari dei dati obiettivi raccolti dal medico durante la visita.

### **Cosa dicono le linee guida internazionali**

Le Linee Guida Internazionali rappresentano oggi il principale riferimento mondiale nella gestione dell'orticaria. Il documento introduce un principio destinato a modificare la pratica clinica quotidiana in quanto ad ogni visita il paziente deve essere valutato per tre dimensioni fondamentali: attività della malattia, livello di controllo e impatto sulla qualità di vita. Per questo motivo vengono raccomandati specifici Patient Reported Outcome Measures (PROMs):

- per l'attività della malattia UAS7 (Urticaria Activity Score 7)
- per il controllo della malattia UCT (Urticaria Control Test)
- per la qualità di vita CU-Q2oL e DLQI
- per i pazienti con angioedema AAS, AECT e AE-Qo.

Le linee guida sottolineano inoltre che l'obiettivo terapeutico deve essere il controllo completo della malattia, con la normalizzazione della qualità di vita e non il semplice miglioramento dei sintomi.

### **Lo studio italiano AWARE è una fotografia della pratica clinica**

Una delle più importanti analisi di vita reale italiane deriva dal registro internazionale AWARE, che ha seguito per due anni 247 pazienti con orticaria cronica provenienti da 24 centri specialistici italiani. Lo studio aveva come obiettivo principale quello di valutare l'evoluzione dei Patient Reported Outcomes durante il trattamento, utilizzando strumenti validati quali DLQI, UAS7, CU-Q2oL e WPAI.

I risultati fotografano con chiarezza il peso della malattia. All'inizio dello studio oltre il 90% dei pazienti presentava pomfi attivi; circa il 43% soffriva di angioedema; Ø la durata media della malattia era di circa cinque anni. Ancora più significativo era il carico sulla qualità di vita.

Quasi un paziente su due riferiva un impatto moderato, severo o estremamente severo della malattia secondo il DLQI, mentre soltanto il 19% dichiarava che la CSU non interferiva con la propria quotidianità.

### **Quando migliorano i sintomi migliora anche la vita**

Durante i due anni di osservazione i trattamenti specialistici hanno prodotto un netto miglioramento.

Il punteggio medio DLQI si è ridotto progressivamente, passando da 7.5 a 3.0 mentre anche il questionario specifico CU-Q2oL ha documentato una marcata riduzione dell'impatto della malattia. Parallelamente diminuivano i punteggi UAS7 e la frequenza di pomfi e angioedema.

Questi dati confermano quanto dimostrato anche dai principali studi clinici internazionali: quando si ottiene un controllo efficace dell'infiammazione, migliora anche il benessere complessivo del paziente.

### **Ma non basta stare meglio: bisogna tornare a vivere normalmente**

Lo studio AWARE evidenzia tuttavia un dato molto importante.

Dopo due anni di follow-up quasi il 19% dei pazienti continuava a presentare un impatto almeno moderato sulla qualità di vita; fino alla metà dei pazienti mostrava ancora un controllo non ottimale della malattia a seconda del trattamento; circa il 50% continuava a manifestare pomfi; il 15% riferiva ancora episodi di angioedema. Questo significa che la semplice riduzione dei sintomi non coincide necessariamente con il ritorno a una vita normale. È proprio qui che i PROs assumono un valore clinico fondamentale.

## **Il “treat to target” nell’orticaria cronica**

Come avvenuto nella psoriasi, nella dermatite atopica e nell’artrite reumatoide, anche nell’orticaria cronica si sta affermando il concetto di treat to target. L’obiettivo non è più ottenere un miglioramento parziale, ma raggiungere un controllo completo della malattia.

Idealmente il paziente dovrebbe presentare UAS7 pari a 0 o UAS7  $\geq$ 7 (malattia ben controllata),  $\emptyset$  UCT  $\geq$ 12 (malattia ben controllata), ripristino di una buona qualità di vita, non più limitazioni lavorative, sociali e familiari.

Per raggiungere questo obiettivo è indispensabile ascoltare sistematicamente il paziente attraverso strumenti standardizzati, che consentono di adattare la terapia in modo tempestivo e personalizzato.

## **Il futuro: PROs digitali e medicina personalizzata**

L’evoluzione più recente riguarda la digitalizzazione dei Patient Reported Outcomes. Applicazioni per smartphone e APP come “Cruse control” elaborata dal network UCARE, reti di centri specializzati per lo studio e gestione della orticaria cronica distribuiti in numerosi Paesi, consentono oggi al paziente di registrare quotidianamente sintomi, prurito, comparsa dei pomfi, episodi di angioedema e qualità di vita. Questi dati possono essere condivisi con il centro specialistico, permettendo una gestione più dinamica della terapia e una maggiore personalizzazione del percorso assistenziale. La raccolta digitale dei PROs è destinata a diventare parte integrante della pratica clinica nei prossimi anni.

## **Conclusioni**

L’orticaria cronica spontanea è una malattia che si manifesta sulla pelle, ma il suo impatto va ben oltre i pomfi e il prurito. Colpisce il sonno, il lavoro, la vita sociale, la salute mentale e la capacità di progettare la quotidianità.

La ricerca degli ultimi anni e le più recenti linee guida internazionali hanno definitivamente chiarito che la valutazione della CSU non può limitarsi all’esame obiettivo. I Patient Reported Outcomes (PROs) sono oggi strumenti essenziali per comprendere il reale peso della malattia e per guidare le decisioni terapeutiche.

L’esperienza italiana dello studio AWARE dimostra che il miglioramento clinico si accompagna generalmente a un recupero della qualità di vita, ma evidenzia anche che una quota non trascurabile di pazienti continua a convivere con limitazioni importanti nonostante le cure. Per questo motivo, ascoltare in modo strutturato la voce del paziente non rappresenta più un’opzione, bensì uno standard di buona pratica clinica.

La sfida della dermatologia e dell’allergologia moderne non è soltanto eliminare i pomfi: è restituire al paziente una vita libera dalla malattia.

*\*Responsabile del servizio di dermatologia allergologica e professionale della Fondazione IRCCS Ca’ Granda dell’Ospedale Maggiore Policlinico Milano*



Servizio Orticaria cronica spontanea

## **Disturbi del sonno, ansia e ostacoli: l'invalidità costa oltre 4.200 euro a paziente**

Il 50% dei pazienti occupati perde giornate lavorative, il 63% lavora con produttività ridotta e il 45% riceve supporto dai caregiver

*di Redazione Salute*

8 luglio 2026

Sono oltre 190mila gli italiani che vivono con l'orticaria cronica spontanea (CSU) nelle sue forme moderate e gravi, una malattia infiammatoria di origine autoimmune, che colpisce le donne con una frequenza doppia rispetto agli uomini e si manifesta tra i 20 e i 40 anni. La CSU pesa sulla qualità di vita dei pazienti, che vivono disturbi del sonno, sperimentano ansia e depressione, affrontano ostacoli quotidiani nel lavoro e nella socialità. A svelare i costi nascosti della patologia è lo studio italiano pubblicato sulla rivista scientifica internazionale *Global & Regional Health Technology Assessment*<sup>1</sup>, che ha coinvolto 122 pazienti, di cui oltre il 70% con una forma grave di malattia e un'età media di circa 46 anni. L'analisi ha coinvolto esperti economisti, insieme all'Associazione Ricerca Cura dell'Orticaria (ARCO) e a Novartis, azienda leader nell'innovazione in ambito farmaceutico, impegnata al fianco di tutti gli attori del sistema Paese per dare nuove risposte a chi vive con malattie complesse, come quelle immunologiche.

### **Costi fino a 5.200 euro per paziente**

I risultati rivelano che ogni anno i costi indiretti della CSU raggiungono in media i 4.200 euro per paziente e per le forme più gravi arrivano ai 5.200 euro, dovuti in buona parte alla perdita di giornate lavorative (50%) e a una produttività ridotta (63%) a causa dei sintomi debilitanti della CSU.

I risultati dell'indagine si aggiungono a quanto rilevato dal precedente studio osservazionale retrospettivo effettuato su database sanitari, che ha preso in esame circa 5,5 milioni di assistiti/anno tra il 2016 e il 2021, individuando e analizzando 1.707 pazienti con nuova diagnosi di CSU e età media di 36 anni. Secondo l'indagine nel primo anno dalla diagnosi, quasi il 17% dei pazienti aveva avuto in media 1,6 ricoveri ospedalieri, circa 8 su 10 pazienti avevano effettuato in media 2,4 accessi al pronto soccorso e 3 visite specialistiche nel corso dell'anno, a dimostrazione del peso della malattia in termini di ricorso a servizi sanitari, con un costo diretto medio annuo di circa 1.900 euro per paziente a carico del Ssn.

### **L'impatto socio-economico della patologia**

A contribuire all'impatto socio-economico della CSU sono anche i costi a carico dei pazienti, che secondo lo studio ammontano a una spesa media di circa 500 euro, tra visite ed esami, farmaci e altri costi associati al percorso di cura. Un onere economico che si aggiunge a quello assorbito dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'indagine ha visto la partecipazione di esperti economisti, tra cui la Chiara Bini, autrice principale della pubblicazione scientifica e ricercatrice presso il CEIS-EEHTA, facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata, che commenta: "Di fronte a una malattia debilitante e spesso sottovalutata come l'orticaria cronica spontanea diventa prioritario analizzare la spesa che grava direttamente sui pazienti e su tutta la comunità, per comprendere a fondo il reale impatto sociale ed economico che ci troviamo davanti. Questo studio ha rilevato quanto la CSU sia una sfida sociale che merita attenzione e impegno, a beneficio dei pazienti e di tutta la società".

### **Cure appropriate e tempestive**

Con questo studio, Novartis ha contribuito ad analizzare la realtà italiana dell'orticaria cronica spontanea nell'ambito del suo impatto sociale ed economico – spiega Roberta Rondena, Country Value & Access Head di Novartis Italia –. Questi dati rappresentano una base di evidenze fondamentale per comprendere il reale carico della malattia e per orientare le decisioni e gli interventi ai fini di un accesso alle cure più appropriato, tempestivo ed equo. L'auspicio è che possano favorire un percorso condiviso tra tutti gli stakeholder, volto a ridurre il peso della malattia e migliorare concretamente la qualità di vita delle persone.



Servizio Orticaria cronica spontanea

## La malattia invisibile che pesa sulla qualità della vita

Non è un semplice problema della pelle: in realtà è una patologia cronica complessa, sostenuta da meccanismi immunologici. Ridurre i ritardi sulle diagnosi

*di Elena Radaelli\**

8 luglio 2026

Si stima che l'orticaria cronica spontanea interessi circa l'1% della popolazione mondiale e quasi lo 0,8% di quella italiana. Non è quindi una malattia rara. Eppure continua a essere poco conosciuta e, spesso, sottovalutata. Chi non l'ha mai sperimentata tende a considerarla un semplice problema della pelle. In realtà è una patologia cronica complessa, sostenuta da meccanismi immunologici, che può compromettere profondamente la qualità della vita.

### I sintomi della patologia

Si manifesta con pomfi, prurito intenso e, in molti casi, angioedema. I sintomi persistono per oltre sei settimane e possono accompagnare la persona per mesi o anni. Soprattutto, arrivano senza preavviso. È questa imprevedibilità che rende la malattia così difficile da affrontare: non sapere quando compariranno le lesioni, quanto dureranno, se sarà possibile dormire, lavorare, uscire o rispettare un impegno preso.

Nel mio ruolo di Presidente di ARCO – Associazione per la Ricerca e Cura dell'Orticaria – ho avuto l'opportunità di ascoltare le storie di molte persone che convivono con questa malattia. Raramente iniziano il loro racconto descrivendo solo i pomfi. Parlano piuttosto delle notti trascorse senza dormire, delle giornate di lavoro affrontate con fatica, dell'imbarazzo quando le lesioni compaiono improvvisamente sul volto o sulle mani. Raccontano la rinuncia a un viaggio, la paura che un episodio di angioedema possa verificarsi lontano da casa, la difficoltà di spiegare che quella malattia non è contagiosa.

### Restituire equilibrio ai pazienti

Sono racconti diversi, ma restituiscono la stessa immagine: quella di una patologia che entra nella quotidianità e ne modifica profondamente gli equilibri. La qualità della vita è oggi uno degli indicatori più importanti anche nella valutazione dell'efficacia delle cure. Controllare la malattia significa restituire alle persone la possibilità di lavorare, studiare, dormire, viaggiare e coltivare relazioni senza che il prurito e l'incertezza condizionino ogni scelta.

La letteratura scientifica conferma ciò che noi pazienti riportiamo da tempo: l'impatto dell'orticaria cronica spontanea è senza dubbio rilevante sul benessere psicologico, sulla produttività lavorativa e sulla partecipazione alla vita sociale. Non riguarda quindi soltanto chi ne soffre, ma anche la famiglia, l'ambiente di lavoro e, più in generale, la collettività.

## **I progressi della ricerca**

Negli ultimi anni la ricerca ha cambiato profondamente la nostra conoscenza della malattia. Sappiamo che non è la conseguenza di un'allergia alimentare o ambientale, come ancora molti pensano. Conosciamo meglio i meccanismi che la determinano e disponiamo di percorsi diagnostici e terapeutici che consentono di ottenere un controllo efficace dei sintomi nella grande maggioranza dei pazienti.

Eppure, il ritardo diagnostico rimane una realtà. Molte persone arrivano al centro specialistico dopo avere consultato diversi professionisti e avere eseguito accertamenti non sempre necessari. In questo percorso si accumulano tempo, frustrazione e sofferenza, mentre la qualità della vita continua a peggiorare. Ridurre questo ritardo significa offrire ai pazienti la possibilità di accedere prima alle cure appropriate e di recuperare più rapidamente una vita il più possibile normale.

## **Così Arco favorisce il dialogo**

Come ARCO lavoriamo ogni giorno per promuovere la conoscenza dell'orticaria cronica spontanea, favorire il dialogo tra pazienti, medici, ricercatori e istituzioni e contribuire a diffondere informazioni corrette. In questi anni, ascoltando i pazienti e le loro famiglie, ho capito che il primo bisogno è sentirsi riconosciuti e presi sul serio. Ricevere una diagnosi corretta e sapere che oggi la malattia può essere controllata cambia il modo di guardare al futuro.

La ricerca ha aperto prospettive che fino a pochi anni fa sembravano difficilmente immaginabili. La sfida, ora, è fare in modo che queste opportunità raggiungano tutti i pazienti, senza differenze legate al luogo in cui vivono o al percorso che affrontano prima della diagnosi. Perché convivere con un'orticaria cronica spontanea non controllata non significa soltanto avere pomfi o prurito: significa rinunciare, ogni giorno, a una parte della propria libertà. Restituire quella libertà è il risultato più importante che la cura possa offrire.

*\*Presidente e fondatrice ARCO, Associazione per la Ricerca e Cura dell'Orticaria*



Servizio Dottore, ma è vero che

## **In gravidanza è meglio evitare il mare? Ecco cosa sapere e cosa non fare**

Il team dei dottori e degli esperti anti-bufale dell'Ordine nazionale dei medici risponde ai principali dubbi sulla salute

8 luglio 2026

Il mare è da secoli associato al riposo e alla cura del corpo. Non sorprende, quindi, che molte donne in gravidanza si chiedano se trascorrere le vacanze estive in riva al mare sia una scelta sicura per sé e per il bambino. La risposta che arriva dagli studi scientifici è rassicurante: il mare non è da evitare. Come per molte attività della vita quotidiana, però, è importante sapere cosa fare, cosa evitare e quando è opportuno consultare il proprio medico.

### **Nuotare in mare in gravidanza è sicuro?**

Sì, in una gravidanza che procede senza complicazioni. Una revisione sistematica e meta-analisi pubblicata nel 2024 su BMC Pregnancy and Childbirth - che ha analizzato dieci studi clinici randomizzati su quasi 2.000 donne - ha mostrato che le attività acquatiche in gravidanza contribuiscono a controllare meglio il peso materno e a migliorare la qualità della vita, senza effetti negativi sul feto. Anche le principali linee guida internazionali supportano questa indicazione: l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda alle donne in gravidanza senza complicazioni almeno 150 minuti a settimana di attività fisica aerobica di intensità moderata e le linee guida dell'American College of Obstetricians and Gynecologists includono esplicitamente l'idroterapia e gli esercizi acquatici tra le attività sicure in gravidanza.

Nuotare in acqua ha il vantaggio di ridurre il carico sulle articolazioni e di alleggerire la sensazione di peso, particolarmente apprezzato negli ultimi mesi di gravidanza. Occorre però rispettare alcune precauzioni di buon senso: evitare le ore più calde della giornata, non esporsi a lungo al sole diretto, bere acqua frequentemente per non disidratarsi e non nuotare in mare aperto in presenza di correnti forti o condizioni meteo avverse. È comunque sempre utile informare il proprio ginecologo prima di iniziare qualunque programma di attività fisica, anche se di intensità moderata.

### **Il caldo del mare d'estate può essere pericoloso?**

Le donne in gravidanza percepiscono il caldo in modo più intenso rispetto alla norma. Durante la gestazione il corpo produce più calore e per disperderlo aumenta il flusso di sangue verso la pelle: un meccanismo che rende la termoregolazione già più sollecitata anche in una giornata qualunque. In estate, la combinazione di temperature elevate, esposizione solare prolungata e disidratazione può diventare un fattore di rischio reale. Una revisione sistematica e meta-analisi pubblicata su Nature Medicine nel 2025, che ha analizzato 198 studi condotti in 66 paesi, ha documentato che l'esposizione al caldo in gravidanza aumenta il rischio di parto pretermine di circa il 4% per ogni grado centigrado di aumento della temperatura, e del 26% durante le ondate di calore. Risultati

coerenti emergono da un'analisi recentemente pubblicata su Environment International, che ha esaminato oltre 36 milioni di nascite in 13 paesi - tra cui l'Italia - stimando che durante la stagione calda il rischio di parto pretermine aumenti del 2,8% nelle giornate di caldo moderato e del 3,8% in quelle di caldo intenso, con circa 974 parti prematuri in più per ogni milione di nascite attribuibili al caldo nel nostro paese.

Il rischio non riguarda una normale giornata al mare con le dovute precauzioni, ma le situazioni di esposizione prolungata senza riparo: stare al sole nelle ore centrali del giorno (tra le 11 e le 16 circa), non bere abbastanza acqua, non cercare ombra o ambienti freschi. In occasione di ondate di calore con allerta rossa, i medici consigliano in genere di evitare di uscire nelle ore più calde e di privilegiare ambienti climatizzati. I segnali da non sottovalutare sono sete intensa, vertigini, debolezza, palpitazioni e calo di pressione: in questi casi è importante contattare subito il proprio ginecologo o recarsi in pronto soccorso.

### **Ci sono attività acquatiche da evitare assolutamente in gravidanza?**

Sì. Le immersioni subacquee con autorespiratore (cosiddetto scuba diving) sono controindicate in qualsiasi fase della gravidanza. Le variazioni di pressione che si verificano in immersione possono provocare la formazione di bolle di gas nel sangue, una condizione nota come malattia da decompressione. Il feto, a causa delle particolarità del suo sistema circolatorio, è potenzialmente più esposto a questo rischio rispetto alla madre: la circolazione polmonare fetale non è in grado di filtrare le bolle di gas che si possono formare, le quali possono quindi raggiungere direttamente gli organi. L'American College of Obstetricians and Gynecologists raccomanda di evitare le immersioni per tutta la durata della gravidanza. Il Divers Alert Network, la principale organizzazione internazionale di medicina subacquea, condivide la stessa indicazione.

Lo snorkeling in superficie, invece, è generalmente considerato praticabile, a condizione che si rimanga in superficie e che la gravidanza proceda regolarmente. Sono naturalmente da evitare i tuffi da altezze elevate, che possono causare traumi addominali, e le attività ad alto rischio di cadute o urti, come il surf o gli sport acquatici ad alta velocità.

### **Bisogna proteggersi dal sole in modo diverso durante la gravidanza?**

Sì, e per più di una ragione. Durante la gravidanza si producono quantità maggiori di melanina - il pigmento responsabile del colore della pelle - a causa dei cambiamenti ormonali. Questa iperpigmentazione rende la cute più reattiva ai raggi ultravioletti e predispone a una condizione chiamata melasma gravidico, o "maschera della gravidanza": macchie scure che compaiono soprattutto sul viso. La prevalenza del melasma in gravidanza varia, a seconda delle popolazioni studiate, tra il 36 e il 75% delle donne. Uno studio clinico su 200 donne in gravidanza ha dimostrato che l'uso regolare di un filtro solare ad ampio spettro a partire dal primo trimestre riduce di oltre il 90% l'incidenza del melasma. Le linee guida dermatologiche raccomandano creme solari ad ampio spettro con fattore di protezione (SPF) elevato, da applicare 20 minuti prima dell'esposizione e da rinnovare ogni due ore o dopo ogni bagno.

Leggi la scheda integrale sul sito [dottoremaeveroche.it](http://dottoremaeveroche.it) di Fnomceo

## IL CASO

### Anziani, non serve potenziare le Rsa ma va sostenuta l'assistenza a casa

VINCENZOPAGLIA\*

In questi giorni, rispondendo a un'inchiesta de *La Stampa*, sul fronte politico è emersa la necessità di un aumento della spesa per le Rsa. È l'ennesima prova che non riusciamo a liberarci da una trappola: mentale, istituzionale ed esistenziale. Continuiamo a

non voler costruire il sistema di cui i nostri padri e le nostre madri avranno inevitabilmente bisogno. MONDO - PAGINE 12 E 13

# Rsa, la rivolta delle famiglie “Mancano investimenti” Regione Piemonte nel mirino

Airaudò, Cgil, pronto a una class action: “Così viene negato il diritto alle cure”  
I gestori insorgono: “Risorse invariate e unità di valutazione a corto di organici”

ALESSANDROMONDO  
TORINO

«Dopo anni in cui me ne sono presa cura a casa, la Sanità pubblica mi volta le spalle all'aggravarsi della condizione sanitaria della mamma, che ci ha costretti al ricovero in Rsa». Donatella, figlia di Nunzia, 84 anni, con un decadimento cognitivo accelerato. Richiesta di convenzione, e risposta della Commissione Uvg: «Caso non urgente», domanda rifiutata.

Anziani in lista di attesa per un posto in Rsa in Piemonte, 11.600, in aumento: fioccano le segnalazioni, dietro ogni caso una storia, un volto, sensi di colpa, frustrazione, difficoltà economiche. L'inchiesta de *La Stampa* ha alzato il coperchio su un tormento collettivo

che tracima per ogni dove: lettere, mail, social.

La Regione spiega che non ci sono soldi e contestualmente difende il principio e il sistema delle priorità (urgenti, non urgenti, differibili), promette di sveltire le pratiche, mentre monta la rabbia di quanti si sentono vittime di un diritto negato.

Tanto più che, anche tra gli “urgenti”, parecchi sono comunque in attesa. «Dagli 8.500 in attesa a febbraio si è passati agli 11.616 al 31 dicembre - spiega la consigliera regionale di Avs Alice Ravinale -. Di questi, 892 sono urgenti». Altro che casi isolati. E se non entrano in convenzione gli urgenti, figurarsi gli altri. «Oggi la Regione spende circa 270 milioni per la quota sanita-

ria delle Rsa - calcola il consigliere regionale del Pd Daniele Valle -. Le famiglie piemontesi, invece, sostengono una spesa complessiva vicina a 900 milioni l'anno: circa 270 per le quote alberghiere degli utenti convenzionati e oltre 600 milioni per le rette integrali degli ospiti esclusi dalla copertura sanitaria. Il problema non è che la Regione spende troppo per le Rsa ma che una parte enorme del costo della non autosufficienza grava sui cittadini, mentre migliaia di persone restano in attesa del riconoscimento della quota sa-



nitaria cui avrebbero diritto». L'intervista rilasciata dall'assessore regionale alla Sanità Federico Riboldi su *La Stampa*, l'unico che peraltro abbia avuto il coraggio di metterci la faccia (non pervenuti i ministri competenti), ha esasperato gli animi, più che placarli. «La Regione tenta di minimizzare una situazione esplosiva, di grandissima sofferenza per le famiglie», replica Maria Grazia Breda, presidente Fondazione promozione sociale ETS. E cita la risposta del direttore generale dell'Asl Torino 3 dello scorso marzo «ad una nostra segnalazione di caso urgente nel distretto pinerolese». Cosa diceva il direttore? «Risultano in graduatoria "urgenti" 102 casi, di cui 69 con sfioramento, anche importante, dei 90 giorni». E invitava la Regione alla rivalutazione delle delibere sulla residenzialità oppure ad «uno stanziamento specifico

utile a sostenere tale criticità manifestata». Gli anziani e le associazioni dei malati: come scopercchiare il vaso di Pandora. E i sindacati. Giorgio Airaud, Cgil Piemonte, valuta una class action: «Piuttosto che misurarsi con la realtà, si sono inventate mille barriere per tenere fuori le persone fragili. Quando a una persona impossibilitata a compiere le funzioni essenziali della vita e si applicano le categorie delle liste di attesa, semplicemente si stanno negando sia la cura che l'assistenza». Meno scontata la presa di posizione, molto dura, dei gestori delle Rsa, che non accettano di rimanere con il cerino in mano. Michele Colaci, presidente Nazionale Confapi Sanità: «La Regione vuole sveltire le pratiche da parte delle Unità di valutazione geriatrica? Queste ammissioni arrivano tardi e non sono supportate da investimenti reali. Denunciamo da

tempo che non investe adeguatamente nel potenziamento degli organici delle Uvg, questo collo di bottiglia burocratico blocca il sistema, impedendo di snellire anche le sole pratiche urgenti. Inoltre, il sistema è paralizzato dalla carenza di personale qualificato. La Regione non sta mettendo in campo alcuna soluzione o politica attiva per agevolare la formazione e l'immissione di nuovi operatori socio-sanitari da impiegare nelle strutture, rendendo impossibile garantire i livelli di assistenza richiesti senza turni massacranti». Anche Michele Assandri, Anaste Piemonte, ha qualcosa da dire: «Non è vero che la soluzione per le risorse si debba trovare in Conferenza Stato Regioni, ogni Regione gode di autonomia organizzativa e il fatto che Lombardia, Veneto,

Toscana ed Emilia abbiano in proporzione al Piemonte quasi il doppio dei posti letto convenzionati in Rsa, ne è una conferma». L'Isce non pesa? «Il punteggio economico nella valutazione geriatrica fatta dall'Asl pesa eccome sulla possibilità di essere inseriti in convenzione: lo dimostra il fatto che quasi il 100% delle persone che fanno domanda di inserimento in convenzione godono già dell'indennità di accompagnamento, per cui sono già state valutate da una commissione medico-legale come incapaci di svolgere in autonomia la vita quotidiana». L'aumento dei posati in convenzione? «Se le risorse rimangono uguali negli anni, anche a fronte di una domanda crescente, il numero delle persone in lista di attesa salirà costantemente». —



Anche i casi "urgenti", 892 anziani, restano comunque in lista di attesa

## S Così su La Stampa



Domande in crescita e pochi posti. L'inchiesta sulle Rsa e il caso Piemonte: nella regione sono 11 mila gli anziani in lista di attesa

L'intervista all'assessore alla Sanità piemontese Federico Riboldi, che aveva definito «casi isolati» i pazienti urgenti senza un posto in Rsa



**Giorgio Airaud**  
Cgil Piemonte

Si sono inventati mille barriere per tenere fuori le persone fragili e negare cure e assistenza



**Michele Colaci**  
presidente Confapi Sanità

Il collo di bottiglia burocratico blocca il sistema e impedisce di smaltire anche le pratiche urgenti



Chi dispone di personale e competenze deve portarle dove le persone desiderano restare

## Moltiplicare i posti letto non serve va sostenuta l'assistenza a casa

### L'INTERVENTO

VINCENZO PAGLIA\*

In questi giorni, rispondendo a un'inchiesta de *La Stampa*, sul fronte politico è emersa la necessità di un aumento della spesa per le Rsa. È l'ennesima prova che non riusciamo a liberarci da una trappola: mentale, istituzionale ed esistenziale. Continuiamo a non voler costruire il sistema di cui i nostri padri e le nostre madri avranno inevitabilmente bisogno, pur sapendo da decenni cosa ci attende.

Il punto decisivo non è tanto quanto vivremo, ma come vivremo gli ultimi anni della vita. Si sono allungati gli anni, ma non in buona salute: la porzione di vita trascorsa in condizioni di malattia, limitazione funzionale e non autosufficienza rimane sostanzialmente quella.

È un'emergenza prevista, prevedibile e mai inattesa. La rassegna degli ultimi dieci anni lo dimostra: il disegno istituzionale della long-term care italiana è rimasto pressoché immutato da circa trent'anni, e persino la finestra aperta da pandemia e Pnrr si è chiusa senza un vero cambio di rotta: insomma non abbiamo imparato la lezione.

Sarebbe bello moltiplicare i posti in Rsa? Sarebbe invece dannoso e insostenibile: raddoppiare la platea residenziale significherebbe una minaccia per i conti pubblici e, insieme, un incubo per gli anziani stessi.

Abbiamo ricevuto risorse importanti dal Pnrr per l'Assistenza Domiciliare Integrata (Adi): con la misura "Casa come primo luogo di cura" l'obiettivo era portare l'Adi al 10% degli over

65. E qui sta il paradosso denunciato dalla Corte dei conti nel Quaderno n.4/2025: l'obiettivo di copertura è stato formalmente centrato - con il target di assistiti adeguato - ma la spesa effettiva resta largamente indietro, tanto che ben il 76% del budget dell'intera Missione 6 Salute (circa 12 miliardi) dovrà ancora essere speso negli ultimi due anni del Piano, e a fine 2024 risultava completato solo il 41% degli obiettivi europei. È stata spesa solo una parte dei fondi destinati all'Adi. Il risultato è paradossale: la copertura è aumentata molto, ma le ore garantite a ogni anziano sono diminuite, scendendo sotto le 16 ore all'anno. In pratica si è scelto di assistere più persone, ma dando a ciascuna sempre meno tempo di cura.

Viene allora spontaneo chiedersi come si intendano spendere i circa 12 miliardi ancora da utilizzare, e per giunta in circa un anno. Il tema è tanto più urgente perché, a partire da settembre, verranno meno le risorse del Pnrr dedicate all'Adi: già oggi si pone il problema di trovare i fondi per garantire la continuità del servizio. Il rischio è duplice: da un lato, risorse ingenti da spendere in tempi strettissimi, con il pericolo di una spesa affrettata o inefficace, dall'altro, un modello ancora troppo "prestazionale" e frammentato, che allarga la platea senza offrire un'assistenza davvero adeguata ai non autosufficienti.

Anche l'Ocse ha rilevato che l'Italia garantisce una copertura ampia ma un'intensità delle cure troppo bassa, invocando un modello più integrato tra sanitario e sociale. La trappola istituzionale è questa: fingere

una presa in carico domiciliare e lasciare che tutto proceda come prima.

Insomma: abbiamo usato i fondi per rincorrere un numero, spalmando ancora una volta poche ore su tutti. Avremo finalmente il coraggio di cambiare paradigma? Il punto non è il budget, è la logica. Oggi l'Adi è pensata come prestazione: un operatore entra, esegue un atto, esce, e la voce viene conteggiata. Ma un anziano fragile non ha bisogno di prestazioni sparse: ha bisogno di un servizio continuativo, di una vera presa in carico. Di qualcuno che risponda nel tempo, che integri il sanitario con il sociale - la spesa, i pasti, le pulizie, la compagnia - che abbia un referente stabile e un progetto di cura personalizzato. Smettiamola di ragionare per prestazioni e cominciamo a fare dell'assistenza domiciliare un servizio normale, con una normale presa in carico. È qui che i fondi residui possono ancora fare la differenza, ed è qui che si salda la promessa della Legge 33/2023: portare a casa non un atto, ma un sistema di cura.

E arriviamo alla trappola più profonda, quella che tocca il cuore. Chiediamolo con semplicità: dove vorremmo invecchiare? La risposta è quasi sempre la stessa: a casa nostra, tra le nostre cose, i nostri odori, i nostri ricordi. Non è un capriccio, è il desiderio più umano che ci sia. Eppure, diciamo "resta pure a casa" e poi la-



sciamo l'anziano solo.

La buona notizia è che una strada c'è, e comincia a intravedersi. Non serve moltiplicare i posti letto: serve portare la cura dentro le case. L'idea è incoraggiare le Rsa e le case di riposo a diventare anche presidi di assistenza domiciliare, aprendosi al territorio invece di limitarsi ad accogliere tra quattro mura. Chi già dispone di personale, competenze e organizzazione può estendere la propria attività fin dentro le abitazioni degli anziani, portando l'assistenza dove le persone desiderano restare.

Un esempio concreto arriva dal Lazio, con la nuova legge sui servizi e le strutture socioassistenziali, appro-

vata all'unanimità a giugno. Il cuore della riforma è proprio l'assistenza domiciliare diretta: le case di riposo potranno assistere gli anziani non solo all'interno delle strutture, ma anche a casa loro, e si introducono cohousing, condomini solidali, alloggi assistiti e la figura della "badante di condominio". È la direzione giusta: permettere agli anziani di restare nella propria vita e ricevere lì l'assistenza che meritano.

I vantaggi di un simile approccio sarebbero diffusi: a) gli over 65 potrebbero restare nella propria casa, dove desiderano stare, con una presa in carico reale e non simbolica; b) i gestori amplierebbero il proprio bacino di utenza, valorizzan-

do competenze e personale già esistenti; c) le Regioni potrebbero tariffare l'assistenza domiciliare a costi sensibilmente più bassi, non dovendo coprire vitto, alloggio e utenze. Insomma, un po' più di cuore e anche di pensiero! Ma pensare davvero significa una cosa sola: pensare e ripensare l'assistenza come se riguardasse ognuno di noi, e non qualche astratta "categoria" di anziani lontana dalle nostre vite. Quell'anziano solo, in fondo, siamo noi tra vent'anni; è nostra madre, è nostro padre, oggi. Solo quando lo sentiremo così, sulla nostra pelle, troveremo l'energia per uscire da queste trappole. Sono trappole vecchie, le cono-

sciamo bene da decenni. Proprio per questo possiamo, e dobbiamo, evitarle per tempo. —

*\*Presidente della Fondazione Età Grande Ets e Presidente emerito della Pontificia Accademia per la Vita*

Serve un cambio di rotta: questa è un'emergenza prevedibile

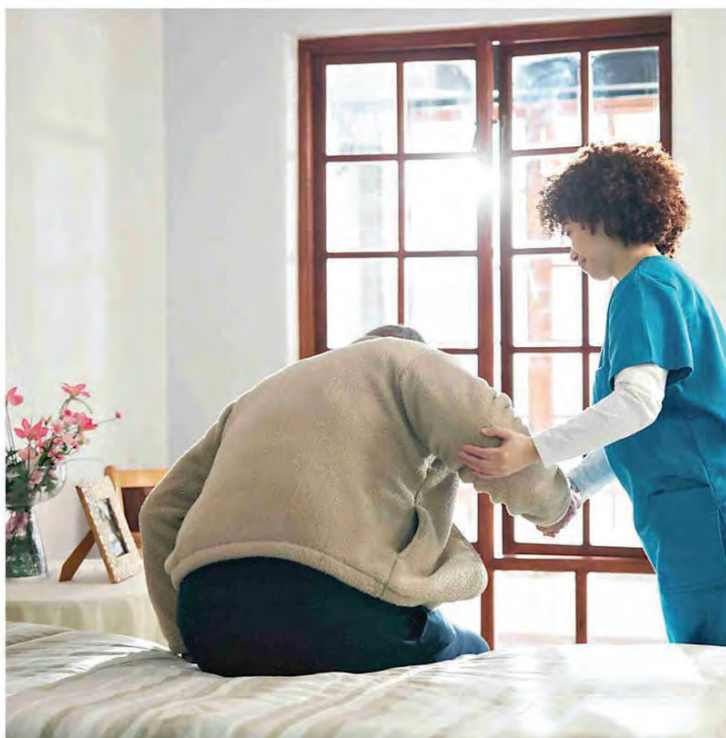


**Vincenzo Paglia**  
Fondazione Età Grande Ets

Continuiamo a non voler costruire il sistema di cui i nostri padri e le nostre madri avranno bisogno

Dove vorremmo invecchiare? La risposta è quasi sempre la stessa: a casa nostra  
Tra le nostre cose

Si è scelto di assistere più persone, ma dando a ciascuna sempre meno tempo di cura



Risorse dimenticate I fondi Pnrr per l'assistenza domiciliare non sono stati spesi integralmente



La storia di Palmira: non più autosufficiente, ha atteso due anni il ricovero in struttura

## “Senza il nostro aiuto continuo mia madre non sarebbe sopravvissuta

### IL COLLOQUIO

«**S**e mamma fosse rimasta sola, senza una famiglia, non sarebbe sopravvissuta». Roberta Cafferri accarezza la mano di Palmira, malata cronica e non più autosufficiente, finalmente in una struttura oggi dopo un calvario durato due anni.

È la storia di un paradosso che riguarda decine di migliaia di anziani: «Aumentare l'aspettativa di vita di dieci anni grazie a nuovi farmaci e nuove tecnologie, senza un'assistenza adeguata, equivale ad abbandonare gli over 70 a loro stessi. Come a dire: "Fate da soli se volete continuare a vivere"».

Una testimonianza particolarmente toccante, che apre uno spaccato su un mondo purtroppo sottaciuto. «Terapie, prenotazioni, burocrazia impossibile e tante, troppe porte in faccia - spiega Roberta - . Siamo passati da innumerevoli cadute, terapie gestite male in autonomia,

un'assistenza domiciliare inadeguata, nessuna possibilità di ricevere dall'Asl assistenza». Trovare i medicinali dispensati dalle farmacie ospedaliere, le ricette per farmaci ripetitivi per malati cronici non dispensati in automatico ma soggetti a ricette infinite: praticamente un incubo.

«Tutto questo ricade sulle famiglie, quando ci sono - racconta Roberta -. Purtroppo l'unica strada rimasta a noi familiari, dopo l'ennesima caduta è stata quella di portare la mamma al pronto soccorso e, dopo il ricovero, rifiutare le dimissioni. Obbligando l'Asl a prendersene carico». A seguire, un calvario lungo sei mesi per ottenere un posto in Rsa: «È passata da quattro incontri con le assistenti sociali che ci chiedevano di metterla in una struttura privata, totalmente a nostro carico. Impossibile per noi: sfido quale famiglia, possa far fronte a 3 mila euro mensili».

Ogni frase, una notizia: «Qualcuno sa che dalla retta sanitaria è esclusa la tachipirina? Fa parte degli extra: una vergogna, spesso è la prima cosa che il medico prescrive per il dolore. Esclusi

tutti i medicinali da banco». Poi i pannoloni, la nota dolente: «Qualcuno sa e che l'iter per ottenerli è trimestrale, e che prima che arrivi la convenzione, li devono pagare le famiglie? Qualcuno lo dice che carrozzina e girello ce li siamo portati da casa perché insufficienti? C'è qualcuno a conoscenza del fatto che, se alla mamma viene un qualsiasi problema dermatologico tutto passa come extra, perché la quota sanitaria non lo copre?».

Oggi la signora Palmira sta relativamente bene. «Attualmente è in un Rsa, è stazionaria, seguita e assistita in tutto solo perché la sua famiglia, ha ritenuto che non avrebbe tollerato di trovarla caduta a terra per l'ennesima volta - precisa la figlia -. L'Asl? Era pronta a rimandarla a casa con un cerotto. Purtroppo se hai la sfortuna di avere patologie invalidanti e non sei più autosufficiente, o sei nella condizione di avere i soldi per una struttura privata o hai la fortuna di avere una famiglia che in-

gaggia una vera battaglia per te, per garantirti una vecchiaia dignitosa. Oppure, come spesso accade, ti spegni lentamente a casa, in solitudine».

Serve aiuto, e va cercato dov'è possibile trovarlo: «Ringrazio Fondazione Promozione sociale per avermi assistito, portando a conoscenza i vertici Asl della nostra situazione, uguale a quella di migliaia di famiglie: solo così la situazione si è sbloccata». Assicurare un fine vita dignitoso ad un genitore che ti ha dato tutto: l'assillo di qualsiasi figlio. ALE. MON. —



“

Roberta Cafferri  
figlia di Palmira

Dalla tachipirina alle pomate viene considerato un extra. La prima consegna di pannoloni dopo tre mesi



## *Sanità lombarda, troppi dipendenti abbandonano*

La Uil lancia il grido di dolore, che riecheggia sulle pagine del *Giorno*: nel 2024 il personale della sanità pubblica lombarda è aumentato ma troppi sono i lavoratori che se ne vanno. I dati sono stati elaborati da Uil Lombardia e Uil Fp Lombardia sulla base del Conto annuale della ragioneria generale dello Stato, relativo al personale dipendente dal 2001 al 2024.

**In particolare, in Lombardia** il personale è di 112.360 unità (mettendoci dentro tempo indeterminato e rapporti flessibili), +912 lavoratori rispetto al '23. Salgono i dipendenti a tempo indeterminato, da 106.818 a 108.382, scendono i rapporti flessibili da 4.630 a 3.978.

**Il fatto è che c'è chi se ne va**, non perché si pensiona o passa ad altri enti. C'è proprio chi sceglie di abbandonare il Servizio sanitario nazionale: 4.188 dipendenti contro i 3.880 del '23, +7,9%. E se si guarda nel lungo termine, rispetto al 2001, dopo oltre 20 anni, il saldo complessivo è di +670 unità, ossia una crescita dello 0,6%. Il personale insomma cresce, ma non nella quantità che si desidera. C'è poi un altro punto. Il personale cresce ma non omogeneamente: Como, Cremona, Lodi, Monza e Brianza, Varese e Sondrio hanno meno personale rispetto al 2001.

**Difficile non ipotizzare** una ricaduta sui servizi. Nel maggio scorso (fonte: *Legnanonews.it*) la Uil Lombardia, insieme con Uil Fp Lombardia, ha pesantemente criticato la delibera regionale sul Piano operativo liste di attesa. Il motivo? L'arretrato: al 1° gennaio 2026, risultano ancora da recuperare 21.358 ricoveri programmati ri-

salenti addirittura agli anni 2022 e 2023. In quest'occasione il segretario confederale Uil Lombardia **Salvatore Monteduro** ha alzato la voce: «Dietro questi numeri ci sono persone che aspettano cure e interventi necessari. Questo arretrato va recuperato con criteri clinici e trasparenza, ma la domanda sorge spontanea: con quali professionisti e con quale capacità organizzativa?» E ancora: «Serve anche sapere, territorio per territorio, quanti volumi sono stati assegnati, quanti sono stati effettivamente erogati e quali prestazioni continuano ad avere tempi incompatibili con i bisogni dei cittadini».

**E sugli abbandoni** del Servizio sanitario nazionale Monteduro ha le idee chiare: «Il personale sanitario abbandona la professione a causa di salari inadeguati, turni massacranti, pesanti carenze d'organico e carichi di lavoro eccessivi che compromettono la qualità della vita lavorativa». Un'accusa da non sottovalutare.

**Carlo Monterumici**

—© Riproduzione riservata—■





Servizio Arezzo

## **San Donato: il Pronto soccorso accelera con i codici minori affidati al Terzo Settore**

La sperimentazione sta funzionando con i primi effetti positivi sulla gestione dei tempi e sulla capacità di prendere in carico i casi più complessi

*di Paolo Castiglia*

8 luglio 2026

Nessuna prestazione viene esternalizzata: tutto si svolge nella struttura pubblica, e il triage, cioè la regia clinica e l'attribuzione dei codici di urgenza, resta in capo al servizio pubblico. A una settimana dall'avvio, la gestione dei codici minori affidata alle organizzazioni di volontariato al Pronto soccorso del San Donato di Arezzo "sta funzionando senza problemi e con i primi effetti positivi sulla gestione dei tempi e sulla capacità del personale in organico di prendere in carico i casi di maggiore complessità. Un intervento nato per affrontare una necessità precisa e per garantire il servizio pubblico, sul quale non servono allarmismi" spiega la consigliera regionale Roberta Casini sulla sperimentazione dell'Asl Toscana sud est all'ospedale San Donato di Arezzo.

### **Risposta straordinaria a una criticità strutturale**

"Parliamo di una risposta straordinaria e temporanea a una criticità strutturale, la carenza di infermieri e di medici, che non riguarda solo Arezzo ma tutto il Paese. Regione e Asl non sono rimaste ferme, ma hanno attivato tutte le leve organizzative per garantire la qualità delle cure e l'efficienza di un presidio pubblico fondamentale".

La sperimentazione è attiva dal 1° luglio e avrà la durata di un anno per la gestione dei codici minori (casi meno gravi) affidata in convenzione alle associazioni di volontariato (Misericordia, AMPAS e Croce Rossa).

"La modalità scelta valorizza il terzo settore, che in Toscana è da decenni parte integrante del servizio sanitario pubblico - prosegue Casini - non si tratta di soggetti estranei al sistema: ne sono un pilastro. Coinvolgere queste realtà significa scegliere collaborazione e condivisione con il terzo settore. Una scelta che sarà uno dei cardini della nuova sanità territoriale e delle Case della Comunità".

### **Nuovi Punti di intervento rapido**

Ad Arezzo nuovi Punti di intervento rapido, operativi entro settembre, daranno risposta ai bisogni non urgenti che oggi gravano sul Pronto soccorso. La misura quindi resterà temporanea, "ma il metodo, che tiene insieme qualità del servizio, carattere pubblico e valorizzazione del volontariato è quello giusto" conclude Casini.

**Primopiano**  
alle pagine 6-7

**AMBIENTE** Il 10 luglio 1976 scoppiò il caso diossina: una catastrofe che ha lasciato il segno

# Seveso, una lezione lunga 50 anni

Il 10 luglio 1976 un'esplosione nella fabbrica chimica Icmesa causava una fuoriuscita di diossina che investì anche Meda, Cesano Maderno e Desio. I primi giorni non ci furono allarmi particolari,

poi scoppiò un'emergenza che durò anni. Tra le storie simbolo quella di Stefania Senno, ritratta qui accanto da Mauro Galligani mentre ha davanti a sé una sua foto di allora,

quando doveva essere medicata tre volte al giorno.



*Il 10 luglio 1976 un'esplosione nella fabbrica chimica Icmesa causò la fuoriuscita della sostanza tossica che investì anche Meda, Cesano Maderno e Desio. I primi giorni non ci furono allarmi particolari, poi scoppiò un'emergenza che durò anni*



# Seveso 50 anni dopo la diossina: dal disastro alla consapevolezza

**PIERFRANCO REDAELLI**  
Seveso (Monza e Brianza)

**A**veva colto tutti di sorpresa la catastrofe ecologica che il 10 luglio 1976 avvenne a Seveso, anche se la brezza che nel caldo mezzogiorno di quel giorno soffiava da Meda verso Seveso e la sua frazione di Baruccana aveva il profumo dolce delle essenze che l'Icmesa (Industrie Chimiche - Meda - Società Azionaria) produceva accanto al mortale TcfTc nel reparto "A101" dello stabilimento. Alcuni anziani ricordano ancora che «spesso l'aria sapeva di questi profumi, per questo nessuno ci aveva fatto caso». L'esplosione passò quasi sotto silenzio: qualche automezzo dei pompieri e poi la calma sembrò ritornare. La tragedia si manifestò fra il 14 e il 15 luglio quando le analisi interne di Givaudan, la multinazionale Svizzera controllata dalla Hoffman La Roche, confermarono l'uscita e la dispersione nell'atmosfera di una nube di diossina Tcdd, sostanza estremamente tossica, che in poche ore investì una vasta area di comuni confinanti con lo stabilimento.

Il 15 luglio l'allora sindaco di Seveso, Francesco Rocca, e quello di Meda, Gianni Caimi, firmarono la prima ordinanza che «vietava l'uso di ortaggi, vegetazione e carne animale del luogo», chiedeva di «porre la massima attenzione igienica delle mani e dei vestiti», disponendo

picchetti e divieti di accesso nelle aree limitrofe all'Icmesa. Il 17 luglio il direttore del Laboratorio Chimico provinciale, ispezionò la zona inquinata prelevando campioni di erba e di terra per le analisi. Il 19 luglio dalla Givaudan arrivava la conferma che il vapore sprigionatosi per effetto dell'incidente verificatosi in un reparto il 10 luglio e diffusosi nell'atmosfera, conteneva sostanze altamente tossiche, fra cui Tcdd (2, 3, 7, 8 - tetracloro - dibenzoparadiossina). Nel frattempo i residenti di Seveso, di Meda, Cesano Maderno, Desio, Limbiate, iniziavano a fare i conti con un odore acre e infiammazioni agli occhi. Ancor più allarmanti gli effetti sulla flora e sulla fauna; la diossina mostrava il suo volto mortale colpendo gli animali domestici, gli uccelli, assestando un duro colpo alle colture agricole, sugli orti, in particolare quelli più vicini alla "fabbrica della morte". Ma a preoccupare le istituzioni erano le continue e ripetute ustioni cutanee che si manifestavano sui residenti, in particolare sui bambini. Il 24 luglio la decisione dello sgombero della popolazione residente in quella che è stata definita la zona "A". Migliaia di persone furono costrette ad evacuare, trovando un alloggio nei residence di Bruzzano e Assago. All'operazione di sgombero promosso dall'Ast con l'ausilio dell'Esercito furono interessate 225 persone, 80 bambini erano stati inviati nelle colonie dell'Amministrazione provinciale di Milano; dopo l'ampliamento dell'area interessata la diaspora vide l'evacua-

zione di altre 773 persone.

Accanto alla zona "A" recintata, con assoluto divieto di accesso, sotto il controllo dell'autorità sanitaria, si aggiunse la "B" e la terza "R" definita di rispetto, un'area totale di 1.800 ettari. Per Felice Asnaghi, che quel 10 luglio aveva 20 anni, e grazie ai suoi ricordi, al di là delle cronache giornalistiche, ha contribuito al racconto di giorni e mesi difficili, «la contaminazione della zona di Seveso, il primo incidente non bellico in cui è stata coinvolta massicciamente la popolazione civile, ha riproposto drammaticamente il problema della compatibilità fra stabilimenti "a rischio" e la vicinanza di insediamenti umani. Mai sapremo però, con esattezza, le conseguenze, gli effetti, l'entità e la gravità dei danni ecologici e, soprattutto, alle persone». Per Alessia Borroni, attuale sindaco di Seveso, questo dramma che ha coinvolto la città e il territorio circostante, va rivissuto oggi in un contesto nazionale ed europeo, che ha portato nazioni, istituzioni, opinione pubblica, a riflettere sull'ambiente, sulla sicurezza, sulla sostenibilità. «Un percorso di rinascita per tutti noi sevesini - dice -, una ferita che rimane, ma che ci permette di essere più consapevoli dell'importanza di alcuni valori, come ci ha testimoniato chi ha vissuto questo dramma. Cinque decenni fa dire Seveso era un diso-



nore, oggi grazie a questa vicenda ci sono leggi, per tutte la "Direttiva Seveso", che tutelano i lavoratori, le donne, la certezza che da una tragedia si è generato qualcosa di forte, di solidale. Ne è testimonianza la Chiesa locale: il seminario, il centro di Fratello Ettore, la Caritas. Così come la Protezione civile e il volontariato, fatto di tanti giovani».

Restano le cicatrici, i ricordi di persone che hanno vissuto questo dramma: «Non dimentico gli "uomini bianchi" - afferma Borroni -, figure da leggenda, che trovavi accanto ai militari attenti a bloccarti, a limitare la nostra

esuberanza, la voglia di vita, di gioco, di divertimento». Un terremoto che si è improvvisamente scatenato su centinaia di famiglie che in due settimane si sono ritrovati senza un tetto, senza un passato. Botteghe chiuse, artigiani senza lavoro, esclusi, deportati dalla propria quotidianità senza un perché, senza colpa, solo perché abitanti a Seveso. «Non tralascerei però - dice ancora il sindaco - la positività che vedo nei giovani che, dopo 50 anni, sono alla ricerca della verità, della memoria, di quello che hanno dovuto subire e vi-

vere i loro nonni, le loro famiglie. L'attenzione che riserva oggi la società, la scuola, la famiglia alle tematiche ambientali». A Mattarella in visita domani ricorderò: «Abbiamo sofferto tanto, ma ce l'abbiamo fatta, siamo un esempio per tutta l'Europa».

Il sindaco Alessia Borroni: il nostro dramma ha spinto una legislazione più attenta verso i rischi della produzione. Al presidente Mattarella dirò: abbiamo sofferto tanto ma siamo un esempio per tutti

**LE TAPPE**

**10 LUGLIO 1976**  
**La nube tossica**

Alle 12.37 un guasto all'impianto chimico Icmesa di Meda provoca la fuoriuscita di una nube contenente diossina TCDD, una delle sostanze più tossiche conosciute. La nube investe soprattutto Seveso, ma anche Meda, Limbiate, Cesano Maderno e Desio.

**26 LUGLIO 1976**  
**L'evacuazione**

Viene delimitata la zona A, la più contaminata, da cui vengono evacuate più di 750 persone. Nei mesi successivi saranno individuate anche le zone B e R, con diversi livelli di contaminazione e restrizioni.

**ESTATE-AUTUNNO 1976**  
**Emergenza sanitaria**

L'incertezza sugli effetti della diossina alimenta un dibattito scientifico e politico. Si apre la questione delle gravidanze nelle aree contaminate e alcune donne ottengono l'autorizzazione all'interruzione terapeutica della gravidanza, prima dell'approvazione della legge 194.

**1976-1977**  
**Inizia la bonifica**

Inizia la lunga bonifica dei terreni contaminati.

**1982**  
**La Direttiva Seveso**

L'Ue approva la cosiddetta Direttiva Seveso, che introduce norme più severe per la prevenzione degli incidenti negli impianti industriali a rischio.

**1984**  
**L'Icmesa chiude**

Lo stabilimento viene dismesso e demolito.

**ANNI NOVANTA**  
**Bosco delle Querce**

Sull'area, dopo la bonifica e la realizzazione delle vasche di confinamento dei terreni inquinati, viene realizzato il Bosco delle Querce, oggi parco pubblico e luogo della memoria della tragedia.



Il sindaco di Seveso Alessia Borroni



Controlli nelle vicinanze di una fabbrica /© Mauro Galligani



# «All'inizio nessuno capì l'accaduto: sembrava un incidente di poco conto»

ANTONIO GIORGI

**A**ll'inizio sembrava roba da liquidare con dieci righe in cronaca, un'esplosione accidentale in una fabbrica, nessuna persona coinvolta e semmai il fastidioso intralcio all'attività produttiva di uno dei tanti impianti industriali della ricca e dinamica Brianza, macchina per fare danée non-ché fiore all'occhiello della ricca e dinamica Lombardia.

Difficile, avere la percezione esatta dell'accaduto. Con gli amministratori locali che non sanno che pesci pigliare e le autorità sanitarie che scoprono di disporre di armi spuntate (una vera struttura di protezione civile non esiste, il Dipartimento vedrà la luce solo nell'aprile 1982), a Seveso e dintorni il sabato pomeriggio del 10 luglio 1976, ci si guarda attorno sgomenti: c'è una nube scura ben visibile ad occhio nudo che sorvola anche i territori di Meda, Cesano, Limbiate e Desio, poco a nord di Milano. La nube viene dall'Icmesa, una fabbrica chimica del posto, roba svizzera già della Givaudan e ora della Hoffmann-La Roche. Che cos'è? Cosa c'è

in quel fumo, quel vapore che si disperde nell'aria? Vallo a sapere, ma probabilmente non c'è da preoccuparsi. È sabato, godiamoci il weekend.

Non si preoccupano neppure i giornali, il nostro compreso. L'allarme vero nelle redazioni scatta una settimana dopo: alcuni sindaci hanno adottato misure restrittive e precauzionali a fronte di strane manifestazioni cutanee registrate tra i cittadini. Allergie? Intanto alcuni piccoli animali sono morti. Avvelenati? Alcuni vegetali hanno le foglie appassite. Il caldo?

«Bisogna mandare qualcuno a vedere», si decide anche da noi. Allora non esisteva quello che adesso si chiama desk e non si poteva neppure parlare di piani alti: l'intera redazione milanese era concentrata al terzo piano dello stabile di piazza Duca d'Aosta 8/B, ma si entrava da via Antonio da Recanate. «Mandiamo qualcuno», dice Gigi De Fabiani, lo storico capocronista diventato caporedattore. Sembra ancora una cosa da cronaca locale, evento che tocca l'area milanese, roba da pagina regionale insomma. «Dovessero esserci sviluppi si fa presto a passare alle pagine nazionali», concorda il direttore Angelo Narducci. Già, ma chi mandiamo? L'organico della testata è sempre stato numericamente alquanto misero (per quantità, non certo per qualità professionale) e poi è luglio, c'è chi è in ferie e chi si appresta ad andarci. C'è però nell'ufficio della cronaca, a sinistra in fondo al corridoio, un giovane che promette bene arrivato per le sostituzioni estive. Si chiama Federico Benanti, tipo sveglio, dinamico e desideroso di emergere nella professione, come poi accadrà. Toccherà a Benanti smazzarsi per settimane il disastro di Seveso, l'affare diossina come si comincia a dire dopo che l'azienda, con una tempestività che non fa onore alla precisione svizzera, ammetterà, il 19 luglio, che nove giorni prima, in un reattore dell'Icmesa, si è registrata una fuoriuscita (13 - 18 chilogrammi) di tetraclorodibenzo-p-diossina (Tcdd). Un surriscaldamento dell'apparato per la produzione di triclorofenolo da destinare alla produzione di diserbanti e fungicidi aveva innescato il disastro. Nei titoli di testa delle prime pagine dei giornali comincerà a campeggiare un termine sconosciuto, una parola sini-

stra capace di indurre angoscia e terrore: diossina. Fu Benanti in primo luogo a raccontare su *Avvenire* l'evolvere dei fatti, a illustrare quegli sviluppi che Narducci aveva temuto possibili: suolo contaminato, zone isolate, 750 sfollati, centinaia di intossicati, migliaia di animali abbattuti. Intanto il giornale avviava una rigorosa battaglia su un altro fronte dell'informazione, il contrasto delle demenziali manovre ideologiche dei fautori dell'interruzione di gravidanza per le donne del posto, campagne sfociate perfino nella dissennata pensata di introdurre l'aborto coatto. Fu una battaglia che nel nome dei principi e dei valori venne intrapresa per la difesa della vita dei nascituri e della dignità delle donne. E soprattutto, laicamente, per la promozione della ragionevolezza e della razionalità offese. Fu un compito che nelle settimane bollenti e delicate del caso Seveso volle assumersi l'intera redazione, chi seguiva la politica, chi si occupava di cultura, chi dell'informazione religiosa. Un vero appassionato lavoro di équipe. A 50 anni di distanza chi ha vissuto in prima persona quei giorni ne può rendere testimonianza.

Un inviato di allora ricorda come si sviluppò la notizia: dalla sottovalutazione all'allarme rosso. E le menzogne diffuse per far passare una legge sull'interruzione di gravidanza



# «Fu un miracolo di tutti»

*Giancarlo Cesana, allora giovane medico ricorda la grande opera di solidarietà con la popolazione e la battaglia del mondo cattolico per contrastare l'onda pro aborto sostenuta da false informazioni*

MARIA GOMIERO

«È stato una specie di grande miracolo collettivo». Cinquant'anni dopo la fuoriuscita della nube tossica dell'Icmesa di Seveso, Giancarlo Cesana torna con la memoria a quell'estate del 1976. Medico, già professore ordinario di Igiene generale e applicata all'Università degli Studi di Milano-Bicocca e presidente della Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale maggiore policlinico di Milano, fu tra i primi a raggiungere Seveso per contribuire alla gestione dell'emergenza. «Mi ero appena specializzato in medicina del lavoro e la vicenda riguardava proprio la disciplina di cui mi occupavo». Giancarlo Cesana vive a Carate Brianza, a una decina di chilometri dallo stabilimento Icmesa. «Appena seppi della fuoriuscita della nube tossica andai a Seveso e con altri giovani volontari formammo un comitato per affrontare la questione della salute della popolazione e dei lavoratori», ricorda. Accanto all'emergenza sanitaria emerse subito anche un'urgenza sociale. «Dovemmo affrontare immediatamente l'angoscia della popolazione e venne sollevata la questione dell'aborto per tutte le donne incinte». L'impatto della diossina era ancora da decifrare. Si sapeva soltanto che si trattava di una delle sostanze più tossiche conosciute, ma nessuno era in grado di prevederne con precisione gli effetti sull'uomo. Secondo Cesana, il dibattito sulle gravidanze divenne rapidamente il tema centrale dell'emergenza.

za. «L'aborto era proposto addirittura come obbligatorio per evitare una pandemia di feti anormali. Noi ci opponemmo per il rispetto che avevamo della vita e cominciammo a resistere contro quest'onda».

L'incertezza scientifica sugli effetti della diossina alimentò un acceso confronto tra medici, istituzioni, mondo cattolico e movimenti favorevoli alla liberalizzazione dell'aborto. Alcune donne residenti nelle aree contaminate ottennero l'autorizzazione a interrompere la gravidanza per motivi terapeutici, in un periodo precedente all'approvazione della legge 194 del 1978. Per il professor Cesana, quelle decisioni furono «il frutto di un clima di paura e di pressioni culturali. Le informazioni diffuse non erano adeguate, si sapeva poco e si mosse tutto il movimento abortista, tratteggiando scenari disastrosi che poi non si realizzarono». Nel ricordo di quei mesi, il medico sottolinea anche l'impatto della cloracne, le eruzioni cutanee provocate dall'esposizione alla diossina e comparse soprattutto nei bambini. «Fu un fattore di grande preoccupazione perché si temevano conse-

guenze genetiche e cancerogene». Le lesioni cutanee, spiega, furono in alcuni casi anche gravi e prolungate, ma rimasero limitate alla pelle. «Erano molto visibili, non facili da curare e, proprio perché colpivano i bambini, risultavano particolarmente preoccupanti». La mobilitazione sociale si animò anche sul fronte cattolico, in particolare grazie all'impegno di Comunione e Liberazione. Nacque così anche il giornale *Solidarietà*. «L'idea venne praticamente subito: era un modo per so-

stenere i principi che difendevamo, diffondere quello che si sapeva sulla diossina e documentare che la situazione non era disastrosa come si temeva», racconta il docente universitario, tra i promotori dell'iniziativa. Per Cesana, la posizione contraria all'aborto venne rafforzata dall'evoluzione degli studi e dall'esito delle gravidanze. «Notammo, con una certa sorpresa, che non c'erano feti anormali. La grande paura non aveva avuto una giustificazione. Gli effetti della diossina ci sono stati, ma molto più bassi del timore che si aveva».

Il professore ricorda che, accanto ai volontari, si mobilitò rapidamente anche la Chiesa ambrosiana: «Ricordo don Costante, don Norberto, monsignor Gariboldi, che era il vicario episcopale, e poi l'intervento dell'arcivescovo Giovanni Colombo». A suo giudizio, determinante fu anche la risposta

della comunità locale. «I paesi interessati dalla diossina rappresentano la Brianza cattolica, intrinsecamente animata da una concezione positiva della vita», afferma. «Andavamo avanti con il comitato, con So-



lidarietà e con l'Ufficio decanale di assistenza cristiana per difendere la vita e portare un aiuto concreto alla popolazione». Oltre all'impegno civile a Seveso prendeva forma anche il lavoro scientifico. Cesana ricorda di aver proposto il coinvolgimento dell'epidemiologo Pier Alberto Bertazzi, che negli anni successivi avrebbe coordinato una parte importante degli stu-

di sugli effetti sanitari dell'incidente insieme, tra gli altri, a Paolo Mocarrelli e alla Medicina del lavoro di Desio, che predispose un'attività di sorveglianza destinata a proseguire per decenni. «Nel corso degli anni gli studi epidemiologici hanno documentato in un periodo di decenni l'eccesso di specifiche patologie, una ventina di casi di linfomi e leucemie, senza però confermare le previsioni catastrofiche immaginate nell'immediato». A distanza di cinquant'anni, però, per il professor Giancarlo

Cesana: «la cosa più importante è che tanti bambini concepiti in quel periodo oggi sono vivi, sono uomini e donne, diventati a loro volta genitori e nonni di bambini che non ci sarebbero e così via. Un popolo che continua».

Le lesioni cutanee, spiega il docente, erano molto visibili e gravi ma, per fortuna, rimasero limitate alla pelle. Il fatto che molti bambini ne fossero colpiti, aumentò l'angoscia della popolazione

La Chiesa ambrosiana, con in testa il cardinale Giovanni Colombo, si mobilitò per la vita. E importante fu la concezione dell'esistenza presente in Brianza



Ancora controlli sul territorio/© Mauro Galligani



Giancarlo Cesana

Le foto d'epoca sono di Mauro Galligani. Il fotografo passò mesi nella zona documentando la realtà dopo l'impatto della diossina. Uomini in tute bianche, zone interdette. Soprattutto, tanta paura. A farne le spese anche i bambini. Nella foto a destra la medicazione di Stefania Senno, la bimba più colpita. Per tre volte al giorno doveva indossare una maschera di garza imbevuta di camomilla. La nonna e la mamma la medicano, mentre la sorella Alice giocava con la bambola/© Mauro Galligani



## LA TESTIMONIANZA

# Chi disse no all'aborto: «Ciò che Dio vuole non è mai troppo»

Contro tutto e contro tutti, a partire dai parenti. Adele Asnaghi quel 10 luglio era in attesa del secondo figlio e di abortire non ne voleva sapere. «Quello che Dio vuole non è mai troppo, il Signore c'è e guarda giù», queste le parole dense di fede con le quali rispondeva alle insistenti pressioni che venivano da più parti. A raccontarlo è il marito Armando Nava, nella sua casa di Cesano Maderno e non nasconde che anche lui l'aveva invitata a riflettere.

Questa tragedia aveva dato voce e forza a movimenti favorevoli alla legalizzazione dell'aborto, senza dimenticare che anche il sistema sanitario sosteneva l'opportunità per le donne di abortire, perché a loro dire, c'era il sospetto (che si rivelò infondato) di gravi malformazioni dei nascituri. Patologie che le successive diagnosi fetali non rilevarono. Almeno 26 furono le interruzioni di gravidanza registrate. Sempre Armando, invece, ricorda la gioia, il 25 febbraio 1977, alla nascita di Stefano, in perfetta salute. Nava ricorda le ispezioni degli uomini "bianchi" alla sua abitazione nei primi giorni dopo lo scoppio dell'Icmesa, forse due o tre, per raccomandarci di non mangiare la verdura dell'orto, per sequestrare e sopprimere gli animali da cortile. E aggiunge: «Non avevo paura. Nel giardino c'era un pesco che portava sui rami pesche stupende. Le abbiamo mangiate tutti, e nessuno ha avuto conseguenze».

A ricordare i giorni difficili è un pensionato di Barucana che si sofferma sulle difficoltà che hanno subito non solo gli abitanti di Seveso, ma anche quelli di

questa frazione, e quelli della confinante Meda. La diossina ha distrutto con una parte della natura l'economia di una città, la dignità di migliaia di persone. Attività artigianali e commerciali scomparse, case e abitazioni abbattute. Persino andare in vacanze era difficile. Quando gli albergatori sentivano la parola Seveso, la risposta era: «Mi spiace siamo al completo». Sono in molti a ricordare le figure storiche che hanno lavorato per salvare Seveso, la sua storia, la sua cultura, la grande tradizione religiosa. Su tutti il sindaco Francesco Rocca, il medico Ambrogio Bertoglio, il prevosto don Giulio Bottani, il giovane prete dell'oratorio, don Costante Cereda ma anche la visita del cardinale Giovanni Colombo. Senza dimenticare la figura di Paolo Mocarelli, in quel 1976 primario del servizio di Medicina di laboratorio dell'Ospedale di Desio che ha eseguito migliaia di esami clinici per monitorare eventuali danni all'organismo, conservando poi migliaia di provette che hanno permesso, anni dopo, grazie alle nuove tecnologie, di verificare le conseguenze sul sangue. Anche allora non mancarono i negazionisti, abitanti che sostenevano che tutto era una gran messa in scena per cercare di trarne un vantaggio economico. C'è da dire che per la diossina non si sono registrate vittime. A "pagare", ma per motivi politici, fu, il 5 febbraio 1980, Paolo Paoletti, responsabile della produzione di Icmesa, ammazzato a Monza in un attentato rivendicato da Prima linea.

**Pierfranco Redaelli**

Armando Nava ricorda la fede della moglie Adele Asnaghi e le risposte a chi la invitava a interrompere la gravidanza. Il figlio Stefano nacque perfettamente sano nel febbraio 1977.



La famiglia Nava con Stefano



*Dal punto di vista energetico. Il nuovo nosocomio userà tutte le tecniche disponibili*

# Trento, ospedale autosufficiente

## *Un ampio campo fotovoltaico ricavato su tutti i tetti*

DI FRANCO SOPRANI

**T**rento si prepara ad avere un nuovo ospedale dal consumo di corrente vicinissimo allo zero e con una vita utile di almeno 100 anni: sono questi i requisiti della nuova opera, il *Pout* ossia Polo ospedaliero e universitario trentino che si sta avvicinando alla Via, la Valutazione d'impatto ambientale.

Ne dà notizia il *Corriere del Trentino*, precisando che il nuovo nosocomio è stato concepito per essere quasi del tutto autosufficiente dal punto di vista energetico. In particolare, disporrà di tetti ventilati, avrà superfici di colore chiaro e si azzererà l'uso di asfalto standard per evitare di avere delle isole di calore. Inoltre, sarà installato un ampio campo fotovoltaico sulle coperture dell'ospedale e della piastra per avere la più ampia capacità di autoproduzione

di corrente e, quindi, di autoconsumo.

**Lo Studio preliminare realizzato** dalla cordata Ati project che si sta occupando di preparare il progetto di fattibilità tecnicoeconomica del nuovo complesso ospedaliero è un documento di ben 600 pagine ed è stato presentato all'Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente per verificare quindi l'assoggettabilità del progetto alla procedura di Via.

**L'opera è grandiosa:** prevede 1.145 posti letto, 30 sale operatorie e un polo di ricerca. Scrive *TrentoToday* che il *Pout* nascerà su un'area di 15 ettari a Trento sud e accoglierà le funzioni ora distribuite tra l'ospedale Santa Chiara, Villa Igea, il Poliambulatorio Crosina Sartori e il polo didattico di Medicina.

**Il progetto prevede un grande corpo edilizio** affacciato sul Fersina, alto fino a sei piani, con degenze e ambulatori. È prevista anche una piastra tecnologica con

sale operatorie e terapie intensive, una palazzina amministrativa, un polo didattico, la torre della ricerca, oltre ad asilo nido e centrale tecnologica.

**All'interno saranno installate tecnologie d'avanguardia**, dalle risonanze magnetiche alle Pet, fino ai macchinari per radioterapia. E non dovrebbero esserci problemi di parcheggio, visto che sono previsti 2.200 posti auto, in gran parte interrati.

Inaugurazione prevista per l'anno 2032.

**L'opera è grandiosa: prevede 1.145 posti letto, 30 sale operatorie e un polo di ricerca. E non dovrebbero esserci problemi di parcheggio, visto che sono previsti 2.200 posti auto, in gran parte interrati**



L'area su cui sorgerà il nuovo Pout, cioè il polo ospedaliero e universitario di Trento



Gli ispettori del ministero per sei ore all'Ospedale Israelitico di Roma

# Fentanyl, il furto dei misteri

## La pista delle dosi vendute agli ambulatori clandestini

**IL CASO**  
**FLAVIA AMABILE**  
**PAOLORUSSO**

**G**li ispettori inviati dal ministro Schilacci all'Ospedale Israelitico relazioneranno a giorni su quanto emerso nel sopralluogo di ieri durato oltre sei ore. Ma già trapelano le falle emerse dai controlli sui protocolli di sicurezza. Come il fatto che le chiavi della cassaforte che conteneva il fentanyl fossero all'interno della stessa stanza, alla mercé di qualsiasi dipendente dell'ospedale. E il fatto che l'accesso all'armadio blindato fosse tutt'altro che arduo lo confermerebbe la mancanza di segni di effrazione verificata dagli ispettori ministeriali.

Ma mentre si indaga sulle pecche del sistema di custodia, gli inquirenti sembrano aver imboccato con più decisione una pista alternativa a quella dello spaccio di droga. Il furto delle 80 fiale di fentanyl, sufficienti tra l'altro a confezionare 1.600 e non 20 mila dosi dello stupefacente, sarebbe in realtà stato commissionato per dirottare il potente sedativo sul mercato nero delle clini-

che e degli ambulatori sanitari clandestini, che, come dimostrano indagini passate, sono particolarmente diffusi a Roma. Strutture destinate a esponenti della criminalità che non possono certo presentarsi in pronto soccorso con una ferita d'arma, oppure utilizzate da stranieri irregolari. Ma nella maggioranza dei casi si tratta di locali allestiti da professionisti, anche italiani, nel settore estetico ad esempio, dove un potente anestetico è sempre utile. Anche di recente sono stati scoperti locali usati per interventi chirurgici

senza autorizzazione e senza abilitazione medica di chi li eseguiva, dove sono stati sequestrati medicinali di provenienza sospetta.

Per gli esperti dei Serd interpellati sarebbe invece poco plausibile l'ipotesi del furto a fini di spaccio. In primo luogo perché la criminalità organizzata non vuole che nelle sue piazze circoli una droga che uccide i suoi clienti. In secondo luogo perché in Italia mai nessuno si è iniettato il fentanyl, che viene tutt'al più assunto dagli eroinomani in crisi di astinenza succhiando i cerotti usati imbevuti del potente sedativo.

Qualunque sia la pista seguita dagli inquirenti, per gli addetti al settore è evi-

dente che il sistema di controlli non funziona e va modificato. Il governo ha assicurato di volersene occupare in modo rapido e efficace e ha annunciato, tra le altre misure, il rafforzamento della dotazione di naloxone, l'antidoto utilizzato per neutralizzare gli effetti di una intossicazione da oppiacei, almeno per le forze dell'ordine più esposte a contatti con la sostanza come gli agenti che operano sulle Volanti.

Un annuncio molto simile a quello di oltre due anni fa quando il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Alfredo Mantovano affermò di voler dare il naloxone a poliziotti e carabinieri e che ci sarebbe stato un contatto con l'azienda produttrice per aumentare le dosi consegnate all'Italia.

«Il Piano nazionale del 2024 prevedeva già l'approvvigionamento, il monitoraggio delle scorte e la distribuzione straordinaria di Narcan/Naloxone, compresa la dotazione di spray nasale a base di Naloxone per unità di primo intervento o addette a specifici controlli», conferma Roberto Mi-



neo, presidente del Centro Italiano di solidarietà di don Mario Picchi.

Annunci e provvedimenti che, in oltre due anni, non hanno avuto seguito. Nicola Rossiello, segretario generale del sindacato di polizia Silp-Cgil Piemonte: «Non risulta alcuna fornitura di questo tipo alla polizia in Piemonte. E non è un tipo di fornitura che può avvenire senza avvertire il sindacato», sottolinea.

Nulla è arrivato, in realtà, anche nel resto d'Italia. Dopo l'annuncio di Mantovano di oltre due anni fa ci sono stati alcuni tavoli tecnici per valutare la fattibilità dell'iniziativa e nient'altro.

Resta da vedere ora quali saranno le iniziative che deciderà il governo. Da parte degli addetti al settore si chiede un cambio deciso di passo. Roberto Mineo: «Il sistema va certamente rafforzato. Occorrono protocolli nazionali vincolanti per tutte le strutture che detengono farmaci stupefacenti ad alto rischio: accessi nominativi e tracciati, doppia autorizzazione per il prelievo, registri digitali aggiornati in tempo reale, verifiche periodiche e a sorpresa, controlli sulle giacenze, formazione

obbligatoria del personale e comunicazione immediata di ogni ammanco. Non basta avere regole scritte: bisogna verificare costantemente che siano applicate». —

## S La parola

### Fentanyl



Il Fentanyl è un analgesico su base oppioida. Per l'Oms è fra i 30 medicinali salvavita. Ha una potenza elevata e dosi anche piccole possono essere letali. Un uso non terapeutico può essere molto pericoloso.

Tramonta l'ipotesi dello spaccio la sostanza uccide è troppo pericolosa

Gli esperti: "Il sistema va rafforzato e servono protocolli nazionali"

## S Le tappe

### 1 Il furto

Le 80 fiale di Fentanyl vengono rubate in due occasioni, il 22 e il 24 giugno. Al mercato nero, bastano per 1600 mila dosi

### 2 La denuncia

All'inizio di luglio, il personale si accorge del furto e fa scattare la denuncia. Il 3 luglio, il governo convoca un vertice urgente con i carabinieri del Nas

### 3 Le indagini

Dopo un sopralluogo, i militari evidenziano falle nella custodia del medicinale. Il Ros parla di criminalità organizzata

## Derubato

L'Ospedale Israelitico di Roma è stato derubato di 80 fiale di fentanyl a fine giugno. Le misure di sicurezza inesistenti avrebbero consentito e chiunque di prendere il farmaco



## LE 80 FIALE SPARITE

# Furto di fentanyl, l'ipotesi delle corse dei cavalli

Sei ore di ispezioni all'ospedale israelitico. I medici: «Rubato su commissione»

**Maria Sorbi**

■ Spunta l'ipotesi delle corse clandestine dei cavalli tra i momenti del furto delle fiale di fentanyl dall'ospedale Israelitico di Roma. E qualcuno non esclude nemmeno che la droga, con forti effetti anestetici, sia stata dirottata negli studi odontoiatrici illegali. Per ora si tratta solo di scenari ipotetici ma sembra abbastanza certo che si tratti di un «furto su commissione», non per forza per spaccio.

Qualcosa di più emergerà nei prossimi giorni, con la relazione che gli ispettori ministeriali consegneranno al ministro alla Salute Orazio Schillaci. Ieri il pool sanitario ha incontrato il direttore sanitario, il direttore generale e alcuni dipendenti della struttura da cui sono sparite 80 fiale (20mila dosi). Nelle

sei ore di controlli si è cercato di raccogliere quante più informazioni possibili sulla sorveglianza della sala farmaci e sugli accessi all'armadietto sotto chiave.

Il fentanyl «è un farmaco di uso quotidiano in ambito ospedaliero, utilizzato da anestesisti e rianimatori per indurre l'anestesia generale. È circa 100 volte più potente della morfina e deve essere maneggiato con estrema cautela, perché può provocare rapidamente arresto respiratorio e depressione del sistema nervoso centrale». Per questo motivo, secondo Elena Bignami, presidente della Società italiana di anestesia, rianimazione e terapia intensiva Siaarti, non si può escludere che le fiale siano destinate ai cavalli per il controllo del dolore acuto e per farli correre nonostante traumi e inabilità. Dopo una prima riunione tra Nas, Ros e rappresentanti delle istituzioni, si terrà un «ver-

tice fentanyl» per valutare la necessità di norme ulteriori per la tracciabilità dei farmaci che determinano effetti droganti, per riordinare la normativa sulla conservazione dei farmaci e per aumentare i controlli sulla filiera. «Siamo disponibili a collaborare con Palazzo Chigi per capire dove il sistema possa aver mostrato criticità - spiega la presidente di Siaarti - verificare il rispetto delle procedure e, se necessario, rafforzare la formazione degli operatori». La stessa disponibilità l'hanno data l'associazione dei farmacisti ospedalieri e Aifa che tuttavia fa notare come, con la stretta sulle normative, negli ultimi 13 anni i furti di farmaci siano stati notevolmente abbattuti.





Servizio Puglia

## Ospedale di Andria: approvati progetto esecutivo e bando per affidare i lavori

L'Asl Bt ha completato gli atti propedeutici per realizzare una struttura di secondo livello, 400 posti letto, a servizio di tutti i comuni della Bat

*di Vincenzo Rutigliano*

8 luglio 2026

A 5 anni dalla presentazione dello staff di progettazione e dei rendering dell'opera con sullo sfondo Castel del Monte, il nuovo ospedale di Andria, nella Bat, fa un passo avanti con l'approvazione del progetto esecutivo e il via libera alla pubblicazione del bando per l'affidamento dei lavori. L'Asl Bt ha completato gli atti propedeutici con la delibera n. 35 del 25.6.26 e dal 3 luglio è in pubblicazione, anche sul sito Empulia.it, l'avviso per realizzare questo ospedale di secondo livello, 400 posti letto, a servizio di tutti i comuni della Bat.

### **Gli importi totali e quelli in gara**

L'importo totale del quadro economico è di 360 milioni, mentre quello a base d'asta per i soli lavori è di 195,4; la procedura di gara è quella aperta con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo e la scadenza per l'invio delle offerte è di 90 giorni, dunque entro il primo ottobre 2026, ore 12.00. I ritardi sono in massima parte legati alla consegna del progetto esecutivo: data per certa tra settembre e metà ottobre 2025 era poi slittata a novembre scorso per poi arrivare 7 mesi dopo. Motivo del ritardo i quasi 350 rilievi alla progettazione pervenuti dai tecnici di Asset (l'agenzia che opera a supporto della regione nel processo di adeguamento, e riorganizzazione, del sistema sanitario regionale), e che hanno costretto lo staff di progettazione agli adeguamenti del caso. Ora dunque il bando per la realizzazione dei lavori che dovrebbero concludersi in 3 anni, c'è anche se i precedenti dei tempi di progettazione non ispirano ottimismo.

### **Il parere favorevole del ministero della Salute**

L'opera, a luglio 2025, aveva ricevuto il parere favorevole del nucleo di valutazione del ministero della Salute che assicurava anche il relativo finanziamento dell'accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari ex-art. 20 legge 67/88. In tema di edilizia ospedaliera, dopo l'apertura operativa, nelle settimane scorse, del nuovo nosocomio di Monopoli-Fasano a molti mesi dalla sua inaugurazione, non è invece ancora pronto il San Cataldo di Taranto (715 posti letto, 6 piani, 70 ambulatori, 19 sale operatorie) che doveva essere consegnato a maggio 2025. Per un altro nuovo ospedale, quello di Bisceglie, a servizio del nord barese, il dg dell'Asl Bt, Yanko Tedeschi, ha annunciato per fine anno progetto esecutivo e via libera al bando di gara per l'affidamento dei lavori. Ancora nel limbo un altro nuovo ospedale, quello del Sud Salento a Maglie (400 posti letto, primo livello), progettato su 12 ettari per rimpiazzare quelli chiusi di Maglie e Poggiardo e fornire l'alternativa pubblica al "Panìco" di Tricase. Gli iniziali 140 milioni sono

diventati 416 (tra raddoppio dei costi di costruzione e arredi) e occorre rimodulare l'opera non solo perchè troppo costosa, ma anche per non interferire con l'allargamento della S.S. 275 Maglie-Leuca, attesa da decenni. Il progetto va rivisto dunque in profondità e i tempi per la costruzione sono molto di là da venire.

# Il paziente accoltella il medico per un documento

## Palermo, arrestato per tentato omicidio. Ha colpito il sanitario al volto e alla schiena

**PALERMO** «Poteva finire in modo ben più grave. Per fortuna c'erano i miei colleghi e i vigilanti»: visibilmente sotto choc, parla con un filo di voce Francesco Paolo Sutera, medico addetto alle forniture dell'azienda sanitaria provinciale di Palermo accoltellato, ieri, dal familiare di un paziente. È ancora ricoverato nel reparto di Chirurgia plastica del Policlinico dove per ore i sanitari hanno ricucito le profonde ferite al volto e alla scapola provocate dall'aggressore, Roberto Rizzo, 53 anni, che l'ha colpito più volte con un coltello. Sutera è fuori pericolo ma la paura è stata tanta.

A scatenare la reazione del 53enne è stata la semplice richiesta della vittima di documenti integrativi da allegare al-

la pratica aperta per l'assegnazione di una carrozzina elettrica per un parente dell'uomo. A raccontarlo è il direttore dell'Asp di Palermo, Alberto Firenze. «Rizzo era già venuto altre volte e aveva usufruito, ovviamente, come è giusto che sia, di tutti i presidi che l'azienda sanitaria provinciale di Palermo dà a chi ne fa richiesta. Esaminando la pratica il nostro dipendente ha visto che la documentazione non era completa. Mancavano alcune cose. Non si possono dare carrozzine elettriche a tutti, indipendentemente da un reale bisogno. Non contento della risposta di Sutera, l'uomo lo ha aggredito prima colpendolo con una coltellata al naso. La vittima a quel punto ha cercato di fuggire, lui l'ha rincorsa e l'ha

ferita ancora». Solo l'intervento dei vigilanti e degli altri medici ha evitato il peggio.

Rizzo, arrestato in flagranza, è accusato di tentato omicidio. Il colpo alla scapola ha mancato il cuore della vittima per pochi millimetri.

«Basta parole di circostanza. Serve il Daspo sanitario. Chi aggredisce chi cura deve essere subito allontanato dai luoghi di assistenza e non deve poter tornare liberamente negli ambulatori e negli ospedali, salvo emergenze indifferibili e solo attraverso percorsi protetti e presidiati dalle forze dell'ordine. Il diritto alle cure resta inviolabile, ma nessuno può trasformarlo in un alibi per esercitare violenza», commenta il presidente dell'Ordine dei medici di Palermo Toti Amato.

E a chiedere misure urgenti per tutelare il personale sanitario esposto quotidianamente a rischio di violenze e aggressioni sono anche i sindacati. «Deve essere garantita la sicurezza di tutto il personale medico dirigenziale delle strutture sanitarie e degli uffici, con tutti i sistemi previsti come la sorveglianza da parte di guardie giurate e telecamere», dice in una nota la Cisl. Stessa linea della Cgil, che chiede «subito un tavolo sulla sicurezza» e della Uil. Mentre il sindaco di Palermo Roberto Lagalla e l'assessore regionale alla Salute Marcello Caruso esprimono solidarietà e vicinanza al medico aggredito.

**Lara Sirignano**

### La scheda

● Francesco Paolo Sutera, medico addetto alle forniture dell'azienda sanitaria di Palermo, ieri è stato accoltellato da Roberto Rizzo, 53 anni

● A Rizzo erano stati chiesti dei documenti integrativi per una carrozzina per un parente

### Sicurezza

I sindacati e l'Ordine dei dottori chiedono più sicurezza, con vigilantes e telecamere

