

13 aprile 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

TU LO CONOSCI uno?

unoenergy Il tuo fornitore di energia.

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



Rcultura Letteratura e libertà dialogo Saviano-Sansal di ANAIS GINORI a pagina 30

Rsport L'Inter rimonta il Como e vede lo scudetto di FRANCO VANNI a pagina 36



Lunedì 13 aprile 2026 Anno 33 - N° 14 Oggi.com Affari&Finanza In Italia € 1,90



Fine del regime Orbán

Svolta storica nel voto in Ungheria. Dopo sedici anni Peter Magyar è il nuovo presidente Von der Leyen: il cuore d'Europa batte più forte. Schlein: basta sovranisti, avviso a Meloni

Iran, vertice fallito Trump annuncia blocco di Hormuz

I nodi restano lo Stretto e il nucleare Putin si offre come mediatore

dal nostro corrispondente PAOLO MASTROLILLI

Subito il blocco navale dello Stretto di Hormuz, per soffocare l'economia iraniana...

a pagina 10 dai nostri inviati COLARUSSO e MANACORDA alle pagine 11 e 12

Emergenza energia Descalzi (Eni): sospendere il bando al gas russo

di GIUSEPPE COLOMBO

a pagina 15

dalla nostra inviata TONIA MASTROBUONI

La tirannide sul Danubio è storia. Viktor Orbán è stato spazzato via da una valanga di voti...

a pagina 2 I servizi da pagina 3 a pagina 9



Peter Magyar

Da Budapest schiaffo alle destre e a Washington

di ANDREA BONANNI

L'Ungheria sceglie l'Europa. Viktor Orbán, amico di Trump e di Putin, esce battuto dal voto...

a pagina 18



NUMERO 1 A MONTECARLO

Tennis, il ritorno del re Sinner batte Alcaraz

di GABRIELE ROMAGNOLI

Jannik Sinner torna numero 1A del tennis mondiale. Carlos Alcaraz scivola al numero 1B. Li divide un soffio.

alle pagine 34 e 35 con un servizio di CALANDRI



Primarie o no la sinistra non si perda

LE IDEE di CONCITA DE GREGORIO

Non so voi, ma a me la prospettiva di passare un anno a discutere se il centrosinistra debba fare o no le primarie sembra una catastrofe...

a pagina 18

Picchiato da un gruppo di giovani muore davanti al figlio undicenne

IL CASO AMBULANZE

Le frasi shock dell'autista "Secchiamo questi vecchi"

dalla nostra inviata CATERINA GIUSBERTI FORLÌ

a pagina 26

dal nostro inviato LUCA SERRANÒ MASSA e di ALESSANDRA ZINITI

La mattina dopo gli sguardi si incrociano nel vuoto, come di fronte a un dolore insostenibile. Una comunità sotto shock a Massa per la fine di Giacomo Bongiorno...

alle pagine 24 e 25

CORRIERE DELLA SERA

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

150 ANNI DEL LUNEDÌ

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

IO SONO FRIULI VENEZIA GIULIA



Batte Alcaraz, è di nuovo numero uno Sinner, che meraviglia
Carlitos a Jannik: quello che fai è impressionante
di **Adriano Panatta** e **Gaia Piccardi** alle pagine 46 e 47

Battuto il Como L'Inter ora è a più 9: le mani sullo scudetto
cronaca, pagelle e commenti alle pagine 48, 49 e 50

CONNESSIONI D'ECCELLENZA
vinality
PADIGLIONE 6

Il voto, gli effetti

HA VINTO ANCHE L'EUROPA

di **Paolo Valentino**

Il nostro lungo incubo europeo è finito. Dopo sedici anni nei quali ha trasformato l'Ungheria in una «democrazia illiberale» nel cuore d'Europa, Viktor Orbán subisce una sconfitta elettorale devastante e senza appello. A Budapest vince Péter Magyar, l'usurario che ha scoperchiato il tetto dell'edificio orbaniano, mostrandone crepe, vizi e segreti inconfessabili. Sul Danubio soffia il desiderio di cambiamento di un Paese stanco della satrapia corrotta e asservita del tribuno sovranista.

A urne ancora aperte, la vittoria di Magyar appare completa. Nonostante il truffaldino sistema elettorale cucito su misura per Orbán e il Fidesz, Tisza, il partito dello sfidante, ha infatti ottime probabilità di ottenere la maggioranza di due terzi nell'Országgyűlés, il Parlamento di Budapest, che gli consentirebbe di modificare la Costituzione.

Fin d'ora è chiaro che quella in Ungheria non è stata un'elezione, ma una rivoluzione. A partire dall'affluenza alle urne che ha sfiorato l'80%, la più alta partecipazione al voto dalla caduta del comunismo e un chiaro segnale che gli ungheresi hanno capito l'importanza della posta in gioco e hanno risposto a tono.

Il secondo dato rivoluzionario riguarda Viktor Orbán. È un destino singolare, il suo, ritrovarsi nello stesso punto cronologico della parabola del potere, che segnò la fine dei suoi due mentori. Sedici anni durò il regno di Helmut Kohl. Sedici anni quello di Angela Merkel, grande protettrice prima di diventare nemica.

continua a pagina 36

Ungheria Eletto il nuovo premier



La caduta di Orbán dopo sedici anni Trionfa Magyar: scriviamo la storia

da pagina 2 a pagina 9



Viktor Orbán, 67 anni (in alto), ammette la sconfitta e si congratula con il nuovo primo ministro Péter Magyar, 45

CHI È IL VINCITORE

L'ex amico del «capo» che promette battaglia ai corrotti

di **Alessandra Muglia**

Chi è davvero Péter Magyar, l'ex fedelissimo di Orbán, cresciuto all'ombra del «capo» e che in due anni si è trasformato nel suo peggior incubo. Il lancio da un video su YouTube e le accuse di corruzione al regime.

a pagina 6

LE REAZIONI

Il sollievo di Bruxelles «Il nostro cuore può battere più forte»

di **Francesca Basso**

Un sospiro di sollievo dopo che l'affluenza record alle urne aveva fatto ben sperare. «Il cuore dell'Europa slastera batte più forte in Ungheria», ha commentato su X la presidente della Commissione Ue Ursula von der Leyen.

a pagina 8

Il conflitto Descalzi: gas russo, fermare il prossimo stop

Falliti i negoziati Trump: Hormuz, ora blocco navale

L'Iran: se combattete, noi combatteremo

Dopo il fallimento dei colloqui di pace in Medio Oriente, Trump ordina il blocco navale di Hormuz: «Con Londra e altri invieremo i dragamine». La minaccia dei palestinesi: nemici, attenti al vortice mondiale.

da pagina 10 a pagina 15

EVENTO PER GLI 80 ANNI

Colle, il 2 giugno la festa in piazza

di **Monica Guerzoni**

DATARO
Armi a Putin dalla Ue
Così è aggirato il divieto

di **Battistini** e **Gabanelli**

Armi a Putin da Italia e Ue. Ecco come vengono aggirati divieto e sanzioni. Le triangolazioni con il Kirghizistan.

a pagina 17

continua a pagina 25

Massa «Era a terra, andavano avanti». Fermati 3 giovani

Picchiato per un rimprovero: cade e muore davanti al figlio



Picchiato e ucciso da un gruppo di ragazzi davanti al figlio di 7 anni. La tragedia nella notte fra sabato e domenica, nel centro di Massa. Giacomo, 47 anni, aveva chiesto che smettesero di tirare bottiglie contro una vetrina. Fermati tre giovani, uno è minorenni.

alle pagine 18 e 19
Dinelli Innocenti

FORLÌ, L'AUTISTA DELLA CROCE ROSSA

Uccisi in ambulanza, l'intercettazione choc: obesa, giusto che muoia

di **Andrea Pasqualetto** e **Alfio Sciacca** alle pagine 28 e 29

LA SCELTA DELLE ASSISTENTI SOCIALI

Mamma del bosco, compleanno senza figli: solo la videochiamata

di **Valentina Baldisserri**

a pagina 31

ULTIMO BANCO

di **Alessandro D'Avenia**

Lunedì (giorno dedicato alla Luna) scorso, detto Lunedì dell'Angelo (Pasquetta per intendere), camminavo su un sentiero di montagna. E l'angelo era lì: nessuna allucinazione, era l'evidenza delle cose. Era nel sentiero che incastanava tutte le stagioni. Alcuni tratti erano coperti di neve o di ghiaccio vivo, altri stendevano già un tappeto asciutto fatto di aghi di pino, altri erano così fradici che gli scarponi affondavano lasciando impronte che il Sole avrebbe reso calchi perfetti. Ai bordi cespugli piegati e ingrigiti da mesi di neve erano interrotti dall'invincibile verde del ginepro e dai timidi bottoni rosa dell'erica, e rari, i primi crochi, viola o bianchi, sbucavano su aiuole ritagliate dal caso, a segnalare

Mica sulla Luna



con cocciuta gentilezza che la primavera avrebbe avuto ancora una volta la meglio. Profumi congelati lentamente evaporavano da tronchi, licheni, barbe, radici e muschi. Poco sopra i 2.000 m, obbedienti al legame armonico tra tutte le cose, gli alberi, che poco sotto sgranchivano al Sole cortecce e rami, affidavano il sentiero all'essenziale: l'intrico di radici lasciava il passo a rocce e neve, tutto era vero e bello, due dei tre nutrienti di cui necessita l'anima per non morire. Il terzo è il buono, ed era mia moglie accanto. E qualche viandante da salutare come si fa in montagna. Senza questa trinità terrena si è infellici, senza dover neanche indagare il perché.

continua a pagina 31

IO SONO FRIULI VENEZIA GIULIA
CONNESSIONI D'ECCELLENZA
vinality
12-15 APRILE 2026 | VERONA FIERE
PADIGLIONE 6
ersa
IO SONO FRIULI VENEZIA GIULIA

CONNESSIONI D'ECCELLENZA IO SONO FRIULI VENEZIA GIULIA



IL BRANCO DI RAGAZZINI
Ucciso per un rimprovero davanti al figlio di 11 anni

DIBLASIO, FORTE — PAGINE 18 E 19



L'INCHIESTA DI BRA SUI CALCIATORI
Accusato di violenza ma il Ligorna lo fa giocare

CATERINASTAMIN — PAGINA 21



L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ
Il vino resiste ai dazi "Export fino a 10 miliardi"

ROBERTO FIORI — PAGINA 24

1,90€ II ANNO 160 II N.98 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1 DCB-TD II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 13 APRILE 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



IL VOTO PREMIA LO SFIDANTE. BRUXELLES PRONTA A SBLOCCARE 17 MILIARDI. LE PERPLESSITÀ DI MELONI

Ungheria, Europa La caduta di Orbán

Trionfa Magyar: "Fatta la storia". Dopo 16 anni finisce l'era del premier filo-Mosca

I COMMENTI

Quelle quattro lezioni in arrivo da Budapest

ERIC JOZSEF — PAGINA 5

Un duro colpo al sovranismo globale

GIOVANNI ORSINA — PAGINA 29

BRESOLIN, MALFETANO, PANARARI

Dopo 16 anni finisce in Ungheria l'era di Orbán, il leader dell'Ue in migliori rapporti con la Russia. Ha vinto nelle urne il leader dell'opposizione Magyar. — PAGINE 2-7E 29

Patuelli: "Ora basta con il diritto di veto"

FABRIZIO GORIA — PAGINA 7

I PERSONAGGI

La parabola di Viktor il "topolino" di Putin

ANNA ZAFESOVA — PAGINA 8

Peter, l'ex di Fidesz che sussurra all'Ue

MONICA PEROSINO — PAGINE 4 E 5

JANNIK BATTE ALCARAZ A MONTE-CARLO E RITORNA SULLA VETTA DEL MONDO

Uno Rosso

VINCENZO SANTOPADRE, STEFANO SEMERARO



La perfezione dei numeri primi

CATERINA SOFFICI — PAGINA 28

Jannik Sinner bacia il trofeo conquistato con la vittoria contro Carlos Alcaraz al torneo di Monte-Carlo — PAGINE 34 E 35

LA CRISI IN MEDIO ORIENTE



Falliti i negoziati Trump: a Hormuz il blocco navale

SEMPRINI, SIRI

Non un naufragio, ma un congelamento a tempo indeterminato. Dopo 21 ore di negoziati a Islamabad tra Usa e Iran il tavolo si è svuotato senza intesa. Con Trump che ordina il blocco di Hormuz.

GRASSIA, MONTICELLI — PAGINE 8-13

L'ANALISI

Usa senza strategia il rischio escalation

STEFANO STEFANINI

Donald Trump incassa e rilancia. Niente accordo, passa al "blocco" americano di Hormuz, peraltro già "bloccato" - dall'Iran. Evidentemente il Presidente ha in mente qualcosa come «bloccare l'Iran per riaprirlo alla navigazione». Se, come e quando lo farà, sullo sfondo dello stallo diplomatico in Pakistan, non è impresa da poco. Non si scomoda un vicepresidente degli Stati Uniti per farlo tornare a casa a mani vuote. — PAGINA 28

LE IDEE

Se in Israele cresce il rifiuto della guerra

ANNA FOA

Mentre Vance lascia il Pakistan proclamando il fallimento delle trattative, Netanyahu trae un sospiro di sollievo. Il rischio di vedersi abbandonare era reale. — PAGINA 10

IL RACCONTO

Thiel, l'Anticristo e quei potenti che si credono Dio in terra

MASSIMO CACCIARI



Circola per il mondo l'ideologo per eccellenza del mondo trumpiano, tenendo conferenze riservate alle élite più esclusive sulla figura dell'Anticristo. Non si comprende se per annunciarne la venuta o per denunciarne l'operosa presenza. — PAGINE 30 E 31

LA POLITICA

Le montagne russe sulla via del governo

FRANCESCO SCHIANCHI

«Non scapperemo, non indietreggeremo», ha promesso a petto in fuori quattro giorni fa in Parlamento la premier Giorgia Meloni. Il primo intervento dopo la débacle del referendum, per debricarla a poco più di un incidente di percorso, un No che ti riaccende, con buona pace della retorica del popolo è con me. Una minimizzazione che potrebbe forse funzionare se vivessimo nel mondo ordinato descritto dalla presidente del Consiglio. — PAGINA 29

LA POLEMICA

Conte contro Donzelli "Accuse spazzatura"

FEDERICO CAPURSO

A giudicare dall'aggressività degli ultimi giorni, sembra quasi che il partito di Meloni abbia scelto il suo sfidante alle prossime elezioni. Tutti si muovono con una certa coordinazione contro M5s e il suo leader, Giuseppe Conte. — PAGINA 16

IL DIBATTITO

Perché congelare gli ovociti non è tabù con le culle vuote

NATHANIA ZEVI

Dianca Balti sta sistemando tutto. Lo ha raccontato recentemente in un'intervista. Documenti, decisioni, conti, pensieri. Non è paura, la sua. Lo fa per le figlie, ha spiegato, per non lasciarle nel caos se la vita dovesse prendere una direzione impossibile da controllare. — PAGINA 23



LA MOSTRA

Il guardaroba di Elisabetta Quando il potere è addosso

ELISAGIORDANO

A Londra, dietro il vetro silenzioso di una teca, un cappotto dal colore acceso continua a svolgere la sua funzione: rendere visibile chi lo indossava. Non c'è più il corpo di Elisabetta II ad attraversare la folla, ma resta intatta l'intenzione che lo ha generato. È la mostra dedicata al guardaroba della sovrana. — PAGINA 22

BANCA DI ASTI

bancadiasti.it

BANCA DI ASTI

bancadiasti.it

Un piano Marshall per la sanità italiana

Un sistema in difficoltà quando il paese, che invecchia, ne ha più bisogno. Finanziamento, prevenzione, superamento delle diseguaglianze regionali, trattamento economico dei medici, integrazione pubblico-privato: agenda per una grande riforma

di Matteo Bassetti *

L'Italia ha oggi un Sistema sanitario nazionale che è stato pensato e realizzato quasi 50 anni fa, quando, la vita media, le condizioni sociali ed economiche, i movimenti migratori e la domanda e la offerta di salute erano diverse. Profondamente diverse. Oggi la sanità di casa nostra è in continua evoluzione e in costante difficoltà per ragioni organizzative, ma anche economiche, soprattutto perché la popolazione anziana e fragile – che è quella che ha più bisogno di servizi sanitari, farmaci, prestazioni, ricoveri e interventi chirurgici – sta aumentando a dismisura. La percezione che i cittadini hanno delle proprie condizioni di salute è parte essenziale della qualità della vita e, insieme, indicativa della salute del sistema sanitario. Negli ultimi 30 anni la quota di persone che si dichiara in cattiva salute è diminuita dall'8 per cento nel 1995 al 5,5 per cento nel 2025, e si è più che dimezzata (dal 9,8 al 4,5 per cento) in termini standardizzati, correggendo cioè per l'effetto dell'invecchiamento. La prevalenza delle persone in cattiva salute cresce con l'età, in particolare tra le donne, ma sono proprio le fasce più anziane ad avere registrato i miglioramenti più significativi, soprattutto grazie al nostro modello di sanità universale. Oggi l'Italia è tra i paesi più longevi in assoluto, con una speranza di vita alla nascita di 83,4 anni, ma nel 1872 era tra quelli con la speranza di vita più bassa in Europa: soli 29,8 anni, mentre Francia, Regno Unito, Danimarca, Paesi Bassi, Svezia e Norvegia presentavano già valori compresi tra 40 e 50 anni. Entro il 2050 i residenti in Italia con più di 65 anni saranno il 34,9 per cento degli abitanti; mentre coloro di età compresa tra 15-64 scenderanno al 53,4 per cento e i giovani fino a 14 anni si prospettano essere solo l'11,7 per cento del totale. Questi dati andrebbero proiettati nelle università e nelle scuole di management sanitario durante gli open day e nei primi giorni di lezione. Chi decide di diventare medico o sanitario, al

pari di chi si occupa di investimenti, programmazione e di spesa sanitaria, dovrebbe essere consapevole di questa evoluzione e del fatto che – oggi – si vive più a lungo, anche grazie agli sforzi compiuti dal nostro sistema sanitario. Tutto questo deve continuare a essere sostenibile per tutti. Siamo in un periodo storico in cui la tecnologia e la cono-

scenza viaggiano sempre più veloci, promettendo eccitanti novità e cure sempre più moderne, efficaci e costose; ci sono nuovi eccezionali strumenti di salute che tutti vogliono e devono poter usare. Insieme ai guadagni di longevità è anche aumentata la diffusione di patologie cronico-degenerative. In particolare, la multimorbilità – ossia la presenza simultanea di due o più patologie sulla stessa persona – rappresenta una vera sfida per i paesi a elevato invecchiamento come l'Italia. E' aumentata la diffusione del diabete, dal 2,9 per cento della popolazione nel 1980 al 6,4 per cento nel 2025. Aumentano gli ipertesi (dal 6,4 nel 1980 al 18,9 per cento nel 2025), grazie ai progressi della capacità diagnostica, ma anche all'adozione di stili di vita poco salutari che peggiorano i fattori di rischio come l'eccesso di peso tra i non anziani. In questo contesto epidemiologico, è urgente pensare a riformare e migliorare la sanità italia-

na per garantire quella equità e sostenibilità – che è propria della nostra cultura – per una popolazione più vecchia e che ha più bisogno di cure, assistenza e farmaci, cercando di superare le disparità regionali create dalla riforma del Titolo V. E' arrivato il momento di pensare a un vero e proprio "Piano Marshall" per la salute, con lo scopo di ristrutturare e modernizzare il sistema sanitario, con particolare attenzione al finanziamento, alla sostenibilità, alla prevenzione, al potenziamento delle ri-



sorse umane, alla digitalizzazione e all'ammodernamento delle infrastrutture.

Ma quali potrebbero essere le priorità e quale l'agenda di un potenziale piano Marshall 2027-2037?

Occorre agire su più livelli, tutti ugualmente importanti e urgenti, tra cui, le modalità di finanziamento del Ssn, la ridefinizione e l'ampliamento del ruolo del secondo e del terzo pilastro, il trattamento economico e contrattuale dei medici e in generale dei sanitari, il passaggio da una contrattazione del lavoro dei sanitari nazionale a una su base regionale, la depenalizzazione del reato medico-sanitario, la riforma delle aziende sanitarie e dell'intramoenia, l'integrazione pubblico-privato e viceversa e potrei continuare ancora a lungo. Molto a lungo. Desidero però soffermarmi su alcuni punti chiave di questo, spero non utopico, potenziale "Piano Marshall per la sanità italiana".

Ogni giorno pazienti/utenti si lamentano, giustamente, perché devono aspettare mesi o anni per una colonoscopia o una visita dermatologica. Il tema delle liste d'attesa è certamente una delle tante problematiche, ma rientra in un capitolo più ampio che è quello della sostenibilità, dell'appropriatezza e delle differenze tra regione e regione. Ridurre le disuguaglianze regionali è oggi una priorità: non si può essere curati più o meno bene sulla base del proprio indirizzo di residenza. La riforma del Titolo V ha creato 21 sistemi sanitari differenti; è necessario ridefinire urgentemente, in maniera seria e condivisa da tutti, i livelli essenziali di assistenza (Lea) per garantire prestazioni omogenee su tutto il territorio nazionale. Questo non può e non deve essere un tema percepito come di centrosinistra o di centrodestra. Tutte le forze politiche, nessuna esclusa, dovrebbero essere ugualmente interessate a provare a risolverlo.

Come non è più rinviabile la definizione di una metodologia di calcolo del fabbisogno sanitario standard, in grado di superare concretamente lo "storico" e la "negoiazione politica" passando a criteri più oggettivi e moderni. Criteri che dovrebbero rappresentare le caratteristiche della popolazione, l'epidemiologia, l'innovazione tecnologica, personale e infrastrutturale, oltre alla mobilità sanitaria. Il finanziamento del Ssn dovrebbe essere agganciato a una strategia con un respiro almeno decennale, con la definizione e l'approvazione di un nuovo Piano sanitario nazionale, che manca da 15 anni.

Sarebbe, inoltre, utile passare dalla negoziazione tra regioni e stato centrale a criteri trasparenti, moderni, obiettivi, vincolanti e attuali. Si deve

tendere a un sistema meritocratico che finanzia percorsi terapeutici di salute superando il modello "budget preassegnato" e mettendo al centro il valore delle cure rendendo il Ssn sostenibile a lungo termine.

Oltre questo, c'è anche bisogno di maggiori risorse economiche. La anosa domanda è: "Dove si possono trovare altri soldi, oltre a quelli che mette lo stato?"

Il "secondo pilastro" in Italia rappresenta il sistema di assistenza sanitaria integrativa, complementare o sostitutiva al Ssn. Essa si basa su fondi sanitari, casse e mutue che coprono aree non raggiunte dal pubblico, ma sostenendo il sistema pubblico. Il terzo pilastro invece è costituito dalla sanità integrativa finanziate attraverso le assicurazioni sanitarie. Per il futuro bisognerà trovare maggiore integrazione e spazio per questi due pilastri che possono aiutare economicamente e far crescere il Ssn.

Un tema urgente di grande rilevanza sociale è quello della povertà sanitaria. Una fascia di popolazione che in alcune aree del nostro paese arriva al 5-10 per cento della popolazione e che per condizioni di indigenza non può curarsi, per situazioni che non siano le urgenze e le emergenze. Non possono permettersi, per esempio, farmaci Otc, come il paracetamolo o lo sciroppo per la tosse o le cure dentarie. Queste situazioni, oggi a carico di associazioni religiose e enti di carità, meriterebbero un fondo specifico ben regolamentato.

Il problema dei problemi rimane tuttavia quello delle risorse umane. Serve favorire l'immissione nel mercato del lavoro di professionisti di alto livello e in numero adeguato alle esigenze del piano sanitario decennale. Mai più quindi test di selezione in entrata astratti e inutili, ma apertura a tutti e poi semmai imbuto meritocratico in uscita. Il sistema attuale delle scuole di specializzazione ha purtroppo svuotato le specialità meno attrattive e competitive nel mondo del lavoro, che poi sono le più importanti per la sanità pubblica: anestesisti, internisti, medici d'urgenza, geriatri, medici di laboratorio, microbiologi, infettivologi ecc. In queste specialità il 70 per cento dei posti resta vacante, posti di cui avremmo davvero bisogno.



IL FOGLIO

Si dovrebbe pensare anche all'abbandono del concorso pubblico. Nei paesi europei più attrattivi, le direzioni sanitarie e i primari assumono direttamente i medici, basandosi su competenze e necessità, evitando la rigidità dei concorsi pubblici italiani, obsoleti, lunghi e inefficienti. Se pochi vogliono lavorare al Pronto soccorso, o in un laboratorio o in sala operatoria, dove c'è oggi vera carenza di personale, bisognerà trovare il modo di garantire migliori condizioni sia lavorative che economiche. Tutto questo si ottiene con una maggiore flessibilità contrattuale anche a livello locale.

Una volta assunti, con concorsi pubblici, spesso lunghi e non meritocratici, i sanitari diventano strutturati. E tendenzialmente iniziano a lavorare nel Ssn, o almeno così sarebbe auspicabile, visto che abbiamo assoluto bisogno di sanitari giovani e competenti. E cosa offriamo noi a questi ragazzi? I sanitari italiani sono i peggio pagati nei paesi europei a cui normalmente ci dovremmo paragonare, come Francia, Germania, Spagna, ma anche Irlanda e Ungheria. Formiamo medici eccellenti, spendendo miliardi di euro, e poi non li riusciamo a trattenere nel Ssn, perché li paghiamo troppo poco. E non solo, li obblighiamo a turni massacranti a causa della carenza d'organico. E poi gli scatti di stipendio sono pochi, basati più sull'anzianità di servizio, che non sui risultati, sulla competenza e sul merito; quindi, che cosa incentiva i ragazzi a lavorare sodo? Ve lo dico io: uscire dal pubblico per andare nel privato o all'estero.

E' indispensabile quindi trovare risorse per aumentare gli stipendi del personale sanitario, per ridurre i carichi di lavoro e per adeguare le borse di specializzazione per contrastare le carenze di alcuni settori.

I sanitari che lavorano per il Ssn sono quasi tutti dipendenti pubblici con tutte le accezioni positive e negative che questo status comporta. In un sistema competitivo e economicamente meritocratico, i medici e gli infermieri dovrebbero avere nel pubblico, le medesime condizioni contrattuali e fiscali che trovano nel privato, così da evitare la cannibalizzazione economica dell'uno verso l'altro. Andrebbero responsabilizzati i manager sanitari

(che non dovrebbero essere scelti dalla politica, ma selezionati sulla base di criteri oggettivi e meritocratici), affidando ai direttori di struttura la selezione del personale, eliminando così la cervellotica burocrazia dei concorsi italiani.

Il cuore del piano Marshall dovrebbe essere lo spostamento dell'assistenza dall'ospedale al territorio, potenziando le case di comunità, le cure domiciliari e il ruolo dei medici di medicina generale per prevenire il sovraffollamento dei Pronto soccorso e degli ospedali. Alle difficoltà di reperire medici in alcune zone meno attrattive o periferiche, si potrebbe intervenire con incentivi fiscali ed economici.

Innovazione e digitalizzazione sono purtroppo due punti davvero dolenti: un paziente cronico che si muove per una visita, un ricovero o un consulto da una regione all'altra, lo fa portando dietro una valigia piena di documenti, esami, radiografie e ricette, esattamente come avveniva nel secolo scorso. Implementare in modo uniforme, e in tutte le regioni, il Fascicolo sanitario elettronico (Fse), per esempio un semplice microchip a cui qualunque sanitario possa avere accesso, sarebbe davvero auspicabile. E poi la telemedicina per migliorare l'interoperabilità, la prevenzione e la gestione delle malattie croniche.

Il nostro sistema del futuro ha anche bisogno di utilizzare di più l'intelligenza artificiale che sta rivoluzionando l'assistenza sanitaria con applicazioni nella stratificazione del rischio, nell'appropriatezza delle richieste di esami e visite specialistiche, nella diagnosi, nell'imaging, nel monitoraggio e nel trattamento medico e chirurgico dei pazienti.

L'Italia è uno dei pochissimi paesi al mondo, insieme alla Polonia e al Messico, che non ha depenalizzato la colpa medica, che è sempre, anche nei casi più lievi, una questione gestita dal Codice penale, e che non può quindi essere risolta per vie amministrative. La depenalizzazione del reato medico in Italia è un tema centrale nel dibattito sanitario per ridurre la "medicina difensiva" (che costa circa 10 miliardi all'anno). E' quindi urgente una legge



IL FOGLIO

per mantenere la responsabilità solo in sede civile.

Non dobbiamo poi dimenticare la centralità e l'importanza delle campagne nazionali su prevenzione, corretti stili di vita, educa-

zione sessuale e vaccini, che sono state oggetto, negli ultimi anni, di inutili e sterili dibattiti politici.

Il Sistema sanitario italiano ha bisogno di un restyling e di una nuove veste agli occhi dei suoi utenti. Viene dato, troppo spesso, per scontato da

tutti: dai politici, che hanno continuato a fare tagli per risolvere le magagne di altri settori; dai cittadini, che non considerano l'importanza di investire i soldi delle tasse per ospedali, medici e strutture; dai pazienti, che intasano i Pronto soccorso per cose non urgenti o chiamano l'ambulanza come fosse un taxi; e a volte dai medici stessi, che studiano anni per poi volersi specializzare solo negli ambiti in cui si può lavorare, e guadagnare di più, come medici privati. Abbiamo tutti le nostre colpe, ma il sistema oggi è spesso diventato invivibile e insostenibile.

Mi piacerebbe poter leggere nei programmi elettorali di chi si candida alla guida del paese come questi temi

verranno affrontati e risolti.

E' anche per questo che è urgente un piano Marshall per la sanità, una sorta di manifesto che andrebbe condiviso e supportato da tutte le forze politiche per salvare e rafforzare il Sistema sanitario nazionale.

** professore ordinario di Malattie infettive, Università di Genova*

Il cuore di questo piano Marshall dovrebbe essere lo spostamento dell'assistenza dall'ospedale al territorio. Implementare in modo uniforme, in tutte le regioni, il Fascicolo sanitario elettronico. Depenalizzare la colpa medica

Ridefinire i livelli essenziali di assistenza. Per Medicina, mai più test di selezione in entrata astratti e inutili, ma apertura a tutti e poi semmai imbuto meritocratico in uscita. Pensare anche all'abbandono del concorso pubblico



AUDIZIONE IN SENATO SUL DDL 1825: IL SINDACATO CRITICA
IL TESTO E PROPONE CORRETTIVI PER GARANTIRE CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE ED EQUITÀ NEL SISTEMA SANITARIO

Sanità, secondo i medici (Cimo-Fesmed): “Riforma da rivedere, servono risorse e visione integrata”

FRANCESCO GENTILE
a pagina 6

Sanità, secondo i medici (Cimo-Fesmed): “Riforma da rivedere, servono risorse e visione integrata”

FRANCESCO GENTILE

La Federazione Cimo-Fesmed chiede una revisione profonda del disegno di legge sulla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, puntando su maggiori risorse, integrazione tra ospedale e territorio e superamento dell'attuale frammentazione del sistema.

I MEDICI OSPEDALIERI

Ascoltata dalla Commissione Affari sociali del Senato sul Ddl n. 1825, la confederazione sindacale dei medici ha espresso una valutazione complessivamente critica del provvedimento. Pur riconoscendo l'urgenza di intervenire sull'assetto del Servizio sanitario nazionale, il sindacato dei medici critica il testo e propone correttivi per garantire continuità assistenziale ed equità nel sistema sanitario. Le osservazioni arrivano dal presidente Guido Quici ha evidenziato come il testo, così com'è, non sia in grado di risolvere le principali criticità.

FRAMMENTAZIONI DI RUOLI

Al centro delle osservazioni di Ci-

mo-Fesmed, la persistente divisione tra ospedale e territorio, tra pubblico e privato e tra personale dipendente e convenzionato: una frammentazione che ostacola la continuità assistenziale e finisce per penalizzare i pazienti.

OSPEDALI E TERRITORI

Secondo il sindacato, inoltre, il rischio è quello di ripetere errori già visti: una riorganizzazione della rete ospedaliera senza un reale potenziamento dell'assistenza territoriale potrebbe tradursi in un ulteriore sovraccarico per ospedali e Pronto soccorso.

FINANZIAMENTI INSUFFICIENTI

Tra le principali criticità segnalate figurano l'eccessiva genericità della delega al Governo, l'assenza di finanziamenti adeguati e le incertezze sulle risorse umane e sulla sostenibilità organizzativa. Dubbi anche sull'introduzione degli ospedali elettivi, considerata una possibile fonte di ulteriore frammentazione dell'assistenza.

IL NODO PRONTO SOCCORSO

Particolare preoccupazione riguarda proprio il modello di queste strutture, prive di Pronto soccorso: secondo Cimo-Fesmed

potrebbero compromettere la continuità delle cure, aumentare i trasferimenti dei pazienti e ridurre l'attrattività delle strutture di emergenza per il personale sanitario.

PRONTI A DISCUTERE LE MODIFICHE

“La riforma del Servizio sanitario nazionale”, evidenzia Guido Quici, “deve essere affrontata con una visione integrata, garantendo risorse adeguate e superando l'attuale organizzazione a silos”.

Da qui la richiesta di una revisione del provvedimento, con interventi strutturali in grado di assicurare maggiore equità nell'accesso alle cure. La Federazione si è infine detta disponibile a offrire il proprio contributo tecnico nella stesura dei decreti legislativi.



E IL CASO BERTOLASO

Il trucco delle liste
d'attesa: spariti
i malati non curati

DI BENEDETTO E MANTOVANI
A PAG. 13



COLLASSO SALUTE • Non mantenuta la promessa di Meloni

Il trucco delle liste d'attesa: malati cancellati e non curati

» **Linda Di Benedetto**

Era il giugno 2024 quando la premier Giorgia Meloni presentava il decreto sulle liste d'attesa come una "svolta storica", destinata a ridurre i tempi della sanità pubblica. A distanza di due anni, e dopo quattro anni di governo, la promessa è rimasta sulla carta. Le liste d'attesa sono sprofondate e il sistema sanitario continua a muoversi dentro le stesse distorsioni di sempre. I numeri parlano chiaro. Nel Lazio, un accesso agli atti richiesto dal consigliere di Azione Alessio D'Amato ha rivelato che tra luglio 2025 e marzo 2026 il sistema ReCUP ha registrato oltre 2,5 milioni di "rifiuti" sulla prima disponibilità proposta. Un sistema che usa "l'ambito di garanzia" per offrire appuntamenti anche a cen-

tinaia di chilometri. Quando il paziente rifiuta perché non può raggiungerli, viene registrato come "rinuncia" e le liste si "puliscono" senza che la prestazione sia stata erogata. In Sicilia si tocca il fondo. A Lentini si aspettano 727 giorni per una colonscopia - quasi due anni e mezzo per un esame che serve a diagnosticare il tumore del colon. In Puglia, su circa 60 mila prestazioni anticipate tra febbraio e marzo, oltre 34 mila cittadini hanno rifiutato l'anticipo delle visite - spesso perché nel frattempo avevano già pagato il privato o avevano rinunciato a curarsi. In Emilia-Romagna, spesso considerata insieme al Veneto una regione "virtuosa", uno dei meccanismi spesso utilizzati sono le liste di galleggiamento: prenotazioni senza una data fissata, che di fatto producono una "ripulitura" solo apparente. Intanto, i dati aggiornati ad aprile 2026 dell'Emilia-Romagna mostrano tempi di attesa in alcune zo-

ne ancora critici: fino a 200 giorni per l'oculistica, e circa 120 giorni per le risonanze magnetiche (Ferrara). In Lombardia dai dati ufficiali emerge un sistema sotto forte pressione con casi estremi che superano anche i 700 giorni di attesa. In Campania un'inchiesta di *Report* aveva svelato un altro trucco per abbattere le liste di attesa: il software di alcune Asl sarebbe stato impostato per registrare automaticamente la dicitura "paziente rifiuta la prima disponibilità". E i dati 2025 mostrano un quadro pesante: in classe U (urgenze entro 72 ore) il 63% dei pazienti, pari a oltre 78 mila persone, risulta aver "rifiutato" la prima proposta. In classe P (programmabile) si arriva a circa 3 milioni di rinunce, pari al 76% dei casi. In Ca-

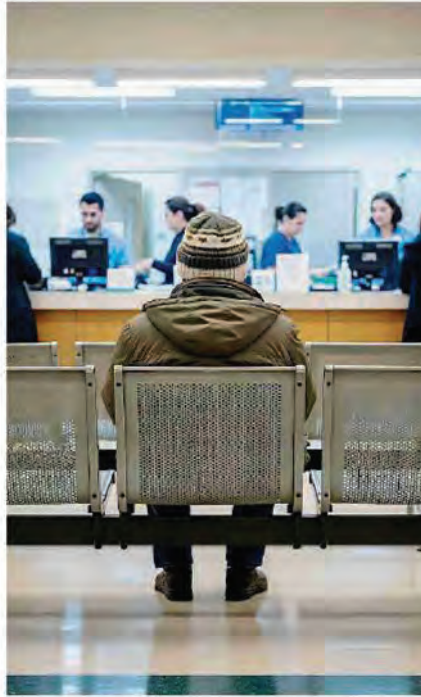


labria i dati mostrano un progressivo peggioramento della priorità programmata con tempi medi estremamente dilatati: 430 giorni di attesa media per una colonscopia. Ma ad aggravare il quadro è il meccanismo della scadenza delle ricette, difeso dal ministro Schilacci come misura di appropriatezza, che ha avuto i suoi primi effetti in Lombardia. Con la ri-

duzione della validità a sei mesi, sarebbero stati annullati d'ufficio milioni di impegnative senza che la prestazione sia stata erogata. Tutto questo avviene mentre il ministero della Salute prepara una nuova campagna di comunicazione trionfale sull'abbattimento delle liste. Ma la realtà è un'altra: il sistema ha smesso di curare i malati per iniziare a cancellarli.

COME VA NEL RESTO D'EUROPA

BUONI ESEMPI In testa alle classifiche delle liste d'attesa, secondo le statistiche europee, ci sono paesi come la Svizzera, dove si registrano appena 2 giorni d'attesa per le visite mediche e 28 per trattamenti non urgenti. In Olanda la maggior parte degli esami e degli interventi vengono effettuati entro tre mesi. In Germania, visite mediche entro 4 giorni



La resa Malati costretti ad attese infinite



RIMANE INSUFFICIENTE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE

Le riceve solo una persona su tre fra quelle
che ne avrebbero diritto e tra i minori anche meno

di **Tullio Proserpio***

Il sistema sanitario italiano è sottoposto a crescente pressione anche di carattere economico, soprattutto nelle fasi avanzate di malattia. Nel 2023 sono state registrate circa 44 milioni di giornate di ricovero per acuti e quasi 54 milioni complessive, con una degenza media di 7,1 giorni, segno di un ricorso ancora elevato all'ospedale nei percorsi più complessi. Anche il Pronto Soccorso riflettono tale criticità: secondo una rilevazione dell'Osservatorio Simeu (Società Italiana di Medicina d'Emergenza e Urgenza), il tempo medio di attesa per il ricovero ha raggiunto le 31 ore (+25% rispetto al 2019) e aumentano i costi per paziente (+23% diagnostica, +13% laboratorio, +15% far-

maci). Questi dati descrivono reparti che gestiscono malati sempre più anziani e fragili, spesso trattenuti a lungo in barella prima della presa in carico. In questo scenario, le cure palliative precoci rappresentano una risposta umana ed efficace. Integrate sin dall'inizio del percorso clinico, permettono di ridurre ricoveri evitabili, contenere trattamenti sproporzionati e migliorare significativamente la qualità di vita del paziente e della sua famiglia. Il Libro Bianco per la promozione delle cure palliative in Italia (si veda oltre), sottolinea come una presa in carico tempestiva e multidimensionale possa generare anche benefici economici per il Ssn. Nonostante le evidenze l'accesso rimane insufficiente: solo 1 persona su 3 riceve cure palliative, tra i minori la percentuale scende al 15%. A ciò si aggiungono forti disparità regionali, con copertura più ampia al

Nord e carenze al Sud, dove un maggior numero di decessi a domicilio non dipende da una preferenza espressa, ma dalla mancanza di alternative assistenziali adeguate. Per colmare queste differenze, la Legge 197/2022 ha fissato l'obiettivo di raggiungere entro il 2028 il 90% di copertura della popolazione eleggibile, richiedendo alle Regioni piani di potenziamento annuali monitorati da Agenas. Le Regioni che hanno investito in formazione specifica, continuità assistenziale e reti domiciliari ben strutturate dimostrano che questo modello non solo migliora gli esiti clinici e l'esperienza delle famiglie, ma permette anche un uso più equilibrato ed efficiente delle risorse sanitarie. Le cure palliative precoci, dunque, non sono un costo aggiuntivo, ma un approccio che coniuga umanità, qualità e sostenibilità. Il 29 aprile a Roma, presso la Camera dei

Deputati, la presentazione ufficiale del Libro Bianco per la promozione delle cure palliative in Italia, libro promosso dalla Pontificia Accademia per la Vita e dalla Conferenza Episcopale Lombarda, offrirà un'occasione concreta per consolidare questo percorso, rafforzare una cultura della cura rispettosa della dignità della persona e avvicinare il nostro Paese agli standard di accesso e integrazione auspicati da tempo.

**Cappellano clinico,
Istituto Nazionale
dei Tumori di Milano*

**La Legge 197/2022
ha fissato l'obiettivo
di raggiungere entro
il 2028 il 90 per cento
di copertura della
popolazione eleggibile
al trattamento**



LEA, GLI INFERMIERI CHIEDONO UN RICONOSCIMENTO

Riconoscere il contributo dell'assistenza infermieristica per fare in modo che i Lea (Livelli essenziali di assistenza) siano davvero esigibili. È la richiesta fatta dalla Fondazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), intervenuta in audizione alla Camera nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui Lea e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle regioni.

A parlare per la Fnopi Saverio Andreola, consigliere del comitato centrale: «Riconoscere pienamente il contributo dell'assistenza infermieristica significa rafforzare la programmazione, migliorare il monitoraggio, sostenere la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale e, soprattutto, garantire in modo più equo il diritto alla salute dei cittadini». Il punto, secondo Andreola, non è introdurre nuove prestazioni, «ma riconoscere e rendere misurabile il contributo già oggi essenziale dell'assistenza infermieristica nei percorsi di cura». Un tema decisivo, il pensiero del consigliere, riguarda il monitoraggio. «Le evidenze scientifiche e i dati del

Rapporto Fnopi-Sant'Anna confermano che una adeguata dotazione infermieristica è associata a migliori risultati di salute: minori ricoveri evitabili, migliore gestione delle cronicità e maggiore sicurezza delle cure».

In conclusione, la Fnopi chiede di intervenire su più livelli: «definire un linguaggio comune e standardizzato; costruire modelli organizzativi chiari ma flessibili; rivedere i sistemi informativi e di prenotazione per rendere accessibili le prestazioni infermieristiche senza confonderle con quelle specialistiche; valorizzare anche economicamente le competenze infermieristiche, comprese quelle specialistiche».



CUSTODIRE LA VITA
**Turismo abortivo
specchio
di società smarrite**
GIUSEPPE ANZANI

Ogni anno più di un centinaio di donne italiane si reca in Spagna per abortire. E l'Europa spinge per il riconoscimento di un "diritto". Ma se qualcosa va messo in Costituzione è l'aiuto.

A pagina 17

Oltreconfine per l'interruzione di gravidanza. E l'Europa spinge verso il riconoscimento giuridico

LE DONNE CHE SCELGONO DI ABORTIRE IN SPAGNA IL «TURISMO SANITARIO» DI UNA SOCIETÀ PERDENTE

GIUSEPPE ANZANI

In Europa si torna a parlare di turismo abortivo. Un settimanale italiano rivela che ogni anno più di un centinaio di donne italiane sceglie di abortire in Spagna. Là si può fare fino a 14 settimane di gestazione "liberamente", cioè senza motivazione, anche in cliniche private; e fino alla 22esima settimana in caso di rischio grave per la salute della donna e di grave anomalia fetale. Più facile che in Italia, è il succo della notizia, perché da noi il percorso è più complicato e ci sono tanti obiettori.

Così si porge l'immagine di un aborto più semplice, più agevole, col sottinteso che così dovrebbe essere, se si tratta di una libera scelta personale, autodeterminata, attinente alla sfera della salute sessuale e riproduttiva. Anzi, proprio in Spagna si dibatte la questione se l'aborto debba prender figura di diritto, ed esser nominato nella Costituzione, copiando forse il testo che nel 2024 la Francia inserì nella pro-

pria, col nome di "libertà garantita" alla donna di ricorrere all'interruzione volontaria della gravidanza. Del resto, il Parlamento Europeo con una risoluzione dell'11 aprile 2024, aveva chiesto di inserire il diritto all'aborto nella Carta dei diritti fondamentali dell'Ue, e quindi di riconoscerlo come diritto fondamentale europeo. Proposta che non ha avuto seguito concreto, ma che segna drammaticamente la deriva d'una cultura che rinnega il diritto alla vita per i figli nel grembo. Non è questione di legge o di pratica medica, un figlio. Un figlio è questione umana. Legge e medicina seguono la verità della vita, la presenza di un essere che è figlio nostro, vita da vita, frutto del ventre, accolto. Un "diritto", ucciderlo? Viene da chiedere non solo che idea di vita umana ci stiamo costruendo, ma che idea di donna. Se la riflessione e il dibattito si disperdono tra ostacoli o facilitazioni, ignorando o voltando le spalle al dolore e all'ingiustizia ontologica d'una morte innocente che segna anche la vita di chi l'ha voluta, per rifiuto

o rinuncia o angoscia, si può smarrire la percezione della ferita mortale alla stessa femminilità.

Donna, infatti, è accoglienza. La lingua arcaica accomuna l'utero e la misericordia con la stessa radice semantica. Una donna di genio come Edith Stein ha scritto pagine memorabili sulla vocazione femminile come accoglienza e sul rischio di una sua deformazione. Ha intuito e descritto l'essenza della femminilità «orientata per natura verso ciò che è personale e vivente». Pensieri che introducono a una rilettura moderna di quel magistero sulla dignità femminile che il papa Giovanni Paolo II ha reso indimenticabile: «La maternità implica una comunione speciale con il mistero della vita».

L'aborto ridotto a servizio rapido, a "turismo" sanitario, è lo specchio di una società che ha smarrito la capacità di custodire la vita nascente. Quando la scelta di sopprimere una vita diventa una soluzione pratica si perde la misura del dramma umano che quella decisione comporta. «Le scelte contro la vita na-



scono, talvolta, da situazioni difficili o addirittura drammatiche di profonda sofferenza, di solitudine, di totale mancanza di prospettive economiche, di depressione e di angoscia per il futuro»: così è scritto in *Evangelium vitae*. Perciò, se qualcosa va messo in Costituzione è l'aiuto. E l'aiuto già sta scritto, con le parole d'una grande promessa, ma va declinato nella concretezza: reti di sostegno economico e psicolo-

gico, politiche familiari che rendano possibile conciliare lavoro e maternità, servizi di accoglienza per chi teme di non farcela. La civiltà si misura dalla capacità di prendersi cura dei più fragili, dei bambini non ancora nati e le madri in difficoltà. L'identità femminile non è mero fatto biologico, è spirito. È fonte di senso, di responsabilità e di relazione. È grembo del nostro futuro.

Quale società vogliamo essere? La risposta è nella qualità delle relazioni, di morte o di vita, di abbandono o di amore, che siamo disposti a costruire.



Perché congelare gli ovociti non è tabù con le culle vuote

NATHANIAZEVI

Bianca Balti sta sistemando tutto. Lo ha raccontato recentemente in un'intervista. Documenti, decisioni, conti, pensieri. Non è paura, la sua. Lo fa per le figlie, ha spiegato, per non lasciarle nel caos se la vita dovesse prendere una direzione impossibile da controllare. - PAGINA 23



Per combattere la denatalità bisogna intervenire prima che il tempo diventi troppo corto

Nell'Italia che ha smesso di fare figli non sia un tabù congelare gli ovociti

NATHANIAZEVI

Bianca Balti sta sistemando tutto. Lo ha raccontato recentemente in un'intervista. Documenti, decisioni, conti, pensieri. Non è paura, la sua. Lo fa per le figlie, ha spiegato, per non lasciarle nel caos se la vita dovesse prendere una direzione impossibile da controllare.

Un gesto che a qualcuno sembra quasi burocratico, e che proprio per questo ci spiazza. Perché in un Paese come il nostro, che troppo spesso ha fatto dell'emergenza il suo metodo e il suo passo, chi si prepara prima, chi agisce per prevenzione, appare quasi eccentrico.

Infatti, se ci pensiamo, in molti ambiti non lo facciamo quasi mai. Viviamo dentro una specie di ottimismo di default, la certezza implicita che ci sarà tempo, che si presenterà un'altra occasione, che la finestra per intervenire potrà estendersi, che arriverà un condono, un aiuto, una scoperta scientifica, una concessione. È una abitudine, forse una posa, diffusa, trasversale, che attraversa le vite private come, ahinoi, le scelte pubbliche. Quando poi però il margine finisce, ci sorprendiamo - im-

mancabilmente - come se del pericolo imminente non avessimo avuto segnali.

Ma la riflessione di Balti non si è fermata qui, e si è estesa anche al tema della natalità, che forse di questa abitudine al ridursi più all'ultimo possibile è il caso più emblematico e irrisolvibile. Da anni si moltiplicano incentivi, appelli, moral suasion più o meno esplicite. Qui non si nasce e gli effetti a cascata di questo fenomeno diventano ogni giorno più irreversibili, lo ripetiamo incessantemente. Abbiamo accettato, o quantomeno diciamo di aver compreso, che la vita delle donne non è quella di trent'anni fa: studi più lunghi, lavori meno stabili, percorsi che non si lasciano comprimere, aspettative, desideri e stili di vita cambiati. Chiedere di anticipare la maternità attraverso piccoli incentivi, insistendo



sull'urgenza futura, non regge e non accadrà, semplicemente perché ha mai funzionato, né qui né altrove. Convincere le ragazze a fare figli presto non è una strada per invertire il trend delle culle vuote.

Esiste, in questo senso, tra molti altri, anche uno strumento concreto che non è - ovviamente - la soluzione a tutti i mali ma è un passo, e che però continua ad essere considerato una soluzione vagamente tabù, come la serie B dell'eventuale concepimento: il congelamento degli ovociti. Una scelta sempre più accessibile, capace di allentare la pressione del tempo biologico senza chiedere alle donne (o alle coppie) di rinunciare a costruire prima una vita professionale, economica o affettiva stabile. Un percorso che, per varie ragioni, religiose, sociali, economiche, scaramantiche, culturali, resta avvolto da una diffidenza che parla poco di medicina. È una possibilità in più che non sempre sappiamo cogliere; cosa che, drammaticamente, in molti casi, ci fa arrivare lì, a cercare una gravidanza con ogni metodo possibile, quando il problema è già diventato urgente, talvolta irrisolvibile, doloroso.

Se si familiarizza con questo concetto, però, che ci piaccia o meno, dovremo cominciare a dire tanto e senza giri di parole che il congelamento è più efficace quanto prima viene effettuato. E che il sentimento che deve portare le ragazze a decidere per questa strada è lo stesso che ci convince, o meglio ancora ci costringe, a sottoscrivere un'assicurazione per l'automobile. Speriamo tutti che non occorra mai, ma meglio averla.

All'apparenza sembra facile, eppure, pur trattandosi delle nostre stesse figlie o delle nostre future pensioni, non siamo stati ancora in grado di trasmettere alle giovani che si tratta di un investimento preventivo su se stesse, che bisogna intervenire prima che il tempo diventi troppo corto.

Certo, costerà soldi, ma dobbiamo accettare che non facciamo più figli a vent'anni e che le famiglie sono cambiate nella forma e nei tempi, e che nemmeno se ci bombardano di pubblicità progresso le cose torneranno come un tempo.

Piuttosto andrebbe fatto un racconto culturale, di informazione, un investimento sistematico, che normalizzi l'idea di pensare alla propria fertilità a ventitré, ventiquattro, venticinque anni, non a trentotto, anche se poi il momento effettivo della procreazione si sposta in avanti. Dobbiamo muovere la conversazione dall'emergenza alla scelta. Dall'ansia alla prevenzione.

Finché quel messaggio non esiste, il congelamento degli ovociti resterà una soluzione di recupero, di risulta, spesso last second, invece che una forma e una pratica di libertà.

Lo stesso schema, riflettevo, in Italia, si propone nella pianificazione della cura del territorio. Frane, alluvioni, cedimenti. Un continuo. Ogni volta la parola è emergenza, ogni volta ecco le risorse straordinarie, le commissioni, i sopralluoghi. Le mappe del rischio pe-

rò esistevano già, i dati erano noti, le fragilità segnalate da anni in rapporti mai tradotti in interventi. La manutenzione, infatti, rimane un tema laterale, differito quanto possibile, quasi sempre fino a quando non diventa inevitabile e carissimo, a tutti i livelli.

Si ricostruisce più di quanto si prevenga. Si ripara più di quanto si metta in sicurezza prima. E le città restano paralizzate per anni da cantieri che, con una pianificazione diversa, e nei giusti tempi, avrebbero potuto essere aperti e chiusi prima che "l'emergenza" arrivasse.

E poi c'è un livello che si vede ancora meno: le infrastrutture economiche. I pagamenti digitali che sono diventati un gesto automatico, invisibile. Dovremmo ricordarci che dietro quella semplicità c'è una dipendenza robusta da circuiti globali, spesso stranieri, che funzionano così bene da non sollevare domande. Ma il problema con le cose invisibili che funzionano è che quando cessano di essere visibili smettono anche di essere messe in discussione.

Eppure il precedente esiste, ed è recente. Quando le sanzioni internazionali hanno colpito la Russia, Visa e Mastercard hanno sospeso le operazioni nel Paese nel giro di pochi giorni.

Proprio in previsione di questo Mosca, un paio di anni prima, si era occupata di rilanciare il circuito nazionale, e arrivati a questo punto di instabilità forse dovremmo pensarci anche noi.

Già perché il risultato di un blocco dei circuiti americani non sarebbe solo un disagio tecnico: milioni di persone si troverebbero trovate tagliate fuori da transazioni quotidiane, pagamenti, accesso ai propri conti attraverso i circuiti abituali. Un sistema che sembra solido potrebbe rivelarsi, in poche ore, condizionale. Non è fantascienza geopolitica. Eppure noi, da sempre grandi risparmiatori, continuiamo a trattare quella vicenda come qualcosa di lontano, come se la dipendenza da infrastrutture finanziarie straniere fosse un rischio che riguarda gli altri.

L'idea di rafforzare Bancomat, la rete nazionale dei pagamenti da 43 anni, esiste, certo, ha spiegato Massimo Itta, Chief Commercial Officer dell'azienda, ma anche qui resta sullo sfondo, argomento per addetti ai lavori, e rimarrà tale fino a quando un rischio concreto non renderà questa conversazione inevitabile. Emergenza. E a quel punto, come sempre,



LA STAMPA

sarà tardi per far bene le cose.

Il filo che attraversa tutto questo non è la sfortuna, né la complessità oggettiva dei problemi, ma la nostra difficoltà strutturale a fare oggi qualcosa i cui effetti si vedranno solo domani, o forse mai, se le cose andranno bene. La prevenzione, infatti, ha questo difetto costitutivo: il suo successo coincide con ciò che non accade. Non produce immagini, non genera titoli, non ha nastri da tagliare. È invisibile per definizione, e in un sistema dove conta ciò che si vede, l'invisibile fatica a trovare spazio. E ancor meno a racimolare voti per chi a questo ha lavorato.

Ora, alcune catastrofi sono davvero imprevedibili. Un terremoto, una pandemia, una crisi finanziaria innescata da una catena di eventi impossibile da anticipare. La prevenzione totale non esiste, chiaro, ma molte delle emergenze che affrontiamo non hanno nulla di imprevedibile. Eppure c'è quasi una forma di scaramanzia collettiva nell'affrontarle prima che si materializzino: come se nominare il

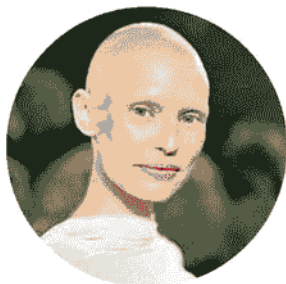
rischio fosse un modo per evocarlo, come se prepararsi fosse una scommessa sul peggio invece che sul futuro. Preferiamo ridurci all'ultimo. Meglio spegnere l'incendio che dover pensare alle fiamme.

Mettere in ordine le proprie carte, ci ricorda Bianca Balti, non è un atto di resa. Semmai il contrario. Significa accettare che il tempo ha una forma che potrebbe non essere quella che vorremmo disegnare, e che ignorarla non ne cambierà l'esito. Balti lo ha fatto per le figlie, ma la domanda che lascia aperta riguarda tutti: perché per agire aspettiamo quasi sempre che qualcosa ci costringa? —

**Il nostro Paese vive da tempo
una difficoltà strutturale
a fare oggi qualcosa i cui effetti
si vedranno solo domani**

*C'è una domanda che riguarda
tutti: perché per agire aspettiamo
quasi sempre che qualcosa
ci costringa a farlo?*

S Le sfide da affrontare



Il caso Bianca Balti

La modella racconta di aver preparato documenti e conti per le figlie in caso di imprevisti



Territorio fragile

Si investono continue risorse per frane e alluvioni senza mai pensare a interventi preventivi



Pagamenti digitali

La dipendenza dai circuiti globali, spesso stranieri, è un rischio che va affrontato



Non solo geni, l'ambiente fa la sua parte nelle malattie

Scienza. Nuove ricerche puntano a quantificare l'impatto sulla salute dell'esposizione a cause esterne diverse e che interagiscono tra loro

Gianluca Dotti

Quando vent'anni fa Christopher Wild s'inventò il termine "esposoma", poco prima di diventare direttore dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc), l'analisi scientifica delle esposizioni ambientali era un campo di ricerca ancora embrionale. Eppure oggi l'impatto sulla salute dei fattori generali e specifici – sia interni sia esterni – sta entrando in una dimensione misurabile, analizzata con strumenti sempre più simili a quelli utilizzati per la genetica.

Uno studio pubblicato a marzo su *Nature Medicine*, basato su centinaia di indicatori di esposizione e su oltre 300 fenotipi, mostra che combinando l'analisi di più fattori ambientali si può spiegare la variabilità di alcune condizioni cliniche, peraltro con una accuratezza comparabile a quella dei profili genetici. In altre parole, non ci si limita a dimostrare che l'ambiente ha un ruolo, ma si riesce a quantificare l'impatto sulla salute, considerando ciascuna componente non più come isolata bensì in interazione con le altre.

Questo cambio di paradigma trova una delle sue espressioni più ambiziose nello Human Exposome Project, un'iniziativa che punta a replicare per l'ambiente ciò che il sequenziamento del genoma ha rappresentato per la genetica. Il presupposto, supportato da diverse evidenze, è che le cause delle malattie siano solo in parte riconducibili ai fattori genetici, mentre una quota più am-

pie dipenda dall'insieme delle esposizioni nel corso della vita, spaziando dall'inquinamento ai livelli ormonali, dai raggi ultravioletti ricevuti fino alla dieta. Nonostante ciò, l'investimento scientifico e tecnologico si è storicamente concentrato sul genoma, lasciando l'analisi delle componenti ambientali frammentata e spesso discontinua.

Il concetto di esposoma nasce proprio dall'esigenza di guardare oltre: in questa prospettiva, l'origine delle malattie non può essere ridotta a una singola causa, ma va interpretata come il risultato di fattori che agiscono in modo cumulativo e interdipendente. Più di recente, gli scienziati hanno iniziato ad affiancare anche la dimensione dei determinanti sociali (il socio-esposoma), evidenziando la rilevanza delle condizioni economiche, culturali e territoriali.

La difficoltà principale di questo approccio risiede nella natura dei dati da analizzare. A differenza della genomica, che può contare su processi standardizzati e su una relativa uniformità delle informazioni, l'esposomica richiede di integrare



dati eterogenei, raccolti con metodologie diverse e spesso non comparabili tra loro. Si tratta di informazioni che spaziano dalle concentrazioni di sostanze chimiche nell'ambiente alla qualità delle relazioni sociali, fino ai parametri biologici misurabili a livello molecolare.

Per renderli interpretabili, l'intelligenza artificiale può essere di grande aiuto: modelli avanzati, analoghi a quelli utilizzati nell'elaborazione del linguaggio naturale, sono già impiegati per identificare correlazioni tra esposizioni multiple e stati di salute, contribuendo a chiarire relazioni di causa-effetto che sarebbero difficilmente individuabili con approcci tradizionali. Questo consente anche di valorizzare dati già esistenti, raccolti in passato con criteri non uniformi, trasformando un limite storico della ricerca in una risorsa.

Parallelamente, stanno emergendo nuove infrastrutture che rendono più sistematica la raccolta delle informazioni: le biobanche che integrano dati clinici, campioni biologici e dati ambientali, poi le tecnologie di monitoraggio come sensori ambientali e

dispositivi indossabili, in grado di registrare in tempo reale l'esposizione individuale a una pletera di fattori. Sull'altra faccia della medaglia, la crescente disponibilità di dati apre interrogativi legati alla governance, alla standardizzazione e alla sostenibilità dei modelli di ricerca.

Sul piano internazionale, l'esposomica si sta sviluppando in modo disomogeneo. Negli Stati Uniti le iniziative sono ancora frammentate e poco finanziate, mentre in Europa c'è più coordinamento, con programmi dedicati e investimenti significativi che puntano a costruire una base comune per lo studio delle esposizioni ambientali. La definizione di standard condivisi, che è condizione essenziale per il consolidamento della disciplina, ancora manca.

Tuttavia, le implicazioni di questo approccio iniziano già a emergere con chiarezza anche sul piano clinico, in particolare in oncologia. In Italia, dove sono attualmente attivi oltre mille studi su tumori solidi e del sangue, la ricerca si sta orientando verso modelli sempre più personalizzati e dinamici, che integrano dati

biologici, clinici e, progressivamente, anche ambientali. «Con lo sviluppo dell'esposomica, potremo integrare la misura sistematica delle esposizioni ambientali e comportamentali che modulano rischio, progressione e risposta terapeutica», ha detto in proposito Ruggero De Maria, presidente di Alleanza Contro il Cancro. «Questo significa passare da una visione statica a una rappresentazione dinamica, multidimensionale e in tempo reale della malattia». L'introduzione di strumenti digitali, la diffusione di trial decentralizzati e la raccolta sistematica di dati riportati dai pazienti stanno contribuendo a trasformare la sperimentazione in un processo continuo, più vicino alla realtà clinica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo Human Exposome Project punta a mappare tutti i fattori non genetici che influenzano la salute



Esposoma. È l'insieme di tutti i fattori interni ed esterni ai quali è esposto l'individuo influenzandone la salute

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Quando la voce guida la diagnosi

La sua analisi può permettere di riconoscere diverse patologie con anni di anticipo

di **Anna Fregonara**

Le corde vocali producono il suono della voce. Si trovano nella laringe e quando l'aria espirata la attraversa, le fa vibrare generando il suono, poi modellato da lingua, palato e cavità nasali. Già questo è qualche cosa di straordinario. Ma negli ultimi anni la voce sta emergendo anche come un segnale fisiologico del nostro stato di salute. Nella maggior parte dei casi un cambiamento della voce rivela disturbi comuni, come un'infiammazione locale.

Tuttavia, l'idea che dal timbro, dal ritmo o da minime

variazioni acustiche si possano individuare malattie sistemiche anche lontano dall'apparato vocale, dal Parkinson a patologie del cuore, è oggi al centro di un filone di ricerca sempre più promettente: quello dell'*audiomica*.

Intelligenza artificiale

In realtà, l'idea che le caratteristiche della voce possano essere un indicatore diagnostico o prognostico di una determinata patologia non specificamente laringea non è nuova. Già nella medicina ipocratica la qualità della voce veniva osservata come segna-

le clinico. «La differenza è che oggi abbiamo a disposizione ampi database di registrazio-

ni vocali e tecniche avanzate di analisi, spesso basate sull'intelligenza artificiale, che permettono di esaminare in poco tempo grandi volumi di dati. Questo rende possibile identificare in modo oggettivo parametri acustici e linguistici associati a diverse condizioni patologiche», spiega Giovanna Cantarella, specialista in Otorinolaringoiatria e foniatra, professore a contratto all'Università di Milano. «Questi dati, una volta estratti, possono contribuire all'inquadramento diagnostico e, in prospettiva, alla valutazione della gravità e dell'evoluzione della malattia».

Barometro della salute

Negli anni Ottanta Arnold Aronson, tra i pionieri della clinica dei disturbi della voce dell'americana Mayo Clinic, definì la voce «il barometro della nostra salute fisica e mentale». Una definizione che anticipa il concetto moderno di biomarcatore vocale, quell'insieme di caratteristiche della voce in grado di fornire informazioni sullo stato di salute.

Malattia di Parkinson

Il campo più promettente è quello delle malattie neurodegenerative, in particolare la malattia di Parkinson. «In uno studio, pubblicato nel 2025 su *Brain Sciences*, gli autori ipotizzano che alcuni parametri vocali possano anticipare la diagnosi persino di un decennio e risultare utili nel monitoraggio del pazien-

te», puntualizza Cantarella.

«Anche nell'Alzheimer e nel decadimento cognitivo lieve, la voce può contenere segnali precoci. La letteratura descrive esitazioni, rallentamento del parlato, difficoltà nel trovare le parole, uso più frequente di termini generici, semplificazione grammaticale e perdita di coerenza del discorso. Si tratta di cambiamenti talvolta osservabili anni prima della comparsa dei sintomi più evidenti e che i sistemi di analisi automatica del linguaggio possono contribuire a rilevare».

Come è facile immaginare, l'analisi vocale con intelligenza artificiale viene studiata anche nelle patologie della laringe e delle corde vocali, per riconoscere lesioni come polipi, cisti, edemi o paralisi.

Meno intuitivo, invece, aspettarsi che alcuni paramet-

tri vocali possano rivelarsi utili anche nello scompenso cardiaco. «In uno studio condotto su pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto, specifiche caratteristiche acustiche della voce e del parlato sono risultate utili per moni-



torare la risposta al trattamento medico durante l'ospedalizzazione. Inoltre altre ricerche hanno evidenziato la possibilità di utilizzare le caratteristiche vocali per identificare precocemente un peggioramento clinico con rischio di scompenso nel paziente cardiopatico al fine di poter invitare in modo tempestivo il paziente a recarsi in ospedale per un controllo diretto e approfondito», aggiunge Cantarella. «Anche la salute mentale sembra lasciare tracce nella voce. Studi indicano che caratteristiche

acustiche e linguistiche possono contribuire a riconoscere schemi associati a depressione, ansia e stress. Non si tratta, però, ancora di test diagnostici già validati per la pratica corrente. Restano, infatti, alcune criticità da superare. È necessaria, per esempio, la validazione clinica su larga scala perché molti risultati derivano ancora da studi limitati. Inoltre, la standardizzazione delle registrazioni è complessa: rumore, qualità del dispositivo, distanza del microfono, lingua e accento

possono influenzare i dati. Infine, la voce è un dato biometrico sensibile e richiede tutele sul piano della privacy».

Privacy

● Va tenuto presente nelle analisi che la voce è un dato biometrico sensibile e richiede tutele adeguate sul piano della privacy

CON GLI ANNI

IL GENERE CONTA

Con gli anni la voce tende a perdere potenza e questo si ripercuote sul suo cambiamento man mano che andiamo in là con gli anni. In media, negli uomini la «nuova» tonalità può diventare più acuta, mentre nelle donne può abbassarsi e farsi più grave.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17

circa il numero di muscoli che permette alle corde vocali di muoversi

2-3

ore dovrebbero passare dalla cena a quando si dorme per limitare il reflusso

L'audiomica

può essere utilizzata per malattie del sistema nervoso e del cuore

I consigli per una corretta manutenzione



1 **Idratarsi adeguatamente** è essenziale affinché le corde vocali siano lubrificate e possano vibrare con regolarità e con il minor attrito possibile



2 **Evitare di alzare la voce** quando non è necessario, perché aumenta lo sforzo vocale e favorisce l'affaticamento



3 **Non schiarirsi continuamente la gola.** Il raclage infatti può provocare microtraumi alle corde vocali e aggravare l'irritazione se diventa abituale



4 Individuare ed **evitare i fattori irritativi** come: fumo, polveri, sostanze e ambienti inquinati che possono danneggiare la mucosa laringea



5 **Curare il microclima** in casa e sul lavoro. Aria secca, poco umidificata o inquinata può irritare le corde vocali e rendere la voce più fragile



6 Prevenire e trattare il **reflusso gastroesofago-laringeo** quando è causa o concausa del disturbo vocale. Seguire la terapia prescritta dal medico

CdS



GLI STUDI IL DIGITAL DETOX

Senza social due settimane Così il nostro cervello «ringiovanisce» di 10 anni

Gli esperimenti hanno portato a benefici su ansia, sonno e attenzione

di **Velia Alvich**

Dieci anni di salute mentale guadagnati con un trucco: rinunciare allo smartphone per un paio di settimane. Sembra quasi una promessa da volantino o una truffa da pubblicità online. Ma c'è un fondo di verità legato alle ultime ricerche condotte in relazione all'abuso degli schermi e al benessere digitale.

Il tema della dipendenza da social è tornato centrale dopo che negli Stati Uniti è arrivata la prima storica sentenza contro le Big Tech. Ne è uscita vittoriosa Kaley G.M., la cui vita è stata stravolta — lo hanno confermato i giudici — dalle ore, a volte anche 16 al giorno, con gli occhi incollati allo schermo. Sarebbe tutta colpa degli algoritmi e delle imprese che li producono, per i giudici americani. Comprendere come siamo arrivati a questo punto e cosa possiamo fare è un altro paio di maniche.

Male contemporaneo

La scienza da tempo indaga le ragioni di questo malessere contemporaneo che toglie serenità, sonno e attenzione. E soprattutto, si domanda quali possano essere le soluzioni a un problema che colpisce soprattutto gli adolescenti, ma anche gli adulti. Si parla tanto di digital detox, un'espressione «pop» che descrive l'astensione

temporanea dall'uso di dispositivi digitali con l'obiettivo generico di «stare meglio».

Cosa significhi nello specifico e come si declini è tutta un'altra storia. Ed è proprio la mancanza di una definizione univoca, condivisa in tutto il mondo accademico, che a lungo ci ha impedito di avere una risposta sull'efficacia di questo metodo. D'altronde la scienza non dà soluzioni semplici, consigli pronti all'uso. Questo non significa, tuttavia, che un'astinenza consapevole e temporanea non abbia degli effetti significativi sul benessere.

Le ricerche

A dimostrarlo sono sempre più ricerche che sembrano arrivare a conclusioni simili. Innanzitutto, non c'è bisogno di ritirarsi in un eremo per il resto della vita. Bastano anche due settimane, senza dover neppure rinunciare in assoluto ad avere un dispositivo in mano e all'accesso al mondo online, come dimostra uno studio pubblicato su *Pnas Nexus* e condotto su un campione di 467 partecipanti. Per due settimane questi hanno usato il telefono senza le funzionalità che lo rendono «smart», bloccando la connessione a Internet grazie a un'app chiamata Freedom (libertà). I risultati di questo digital detox in miniatura — telefonate, sms e accesso al web tramite il computer erano concessi — hanno portato a un miglioramento sensibile

delle capacità cognitive nei soggetti, anche in chi non ha rispettato a pieno le condizioni dello studio e ha solo diminuito le ore trascorse sullo smartphone: l'attenzione era migliorata come se si fosse ringiovaniti di 10 anni e i sintomi depressivi ridotti con più efficacia rispetto all'uso di farmaci. E a una settimana dalla fine dell'esperimento, i partecipanti avevano comunque ridotto il tempo passato davanti a uno schermo rispetto alla media di partenza.

Non è l'unica ricerca a correlare un miglioramento nella qualità della vita con una moderata astensione dai social. In un altro studio uscito sulla rivista *Jama Network Open* — pubblicata dall'autorevole American Medical Association — è stato dimostrato che limitare per una settimana l'accesso ai social ad appena mezz'ora al giorno (rispetto alle due ore iniziali) ha portato a una riduzione significativa di sintomi legati a depressione (si calcola una diminuzione del 24,8 per cento), ansia (-16,1 per cento) e insonnia (-14,5 per cento).



Domande senza risposta

Una cura quasi miracolosa a un male della modernità. Non mancano, però, alcuni interrogativi. Innanzitutto, su quale sia il meccanismo che porta ai benefici osservati. Nello studio pubblicato su *Pnas Nexus*, si ipotizzano quattro potenziali cause: l'uso del proprio tempo per attività che stimolano il benessere, l'aumento delle connessioni sociali (dal vivo), l'allenamento dell'autocontrollo e, non per ultima, una migliore qualità del sonno.

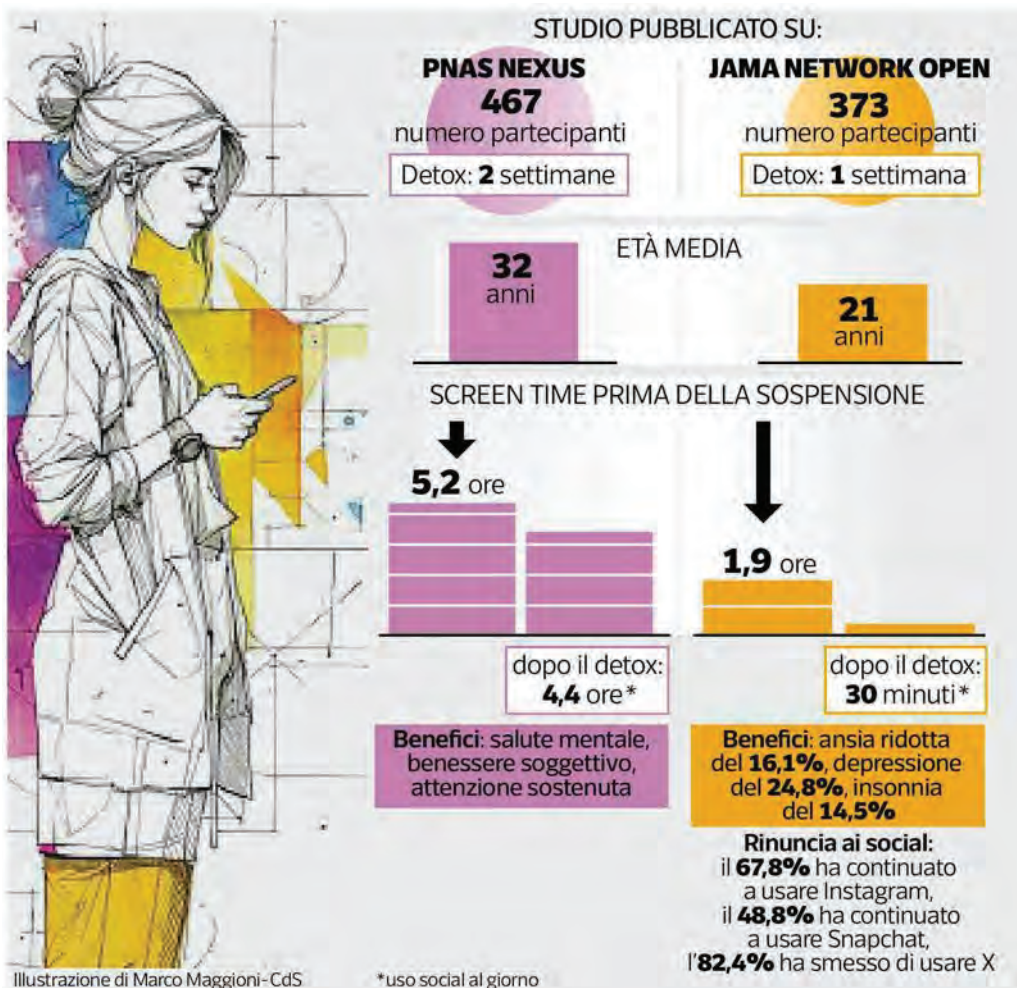
In secondo luogo non si sa

ancora quale sia la durata degli effetti benefici derivanti dall'astinenza parziale. Mancano i dati per confermare che due settimane (o meno) senza accesso a Internet sullo smartphone siano sufficienti per godere di vantaggi duraturi. Gli autori di diverse ricerche concordano nel trovare significative differenze fra i partecipanti agli esperimenti. Una revisione della letteratura scientifica su questo tema svolta da ricercatori di Harvard e pubblicata su *Pediatrics*, pur concordando sull'efficacia di un'astinenza parziale,

nota che gli studi condotti fino a ora variano quando si tratta di genere, età e altri fattori contestuali. In breve, scoprire chi è più vulnerabile — e soprattutto perché — è la chiave per risolvere il mistero che avvolge la pandemia della dipendenza dai social.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La depressione
Disintossicarsi dagli schermi, dicono gli scienziati, fa più effetto degli psicofarmaci



OGGI È LA GIORNATA MONDIALE

La sfida contro il Parkinson non è solo curare ma prevenire

Fondazione Pezzoli da 30 anni è attiva nella raccolta fondi per sostenere vari progetti. Pubblicati 300 lavori scientifici

Camilla Golzi Saporiti

■ Non deve essere solo una data simbolica, appesa al calendario, segnata in agenda, citata da Google. La Giornata Mondiale del Parkinson, che si celebra oggi, dev'essere di più: un momento per fare il punto e sensibilizzare l'opinione pubblica su una patologia che ancora lascia aperti dubbi e interrogativi su diagnosi e cure.

Dubbi e interrogativi che spingono la ricerca scientifica a procedere con determinazione verso il traguardo ambizioso di guarire, e non soltanto curare la malattia. A dimostrarlo, nuovi trattamenti, procedure diagnostiche più precoci, dati nel campo della biologia molecolare, della biochimica e della genetica, che stanno ampliando la comprensione delle cause e dei meccanismi alla base della patologia. La strada resta lunga e in salita, ma il lavoro condiviso tra ricercatori, medici, ospedali, enti privati e organizzazioni no profit, in Italia e all'estero, continua a produrre risultati concreti. In questo panorama si distingue la Fondazione Pezzoli per la Malattia di Parkinson-ETS, già Fondazione Grigioni, attiva dal 1993 e da sempre legata all'Associazione Italiana Parkinsoniani. È il primo ente privato senza fini di lucro nato in Italia con l'obiettivo di raccogliere fondi da destinare alla

ricerca.

In oltre trent'anni di attività ha pubblicato più di trecento lavori scientifici e sostenuto progetti nazionali e internazionali di rilievo, grazie anche al contributo del 5x1000, che ogni anno coinvolge circa 25mila sostenitori. Risorse importanti, ma ancora scarse rispetto agli alti costi della ricerca e a un impegno pubblico che in Ita-

lia resta limitato. Ricerca che negli ultimi anni ha visto la Fondazione concen-

trare parte dell'attività sul possibile legame tra Parkinson e disfunzioni metaboliche, un cambio di prospettiva che potrebbe aprire nuovi scenari. «Il punto chiave è individuare i soggetti a rischio prima della comparsa dei sintomi. Questo è uno dei principali filoni di ricerca sostenuti dalla Fondazione: identificare biomarcatori diagnostici e prognostici e sviluppare strategie terapeutiche integrate in grado di agire sui meccanismi metabolici alla base della malattia» spiega Gianni Pezzoli, direttore emerito del Centro Parkinson e Parkinsonismi del Pini-CTO di Milano e presidente della Fondazione. In questo contesto si inserisce anche l'aumento dei casi e lo spostamento in avanti dell'età media di insorgenza.

«Viviamo più a lungo e aumentano sia i casi, sia l'età media alla diagnosi: non è solo una questione

demografica, esistono fattori che possono anticipare o ritardare l'esordio. Le esposizioni ambientali, per esempio, risultano determinanti di un'insorgenza più precoce, rafforzando il ruolo della prevenzione primaria. Anche i fattori metabolici sembrano avere un peso: migliorare la salute metabolica potrebbe contribuire a ritardare la malattia» afferma Pezzoli. Sul fronte delle cure, la terapia di riferimento resta la levodopa, spesso associata a dopaminoagonisti e a inibitori della degradazione del farmaco. Sono anche disponibili terapie infusionali per le fasi avanzate, quando compaiono fluttuazioni motorie e movimenti involontari non più controllati dalla terapia standard.

«Quando i farmaci non sono più sufficienti, entrano in gioco altri approcci, come la stimolazione cerebrale profonda, oggi soluzione consolidata per pazienti selezionati nelle fasi avanzate. Attraverso elettrodi impiantati in specifiche aree cerebrali è possibile modulare i circuiti alterati e migliorare i sintomi». «Il Parkinson mostra sempre più sfaccettature, in cui fattori neurologici,



il Giornale

metabolici, ambientali e genetici si intrecciano. Comprendere queste connessioni potrebbe cambiare l'approccio. L'auspicio è riuscire a identificare i soggetti in una fase antecedente la malattia e rallentarne l'ingresso, agendo prima e in modo mirato

sui meccanismi che la determinano» conclude Pezzoli.

OBIETTIVO

Necessario individuare i soggetti a rischio prima che compaia la malattia

FUTURO

La ricerca punta sulla diagnosi precoce e nuovi bersagli metabolici



RICORRENZA Oggi si celebra la Giornata mondiale del Parkinson



INTERVISTA Gianni Pezzoli

«La nostra missione? Anticipare l'esordio della malattia»

Il presidente dell'omonima Fondazione: «Il nostro supporto va anche alle famiglie dei pazienti»

■ Istituita nel 1993, la Fondazione Pezzoli per la Malattia di Parkinson-ETS è un ente privato senza fini di lucro che ha lo scopo di individuare fonti di finanziamento e raccogliere fondi da destinare alla ricerca scientifica per combattere il Parkinson. Alla guida della Fondazione dal 2000, il presidente Gianni Pezzoli.

Presidente, qual è la missione prioritaria della Fondazione?

«Trovare una cura per la malattia, senza dubbio».

Su cosa punta la ricerca?

«Due sono gli obiettivi cardine: identificare la malattia ancor prima dell'esordio per bloccarla anticipatamente e rallentarne l'evoluzione per preservare una migliore qualità della vita dei pazienti».

Quali sono le prime spie di allarme della malattia?

«Tremore a riposo, lentezza del movimento inizialmente da una sola parte, poi da entrambe, ipertono muscolare, ovvero rigidità dei muscoli. Seguono, ma in fase già più avanzata, difficoltà nell'andatura, facilità alla caduta, curvatura della postura».

A che età può insorgere la malattia?

«Nel 70% dei casi con la vecchiaia, che rappresenta il principale fattore di rischio. Tuttavia esistono fattori genetici che determinano l'insorgere della malattia in età più giovane, a partire dai 45 anni. Per questo è fondamentale indagare sulla nostra familiarità, essere a conoscenza della presenza di un parente malato di Parkinson».

A proposito di famiglia, il Parkinson colpisce indirettamente anche i parenti del malato.

La Fondazione offre loro supporto?

«Conosciamo bene il peso che la malattia di Parkinson comporta per chi si prende cura del paziente nella quotidianità: caregiver e familiari affrontano ogni giorno sfide emotive, lavorative, sociali e pratiche. Proprio per loro abbiamo inaugurato nel 2024 all'interno del Centro Parkinson dell'ASST Gaetano Pini-CTO di Milano il Centro Famiglia Parkinson e Parkinsonismi, che offre servizi gratuiti, grazie a un co-finanziamento tra Fondazione Pezzoli e ATS Milano. L'accesso è possibile tramite diversi

canali, tra cui l'invio da parte del neurologo curante e dell'Associazione Italiana Parkinsoniani, partner del Centro. Il cuore del progetto sono gli incontri con psicologi specializzati, volti a fornire strumenti pratici per la gestione quotidiana della malattia, ridurre la fatica emotiva e contrastare l'isolamento sociale. Poi si affianca un lavoro di orientamento verso i servizi del territorio, dalla riabilitazione all'assistenza domiciliare. Un approccio integrato che mira a migliorare il benessere psicologico e favorire la sostenibilità dell'assistenza familiare. In aggiunta, SOS Parkinson è un servizio telefonico d'urgenza (336.735544) al quale rispondono medici esperti.

Per sostenere la ricerca cosa si può fare?

«Destinare alla Fondazione Pezzoli la scelta del 5x1000, partecipare, contribuendo, alle campagne che la Fondazione organizza a questo scopo, oltre ai lasciti testamentari». Info su www.parkinson.it/5-x-1000/.

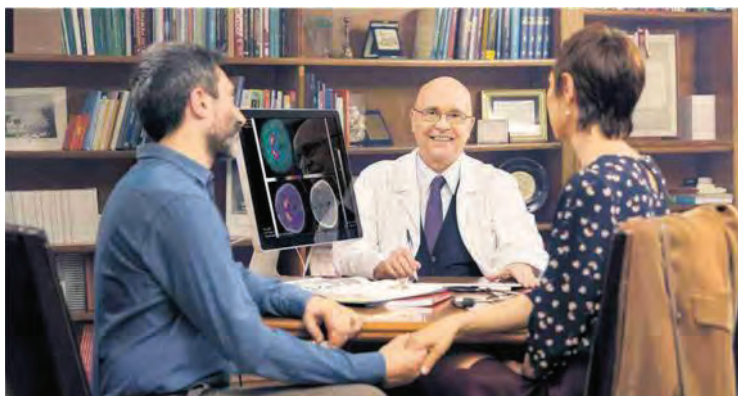
CGS

Impegno

Va rallentata l'evoluzione e preservata una migliore qualità della vita

A Milano

Un centro al Gaetano Pini per i parenti che offre servizi gratuiti



ENTE PRIVATO Gianni Pezzoli guida la Fondazione Pezzoli





Servizio Giornata mondiale

Parkinson: in Italia 300mila pazienti, al via una survey dell'Iss per nuove linee guida

L'obiettivo è superare le diseguaglianze nell'accesso alle cure e nei tempi di diagnosi ma anche nelle scelte terapeutiche farmacologiche e riabilitative

di Ernesto Diffidenti

10 aprile 2026

E' la seconda patologia neurodegenerativa dopo la demenza con circa 300mila pazienti e 600mila familiari e un forte impatto sanitario e sociale oltre a costo annuo complessivo di circa 8 miliardi e mezzo di euro. Parliamo della malattia di Parkinson che, secondo le stime più recenti, raddoppierà il numero di casi entro il 2050 e solo in parte a causa del progressivo invecchiamento della popolazione generale. Le diagnosi potrebbe crescere anche perché i fattori alla base della malattia sono essenzialmente ancora ignoti e non sono quindi ancora disponibili strategie di prevenzione efficaci a livello di popolazione. I dati sono stati illustrati durante un evento organizzato dall'Istituto superiore di sanità e dalla Confederazione Parkinson Italia, con la partecipazione dell'Associazione italiana Parkinson e dell'Associazione italiana Parkinson giovanile, in occasione della Giornata mondiale del Parkinson che si celebra l'11 aprile,

I progetti dell'Iss

La malattia di Parkinson è inserita nel Piano nazionale della cronicità approvato, nella nuova edizione, in Conferenza Unificata il 23 ottobre 2025. L'Istituto superiore di sanità sta contribuendo alle attività promosse dal Tavolo di lavoro nazionale promosso dalla Confederazione Parkinson Italia che coinvolge associazioni di pazienti, società scientifiche, istituzioni ed esperti di diverse professionalità. Due risultati concreti sono stati già raggiunti. Sono state redatte le prime linee di indirizzo nazionali per i Percorsi diagnostici assistenziali (PDTA) del Parkinson che mirano a superare l'attuale disomogeneità territoriale e a offrire alle Regioni e Province autonome uno standard di qualità a cui adeguarsi. Il secondo risultato è la stesura di un protocollo di studio per l'avvio della più ampia indagine nazionale mai condotta in Italia sui principali bisogni clinico-assistenziali delle persone con Parkinson e dei loro familiari. La survey, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, verrà condotta nei prossimi mesi e i risultati saranno disponibili entro la fine dell'anno.

Gestione a macchia di leopardo

“L'Iss – ha spiegato il presidente Rocco Bellantone - si sta impegnando inoltre per poter realizzare l'aggiornamento delle Linee Guida sulla diagnosi e trattamento della malattia di Parkinson che risalgono ormai al 2013. Va sottolineato come questo strumento delle linee guida potrà consentire insieme alla stesura di Pdta di qualità di superare quelle diseguaglianze territoriali nell'accesso alle cure e nei tempi di diagnosi e nelle condotte terapeutiche sia farmacologiche che riabilitative”.

Oggi infatti l'Italia ha una gestione del Parkinson a macchia di leopardo: il censimento nazionale condotto dal Tavolo di lavoro fotografa una situazione critica con appena 21 documenti di PDTA attivi, di cui solo 8 a livello regionale e con più di un quarto che non prevede alcun sistema di monitoraggio strutturato. Il documento delle Linee di indirizzo verrà portato in Conferenza Unificata nelle prossime settimane.

“Il contesto attuale delle policy per le persone con Parkinson ed il loro familiari è estremamente favorevole afferma Nicola Vanacore , direttore del reparto Promozione e valutazione delle politiche di prevenzione delle malattie croniche dell'Iss - e il finanziamento recentemente inserito nell'ultima legge di Bilancio costituisce un segnale concreto di attenzione verso questa patologia e verso le esigenze assistenziali e di ricerca ad essa correlate”.

Molteplici cause alla base della malattia

Le evidenze scientifiche mostrano che la malattia non è il risultato di una singola causa, ma nasce dall'interazione tra predisposizione genetica, esposizioni ambientali e stili di vita, che si accumulano nel tempo.

“Oggi sappiamo che il Parkinson non è una malattia inevitabile né esclusivamente genetica - afferma Mario Zappia, presidente della Società italiana di neurologia (Sin) -. È il risultato di una serie di fattori che agiscono lungo il corso della vita, molti dei quali sono potenzialmente modificabili. Questo apre spazi concreti per una prevenzione più efficace”.

Tra i principali fattori di rischio riconosciuti rientrano l'età, alcune varianti genetiche, le esposizioni ambientali – come pesticidi, solventi industriali e inquinamento atmosferico – i traumi cranici, ma anche condizioni metaboliche quali diabete, ipertensione e sindrome metabolica, associate a una maggiore probabilità di sviluppare la malattia e a forme clinicamente più severe. Negli ultimi anni è cresciuta inoltre l'attenzione sul ruolo dell'infiammazione cronica e sul legame tra intestino e cervello.

Zappia (Sin): agire sugli stili di vita

Accanto a questi elementi, esistono ambiti su cui è possibile intervenire. L'attività fisica regolare si conferma uno dei fattori protettivi più solidi, mentre un'alimentazione ispirata alla dieta mediterranea è associata a un rischio più basso e a un decorso più favorevole della malattia. Anche la qualità del sonno rappresenta un aspetto centrale nella tutela della salute cerebrale.

“Agire sugli stili di vita significa intervenire prima che la malattia si manifesti pienamente - prosegue Zappia - . È lo stesso modello che ha consentito risultati importanti nella prevenzione cardiovascolare e oncologica. Oggi dobbiamo applicarlo con la stessa determinazione anche alle malattie neurologiche”.



Servizio Lo studio

Alzheimer e demenza, per proteggere la mente funziona anche la sedentarietà "attiva"

Studio svedese rivela che non tutti i comportamenti sedentari hanno lo stesso effetto. Se la mente, lavora i rischi di decadimento cognitivo scendono

di Federico Mereta

12 aprile 2026

Si fa presto a dire sedentario. O meglio: muoversi regolarmente è sicuramente un viatico per il benessere a tutte le età, a patto ovviamente che gli sforzi non siano eccessivi e siano commisurati alle condizioni psicofisiche del soggetto. Ma non dovremmo fare l'errore di considerare come "non sedentario" solamente chi indossa la tuta e cammina, o magari inforca la bici o nuota in piscina. Perché esisterebbero due tipi di sedentarietà, in base all'atteggiamento del cervello e della mente: insomma, bisogna vincere la pigrizia del pensiero. Questa sì che crea un profilo di rischio diverso (in negativo) anche in termini di probabilità di sviluppare decadimento cognitivo e malattia di Alzheimer.

A segnalare quanto e come mantenere la mente attiva sia fondamentale anche se le membra non sono perfettamente allenate è una ricerca che distingue tra sedentarietà passiva e sedentarietà mentalmente attiva in relazione alla demenza. Lo studio permette di rilevare che gli adulti che si dedicano a comportamenti sedentari mentalmente passivi per periodi prolungati, magari rimanendo supinamente e senza riflettere a guardare la TV o passando ore sul divano presentano un rischio maggiore di sviluppare un decadimento cognitivo. Non solo: se si sostituisce la passività con l'impegno mentale, pur senza movimenti fisici particolarmente significativi, il rischio per il decadimento cognitivo cala.

Un'indagine unica

La ricerca è apparsa sull'*American Journal of Preventive Medicine* ed è stata coordinata da Mats Hallgren, del Dipartimento di Scienze della Salute Pubblica del Karolinska Institutet, in Svezia, e del Dipartimento Baker-Deakin di Stile di Vita e Diabete, Istituto per l'Attività Fisica e la Nutrizione (IPAN) della Deakin University, in Australia. Si tratta della prima analisi mirata a distinguere tra sedentarietà passiva e mentalmente attiva ponendole in relazione con il decadimento cognitivo. L'indagine può quindi offrire spunti utili per le linee guida di salute pubblica e le strategie preventive, soprattutto considerando che la popolazione sta invecchiando e la demenza è la terza causa di mortalità e la settima causa di disabilità tra gli anziani in tutto il mondo. In particolare, la ricerca ha preso in esame i dati di uno studio longitudinale condotto su 20.811 adulti di età compresa tra 35 e 64 anni, seguiti per 19 anni (1997-2016). L'indagine iniziale includeva domande sui comportamenti sedentari, sull'attività fisica e su altri comportamenti associati alla demenza. L'insorgenza di demenza è stata identificata collegando i dati dell'indagine del 1997 con il Registro Nazionale dei Pazienti svedese e il Registro Svedese delle Cause di Morte.

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

L'importanza di “attivarsi”

L'analisi dei dati fa apparire chiaramente come i comportamenti sedentari mentalmente attivi risultino associati a un ridotto rischio di sviluppare demenza negli adulti di mezza età e anziani. Non solo: favorendo un aumento del tempo trascorso in comportamenti sedentari mentalmente attivi si è osservata un'associazione con una significativa riduzione del rischio di demenza, mantenendo invariati i livelli di comportamento sedentario passivo e di attività fisica leggera e moderata-intensa. Infine, anche la sostituzione del tempo trascorso in comportamenti sedentari mentalmente passivi con un equivalente tempo trascorso in comportamenti sedentari mentalmente attivi è risultata associata a una riduzione del rischio di sviluppare demenza. L'ipotesi di lavoro, quindi, è semplice. “La sedentarietà è un fattore di rischio onnipresente ma modificabile per molte patologie, tra cui la demenza – fa sapere l'esperta -. Il nostro studio aggiunge l'osservazione che non tutti i comportamenti sedentari sono equivalenti; alcuni possono aumentare il rischio di demenza, mentre altri possono essere protettivi. È importante rimanere fisicamente attivi con l'avanzare dell'età, ma anche mentalmente attivi, soprattutto quando si è seduti”.

Sedentarietà, depressione e attività

La tendenza a non svolgere alcuna attività è sempre più diffusa, con un impatto sulla psiche e sul fisico delle persone, oltre che sulla qualità della vita di molti adulti e dei caregiver. Per questo occorre analizzare i fattori di rischio potenzialmente in gioco. Se fino a qualche tempo fa c'era la tendenza a considerare tutti i comportamenti sedentari come associati a un rischio maggiore di sviluppare demenza, studi recenti hanno dimostrato che i comportamenti sedentari mentalmente passivi (come guardare la TV) aumentano il rischio di depressione, mentre i comportamenti sedentari mentalmente attivi (come leggere e lavorare in ufficio) sembrano avere un effetto protettivo. Di certo c'è che molti di noi trascorrono molte ore al giorno seduti, con un rischio più elevato di patologie metaboliche e cardiovascolari. Per il decadimento cognitivo, tuttavia, questo studio apre uno spazio di prevenzione di grande interesse. Utilizzando diversi modelli statistici, i ricercatori hanno infatti esaminato le associazioni tra la sostituzione (statistica) di comportamenti sedentari passivi e mentalmente attivi e la demenza. “Il disegno dello studio prospettico ci ha permesso di stabilire la direzione di queste relazioni e di non di stabilire un rapporto di causalità – fa sapere l'esperta -. Sono necessari studi controllati per confermare questi importanti risultati dello studio osservazionale”.

Cosa si può cogliere

“Lo studio non dimostra un effetto causale ma rafforza un'idea plausibile: la sedentarietà non è tutta uguale ma quella cognitivamente “vuota” è peggiore di quella “ricca” – spiega Vincenzo Andreone, direttore U.O.C. Neurologia presso l'ospedale Cardarelli di Napoli”. Certo colpisce il dato positivo e persistente sulla sedentarietà mentalmente attiva. In questo senso la letteratura scientifica appare coerente. Una metanalisi di autori cinesi dice cose simili, ovvero che vedere televisione e basta si associa ad esiti cognitivi peggiori. Non solo: uno studio giapponese longitudinale sostiene che l'attività mentalmente attiva aiuta ma ovviamente l'effetto protettivo aumenta se si associa ad incremento dell'attività fisica, sempre in chiave di prevenzione di possibile decadimento cognitivo. “Attenzione però: non dimentichiamo mai che si tratta di uno studio osservazionale – conclude Andreone -. Esiste il rischio della causalità inversa. E' possibile che individui con maggior funzione cognitiva di partenza siano più inclini a scegliere attività sedentarie mentalmente attive, come segnalano gli stessi autori. C'è anche un altro possibile limite: Il questionario risale al 1997, quando la complessità della sedentarietà e dell'attività associata erano diversi da oggi, con categorie e stimoli (pensate solo ai social) non del tutto identici a quelli attuali”.

Servizio Dottore, ma è vero che

I sogni agitati possono essere un segnale precoce del Parkinson?

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

10 aprile 2026

Chi non si è mai svegliato di notte turbato da un sogno spaventoso? I brutti sogni sono molto comuni e di solito non hanno alcun significato clinico. Tuttavia, la ricerca scientifica degli ultimi decenni ha individuato un tipo particolare di disturbo del sonno - quello in cui si agisce fisicamente mentre si sogna, muovendosi, urlando o cadendo dal letto - che può essere un segnale precoce di alcune malattie neurologiche, come il morbo di Parkinson. Si tratta di un'area di ricerca in rapida evoluzione, che sta cambiando il modo in cui i medici guardano ai disturbi del sonno come possibili campanelli d'allarme di patologie più gravi. In occasione della Giornata Mondiale del Parkinson dell'11 aprile, facciamo insieme un po' di chiarezza.

Cos'è il disturbo comportamentale del sonno REM?

Il sonno è composto da più fasi che si alternano durante la notte. Una di queste, chiamata fase REM (dall'inglese Rapid Eye Movement, ovvero "movimento rapido degli occhi"), è quella in cui si sogna di più. In condizioni normali, durante la fase REM i muscoli del corpo sono temporaneamente "bloccati": il cervello sogna, ma il corpo non si muove. Nel disturbo comportamentale del sonno REM - indicato con la sigla inglese RBD (Rapid eye Movement sleep Behavior Disorder) - questo meccanismo di blocco non funziona correttamente. Chi ne soffre si muove davvero mentre sogna: può urlare, calciare, gesticolare con forza, o addirittura cadere dal letto, spesso in risposta a sogni vividi in cui si combatte o si fugge da qualcosa. Spesso è il partner di letto a notarlo per primo.

Questo disturbo è stato descritto per la prima volta nel 1986 dal neurologo americano Carlos Schenck, che aveva osservato un gruppo di pazienti anziani con questi comportamenti notturni. Oggi sappiamo che l'RBD, soprattutto quando non ha una causa apparente come l'effetto collaterale di un farmaco, può essere un segnale molto precoce di malattie neurodegenerative, cioè malattie che danneggiano progressivamente il sistema nervoso.

C'è davvero un legame tra questo disturbo del sonno e il morbo di Parkinson?

Sì, oggi questo legame è ben documentato dalla letteratura scientifica. In uno dei primi studi a lungo termine sull'argomento, un gruppo di ricercatori dell'Università di Barcellona ha seguito nel tempo pazienti con RBD, osservando che molti di loro sviluppavano nel corso degli anni il morbo di Parkinson oppure la demenza a corpi di Lewy, una malattia neurologica che colpisce sia i movimenti che la memoria. Questa scoperta è stata poi confermata da uno studio multicentrico internazionale che ha raccolto i dati di 24 centri specializzati in tutto il mondo: su una casistica molto ampia, i ricercatori hanno confermato l'alto rischio di conversione verso malattia

neurodegenerativa e hanno identificato alcuni segnali che, se presenti insieme all'RBD, aumentano ulteriormente questo rischio. Tra questi, la perdita dell'olfatto, lievi difficoltà di memoria e alcuni segni motori ancora subclinici. Una revisione sistematica con metanalisi ha poi stimato che circa un terzo di chi soffre di questo disturbo sviluppa una sinucleinopatia - termine con cui i medici indicano un gruppo di malattie che comprende il Parkinson, la demenza a corpi di Lewy e altre patologie simili - entro cinque anni dalla diagnosi, e che questa percentuale potrebbe superare il 90% nel corso di 14 anni.

Anche i brutti sogni "normali" possono essere un segnale di rischio?

Su questo punto la ricerca è ancora nelle fasi iniziali e le prove disponibili sono meno solide rispetto a quelle sull'RBD. Uno studio pubblicato nel 2022 ha analizzato i dati di tre grandi coorti di popolazione britannica. I risultati mostrano un'associazione statisticamente significativa tra la presenza di incubi frequenti e un rischio aumentato di sviluppare il morbo di Parkinson nei cinque anni successivi.

Tuttavia, è fondamentale non allarmarsi: avere brutti sogni di tanto in tanto è normalissimo e non rappresenta in alcun modo un segnale di malattia. L'associazione trovata dallo studio riguarda persone che soffrono di incubi ricorrenti, frequenti e persistenti nel tempo. Inoltre, un'associazione statistica non significa causalità: sono necessari ulteriori studi per capire se gli incubi possano davvero essere usati come marcatore precoce di rischio nella pratica clinica.

Cosa devo fare se mi riconosco in questi sintomi?

Se lei - o chi le sta vicino - nota che di notte si agita molto, urla o compie movimenti bruschi durante i sogni, è importante parlarne con il proprio medico di medicina generale. Non c'è motivo di allarmarsi, ma vale la pena approfondire. Il medico potrà valutare se inviare il paziente a uno specialista del sonno per eseguire un esame chiamato polisonnografia: si tratta di un esame strumentale che registra l'attività del cervello, dei muscoli e della respirazione durante il sonno, e che permette di fare una diagnosi precisa di RBD. Le linee guida dell'American Academy of Sleep Medicine, aggiornate nel 2023, indicano la polisonnografia con videoregistrazione come l'esame di riferimento per la diagnosi, e raccomandano interventi per ridurre il rischio di farsi del male durante la notte, come proteggere il bordo del letto.

Se invece il problema riguarda incubi frequenti senza agitazione fisica, può essere utile tenere un breve "diario dei sogni", annotando i dettagli al risveglio, così da aiutare il medico a valutare la frequenza e le caratteristiche del disturbo. Va ricordato, infine, che anche certi farmaci possono causare sogni vividi e incubi frequenti: è sempre una cosa da riferire al proprio medico di medicina generale.

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



Servizio Colesterolo

Malattie cardiovascolari: un modello italiano per la gestione della dislipidemia

Obiettivo del progetto Clear Pathway è colmare il divario tra linee guida e pratica clinica reale favorendo terapie orali integrate, aderenza terapeutica e cure personalizzate

*di Giuseppe Musumeci**

10 aprile 2026

Ridurre il colesterolo LDL, spesso definito "colesterolo cattivo", è una delle strategie più efficaci per prevenire malattie cardiovascolari, come infarto e ictus, ancora oggi le principali cause di mortalità in Italia e nel mondo. Questo vale sia per chi non ha ancora avuto eventi, sia per chi ne ha già sofferto, per i quali il controllo dei livelli di LDL è fondamentale per evitare recidive. Numerosi studi dimostrano una relazione diretta: più si abbassa il colesterolo LDL, maggiore è la riduzione del rischio cardiovascolare nel tempo.

Aumentate le soluzioni terapeutiche

Negli ultimi anni, le possibilità terapeutiche si sono ampliate in modo significativo. Accanto alle "storiche" statine, si sono affiancati altri farmaci come l'ezetimibe e, più recentemente, terapie innovative come gli inibitori di PCSK9, somministrati per via iniettiva, che consentono una riduzione molto marcata dei livelli di colesterolo LDL.

In questo scenario si inserisce anche l'acido bempedoico, un farmaco orale di più recente introduzione. Ben tollerato, rappresenta la prima scelta terapeutica nei pazienti che non assumono statine per effetti collaterali; tuttavia, il suo ruolo non si limita a questo aspetto: garantendo una riduzione significativa del colesterolo LDL, da solo o in associazione con altri trattamenti, rappresenta un'ulteriore opportunità per migliorare il controllo del rischio cardiovascolare.

Nonostante la disponibilità di queste terapie, nella pratica quotidiana molti pazienti non raggiungono ancora i livelli di colesterolo raccomandati dalle linee guida. Questo può dipendere da diversi fattori: terapie non sufficientemente intense, difficoltà di aderenza nel lungo periodo o scarsa personalizzazione del trattamento.

Il progetto Clear Pathway

È proprio da questa esigenza concreta che nasce il progetto Clear Pathway, con l'obiettivo di ottimizzare la gestione del colesterolo nella pratica clinica. Si tratta di un'iniziativa che ha coinvolto i cardiologi piemontesi e valdostani, guidati da Federico Nardi, Giuseppe Musumeci, Giuseppe Patti e Ferdinando Varbella, che, attraverso un metodo strutturato di confronto chiamato mini-Delphi, hanno lavorato per definire strategie condivise e facilmente applicabili nella gestione della dislipidemia.

Al centro del progetto vi è l'idea di ottimizzare l'uso delle terapie ipolipemizzanti orali, tra cui rientra anche l'acido bempedoico, costruendo percorsi decisionali semplici e pratici che aiutino i medici a scegliere in modo rapido ed efficace la terapia più adatta per ogni paziente. Il risultato è stato lo sviluppo di un vero e proprio modello organizzativo, che consente di ridurre le differenze tra teoria e pratica e di migliorare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Lo sviluppo nelle Regioni

L'aspetto forse più importante di Clear Pathway è proprio il suo impatto concreto: non si tratta solo di un lavoro scientifico, ma di un modello già adottato a livello regionale, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure e ridurre il rischio cardiovascolare nella popolazione. L'esperienza maturata in Piemonte e Valle d'Aosta rappresenta oggi un punto di riferimento e una base per possibili sviluppi futuri.

In questa prospettiva, il progetto suscita interesse nelle altre regioni italiane. Prima fra tutti la Liguria, che, grazie al contributo di Italo Porto, rappresenta uno dei primi contesti in cui si estenderà il modello. L'obiettivo è quello di diffondere un approccio più uniforme ed efficace alla gestione del colesterolo su tutto il territorio nazionale, favorendo un miglior controllo del rischio cardiovascolare e, in ultima analisi, una riduzione degli eventi come infarto e ictus.

I risultati del progetto sono stati pubblicati sul Giornale Italiano di Cardiologia e presentati da Federico Nardi nel corso del Congresso Internazionale Change in Cardiology di Torino (9-11 aprile), diretto da Giuseppe Musumeci, Giuseppe Patti, Italo Porto e Ferdinando Varbella, con oltre tremila partecipanti.

**Direttore S.C. Cardiologia, Ospedale Mauriziano di Torino*

In collaborazione con:

*Giuseppe Patti, Direttore della Cattedra di Cardiologia, Università Piemonte Orientale;
Direttore Dipartimento Toraco-Cardio-Vascolare, AOU Maggiore della Carità di Novara*

Ferdinando Varbella, Direttore Dipartimento Cardio-Neurologico ASL TO3 e Direttore S.C. Cardiologia Rivoli (TO)

Italo Porto, Direttore di Scuola di specializzazione, Dipartimento di medicina interna e specialità mediche, Università degli Studi di Genova; Direttore U.O. Clinica Malattie Cardiovascolari IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova

VITTORIO AGNOLETTO OGGI MANIFESTAZIONE PER LA SANITÀ PUBBLICA DAVANTI ALLA REGIONE LOMBARDIA

“Bertolaso ritiri la super-intramoenia L’attacco al Ssn dividerà l’Italia in due

L’INTERVISTA

» Alessandro Mantovani

“**L**a delibera sulla *superintramoenia* dev’essere ritirata”, dice Vittorio Agnoletto, medico milanese di Medicina democratica, portavoce del Genoa social forum al G8 di Genova 2001 e poi eurodeputato di Rifondazione comunista. È in prima linea nell’organizzazione della manifestazione che oggi alle 15 sfida l’assessore Guido Bertolaso e la destra lombarda davanti al Pirellone. Da La Lombardia Si Cura alla Cgil, al Pd, ad Avs, al M5S e a un lungo elenco di adesioni in difesa della sanità pubblica. E contro la *superintramoenia* di Bertolaso, che fa entrare assicurazioni e fondi mutualistici nella aziende sanitarie pubbliche Ats e Asst.

Perché proprio adesso questa manifestazione?

La Regione Lombardia il prossimo mese deve decidere se prorogare la delibera del 15 settembre 2025 sulla *superintramoenia*. Prevede convenzioni per accedere a visite, esami e ricoveri. Si chiede al personale pubblico di dare la disponibilità per questa attività extra, con il pagamento intermediato da assicurazioni e fondi. Solo 14 giorni dopo, il 29 settembre, la Regione ha stanziato 10 milioni di euro destinati alle strutture private per smaltire le liste d’attesa del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Hanno detto che il pubblico non ha risorse ma possono offrire servizi a chi ha la copertura integrativa? Quando l’intramoenia è spesso già oltre il limite di legge? Così diminuirà l’attività per i pazienti del Ssn.

Dopo sei mesi avete notizie di questi accordi?

Non sappiamo, silenzio più totale dei direttori generali.

Forse gli accordi non si fanno perché Bertolaso ha messo troppi paletti rispetto al privato?

La Regione sta trattando con il governo il rimborso di oltre un miliardo di spese sanitarie non previste. Uno dei capitoli non riconosciuti è l’aumento dei massimali per alcuni rimborsi alle strutture private convenzionate. Del resto il Protocollo per l’autonomia differenziata del ministro Calderoli con Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria chiedeva che le Regioni potessero spendere i soldi senza vincoli e che potessero avviare un sistema misto con le assicurazioni. Insomma, siamo all’autonomia differenziata prima ancora che sia approvata.

La superintramoenia non riporterà nel pubblico ricavi che oggi vanno ai privati?

Ma così il privato può avere un peso enorme, assicurazioni con centinaia di migliaia di iscritti finiranno per condizionare le aziende.

L’assicurazione dirà ‘mi servono più Tac che posti letto’?

Sì, oppure ‘non mi interessa l’oculistica’. Ma l’obiettivo è la salute, non il pareggio di bilancio. Gino Strada diceva che davanti a un bilancio sanitario ci sarà sempre il segno meno. Se investo in sanità oggi avrò domani meno giorni di malattia al lavoro, meno *caregiver*, meno assistenza domiciliari. Altrimenti si investe solo nei settori che danno ritorno economico: cure di alto livello e non la sanità di tutti i

giorni. Infatti il governo ha appena chiesto la delega per riorganizzare il Ssn, è la prima volta dalla legge 883 del 1978: puntano sugli ospedali di terzo livello, gli hub iperspecialistici che dovrebbero rispondere al governo. Sarò brutale, se va avanti lo smantellamento del Ssn avremo una diversificazione enorme nell’attesa di vita: una parte della popolazione supererà i cent’anni con le tecnologie e i farmaci, un’altra non accederà alle cure. Già diminuisce l’attesa di vita in buona salute, lo dice l’Ocse.

Nella manifestazione di Milano non vedo i sindacati di base e un pezzo di sinistra radicale, ma c’è il Pd, anche se il centrosinistra ha

le sue responsabilità dal Titolo V al finanziamento della sanità.

Primo, l’area di sinistra ci sarà, non c’è stata rottura con i sindacati di base e altre realtà che sono in La Lombardia Si Cura. Secondo, non c’è dubbio che l’attacco al Ssn è iniziato ben prima del governo Meloni, si sono persi 36 miliardi negli ultimi 15 anni sotto governi di tutti i colori, le respon-

sabilità sono anche nel centrosinistra. Ma se il Pd aderisce su una piattaforma così precisa dovrà gestire al suo interno le sue contraddizioni. La delibera sull’intramoenia va ritirata. Per tutti, senza distinzioni tra le assicurazioni e i singoli fondi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FORLÌ, L'AUTISTA DELLA CROCE ROSSA

Uccisi in ambulanza, l'intercettazione choc: obesa, giusto che muoia

di **Andrea Pasqualetto**
e **Alfio Sciacca**

alle pagine 28 e 29

Le frasi choc dell'autista di ambulanze «Obesa e vecchia: è giusto che muoia»

Forlì, le intercettazioni dell'inchiesta sugli anziani deceduti. «Oggi abbiamo fatto due morti

dal nostro inviato

Alfio Sciacca

FORLÌ «È vecchia, obesa e con tante patologie. Giustamente deve morire». Così parlava di una paziente ultranovantenne. Come un «angelo della morte» Luca Spada, «Spadino», emetteva sentenze definitive per gli anziani che avevano la sfortuna di capitare sull'ambulanza della Croce Rossa di Forlimpopoli quando lui era in servizio. Nell'ordinanza con cui la Procura di Forlì ne ha chiesto l'arresto, ci sono conversazioni che rappresentano un vero e proprio campionario dell'orrore. Scambi di battute con la compagna o con altri operatori della Croce Rossa intercalate da continui sghignazzi e risate. E spesso la discussione si chiudeva allo stesso modo: «... questa è troppo anziana, può morire».

Quando un collega lo informa che hanno appena fatto un intervento e salvato un paziente lui replica secco: «Dio bono ma perché dovete salva-

re tutti? Ogni tanto qualcuno deve morire». «Sì, ma non era dei tuoi questo — replica il collega —, no lascia stare non ci facevi neanche un euro».

Argomentazioni che lasciano supporre che Spada potesse avere interessi di natura economica nel provocare il decesso degli anziani, collaborando stabilmente con un'agenzia di pompe funebri del suo paese, Meldola. In tal senso appare eloquente la chiusa della conversazione col collega: «A Meldola — sentenza Spada — devono morire anche quelli di Forlì».

Dello stesso tenore le conversazioni con la compagna che lasciano intuire che anche lei era al corrente del suo operato. «Oggi ho fatto due morti», esordisce Spada. E lei: «Hai fatto due morti?» «No io G... ho detto». «Bene — ribatte la compagna — gli hai lasciato il biglietto da visita?». E lui: «No, li ha fatti lui, non li ho mica fatti io». Un riferimento che fa pensare a rapporti con varie agenzie di pompe funebri. Emergono poi i contatti di Spada con i titolari dell'agenzia di Meldola. «Sono a lavorare ho appena

fatto un morto». E il titolare: «Hai dato il biglietto?!!».

Ma ad inchiodare Spada ci sarebbe anche la testimonianza di una collega che parla dei presidi sanitari dei quali faceva uso in ambulanza. La testimone si sarebbe detta «esterrefatta poiché non è assolutamente usuale che un soccorritore abbia al seguito un bisturi e una siringa, ipotizzando che l'indagato, durante il trasporto dei pazienti e nel momento in cui rimaneva da solo si fosse servito della siringa per insufflare aria attraverso l'accesso venoso».

Proprio quanto ha accertato l'autopsia sulla paziente di 85 anni che ha portato all'arresto di Spada. «La morte è compatibile — si legge nell'ordinanza — con ingresso di aria nel circolo venoso immediatamente prima del decesso con esordio dell'arresto cardiocircolatorio in un intervallo di secondiminuti dall'introduzione. Tale dinamica è compatibile con un evento acuto avvenuto durante il trasporto in assenza di segnali predittivi nella fase antecedente».

Alla luce di tutto ciò, chiosa



il gip, «esiste il pericolo concreto che l'indagato commetta delitti della stessa specie è desumibile, oltre che dalla gravità intrinseca dei fatti, dalle modalità dell'azione delittuosa dimostrative di una significativa capacità criminale». Le indagini vanno avanti per approfondire il movente e verificare se aveva dei complici, anche se al momento non

ci sono altri indagati, mentre l'agenzia di pompe funebri di Meldola ribadisce che «era solo un collaboratore occasionalmente». Eppure nella sede dell'agenzia Spadino era di casa e c'era una divisa con il suo nome, che i carabinieri hanno sequestrato. Poteva infatti capitare che nella stessa giornata lasciasse la tuta della Croce Rossa per indossare l'abito

nero da necroforo, trasportando bare o assistendo al servizio funebre. E quella di Meldola forse non era neanche l'unica agenzia con la quale collaborava.



Con il collega

«Ma perché dovete salvare tutti, qualcuno ogni tanto deve morire»
«Sì, ma non era dei tuoi questo, non ci facevi neanche un euro»

Con la fidanzata

«Oggi abbiamo fatto due morti»
«Hai fatto due morti? Bravo... ma gli hai lasciato anche il biglietto da visita?»

La testimonianza

«Sono davvero esterrefatta perché non è affatto usuale che un soccorritore abbia al seguito un bisturi e una siringa»

6

Decessi

Sono sei le morti sospette sulle quali la Procura di Forlì sta indagando: l'autista di ambulanze della Cri Luca Spada era in servizio in tutte le occasioni in cui i pazienti sono deceduti



20

Morti sospette

Gli inquirenti stanno indagando su altri casi di morti sospette per un totale di venti casi che potrebbero essere collegati al trasporto di malati con le vetture di soccorso condotte da Luca Spada

L'arresto

Luca Spada, 27 anni, arrestato sabato dai carabinieri di Forlì e del Nucleo antisofisticazioni e sanità di Bologna. Il provvedimento è stato emesso dal gip del Tribunale, su richiesta della Procura di Forlì. La Croce Rossa aveva già sospeso Spada, membro del Comitato della Cri di Forlimpopoli - Bertinoro, già indagato per omicidio volontario (foto: Corriere di Romagna)



La vicenda

Le morti sospette in ambulanza

✓ Il 27enne Luca Spada era indagato per la morte di sei anziani che sono deceduti dopo essere stati trasportati in ambulanza mentre lui era in servizio

Le accuse per un omicidio

✓ L'operatore della Croce Rossa di Forlimpopoli sabato è stato arrestato per omicidio. Gli inquirenti avrebbero infatti raccolto prove su almeno uno dei decessi

L'autopsia e l'aria nel sangue

✓ La svolta è avvenuta dopo l'autopsia su una donna di 85 anni che avrebbe presentato gas nel sangue, compatibile solo con l'immissione di aria in vena

Le intercettazioni e le parole choc

✓ In alcune intercettazioni l'autista di ambulanze parla di come i pazienti trasportati fossero anziani e malati e per questo dovessero «giustamente morire»



Il progetto

IV municipio telemedicina per anziani e disabili

Rilevatori di caduta, braccialetti salvavita e segnalatori di fumo o gas. L'assistenza sanitaria diventa 2.0 nel IV Municipio grazie a modelli innovativi di assistenza domiciliare integrata grazie alla domotica e alla teleassistenza. Tra Colli Aniene, Pietralata e Casal Bruciato operatori sanitari prenderanno in carico una trentina di persone, anziani

solli, disabili o con patologie croniche per telemonitorare le loro condizioni di salute favorendo tra l'altro la permanenza nelle loro case. È il progetto sperimentale lanciato dalla Direzione Socio Educativa del IV Municipio che ha deciso di investire 30.587 euro nel piano.

Bogliolo a pag. 41

Domotica per anziani e disabili l'assistenza sanitaria si fa smart

► Progetto sperimentale del IV Municipio che stanZIA 30mila euro: gli operatori telemonitoreranno i pazienti a casa grazie a braccialetti e rilevatori di caduta

IL PIANO

Rilevatori di caduta, braccialetti salvavita e segnalatori di fumo o gas. L'assistenza sanitaria diventa 2.0 nel IV Municipio grazie a modelli innovativi di assistenza domiciliare integrata grazie alla domotica e alla teleassistenza. Tra Colli Aniene, Pietralata e Casal Bruciato operatori sanitari prenderanno in carico una trentina di persone, anziani soli, disabili o con patologie croniche per telemonitorare le loro condizioni di salute favorendo tra l'altro la permanenza nelle loro case. È il progetto sperimentale lanciato dalla Direzione Socio Educativa del IV Municipio che ha deciso

di investire 30.587 euro in un piano di potenziamento dell'assistenza domiciliare basato su tecnologie di domotica e un monitoraggio sanitario anche da remoto.

L'AVVISO

«Il progetto "Domotica e Telemedicina" è di tipo sperimentale, avrà la durata di otto mesi e speriamo possa essere replicato anche in altri territori» spiega Massimiliano Umberti, minisindaco del IV Municipio, un territorio di quasi 170 mila abitanti (una città di medie dimensioni come Pescara ad esempio) con un indice di vecchiaia di 232,1 (a Roma è del 208,5, nel 2023 era del 199,7).

Il piano punta a favorire la sicurezza domestica degli anziani e delle persone con disabilità, ma anche a prevenire situazioni di

isolamento sociale e solitudine, favorendo così l'autonomia delle persone fragili nel proprio domicilio. Tra gli obiettivi, anche la riduzione delle richieste di intervento urgente cercando di prevenire situazioni di criticità. Giorni fa è stato lanciato l'avviso pubblico per cercare operatori economici pronti ad offrire il servizio. «È la prima volta che un Municipio decide di finanziare un progetto del genere - sottolinea Umberti - questi servizi solitamente sono forniti dalle Asl. Abbiamo pensato fosse giusto investire dei fondi per provare anche noi a offrire un



modello diverso, innovativo di assistenza con la speranza che sia anche da stimolo al Comune per replicare l'esperienza». Dal 2025, ad esempio, la Regione Lazio in collaborazione con la Asl Rm2 e il Comune di Roma, ha lanciato il progetto Anchise nel VI Municipio (in particolare a Tor Bella Monaca) rivolto ad anziani, pazienti oncologici e over 80 grazie al Fondo Sociale Europeo. Una riuscita sperimentazione per la riforma dell'assistenza territoriale e domiciliare mirata alla popolazione anziana.

LA FORMAZIONE

Il progetto del IV Municipio «prevede - si legge nell'avviso - la presenza di un assistente sociale che svolgerà funzioni da coordinatore e che si occuperà

della gestione del progetto per 3 ore a settimana». La sperimentazione partirà il primo maggio per terminare il 31 dicembre dell'anno in corso.

Una volta affidato il servizio, è prevista «una attività di monitoraggio periodico per valutare l'efficacia degli strumenti adottati e il miglioramento delle condizioni di vita dei beneficiari». È prevista attività di formazione per le persone prese in carico e per i loro familiari. I dispositivi quali rilevatori di caduta e di fumo o gas e i braccialti salvavita saranno collegati con cellulari (o altri dispositivi) dei familiari dell'utente e con il numero di emergenza 112.

L'individuazione delle persone da prendere in carico avverrà in collaborazione con i servizi sociali del territorio: i beneficiari

saranno anziani che presentano le maggiori condizioni di fragilità. «Non si tratta di casi gravi e cercheremo di estendere questo tipo di supporto innovativo fino a esaurimento fondi» conclude Massimiliano Umberti.

Laura Bogliolo

laura.bogliolo@ilmessaggero.it

IL MINISINDACO UMBERTI: «UN MODELLO DIVERSO E INNOVATIVO PER MIGLIORARE LE VITA DELLE PERSONE»



Un'operatrice sanitaria durante il controllo a distanza di un paziente il progetto sperimentale lanciato dalla Direzione Socio Educativa del IV Municipio che ha deciso di investire 30.587 euro in un piano di potenziamento dell'assistenza domiciliare basato su tecnologie di domotica



Sport e prevenzione, la Race for the Cure scalda i motori e la città si colora di rosa

L'INIZIATIVA

A Roma la primavera ha un colore preciso: il rosa della Race for the Cure, che ogni anno trasforma il cuore della Capitale in un fiume umano fatto di solidarietà, memoria e speranza. Perché quella che come da tradizione parte dal Circo Massimo non è soltanto una corsa, né una semplice manifestazione sportiva: è un rito collettivo che unisce migliaia di persone tra donne, famiglie, medici e volontari per una causa che riguarda da vicino la vita di tante donne. Ieri si è svolto il Nobu Pink Cocktail, un aperitivo speciale, di condivisione e solidarietà, ideato per contribuire concretamente alla ricerca e alla prevenzione. Si sono così date appuntamento diverse testimonial della Race for The Cure come Camilla Filippi, Mia Benedetta e Lidia Vitale mentre l'assessore ai grandi eventi, sport, turismo e moda Alessandro Onorato ha colto l'occasione per la foto di rito con i protagonisti: la presidente di Komen Italia Alba Di Leone, il professore Riccardo Masetti fondatore di Ko-

men Italia e il padrone di casa Carlo Acampora proprietario di Nobu Roma, marchio fondato da Nobu Matsuhisa insieme a Robert De Niro e Meir Teper; per tutti i presenti è poi scattata la divertente riffa guidata dalla comicità di Paola Minaccioni.

LE NOVITÀ

L'avvicinamento alla corsa in rosa continua nei prossimi giorni. L'evento che si terrà al Circo Massimo, è articolato in quattro giornate, da giovedì 7 a domenica 10 maggio sarà operativo il Villaggio della salute, dove saranno offerti esami gratuiti di prevenzione e laboratori per promuovere stili di vita sani. Fino al 10 quando prenderà il via la corsa in tutta la sua maestosità e gioia. Una cosa è certa: partecipare alla Race ha un vantaggio in più: dall'8 al 10 maggio tutti gli iscritti potranno entrare gratuitamente nei musei statali aderenti. Basterà indossare la maglia ufficiale e avere la ricevuta di donazione. Nata negli Stati Uniti negli anni Ottanta grazie all'intuizione di Nancy Brinker, che ha istituito la fondazione Susan G. Komen in memoria della sorella scomparsa, la Race ha assunto una dimensione globale. Per l'Italia Roma è oggi una delle

tappe più partecipate d'Europa, insieme a Bari, Bologna, Brescia, Matera e Napoli.

C'è chi corre per la prima volta dopo una diagnosi difficile, chi spinge una carrozzina con determinazione, chi torna ogni anno per ricordare un'amica o una madre e poi ci sono le "donne in rosa" simbolo della Race, che hanno affrontato o stanno affrontando il tumore al seno e che sfilano con orgoglio, diventando il volto più autentico dell'evento: sono loro che mandano un messaggio forte e chiaro di incoraggiamento alle 56mila donne che in Italia ogni anno si confrontano con la malattia.

Valentina Venturi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Da sinistra, il proprietario di Nobu Roma, Carlo Acampora, la presidente di Komen Italia Alba Di Leone, l'assessore ai Grandi eventi e allo sport Alessandro Onorato e Riccardo Masetti, fondatore di Komen Italia alla serata per Race for the cure

(foto BONACCORSO/AG. TOIATI)



NAPOLI, LA DENUNCIA DI UNA DONNA

Attesa troppo lunga al pronto soccorso? Fuori spuntano barelle abusive in affitto

Il personale di alcune ditte di ambulanze private le offrirebbe ai pazienti: 40 euro all'ora

SIMONE DI MEO

■ Quaranta euro all'ora per non lasciare anziani e malati ad attendere la visita medica sul pavimento o, peggio, appoggiati al muro. È l'osce no tariffario che, secondo una denuncia, verrebbe applicato all'esterno del pronto soccorso dell'Ospedale del Mare, a Napoli, dove le lettighe abusive sarebbero offerte ai pazienti più malconci in fila all'accettazione.

È stata una donna - Ornella A. - a denunciare l'orrore al "Corriere del Mezzogiorno". Dopo aver accompagnato la suocera novantenne in codice arancione, si è ritrovata di fronte a un bivio atroce: pagare addirittura 400 euro per un giaciglio oppure vedere la congiunta a terra per quasi mezza giornata.

Secondo la ricostruzione, ad entrare in azione è il personale di alcune ditte di ambulanze private, appena un paziente si appresta a varcare la soglia del nosocomio. La domanda rivolta agli accompagnatori è sempre la stessa: il malato è stato "sbarellato"? Se la risposta è no, scatta la proposta indecente: una lettiga al costo di 40 euro l'ora.

Il sospetto di una consuetudine radicata si trasforma in certezza proprio nel racconto della testimone, che riferisce che la medesima sorte sarebbe toccata anche a un suo amico, costretto a portare d'urgenza la madre nella stessa struttura e a subire lo stesso racket. Due indizi, una

prova.

Non si tratterebbe, allora, di episodi isolati, ma di una pratica organizzata che sfrutterebbe - secondo i ben informati - la carenza cronica di supporti interni, sfociando addirittura in atti di stalking ai danni di famiglie devastate dall'angoscia per i propri cari e persino in risse tra equipaggi per contendersi il trasporto dei malati e i noleggi più lucrosi.

Ma perché mancano le lettighe all'Ospedale del Mare? Il collasso del sistema è dovuto a un ben noto effetto domino sulla rete di emergenza cittadina: ossia il cosiddetto "sequestro" delle barelle del 118. Quando i degenti restano bloccati sulle dotazioni dei mezzi di soccorso, le autolettighe rimangono letteralmente ostaggio nel parcheggio del presidio di Ponticelli, impossibilitate a ripartire per nuovi interventi in città senza le proprie attrezzature. Una criticità che mette a repentaglio il diritto alla salute dei napoletani e che espone i soggetti fragili a vere e proprie "estorsioni" per assicurarsi un posto dove appoggiarsi in attesa dei controlli.

Gennaro Sangiuliano, capogruppo di FdI in Regione Campania, è stato fulminante: «Dopo la grancassa mediatica dell'uscita dal piano di rientro sui cui meriti litigano Fico e De Luca, mentre il merito appartiene al solo ministro Schillaci, ci risvegliamo quotidianamente nella tragedia della malasanita campana», ha commentato. «La vicenda del

piccolo Domenico al Monaldi e poi ora la sconcertante storia del fitto delle barelle all'Ospedale del Mare che, se non fosse tragica, sarebbe degna di una commedia all'italiana». Per Sangiuliano, «la sanità cam-

pana sconta un decennio di assenza del merito che ha visto collocare nei vertici gestionali gli "amici degli amici" piuttosto che persone titolate e competenti». Per questo, «pur in presenza di una eccellente qualità del personale medico e paramedico i nostri ospedali scontano l'arroganza della politica». Per il capogruppo di Fdi, è allora «necessario abbandonare ingiustificati toni trionfalistici e avviare un lavoro serio per voltare pagina partendo dallo smantellamento degli apparati clientelari che regnano negli ospedali campani».

Severino Nappi, vice coordinatore della Lega Campania, ha aggiunto: «Questa nuova frontiera dell'orrore e dell'inefficienza della sanità campana fotografa più di mille parole che il passaggio da De Luca a Fico non ha modificato di una sola virgola lo stato delle cose. Siamo soltanto passati dal crozzismo ipertrofico della passata gestione alla retorica mielosa di un buonismo immobile e peloso».



Dir. Resp.: Mimmo Mazza

Gemmato a Decaro «Buco Asl, il conto non sui cittadini»

Sanità, il piano anti-deficit

SERVIZIO A PAGINA 5 >>>

PUGLIA «IN ROSSO»

PARLA IL SOTTOSEGRETARIO

LA PROCEDURA IN CASO DI BUCO

«Con il disavanzo, se non vengono individuate le coperture entro il 30 aprile, il governatore diventa commissario ad acta»

«Sanità, le scelte regionali non taglino le cure per i cittadini»

Gemmato: è necessario un impegno condiviso tra istituzioni

MICHELE DE FEUDIS

● «La tutela della salute dei cittadini pugliesi deve restare il punto fermo di ogni valutazione. Qualunque riflessione sul sistema sanitario regionale non può tradursi in un arretramento dei servizi o in un aggravio per le persone, che hanno diritto a cure efficaci, tempestive e di qualità»: il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato segue la querelle sui conti in rossa della Sanità della Regione Puglia e alla «Gazzetta» ha offerto la sua riflessione istituzionale.

«In questo quadro complesso - ha aggiunto - le recenti dichiarazioni del presidente della Regione Antonio Decaro su un possibile commissariamento della sanità meritano attenzione e senso di responsabilità. Si tratta di prendere atto di una situazione che richiede un'analisi seria e condivisa senza alimentare allarmismi». «I dati disponibili al quarto trimestre 2025 - ha specificato il politico barese - hanno tristemente evidenziato un disavanzo sanitario certificato di 369

milioni di euro e un andamento che, negli ultimi dieci anni almeno, mostra criticità persistenti. È un elemento che non può essere sottovalutato e che impone un impegno ulteriore per rafforzare la sostenibilità del sistema sanitario regionale».

Su come intervenire, Decaro per ora non si è sbilanciato, ma il commissariamento è una ipotesi concreta: «Il quadro normativo in questi casi è ben definito. La legge 311 del 2004 prevede che, in presenza di disavanzi, le Regioni adottino piani di rientro con misure idonee al riequilibrio. In particolare, se in sede di verifica del quarto trimestre emerge un disavanzo e non vengono individuate le necessarie coperture entro il 30 aprile, il presidente della Regione assume il ruolo di commissario ad acta, provvede all'approvazione del bilancio, accerta la perdita d'esercizio e ne dispone il ripiano. In caso di mancato adempimento entro il 31 maggio, si attivano automaticamente le misure previste dalla normativa vigente, tra cui l'incremento delle aliquote fiscali ai livelli massimi consentiti. Ma auspico con decisione che questo scenario non si avveri, per non gravare economicamente sui cit-

tadini e soprattutto non inficiare l'offerta di salute per i pugliesi», ha chiarito Gemmato.

L'attenzione di Roma per la Sanità pugliese? «Vediamo il quadro delle risorse disponibili e di quelle aggiuntive che il governo Meloni ha destinato alla Puglia e al Mezzogiorno. Il confronto nel tempo evidenzia con chiarezza la crescita del finanziamento: il Fondo sanitario nazionale è passato da circa 111 miliardi di euro nel 2016 a 143 miliardi previsti per il 2026, con un incremento di 17 miliardi solo negli ultimi tre anni. In parallelo, la quota assegnata alla Puglia è cresciuta da circa 7,2 miliardi di dieci anni fa ai quasi 8,8 miliardi del 2025 - considerando quote indistinte, vincolate e premiali - con un aumento dal 2022 di 700 milioni». Decaro contesta



alcuni schemi di ripartizione: «Eppure i nuovi criteri di riparto hanno consentito alla Regione di beneficiare di circa 130 milioni di euro aggiuntivi negli ultimi tre anni, contribuendo a ridurre squilibri storici». «Il tema - ha proseguito - centrale è quello della gestione e dell'efficacia degli interventi, più che della disponibilità complessiva delle risorse. In questa direzione, è fondamentale rafforzare la capacità di programmazione e attuazione».

Alla Sanità ha dedicato un passaggio anche Giorgia Meloni nell'informativa alle Camere: «Faccio mio il richiamo del Pre-

sidente del Consiglio dei ministri di due giorni fa alle Camere circa la necessità di una collaborazione piena tra Stato e Regioni. La sanità rappresenta un pilastro fondamentale e le criticità ancora presenti - dalle liste d'attesa alle disuguaglianze territoriali - richiedono un impegno condiviso, concreto e continuo». «Solo attraverso un lavoro coordinato, "facendo squadra", è possibile intervenire in modo efficace e rispondere ai bisogni dei cittadini. E in questo la collaborazione del Governo cen-

trale, del Ministero della Salute e mia personale non sono mai venute meno e mai lo saranno», ha concluso Gemmato.



FDI Il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato



Dir. Resp.: Mimmo Mazza

CON GENOMA PUGLIA STRAORDINARIE STORIE DI BUONA SANITÀ

di **ALBERTO LOSACCO**

SENATORE PD

Il Programma Genoma Puglia continua a scrivere straordinarie pagine di cura e di buona sanità. L'ultimo caso riguarda una neonata che, con ogni probabilità, è stata salvata dalla cecità. Nata il 24 febbraio scorso, con il consenso dei genitori è stata sottoposta al prelievo di poche gocce di sangue dal tallone.

L'analisi, condotta dal laboratorio di Genetica Medica dell'Ospedale Di Venere, ha permesso di individuare una forma di retinite pigmentosa. Senza questo accertamento precoce, la patologia si sarebbe manifestata più avanti, compromettendo progressivamente la vista della bambina. In questo caso, invece, la diagnosi è arrivata prima dell'insorgenza dei sintomi, rendendo possibile l'accesso immediato alle cure.

Il programma, nato grazie alla legge regionale Amati, è oramai un modello strutturato di sanità pubblica che ha mostrato il suo assoluto valore. Con un investimento stabile di circa 5 milioni di euro l'anno, la Regione Puglia ha costruito uno dei sistemi di screening genomico neonatale più avanzati al mondo: gratuito, accessibile a tutti e integrato nel servizio sanitario.

Dal 1° gennaio il programma di sequenziamento genomico neonatale si è ulteriormente rafforzato. L'aggiornamento del pannello genetico ha ampliato la capacità diagnostica del sistema, rendendo possibili più diagnosi precoci, una presa in carico più tempestiva e una maggiore equità di accesso. È un passaggio importante, perché conferma la capacità del programma di evolvere insieme alle evidenze scientifiche e ai bisogni di cura.

Il programma ha già coinvolto quasi 25.000 neonati e consente di analizzare 433 geni, individuando fino a 597 malattie rare o condizioni che richiedono monitoraggio. Le diagnosi precoci sono ormai centinaia — oltre 500 casi individuati — e permettono di intervenire

tempestivamente, spesso prima ancora che la patologia si manifesti. Nel caso di questa bambina, la presenza nel pannello del gene responsabile ha reso possibile una diagnosi che, allo stato attuale, rappresenta un caso unico.

Non si tratta soltanto di tecnologia, ma di organizzazione e visione. Tutte le neonatologie pugliesi sono collegate al laboratorio di Genetica Medica dell'ospedale Di Venere di Bari, all'interno di un sistema integrato che garantisce rapidità, tracciabilità e uniformità di accesso. In questo impianto, il lavoro del dottor Mattia Gentile e del suo staff ha avuto un ruolo decisivo nel tradurre l'innovazione genetica in un modello clinico stabile, accessibile e pienamente integrato nella sanità pubblica regionale. L'adesione delle famiglie supera il 90%, segno di una fiducia costruita nel tempo e di una proposta percepita come utile e sicura.

A confermare la solidità di questa esperienza è arrivato anche un riconoscimento internazionale di grande rilievo. Il Brasile ha chiesto ufficialmente di collaborare con la Puglia sullo screening genomico neonatale.

Non è un caso, quindi, che proprio in questi giorni Bari ospiti un confronto nazionale sull'evoluzione dello screening neonatale. La scelta del capoluogo pugliese non è simbolica: rappresenta il riconoscimento di un'esperienza che ha già prodotto risultati concreti e che oggi è guardata come riferimento. Quando un modello funziona, diventa inevitabilmente oggetto di confronto e possibile replicabilità.

Ed è proprio questo il passaggio successivo. A partire dall'esperienza pugliese, lo scorso anno in Senato, insieme alla collega Beatrice Lorenzin, abbiamo presentato una proposta di legge per estendere lo screening genomico neonatale a tutti i nuovi nati in Italia. Nel frattempo, diverse Regioni hanno iniziato a muoversi autonomamente, segno che la direzione è ormai tracciata.

Per questo è fondamentale che il Senato avvii l'esame della proposta. Non solo per uniformare l'accesso a un servizio che oggi dipende ancora dal territorio di nascita, ma per affermare una precisa idea di politica sanitaria: investire nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nell'innovazione per migliorare la qualità della vita e garantire la sostenibilità del sistema.



LA DECISIONE ARRIVA DAL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Sanità Calabria, fine del commissariamento

DI ALBERTO MORO

Dopo 17 anni, la sanità calabrese esce dal commissariamento avviato nel 2009 nell'ambito del piano di rientro dal disavanzo.

La revoca è stata deliberata dal Consiglio dei ministri, su proposta del ministro per gli Affari regionali Roberto Calderoli, con il parere favorevole dei ministeri dell'Economia e della Salute. La decisione segna la fine di una delle gestioni straordinarie più lunghe mai adottate nel sistema sanitario nazionale.

Il commissariamento era stato introdotto per fronteggiare gravi squilibri finanziari e criticità strutturali che avevano compromesso la tenuta del sistema. Nei primi anni la funzione di commissario ad acta si era sovrapposta a quella del presidente della Regione, mentre dal 2018, con la separazione dei ruoli, si sono succeduti commissari di nomina statale senza che però si riuscisse a chiudere la fase emergenziale.

Una svolta è arrivata con l'elezione di Roberto Occhiuto alla presidenza della Regione e con la successiva assunzione, nel 2022, anche del ruolo di commissario. «Diciassette anni con questa camicia di for-

za: ce ne siamo liberati», ha dichiarato il governatore, definendo l'uscita dal commissariamento «un risultato storico».

Secondo Occhiuto, il lavoro svolto negli ultimi anni ha riguardato la ricognizione del debito, il rafforzamento della interlocuzione con i ministeri vigilanti e l'avvio di un percorso di riequilibrio che ha consentito al Go-

verno di deliberare la revoca. «Ora la responsabilità torna pienamente alla Regione – ha aggiunto – e potremo programmare senza i vincoli della gestione straordinaria».

La fine del commissariamento non coincide però con l'uscita dal piano di rientro, che resta il prossimo obiettivo dichiarato dall'amministrazione regionale. La sfida sarà trasformare il superamento della gestione straordinaria in un miglioramento strutturale dei servizi, in un sistema segnato da carenze di personale, mobilità sanitaria elevata e forti diseguaglianze territoriali.



Il presidente Roberto Occhiuto

