

1 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

ARIS



la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



IN REGALO CON REPUBBLICA

I menù delle feste Domani l'ultimo volume di ricette

Rcultura

Intervista a Cattelan "Così vi confesso"

di DARIO PAPPALARDO a pagina 31



Mercoledì 1 aprile 2026 Anno 51 - N° 74

Oggi con libro "I menù di Pasqua Ricette vegetali"

€ 1,90

No a Trump per la base di Sigonella

Crosetto nega l'atterraggio ai bombardieri Usa "Non è previsto dai patti". Palazzo Chigi: rapporti sempre solidi con l'alleato americano

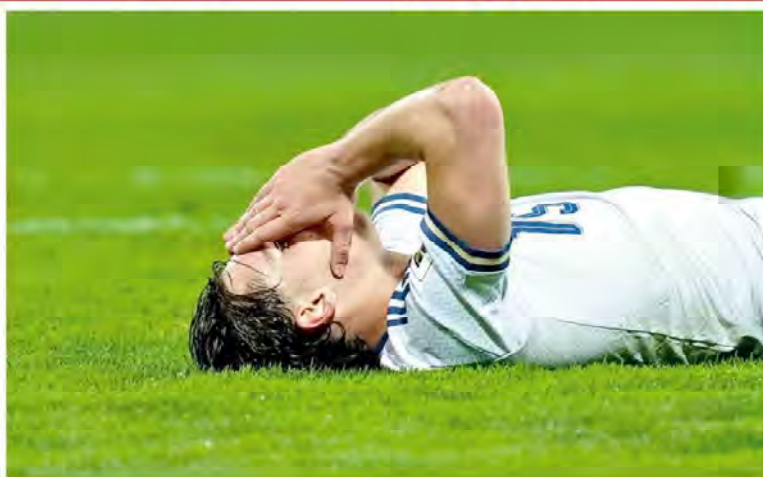
Il labirinto di Meloni

di ANNALISA CUZZOCREA

Giorgia Meloni ha capito che Donald Trump è la sua kryptonite. Ogni cosa che il presidente americano fa è un colpo al suo ponte immaginario.

L'Italia nega l'uso della base di Sigonella ai bombardieri americani. Lo stop della Difesa è arrivato nella notte tra venerdì e sabato: il piano di volo era stato comunicato mentre gli aerei erano già operativi. Il ministro Crosetto: «Ho fatto solo rispettare gli accordi». E palazzo Chigi precisa: «I rapporti con gli Usa sono solidi». L'opposizione chiede al governo di riferire in aula.

di BASILE, BRERA, CIRIACO, COLARUSSO, DI FEO, MASTROLILLI, MODULO, VECCHIO e VITALE da pagina 2 a pagina 9



Tutti a casa

La Bosnia vince ai rigori, azzurri per la terza volta fuori dai mondiali Un fallimento tecnico e dirigenziale: il calcio italiano va rifondato

di MAURIZIO CROSETTI

Il dramma è che non è più un dramma, è un'abitudine. Siamo questi, siamo poco più di niente e siamo fuori. Improbabile che gli italiani soffrano più delle altre volte, anche se sportivamente fa male andarsene così. Tutti a casa? Ma già ci siamo, è lì che abitiamo.

a pagina 36 servizi di AZZI, CURRÒ e SERENI alle pagine 37 e 38



Il ct azzurro Gennaro Gattuso in alto lo disperazione di Pio Esposito dopo il rigore fallito

Vergogna nazionale

di GABRIELE ROMAGNOLI

Vent'anni dopo, di fronte al plotone d'esecuzione dei rigoristi bosniaci, Gattuso si sarebbe ricordato di quella sera.

Energia, allarme europeo "Rischio di razionamenti"

Prepararsi a «un'interruzione delle forniture» che potrebbe essere lunga. E quindi a razionare energia elettrica, gas e carburanti. È l'avvertimento del commissario europeo Dan Jørgensen in una lettera ai 27. La guerra in Medio Oriente si fa sentire sui prezzi. A marzo l'inflazione è salita al 2,5% nell'Eurozona e all'1,7% in Italia.

di AMATO, COLOMBO e TITO alle pagine 10 e 11

Indagine su San Siro "Inter e Milan favoriti dal Comune"

di ROMANO e VENNI

Un'altra tegola giudiziaria si abbatte sulla costruzione del nuovo stadio di San Siro. Ieri Palazzo Marino si è svegliato con le perquisizioni della Guardia di finanza e con nove indagati tra dirigenti pubblici e manager legati a Inter e Milan. Oggetto dell'indagine, che ipotizza la turbativa d'asta e la rivelazione del segreto d'ufficio, è la vendita alle squadre della Scala del calcio.

a pagina 20 con un servizio di CARRA

Madre e figlia avvelenate ora l'inchiesta è per omicidio

di ALESSANDRA ZINITI



Avvelenate. Intenzionalmente a casa loro, durante le feste di Natale. Con la ricina, come nella serie tv cult Breaking bad. La notizia della svolta shock sulla morte di Antonella Di Ielsi e della figlia Sara arriva come una mazzata a Pietracatella, paese di 1.200 anime del Molisano, dopo tre mesi in cui si indagava su un'intossicazione alimentare.

a pagina 21 con un'intervista di DUSI

Il nuovo thriller. bestseller #1 in Francia

GUILLAUME MUSSO Il crimine del paradiso

La nave di Teseo

Si dice che Villa Starlight sia un vero paradiso. Finché, un mattino, un bambino scompare. E la paura si diffonde.



CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campania 39 - Tel. 06 688294



Servizio Clienti - Tel. 02 63797300
mail: servizioclienti@corriere.it



In uscita il nuovo film
La fede secondo Pif:
«Invidia chi crede»
di Walter Veltroni
a pagina 36



Domani in edicola
Le pagine storiche
del «Corriere»
le copie anastatiche a un euro
più il prezzo del quotidiano



No all'atterraggio di due bombardieri Usa. Crosetto: ho fatto rispettare gli accordi. Meloni: nessun attrito con gli Stati Uniti

L'Italia nega Sigonella a Trump

Il leader americano attacca gli alleati europei: poco aiuto, se volete il petrolio andate a prenderlo

E SARÀ IN AULA IL 9 APRILE

La premier ai suoi vice: basta parlare di elezioni

Meloni annuncia che il 9 aprile, giovedì, sarà in Parlamento per l'informativa. E ai suoi vice: «Basta parlare di elezioni anticipate».

L'INTERVISTA / BINDI
«Un federatore come Bersani per mettere pace»

DATARO
Ungheria al voto, c'è in gioco il futuro della Ue

Milena Gabanelli e Maria Serena Natale

IL CAMBIO DI PASSO

di Fiorenza Sarzanini

La nota di Palazzo Chigi e le dichiarazioni pubbliche del ministro della Difesa Guido Crosetto, che sottolineano il «rispetto dei trattati con gli Stati Uniti» nella scelta di negare l'atterraggio agli aerei da guerra nella base di Sigonella, rappresentano una svolta importante. Perché è vero che il governo tiene a ribadire come i rapporti con l'alleato americano siano «solidi e improntati a una piena e leale collaborazione». Ma è pur vero che dopo la decisione analoga adottata dalla Spagna e la posizione della Francia che ha negato agli aerei diretti in Israele il sorvolo del proprio territorio, l'Italia ha mostrato una presa di distanza importante e necessaria in un momento di gravissima crisi internazionale. E soprattutto di incertezza causata dalle mosse azzardate e imprevedibili di Donald Trump.

Calcio La Nazionale in 10 battuta ai rigori in Bosnia



Azzurri eliminati
La maledizione dei Mondiali

di Bocci Dallera Passerini e Tomaselli

Noi, il volto di Gattuso e un incubo perfetto

di Fabrizio Roncone

Finiti i rimpianti, ci servono basi nuove

di Paolo Condò

GIANNELLI



L'Italia nega l'utilizzo della base di Sigonella ai bombardieri americani in transito verso il Medio Oriente. La decisione presa da Crosetto, anche perché il piano è stato comunicato solo ad aerei già in volo. Meloni: con gli Usa rapporti buoni. La rabbia di Trump con l'Europa.

1 pm: il ruolo del Comune. Sala: nessuna ipotesi di corruzione
Vendita di San Siro, 9 indagati
L'accusa: favori a Inter e Milan

di Luigi Ferrarella

Inter e Milan favoriti dal Comune per la vendita dello stadio». Si indaga sulla cessione di San Siro alle due società di calcio e le accuse ipotizzate dalla Procura di Milano sono turbative e rivelazioni di segreto. Nove gli indagati. Perquisiti anche il direttore generale di Palazzo Marino, Malangone, l'avvocato consulente dell'Inter, De Cesario, già assessore all'urbanistica, e l'ex dirigente Tancredi. Sala: «Procedura nell'interesse pubblico».

GIALLO A CAMPOBASSO: UCCIDE CON LA RICINA
Madre e figlia avvelenate
I sospetti sui familiari



Sara Di Vita, 15 anni, e la madre Antonella Di Ielsi, 34, morirono subito dopo Natale, sono state avvelenate con la ricina nella loro casa di Pietracatella. I nuovi sospetti sui familiari.

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

Fuori ai rigori, e magari ci fosse un Baggio con cui prendersela. Qui al limite c'è Cristante, ma che cosa vuoi mai dire a Cristante, povera anima? Fuori dai Mondiali per la terza volta di fila e non esistono più nemmeno la rabbia e lo stupore di otto e quattro anni fa: solo rassegnazione e scontento, solo le lacrime strazianti di Gattuso. Siamo passati in vantaggio grazie a una papera del portiere avversario: lo schema che ci riesce meglio. Poi la partita è girata intorno a un intervento kamikaze di Bastoni — questo è il suo anno nero, un allenatore scaramantico non lo avrebbe fatto giocare — che ci ha costretti in inferiorità numerica. C'erano tutte le premesse per un'impresa epica, o per una altrettanto epica fregatura, quale in effetti poi è stata: l'infinito Don-

Bastonati

narumma che si allungava come un portiere del subbutto, i nostri contropiedisti che anziché alla porta miravano ai balconi delle case circostanti. E noi, davanti al televisore, a porci interrogativi esistenziali: perché la Bosnia, con appena 3 milioni di abitanti, ha un fenomeno come Alajbegovic e noi in 60 milioni produciamo al massimo Politano? Adesso ci diranno che non si poteva fare di più, o che non si poteva fare niente. E chissà se Meloni, dopo Delmastro e Santanchè, riuscirà a far dimenticare anche Gravina. Intanto i nostri adolescenti saranno la prima generazione di italiani a crescere senza la memoria di un'estate azzurra ai Mondiali. Ci consoleranno Sinner e Antonelli, però non è la stessa cosa.

Advertisement for 'Collezione un futuro migliore' featuring a cartoon dog and a book about animal protection.

IL GIALLO DI CAMPOBASSO
Madre e figlia uccise
avvelenate con la ricina
VALERIA D'AUTILIA — PAGINA 20



GLI ADOLESCENTI FRAGILI
Volpato: il mondo violento
nutre la rabbia dei giovani
ELISA FORTE — PAGINA 21



IL PERSONAGGIO
Tarantola: io, la mia Rai
e quello stop a Miss Italia
FILIPPOMARIA BATTAGLIA — PAGINA 22

1,90€ II ANNO 160 II N.87 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.INL.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1 DCB-TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

MERCOLEDÌ 1 APRILE 2026

QUOTIDIANO FONDATAO NEL 1867



GNN

LA CASA BIANCA AGLI ALLEATI: ANDATE A PRENDERE DA SOLI IL PETROLIO A HORMUZ. IL PARLAMENTO DI ISRAELE BRINDA ALLA FORCA

Sigonella, il no dell'Italia a Trump

Meloni e Crosetto negano la base. "Mai i rapporti non cambiano". Giornalista Usa rapita in Iraq

IL COMMENTO

La nuova strategia
dopo il referendum

MARCELLO SORGI

Stavolta gli americani non potevano immaginare che favore hanno fatto a Meloni, uscita assai ammaccata dal referendum anche per colpa delle sue posizioni sulla guerra in Iran: «quel «non condivido né condanno» percepito da tutti come segno di difficoltà nel prendere le distanze dall'amico Trump. La premier non poteva trovare occasione migliore per far ripercorrere al ministro della Difesa Crosetto le orme di Craxi. — PAGINA 27

IL GOVERNATORE

Panetta: prezzi e Pil
le stime peggiorano

FARRIZIO GIORIA

La congiuntura è cambiata, con crescita a rischio e rincari in vista. L'ombra di uno shock energetico si allunga sull'Europa, frenando l'ottimismo di un 2025 che sembrava aver domato l'inflazione. Il governatore di Bankitalia traccia un quadro segnato dall'escalation in Medio Oriente e dal protezionismo globale. «La politica monetaria si trova a fronteggiare uno shock negativo di offerta in un contesto di elevata incertezza». MONTICELLI, TURI — PAGINE 10 E 11

LO SCRITTORE

Dyer: via da Donald
è solo un ignorante

MARCO VARVELLO

«Di fronte alla disonestà di un Boris Johnson in Inghilterra o di Donald Trump in America si resta invecchiato. Cosa è andato storto?» dice Geoff Dyer. — PAGINA 7

FUORI PER LA TERZA VOLTA DI FILA, STAVOLTA CI ELIMINA LA BOSNIA



REUTERS/MATTEO CAMILLI

Disastro Mondiale

NICOLA BALICE, FABIO RIVA — PAGINE 32-35

IL COMMENTO

Lo specchio
del Paese peggiore

MAURIZIO DE GIOVANNI — PAGINA 26

IL PERSONAGGIO

Gattuso si schianta
sul muro balcanico

GIULIA ZONCA — PAGINA 33

AGASSO, CECCARELLI, GRIGNETTI, LOMBARDO, MAGRI, MALFETANO, MARTINI, SIMONI, QUIRICO

Il "no" sarebbe arrivato quando i bombardieri americani erano già in volo: l'Italia ha negato agli Stati Uniti l'uso di Sigonella per uno scalo operativo diretto verso il Medio Oriente. Una decisione presa ai vertici della Difesa — presumibilmente venerdì scorso — ma custodita fino a ieri mattina come una notizia interna, destinata a pesare nei rapporti con Washington. — PAGINE 2-9

Se la pena di morte
porta all'apartheid

ANNA FOA — PAGINA 9

IL GOVERNO LANCIA LA FASE DUE E PUNTA SU SICUREZZA E SUD

Primarie, avviso di Schlein "Io non mi faccio da parte"

CARRATELLI, DI MATTEO

Elly Schlein legge, ascolta e, come suo solito, in pubblico non commenta. Nel Pd c'è chi la esorta a non escludere l'ipotesi di un fedelatore per il centrosinistra, chi la avverte che andare a infilarsi nel tunnel delle primarie di coalizione potrebbe essere molto rischioso, chi dà credito all'idea che contro Giorgia Meloni avrebbe più possibilità di vittoria Giuseppe Conte. Fuori dal Pd qualcuno la invita direttamente a farsi da parte per spalancare la strada al presidente del Movimento 5 stelle. Intanto Meloni lancia la fase 2 del suo governo. CAPURSO — PAGINE 12, 13 E 15

Mps, il caso Palermo
e i dubbi della Bce

SALVATORE ROSSI — PAGINA 26

LA CRISI DEMOGRAFICA

Sempre meno figli
L'Istat fotografa
un Paese che ha
tradito le famiglie

CHIARA SARACENO

IL TASSO DI FECONDITÀ

Numero di figli per donna in Italia



Una quota della popolazione in età fertile sempre più ridotta, causa le scelte delle generazioni precedenti, che a sua volta riduce la propria fecondità. Senza un po' di immigrazione il saldo demografico sarebbe negativo. FRESIA, GENTA — PAGINE 16 E 17

IL RAPPORTO DELL'ONU

Il dovere di agire
contro la mafia libica

DON MATTIA FERRARI

In Libia, alle porte d'Italia e d'Europa, grazie a coperture internazionali una vera e propria mafia sta accrescendo il suo potere. — PAGINA 16

IL CASO

Diritti, quelle 40 Ong
che bocchiano l'Italia

CATERINA SOFFICI

I governi di cinque Stati membri dell'Ue stanno minando «in modo sistematico e intenzionale» lo Stato di diritto. C'è anche l'Italia nella lista della vergogna. — PAGINA 27

Buongiorno

In questa scandalizzata e compiaciuta profusione di cronache sulla violenta gioventù italiana del terzo millennio, leggo l'intervista alla madre del diciassettenne arrestato a Perugia con l'accusa di progettare una carneficina a scuola. E c'è una frase di quella donna disperata su cui mi paralizzò: «Do delle colpe a me perché non l'ho controllato bene sui social, gli chiedevo che cosa faceva e mi fidavo di lui». Io non so nulla di quella madre e di quel figlio, soltanto mi auguro che la storia sia meno di grave di quanto appare e possano presto riabbracciarsi. So — l'ho saputo da figlio e lo so ora da genitore — che la fiducia va concessa e va meritata, e attiene a un rapporto in movimento e alla ricerca di una maturità. Ma tutto quanto riversiamo sui giornali, nelle tv, nel dibattito pub-

Diventare grandi

MATTIA FELTRI

blico, parte dal presupposto che di questi ragazzi non ci si può fidare. Hanno il telefonino in una mano e il coltello nell'altra, com'è stato scritto. Sono depressi, sono dipendenti dai social, sono distaccati dalla realtà, sono aggressivi, sono violenti. Vanno controllati ed educati a forza di divieti, e non c'è altro modo. Non dimentico il giorno in cui mia madre mi indicò un cassetto e mi disse: quello è tuo, è il tuo angolo inviolabile, io non lo aprirò mai. Era il posto dove potevo esercitare la mia libertà, e la fiducia di mia madre mi imponeva di esserne responsabile. Ricevere fiducia è il passaggio obbligato per diventare grandi, e penso che ogni genitore debba darne ai figli. Ci sarà sempre chi la tradirà, ma altri mille se ne scopriranno degni e faranno di questo Paese un posto migliore. —

ODONTOBI
Dott. Sanitario - Dott.ssa Emanuela Bianca



Castelletto Sopra Ticino (NO) - Tel. 331 962405
odontobi@odontobi.it - www.odontobi.it



Merccoledì 1 aprile 2026 ANNO LIX n° 76 1,50 € San Lodovico Pavoni sacerdote

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Israele e la pena di morte "selettiva" VENDETTA LEGALIZZATA

LIGIA CAPUZZI

«L'infinito, ho visto troppa morte inflitta mia vita. Ho incontrato troppe persone che, nella mia vita, hanno inflitto la morte. (...) Con ogni cellula del mio essere e con ogni fibra della mia memoria, mi oppongo alla pena di morte in tutte le sue forme, scrisse Elie Wiesel nel 1989. Erano trascorsi quarantatré anni da quando l'autore e Nobel per la Pace era stato liberato da Auschwitz. Da quel giorno del 1945 e fino alla sua morte, nel 2016, ha scelto di custodire e diffondere la memoria del «male assoluto» della Shoah. Affinché «mai più» potesse ripetersi. Questa era per Wiesel la missione del popolo ebraico e dello Stato di Israele - di cui era fervente sostenitore - dopo lo spartiacque della persecuzione nazista. In tale percorso faticoso, come dimostra il sostegno all'implicazione di Adolf Eichmann nel '62...»

continua a pagina 14

Editoriale

La resistenza delle ragazze afgane IMPARARE NELL'OMBRA

ANTONELLA MARIANI

«Anno quinto dell'era dei sogni spezzati. Giovedì scorso, nel silenzio di una piazza, la capitale del mondo, il governo dell'Emirato islamico dell'Afghanistan, ha celebrato solennemente l'avvio del nuovo anno scolastico. Il quinto consecutivo in cui le aule sono rimaste chiuse per le ragazze dopo il sesto anno delle elementari. L'ultimo. Vietate le medie, vietate le superiori, vietata l'università. Altre diecimila adolescenti-gioventù scorso hanno trovato la scuola chiusa, nell'unico Paese al mondo che teorizza e attua l'apartheid di genere. «Avevo grandi progetti per il futuro. Volevo diventare dottoressa. Se tutto questo non fosse successo, oggi avrei dovuto iniziare l'ultimo anno delle superiori. Non accadde. Anche i miei genitori avevano grandi aspettative su di me. Ora non c'è più speranza», ha detto Soriana, residente a Kabul, all'emittente afgana Amu Tv, che trasmette da Washington. Gli effetti di questa disumana esclusione, che non ha ragion d'essere se non in una deformata e violenta interpretazione del Corano, sono ben noti: aumento esponenziale dei casi di depressione e di suicidi tra le giovanissime, forte esposizione a matrimoni e gravidanze precoci. Non è solo una ferita inguaribile sui percorsi individuali di migliaia di ragazze, bensì una drammatica ipoteca sul futuro di un intero Paese. Ventisei milioni di persone, la metà della popolazione, è messa ai margini, vessata, esclusa, impossibilitata a contribuire alla crescita e allo sviluppo della società in cui vive. Nel giorno dei sogni spezzati, viene da chiedersi a chi interessa davvero la sorte delle ragazze e delle donne afgane, che dall'agosto 2021, con la fuga precipitosa degli occidentali e il ritorno al potere dei talebani, sono state prese di mira da decine di editti e regolamenti che hanno distrutto ogni piccolo spazio di libertà.»

continua a pagina 14

IL FATTO Israele colpisce ancora in Libano. Il Papa: ho chiesto al presidente di finire la guerra prima di Pasqua

Primo no a Trump

Crosetto nega l'autorizzazione all'atterraggio dei bombardieri Usa nella base di Sigonella. L'inflazione rialza la testa in tutt'Europa. L'allarme di Pirella: i rincari peseranno a lungo

Scoppia il caso dell'utilizzo delle basi aeree e strisce sul suolo italiano dagli States venerdì scorso è arrivata (con gli aerei già in volo) una richiesta per il decollo, per fare scalo verso l'Iran. Il ministro della Difesa si consulta con la premier Meloni: piani comunicati troppo tardi (non c'era tempo per sentire prima il Parlamento, come promesso) e il permesso è negato. Poi Palazzo Chigi diffonde una nota per precisare: «Ogni richiesta è esaminata, i rapporti con gli Usa restano solidi». Ma non c'è un cambio di linea verso Trump, che intanto torna a minacciare: «Chi non aiuta la formazione da prendersi il petrolio da solo». Il carovita è in rialzo al 2,5%. Il governatore di Bankitalia: bruciato cambio di prospettiva, rischio di innescare una spirale prezzi-salari.



La base aerea di Sigonella

Primo piano pagine 2-7

PASQUA Domani lavanda dei piedi a 12 preti



Via Crucis: sarà il Papa a portare sempre la croce

Pumpo a pagina 17

ISTAT Calano le nascite (355mila) e il saldo naturale è negativo. Più nuclei unipersonali

Meno bambini e mini-famiglie l'Italia si ritrova in solitudine

ELISA CAMPSI

Un totale di 355mila nati nel 2025 contro 652mila morti, ossia un saldo di quasi 297mila persone in meno: se l'Italia fosse un'azienda, sarebbe in liquidazione. È questa una delle immagini che potrebbero evocare i dati demografici pubblicati ieri dall'Istat. Numeri che raccontano un Paese senza futuro, dove l'età media al parto continua a salire - da 32,6 a 32,7 anni - e il numero medio di figli per donna crolla al minimo storico di 1,14, in calo anche rispetto all'1,18 del 2024. Le culle sono sempre più vuote, i decessi quasi doppiano le nascite e l'orizzonte per «mettere su famiglia» si sposta sempre più in avanti. L'inverno demografico nel nostro Paese è parzialmente frenato, però, dal casellario degli stranieri, con un saldo migratorio positivo di 26mila persone.

Servizio e un'analisi di Calvi a pagina 8

RICERCA CARITAS-CENTRO MEDI

E cresce l'impegno sociale di giovani e figli di immigrati

MAUREZZO AMBROSINI

Nel complesso gioco dei rapporti tra i giovani e la politica, c'è un segmento di potenziali nuclei cittadini destinato a crescere d'importanza: quello dei giovani di origine immigrata, che già esprimono in vari ambiti forme di quella che può essere definita «cittadinanza visiva».

Ceredani a pagina 9

MILAN E INTER

Accuse a Comune e team: vendita di San Siro pilotata

Diorini a pagina 11

DOPO IL REFERENDUM

Meloni domani in Aula per rilanciare il Governo

Levavoli a pagina 10

LE VITTIME UCRAINE DEI RUSSI

L'Europa ricorda Bucha «Crimine da punire»

Garrone a pagina 12

Capelli profumati

«Versando quest'olio profumato sul mio corpo, lei lo ha fatto per la mia sepoltura», nel cuore della casa di Simone il lebbroso si è appena sprigionato un profumo inconfondibile, preziosissimo olio balsamico contenuto in un'ampolla d'alabastro. Una donna a versare quell'olio sul capo di Cristo. Gesù di una delicatezza commovente. Uno spreco sibiliano adirati i discepoli mentre i capelli di Cristo rendono percepibile ai sensi l'Invisibilità dell'aria. Uno spreco, hanno ragione i discepoli, si potevano usare quei soldi per i poveri, ma un

Corpo Alessandra Debi' cristianesimo senza spreco non è cristianesimo. Spreco di bellezza, spreco di profumo, spreco d'amore, spreco di perdono... incomprensibile la Passione senza questa lezione. I capelli di Gesù si offrono alle mani della donna, il suo corpo non si trattiene, nessuna lezione teorica, ancora una volta la verità passa dalla concretezza di ciò che siamo, ancora una volta un corpo a ricordarci che la nostra fede non può essere solo assenso ad un'idea ma coinvolgimento, totale, pieno, fisico, una consegna di noi stessi, come solo lo spreco amoroso prevede. Olio profumato sul corpo di Cristo in vista della sua sepoltura, anche la morte emoscerà la fragranza dell'Eternità.

Agorà

ROMANZO

Jean-Baptiste Andrea: «La meraviglia è scienza e viceversa»

Giametta a pagina 16

SCENARI

Personaggi inventati Quell'Italia che parla ancora fantozziano

Fiorinini a pagina 10

SPORT

Calcio, oltre il 90° L'eclissi del tempo secondo il laziale Pedro

Guarà a pagina 21



LO SCENARIO NEI DATI DI UPB E GIMBE

Sanità, fondi sotto la media Ue Ai privati un terzo della spesa

di ETTORE MAUTONE

Governo della salute, una strada in salita per ministero della Salute e Regioni che da un lato devono fare i conti con le incognite del Pnrr e della riforma della sanità territoriale che rischia di restare al palo - con le Case di comunità di cui a regime solo 66 su 1.715 e gli Ospedali di comunità di cui nessuno ha tutti i servizi attivi come documentato dalla Fondazione Gimbe -. Dall'altro con le promesse non ancora mantenute dal Fascicolo sanitario elettronico (Fse) che dal 1 aprile entra nella fase finale di attuazione ma che risulta incompleto in tutte le Regioni e a cui solo il 46% dei cittadini ha dato il consenso per il trattamento dei dati. Sullo sfondo di questo quadro a tinte fosche disegnato dal presidente di Gimbe Nino Cartabelotta si stagliano le incognite documentate dall'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB) che dedica un suo nuovo Focus al tema della sanità pubblica e privata, analizzando i finanziamenti, la spesa delle famiglie, l'impatto delle detrazioni fiscali in questo ambito e l'andamento del settore con un finanziamento del Ssn sotto media Ue, la spesa sanitaria rispetto al Pil 2025 pianata al 6,3 per cento (il valore più basso in area ocse) e il settore privato che assorbe un terzo della spesa pubblica sanitaria italiana configurando nei fatti non più un sistema sanitario pubblico ma misto con potenziali criticità su equità ed efficienza.

Ma andiamo con ordine: la spesa sanitaria pubblica copre il 73,1 per cento del totale nel 2024 rispetto alla media Ue all'80 per cento con una crescita della spesa diretta delle famiglie che sale al 23,6 per cento, circa 9 punti sopra la media europea. In questo contesto risultano triplicati gli iscritti ai fondi sanitari privati da 5,8 a

16,3 milioni tra il 2013 e il 2023 che testimonia un tentativo di intermediazione di una quota della spesa sanitaria privata. Scende inoltre di 5 punti, rispetto al 1995, la quota pubblica nella creazione di valore aggiunto sanitario soprattutto per diminuzione del personale dipendente solo nel 2025 in parziale recupero.

Se vogliamo lo sguardo al sostegno pubblico attraverso il sistema fiscale apprendiamo che nel 2023 sono 4,6 miliardi le detrazioni per spese sanitarie e 1,5 miliardi di minori introiti tributari e contributivi per agevolazioni alla sanità integrativa. Insomma anche la spesa privata offre poche reti di sostegno alle famiglie. In compenso il comparto Salute resta tuttavia trainante con il suo in-

dotto per l'economia assorbendo il 70 per cento circa dei bilanci regionali. Dalla filiera della salute arrivano oltre 69 miliardi di valore aggiunto e 1,2 milioni di posti di lavoro e la produzione privata di beni e servizi sanitari in crescita, con evidenti processi di concentrazione sebbene le nubi scure della bolletta energetica stiano per configurare un altro shock simile a quello del 2022. I dati del Focus sul ruolo del mercato nel sistema sanitario italiano che analizza le dinamiche di finanziamento, produzione e integrazione tra settore pubblico e privato evidenziano insomma la natura ibrida del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), basato su principi di universalità ed equità ma caratterizzato da un livello di finanziamento pubblico inferiore al 75 per cento e da una produzione mista in cui circa un terzo della spesa pubblica è destinato a fornitori privati.

Il quadro del finanziamento e la spesa delle famiglie. Nel confronto europeo emergono differenze significative nella struttura del finanziamento: nel 2023 il SSN co-

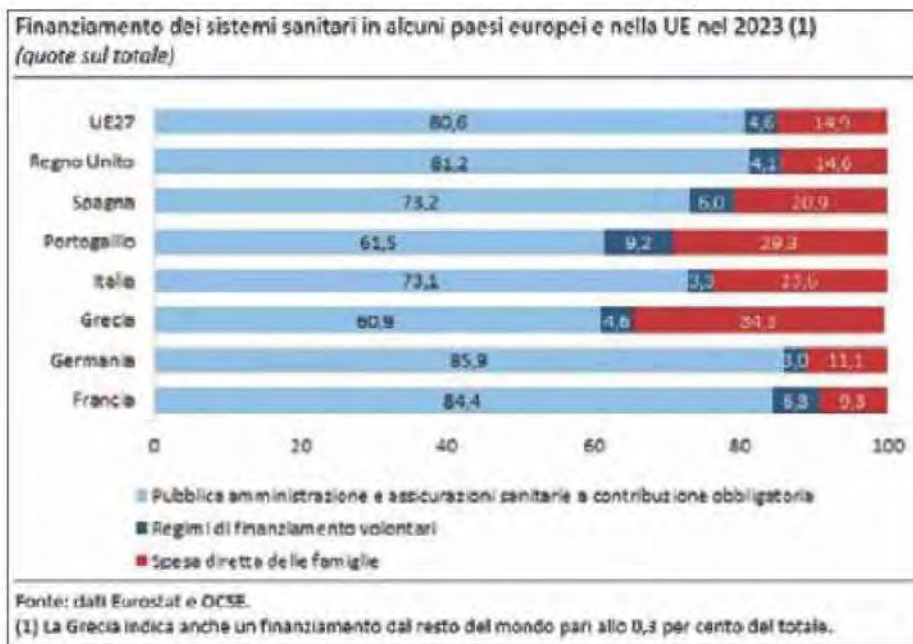
priva il 73,1 per cento della spesa sanitaria complessiva, contro una media Ue superiore all'80, mentre la spesa diretta delle famiglie (out-of-pocket) raggiungeva il 23,6 per cento, superando di quasi 9 punti percentuali la media europea. In parallelo si registra una crescita delle forme di sanità integrativa, con un aumento degli iscritti ai fondi sanitari da 5,8 milioni nel 2013 a 16,3 nel 2023. L'analisi dell'Upb rileva potenziali criticità in termini di equità ed efficienza. Tra il 2012 e il 2024, inoltre, il finanziamento pubblico si è ridotto in termini di incidenza sul Pil, attestandosi al 6,3 per cento nell'ultimo anno. La composizione della spesa sanitaria ha visto poi un progressivo spostamento verso l'acquisto di beni e servizi, con un crescente ricorso all'esternalizzazione, all'impiego di lavoro flessibile (ad esempio, i cosiddetti gettonisti) e all'acquisizione di prestazioni da privati. Nello stesso periodo, la quota dell'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie in convenzione si è ridotta di oltre 10 punti a favore del rifornimento diretto da parte degli enti sanitari.

Nell'ambito della produzione pubblica, l'incidenza dei servizi ospedalieri è diminuita di circa 10 punti percentuali, coerentemente con i processi di deospedalizzazione. Il periodo 2009-2017 è stato inoltre caratterizzato da una riduzione significativa del personale del SSN (circa 46.500 dipenden-



ti), che ha contribuito all'espansione del settore privato. L'emergenza pandemica ha determinato un'inversione di tendenza nei reclutamenti, con un incremento di 64.800 unità tra il 2018 e il 2024. Permangono, tuttavia, criticità legate alla scarsa attrattività retributiva e delle condizioni di lavoro nel settore. Un quadro in cui il settore privato si conferma dinamico e in espansione, con processi di concentrazione rilevanti in diversi comparti, tra cui dispositivi medici, diagnostica, servizi residenziali e farmacie. Un settore tuttavia non pienamente assimilabile a quello pubblico, rispon-

dendo a logiche e obiettivi differenti. Pertanto, eventuali processi di maggiore integrazione tra pubblico e privato richiedono un'attenta valutazione, alla luce delle implicazioni in termini di equità ed efficienza, al fine di garantire il rispetto dei principi fondanti del SSN.



Spesa sanitaria Italia in coda tra i paesi Ue

Il governo Meloni ha sempre rivendicato che i fondi alla sanità aumentano. In valore assoluto è vero. Rispetto al Pil, l'unico parametro che conta, no. L'Ufficio parlamentare di bilancio lo certifica nel suo ultimo Focus: «In poco più di un decennio, tra il 2012 e il 2024, il finanziamento pubblico si è ridotto di tre decimi di punto». Ed è proprio negli ultimi anni che si toccano i livelli più bassi. Dai picchi pandemici attorno al 7%, il governo di destra si è trovato un 6,5% nel 2022 per poi portarlo al 6,1% nel 2023 e al 6,3% nel 2024. Il risultato è un sistema sempre più "ibrido":

quasi un terzo della spesa pubblica viene destinata a fornitori privati, mentre il Servizio sanitario nazionale copre il 73,1% della spesa complessiva, contro oltre l'80% della media Ue. Nel confronto europeo l'Italia resta indietro: la copertura pubblica è all'85,9% in Germania e all'84,4% in Francia, mentre la spesa diretta delle famiglie arriva al 23,6%, contro meno del 15% nella media europea, l'11,1% tedesco e il 9,3% francese.

A pagare di più sono i cittadini, spesso per aggirare liste d'attesa e rigidità del sistema: la spesa diretta resta intorno al 2% del Pil,

mentre cresce il ruolo di assicurazioni e fondi sanitari. La raccolta del ramo malattia ha raggiunto 3,9 miliardi nel 2023 (+42% dal 2018) e gli iscritti ai fondi sono triplicati, da 5,8 a 16,3 milioni. Una crescita sostenuta anche dal fisco, con oltre 6 miliardi tra detrazioni e agevolazioni, concentrati sui redditi medio-alti.

Intanto aumentano esternalizzazioni e lavoro flessibile: la spesa per consulenze cresce dell'80% tra il 2019 e il 2024 e i gettonisti pesano per 1,5 miliardi in cinque anni, di cui circa 460 milioni nel 2024. — **V.CO.**





Servizio Il finanziamento

Alla sanità pubblica il 6,3% del Pil (in calo) e gli italiani spendono più degli altri europei per curarsi

Il report con i principali trend della Sanità pubblica degli ultimi anni sono stati fotografati dall'Ufficio parlamentare di bilancio

di Marzio Bartoloni

31 marzo 2026

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale che rallenta nell'ultimo decennio (ad eccezione degli anni del Covid) attestandosi ormai al 6,3% del Pil e cioè al di sotto dell'asticella della maggior parte degli altri Paesi in Europa e con gli italiani che sono tra gli europei che in percentuale mettono di più mano al portafogli per pagarsi le cure privatamente, mentre i fondi sanitari (pagati dai contributi dei lavoratori) sono cresciuti con gli iscritti che nello stesso periodo sono praticamente triplicati. Eccoli alcuni dei principali trend della Sanità italiana fotografati dall'Ufficio parlamentare di bilancio (Upb) in un Focus sul ruolo del mercato nel sistema sanitario italiano. Un report che analizza le dinamiche di finanziamento, produzione e integrazione tra settore pubblico e privato e mette in luce i punti di debolezza di un Ssn che ha sempre più difficoltà - come dicono i numeri - a rispondere ai bisogni dei cittadini.

Peso e incidenza della spesa pubblica per la Sanità

Secondo l'Upb l'andamento del finanziamento del Servizio sanitario si conferma altalenante: dopo essere passato dal 6,6% al 6,3% del Pil tra il 2012 e il 2019, ha raggiunto il massimo del 7,3% nel 2020 per poi tornare al 6,3% nel 2024. La spesa diretta delle famiglie - sottolinea ancora il report - si è mantenuta sostanzialmente stabile intorno al 2 per cento sul Pil, mentre la componente finanziata dai regimi volontari - assicurazioni e fondi sanitari - ha registrato un incremento nell'ultimo periodo di 0,1 punti percentuali, portandosi allo 0,3 per cento del prodotto interno lordo. Di fronte alla mancata crescita del finanziamento pubblico è comunque calata la quota di spesa pubblica in rapporto alla spesa sanitaria complessiva: nel 2023 si è attestata al 73,1% della spesa totale a fronte di una media Ue per quasi l'81%. Una percentuale, questa, che è superiore in Germania (85,9 per cento) e in Francia (84,4 per cento), mentre risulta inferiore in Spagna e in Italia (entrambe poco sopra il 73 per cento), nonché in Portogallo e in Grecia (poco oltre il 60). Al di fuori della Ue, il Regno Unito presenta una copertura pubblica dell'81,2 per cento.

Gli italiani spendono di più per curarsi degli altri

In Italia a fronte degli investimenti pubblici la spesa diretta delle famiglie si è attestata al 23,6% del totale, circa 9 punti sopra la media europea. In particolare fa sapere l'Upb la spesa diretta delle famiglie (la cosiddetta "out-of-pocket") si attesta su valori inferiori al 15% del totale nella Ue e nel Regno Unito, ma raggiunge livelli significativamente più elevati nei paesi dell'Europa meridionale:

il 34,3% in Grecia, il 29,3 in Portogallo, come detto il 23,6 in Italia e il 20,9 in Spagna. In Germania e in Francia, invece, essa si colloca al di sotto della quota europea, con valori pari, rispettivamente, a 11,1 e 9,3 per cento. “L'incidenza della spesa privata - sottolinea l'Ufficio parlamentare di bilancio - riflette diversi fattori: i limiti della copertura pubblica rispetto a una domanda di servizi in crescita, trainata dal miglioramento del tenore di vita, dall'invecchiamento della popolazione e dal progresso tecnologico, e possibili fenomeni di induzione della domanda da parte dell'offerta, che possono determinare consumi non pienamente appropriati”.

Triplicati gli iscritti alla Sanità integrativa

Tra le tendenze degli ultimi anni, la crescita delle forme di sanità integrativa, con un aumento degli iscritti ai fondi sanitari da 5,8 milioni nel 2013 a 16,3 nel 2023. “Nell'ultimo anno disponibile, tali fondi hanno erogato risorse per oltre 3 miliardi, di cui quasi due terzi riferibili a prestazioni di natura sostitutiva, e non integrativa, rispetto a quelle garantite dal Ssn”, sottolinea il documento, che invita a monitorare le possibili ricadute sull'equità del servizio sanitario derivante dagli strumenti integrativi: “va rilevato che il welfare aziendale in ambito sanitario risulta strutturalmente più diffuso fra i lavoratori occupati in imprese di medie e grandi dimensioni, caratterizzati da rapporti di lavoro stabili e livelli di reddito medio-alti, nonché prevalentemente concentrati nelle regioni settentrionali, con evidenti implicazioni sotto il profilo distributivo”, si legge nel report dell'Upb. In termini numerici i regimi di finanziamento volontari – esclusi i pagamenti diretti – rappresentano il 4,6% della spesa sanitaria del complesso della Ue. La maggior parte dei paesi considerati non si discosta significativamente da tale valore, tranne il Portogallo, in cui la quota raggiunge il 9%, e l'Italia e la Germania, in cui essa si attesta in prossimità del 3 per cento.



Servizio Sanità digitale

Fascicolo sanitario da oggi a pieno regime, ma pazienti e medici lo snobbano: ecco cosa sapere

Da ora in poi Regioni e strutture sanitarie (pubbliche e private) devono caricare tutti i documenti previsti dalla legge

di Marzio Bartoloni

31 marzo 2026

Da oggi il fascicolo sanitario elettronico - lo scrigno digitale che contiene tutta la nostra storia sanitaria - entra a pieno regime in tutta Italia. Dal 31 marzo Regioni e strutture sanitarie (pubbliche e private) devono caricare tutti i documenti previsti dalla legge: referti, verbali pronto soccorso, lettere di dimissione, profilo sanitario sintetico, prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, cartelle cliniche, erogazione di farmaci, esenzioni, lettere di invito per gli screening, ecc. In particolare per le strutture e gli ambulatori scatta l'obbligo di rispettare stringenti criteri tecnologici (per esempio in merito alla tutela della privacy), ma anche di aggiornamento tempestivo dei dati (entro 5 giorni) dopo l'esecuzione di esami o visite. Il fascicolo che è finanziato anche con i fondi del Pnrr è però snobbato ancora da molti italiani: meno di uno su due ha dato il consenso all'utilizzo dei propri dati sanitari.

Come funziona il fascicolo sanitario elettronico

I cittadini possono accedervi tramite lo Spid o la carta d'identità digitale trovandoci tutti i documenti sanitari che da ora in poi devono essere caricati da strutture pubbliche e private: si va dalle ultime analisi effettuate agli esami radiologici, dai farmaci che si prendono abitualmente ai referti di pronto soccorso fino ai ricoveri o al "patient summary", una sorta di breve identikit del paziente scritto dai medici di famiglia. Una svolta che però ancora molti italiani non conoscono visto che secondo l'ultimo monitoraggio ufficiale che risale a settembre scorso praticamente solo un su quattro (il 27%) aveva effettuato almeno un accesso al proprio fascicolo negli ultimi 90 giorni. Ma soprattutto meno di uno su due (il 44%) ha dato il consenso alla consultazione dei propri dati da parte del personale sanitario. Questa mancata adesione rappresenta molto più di un semplice adempimento burocratico nato nel rispetto del diritto alla privacy dei pazienti. Perché senza il consenso dei cittadini il fascicolo sanitario è praticamente inutilizzabile in ospedale, negli ambulatori o negli studi dei medici e anche in pronto soccorso, quando avere una informazione in più in tempi strettissimi può essere cruciale per salvare una vita.

Consenso ai dati sanitari e utilizzo ancora a macchia di leopardo

A snobbare di più il fascicolo sanitario - dove in futuro si potranno prenotare visite o cambiare il medico di famiglia - sono soprattutto i cittadini del Sud: se ben il 64% degli emiliani e il 53% dei lombardi lo bazzica con frequenza, in Puglia e Sicilia lo fa solo il 3%, mentre sul fronte del consenso si va dal 92% di sì degli emiliani e l'89% dei veneti allo striminzito 2% dei calabresi e al 3% dei campani. Su questo ultimo punto, quello del consenso, si innesta il corto circuito senza il

quale il fascicolo non è accessibile dal personale sanitario: il mancato consenso da parte dei pazienti alla consultazione non blocca ovviamente le prestazioni di cui si ha diritto, ma i dati e i documenti contenuti sono visibili soltanto al paziente stesso e al medico che li ha prodotti e «non saranno acceduti per finalità di diagnosi, cura e riabilitazione, profilassi internazionale e prevenzione», avverte un messaggio scritto un po' in burocratese che compare quando si apre il proprio fascicolo sanitario elettronico dove è sempre possibile “flaggare” il proprio consenso. Su questo punto così delicato il ministero della Salute ha organizzato anche una campagna di informazione ed educazioni ai cittadini che è partita già da alcuni giorni e proseguirà per tutta la primavera.

Le ritrosie dei medici verso il Patient summary

L'accesso ai dati sanitari del paziente - secondo le ultime regole che ne disciplinano il funzionamento (Dm 7 settembre 2023) - sarebbe in teoria possibile, anche se in modo limitato, nei casi di emergenza come l'arrivo in pronto soccorso: in questi casi medici e infermieri possono infatti consultare almeno il cosiddetto profilo sintetico sanitario (il “patient summary”) nel quale ogni medico di famiglia dovrebbe descrivere in modo sintetico le condizioni del suo assistito, come la presenza di una patologia e le terapie scelte per curarla. Il problema è che nonostante la scadenza del 31 marzo riguardi anche i medici di famiglia vincolati a scrivere il patient summary dei loro assistiti nella realtà sono ancora molto pochi quelli che hanno adempiuto a questo obbligo visto che al momento ne risulterebbero completati circa 3,5 milioni su 58milioni potenziali. Quindi c'è ancora molto da fare e diversi medici di famiglia non nascondono le loro ritrosie: Il Patient Summary “così come attualmente previsto nell'ambito del Fascicolo sanitario elettronico 2.0, non è sostenibile per i medici di medicina generale. Non si può continuare ad aggiungere nuovi adempimenti ai medici di famiglia senza considerare il carico di lavoro già oggi eccessivo – dichiara Simona Autunnali, tesoriera nazionale del sindacato Snam –. La compilazione manuale del Patient Summary è inefficiente e inaccettabile. Il sistema deve essere automatizzato, utilizzando i dati già presenti nel Ssn. Al medico deve spettare la verifica e la validazione finale, anche alla luce delle rilevanti implicazioni medico-legali”.

Servizio Giornata mondiale

Autismo, sfida che mette alla prova la sanità ma anche l'intero sistema Paese

Costruire una comunità di cura significa integrare sanità, scuola e welfare in una visione di lungo periodo, capace di sostenere le famiglie e valorizzare le potenzialità delle persone lungo l'arco della vita

*di Tiziano Onesti **

31 marzo 2026

La Giornata mondiale per la consapevolezza sull'autismo è l'occasione per riflettere su una condizione che riguarda ormai una quota significativa della popolazione infantile e adolescenziale. Negli ultimi vent'anni i casi non sono "esplosi": sono cresciute soprattutto la capacità di riconoscere precocemente i disturbi dello spettro autistico, l'accuratezza dei criteri diagnostici e l'organizzazione dei servizi.

Le stime indicano che circa un bambino su cento nel mondo, e uno su 77 in Italia nella fascia 7-9 anni, rientra nello spettro autistico, con un'incidenza nei maschi oltre quattro volte superiore rispetto alle femmine, in linea con quanto osservato negli altri Paesi ad alto reddito.

Risorse in ordine sparso

Questi numeri hanno conseguenze dirette sui sistemi sanitari, scolastici e sociali. In Italia non esiste ancora una voce di spesa unitaria dedicata all'autismo: le risorse sono distribuite tra sanità, scuola, servizi sociali e politiche per la disabilità, rendendo difficile una stima complessiva degli investimenti. Strategie nazionali, piani regionali, aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e misure per l'inclusione hanno rafforzato l'attenzione istituzionale, ma gli interventi restano disomogenei sul territorio.

Uscire dalla logica dell'emergenza

Il Rapporto Ocse 2026 sottolinea come l'aumento delle diagnosi sposti il tema da una logica emergenziale alla necessità di organizzare in modo strutturale i sistemi di assistenza. Più bambini e adolescenti intercettati significa maggiore domanda di valutazioni specialistiche, interventi precoci, sostegni economici, supporti scolastici e servizi sociali dedicati. In molti Paesi la capacità di risposta non cresce allo stesso ritmo: si registrano liste d'attesa lunghe, carenza di professionisti e percorsi frammentati, con un impatto più pesante sulle famiglie con minori risorse. L'Ocse stima costi mensili tra circa 200 e oltre 3.000 dollari per bisogni moderati, fino a 5.000-7.000 dollari nei casi più complessi.

Lavorare in rete

In questo scenario gli ospedali pediatrici sono chiamati a un ruolo centrale non solo nella diagnosi e nella cura, ma anche nella programmazione dei servizi e nella promozione di una cultura

dell'inclusione. L'autismo richiede percorsi di presa in carico che accompagnino il minore lungo l'intero arco della vita, senza interruzioni nei passaggi cruciali, come quello dall'età pediatrica a quella adulta. Essenziale il lavoro in rete con territorio, scuola, servizi sociali e associazioni, per evitare che le famiglie affrontino da sole un carico organizzativo ed economico spesso elevato.

L'esperienza dei principali ospedali pediatrici italiani dimostra come ricerca, innovazione clinica e formazione continua siano elementi centrali della missione istituzionale. Professionisti di discipline diverse lavorano insieme per costruire progetti personalizzati condivisi con le famiglie e coerenti con le migliori evidenze scientifiche.

Nonostante i progressi, restano criticità: percorsi lunghi per arrivare alla diagnosi, difficoltà di accesso ai servizi e costi significativi. Tra le richieste più frequenti emergono percorsi chiari e continui nel tempo, interventi efficaci ma flessibili e un sostegno concreto alla vita quotidiana.

Le priorità

Tre parole chiave riassumono le priorità indicate dai genitori: autonomia, inclusione, “dopo di noi”. L'obiettivo non è solo garantire terapie nell'immediato, ma accompagnare bambini e ragazzi verso la massima autonomia possibile dentro comunità realmente inclusive.

Liste d'attesa e frammentazione dei percorsi richiedono risposte sistemiche e coordinate. Serve una responsabilità condivisa tra ospedali, servizi territoriali e istituzioni per investire in percorsi dedicati e progetti di inclusione, garantendo diritti e dignità delle persone con autismo. Costruire una vera comunità di cura significa integrare sanità, scuola e welfare in una visione di lungo periodo, capace di sostenere le famiglie e valorizzare le potenzialità delle persone nello spettro autistico lungo l'arco della vita.

** Presidente Ospedale Pediatrico Bambino Gesù*

Professore ordinario di Economia aziendale presso l'Università degli Studi di Roma Tre

Il corsivo del giornodi **Niccolò Nisivoccia****ECCO PERCHÉ
UNA LEGGE
SUL FINE VITA
NON PUÒ ATTENDERE**

È necessaria, una legge sul fine vita? Si può dire di sì almeno per tre ragioni. Innanzitutto per una ragione istituzionale: perché è la stessa Corte costituzionale ad aver esplicitamente invitato il Parlamento, già più di una volta, ad adottarne una. E diciamo allora che il corretto funzionamento del sistema vorrebbe che il legislatore prendesse sul serio gli inviti della Corte, secondo quel «costituzionalismo collaborativo» di cui parla anche Marta Cartabia in un suo recentissimo libro, «Custodi della democrazia». Non è mai bello che un invito della Corte rimanga inascoltato, più o meno a lungo, proprio perché a venire in gioco è l'architettura costituzionale, la collaborazione fra le istituzioni, la condivisione delle responsabilità. In secondo luogo il diritto dovrebbe sempre sentirsi

chiamato a fare i conti con le grandi questioni filosofiche, e la questione del fine vita lo è, una grande questione filosofica. Camus la definiva addirittura l'unico problema filosofico veramente serio, rispetto al quale tutto il resto viene dopo: giudicare se la vita valga o non valga la pena di essere vissuta. Il che, dal punto di vista del diritto, significa chiedersi come debba rispondere la legge alle richieste di chi ritenga la propria vita non più meritevole di essere vissuta e voglia porle fine. Come deve porsi davanti al dolore, in particolare davanti al dolore di chi lo ritenga insopportabile? A chi spetta di decidere non solo come viverla, la vita, ma anche se viverla o non viverla? Sono proprio queste le domande a cui ha cercato di dare una risposta la Corte costituzionale, nelle sentenze di questi anni: e cui invece il Parlamento una risposta la deve ancora dare. Del resto sono domande che non

provengono dall'empireo, ma dalla vita vera, da persone in carne e ossa — ognuna con un corpo, un nome e un cognome, e un volto che ci guarda. E questa è un'altra ragione, anzi: è la più importante di tutte, per cui una legge sul fine vita andrebbe considerata doverosa. Perché non emanarla si tradurrebbe in un vero e proprio atto di ingiustizia nei confronti di tutte le persone che soffrono, per le quali ogni singolo giorno di sofferenza ne vale mille. Non emanare una legge significherebbe incorrere forse nel peggiore dei difetti in cui il diritto può incorrere, che è quello di mostrarsi sordo alle richieste provenienti da chi ha bisogno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il cervello soffre se lo schermo è l'unico amico

Giulio Maira

Al centro delle preoccupazioni su tanti fatti negativi di cui abbiamo notizia vi è spesso l'immagine inquietante ma sempre più familiare, di bambini e ragazzini continuamente connessi nella dimensione digitale, ma in realtà soli.

Solitudine come rinuncia di fatto a una vita sociale, elemento cruciale per lo sviluppo di una corretta maturazione cognitiva ed affettiva, fatta di empatia e relazione con il mondo reale.

L'INTRATTENIMENTO

Spesso siamo noi adulti, per mancanza di tempo, per comodità, o banalmente per superficialità, ad affidare agli schermi la funzione di intrattenimento o di gestione dei figli, gettando via momenti preziosi di dialogo, gioco e ascolto reciproco. Non si tratta solo di un cambiamento di abitudini, spesso è una vera e propria condizione esistenziale in cui la tecnologia si sostituisce

al mondo, anche ai momenti di noia che sappiamo essere stimoli fondamentali per lo sviluppo di fantasia e creatività.

La tecnologia in sé può offrire anche opportunità importanti

di apprendimento e comunicazione, ma non si può lasciare che i più giovani crescano da soli davanti a uno schermo. È necessario ristabilire un equilibrio tra vita digitale ed esperienza reale, attraverso una presenza educativa attenta e responsabile, che guidi i giovani verso un uso sano e consapevole della tecnologia, restituendo valore alla relazione e al tempo vissuto fuori dagli schermi.

Ma come ha scritto Carlo Verdelli sulle pagine del Corriere della Sera, spesso dietro tutto

questo c'è un disagio sociale che nasce al di fuori delle tecnologie, le quali diventano la finta, e spesso unica, soluzione a cui i giovani si aggrappano per superarlo. Ma ciò non deve essere un alibi per continuare a fingere che lo smartphone sia uno strumento tecnologico come un altro.

LE SFIDE

Perché, se poi "nel bosco digitale" i nostri figli trovano il lupo, unitamente a odio, sfide estreme, bullismo, porno, violenza, allora la soluzione al problema potrebbe diventare troppo difficile. Bisogna prendere consapevolezza da prima che abbiamo

un problema gigantesco che forse abbiamo sottovalutato.

L'unica strada che possiamo percorrere è quella che finora non abbiamo imboccato, insegnare ai ragazzi ad accogliere le proprie fragilità e ad avere fiducia in sé, a gestire la pressione delle aspettative e a tenere alta la concentrazione e la capacità di affrontare le frustrazioni, elementi fondamentali della crescita della persona, e infine a sognare. Dopo tutto questo, possiamo metterli in guardia e aiutarli a capire come usare davvero il cellulare e come sfruttarne le potenzialità evitandone le trappole.

La sfida non sarà eliminare gli schermi ma integrarli in modo equilibrato nella vita dei giovani, aiutandoli a diventare individui consapevoli, capaci di abitare sia la realtà virtuale sia quella concreta, senza perdere se stessi.

*Presidente Fondazione Atena
Già Professore ordinario e
direttore
di Neurochirurgia Università
Cattolica
Policlinico Gemelli Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La nostra maturazione affettiva e cognitiva ha bisogno di empatia e di relazioni con il mondo reale
Ai giovani servono dialogo e ascolto



Lotta al fumo, arriva il primo farmaco rimborsato

PREVENZIONE

Un grappolo di fiori gialli simili al glicine custodisce la chiave per smettere con il fumo. Si tratta del *Cytisus laburnum*, noto anche come maggiociondolo, pianta della famiglia delle Leguminose da cui si estrae la citisina, un principio attivo che compone il primo farmaco che ha ottenuto la rimborsabilità da parte del servizio sanitario nazionale. Appena inserito in Gazzetta Ufficiale e ora

disponibile per i fumatori italiani che desiderano smettere. I medici dei 110 centri antifumo in Italia ne hanno analizzato i risultati nel corso di un convegno a Roma.

La sostanza era già inserita nell'elenco delle "molecole essenziali" nel 2025, ed è in utilizzo in diversi Paesi europei. La citisina agisce sugli stessi recettori attivati dalla nicotina, attenua i sintomi dell'astinenza prodotti dalla sospensione del fumo di nicotina, e bloccando i recettori presenti nel nostro cervello. Ri-

duce, così, tutti i sintomi che si presentano nelle fasi di astinenza da nicotina (irritabilità, disforia, insonnia, ansia).



L'aria di primavera aumenta sempre di più i disturbi oculari, soprattutto in città dove si accumulano grandi quantità di pollini. Ecco, allora, le difese più efficaci, tra colliri e una corretta lubrificazione

Come proteggere gli occhi dalle allergie di stagione

IL FOCUS

L'aria di primavera porta con sé un aumento importante dei disturbi legati alle allergie oculari: un fenomeno ormai molto diffuso e, per molte persone, fortemente invalidante. «Le allergie oculari colpiscono ogni anno oltre il 20 per cento delle persone», spiega il dottor Domenico Schiano, oculista, ricercatore all'Università UniCamillus e presso la Fondazione Bietti. «Rispetto al passato, è cambiato anche il modo in cui queste si manifestano: un tempo si pensava che le allergie iniziassero nell'infanzia e tendessero ad attenuarsi con la mezza età. Oggi, invece, non è affatto raro vedere persone che diventano allergiche per la prima volta anche intorno ai quarant'anni». Gli occhi sono l'organo più colpito dalle allergie ambientali, in particolare in primavera.

L'INQUINAMENTO

«Risultano spesso più intense in ambiente urbano rispetto alla campagna, a causa dell'inquinamento atmosferico», spiega l'esperto. «In città si sviluppano grandi quantità di pollini che, invece di depositarsi naturalmente al suolo

come avviene nei campi, rimbalzano sull'asfalto e rimangono più a lungo sospesi nell'aria, aumentando così la loro aggressività». Quali sono i sintomi principali? «L'occhio allergico presenta una sintomatologia piuttosto tipica: arrossamento, prurito e lacrimazione ac-

quosa», dice Schiano.

IL FASTIDIO

«L'occhio dà fastidio, si avverte il desiderio di strofinarlo e può presentare, a livello della congiuntiva, delle piccole formazioni chiamate papille, che rendono la superficie leggermente irregolare. Si parla in questi casi di congiuntivite allergica, che spesso si associa a sintomi respiratori: è frequente la rinocongiuntivite allergica, in cui ai disturbi oculari si accompagnano quelli nasali, come il raffreddore da fieno». Un'altra condizione che può associarsi è l'occhio secco. «C'è, in effetti, una correlazione tra allergia e occhio secco. Il film lacrimale rappresenta una sorta di barriera protettiva tra l'occhio e l'ambiente esterno: quando questa barriera è alterata, l'occhio risulta più esposto agli allergeni e quindi i sintomi peggiorano. L'occhio secco si pre-

senta con la sensazione di corpo estraneo, arrossamento e, anche in modo apparentemente paradossale, con una lacrimazione eccessiva. Questo accade perché l'occhio irritato reagisce producendo lacrime che però non hanno una com-

posizione adeguata a svolgere una funzione protettiva». Come gestire al meglio le allergie oculari? «Il trattamento si basa soprattutto sull'uso di colliri antistaminici e su una corretta lubrificazione. Le lacrime artificiali, però, non sono

tutte uguali e andrebbero scelte su indicazione dell'oculista, perché ogni paziente può beneficiare di una formulazione diversa. Quando l'occhio è colpito da allergia è

bene sospendere l'uso delle lenti a contatto. Rappresentano un corpo estraneo e possono aumentare l'irritazione, favorire l'infiammazione e, nei casi più persistenti, portare a una vera e propria intolleranza cronica». Gli errori da evitare? «Mai strofinare gli occhi, perché lo sfregamento cronico è associato a un aumento del rischio di sviluppare patologie corneali, in particolare il cheratocono, una malattia che può diventare anche grave. Questo è un aspetto fondamentale soprattutto nei bambini e negli

adolescenti, che vanno educati a non strofinarsi gli occhi. Anche l'uso di colliri contenenti cortisone senza prescrizione medica è da evitare». Rimedi semplici per alleviare i sintomi? «Gli impacchi di acqua fresca danno un sollievo temporaneo. Gli occhiali da sole sono utili non solo per la luce, ma anche come barriera contro gli allergeni. L'idratazione è importante per l'organismo, ma non ha un effetto diretto significativo sulla produzione lacrimale, mentre alcuni integratori come gli omega-3 possono essere di supporto, anche se non è sempre dimostrato. Infine, in primavera aumenta spesso anche la sensibilità alla luce, per cui possono essere utili lenti fotocromatiche, soprattutto nei soggetti che già portano occhiali, come i miopi o chi soffre di cataratta».

Angelica Amodei

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DOMENICO SCHIANO,
OCULISTA E RICERCATORE:
«I SINTOMI PRINCIPALI
SONO ARROSSAMENTO,
PRURITO E LACRIMAZIONE
MOLTO ACQUOSA»**





Servizio L'intervento

Dalla ricerca clinica più debole ai fondi contati: il riordino degli Irccs non affronta i veri nodi

Il Governo ha appena approvato la riforma degli Istituti il cui obiettivo primario è di svolgere la duplice funzione di una assistenza clinica di alto livello e della ricerca traslazionale

*di Francesco Cognetti**

31 marzo 2026

Il Consiglio dei Ministri ha approvato in data 27 marzo 2026 il Decreto Legislativo per il riordino degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). La mia esperienza di 45 anni di attività clinico-scientifica svolta nell'IRCCS Nazionale Tumori Regina Elena di Roma in larga parte nel ruolo di Primario di Oncologia Medica e Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica nonché per circa 8 anni anche Direttore Scientifico, mi consentono di formulare giudizi ed opinioni su questo settore della Sanità e della Ricerca derivanti dalla mia lunga esperienza maturata ed anche dalla particolare affezione ed attaccamento a questi Istituti, la cui istituzione è stata un'idea particolarmente brillante e fortemente positiva per la comunità dei pazienti italiani.

Si tratta di Istituti il cui obiettivo primario è di svolgere la duplice funzione di una assistenza clinica di alto livello e della ricerca traslazionale e clinica la cui qualità è soggetta a monitoraggio attraverso i parametri di valutazione oggettiva internazionalmente utilizzati quali il numero delle pubblicazioni scientifiche, l'Impact Factor, l'H-index, il numero di Trials clinici con Ruolo di Coordinatore, o con semplice partecipazione ed il numero complessivo di pazienti arruolati negli studi clinici nonché la mobilità attiva di pazienti sia a livello Nazionale che Internazionale. Il Decreto di Riordino affronta alcuni temi collaterali ma non affronta nessuna delle problematiche principali attuali che se non risolte porteranno in breve, e già se ne avvertono le avvisaglie, al disfacimento di questi Istituti e della loro funzione nel SSN. I punti principali affrontati della Riforma sono i seguenti:

- Sostenere il lavoro del Direttore Scientifico attraverso la figura di un Consulente esperto, una sorta di Senior Consultant che può affiancare il Direttore nel suo lavoro. Si tratta di esperti anche già in pensione cui viene assegnato un compenso non trascurabile che comunque deve rientrare nel finanziamento complessivo già assegnato agli IRCCS, senza alcuna aggiunta economica da parte del Ministero. Si modifica anche, in caso il Direttore Scientifico sia un Professore Universitario, l'art. 5 del DL 200 e quindi il Professore Universitario che potrà essere anche a tempo definito avrà due diversi datori di lavoro, l'IRCCS e l'Università, e cumulerà due stipendi superando quindi ampiamente i tetti già previsti. A questo riguardo è importante sottolineare che gli IRCCS hanno bisogno di avere Direttori scientifici non a mezzo servizio, avendo una funzione che necessita che tutto il tempo sia dedicato all'Istituto, e senza che sia costretto a dirimere con se stesso quotidiani potenziali conflitti di interessi tra i 2 principali datori di lavoro, oltre a quelli che gli fornirebbero consulti e consulenze che comunque devono essere possibili.

- Si intendono anche rafforzare il ruolo e le attività delle Reti di Ricerca che diventano Associazioni riconosciute con una loro personalità giuridica e potranno aprirsi anche ad altri Ospedali del SSN o all'Università e Centri di Ricerca pubblici di altissima qualità anche come Centri di Ricerca traslazionale sanitaria e potranno ricevere finanziamenti diretti per portare avanti progetti quadriennali, finanziamenti che comunque graveranno sempre sullo stesso budget complessivo degli IRCCS sottraendo risorse ai singoli IRCCS stessi. Pur condividendo concettualmente questa idea, l'esperienza pregressa soprattutto della Rete Alleanza Contro il Cancro istituita molti anni fa dal Ministro Sirchia e di cui sono stato Segretario Generale, allo scopo di finalizzare progetti che avessero come obiettivo primario il beneficio immediato nei risultati offerti ai malati di cancro, si è sviluppata successivamente nel sostegno di iniziative di Ricerca di base che non hanno comportato il raggiungimento dell'obbiettivo a suo tempo prefissato, quindi senza nessuna ricaduta favorevole ed a breve termine per gli ammalati stessi. L'apertura dell'accesso a queste Reti, di Ospedali vari e di Università ed altri Centri di Ricerca cancella la vecchia normativa che stabiliva requisiti precisi per l'accesso delle varie strutture alle Reti degli IRCCS. Giova anche considerare che oggi già esistono Reti regionali che hanno un notevole impatto clinico e garantiscono una diretta ricaduta sull'assistenza ed altre Reti, come quella di AIFA o ISS che non sono connesse alle Reti IRCCS.

Le Reti degli IRCCS dovrebbero avere una diretta ricaduta sull'attività di ricerca traslazionale per il trasferimento alla ricerca clinica rivolta direttamente ai pazienti ed un potenziamento degli studi clinici che negli ultimi anni si sono invece molto indeboliti e collocano il nostro Paese solo al quarto posto dopo Spagna, Germania e Francia per numero di studi clinici afferenti alla Piattaforma Europea di cui al Regolamento UE n. 536/2014. Si è anche assistito ad un notevole indebolimento negli ultimi anni della ricerca clinica no profit rispetto a quella sponsorizzata dalle Aziende Farmaceutiche (17% vs 83% degli studi).

- Inoltre la previsione di partecipazione alle Reti di soggetti estranei agli IRCCS o altre strutture finanziate dal SSN equivarrebbe a distogliere finanze del SSN nell'ambito dei finanziamenti già carenti per gli IRCCS verso Enti terzi non finanziati o finanziati da altre amministrazioni, cosa che anche in questo caso porterebbe ad una riduzione del budget per gli IRCCS, già insufficiente anche in relazione al numero sempre crescente di IRCCS che vi accedono.

- Nel Decreto viene chiaramente esplicitato il principio che tutte le innovazioni introdotte devono avvenire senza pesare ulteriormente sulle finanze pubbliche statali, ma utilizzando al meglio le risorse già esistenti.

- Ci sono anche poi alcuni aspetti positivi quali l'introduzione di nuove figure professionali quali i responsabili biostatistici e gli infermieri di ricerca cui andrebbero aggiunti i data manager e gli esperti di intelligenza artificiale e andrebbe ribadito di mantenere il sistema di valutazione della Ricerca Finalizzata basato sulla valutazione peer-review curando anche la selezione dei vari progetti presentati sulla base dell'esistenza o meno di conflitti di interessi da parte dei valutatori e privilegiando referee internazionali rispetto a quelli italiani per ovvii motivi.

Da quanto sopra esposto è evidente ed abbastanza chiaro che nessuno dei problemi più rilevanti e cocenti che attualmente affliggono gli IRCCS viene affrontato e risolto da questo Decreto.

Attualmente gli IRCCS riconosciuti sono 54 (oltre quelli che hanno già effettuato le site visit per i nuovi riconoscimenti), di cui 44 sono monotematici e 10 politematici. Il finanziamento complessivo da parte dello Stato per la Ricerca Corrente è di circa 169 milioni di Euro di cui 120 milioni di Euro agli IRCCS monotematici e 49 milioni di Euro a quelli politematici e di 150 mila di Euro per la Ricerca Finalizzata. Nel corso degli anni soprattutto degli ultimi 10-15 anni si è assistito ad una continua immissione di nuovi IRCCS senza che venga dismesso mai nessun IRCCS neppure per ragioni oggettive di scarsa produttività, quali appunto il mancato raggiungimento

degli obiettivi preposti. In sostanza questo è un sistema nel quale a finanziamento globale sempre fisso, vengono immessi nuovi Istituti e mai a nessuno dei vecchi IRCCS viene sospeso il riconoscimento. Eppure 25 IRCCS su 54 (quasi la metà) mostrano valori di produzione scientifica molto bassi o addirittura irrisori e partecipazione a Trials Clinici con numeri assolutamente insufficienti per la maggior parte di essi (Ruolo di Coordinatore in soli 10 Trials/anno e per solo il 20% di essi, numero di pazienti reclutati da 100 a 500/anno nel 55% e addirittura nessun paziente nel 15%). Inoltre è previsto nonostante questi numeri l'ulteriore riconoscimento del ruolo di IRCCS per altre Istituzioni e già è evidente che la diminuzione del finanziamento per ogni singolo IRCCS va a scapito di quelli più produttivi che già mostrano negli ultimi anni una significativa flessione delle loro performance scientifiche. Prioritaria quindi sarebbe invece una valutazione che porta alla perdita del riconoscimento di IRCCS per gli Istituti più carenti e il nuovo riconoscimento soltanto per quelli che possedano già le premesse migliori.

**già Direttore Scientifico dell'IRCCS Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma e Segretario Generale di Alleanza Contro il Cancro*

Servizio Lo studio

Tumore al polmone, doppio scacco con il mix che fa regredire la malattia senza chemio

I risultati pubblicati sulla rivista *The Lancet Oncology* potrebbero rappresentare una “svolta” per uno dei tumori più difficili da trattare tanto che in prima linea la combinazione di due farmaci biologici sarebbe efficace nell’80% dei casi

*di Vanesa Gregorc **

31 marzo 2026

La mutazione *Kras G12C*, per decenni considerata una delle sfide dell’oncologia polmonare, ha una terapia a bersaglio molecolare efficace. I dati dello studio internazionale *Krocus*, a cui l’Istituto di Candiolo Irccs ha contribuito in maniera significativa, dimostrano che la combinazione di due farmaci biologici, *fulzerasib* e *cetuximab*, in prima linea, è in grado di far regredire il tumore nell’80% dei casi, senza bisogno di ricorrere alla chemioterapia.

L’identikit della malattia

I risultati, pubblicati sulla rivista *The Lancet Oncology*, potrebbero rappresentare una vera “svolta” per uno dei tumori più difficili da trattare. Il tumore del polmone è il terzo tipo di cancro più frequente in Italia: ogni anno vengono diagnosticati all’incirca 45mila casi. Il tumore del polmone non a piccole cellule (*Nsclc*), che rappresenta circa l’85% dei casi, è la forma più diffusa. Tra questi almeno il 13% è caratterizzata dalla mutazione *Kras G12C*, per anni considerata un bersaglio non aggredibile farmacologicamente. Si tratta infatti di una via intracellulare responsabile della sopravvivenza delle cellule tumorali. Sebbene i nuovi inibitori abbiano iniziato a mostrare degli effetti di inibizione sulla malattia, la resistenza data dalle cellule tumorali rimane una sfida: possono ‘riattivarsi’ bypassando il blocco del farmaco.

Lo studio

Con questo studio abbiamo dimostrato che l’inibizione concomitante con due farmaci permette di superare i meccanismi di resistenza come già evidenziato negli studi preclinici a Candiolo: in prima linea, possiamo ottenere risultati eccellenti. Lo studio ha coinvolto pazienti mai trattati in precedenza, evidenziando risultati clinici senza precedenti per questa specifica mutazione: l’80% ha visto una riduzione del tumore, ed è stata registrata una sopravvivenza libera da progressione media di 12,5 mesi, con molti pazienti ancora in trattamento a distanza di anni. A differenza delle terapie tradizionali che combinano farmaci biologici alla chemioterapia, lo studio *Krocus* utilizza esclusivamente agenti biologici per bloccare la cellula tumorale. Abbiamo smesso di attaccare indiscriminatamente tutte le cellule per sposare un approccio più selettivo a livello molecolare che risparmia al paziente gli effetti collaterali più pesanti.

La terapia

Fulzerasib è un inibitore della proteina KRAS G12C. Cetuximab è invece un anticorpo che blocca il recettore Egfr, chiudendo una delle principali “vie di fuga” che il tumore usa per sopravvivere al farmaco. Nello studio è emerso che il trattamento è molto ben tollerato. In particolare, questa terapia non presenta le tossicità epatiche o intestinali tipiche di altri farmaci della stessa categoria, limitando gli effetti collaterali a reazioni cutanee gestibili. Sulla base di questi risultati incoraggianti, è già in fase di progettazione uno studio di Fase 3 che confronterà direttamente questa combinazione biologica con l’attuale standard di cura (chemio-immunoterapia), con l’obiettivo di cambiare definitivamente l’algoritmo terapeutico per questa patologia.

** Direttore della Divisione di Ricerca Clinica e Innovazione all’Istituto di Candiolo Irccs di Candiolo*

Servizio Malattie rare

Atassia di Friedreich: dalla diagnosi genetica a una nuova prospettiva di cura

Questa patologia che evolve nel tempo, coinvolge più organi e funzioni e necessita di un approccio multidisciplinare vede oggi rimborsata la prima terapia in grado di rallentare la progressione

*di Caterina Mariotti **

31 marzo 2026

C'è una malattia rara di cui si parla ancora troppo poco ma che cambia profondamente la vita di chi ne è colpito, fin dalla giovane età: è l'Atassia di Friedreich. Il termine atassia, dal greco, indica una "mancanza di ordine", che si traduce clinicamente in una perdita di coordinazione ed equilibrio.

Si tratta di una patologia genetica e neurodegenerativa, complessa e multisistemica: oltre al sistema nervoso coinvolge anche il cuore, l'apparato muscolo-scheletrico e, in alcuni casi, il sistema endocrino. I sintomi iniziali riguardano proprio la coordinazione e l'equilibrio ma possono essere sfumati e poco specifici, rendendo il percorso diagnostico lungo e spesso tortuoso.

Diagnosi prima sfida

È proprio questa la prima sfida clinica. Il sospetto diagnostico rappresenta ancora oggi un passaggio cruciale, in particolare per i medici di medicina generale e per i primi specialisti coinvolti. Segni apparentemente lievi - come goffaggine nei movimenti, difficoltà nei gesti fini, scoliosi - possono essere attribuiti ad altre condizioni più comuni. Riconoscere precocemente questi segnali e indirizzare il paziente verso centri specialistici è fondamentale.

Il test genetico

Da alcuni anni a questa parte, infatti, la diagnosi può essere confermata con certezza attraverso il test genetico che identifica la mutazione del gene della fratassina. Arrivare alla diagnosi e dare un nome alla malattia significa uscire dall'incertezza e attivare un percorso di presa in carico, indispensabile per affrontare una patologia che evolve nel tempo, coinvolge più organi e funzioni e necessita quindi di un approccio multidisciplinare.

Il farmaco

In questo scenario si inserisce una novità rilevante per la pratica clinica: l'approvazione da parte di Aifa-Agenzia italiana del farmaco della rimborsabilità di omaveloxolone, la prima terapia in grado di rallentare la progressione dell'Atassia di Friedreich. Il farmaco è attualmente prescrivibile e rimborsabile nei pazienti adulti e adolescenti a partire dai 16 anni, come recentemente annunciato nel corso di una conferenza stampa promossa dall'azienda biotecnologica globale impegnata nella ricerca sulle malattie rare che ha reso disponibile il trattamento.

Il nuovo paradigma

La disponibilità di una terapia che agisce sui meccanismi biologici della malattia offre la prospettiva di un cambiamento nel paradigma di gestione. Oltre a un approccio sintomatico e riabilitativo, oggi una diagnosi tempestiva può consentire alle persone con Atassia di Friedreich un accesso precoce a una nuova - e al momento unica - opportunità terapeutica.

In questo contesto, il ruolo del medico è quello di riconoscere precocemente gli aspetti critici che suggeriscono il sospetto clinico e di attivare rapidamente il percorso specialistico per una corretta diagnosi. La tempestività della diagnosi, infatti, può significare l'inizio di un trattamento che può incidere concretamente sulla storia della malattia.

Presenza in carico d'équipe

La terapia farmacologica si inserisce all'interno di una presa in carico necessariamente multidisciplinare, che coinvolge diverse competenze - neurologiche, cardiologiche, riabilitative e psicologiche - per accompagnare il paziente lungo tutto il percorso.

L'Atassia di Friedreich resta una patologia severa ma oggi non è più solo una malattia da riconoscere e gestire: è una condizione su cui possiamo iniziare a intervenire in modo più mirato. Ed è proprio per questo che diventa essenziale rafforzare la consapevolezza clinica, a partire dal sospetto diagnostico, e costruire percorsi di cura sempre più tempestivi e integrati.

** Neurologa e genetista medico, Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano*

Servizio Sanità24

Influenza aviaria, primo caso europeo scoperto a Milano Malpensa

31 marzo 2026

Il primo caso di influenza aviaria umano in Europa è stato diagnosticato ieri in Lombardia. E' un ragazzo di 30 anni che, dopo essere arrivato la settimana scorsa in Italia all'aeroporto di Milano Malpensa da un Paese africano, ha presentato sintomi molto simili all'influenza, ma tali da aver richiesto la necessità di andare all'ospedale San Gerardo di Monza, dove il ragazzo, che ha anche altre patologie pregresse, è stato sottoposto a esami e accertamenti da cui è risultata la positività a questo virus influenzale, una infezione che si verifica principalmente negli uccelli. Si tratta dunque di un caso di aviaria non italiano ma d'importazione e tra l'altro colpito dal ceppo (H9N2) meno aggressivo del più noto H5N1, la sua scoperta ha però fatto scattare le misure di sorveglianza e monitoraggio - tra Regione, ministero della Salute e Istituto superiore di Sanità - per rintracciare le persone che hanno avuto contatti con lui (sanitari, familiari e anche i passeggeri dello stesso volo) che sono state testate e risultate negative. “Il quadro clinico non desta particolare preoccupazione, al momento è ricoverato in isolamento e la popolazione - ha assicurato l'assessore al Welfare della Lombardia Guido Bertolaso - non corre alcun rischio”. “Attualmente non si rilevano criticità e la situazione è costantemente monitorata”, conferma il ministero della Salute.

Il rischio più grande è legato al salto di specie che i virus aviari potrebbero comunque fare, rendendo così possibile il contagio interumano e innescando possibili epidemie. Non c'è stata però finora la temuta diffusione “uomo-uomo” ed il rischio di infezione per la popolazione generale, secondo lo European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc), è “basso” e può diventare moderato solo per i lavoratori o altro personale esposto in un allevamento di volatili in cui siano presenti casi confermati dove scattano sempre misure di abbattimento degli animali. Finora nel mondo, soprattutto in Asia e Africa, sono stati diagnosticati circa un migliaio di casi umani di infezione da influenza aviaria da virus H5N1, ha un tasso di letalità molto alto, di circa il 50% “dovuta al fatto che in quei paesi dove è più diffuso, come in Asia, vengono identificati solo i casi più gravi”, spiega l'epidemiologo Gianni Rezza. Che ribadisce come non ci sia alcun allarme in Italia: “H9N2 è un virus a bassa patogenicità negli uccelli e sembra avere una virulenza non particolarmente elevata nell'uomo, sicuramente di gran lunga inferiore a quella di H5N1 o H7N9”. Tuttavia, non bisogna abbassare la guardia perché “quest'episodio è comunque importante perché ci ricorda come siano numerosi i virus, d'origine aviaria o anche suina, che possono fare il salto di specie ed avere quindi un potenziale pandemico”, conclude Rezza.

Case di comunità, ne manca il 50%

«E senza sanitari non funzioneranno»

L'obiettivo di 159, fissato dal Pnrr, dev'essere raggiunto entro giugno: è il pilastro della riforma territoriale. La Fondazione Gimbe fa suonare l'allarme. Indietro anche gli ospedali a bassa intensità di cura

di **Ilaria Olivelli**

FIRENZE

La Toscana è a metà strada. Ma il tempo stringe.

Le case della comunità attive sono 79 su 159, poco meno del 50%. Gli ospedali di comunità 17 su 37. Numeri che, letti così, dicono poco. Se confrontati con quelli della media nazionale raccontano di una regione che tiene. Che corre più di altre. Ma basta cambiare prospettiva perché il quadro si ribalti.

Mancano tre mesi alla scadenza del Pnrr. E all'avvio concreto della riforma della medicina territoriale, un passo fondamentale per la tenuta del sistema sanitario pubblico.

E allora la domanda è semplice: è realistico pensare di completare oltre metà delle case della comunità in poche settimane?

Anche perché la Toscana non partiva da zero. Nel 2023 le case della salute attive erano circa 75. Oggi, trasformate (o in via di trasformazione) in Case della comunità, sono diventate 79: quelle con almeno un servizio dichiarato attivo. Un avanzamento c'è stato. Ma contenuto.

E soprattutto incompleto.

Perché il dato vero è un altro ed è quello che pesa: nessuna strut-

tura, oggi, offre tutti i servizi previsti. Né le case della comunità, né gli ospedali di comunità. Nessuna è pienamente operativa.

La rete esiste. Ma è a metà.

E il vero problema non sono i muri ma i servizi, il personale, l'organizzazione, l'integrazione tra professionisti e con il sociale. Tutto ciò che dovrebbe trasformare quelle strutture in un'alternativa reale all'ospedale.

I dati sono stati elaborati dall'Osservatorio indipendente sul servizio sanitario pubblico della Fondazione Gimbe sulla base dei dati ufficiali aggiornati allo scorso 31 dicembre di Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). I numeri destano preoccupazione. In Italia su 1.715 Case della comunità previste, solo 66 sono pienamente operative: il 3,9%. Gli ospedali di comunità completi non esistono. Nemmeno uno.

Per oltre un terzo delle Case programmate, 649, le Regioni non hanno dichiarato nemmeno un servizio attivo. E anche dove i servizi risultano formalmente presenti, spesso manca il personale necessario a renderli effettivi.

«**Anche** dove tutti i servizi vengono dichiarati attivi, le case della comunità restano, nei fatti, scatole vuote: senza personale sanitario non possono funzionare», dice Nino Cartabellotta, presidente Fondazione Gimbe. La fotografia è questa. Strutture aperte ma non operative. Servizi sulla carta ma non sempre accessibili.

La Toscana, dentro questo quadro, si colloca sopra la media per attivazione delle strutture. Il 49,7% delle 'case' con almeno un servizio attivo contro il 45,5% nazionale. Il 46% degli

ospedali di comunità contro il 27,4%. Ma non è tra le regioni più avanti nella piena operatività. Le poche strutture davvero complete si concentrano soprattutto in Lombardia e in Emilia-Romagna, mentre altrove il sistema procede a velocità diverse, con forti diseguglianze territoriali.

E poi c'è il digitale. Il Fascicolo sanitario elettronico, questo sconosciuto. E' ancora incompleto in tutte le regioni. In Toscana sono disponibili 16 documenti su 20. Ma il problema è l'utilizzo da parte dei cittadini: solo il 32% dei toscani ha dato il consenso alla consultazione, contro una media nazionale del 44%. Praticamente uno su tre.

Senza consenso i dati sono accessibili solamente al paziente e al medico che ha prodotto i documenti.

Ma siamo sicuri che i cittadini siano a conoscenza dell'obbligo di dare il consenso (su internet con Spid o Cie o agli sportelli Asl)? Soprattutto i soggetti più fragili, lo sanno? E' stata fatta un'adeguata campagna informativa?

Il tempo, intanto, corre. La scadenza del 30 giugno si avvicina. E i rischi sono grandi: non raggiungere l'obiettivo del Pnrr, oppure centrarlo solo formalmente grazie ad alcune regioni, oppure — il più grave — fallire la riforma della sanità territoriale con un contraccolpo immediato. Ancora sugli ospedali. Sui pronto soccorso già sotto pressione. Sui medici e sugli infermieri che lavorano già al limite.

Il monito sui rischi

ASSISTENZA TERRITORIALE



Nino Cartabellotta
Presidente Fondazione Gimbe

«Abbiamo analizzato i risultati raggiunti al 31 dicembre 2025 e le criticità che continuano a frenare la riforma dell'assistenza territoriale. L'obiettivo è duplice: fornire ai cittadini un quadro oggettivo, al riparo da letture strumentali, e lanciare un monito a governo e regioni sui potenziali rischi che gli inaccettabili ritardi accumulati avranno».



IL RISIKO SANITARIO FAVORISCE I SOLITI NOTI

L'affare dei posti letto

L'ultimo regalo di Rocca al gruppo di Angelucci

LINDA DI BENEDETTO
Dietro l'operazione per riequilibrare la rete dei posti letto, la regione Lazio fa un favore ai privati. Su tutti, le cliniche fondate dal parlamentare leghista con cui il presidente ha lavorato. Con la pubblicazione del nuovo Piano della rete ospedaliera 2026-2028, la giunta del governatore del Lazio Francesco Rocca ha ufficializzato il taglio di 346 posti letto per rispettare i vincoli imposti dal ministero della Salute con il Dm 70/2015, il decreto che riordina le reti ospedaliere nazionali. Il taglio imposto prevede una riduzione di 130 posti letto nelle strutture pubbliche, e 216 posti del cosiddetto fabbisogno aggiuntivo, ossia quella quota destinata ad ampliare l'offerta complessiva, attraverso le strutture private. Formalmente, un'operazione di riequilibrio. Nei fatti, una redistribuzione che taglia i posti letto pubblici e rafforza la rete dei privati. Il Gruppo San Raffaele della famiglia Angelucci, il Gruppo Garofalo Health ed altri operatori del settore infatti non solo hanno conservato intatta la propria dotazione, ma in alcuni casi hanno anche rafforzato la loro posizione. Il Gruppo San Raffaele, fondato dal deputato leghista Antonio Angelucci, ex datore di lavoro del governatore Francesco Rocca, esce dal Piano con la propria dotazione di posti letto completamente preservata.

Il San Raffaele Pisana, Irccs di riferimento, mantiene i suoi 298 posti letto: la rimodulazione conferma 30 posti di Medicina Generale per acuti accanto a 268 posti di Riabilitazione, posizionando la struttura come valvola di sfogo per i Pronto Soccorso romani sovraffollati. Il San Raffaele di Cassino conserva intatti i suoi 259 posti letto — 30 di Medicina, 69 di Lungodegenza e 160 di Riabilitazione — senza che un solo letto sia stato sacrificato. Il polo di Monte Compatri rimane a 125 posti, quello di Rocca di Papa a 95 e quello del Portuense a 96.

Gli altri vincitori

Il resto della rete privata presenta un quadro variegato, con qualche "vincitore" insospettabile come l'European Hospital, della famiglia Garofalo che passa da 54 posti letto di riabilitazione a 79 posti per acuti. Aurelia Hospital sempre del gruppo Garofalo Health guadagna cinque posti — passando da 232 a 237 — e consolida il suo ruolo come Polo Cardiochirurgico.

Il San Carlo di Nancy non solo porta la dotazione da 173 a 177 posti, ma guadagna lo status di Dea di I Livello. Mentre il Policlinico Casilino mantiene i suoi 287 posti.

In area cattolica la Fondazione Policlinico Gemelli, già colosso della rete con 1.552 posti, potenzia ulteriormente l'Area Medica portando da 185 a 234 i posti di Medicina Generale per assorbire la pressione dell'emergenza romana. Mentre l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ottiene con questo Piano

il riconoscimento stabile nella programmazione regionale per 359 posti letto dedicati ai residenti nel Lazio, a cui si aggiungono i 161 della sede di Palidoro e i 22 di quella di Santa Marinella, confermandosi come "Stato nello Stato" e unico hub pediatrico dell'intera rete regionale.

Anche il Biocampus medico, mantiene intatti i suoi 393 posti letto. La rete ospedaliera pubblica invece ha subito una riduzione complessiva di 130 posti letto. Il presidio più colpito è quello di Amatrice, che perde 35 posti letto, passa da 75 a 40. Tra le altre strutture seguono Formia, con un taglio di 21 posti (da 182 a 161), e Tivoli, che scende da 261 a 240. L'Ospedale dei Castelli perde 18 posti. Si aggiungono anche Palestrina e Anzio, entrambe con una riduzione di 13 posti letto. Inoltre tra le grandi strutture romane il San Camillo-Forlanini cede 14 posti, il Policlinico Umberto I flette di 12 posti, e il Santo Spirito — anch'esso a quota 12. Così nel complesso, il rapporto tra pubblico e privato nel Lazio si attesta oggi su una sostanziale parità: 51 per cento pubblico (11.220 posti letto) e 49 per cento privato (10.736). Un dato in controtendenza rispetto alla media nazionale, dove il privato si ferma attor-



DOMANI

no al 20 per cento. Parallelamente, il Piano elimina per le strutture accreditate della rete dell'emergenza ogni limite all'acquisto di grandi tecnologie diagnostiche — Tac, Pet e risonanze magnetiche — liberalizzandone di fatto l'espansione senza più il vincolo del fabbisogno regionale.

A questo quadro si aggiungono i ritardi nello sviluppo dell'assistenza territoriale. Secondo l'ultimo monitoraggio dell'Agenas sul Pnrr Salute, nel

Lazio risultano attive 96 Case della Comunità su 145 programmate, ma solo 6 rispettano pienamente gli standard del Dm 77/2022. Ancora più indietro gli Ospedali di Comunità: su 42 previsti, ne risultano operativi appena 3. A conti fatti il piano del governatore Rocca, conferma un modello che sembra favorire ancora una volta la sanità privata. Così chi aveva i letti se li tiene stretti, chi non li aveva continua invece ad aspettare.



Il governatore del Lazio Francesco Rocca ha lavorato per il gruppo San Raffaele ed è in ottimi rapporti con Angelucci



Sanità I camici bianchi in stato di agitazione, interviene il Governatore: «Sospenderemo la circolare, ma il Lazio ha costi ancora troppo elevati»

Scontro sui farmaci tra Regione e medici

La richiesta di controllare le prescrizioni irrita i professionisti di base, Rocca: «Ridurre le spese inappropriate»

di **Clarida Salvatori**

Scoppia la polemica tra medici di medicina generale e Regione: oggetto della discordia un documento a firma di Urbani, direttore della direzione regionale Salute, sull'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e la richiesta di analizzare mensilmente il profilo di dieci dottori. Misure che hanno fatto scattare lo stato di agitazione dei camici bianchi. Roc-

ca: «Sospenderemo la circolare e cercheremo una soluzione condivisa, ma la spesa inappropriata è ancora alta e va azzerata».

alle pagine 2 e 3



Un medico di base visita una paziente nel suo studio (Foto Claudio Guaitoli)

«Vanno ridotte le spese per i farmaci» Scoppia la lite Regione-medici

Un documento scuote gli animi e rischia di incrinare i (già delicati) rapporti tra Regione e medici di medicina generale. Si tratta delle «Disposizioni per il monitoraggio della farmaceutica convenzionata-definizione dei criteri di operatività delle Capi e rendicontazione delle attività svolte», iniziato a circolare tra i sanitari venerdì scorso e firmato dal direttore regionale della Salute, Andrea Urbani, e dalla dirigente dell'area farmaci, Marzia Mensurati. A far saltare i fragili equilibri tra la categoria e l'amministrazione, la richiesta di «analizzare nel corso della convocazione mensile il profilo prescrittivo di dieci medici e, per ciascuno di essi, acquisire le necessarie informa-

zioni di merito (controdeduzioni) relative ai profili di inappropriatezza, con riferimento ai 14 indicatori individuati».

E non solo. Nel documento, indirizzato ai direttori generali e ai commissari delle Asl, si legge anche che «ogni commissione autodeterminerà le modalità di identificazione dei medici da convocare, fermo restando l'obbligo di identificarne dieci al mese» e anche la necessità di una rendicontazione mensile «entro cinque giorni dalla seduta, su numero dei pazienti individuati, controdeduzioni acquisite, quelle accettate e non accettate, quelle che hanno determinato un recupero economico». Dettami troppo stringenti e impositivi per i

medici di medicina generale, che hanno letto le disposizioni della direzione regionale come un atto di messa sotto indagine della loro professionalità e una mancata centratura della problematica legata alle cure e non a un discorso meramente economico. Da qui è scaturita, da parte dei camici bianchi, una dura presa di posizione contro i dettami regionali, con la conseguente dichiarazione dello stato di agitazione della categoria e il ritiro dei rappresentanti da ogni commissione, tra cui proprio quella sull'ap-



proprietà prescrittiva, e da ogni tavolo (compreso quello sulle Case di Comunità che si tiene oggi, per le quali l'Agens ha parlato di un 66,2 per cento di attivazione — vale a dire 96 su 145 — ben al di sopra della media del 45,5).

A rasserenare gli animi, dopo la levata di scudi, è intervenuto direttamente il presidente della Regione, Francesco Rocca: «La circolare in questione verrà sospesa in modo da poterne discutere in maniera condivisa con tutte le parti in causa — ha assicurato

il governatore del Lazio —. Ma l'obiettivo deve essere chiaro per tutti: va ridotta la spesa inappropriata. Lavoreremo per trovare un'altra formula che non sia quella indicata, ma le Asl e le commissioni devono fare il loro lavoro».

A titolo puramente esemplificativo, per capire le ragioni che hanno spinto a un simile provvedimento, nel Lazio la spesa farmaceutica pro capite ammonta a 398 euro l'anno, mentre in Emilia Ro-

magna e in Piemonte rispettivamente a 300 e 309. Va peggio al Sud: in Sicilia 420, in Campania 430. «Quando mi sono insediato, per sole quattordici molecole dei farmaci generici c'era una spesa inappropriata di 76 milioni. Abbiamo iniziato a ridurla, tanto che oggi è scesa a circa 40 — prosegue Rocca —. Ma ancora non basta. E bisognerà intervenire per portarla a quota zero e avere così una spesa farmaceutica corretta».

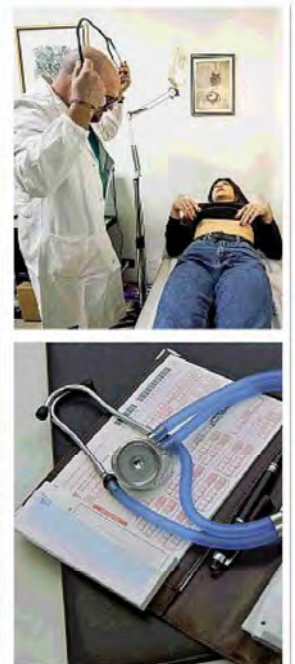
Clarida Salvatori

La richiesta di controllare le prescrizioni inappropriate irrita i professionisti di base Rocca: «Ridurre gli sprechi, nel Lazio si spende troppo»

Le altre realtà

In Emilia Romagna e Piemonte il costo pro capite è di 300 e 309 euro, da noi è di 398

Tensioni
I medici di base non hanno digerito la circolare della direzione regionale salute sul controllo della spesa farmaceutica inappropriata. La richiesta della Regione è di «analizzare nel corso della convocazione mensile il profilo prescrittivo di dieci medici e, per ciascuno di essi, acquisire le necessarie informazioni di merito (controdeduzioni) relative ai profili di inappropriatezza, con riferimento ai 14 indicatori individuati». Dichiarato lo stato di agitazione, ma il Governatore del Lazio Francesco Rocca assicura: «Verrà sospesa, per trovare una soluzione condivisa» (Foto Claudio Guaitoli)



L'altra polemica dei camici bianchi

Magi risponde al governatore: «Dichiarazioni che alimentano la sfiducia»

Botta e risposta, in ambito di polemica sanitaria, anche tra medici, Rocca e infermieri. Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei medici (Omceo) ha risposto al governatore che nei giorni scorsi li aveva definiti «una lobby potentissima che sta lavorando perché non vi sia passaggio di consegne» con altre professioni. «Le sue sono semplificazioni divisive e una narrazione distorta. Così si alimenta un clima di sfiducia», ha detto. Rocca ha replicato di non aver «mai messo in discussione il ruolo, l'autonomia e la centralità del medico nel nostro sistema sanitario». Mentre Maurizio Zega, presidente dell'Opi (Ordine delle

professioni infermieristiche) ha aggiunto che «va mantenuto al centro il paziente, valorizzando il contributo di tutte le professioni sanitarie ed evitando letture parziali». (Cla. Sa.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INTERVISTA

«Noi curiamo le persone,
non facciamo i ragionieri»

«Questa è solo la goccia che ha fatto traboccare il vaso. Noi non abbiamo davanti algoritmi, né codici fiscali, né spese o bilanci. Noi abbiamo davanti persone con problematiche e patologie»: Pier Luigi Bartoletti, segretario provinciale della Fimmg (Federazione dei medici di medicina generale) spiega le ragioni del loro stato di agitazione.

a pagina 3

«Loro valutano i costi ma davanti a noi ci sono delle persone non degli algoritmi»

Bartoletti (Fimmg): «Curiamo o pensiamo ad altro?»

L'intervista

«Questa è solo la goccia che ha fatto traboccare il vaso dopo due anni e mezzo di pressioni. Non riesco più a capire dove si voglia arrivare». Pier Luigi Bartoletti, segretario provinciale della Fimmg (Federazione dei medici di medicina generale), non si capacita dello strappo con la Regione. «L'appropriatezza è un dovere medico e abbiamo anche il nostro Ordine che vigila su questo. Quindi per noi è scontato rispettarla. Poi certo, la Regione ha il diritto e dovere di verificare. Ma di certo non così».

Cosa trovate di sbagliato in questa modalità?

«Noi non abbiamo davanti algoritmi, né codici fiscali, né spese e bilanci. Noi abbiamo davanti persone con problematiche e patologie. Se si riduce la sanità a un algoritmo di spesa si fa un'operazione puramente economica».

Si tratta quindi di due piani del tutto differenti?

«Noi siamo tenuti a essere "periti, prudenti e diligenti". E se non rispettiamo questi parametri siamo imputabili di colpa medica. Ma, mi chiedo, come possiamo esserlo se anziché a curare pensiamo ad altro, se pensiamo a quelli che per loro sono possibili sprechi? È ovvio che le chiavi di lettura sono diverse. Loro valutano le spese, non le perso-

ne che le determinano».

Può fare un esempio concreto per capire le conseguenze di questa disposizione?

«Certo. Se ho un paziente anziano con una brutta polmonite e ritengo che debba prendere l'antibiotico per 20 giorni, e poi appunto guarisce senza essere finito in ospedale, io come medico vengo "indagato" per aver prescritto troppe medicine. Non si considera che ho fatto spendere 35 euro anziché 2mila del ricovero. Non si considera che il paziente poi, grazie a quel



farmaco, è stato bene. Se agissi così rischierei di essere richiamato e sanzionato».

Quindi secondo lei quali potrebbero essere le conseguenze?

«Semplice. Che il medico, magari uno meno esperto, pur di non finire sotto indagine, direbbe al vecchietto di andare in ospedale».

E in caso contrario, se un

medico decide di procedere comunque, incurante di finire «sotto accusa»?

«Accadrà che qualcuno gli chiederà conto delle sue azioni. Ma il medico, è evidente, non può rispondere con delle controdeduzioni di spesa, quello che può fare è mandar-

ne una di ciò che gli compete, cioè di cura».

Questa situazione ha inasprito i rapporti tra la categoria e la Regione?

«Non capiamo i messaggi minatori di chi continua a perseverare su una politica che crea danni a cittadino più che al medico. E ci chiediamo se vogliamo mantenere pubblico il sistema sanitario o se vogliamo smantellarlo. Si creano danni nei rapporti con i medici, perché così la Asl diventa un controllore e la Regione il suo ispiratore».

Cosa succederà adesso?

«Siamo in stato di agitazione. Non ci hanno lasciato alternativa. Quindi non ci sediamo più ai tavoli delle trattative né ai Capi (Commissioni di appropriatezza prescrittiva interdistrettuale, ndr). Se la farmaceutica è un problema va risolto ma non così. Il medico deve fare il medico, non il ragioniere, non l'esattore. Altrimenti si distorce un sistema».

Cla. Sa.

Foto: P. P. / Contrasto

Stato di agitazione

«Il medico non deve diventare un ragioniere. Non ci sediamo più ai tavoli delle trattative»

I nodi

Il documento contestato

Nei giorni scorsi la direzione regionale Salute ha inviato un documento a direttori generali e commissari delle Asl relativo all'appropriatezza farmaceutica e relative disposizioni da adottare da parte delle aziende

I passaggi controversi

Nel testo si legge che andranno «analizzati ogni mese i profili prescrittivi di 10 medici e acquisite le necessarie informazioni di merito sull'inappropriatezza, con riferimento ai 14 indicatori individuati»

La reazione dei camici bianchi

Le disposizioni della direzione regionale sono state viste dai camici bianchi come un atto di messa sotto indagine della professionalità e una errata visione delle cure ridotta a discorso meramente economico

Le rassicurazioni del governatore

La circolare «verrà ritirata», ha assicurato il presidente Rocca, per cercare «una soluzione condivisa». Ma la spesa farmaceutica inappropriata, ridotta da 76 a 40 milioni, va azzerata



Prelievi Una paziente si sottopone a un prelievo per le analisi del sangue

