

25 maggio 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

24-05-2026 ore 15:40 | Politica – Lombardia

di Rebecca Ronchi

Rsa. Uneba, Aris ed Anaste alla regione: posti letto carenti e remunerati in modo inadeguato

La commissione regionale della sostenibilità sociale ha auditato le associazioni che rappresentano gli enti gestori delle residenze socio assistenziali lombarde. Uneba, **Aris** ed Anaste hanno portato all'attenzione dei consiglieri regionali problematiche e criticità legate soprattutto alla carenza di posti letto contrattualizzati e alla loro inadeguata remunerazione. Nel caso la regione Lombardia non intervenisse, gli istituti sarebbero costretti ad aumentare le rette degli ospiti. Nell'incontro è emersa la necessità di “riaprire le contrattualizzazioni per poter rispondere alla crescente domanda di posti letto”. Altrettanto annoso il tema dei rimborsi per le rette degli ospiti affetti da Alzheimer e altre patologie neuro degenerative.

Difficoltà di gestione

“Non c'è niente di nuovo nelle criticità evidenziate dalle Rsa”, commenta il consigliere regionale del Pd Matteo Piloni: “niente di nuovo anche da parte della maggioranza di centrodestra in regione Lombardia. Nonostante da inizio legislatura sia stata regolarmente aggiornata dagli enti sulle difficoltà di gestione e sul rischio di collasso di molte realtà a fronte di costi crescenti e carenza di personale, non ha ancora messo in atto la necessaria svolta per provare a garantire la tenuta della rete di Rsa lombarde”.

Riforme e sostegni

“Il tempo stringe e non possiamo pensare che gli enti ce la facciano senza le necessarie riforme e senza sostegni concreti. È urgente distinguere tra privato profit e no profit, vanno introdotti criteri di riconoscimento e premialità nelle future contrattualizzazioni e negli affidamenti a favore del privato non for profit. Va rimesso al centro il tema della programmazione e nel prossimo triennio stanziare adeguate risorse per nuove contrattualizzazioni, per contenere le rette degli ospiti e per incentivare il personale che ci lavora”.

RSA lombarde a rischio collasso, Astuti (PD): “Regione immobile, serve una svolta immediata su rette e contratti”

By redazione -23 Maggio 2026

MILANO, 23 maggio 2026 – Mancanza di posti letto contrattualizzati, tariffe di remunerazione inadeguate, il rischio concreto di un ulteriore aumento delle rette a carico delle famiglie e il nodo scoperto dei rimborsi per gli ospiti affetti da Alzheimer e demenze neurodegenerative. È un quadro a tinte fosche quello emerso ieri a Palazzo Pirelli durante l’audizione in commissione Sostenibilità sociale, dove i rappresentanti delle principali associazioni degli enti gestori delle RSA lombarde (UNEBA, **ARIS** e ANASTE) hanno formalmente esposto ai consiglieri regionali le criticità strutturali che stanno stringendo il settore in una morsa finanziaria e organizzativa.

Sulla questione è intervenuto duramente il consigliere regionale del Partito Democratico, Samuele Astuti, che ha stigmatizzato l’atteggiamento della giunta di centrodestra:

“Non c’è niente di nuovo nelle criticità evidenziate dalle RSA, così come non c’è niente di nuovo da parte della maggioranza di centrodestra in Regione Lombardia. Nonostante da inizio legislatura sia stata costantemente aggiornata dagli enti sulle difficoltà di gestione e sul rischio di collasso di molte realtà, a fronte di costi crescenti e carenza di personale, non ha ancora messo in atto la svolta necessaria per provare a garantire la tenuta della rete di RSA lombarde”.

Secondo l’esponente dem, il fattore tempo è ormai diventato una variabile critica per la sopravvivenza del sistema assistenziale sul territorio. Tra i temi caldi riemersi durante i lavori della commissione vi è la netta differenziazione tra i diversi modelli di gestione.

“Il tempo stringe — incalza Astuti — e non possiamo pensare che gli enti ce la facciano senza le necessarie riforme e i sostegni concreti della Regione. Anche ieri, durante le audizioni, è tornato il tema, già oggetto di diverse nostre proposte, della distinzione tra privato profit e no profit“. Una linea di demarcazione che, secondo il consigliere, diventa imprescindibile “per distinguere realtà che operano con fini diversi e la conseguente messa a punto di criteri di riconoscimento e premialità nelle future contrattualizzazioni e negli affidamenti a favore del privato non for profit”.

Le proposte: programmazione, risorse e il ripristino dei FRISL

Per uscire dall’impasse e mettere in sicurezza le strutture che ospitano gli anziani e i soggetti più fragili della regione, il Partito Democratico traccia una road map basata su tre pilastri fondamentali: la programmazione delle risorse, il sostegno al personale e l’adeguamento delle infrastrutture.

“È necessario rimettere al centro il tema della programmazione e nel prossimo triennio stanziare adeguate risorse per nuove contrattualizzazioni, per contenere le rette degli ospiti e per incentivare il personale”, conclude Astuti, indicando un’ultima e precisa richiesta finanziaria al Pirellone: “È necessario ripristinare i FRISL (Fondo di Rotazione per gli Investimenti nel Servizio Sanitario Lombardo) per proseguire le opere di adeguamento strutturale delle RSA lombarde”.

La palla passa ora alla maggioranza regionali, chiamata a rispondere a un comparto, quello sociosanitario, sempre più in sofferenza e a forte rischio di tenuta.

Lombardia

Rsa lombarde, Astuti (Pd): “Il sistema non regge più, serve una svolta dalla Regione”

In commissione regionale le associazioni delle case di riposo hanno denunciato carenza di posti letto contrattualizzati, costi in aumento e difficoltà nella gestione delle strutture. “Il tempo stringe”, avverte il consigliere regionale dem

Le RSA lombarde tornano a chiedere un intervento della Regione per affrontare le difficoltà che stanno mettendo sotto pressione il settore. Il tema è emerso ieri, venerdì 22 maggio, durante la commissione regionale Sostenibilità sociale, dove sono state ascoltate le associazioni che rappresentano gli enti gestori delle case di riposo – UNEBA, ARIS e ANASTE – che hanno evidenziato criticità legate alla carenza di posti letto contrattualizzati, ai costi di gestione sempre più elevati e alla necessità di maggiori sostegni economici.

“Non c’è niente di nuovo nelle criticità evidenziate dalla RSA – afferma il consigliere regionale del Pd Samuele Astuti – così come non c’è niente di nuovo da parte della maggioranza di centrodestra in Regione Lombardia che, nonostante da inizio legislatura sia stata aggiornata dagli enti sulle difficoltà di gestione e sul rischio di collasso di molte realtà, a fronte di costi crescenti e carenza di personale, non ha ancora messo in atto la svolta necessaria per provare a garantire la tenuta della rete di RSA lombarde”.

“Il tempo stringe – prosegue Astuti – e non possiamo pensare che gli enti ce la facciano senza le necessarie riforme e i sostegni concreti della Regione. Anche ieri, durante le audizioni, è tornato il tema, già oggetto di diverse nostre proposte, della distinzione tra privato profit e no profit, che è sempre più necessaria per distinguere realtà che operano con fini diversi e la conseguente messa a punto di criteri di riconoscimento e premialità nelle future contrattualizzazioni e negli affidamenti a favore del privato non for profit”.

“È necessario inoltre – conclude Astuti- rimettere al centro il tema della programmazione e nel prossimo triennio stanziare adeguate risorse per nuove contrattualizzazioni, per contenere le rette degli ospiti e per incentivare il personale. Infine, è necessario ripristinare i FRISL per proseguire le opere di adeguamento strutturale delle RSA lombarde”.

Pubblicato il 23 Maggio 2026

POLITICA | 23 maggio 2026, 11:01

Rsa, appello delle case di riposo alla Regione. Astuti: «Il tempo stringe e il sistema non regge»

In commissione Sostenibilità sociale sono state audite le associazioni che rappresentano gli enti gestori delle Rsa lombarde. Il consigliere del Pd: «La maggioranza non ha ancora messo in atto la svolta necessaria per provare a garantire la tenuta della rete delle strutture lombarde»

Ieri, in commissione Sostenibilità sociale, sono state audite le associazioni che rappresentano gli enti gestori delle RSA lombarde, UNEBA, **ARIS** e ANASTE, che hanno portato all'attenzione dei consiglieri problematiche e criticità legate soprattutto alla carenza di posti letto contrattualizzati e alla loro inadeguata remunerazione, che rischia di gravare sulle rette degli ospiti, alla necessità di riaprire le contrattualizzazioni per poter rispondere alla crescente domanda di posti letto e, non ultimo, al tema dei rimborsi per le rette degli ospiti affetti da Alzheimer e altre patologie neurodegenerative. "Non c'è niente di nuovo nelle criticità evidenziate dalla RSA- afferma il consigliere regionale del Pd Samuele Astuti- così come non c'è niente di nuovo da parte della maggioranza di centrodestra in Regione Lombardia che, nonostante da inizio legislatura sia stata aggiornata dagli enti sulle difficoltà di gestione e sul rischio di collasso di molte realtà, a fronte di costi crescenti e carenza di personale, non ha ancora messo in atto la svolta necessaria per provare a garantire la tenuta della rete di RSA lombarde".

"Il tempo stringe - prosegue Astuti - e non possiamo pensare che gli enti ce la facciano senza le necessarie riforme e i sostegni concreti della Regione. Anche ieri, durante le audizioni, è tornato il tema, già oggetto di diverse nostre proposte, della distinzione tra privato profit e no profit, che è sempre più necessaria per distinguere realtà che operano con fini diversi e la conseguente messa a punto di criteri di riconoscimento e premialità nelle future contrattualizzazioni e negli affidamenti a favore del privato non for profit".

"È necessario inoltre - conclude Astuti - rimettere al centro il tema della programmazione e nel prossimo triennio stanziare adeguate risorse per nuove contrattualizzazioni, per contenere le rette degli ospiti e per incentivare il personale. Infine, è necessario ripristinare i FRISL per proseguire le opere di adeguamento strutturale delle RSA lombarde".



la Repubblica



Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



IN REGALO CON REPUBBLICA

Le diete per l'estate Il secondo volume domani in edicola

Spettacoli Due spicci e gli anni 80 raduno per Zerocalcare

di MARIA NOVELLA DE LUCA a pagina 23



Lunedì 25 maggio 2026

Anno 113 - N° 20

Oggi con Affari&Finanza a libro Dimagrire in fretta e in salute

In Italia € 1,90

Accordo Usa-Iran gli ultimi ostacoli

Ottimismo sull'intesa ma Trump: "Non c'è fretta". I nodi su Hormuz e il nucleare Flotilla, il presidente israeliano Herzog contro Ben-Gvir. L'Idf: da noi niente abusi

Il declino di una potenza

di PAOLO GARIMBERTI

Prima di ritornare alla Casa Bianca aveva promesso che avrebbe fatto finire la guerra in Ucraina in ventiquattro ore. Ieri la Russia ha lanciato uno dei più massicci attacchi a Kiev, usando anche il supermissile Oreshnik. Due mesi fa aveva detto che con l'Iran non c'era alternativa a una "resa incondizionata", minacciando di riportarlo "all'età della pietra". Ma ora va verso un accordo, che lascia in sospeso più punti di quanti ne risolve, a partire dal nucleare, dove Barack Obama aveva trovato un'intesa nel 2015 senza fare una guerra. Si è vantato, con una contabilità tutta sua, di aver posto fine a otto guerre reclamando il Nobel per la pace. Ma in realtà è un presidente guerrafondaio (oltre a Iran, Venezuela e forse Cuba) e protervo (la Groenlandia), che tratta gli amici come nemici (gli attacchi alla Nato) e i tradizionali nemici come nuovi amici (la Cina di Xi e la Russia di Putin).

a pagina 14

L'accordo sulla tregua fra Usa e Iran sembrava cosa fatta. Ma ieri il presidente Trump ha frenato: non c'è fretta di concludere. Teheran: li abbiamo umiliati. Intanto sulla Flotilla è scontro in Israele: il presidente Herzog si scaglia contro Ben-Gvir. L'Idf scarica la responsabilità negli abusi: "Noi estranei".

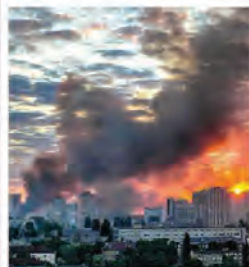
di AMATO, BASILE, CAFERRI, COLARUSSO, DE CICCO, GRECO MASTROLILLI, TITO e TONACCI da pagina 2 a pagina 10

MAPPE di ILVO DIAMANTI

Gli italiani non si fidano più dell'America

a pagina 11

Ucraina, vendetta di Putin su Kiev anche supermissile



di GIANLUCA DI FEO

Tra le tante scene apocalittiche del film The Day After, così impressionante che nel 1983 fece cambiare idea a Ronald Reagan sulle armi nucleari, ce n'era una che mostrava lo scoppio di testate multiple sganciate dall'esterno dell'atmosfera. Quello che ieri è avvenuto realmente in Ucraina, pur senza ogive atomiche.

a pagina 16



ROMA E COMO IN CHAMPIONS

Torino, scontri e caos al derby grave un tifoso ferito alla testa

di EMANUELE GAMBA

Il campionato è finito in una notte surreale che ha ricordato il derby romano del 2004, quando gli ultrà fecero sospendere la partita. A Torino si è giocato, ma un tifoso juventino è ricoverato in gravi condizioni.

alle pagine 12 e 13 con servizi di PINCI e TURCO



Rimadesio70

LE AMMINISTRATIVE

Comuni al voto, in calo l'affluenza il faro su Venezia e le città del Sud

di GABRIELLA CERAMI

Urne aperte fino alle 15 di oggi per recuperare quasi 4 punti percentuali persi ieri, nel primo giorno delle amministrative. Alle 23 era andato a votare il 46,3% degli aventi diritto, contro il 50,20% della precedente tornata. Questa la media nazionale tra i 1748 Comuni, di cui diciotto capoluoghi.

a pagina 18

L'invito del Colle "I vostri video per il 2 giugno"

di CONCETTO VECCHIO

a pagina 19

LE IDEE

I guasti del populismo giudiziario

di CONCITA DE GREGORIO

Ha alzato la mano, l'educatrice lo ha guardato e gli ha fatto cenno: vai pure avanti, fai la tua domanda. Si parlava di un libro, argomento: legami di sangue e segreti di famiglia. Lui ha detto scusi se vado fuori tema, ma vorrei sapere: lei ha idea della ragione per cui da vent'anni in questo Paese non si fa più un indulto?

a pagina 14



CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 682821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

150 ANNI
DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 68377310
mail: servizioclienti@corriere.it



Giro d'Italia
Vingegaard «frena»
la tappa di Milano
di Marco Bonarrigo
a pagina 40

Formula 1 in Canada
Antonelli fa poker
Hamilton secondo
di Daniele Sparisci e Giorgio Terruzzi
a pagina 41



I dati, cosa fare

IL DECLINO?
SI PUÒ
REAGIRE

di Maurizio Ferrera

Con un linguaggio sin troppo prudente, l'ultimo Rapporto Istat ha delineato un quadro preoccupante sul futuro del Paese: gli andamenti demografici pongono serie sfide alla sostenibilità economica e sociale. Il calo della natalità causerà una consistente diminuzione della popolazione totale. La maggiore contrazione riguarderà la popolazione adulta, mentre aumenterà la popolazione con più di 65 anni. Senza correttivi, meno lavoratori si troveranno a mantenere più anziani (pensiamo a sanità e pensioni). Nel complesso, l'Italia avrà meno abitanti, ma anche un Pil (totale e pro capite) inferiore.

Durante l'ultimo question time in Parlamento, Giorgia Meloni ha annunciato che, in quest'ultimo scorcio di legislatura, l'azione del governo presterà particolare attenzione a «chi tiene insieme la Nazione» ossia chi lavora e produce. Scelta giusta. In Italia questa categoria ha perso potere d'acquisto e sicurezza negli ultimi anni. L'erogazione di sostegni congiunturali sarebbe però poca cosa rispetto al sottostante problema strutturale. In Italia gli occupati sono troppo pochi e la loro produttività è troppo bassa. Come sottolinea l'Istat, il mercato del lavoro fa fatica a valorizzare il capitale umano, soprattutto quello giovanile e femminile. Un difetto paradossale, visto che una maggiore partecipazione lavorativa di giovani e donne è, insieme alla ripresa della natalità, una delle soluzioni più ovvie alle sfide di sostenibilità. Quanto alla bassa produttività, le cause sono tante.

continua a pagina 30

Il tycoon mantiene il blocco navale «fino alla firma dell'accordo». La distanza sull'uranio

Trump congela l'intesa

Il presidente: non ho fretta. L'Iran: ostruzionismo degli Usa sulle clausole

L'ATTACCO DI MOSCA, MORTI E FERITI



Droni Casa ucraina colpita dai droni russi. I primi soccorsi

Pioggia di fuoco su Kiev
«Usato il super missile»

di Marta Serafini

a pagina 12

DATAROOM

Chi controlla
i 7 Stretti
E chi paga

di Milena Gabanelli
e Giuseppe Sarcina

Chi controlla i sette stretti dove transitano le merci da un continente all'altro? Dove si paga e a chi? Per la prima volta è stato violato il diritto alla libera navigazione. Le conseguenze che si potrebbero avere sul commercio globale.

a pagina 11

di Viviana Mazza e Greta Privitera

Nuove sull'intesa tra Stati Uniti e Iran. Il presidente Donald Trump prima annuncia l'accordo poi frena: «Non ho fretta di chiudere». Anche Teheran fa sapere che ci sono ancora dei nodi da sciogliere e accusa la Casa Bianca di bloccare le clausole. Il memorandum d'intesa prevede la riapertura dello Stretto di Hormuz senza pedaggi. Ma il tycoon mantiene la chiusura fino ad accordo firmato.

da pagina 2 a pagina 9
De Franceschi, Piccolillo

LE RICADUTE SULL'ECONOMIA

Il petrolio, l'energia
Cosa succede (e quando)
se davvero riapre Hormuz

di Federico Fubini

alle pagine 8 e 9

FLOTTILLA L'IDE: NOI ESTRANEI

Israele, Herzog
contro Ben-Gvir
«Non si abusa
dei prigionieri»

di Davide Frattini
e Monica Ricci Sargentini

Il presidente di Israele Isaac Herzog contro il ministro Ben-Gvir per il caso Flottilla. «Vietato abusare degli arrestati, profanato ogni norma» ha detto Herzog durante la cerimonia del premio a Gerusalemme. Anche l'Idf prende le distanze dal ministro. Il presidente israeliano inoltre ha condannato la «brutalità» della violenza dei coloni in Cisgiordania. Ben-Gvir ha replicato su X: «Il presidente che definisce bruti centinaia di migliaia di cittadini israeliani non è idoneo a ricoprire la carica di presidente. Punto e basta».

a pagina 13

Corsa Champions Scontri a Torino, tifoso ferito: il derby iniziato in ritardo



La festa dei giocatori del Como e della Roma dopo le vittorie contro Cremonese e Verona e l'ingresso in Champions

La festa di Como e Roma
Delusione per Milan e Juve

di M. Colombo, Condò, Golia, Graziano, Nerozzi, Passerini e Stoppini



Il Como conquista la prima storica qualificazione alla Champions. Traguardo raggiunto anche dalla Roma. Il Milan perde in casa contro il Cagliari e resta fuori. Come la Juve. Scontri prima del derby: ferito un tifoso bianconero. Gli ultras protestano, la partita inizia in ritardo.

da pagina 36 a pagina 39

Si vota fino alle 15, poi lo spoglio
Sfida nei Comuni,
test per i partiti
Affluenza in calo

di Marco Cremonesi e Paolo Foschi

Affluenza in calo alle Amministrative. Alle 23 di ieri era del 46,3%, quasi 4 punti in meno delle precedenti elezioni. Si vota anche oggi dalle 7 alle 15.

alle pagine 14 e 15

L'INIZIATIVA, GLI 80 ANNI DELLA REPUBBLICA

Il Quirinale e il 2 Giugno
«Fate un vostro video»

di Monica Guerzoni



Da Jasmine Paolina a Checco Zalone: sono due dei «volti della Repubblica», un'iniziativa per la festa del 2 giugno. a pagina 27

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Qualche giorno fa abbiamo portato a termine un'odissea: l'Odissea. Abbiamo letto integralmente il poema in classe ad alta voce, e quando ho pronunciato l'ultimo dei 12.000 versi si è levato un applauso e i miei quattordicenni hanno svelato una torta fatta in casa per festeggiare. La «Torta Odissea» è al cacao, a forma di cuore (Itaca), con una «O» al centro, buonissima. Un viaggio inaugurato a settembre: «Ma è un mattone», dissero quando annunciavo l'impresa. «Sì — riposi — per costruirvi una casa che resiste al tempo, se non volete accontentarvi di rifugi improvvisati dalla dopamina, che verranno spazzati via al primo incontro vero con la vita: il primo tutto, il primo amore, la prima crisi».

Non ho l'età



Abbiamo disposto i banchi a ferro di cavallo e affidato a ciascuno la voce di un personaggio, perché l'unica interpretazione di un testo è proprio la sua «interpretazione», viverlo, eseguirlo, come in musica, tanto più se si tratta di 24 «canti»: 30 minuti ciascuno ad alta voce. Basterebbero 12 ore filate, ma li centelliniamo come un vino pregiato, un (in-)canto a settimana: 24 settimane (noi 23 perché una volta hanno chiesto di leggerne due di seguito, un caso di binge-reading scolastico). Mai avremmo festeggiato con una torta la lettura di un brano antologico, perché festa si fa solo quando si compie un'impresa «memorable», cioè che rimane. Dove?

continua a pagina 27

DA SIMEST RISORSE IMMEDIATE PER LA TUA IMPRESA
IL COSTO DELL'ENERGIA
NON PUÒ FERMARE IL TUO EXPORT
simest gruppo edp

ACCANTO ALLE IMPRESE ITALIANE OGGI PIÙ CHE MAI
simest gruppo edp

00526
9 771120 498008

Ritardi in autostrada
ecco la guida ai rimborsi

ANNAMARIA ANGELONE - PAGINA 28

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ



Cittadini e risparmiatori
il corto circuito dei Btp

SERENA SILEONI - PAGINA 29



LA CULTURA

Il nuovo totalitarismo
dell'era Musk-Thiel

UGONESPOLO - PAGINA 19

1,90 € II ANNO 160 II N.138 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT

Fai la
mossa
giusta.

#sostienicandiolo



LA STAMPA

LUNEDÌ 25 MAGGIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



#sostienicandiolo

GNN

LA VENDETTA DELLA RUSSIA DOPO LE INCURSIONI UCRAINE: LANCIATO IL SUPER-MISSILE CHE PUÒ RAGGIUNGERE IL VECCHIO CONTINENTE

Putin colpisce Kiev e sfida l'Ue

Slitta la firma dell'accordo Iran-Usa, Hormuz resta chiuso. La garanzia di Trump a Netanyahu

L'ANALISI

Annunci e minacce
ma la svolta non c'è

ALESSIAMELCANGI

Da giorni si rincorrono le voci su un possibile accordo tra Stati Uniti e Iran. Ci siamo quasi. Pronti alla firma. Meglio aspettare. Pronti alla guerra. Come sempre nella diplomazia mediorientale, a un passo dalla riuscita può cambiare tutto. - PAGINA 5

IL RACCONTO

Quegli attivisti
che sfidano l'odio

ANNAFOA

Si chiama "protective presence", protezione attraverso la presenza. Non riguarda solo Israele ma molte situazioni di conflitti e violenze. È stata ed è molto usata dall'Unhcr, l'organizzazione Onu per i rifugiati. In Israele se ne parla molto. L'abbiamo vista all'opera nel giorno in cui si festeggiava la presa di Gerusalemme nella guerra dei Sei giorni, Yom Yerushalayim, da sempre una ricorrenza celebrata con entusiasmo dalle destre nazionaliste e religiose, la presa di Gerusalemme e l'inizio dell'occupazione. Negli ultimi anni, in particolare quest'anno, le destre si sono scatenate. - PAGINA 7

IL CASO FLOTILLA

L'allarme di Herzog
e l'ira su Ben-Gvir

FABIANMAGRI

L'ipotesi di accordo fra Iran e Usa allarma Israele, che teme di vedersi legare le mani a Gaza e in Libano, mentre non si spegne la polemica sulla Flotilla. - PAGINE 6 E 7

FAMÀ, CAMILLI, PEROSINO, SIMONI, SIRI

Putin bombarda pesantemente Kiev con una pioggia di missili e di droni, usando anche un'arma che può colpire l'Europa occidentale, mentre l'accordo fra Iran e Stati Uniti sembra vicino ma la firma slitta. Trump offre garanzia di sicurezza a Israele. - PAGINE 2-10

L'ultimo ricatto
dello Zar ferito

ANNA ZAFESOVA - PAGINA 2

LA GEOPOLITICA

Gli slogan di Donald
chance per l'Europa

VERONICA DEROMANIS

Donald Trump può essere considerato un'opportunità per l'Europa? In realtà sì. E i motivi sono tre. Il primo è politico. Trump costringe l'Europa a mettere fine a ogni ambiguità. Non basta più rifugiarsi in formule vaghe. - PAGINE 8 E 9

BARBERA, GORIA - PAGINE 8 E 9

L'INTERVISTA

Ischinger: "Draghi
inviato per la pace"

DOMENICO AGASSO

«L'Unione Sovietica voleva semplicemente mantenere i territori ottenuti con la seconda guerra mondiale, invece la Russia di oggi è imperialista» dice il diplomatico tedesco Wolfgang Ischinger. «Però un dialogo con Mosca bisogna averlo». - PAGINA 3

SCONTRI PRIMA DELLA PARTITA: GRAVE UN TIFOSO BIANCONERO. FINISCE PARI. JUVE, NIENTE CHAMPIONS

La ferita del derby

GENTA, GIACOMINO, LEGATO, ODDENINO, POLETTI, STAMIN



Il pallone rimasto al Medioevo

PAOLO BRUSORIO

Il capitano della Juve Locatelli parla con i tifosi della curva che chiedono ai bianconeri di non giocare. - PAGINE 12, 13, 29, 34-36

LA POLITICA

Il test Comunali
affluenza in calo
Fratelli d'Italia
è lite su Vannacci

CAPURSO, DIMATTEO



Affluenza in calo alle elezioni comunali, mentre Fratelli d'Italia alza un muro di fronte all'ipotesi di alleanza con il partito di Vannacci. - PAGINE 16-17

LO SCENARIO

Il partito che sogna
un eterno pareggio

ALESSANDRO DE ANGELIS

Ma siete così sicuri che il responso odierno delle urne, e quello dopo il ballottaggio tra quindici giorni, saranno così irrilevanti? Attenzione al popolo, quando si pronuncia. Pur sempre sei milioni di cittadini e qualche test interessante, tra cui Venezia. Forse non è un caso che l'appuntamento sia stato preceduto da un paio di dichiarazioni nient'affatto banali. Una è quella di Matteo Salvini che - voce dal sen fuggita poi ritrattata - per la prima volta ha evocato il voto anticipato. Indicativa di un clima. - PAGINA 15

IL RETROSCENA

Giorgia e Marina
alleate per forza

ILARIO LOMBARDO

Nella storia d'Italia non era mai successo che tre donne guidassero le cronache politiche da protagoniste. - PAGINA 17

AI FUNERALI A POLLENZO L'ULTIMO MESSAGGIO DI PETRINI

"Vi voglio un gran bene"

IL REPORTAGE

Se l'addio diventa
un inno alla vita

NICCOLÒ ZANCAN

Finisce con la sua voce: «È una cosa su tutte, che vi debbo dire. Vi ringrazio per quello che fate e vi voglio un gran bene». - PAGINE 22 E 23



IL COLLOQUIO

Mukiibi: mi insegnò
a cambiare il mondo

ROBERTO FIORI

«Carlo Carlo, grazie per essere centrato nelle nostre vite». Sono le parole del presidente di Slow Food International. - PAGINA 23

Contro il cancro
sostieni Candiolo.

5X1000 FIRMA PER LA RICERCA SANITARIA.
C.F. 97519070011



dona su www.fprc.it
#sostienicandiolo





Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 148 - N° 140
Sped. in A.P. 0333/2003 conv. L. 46/2004 art. 1 c) 03/3/01

Lunedì 25 Maggio 2026 • S. Beda

NAZIONALE

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su **ILMESSAGGERO**

Dal padel ai Giochi giovanili: 15 giorni speciali
Capitale dello sport per diecimila atleti
Magliaro e Marchetti nello Sport



Boom di visite. Ditone nella piaga star all'Ara Pacis
Roma, musei di notte la carica degli 80mila
Bogliolo a pag. 18



MALEN-EL SHARAAWY, È 2-0 A VERONA: GIALLOORSSI TERZI, COMO 4°. MILAN E JUVE FUORI



Roma bentornata in Champions

La Roma esulta dopo la vittoria a Verona: è in Champions League (17/17) Aloisi, Angeloni, Carina e Riggio nello Sport

Il commento NELL'EUROPA CHE CONTA

Andrea Sorrentino

La traversata nel deserto è finita, date da bere agli assetti, nunc est ibendum, fate festa. Dopo sette anni che sono sembrati una piaga biblica, la Roma torna in Champions League. Un lungo sospiro di sollievo e di orgoglio ritrovato...
Continua nello Sport

Scontri al derby Toro-Juventus Grave un tifoso

Mauro nello Sport

L'editoriale LA TRAPPOLA DELLA RICCHEZZA

Giuseppe Vegas

Il nostro futuro non si interseca solo con i grandi temi geopolitici che stanno agitando il mondo, ma anche con questioni squisitamente nostrane destinate a condizionare direttamente la vita delle prossime generazioni di italiani e a determinare il ruolo che l'Italia sarà chiamata a svolgere nell'ambito dei rapporti internazionali e del suo rilievo a livello geopolitico.

Continua a pag. 21

Scandalo in Svizzera Concerto per Crans giallo sui soldi destinati alle vittime



Laura Pace

Più di 150 mila franchi raccolti in una sola serata, a Locarno, per aiutare le famiglie travolte dalla tragedia di Crans-Montana. Fondi mai arrivati alle famiglie.
A pag. 12

DEFINITI I PUNTI DELL'ACCORDO, ATTESA PER IL VIA LIBERA FINALE Usa-Iran, la firma slitta

► Trump ottimista: «Ma non c'è fretta». Muro Israele sul nucleare a Teheran
► Hormuz, 2mila navi bloccate. Grimaldi: «Stufi degli annunci, servono certezze»

ROMA Usa-Iran, definiti i termini dell'accordo, la firma però slitta.

Evangelisti, Pane e Pira alle pag. 2, 3 e 5

UN COMPROMESSO AL RIBASSO
Andrew Spannaus a pag. 2

I MERCATI E LA PARITTA DEI TASSI
Roberta Amoroso a pag. 5

Meloni solidale, Zelensky la ringrazia
Vendetta di Putin pioggia di missili sulle case di Kiev

Ivanova, Sciarra, Vita e **Il Craxi nella Nato** di Valbona Zeneli alle pag. 6 e 7

Festa per gli 80 anni

Zalone, Bisio e Paolini testimonial del Colle per la Repubblica

Andrea Bulleri

Molti i volti di Checco Zalone, Claudio Bisio, Riccardo Zanotti dei Pingui, Tattici Nucleari. E poi quelli di centinaia, forse migliaia di cittadini: Fausta da Milano, Antonio da Farnia, Giulia da Bruxelles. Tutti "testimonial" della Repubblica che compie 80 anni.
A pag. 9

Il Segno di LUCA

ARIETE, PASSI AVANTI NEL LAVORO

La settimana inizia per il verso giusto e correnti invisibili ti consentono di fare significativi passi in avanti nel lavoro senza realmente capire cosa abbia sbloccato la situazione, che finora sembrava impantanata. Eppure, adesso il vento ti è propizio e chi sa che non sia proprio grazie alla nebbia in cui sei parzialmente immerso che le cose ripartono. Acontentati di tirare i fili visibili, gli altri non sono di tua competenza. **MANTRA DEL GIORNO** Gli eventi non si possono governare.
L'oroscopo a pag. 21

DA SIMEST RISORSE IMMEDIATE PER LA TUA IMPRESA

IL COSTO DELL'ENERGIA NON PUÒ FERMARE IL TUO EXPORT



Scansiona il QR code
e vai su www.simest.it

ACCANTO ALLE IMPRESE ITALIANE OGGI PIÙ CHE MAI

simest
gruppo cdp



Messaggio pubblicitario con finalità promozionale.

* Tandem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella versione di Padova, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica Tuttoinsieme € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero • Giornale dello Sport Stadio € 1,40; nel Molise, Il Messaggero • Primo Piano Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport Stadio € 1,50; "Fuori porta al Mare" • € 0,90 (Roma)

NEI PRONTO SOCCORSO
**Troppi medici gettonisti
Schillaci: stiamo agendo**
Guerrieri a pagina 15

I gettonisti in corsia? «Troppi» Ma Schillaci: ora nuove regole

ALESSIA GUERRIERI
Roma

Sarebbero dovuti sparire, o quasi, da circa tre anni, i medici gettonisti. Il decreto legge 34 del 2023, e le successive modifiche, infatti ne ha limitato il ricorso solo in via temporanea ed eccezionale, con la progressiva eliminazione dei contratti con cooperative di medici e il divieto di nuove forme di esternalizzazioni non giustificate. Eppure a tre anni da quel provvedimento, i gettonisti sono presenti in circa la metà dei Pronto soccorso italiani. Con tutto quel che ne consegue in termini di spesa (il loro costo ora è il doppio se non il triplo di quello di un medico ospedaliero) e, soprattutto, di organizzazione del lavoro. A denunciare la situazione, a cui si lega anche la fuga dei camici bianchi dal Ssn verso il privato e l'estero, è la Federazione medici internisti ospedalieri (Fadoi) in un'indagine in cui riemergono problemi mai affrontati sul serio. Come, ad esempio, lo stato psicologico dei medici, soprattutto quelli d'emergenza. Il 65%

dei dottori, difatti, almeno una volta nella carriera lavorativa, è caduto in *burnout*. E come se non bastasse la carenza costante di medici e infermieri, per i camici bianchi il pensiero ricorrente è la fuga dal Ssn: un medico su 4 pensa così al prepensionamento (uno su due nel Lazio) e il 20% di voltare le spalle al pubblico per il privato, mentre il 10% guarda oltre confine come prospettiva di carriera futura. Questioni che il ministro della Salute Orazio Schillaci sa bene, come dice lui stesso in collegamento video al congresso Fadoi di Rimini in cui è stata presentata l'indagine. «La valorizzazione del personale è una priorità – sottolinea comunque –, conosciamo i problemi del settore e abbiamo lavorato per invertire la rotta, con interventi concreti per il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale». Inoltre, rivendica il fatto di essere stato il primo ad aver messo mano al problema dei gettonisti. «Non era un modello da difendere e siamo intervenuti con decisione, dando una cornice di regole precise che fino a poco tempo fa non c'erano – aggiunge –, Abbiamo anche aumentato le indennità di chi lavora in

Pronto soccorso per ridurre il fenomeno», e «ci sono stati dei controlli attraverso i Nas», che hanno portato a «49 denunce e 39 segnalazioni all'autorità amministrativa per irregolarità». Infine assicura: «Ci saranno altri controlli. Dove si stanno applicando le regole c'è un primo cambiamento».

Innumeri emersi dall'indagine, tuttavia, tratteggiano un quadro molto preoccupante che apre la strada, secondo Fadoi, al «rischio desertificazione degli ospedali». Oltre il 57% dei medici infatti sostiene che il principale problema è la carenza dei camici bianchi nei reparti. In più, le condizioni di lavoro vengono giudicate in peggioramento da sette professionisti su dieci. Meno attrattive le «case di comunità», i nuovi maxi ambulatori finanziati con 2 miliardi del Pnrr dove dovrebbero lavorare insieme medici di famiglia e specialisti ambulatoriali, ma che la proposta di decreto legge presentata dal ministro della Salute alle Regioni apre anche ai medici dipendenti. Un cambio di casacca che nell'indagine sembra suscitare interesse soltanto nel 18,8% dei medici internisti.

«I risultati dell'indagine – dice il presidente Fadoi, An-

drea Montagnani – indicano che la desertificazione dei nostri ospedali pubblici non è uno spettro agitato per interessi di categoria ma un rischio reale». Come uscire da questa situazione, prosegue, «ce lo dicono gli stessi medici internisti, che indicano tra le priorità assumere personale, creare un legame più solido tra ospedale e territorio con una regia che strategicamente potrebbe essere affidata alle medicine interne. Ma proprio per gli internisti la priorità delle priorità resta quella di rendere coerente la classificazione delle medicine interne con le sempre più complesse funzioni assistenziali svolte».

Ad aggravare la situazione anche la confermata fuga dei dottori verso il privato e l'estero, fotografata da un'indagine Fadoi

Riesplode la polemica sulla esternalizzazione dei camici bianchi. La Federazione internisti: sono presenti nella metà dei Pronto soccorso italiani. La replica del ministro: siamo stati i primi a mettere mano al problema e stiamo cambiando il sistema



Fuga dei medici e “gettonisti” l’allarme sui Pronto soccorso

► Nonostante il divieto, secondo la federazione degli internisti, in oltre una struttura sanitaria su due ci sono esternalizzazioni. E il 55% dei dottori valuta di lasciare la medicina d’urgenza

IL CASO

ROMA I medici gettonisti sono ancora presenti in oltre la metà dei pronto soccorso italiani. Spesso non hanno una specializzazione legata alla medicina di emergenza e rappresentano uno spreco di risorse. Sulla base delle tariffe dello scorso anno, un camice bianco ingaggiato all’esterno può guadagnare dai 9mila ai 12mila euro al mese. Si tratta di un folle paradosso del sistema sanitario: non ci sono sufficienti specialisti nei pronto soccorso (ma anche nei reparti) e a quel punto le Asl ricorrono a contratti esterni con cooperative, agenzie o direttamente con professionisti, spendendo molti più soldi. Al contempo, tra i camici bianchi c’è chi preferisce lavorare come gettonista senza inseguire il posto fisso perché così guadagna molto di più. Anzi, c’è la fuga dal Servizio sanitario nazionale: inseguiti dal burnout, il 55 per cento ha pensato almeno una volta di andarsene. Nel 2023 il governo, su proposta del ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha varato un decreto legge che vietava i contratti ai gettonisti e il loro rinnovo, salvo casi di emergenza ed eccezionalità. Nel 2024 sono state pubblicate le linee guida. In sintesi: da luglio 2025 le esternalizzazioni sono vietate. Eppure, sono ancora presenti in modo massiccio. Fadoi, la federazione dei medici internisti, ieri al congresso in corso a Rimini, ha presentato una ricerca dalla quale emerge che la battaglia

non è stata vinta. Ci sono stati dei progressi, ma i numeri sono ancora impietosi. Se nei reparti di medicina interna il ricorso alle esternalizzazioni si è ridotto al 20 per cento, nei pronto soccorso, dove è più alta la carenza di professionisti, la situazione è ancora drammatica: il 54,8 per cento delle strutture ricorre alle esternalizzazioni, «spesso in assenza di specializzazione e affiatamento con i team professionali dell’ospedale». Ma come è possibile che, nonostante la legge, i gettonisti siano ancora presenti? Il Ministero della Salute riversa sulle Regioni e sulle aziende ospedaliere le responsabilità e ricorda che nell’ultimo anno ci sono stati dei controlli da parte dei Nas che hanno interessato 864 aziende appaltanti, 669 contratti e 1.123 medici gettonisti, con 49 denunce e 39 segnalazioni all’autorità amministrativa per irregolarità. «Potenzieremo i controlli» assicura il ministro della Salute, Orazio Schillaci. Il problema è che, come racconta l’indagine di Fadoi, sta crescendo il malessere tra i medici ospedalieri. Limitiamoci al dato degli internisti: il 65,4 per cento ha dichiarato di avere vissuto almeno una volta una condizione di burnout, con stanchezza cognitiva. Secondo la ricerca, un medico su quattro punta al pensionamento anticipato, il 20 per cento medita di lasciare l’ospedale pubblico per andare a lavorare nel privato. Il 10 per cento intende andare all’estero. Totale: circa il 55 per cento. E nei pronto soccorso la situazione è perfino peggiore. Racconta Andrea Montagnani, presidente di Fadoi: «Il rischio di desertificazione degli ospedali

italiani è dietro l’angolo. Carichi di lavoro a volte insopportabili e incompatibili con un minimo di vita privata e familiare, scarse aspettative di carriera e condizioni contrattuali non degne della professione hanno già spinto circa 12mila medici negli ultimi anni ad abbandonare il servizio pubblico. Ci sarebbe una voragine se ora decidesse di passare dalle intenzioni ai fatti solo un terzo di quel 55 per cento che ha manifestato l’idea di lasciare o per il pensionamento anticipato o per il privato oppure per l’estero».

CAUSE

Pochi medici in servizio, più gettonisti in corsia. Ma come fanno le aziende sanitarie ad aggirare i divieti? Secondo un’inchiesta de Il Post spesso gli appalti vengono frammentati. Altri stratagemmi: il cambio del codice che caratterizza il contratto, accordi quadro regionali, la dichiarazione di motivi d’urgenza. Il Ministero chiede alle Regioni di applicare la legge e promette di inasprire i controlli dei Nas. Ma c’è l’altra faccia della medaglia: se non ci sono sufficienti medici disposti a lavorare, in forma stabile, nei pronto soccorso, l’alternativa non può essere lasciare sguarnite le prime linee.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L’INDAGINE EVIDENZIA ANCHE CHE IL 65% DEI PROFESSIONISTI HA SOFFERTO DI STRESS CRONICO. UNO SU 4 PUNTA AL PREPENSIONAMENTO



«Infermieri dall'India»: siglato l'accordo con il premier Modi

L'INTESA

ROMA Le stime più attendibili parlano della carenza di almeno 65mila infermieri in Italia. Prima di colmare questa lacuna e formare nuove generazioni di professionisti servirà tempo. Per questo motivo, si punta a far arrivare infermieri da altri Paesi del mondo. La prossima mossa riguarda l'India che potrebbe fornirne 2mila. Lo ha confermato il ministro della Salute, Orazio Schillaci: «L'ultimo accordo che è stato firmato con l'India nei giorni scorsi conferma quello che vado ripetendo da tempo: stiamo formando i nostri infermieri del futuro, però ab-

biamo bisogno, come in tanti altri Paesi d'Europa, anche di operatori che possiamo prendere proprio da Paesi come l'India che hanno un tipo di formazione simile a quella che facciamo noi qui in Italia». L'intesa tra l'India e l'Italia è stata siglata in occasione della visita a Roma del primo ministro Narendra Modi che ha incontrato la presidente del Consiglio Giorgia Meloni. L'articolo 2 prevede che i firmatari «coopereranno per agevolare l'ingresso in Italia di infermieri provenienti dall'India, in conformità con le rispettive leggi e regolamenti nazionali vigenti» e all'articolo 23 è messo nero su bianco che si punta a «migliorare la mobilità di studenti, ricercatori e lavoratori qualificati, in particolare nei settori Stem». I dati dell'Albo nazionale della

Fnopi, la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, rivelano che in Italia lavorano e sono iscritti agli Ordini 12.127 infermieri romeni, 2.121 albanesi, 1.946 indiani e 1.834 polacchi. Il numero totale degli iscritti agli Ordini nati all'estero è di 45.433. Nell'accordo è prevista l'istituzione di un Comitato congiunto di coordinamento per «definire i requisiti linguistici in italiano per gli infermieri; condividere buone pratiche; individuare ulteriori forme di cooperazione; ampliare la cooperazione bilaterale nel settore sanitario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SERVIRANNO A COLMARE
LE LACUNE DEGLI
ORGANICI NEI REPARTI
SONO GIÀ 45MILA
I PROFESSIONISTI
STRANIERI IN SERVIZIO**



**Intervista al ministro della Sanità: non abbandoniamo i ragazzi di Crans
Schillaci: «Più controlli negli ospedali
per fermare il ricorso ai medici gettonisti»**

Evangelisti alle pag. 8 e 9

» L'intervista Orazio Schillaci

«Più controlli per fermare il ricorso ai dottori esterni»

► Il ministro della Salute: «Non sono deluso, in questa battaglia ci ho messo la faccia»
E ai ragazzi feriti nel rogo di Crans-Montana promette: «Non vi abbandoneremo»

«**S**ui gettonisti continueremo la nostra battaglia. E i controlli contro chi abusa di questo tipo di contratti non si fermeranno». Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, parla dell'indagine della Federazione dei medici internisti secondo cui, soprattutto nei pronto soccorso, il ricorso a professionisti esterni forniti da cooperative o agenzie non si è fermato. E questo avviene nonostante il provvedimento legislativo varato per arginare questi sprechi. **È deluso dai risultati della legge?**

«Assolutamente no. Ricordo che per anni nessuno si è occupato dei gettonisti. Io ci ho messo la faccia con regole chiare che devono essere rispettate perché abusare del ricorso ai gettonisti non è accettabile. I Nas fanno controlli costanti e continueremo a

farli così come mi aspetto faccia anche le Regioni. Non arretriamo».

Le Regioni e le Asl stanno facendo il possibile per ridurre questo problema?

«Con le Regioni c'è un contatto costante. So che c'è la volontà dei territori di fare bene. Il Ministero c'è e continuiamo a occuparci della questione».

La presenza dei gettonisti è verificata soprattutto nei pronto soccorso dove non c'è un numero sufficiente di medici. Che alternative hanno gli ospedali se non ricorrere ai contratti esterni?

«In questi anni abbiamo garantito fondi alle Regioni per pagare di più chi lavora in pronto soccorso. Abbiamo finanziato un primo piano di assunzioni e ci sono norme severe per contrastare le aggressioni. E stiamo potenziando il territorio perché non dimentichiamo che in pronto soccorso ci sono troppi accessi di codici bianchi e verdi che devono trovare risposta nelle strutture territoriali. Siamo impegnati a rafforzare il Servizio sanitario nazionale che, lo ricordo, resta un sistema che

tutti ci invidiano. Dovremmo essere più fieri anche noi».

Riuscirete a trovare intesa sulla riforma dei medici di base?

«Sono fiducioso che si potrà raggiungere un accordo. Lo chiedo ai cittadini. Tutte le Regioni sono concordi sulla necessità di questa riforma perché i bisogni di salute sono cambiati e i medici di famiglia devono essere al passo con questi cambiamenti.

Questo significa formazione adeguata e presenza garantita nelle Case di comunità. Al pronto soccorso si deve andare solo per le emergenze».

Sulle liste di attesa i risultati stanno migliorando?

«Sì, c'è un'inversione di tendenza. Anche qui, ho letto tante polemiche. Tante levate di scudi. La rivoluzione non si fa in un



giorno. Abbiamo lavorato con metodo: regole chiare e strumenti per attuarle. E dove si stanno attuando le regole, il cambiamento c'è. Il numero di prestazioni e i tempi di attesa, da quando c'è la nuova legge, sono migliorati del 20 per cento in oltre mille ospedali. Non è un dettaglio dopo decenni di inerzia».

C'è enorme preoccupazione su come saranno assistiti i ragazzi feriti nell'incendio di Crans-Montana, soprattutto quando diventeranno maggiorenni e dovranno pagare il ticket per le cure. Come ritenete di affrontare questa situazione?

«Quei ragazzi italiani stanno attraversando qualcosa che nessuna burocrazia sa descrivere davvero. Il dolore fisico, quello

lo curiamo. Le ferite, quelle le mediciamo. Ma c'è un'altra dimensione: lo sconvolgimento di un progetto di vita che nessuna circolare ministeriale può sanare. Sono stato a trovarli, ne sono uscito scosso. Ho letto gli appelli che mi vengono rivolti sul tema. Posso dire che sono in contatto con l'assessore Bertolaso, il sistema sanitario lombardo è già impegnato al massimo. Questi ragazzi sono ben seguiti. Non li abbandoneremo né oggi né nei prossimi anni».

Cosa prevede il nuovo Piano sanitario nazionale e perché è importante?

«Il Piano Sanitario manca da quasi vent'anni e siamo in fase avanzata. Prevenzione, medicina territoriale, salute mentale sono alcune delle direttrici al centro del provvedimento. È un

piano che, come tutte le nostre azioni, punta a garantire gli stessi diritti per tutti ovunque, indipendentemente da dove si nasce».

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PER ANNI NESSUNO SI È OCCUPATO DEL PROBLEMA DEI GETTONISTI, CON LE REGIONI SIAMO IN COSTANTE CONTATTO ABBIAMO GARANTITO PIÙ FONDI PER PAGARE MEGLIO CHI LAVORA NEI PRONTO SOCCORSO, CODICI BIANCHI E VERDI DEVONO DIMINUIRE



Sopra il ministro Orazio Schillaci e gli operatori di un'ambulanza



Se la salute mentale manca del tutto in Italia

Partiamo dalla Legge 180/1978, nota come legge Basaglia. Questo testo normativo è importante e ha dato una svolta al problema del disagio mentale, ma non è stata applicata nella stragrande maggioranza nel territorio nazionale o solo parzialmente in alcuni casi. La chiusura dei manicomi e successivamente degli Opg rappresentano un giusto passo di civiltà. Adesso sono state istituite le Rems, sperando che non diventino nuovi Opg. La mancata applicazione ha determinato come effetto immediato l'abbandono degli utenti e delle loro famiglie. Carenze nell'organico di specialisti, psichiatri, personale infermieristico, mancate risorse per il loro aggiornamento professionale, mancanza di strutture decorose e di posti letto. Politiche di inclusione, solo volontariato a cui si deve il massimo rispetto. Assistenza domiciliare ove prevista inesistente, risorse finanziarie stanziare in bilancio per la Salute Mentale, irrisorie. I dati ufficiali

sugli utenti che usufruiscono del servizio psichiatrico devono essere aggiornati per il semplice motivo che non è calcolato il sommerso, molti casi sfuggono ai Dsm in quanto molti cittadini non risultano registrati, ad esempio casi di persone che per vergogna non accedono ai servizi sanitari. Manca anche un aggiornamento professionale delle forze dell'ordine e della polizia locale in casi di Tso. In negativo risalta anche la mancanza di rispetto per i cittadini sofferenti il disagio mentale, l'uso dispregiativo dei termini "matto, pazzo, folle". Serve cambiare rotta e ripristinare la dignità delle persone, perché non dimentichiamolo sono persone con i loro sentimenti, con il loro modo di comunicare. Necessitano di amore, empatia, ma non bastano, servono aiuti concreti. Premessa doverosa, non mi permetto di generalizzare e porto rispetto a-

gli operatori sanitari. Forse, sono stato sfortunato, come fami-

liare ho incontrato psichiatri che hanno applicato l'ideologia alla psichiatria con nefasti risultati. Tutti devono rimettersi in gioco. Nessuno ha la verità assoluta e servono risposte mirate, personalizzate. La Salute Mentale è un tema trasversale e non ha colore politico. Solo chi vive sulla propria pelle può capire. Nessuno deve permettersi di dire "Immagino". Cosa vuol dire immaginare una realtà che non si conosce.

MAURIZIO MUNDA



«Medici di famiglia, riforma ok Presto gli infermieri indiani»

Sanità. Il ministro Schillaci sicuro di «un accordo» per portare i dottori dentro le Case di comunità. Al lavoro per il rilancio delle professioni infermieristiche

Marzio Bartoloni

Dal Festival dell'Economia di Trento il ministro della Salute Orazio Schillaci difende la riforma dei medici di famiglia che ha sollevato tante polemiche tra i camici bianchi e si dice sicuro di trovare presto «un accordo nell'interesse dei cittadini, che vogliono una sanità più moderna e vicina». L'obiettivo del decreto allo studio è portare i dottori «dentro al futuro del Servizio sanitario che non può che passare per il rafforzamento della medicina territoriale, quella che dà prestazioni più vicine senza dovere andare al Pronto soccorso». Il nodo è la possibilità di aprire anche alla dipendenza per riempire le oltre mille Case di comunità previste dal Pnrr: «Io credo - sottolinea il ministro - che sia importante trovare un accordo in base al quale i medici di medicina generale svolgano una parte del loro orario all'interno delle Case di comunità. È questo quello che hanno chiesto le

Regioni».

Schillaci ha difeso anche alcuni degli ultimi traguardi - «parlano i fatti più delle parole» - raggiunti nelle ultime settimane: dal piano sulla salute mentale che mancava da 13 anni a quello pandemico che «rende l'Italia pronta di fronte alle emergenze sanitarie» in tempi in cui Hantavirus ed Ebola spaventano il mondo, entrambi finanziati. E guarda alla riforma delle professioni sanitarie ora all'esame del Parlamento, che va ad affrontare «temi fondamentali come la carenza, l'aggiornamento dei percorsi di formazione, lo sviluppo della crescita professionale» e nel frattempo per tappare i tanti buchi ricorda l'accordo appena siglato con l'India per portare subito con una corsia veloce gli infermieri indiani: «Stiamo formando i nostri infermieri del futuro però abbiamo bisogno come tanti altri Paesi d'Europa anche di molti operatori sociosanitari, che possiamo prendere proprio da Paesi come l'India che hanno un tipo di formazione simile alla nostra».

Le parole del ministro hanno ovviamente sollevato un dibattito sul palco del Festival, con il presidente dell'Ordine dei medici Filippo Anelli che invita a «investire di più in Sanità perché ogni euro investito ne produce 1,8» e bocchia l'ipotesi della riforma con la dipendenza: «Se tutti i 40 mila medici di famiglia garantiranno come previsto 4 ore a settimana per le Case di comunità, la presenza sarà garantita più che a sufficienza». Mentre Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche, guarda al futuro della professione «valorizzata dai nuovi tre corsi di laurea specialistica», ma invita tutte le professioni a lavorare in team, «perché impossibile fare Sanità da soli». Per Massimo Massetti, direttore del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari e di Cardiocirurgia del Gemelli di Roma, «le risorse ci sono così come il personale, ma vanno usati meglio soprattutto coordinando bene il territorio con l'ospedale, il perno di questa revisione del Ssn de-

ve partire dal paziente, attorno al quale costruire il percorso di cura». Anche per Giuseppe Milanese, presidente Confcooperative Sanità, bisogna ammodernare il Ssn perché «è inutile continuare a rammendare un vestito non più adatto: occorrono gli Stati generali della sanità. Stiamo perdendo la battaglia sulla popolazione anziana». «Chi c'è nei territori? Medici di famiglia, infermieri di famiglia. Più che mattoni - conclude Milanese - occorrono forme di impresa che aggregino queste professionalità. Le cooperative consentono la valorizzazione delle professioni rispondendo ai bisogni degli anziani».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giuseppe Milanese (Confcooperative): «Servono Stati generali per cambiare Ssn che va aperto a cooperazione»



Il confronto. Da sinistra Marzio Bartoloni, Massimo Massetti, Giuseppe Milanese, il ministro Orazio Schillaci (in videocollegamento), Barbara Mangiacavalli e Filippo Anelli



Servizio Simg

Medicina generale: il territorio non è una periferia dell'ospedale

Il futuro della sanità non si costruisce con logiche feudali: il medico sul territorio dà continuità alla cura, volto alla prossimità, senso clinico alla complessità

*di Luca Maschietto**

22 maggio 2026

C'era una volta il feudalesimo. Non era soltanto un sistema politico, ma una certa idea del mondo: il potere che scendeva dall'alto, concedeva territori, distribuiva funzioni, assegnava ruoli, pretendeva fedeltà. Il territorio non era pensato a partire da chi lo abitava, ma da chi lo governava. Il paragone storico va maneggiato con cautela. Il feudalesimo fu un intreccio di rapporti personali di fedeltà, protezione e dipendenza. Ma proprio qui sta la forza della metafora: il rischio, oggi, quando si parla di sanità territoriale, è tornare a una logica simile. Non più il feudo con il castello, ma un sistema che guarda il territorio dall'alto, come qualcosa da organizzare, assegnare, colonizzare. Riformare il territorio partendo dall'ospedale significa spesso compiere una forzatura prospettica. È come guardare la campagna dalla torre del castello: si vede la mappa, ma non le persone. Si vedono flussi, accessi, dimissioni, codici, posti letto, ma non ciò che costituisce la medicina generale: relazione longitudinale, conoscenza biografica, fiducia, prossimità.

Le provocazioni e le giuste conclusioni

L'articolo del collega Massimo Massetti, pubblicato su Il Sole 24 Ore del 20 maggio scorso, ha un merito: rimette il medico di medicina generale al centro della discussione. Dire che il MMG è "un protagonista che manca alla cura" è una provocazione giusta. Tuttavia, occorre discutere la conclusione. Il rischio è che la medicina generale venga celebrata mentre viene trasformata in altro. Prima si invoca il medico di famiglia, poi lo si colloca dentro modelli pensati altrove. È una forma sottile di riconoscimento apparente: ti chiamo protagonista, ma scrivo la sceneggiatura senza di te. Noi, invece, siamo qui. Non come custodi nostalgici di un passato da difendere, ma come generazione di mezzo: quella che ha scelto la medicina generale "per scelta"; quella che ha conosciuto la guardia medica, l'attesa della convenzione, la fatica di entrare in un sistema saturo. Siamo qui per discutere del nostro lavoro, con proposte concrete. Portare la Medicina Generale in luoghi condivisi con gli altri attori della cura è una necessità, ma non si deve rischiare che, per portare i MMG in luoghi comuni, si utilizzi una narrazione piena di luoghi comuni.

La cura non è solo un problema organizzativo

Preoccupa la fallacia tecnocratica: pensare che il problema della cura sia soprattutto un problema di architettura organizzativa. E qui si apre il tema della formazione dei futuri medici. L'università italiana continua troppo spesso a formare piccoli specialisti prima ancora di formare medici. Insegna a guardare l'organo, il distretto, la procedura, il parametro, ma fatica a educare alla visione d'insieme. Il giovane medico conosce una parte sempre più piccola del corpo umano, ma

rischia di smarrire la persona intera. Il mondo che ci attende non è fatto di pazienti ordinati per capitoli di manuale. È fatto di anziani fragili, multimorbidità, dolore cronico, solitudine, famiglie stanche. A questo mondo serve una medicina capace di tenere insieme.

Nel Carmide di Platone, Socrate ricorda che non bisogna curare gli occhi senza la testa, né la testa senza il corpo, né il corpo senza l'anima, perché la parte non può stare bene se non sta bene il tutto. La medicina generale deve salvare ciò che sa fare meglio: dare continuità alla cura, volto alla prossimità, senso clinico alla complessità. Il futuro della sanità territoriale non si costruisce tornando a una logica feudale. Si costruisce riconoscendo che il territorio non è una periferia dell'ospedale. Solo con intenti e visione si può riformare un sistema. Noi siamo qui.

**Direttivo SIMG*

Incubo Ebola, il contagio si allarga “A rischio altri dieci Paesi africani”

Oltre 200 morti nella Repubblica democratica del Congo: “Ma non è il Covid”

Si allarga l'emergenza Ebola in Africa ed anche se il rischio globale resta basso secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), epidemiologi e clinici invitano a non sottovalutare l'epidemia in atto mentre altri 10 Paesi africani, ha avvertito l'agenzia sanitaria dell'Unione Africana (Africa Cdc), risultano attualmente a rischio. L'epidemia si sta diffondendo rapidamente: «Abbiamo dieci paesi a rischio – ha dichiarato il presidente di Africa CDC Jean Kaseya – e sono Sud Sudan, Ruanda, Kenya, Tanzania, Etiopia, Congo, Burundi, Angola, Repubblica Centrafricana e Zambia». In Congo, i numeri relativi a casi e decessi continuano a salire: sono oltre 200 i morti su 867 casi sospetti, secondo quanto riportato saba-

to dal ministero della Salute del Paese. I dati ufficiali indicano che 204 decessi sono stati registrati in tre province del vasto Paese dell'Africa centrale e che sono probabilmente causati dal virus.

Gli esperti invitano a non sottovalutare i rischi anche per i Paesi occidentali. L'epidemia di Ebola nella Rdc «è un segnale che il mondo non può ignorare - dice Fabrizio Pregliasco, direttore della scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva Università di Milano - Non siamo davanti a uno scenario da pandemia globale come il Covid: Ebola ha modalità di trasmissione molto diverse e meno efficienti, ma il rischio di espansione è concreto e serio ed è irresponsabile sottovalutare il problema per Europa e Italia».

Secondo Gianni Rezza, professore di Igiene e Sanità pubblica all'università Vita-Salute San Raffaele di Milano, «il rischio che il virus possa arrivare in Occidente non è escluso, ma si tratterebbe comunque di un rischio controllabile e di un evento gestibile». —



Il bollettino
Soltanto
in Congo
le morti
accertate
sono 200
Altrettanti
i casi sospetti
nell'Africa
centrale



Fine vita, Ciriani: «Il Governo si è sottratto al dibattito»

Il Governo «si è sottratto al dibattito sul fine vita, che è un tema trasversale». Parola del ministro per i Rapporti con il Parlamento, Luca Ciriani, che ricorda come «il 2 giugno arriva in Senato la proposta di Bazoli del Pd e noi sicuramente chiederemo che si torni in commissione perché Forza Italia ha annunciato di

voler depositare emendamenti sul testo». Il ministro dice di parlare a titolo personale e spera che sul fine vita «si possa fare un tratto di strada in questa legislatura e nella prossima lo faccia il Parlamento. Altrimenti saranno le sentenze dei tribunali a fare scuola. Va trovato un punto di equilibrio». Non sposa le posizioni «più

radicali», come definisce «quella di Bazoli», Ciriani, ma - dice - «il Parlamento deve dire la sua sul tema».



LA MAGGIORANZA PROPONE UN TESTO CHE MODIFICA NELLA SOSTANZA QUANTO INDICATO DALLA CORTE COSTITUZIONALE

Su quella legge per il fine vita c'è già l'ombra della Consulta

MARIO RICCIO*

Nel dibattito pubblico, si torna a parlare di una (ipotetica) legge sul fine vita. Questo perché il prossimo 3 giugno si dovrebbe - il condizionale è d'obbligo - discutere un testo della attuale maggioranza. O forse no e si potrebbe ripartire da una vecchia proposta, modificata, della passata legislatura.

Ora, va subito chiarito che in entrambi i casi non si discuterà di una reale legge sul fine vita, come talora si fa credere sui media. Ovvero di una legge organica che riconosca la morte medicalmente assistita. Come ormai avvenuto in molti paesi occidentali, ultima la cattolicissima Spagna. Qui si tratterebbe semplicemente di una sorta di modesta legge quadro che meglio regoli tempi e modalità attuative sulla base di quanto indicato dalla Corte costituzionale nelle varie sentenze di merito, dalla 242/19 (cosiddetta DJFabo/Cappato) alle successive. Stante l'inerzia del legislatore nazionale, alcune Regioni si sono già attrezzate con proprie leggi. Fondamentale in tal senso è stata l'azione propositiva della Associazione Luca Coscioni, ma anche l'esigenza che le stesse regioni hanno di dare una risposta alle tante richieste che intanto si stanno accumulando.

Persino la riluttante Regione Lombardia ha dovuto recentemente abdicare - da una iniziale posizione di chiusura - verso la pubblicazione di un documento contenente linee guida in materia.

Ora, la maggioranza di governo propone un testo - fortemente identitario - che modifica nella sostanza quanto indicato dalla Corte costituzionale, come risulta evidente anche ad un modesto cultore della materia.

Si vuole, tra gli altri aspetti controversi contenuti nella proposta della maggioranza, sostituire un criterio richiesto dalla Consulta - ovvero che il richiedente debba essere "tenuto in vita da forme di sostegno vitale" - con una più restrittiva condizione di sottoposto a "trattamenti di sostituzione d'organo". Va detto che tale innovativa dizione è mutuata da un parere che il Comitato Nazionale di bioetica ha recentemente introdotto in un suo documento. Ora, è singolare che un legislatore preferisca attenersi a un - pur legittimo - parere di valenza bioetica piuttosto che all'obbliga-



toria indicazione del Giudice delle leggi. È evidente che la dizione "sostituzione d'organo" restringe - per non dire azzerà - la reale possibilità di applicare la procedura. Chi scrive lo può affermare sulla propria esperienza di medico che ha già eseguito finora sei procedure di assistenza al suicidio, sulle quattordici note a livello nazionale, e segue molti casi ancora in itinere come consigliere della Associazione Coscioni che si occupa, come noto, di sostenere le richieste dei pazienti. Con tale proposta di legge, solo chi è collegato a un ventilatore polmonare o sottoposto alla dialisi o al limite alla nutrizione artificiale potrebbe ottenere il suicidio assistito. In tal senso, va chiarito che tali pa-

zienti non ne avrebbero neanche bisogno; per morire basterebbe che interrompessero la dipendenza da tali procedure.

Inoltre, questa interpretazione esclude quelle condizioni che la stessa Corte costituzionale ha già identificato e confermato - a seguito di pronunciamenti della magistratura ordinaria - come forme di sostegno vitale, quali necessità di: evacuazione artificiale dell'intestino, cateterismo vescicale, nutrizione artificiale, totale dipendenza da terzi.

Ci sarebbero poi da valutare, all'interno della proposta di legge della maggioranza, altre creative interpretazioni del contenuto delle sentenze della Corte costituzionale,

come ad esempio l'esclusione del Servizio Sanitario Nazionale dal momento attuativo della procedura.

In conclusione, qualora dovesse essere promulgato tale disegno, sarebbe verosimilmente destinato - al pari della legge sulla riproduzione assistita - ad essere successivamente smontato dalla Consulta. Il tutto mentre i tanti richiedenti continuerebbero nella loro condizione di sofferenza.

***MEDICO,
CONSULTA DI BIOETICA,
ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI**



Le terapie avanzate «avanzano» anche in Italia

I progetti finanziati dal Pnrr su Car-T, farmaci a Rna, terapie geniche e nanotecnologia hanno dato risultati concreti e aprono grandi prospettive su diversi fronti, a cominciare da tumori pediatrici e malattie ereditarie

di **Elena Meli**

Il futuro è adesso. Non è solo il titolo di un evento del Centro Nazionale per lo Sviluppo di Terapia Genica e Farmaci con Tecnologia a Rna, che si è svolto di recente per chiudere i primi tre anni di attività finanziati dal Pnrr: è anche una frase che racchiude il senso di come e quanto le terapie avanzate stiano cambiando radicalmente la medicina. Lo stanno facendo già oggi, lo faranno ancora di più nel prossimo futuro: durante l'incontro si sono per esempio raccontati i risultati raggiunti con la terapia a base di Car-T, cellule del sistema immunitario modificate geneticamente per riconoscere bersagli specifici sui tumori. Diventate in pochi anni una risposta concreta per un numero sempre maggiore di tumori del sangue, hanno prospettive di utilizzo in fase di sperimentazione

clinica avanzata nei tumori solidi o in alcune patologie autoimmuni. Sono una realtà anche le terapie con l'editing genetico, che cioè correggono un difetto genetico risolvendo «alla radice» patologie ereditarie gravi, mentre i veri farmaci di domani saranno sempre di più quelli che sfruttano l'Rna «per colpire un numero potenzialmente infinito di bersagli», come ha sottolineato Rosario Rizzuto, presidente del Centro Nazionale. La ricerca va veloce più che mai, gli studi condotti nell'ambito del progetto hanno dimostrato che le possibilità di trasferire in clinica i risultati con una rapidità senza precedenti sono concrete: ora lo sforzo deve essere mirato a garantire a chi ha bisogno di queste cure un accesso equo, appropriato e tempestivo.

continua alla pagina seguente

Cellule «cecchino» e forbici molecolari fanno la differenza

In diversi tipi di tumori, ma anche nelle malattie autoimmuni, i nuovi trattamenti aprono inedite prospettive

di **Elena Meli**

SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

Una rivoluzione. Non c'è altro modo per definire quanto sta accadendo grazie alle terapie cellulari

e genetiche avanzate: fino a un paio di decenni fa sembravano una prospettiva lontana, oggi sono la chiave per trattare tumori che non avevano terapie disponibili, la soluzione

per curare patologie genetiche rare e hanno segnato la svolta verso farmaci mirati e con enormi potenzialità per trattamenti personalizzati. La ricerca sta facendo passi da gi-

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



gante e l'obiettivo è portarne i risultati in clinica sempre meglio e prima: per questo è nato il Centro Nazionale per lo Sviluppo di Terapia Genica e Farmaci con Tecnologia a Rna, che dal 2022 è capofila di 44 fra università, istituti di ricerca e aziende con lo scopo di sviluppare prodotti farmaceutici basati sull'Rna e la terapia genica.

«La ricerca sta fornendo indicazioni sui meccanismi molecolari di numerose malattie, tumorali e non, e sulla base di queste oggi si possono identificare bersagli specifici e poi costruire farmaci da portare in clinica», spiega Rosario Rizzuto, presidente del Centro Nazionale. Il Centro ha coordinato le ricerche, che sono state condotte in 5 aree (tumori, malattie neurodegenerative, infezioni e malattie infiammatorie, patologie metaboliche e cardiovascolari, malattie rare) e in 5 diversi settori di sviluppo delle tecnologie e delle infrastrutture necessarie (dal biocomputing alla produzione di farmaci a Rna), per far diventare realtà gli strumenti terapeutici emersi dagli studi. Come le Car-T, usate per la prima volta nel 2012, ora

solida realtà per pazienti selezionati con alcuni tipi di leucemie, linfomi e mielomi, ma che, stanno mostrando prospettive di impiego sempre maggiori.

Linfociti T modificati

Per ottenere le Car-T specifiche cellule del sistema immu-

nitario, i linfociti T, vengono estratte dal sangue dei pazienti e modificate geneticamente per riconoscere le cellule tumorali o altri bersagli attraverso un recettore specifico, il Car (*chimeric antigen receptor*); una volta reintrodotta nel paziente, le Car-T uccidono le cellule neoplastiche o bloccano quelle che trasportano il loro bersaglio, come accade nel caso del più recente impiego nelle malattie autoimmuni. Sono «farmaci viventi», come le ha definite Franco Locatelli, responsabile dell'Area clinica e di Ricerca di Oncematologia, terapia cellulare, terapie geniche e trapianto emopoietico dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma e coordinatore di uno dei 10 spoke in cui si articola il Centro Nazionale, raccontando i 5 approcci innovativi che sono stati sviluppati nei 3 anni del progetto. «Abbiamo dimostrato, per esempio, che le Car-T possono essere usate in bambini con neuroblastoma, il tumore solido più frequente in età pediatrica», riferisce Locatelli. «In circa 1 caso su 2 il cancro recidiva o diventa refrattario al trattamento e quando accade le possibilità di recupero finora non superavano il 10-15%: con le Car-T su 54 piccoli pazienti la probabilità di sopravvivenza è più che triplicata, e se si interviene in fasi precoci la possibilità di recupero sfiora il 70%».

nitario, i linfociti T, vengono estratte dal sangue dei pazienti e modificate geneticamente per riconoscere le cellule tumorali o altri bersagli attraverso un recettore specifico, il Car (*chimeric antigen receptor*); una volta reintrodotta nel paziente, le Car-T uccidono le cellule neoplastiche o bloccano quelle che trasportano il loro bersaglio, come accade nel caso del più recente impiego nelle malattie autoimmuni. Sono «farmaci viventi», come le ha definite Franco Locatelli, responsabile dell'Area clinica e di Ricerca di Oncematologia, terapia cellulare, terapie geniche e trapianto emopoietico dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma e coordinatore di uno dei 10 spoke in cui si articola il Centro Nazionale, raccontando i 5 approcci innovativi che sono stati sviluppati nei 3 anni del progetto. «Abbiamo dimostrato, per esempio, che le Car-T possono essere usate in bambini con neuroblastoma, il tumore solido più frequente in età pediatrica», riferisce Locatelli. «In circa 1 caso su 2 il cancro recidiva o diventa refrattario al trattamento e quando accade le possibilità di recupero finora non superavano il 10-15%: con le Car-T su 54 piccoli pazienti la probabilità di sopravvivenza è più che triplicata, e se si interviene in fasi precoci la possibilità di recupero sfiora il 70%».

Lotte «fratricide»

I risultati sono altrettanto incoraggianti nella leucemia

mieloide acuta, un tumore aggressivo per cui non ci sono molte terapie disponibili: sono stati impiegati approcci di ingegneria genetica sofisticata per eliminare un antigene bersaglio che viene riconosciuto dalle cellule T e che può portare alla cosiddetta «fratricidia», ovvero a Car-T che si uccidono fra loro vanificando la cura, e si è inserito un recettore per un bersaglio, CD7, che si trova in circa il 10-15% dei casi. «Un terzo obiettivo è arrivare ad avere

Car-T allogeniche, ovvero da donatore: studi condotti al Bambino Gesù nell'ambito del progetto ne hanno dimostrato l'ottimo profilo di sicurezza ed efficacia», prosegue Locatelli. Le Car-T «universali» da donatore potrebbero essere di grande aiuto per aumentare il numero di malati candidabili al trattamento, perché in caso di tumori aggressivi le 2-3 settimane necessarie per il prelievo delle cellule T, la loro modificazione in laboratorio e la successiva reinfusione possono essere troppe. «Le Car-T si stanno poi dimostrando molto efficaci per “resettare” il sistema immunitario e migliorare notevolmente le condizioni di pazienti con alcune malattie autoimmuni gravi», aggiunge Locatelli. Nate per la cura dei tumori, queste cellule-cccchino sono capaci di imprese fuori dal comune nelle malattie in cui il sistema immunitario attacca l'organismo:

Il sito

● Centro Nazionale per lo Sviluppo di Terapia Genica e Farmaci con Tecnologia a Rna. Nato nel 2022 con un finanziamento del Pnrr, riunisce 44 organizzazioni in tutta Italia; la Fondazione che ne porta il nome è l'hub centrale e coordina 10 spoke di ricerca per produrre farmaci personalizzati. Per info sulle tante attività realizzate e in programma si può consultare il sito www.na-genetherapy.eu.

ha fatto scalpore di recente il caso di una 47enne tedesca con tre patologie autoimmuni ematologiche gravi che era costretta a letto senza grandi speranze di miglioramento e oggi, a un anno dalla terapia con Car-T, sta bene.

Editing genetico

Le terapie cellulari avanzate però non sono solo le Car-T: è già realtà anche la terapia genica di malattie ereditarie come la talassemia, approvata dall'Agenzia Italiana del Farmaco e sviluppata dall'Istituto San Raffaele Telethon per la Terapia Genica di Milano in collaborazione con il Bambino Gesù. In questi casi si usa il sistema Crispr-Cas9, una «forbice molecolare» che consente di tagliare o modificare precise sequenze del genoma di una cellula: quelle malate vengono prelevate, corrette in laboratorio e reintrodotte nel paziente in modo che si riproducano al posto delle cellule difettose, risolvendo malattie che dipendono da un gene «sbagliato», come la talassemia. La prossima frontiera, percorsa al San Raffaele da Luigi Naldini, è infine la terapia genica in vivo, con cui le cellule malate vengono modificate direttamente nel paziente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il presente e il futuro dei farmaci che sfruttano l'Rna

I trattamenti del futuro saranno sempre di più a base di farmaci a Rna. I medicinali «classici» hanno come bersaglio un migliaio di proteine, cioè non oltre un migliaio di geni sul totale dei 25 mila codificanti del Dna umano: utilizzare le tecnologie basate sull'Rna significa invece poter interagire con qualsiasi gene, anche con gli altri 35 mila non codificanti. Basta conoscere la sequenza del gene bersaglio, che porta a una proteina indesiderata responsabile di malattia, a una proteina che il sistema immunitario deve riconoscere o a una proteina mancante o carente, per creare in provetta un Rna *messaggero* (un tipo di Rna che porta il *messaggio* per tradurre i geni in

proteine) che nel primo caso si appaia a quello che fa produrre la proteina sbagliata, inattivando così la molecola in maniera efficace e superprecisa; nel secondo caso porta le informazioni per produrre la proteina e farla conoscere al sistema immunitario; nel terzo, diventa lo stampo su cui produrre la proteina che serve. Esistono poi strategie terapeutiche che usano l'interferenza dell'Rna, ovvero brevi Rna di sintesi che non codificano per proteine ma vanno a «incastrarsi» con precisione in Rna messaggeri specifici, impedendo che vengano tradotti in proteine: di fatto, con questo approccio si risolvono parecchi guai alla radice perché, anziché affrontare i problemi dovuti a prote-

ine anomale, si impedisce che vengano prodotte. Perché un qualsiasi farmaco a Rna arrivi ai pazienti non basta però realizzarlo in laboratorio, deve essere possibile produrlo rispettando severi criteri di sicurezza e qualità, oltre che in quantità utili a poterlo impiegare su ampia scala. Oggi nel nostro Paese c'è una risposta anche per questo: a Napoli è stata realizzata la Piattaforma per l'Rna, un'infrastruttura all'avanguardia utilizzabile da tutti i gruppi di ricerca del Centro Nazionale Terapia Genica e farmaci a Rna, che è già in grado di produrre Rna di ogni tipo in maniera automatizzata e ad alta efficienza.

Esistono diverse strategie, che agiscono sulle differenti funzioni di questa molecola fondamentale

Strumenti per portare le medicine alla destinazione giusta e per realizzarle abbattendo le difficoltà produttive



NATI PER IL DIABETE, USATI CONTRO L'OBESITÀ

Farmaci per dimagrire, ormai è boom di consumi

E in Borsa è un successo

I medicinali a base di semaglutide sono acquistabili soltanto con la ricetta
Ecco quali sono i termini, quanto costano, l'efficacia ed eventuali rischi

TIZIANA LAPELOSA

■ Il paziente "tipo" è obeso e affetto da diabete mellito di tipo 2, malattia autoimmune che non fa produrre insulina e che in Italia interessa una platea tra i 4 e i 5 milioni di persone. C'è poi il paziente "atipico". Quello a cui i jeans non entrano più, che quando si guarda allo specchio non si "rispecchia", che vorrebbe dimagrire, ma senza fatica. È la platea che ha fatto la fortuna della Novo Nordisk, multinazionale con sede in Danimarca specializzata in farmaci anti-obesità e per il diabete e produttrice dei medicinali Ozempic e Wegovy. Da quando si è scoperto che l'Ozempic ha tra gli effetti collaterali quello del senso di sazietà (che appunto non fa mangiare, spazza via i calcoli delle calorie, i sensi di colpa per aver "ceduto" ad un carboidrato e cose così, con la bilancia sempre dalla parte dei chili in più), è stato un pullulare di richieste da chi malato certificato non è. Ma come si ottiene il farmaco?

Per i diabetici è il medico specialista che lo prescrive. Di fronte ad un caso di obesità e diabete, studia un piano terapeutico che comprende, appunto, la cura con l'Ozempic. In questo caso, è il Servizio Sanitario Nazionale a coprire i costi del farma-

co, mentre il paziente paga soltanto il ticket che varia in base alla Regione di appartenenza. E, in qualche caso, può ritirarlo anche nella propria farmacia di fiducia e non in quella ospedaliera, che a sua volta si rifornisce dai depositi regionali e non dai propri. Ma per chi diabetico non è? Le vie sono due, una ufficiale e un'altra ufficiosa. Quella ufficiale passa attraverso lo studio, anche qui, di uno specialista che prescrive il farmaco alla persona che vuole dimagrire senza sforzo. Ottenuta la ricetta - quella bianca con l'intestazione del medico e "ripetibile" -, può comprare l'Ozempic o il Wegovy, altro farmaco a base di semaglutide, e iniziare la cura. Che costicchia. Una confezione di Ozempic, una penna pre-riempita con quattro aghi e dosi per una iniezione sottocutanea alla settimana per un mese, costa circa 180 euro. Molto meno che il Wegovy, farmaco che invece serve soltanto per il trattamento dell'obesità e del sovrappeso. Il suo costo varia tra i 220 e i 380 euro al mese, a seconda del dosaggio: dal più basso, lo 0,25 mg iniziale, al più alto di 2,4 mg di mantenimento. Anche in questo caso la ricetta medi-

ca è essenziale per poterlo acquistare e in rarissimi casi è coperto dal Servizio Sanitario Nazionale. Ma, essendo la ricetta "ripetibile" (e cioè si può utilizzare la stessa per più e più volte senza che la farmacia abbia l'obbligo di trattenerla), sembra che ci sia lo scontro (sottobanco) senza scrupoli a chi la ricetta non ce l'ha. Magari con lo sconto. Alla fine del primo anno, la spesa può toccare i 4mila euro. Il secondo anno, considerando che entra in ballo il solo mantenimento, la cifra sale a 4.600. Ne vale la pena?

Per chi cerca il dimagrimento facile non essendo diabetico e non ha problemi a mettere mano al portafoglio, sicuramente è una svolta. I farmaci (che aumentano la produzione di insulina da parte del pancreas in risposta al cibo, rallentano lo svuotamento gastrico e agendo sul sistema nervoso centrale riducono il senso di fame favorendo il controllo della glicemia e quindi perdita di peso), del resto, sembrano non avere controindi-



cazioni tali rinunciarci a priori. Il solo "intoppo" è che, una volta smesso di assumerlo, i chili ritornino come prima, o più di prima. Nonostante le confezioni abbiano all'interno un prontuario che invita ad uno stile corretto di vita, il farmaco, avvertono i biologi nutrizionisti, non insegna a mangiare bene, e il rischio dunque è ritrovarsi punto e a capo. Si parla anche dell'"ozempic face", ovvero l'effetto volto scavato e pelle poco tonica provocato da un dimagrimento veloce che il volto non riesce a gestire perché privato del grasso che lo sostiene. Anche l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) avverte che questa non è una "scorciatoia" per dimagrire.

Ciò detto, ieri l'Ema (Agen-

zia europea del farmaco) ha raccomandato «un'estensione dell'autorizzazione all'immissione in commercio di Wegovy nell'Unione europea per includere una formulazione orale per il controllo del peso». Non soltanto più iniezioni, ma anche pillole. Compresse, è la raccomandazione, da utilizzare «in combinazione con dieta e attività fisica, negli adulti con obesità o in quelli in sovrappeso con almeno una comorbidità (la presenza di più patologie, ndr) correlata al peso». Compresse che, a differenza delle iniezioni sottocutanee prescrivibili per pazienti a partire da 12 anni, sono destinate soltanto agli adulti e, anche qui, con pre-

scrizione medica. Una pillola al giorno, a stomaco vuoto da almeno otto ore, per togliere il grasso di torno.

Intanto l'industria farmaceutica che ha sviluppato questi medicinali vola molto alto. Sebbene l'europea Nova Nordisk sia produttrice dei farmaci anti-obesità più noti, non è la sola ad operare nel settore. Al punto che, dopo le previsioni di vendita del 2026, il gruppo farmaceutico è crollato in borsa del 18%, considerando anche che molti brevetti scadranno quest'anno in paesi come Brasile, Turchia, Cina, Messico, mentre in Europa bisogna aspettare il 2031. Troppa, comunque, la concorrenza. All'orizzonte,

per esempio, c'è l'americana Eli Lilly, che in borsa, nell'ultimo mese, ha registrato un +139% grazie ai farmaci per perdere peso senza sforzo.

Il sogno, evidentemente, di milioni di persone in tutto il mondo.

L'AZIONE

Il farmaco imita l'ormone GLP-1 che regola la glicemia e riduce il senso di fame

PRESCRIZIONE

In caso di diabete e obesità, la cura con l'Ozempic è a carico del Servizio sanitario



I farmaci a base di semaglutide si assumono per mezzo di un'iniezione



L'ISTAT METTE IN GUARDIA SUL POSSIBILE SVILUPPO DI MALATTIE

Sedentarietà, peso, fumo e alcol: i fattori di rischio per la salute degli italiani

di MARCO MONTINI

In Italia sedentarietà in decrescita, stabili eccesso di peso, consumo di alcol a rischio e abitudine al fumo. È questa la fotografia scattata dall'Istat sui principali fattori di rischio per la salute nel 2025, dunque su quegli stili di vita che potrebbero aumentare il pericolo di sviluppare anche patologie croniche.

Una immagine nitida, da non sottovalutare, che racconta un BelPaese in cui lo stile sedentario cala di 2,4 punti percentuali rispetto al 2024, con il problema che ancora riguarda tre persone su 10 nella popolazione di 3 anni e più, mentre la quota di persone adulte in eccesso di peso è pari al 46,4%: valori stabili rispetto agli ultimi 3 anni.

C'è poi un il 15,1% degli italiani, che ha almeno un comportamento di consumo di alcol a rischio mentre il 18,6% è fumatore. Quasi raddoppiato in 4 anni, invece, l'utilizzo della sigaretta elettronica e di prodotti a tabacco riscaldato non bruciato (dal 3,9% nel 2021 al 7,4% nel 2025).

SCARSA DIFFUSIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA

Si badi bene: poiché si tratta per lo più di comportamenti modificabili, il loro monitoraggio, la diagnosi precoce e le azioni di contrasto rappresentano interventi essenziali per il benessere psicofisico della persona. Nel confronto con i 27 paesi della Unione Europea, l'Italia presenta tassi molto bassi di obesità e una quota inferiore di fumatori abituali; tuttavia, il nostro Paese

si distingue anche per la scarsa diffusione dell'attività fisica tra gli adulti, che spesso non raggiunge i livelli raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il mantenimento di un buon stato salute. Insomma, uno scenario piuttosto agrodolce in materia, uno scenario in cui la prevenzione sanitaria conta molto, moltissimo.

IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

Secondo il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, infatti, i principali fattori di rischio, insieme alle condizioni ambientali e al contesto sociale, economico e culturale, sono responsabili di circa il 60% delle malattie croniche non trasmissibili, ossia di quelle cause più frequentemente responsabili della mortalità in Italia e nel mondo.

Il Piano adotta una visione integrata della salute fondata sull'equilibrio tra benessere umano, ecosistemi e ambiente, sottolineando l'importanza di interventi di prevenzione



L'IDENTITÀ

ne primaria fin dalle prime fasi della vita, affinché producano benefici duraturi per l'individuo, la comunità e le generazioni future.

Rilevante, in questo quadro, anche la approvazione della Legge numero 149/2025, che riconosce l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante.

La norma prevede l'inclusione delle prestazioni per la sua cura nei Livelli Essenziali di Assistenza e istituisce un programma nazionale dedicato alla prevenzione e al trattamento.

I DATI DELL'ISTAT

A proposito di obesità e dell'indagine dell'Istituto nazionale di Statistica, preoccupano e non poco alcuni numeri: nel 2025 è di circa il 46,4% la quota di soggetti di 18 anni e più in eccesso di peso, tra queste il 34,8% è in sovrappeso e l'11,6% in condizione di obesità (5 milioni 750mila persone). Il dato è stabile rispetto a quanto registrato nell'ultimo triennio, tuttavia l'analisi degli ultimi 10 anni mette in luce un aumento di 1,3 punti percentuali, determinato dalla componente dell'in-

dicatore relativa all'obesità, passata dal 9,8% all'11,6%.

È diminuita leggermente, invece, la quota relativa al sovrappeso, passata dal 35,5% nel 2015 al 34,8% nel 2025. L'incremento dell'obesità nel tempo ha riguardato in egual misura uomini e donne, interessando soprattutto la popolazione di 18-54 anni (+2,4 punti percentuali), mentre nelle altre classi di età il fenomeno si è mantenuto relativamente stabile.



(© Imagoeconomica)





Servizio Lo studio

Disturbi mentali, diagnosi raddoppiate dal 1990: colpiti in 1,2 miliardi nel mondo

La prevalenza è stata rilevata in entrambi i sessi in 25 fasce d'età, 21 regioni e 204 Paesi e territori dal 1990 al 2023

di Letizia Giostra

22 maggio 2026

Sono 1,2 miliardi le persone nel mondo che soffrono di disturbi mentali. Un numero che pesa se confrontato con il numero di diagnosi fatte nel 1990, praticamente il doppio. I disturbi mentali diventano quindi la principale causa di disabilità a livello globale, superando le malattie cardiovascolari, il cancro e le patologie muscolo-scheletriche.

Lo studio - condotto dai ricercatori dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (Ihme) in collaborazione con l'University of Queensland e pubblicato sulla rivista *The Lancet* - prova ad accendere i riflettori sul tema per capire cosa sia successo in quasi quarant'anni.

Disturbo d'ansia e la depressione maggiore: casi in aumento post-Covid

Sono 12 i disturbi mentali finiti sotto la lente dell'indagine. I disturbi d'ansia e la depressione maggiore, ad esempio, sono classificati rispettivamente all'11esimo e al 15esimo posto su 304 malattie e lesioni nel mondo. Due diagnosi che vanno lette pure in termini di disabilità provocata: nel 2023, infatti, i disturbi mentali hanno rappresentato 171 milioni di anni di vita persi a causa di disabilità in tutto il mondo, dato che li colloca al quinto posto tra le principali cause di morbidità. Inoltre i disturbi mentali hanno rappresentato oltre il 17% di tutti gli anni vissuti con disabilità a livello globale.

Gli incrementi sono stati in gran parte trainati proprio dai disturbi d'ansia e dal disturbo depressivo maggiore: dal 2019, la prevalenza standardizzata per età della depressione maggiore è aumentata di circa il 24%, mentre i disturbi d'ansia si sono intensificati superando il 47%, con entrambe le condizioni che hanno raggiunto il picco negli anni post-Covid.

«Questi trend in aumento potrebbero riflettere sia gli effetti persistenti dello stress legato alla pandemia, sia fattori strutturali di lungo termine come povertà, insicurezza, abusi, violenza e declino delle connessioni sociali - è il commento dell'autore Damian Santomauro, professore associato al Queensland Centre for Mental Health Research e assistant professor affiliato all'Ihme - Affrontare questa sfida crescente richiederà investimenti costanti nei sistemi di salute mentale, un accesso più ampio alle cure e un'azione globale coordinata per supportare al meglio le popolazioni più a rischio».

L>alert per le nuove generazioni e le donne

I disturbi mentali e i giovani. Lo studio fa il punto anche su questi ultimi - soprattutto nella fascia d'età tra i 15 e i 19 anni - sottolineando il modo sproporzionato in cui il loro benessere psicologico

viene colpito. Nonostante le diagnosi possono arrivare in tutte le fasi della vita, le tipologie di disturbi e il loro impatto variano in base all'età della persona.

Durante l'infanzia, le diagnosi più frequenti sono i disturbi dello spettro autistico, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Adhd), il disturbo della condotta e la disabilità intellettiva idiopatica dello sviluppo, con una maggiore incidenza nei maschi rispetto alle femmine. Più si diventa grandi e si entra nella fase dell'adolescenziale, più è maggiore la probabilità di diagnosticare l'ansia e il disturbo depressivo maggiore.

Volgendo lo sguardo verso il genere femminile, nel 2023 sono state 620 milioni le donne a convivere con un disturbo mentale, rispetto ai 552 milioni uomini. Sempre le donne hanno totalizzato 92,6 milioni di anni di vita persi a causa di disabilità o morte prematura, contro i 78,6 milioni degli uomini. Secondo lo studio, le differenze sono condizionate da diversi fattori. Primi fra tutti, i casi di violenza domestica e abusi sessuali.

I luoghi e le lacune nell'assistenza

Le regioni ad alto reddito, come l'Australasia e l'Europa occidentale, hanno registrato alcuni dei tassi di incidenza più elevati, in particolare in Paesi come i Paesi Bassi, il Portogallo e l'Australia. Ma aumenti significativi sono stati individuati anche nell'Africa subsahariana occidentale e in alcune zone dell'Asia meridionale.

Le analisi del Gbd (Global Burden of Disease) stimano che solo circa il 9% delle persone con disturbo depressivo maggiore a livello globale riceve un trattamento minimamente adeguato, e meno del 5% riceve cure adatte in 90 Paesi.

Sui 204 Paesi e territori considerati, solo un piccolo numero di contesti ad alto reddito, tra cui Australia, Canada e Paesi Bassi, ha una copertura del trattamento superiore al 30%, evidenziando gravi gap globali nell'assistenza da colmare.



Servizio Drug repurposing

Ematologia: nuove terapie con molecole già note, la cura è più veloce e sostenibile

Valorizzare molecole studiate e utilizzate in altri ambiti accelera i tempi di ricerca, ottimizza le risorse e offre rapide opportunità ai pazienti

*di Paolo Ghia **

22 maggio 2026

Integrazione e riutilizzo della conoscenza. Sono questi gli elementi chiave che hanno consentito, negli ultimi anni, lo sviluppo di soluzioni terapeutiche innovative in ematologia.

Uno degli strumenti fondamentali di questa strategia è il riposizionamento di farmaci (o drug repurposing): valorizzare molecole già note, studiate e utilizzate in altri ambiti consente infatti di accelerare i tempi della ricerca, ottimizzare le risorse e, soprattutto, offrire più rapidamente nuove opportunità ai pazienti.

L'esperienza maturata durante la pandemia da COVID-19 ha reso evidente quanto sia importante investire in approcci di questo tipo.

Il secondo strumento è la “cross-fertilizzazione” tra discipline: per esempio, immunologia clinica ed ematologia condividono meccanismi biologici comuni, in particolare nel campo delle patologie dei linfociti B.

Cellule apparentemente diverse – neoplastiche o reattive – presentano pathway molecolari sovrapponibili che possono essere efficacemente modulati con le stesse classi di farmaci. Questo approccio trasversale consente di ampliare indicazioni terapeutiche e di massimizzare il valore di investimenti già realizzati.

Farmaco rimborsabile per seconda indicazione

In tale scenario si inserisce la notizia che pirtobrutinib, primo e unico inibitore di BTK non covalente (reversibile), ha recentemente ottenuto la rimborsabilità per una seconda indicazione. Già disponibile in Italia per il linfoma mantellare, oggi lo è anche per i pazienti adulti con LLC recidivante o refrattaria già trattati con un inibitore covalente di BTK.

La LLC è la forma più comune di leucemia negli adulti, con circa 3.000 nuovi casi l'anno in Italia e un'incidenza che aumenta significativamente con l'età, con un'età mediana alla diagnosi intorno ai 70 anni.

Nonostante i progressi terapeutici, una quota rilevante di pazienti sviluppa resistenza o intolleranza alle terapie disponibili, entrando in una fase di crescente complessità clinica.

Pirtobrutinib costituisce una risposta concreta a questo bisogno insoddisfatto. Il suo meccanismo d'azione - basato su un legame reversibile con BTK - consente di superare i meccanismi di resistenza che emergono con gli inibitori covalenti di prima e seconda generazione, comprese le mutazioni della molecola BTK.

I dati dello studio BRUIN di fase 1/2, pubblicati sul New England Journal of Medicine, hanno dimostrato risposte clinicamente significative e durature anche in pazienti fortemente pretrattati, offrendo una nuova possibilità di controllo di malattia.

Ricerca sostenibile ed efficiente

L'introduzione di questa opzione terapeutica non rappresenta solo un avanzamento clinico, ma anche un esempio paradigmatico di come la ricerca possa evolvere in modo sostenibile ed efficiente.

Investire su meccanismi d'azione già validati, esplorandone nuove applicazioni, in ambiti diversi, consente infatti di ridurre i tempi tra scoperta e accesso per il paziente, migliorando al contempo la sostenibilità dei sistemi sanitari.

È essenziale, allora, continuare a investire in modelli di ricerca integrata, capaci di mettere in dialogo discipline diverse e di valorizzare pienamente il potenziale delle molecole esistenti. Solo così potremo trasformare l'innovazione scientifica in benefici concreti e tempestivi per i pazienti.

**Professore ordinario di Oncologia Medica presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano*

Servizio Lo studio

Tumori, nel futuro ci saranno tante “pallottole magiche”: ecco i farmaci ADC

L'idea è semplice e allo stesso tempo rivoluzionaria: portare il farmaco “killer” direttamente dentro le cellule tumorali, riducendo i danni ai tessuti sani

di Maria Rita Montebelli

22 maggio 2026

Tra le terapie oncologiche più promettenti degli ultimi anni ci sono gli ADC (Antibody-Drug Conjugates), farmaci che assommano la precisione degli anticorpi monoclonali, alla potenza dei chemioterapici più “energetici”. L'idea è semplice e allo stesso tempo rivoluzionaria: portare il farmaco “killer” direttamente dentro le cellule tumorali, riducendo i danni ai tessuti sani. Che è poi quanto di più vicino ci sia al concetto di “pallottola magica” (magic bullet), capace di colpire solo le cellule malate, ipotizzato nel 1907 dal medico tedesco Paul Ehrlich. Anche per questo, sugli ADC si appuntano tante speranze e tanti interessi. In pratica potrebbero diventare la chemioterapia intelligente del terzo millennio. E la prestigiosa rivista scientifica *Cell* dedica loro, alla vigilia del congresso annuale dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) uno speciale focus.

Cosa sono i farmaci ADC

I farmaci ADC sono composti da tre elementi strutturali: un anticorpo, che riconosce un bersaglio presente sulle cellule tumorali; un farmaco chemioterapico tossico molto potente; il cosiddetto linker, cioè un collegamento chimico che tiene unite le due parti per poi sganciare il carico tossico all'arrivo sul bersaglio, cioè nella cellula tumorale. In pratica, l'anticorpo funziona come un ‘navigatore’ intelligente che recapita come un postino il farmaco tossico alla cellula tumorale. Le nuove generazioni di ADC utilizzano oggi una gamma molto più ampia di “carichi terapeutici”, cioè le sostanze trasportate dagli anticorpi fino al tumore. Non si tratta più soltanto di farmaci altamente tossici per uccidere le cellule cancerose, ma anche di molecole intelligenti in grado di modulare il sistema immunitario o di agire con meccanismi completamente innovativi.

Anche gli ADC insomma stanno evolvendo: da semplici “navette” per trasportare chemioterapici, a strumenti terapeutici sofisticati e programmabili, in grado di adattarsi a diversi tipi di tumore e di offrire nuove possibilità anche ai pazienti con poche alternative di cura.

Perché gli ADC sono importanti nella terapia oncologica

Molti farmaci antitumorali sono efficaci ma troppo tossici per essere utilizzati come tali su un paziente. Gli ADC permettono invece di utilizzare molecole estremamente potenti (e tossiche), limitandone però la diffusione e dunque i danni nell'organismo.

Oggi gli ADC sono tra le terapie oncologiche in più rapida crescita e attenzionate del momento. Dopo i primi successi nei tumori del sangue (leucemia mieloide, leucemia linfatica acuta, linfoma di Hodgkin non-Hodgkin, mieloma multiplo), sono arrivati risultati importanti anche nei tumori

solidi, come nel tumore al seno HER2 positivo (con trastuzumab emtansine) e in quello della vescica (con enfortumab vedotin), mentre il trastuzumab deruxtecan (T-DXd) è approvato per una serie di tumori solidi HER2+, quali quelli di seno, polmone (non a piccole cellule), stomaco, giunzione gastro-esofagea ed altri.

Dal 2000, anno dell'immissione sul mercato del primo ADC (era il gemtuzumab ozogamicin), il numero di farmaci disponibili in questa categoria è cresciuto rapidamente: nel 2025 si contavano 19 ADC approvati nel mondo, (una decina solo negli ultimi 5 anni) la maggior parte dei quali (ben 13) sono destinati ai tumori solidi. E accanto a quelli già approvati, ce ne sono almeno altri 50 in stadio avanzato di sviluppo clinico. Grazie a nuove tecnologie di ingegneria molecolare, oggi gli ADC sono molto più stabili e precisi rispetto a passato. Ma nonostante la lista delle indicazioni si allunghi di anno in anno, questi farmaci non possono al momento essere utilizzati per il trattamento di tante forme tumorali.

Un esempio di terapia intelligente, dei “droni” radiocomandati

Gli ADC non si limitano a ‘trasportare’ un farmaco verso un bersaglio. Quelli di ultima generazione sono esempi di terapie ‘smart’. Gli anticorpi che li compongono riconoscono bersagli specifici presenti sulle cellule tumorali e ci si agganciano, ma non si limitano al semplice recapito di un farmaco nel cuore del tumore.

Alcuni ADC infatti, sono in grado anche ad attivare il sistema immunitario. Attraverso particolari interazioni con cellule e proteine della difesa immunitaria, possono stimolare meccanismi che aiutano l'organismo ad attaccare direttamente il tumore. E sono diversi gli ADC di nuova generazione progettati per potenziare la risposta immunitaria anti-tumorale. Altri, invece, sono stati modificati per evitare interazioni indesiderate con tessuti sani, come fegato e midollo osseo, riducendo così il rischio di tossicità.

Un aspetto particolarmente interessante è il cosiddetto ‘effetto bystander’. Quando il farmaco viene rilasciato sul tumore, può diffondersi anche alle cellule cancerose che magari non espongono il bersaglio riconosciuto dall'anticorpo. Questo permette di colpire tumori molto eterogenei, dove non tutte le cellule sono identiche.

Gli scienziati stanno inoltre studiando sistemi ancora più sofisticati, per sfruttare le caratteristiche tipiche del microambiente tumorale — per esempio l'alta presenza di enzimi chiamati proteasi — per rilasciare il farmaco direttamente nella zona del tumore. In questo modo gli ADC potrebbero funzionare anche contro quei tumori che esprimono pochi bersagli molecolari.

Infine, alcune delle sostanze trasportate dagli ADC sembrano provocare una morte ‘immunogenica’ delle cellule tumorali, cioè una morte capace di “risvegliare” il sistema immunitario contro il cancro. E questo apre la strada a combinazioni molto promettenti con l'immunoterapia, come gli inibitori dei checkpoint immunitari.

Le nuove frontiere e la rivoluzione in corso

Gli ADC vengono spesso definiti “tre farmaci in uno” perché combinano tre elementi: un anticorpo che riconosce il tumore, un farmaco tossico che uccide le cellule cancerose e un collegamento chimico che li tiene uniti.

Poiché sviluppare nuovi anticorpi è complesso e rischioso, molte aziende hanno scelto di modificare solo una parte dell'ADC, per esempio cambiando il farmaco trasportato ma mantenendo lo stesso anticorpo. Un esempio è quello degli ADC anti-HER2, usati soprattutto nel tumore al seno: oggi ce ne sono già cinque approvati.

Alcune modifiche hanno portato a risultati di successo. È il caso di trastuzumab deruxtecan (T-DXd), che ha mostrato un'efficacia superiore rispetto a farmaci precedenti e risultati promettenti anche nei tumori con bassi livelli di HER2. In altri casi, invece, cambiare il 'carico' tossico non è bastato per ottenere farmaci efficaci o sicuri.

L'esperienza clinica ha inoltre evidenziato che, anche usando anticorpi già ben conosciuti, ogni nuovo ADC deve essere valutato attentamente per i possibili effetti collaterali, come il rischio di malattie polmonari infiammatorie, osservato con alcuni trattamenti.

La ricerca si sta ora concentrando sugli ADC di nuova generazione, contenenti anticorpi capaci di riconoscere più bersagli contemporaneamente o dotati di sistemi di rilascio più selettivi o contenenti farmaci attivi anche in tumori con pochi marcatori o infine studiati per essere somministrati in combinazione con l'immunoterapia. L'obiettivo è ampliare l'efficacia di queste terapie, anche in tumori finora 'off limits', mantenendo sotto controllo la tossicità.

Questa categoria di farmaci sta cambiando il modo di trattare molti tumori in stadio avanzato, ma potrebbero presto essere utilizzati anche nelle fasi più precoci della malattia oncologica.

La sfida dei prossimi anni sarà capire quali pazienti possono trarne il massimo beneficio e come gestire al meglio gli effetti collaterali. Ma una cosa appare già chiara: la "pallottola magica" immaginata oltre un secolo fa non è più solo un sogno teorico, ma una realtà sempre più concreta dell'oncologia moderna.

Servizio Festival dell'Economia

Intelligenza artificiale per il 61% dei medici ma resta il nodo della formazione

L'exploit dell'AI Generativa tra i camici bianchi pone il tema delle competenze e dell'uso di strumenti dedicati al settore sanitario: i primi dati dell'Osservatorio Sanità digitale del Politecnico di Milano presentati in anteprima al Festival dell'Economia

di Barbara Gobbi

23 maggio 2026

L'Intelligenza artificiale segna un vero e proprio exploit tra i medici: il 61% oggi utilizza l'AI generativa, da Chat Gpt a Copilot. Il dato, presentato in anteprima al Festival dell'Economia, arriva dall'ultima ricerca dell'Osservatorio Sanità digitale del Politecnico di Milano. «Preoccupa però che nel 90% dei casi si usino piattaforme non specifiche per il settore sanitario, quelle che i medici acquistano direttamente - avvisa la direttrice dell'Osservatorio, Chiara Sgarbossa -. Questo comporta potenziali rischi nel caso in cui si inseriscano dati personali del paziente o referti, senza utilizzare versioni più chiuse».

Non solo: «C'è il pericolo di "allucinazioni" e cioè che le risposte non siano vere ma solo probabili e plausibili - prosegue - e per questo è importante andare verso piattaforme dedicate». A dichiararsi "formato" in tema di AI generalista è intanto appena il 30% dei professionisti: «Occorre rendere i medici più consapevoli degli strumenti che utilizzano ma anche sviluppare competenze utili per questa vera e propria rivoluzione», conclude l'esperta.

Una rivoluzione che "è già qui", sottolinea Andrea Laghi, direttore Dipartimento Diagnostica per Immagini, Ircs Istituto clinico Humanitas : «C'è un'AI "invisibile" molto diffusa, dalla diagnostica per immagini alla cardiologia alla dermatologia. Idem in oncologia, dove oggi la Tac emette una dose di radiazioni del 60% più bassa rispetto a quattro-cinque anni fa, grazie a sistemi integrati di machine learning». Non solo: oggi l'AI può essere di supporto anche in contesti critici come il Pronto soccorso, con la sua capacità di riconoscere in prima battuta una frattura - ma la conferma resta al radiologo - o di assegnare priorità di visita ai pazienti più gravi. C'è poi l'AI "conversazionale" che aiuta il medico a refertare e nella relazione con il paziente.

Resta però il tema di una gestione consapevole. «Il medico attuale, con le sue competenze, non può "farcela" da solo - avvisa Laghi -: perché questo sia possibile serve un team multiprofessionale che includa ingegneri biomedici, ingegneri clinici, data scientist, esperti giuristi e amministrativi. Quanto alle nuove generazioni, i nostri primi laureati di Humanitas Medtec School che unisce Medicina e Ingegneria Biomedica, sono già "nativi"», conclude.

Ma intanto, a che punto è l'Italia? «L'investimento sull'Intelligenza artificiale è partito solo quattro anni fa - sottolinea Domenico Mantoan, Ad Ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda, già Dg Agenas e ora nel Cda dell'Agenzia - ma nel contesto dell'AI Act europeo, siamo stati i primi a darci

una legge, fissando paletti chiari. Inanzitutto, questo strumento non può sostituire né l'uomo né il medico; poi, i dati del cittadino possono essere utilizzati "in chiaro" solo per la cura. Però oggi, perché non si crei un far west, i manager degli ospedali devono conoscere la legge. Quanto all'assistenza sul territorio, per supportare i medici di famiglia nella presa in carico dei pazienti cronici Agenas sta costruendo la Piattaforma nazionale 'Mia' basata proprio sull'IA».

Servizio Rischio di genere

Alzheimer: depressione, sedentarietà e sonno segnali d'allarme per le donne

Studio rivela che esistono fattori di rischio modificabili di genere e indica l'importanza di agire con strategie mirate per frenare il declino cognitivo

di Federico Mereta

22 maggio 2026

I numeri parlano chiaro. Le donne sono più esposte alla probabilità di sviluppare la malattia di Alzheimer ed altre forme di deficit cognitivo, tanto da rappresentare quasi i due terzi dei casi. Inoltre manifestano un decorso iniziale più rapido rispetto agli uomini. A spiegare la maggior vulnerabilità biologica del genere femminile possono concorrere diversi elementi: ad esempio l'aspettativa di vita più lunga, fattori ormonali, l'accumulo più rapido della proteina tau e amiloide che si depositano, l'impatto più pesante dei fattori genetici di rischio. Ma attenzione. Se su questi aspetti si può fare poco, ci sono invece elementi di pericolo specifici di genere su cui agire in prevenzione è possibile, con una particolare attenzione per la donna. A dirlo è una ricerca condotta dagli esperti dell'Università della California di San Diego (primo nome Megan Fitzhugh), coordinata da Judy Pa e pubblicata su *Biology of Sex Differences*.

Il rischio di genere

Gli studiosi d'oltre Oceano hanno preso in esame le informazioni relative a 13 diversi fattori di rischio (ad esempio livello di istruzione, perdita dell'udito, fumo, consumo di alcol, obesità, depressione, inattività fisica, ipertensione, diabete e altre patologie cardiometaboliche) in una popolazione di oltre 17.000 adulti compresi nello Health and Retirement Study. "Questi fattori, codificati dalla letteratura internazionale, sono la chiave per gli approcci di prevenzione del decadimento cognitivo e le strategie di salute cerebrale", segnala Matteo Pardini, docente presso il Dipartimento di neuroscienze, riabilitazione, oftalmologia, genetica e scienze materno-infantili – DINOEMI dell'Università di Genova – Azienda Ospedaliera Metropolitana Genovese.

L'analisi di questi dati ha rivelato che per le donne la depressione risulta maggiormente frequente rispetto agli uomini (17% rispetto al 9% negli uomini), così come inciderebbero di più la sedentarietà (48% rispetto al 42%) e le difficoltà nel sonno (45% rispetto al 40%). Infine, nel genere femminile si è riscontrato un livello di istruzione medio leggermente inferiore, possibile fattore di rischio per il successivo declino cognitivo.

Nella popolazione maschile si sono invece osservati con più frequenza altri fattori di rischio: il calo uditivo (64% rispetto al 50% nelle donne) il diabete (24% rispetto al 21%), l'abuso di alcolici (22% rispetto al 12%). Praticamente pari, infine, la situazione per l'ipertensione (siamo intorno al 60% della popolazione in esame e per l'indice di massa corporea: il BMI medio per entrambi i sessi è risultato nella fascia di sovrappeso-obesità. Attenzione però: le carenze nella salute cardiaca e metabolica hanno mostrato associazioni negative più marcate con le funzioni cognitive nelle

donne. Anche la perdita dell'udito e il diabete, pur essendo più comuni negli uomini, sono risultati associati a punteggi cognitivi inferiori nelle donne.

Verso la prevenzione di precisione

Insomma: non solo alcuni fattori di rischio modificabili sono più frequenti nelle donne che negli uomini, ma lo stesso fattore di rischio per il decadimento cognitivo potrebbe non colpire tutti allo stesso modo, con effetti cognitivi moderati negli uomini ma pesanti influenze sul benessere cerebrale femminile. “Queste differenze evidenziano l'importanza di considerare il sesso come variabile chiave nella ricerca sulla demenza – è il commento di Pa in una nota dell'Università californiana -. Le differenze di genere sono profondamente trascurate in molte delle principali cause di morte come l'Alzheimer, le malattie cardiache e il cancro”. Insomma: piuttosto che concentrarsi in modo aspecifico sui fattori di rischio in generale, quando si parla di elementi modificabili secondo gli esperti sarebbe importante dare priorità a quelli che sembrano avere il maggiore impatto cognitivo per i maschi e per le femmine.

“E' importante notare anche come, attraverso la lente dei fattori di rischio modificabili e della salute cerebrale – fa sapere Pardini – la prevenzione personalizzata è fattibile in tutte le fasi della vita”. Ed allora? Per le donne si richiede particolare attenzione alla gestione della depressione, all'aumento dell'attività fisica e al miglioramento della salute cardiovascolare, in particolare in caso di ipertensione non trattata. “Guardando oltre i fattori di rischio più comuni, abbiamo scoperto che alcuni hanno un impatto sproporzionatamente maggiore sulla cognizione femminile – è il parere di Megan Fitzhugh -. Questo suggerisce che gli interventi di prevenzione potrebbero essere più efficaci se mirati non solo alla prevalenza dei fattori di rischio, ma anche all'entità con cui ciascun fattore influenza la cognizione nelle donne rispetto agli uomini”. “La prevenzione del decadimento cognitivo, - conclude Pardini - anche in un'ottica di genere, parte da cose semplici, spesso però non valorizzate a sufficienza. Conoscendo il peso per la salute cerebrale dei fattori modificabili è possibile sensibilizzare le persone a comprendere come la memoria si protegge giorno per giorno”.

Lombardia, Christian aveva 55 anni

Fine vita, morto malato di sclerosi

Christian, 55enne lombardo, affetto da sclerosi multipla, è morto lo scorso 18 maggio dopo essersi autosomministrato il farmaco letale. È il 17esimo caso in Italia. Lo rende noto l'associazione Luca Coscioni. La patologia, da cui era affetto dal 1999, ha portato Christian a soffrire dolori divenuti insopportabili e a dipendere totalmente dall'assistenza dei suoi caregiver: non poteva più camminare, era sottoposto a manovre di evacuazione manuale, aveva il catetere vescicale e soffriva di continue infezioni alle vie urinarie. Per

questo, di fronte all'irreversibilità della malattia e al progressivo peggioramento, Christian ha iniziato a informarsi sui suoi diritti nel fine vita in Italia e, a febbraio scorso, ha chiesto alla sua azienda sanitaria la verifica delle condizioni per accedere al suicidio medicalmente assistito in Italia. «Il caso di Christian conferma la piena applicabilità della sentenza della Corte costituzionale in tutto il territorio nazionale, non solo in Toscana e Sardegna. Si conferma anche che quando un'azienda sanita-

ria adempie con tempestività ai propri compiti, il paziente riesce ad evitare di dover subire una lunga agonia contro la propria volontà».



SALUTE E CONTRATTI

Medici a gettone in aiuto dei Pronto soccorso

*L'Asl Rm5 aggira il limite del Ministero
Bando da 4 milioni per nuovi camici bianchi*

ANTONIO SBRAGA

••• L'Asl Roma 5 ha deciso di aggirare il limite, imposto dal ministero della Salute, sulle gare d'appalto per l'ingaggio dei medici «gettonisti». L'azienda del quadrante est della provincia ha appena indetto, infatti, una nuova gara da 4 milioni e 335 mila euro per arruolare i camici bianchi di società e cooperative per coprire i turni nei suoi 5 Pronto soccorso, dove mancano 20 medici. «Poiché sussistono i presupposti inderogabili della grave carenza organica e dell'impossibilità certificata di utilizzare personale già in servizio, sia dipendente che in regime di convenzione - ha scritto l'Asl - si rende necessario procedere con estrema urgenza all'espleta-

mento della procedura in forma accelerata», per un importo «unitario a base di gara pari a 85 euro l'ora». Il precedente appalto «per l'affidamento del servizio di guardia attiva di Pronto soccorso diurna e notturna con turni di 12 ore per il periodo di 12 mesi e importo a gara base di gara semestrale di 2 milioni e 888 mila euro» risale al luglio scorso. Però secondo l'Asl non è possibile rispettare «il limite temporale massimo di 12 mesi per gli affidamenti di servizi di fornitura di personale medico», che è stato introdotto lo scorso anno dal Ministero proprio per arrivare al «progressivo superamento delle esternalizzazioni» da parte delle Asl. La Roma 5 scavalca il limite ministeriale perché

«l'applicazione rigida di tale vincolo determinerebbe una compromissione concreta e immediata della continuità assistenziale nell'attuale contesto di grave e documentata carenza di personale medico nei Pronto soccorso». Per aggirare il limite ministeriale l'Asl ha commissionato un parere legale a un avvocato esterno che ha «valutato, in un'ottica di necessario bilanciamento tra interessi pubblici concorrenti, che il principio di regolarità amministrativa non può prevalere sul diritto alla salute il quale, proprio in ragione della sua natura di garanzia primaria della dignità umana, deve essere assicurato senza soluzione di continuità». Nel 2025 le retribuzioni dei medici relative a «prestazioni aggiuntive» (i turni extra oltre il normale orario di lavoro in regime libero-professionale), intramoenia, con-

sulenze, collaborazioni e convenzioni sono aumentate nell'Asl Roma 5 del 38% in un solo anno, passando dai 7 milioni e 148 mila euro del 2024 a 9 milioni e 867 mila euro del 2025 suddivisi tra circa 800 medici. Con picchi-record di 144 mila euro di retribuzione-extra per un primario otorino e 120 mila euro per un medico del Pronto soccorso. Il mese scorso l'Asl ha autorizzato il ricorso all'attività aggiuntiva dei medici dei Ps per «1700 ore al mese e un costo complessivo di euro 510.000» fino a giugno.



L'allarme
L'emergenza
si riscontra
nei Pronto
soccorso



«Nei neonati difese immunitarie complete» Lo studio internazionale del Bambino Gesù

LA RICERCA

Il sistema immunitario dei bambini non è "immaturo" ma un meccanismo specializzato che si forma e si definisce nei primi mille giorni di vita, dal concepimento fino ai primi 2-3 anni di vita. È quanto emerge dalla revisione scientifica pubblicata su *Nature Immunology* e coordinata dal progetto Ideal (Immune Development in Early Life), che vede tra i protagonisti l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù insieme al Boston Children's Hospital.

La ricerca ribalta un paradigma consolidato: nei primi anni di vita il bambino non possiede

un'immunità acerba rispetto a quella dell'adulto, ma differente. Più sensibile agli stimoli ambientali nei primi mesi, ma anche estremamente dinamico e adattabile. Una finestra temporale decisiva anche per il rischio futuro di infezioni, asma, allergie e alterata risposta ai vaccini.

IL PROGETTO IDEAL

Il progetto sullo sviluppo del sistema immunitario nella prima infanzia avviato nel 2023 coinvolge coorti pediatriche di diversi Paesi, inclusa quella italiana. Al Bambino Gesù 273 bambini sani alla nascita saranno seguiti fino ai 6 anni dal gruppo di Immunologia clinica. L'obiettivo è comprendere meglio i meccanismi alla base delle infezioni ricorrenti e individuare strategie preventive sempre più mirate.

Tra gli stimoli ambientali osservati emerge il peso dell'inquinamento atmosferico. I dati preliminari raccolti dall'ospedale romano e presentati al congresso Pediatric Academic Societies 2026 di Boston mostrano come lo smog sia associato a un aumento delle infezioni respiratorie nel primo anno di vita. L'esposizione interferisce con la maturazione del sistema immunitario proprio nella fase più delicata del suo sviluppo. «L'inquinamento atmosferico sembra agire proprio nella fase in cui il sistema immunitario sta costruendo il proprio equilibrio» spiega Paolo Palma, corrisponding author dello studio e responsabile dell'Uoc di Immunologia clinica e vaccinologia del Bambino Gesù.

Omar Riyahi

**IL SISTEMA
DI "PROTEZIONE" SI
DEFINISCE NEI PRIMI
1000 GIORNI DI VITA
LO SMOG COME
INSIDIA PRINCIPALE**



AL POLICLINICO DI BARI

Aggredisce un medico, arrestato 35enne Schillaci: «Inaccettabile»

■ Avrebbe preteso il ricovero immediato della moglie nel reparto di Neurologia del Policlinico di Bari e, non accettando la risposta dei medici che suggerivano di recarsi prima in pronto soccorso, avrebbe aggredito prima verbalmente una dottoressa, minacciandola, e poi avrebbe colpito con un pugno al volto un altro medico intervenuto per supportare la collega e riportare la situazione alla calma.

L'uomo, un 35enne incensurato, è stato arrestato in flagranza dalla polizia con l'accusa di lesioni ai danni di personale sanitario. Posto ai domiciliari su disposizione del pm di turno, comparirà oggi davanti al giudice per convalida e processo per direttissima. «Vicinanza e piena solidarietà» ai due medici aggrediti è stata espressa dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, che ha parlato di «episodi inaccettabili. Chi aggredisce un medico che opera nel Servizio Sani-

tario Nazionale aggredisce lo Stato» afferma il ministro in una nota. «La violenza contro chi ogni giorno si prende cura dei cittadini, soprattutto dei più fragili, è semplicemente intollerabile» prosegue. «Proprio per questo, come Governo, siamo intervenuti per inasprire le pene nei confronti di chi aggredisce il personale medico. Bene che l'azienda abbia già detto che li tutelerà anche in sede legale. Non possiamo e non dobbiamo - conclude Schillaci - lasciare solo il nostro personale». «Nessuna tensione può mai giustificare la violenza contro chi ogni giorno lavora per la salute dei cittadini» interviene il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato.

Stando a quando ricostruito dai poliziotti e raccontato nella denuncia dei medici aggrediti, la paziente, accompagnata dai familiari, si sarebbe presentata direttamente nel reparto di Neurologia, dove era già seguita, chiedendo un

ricovero immediato a causa di un peggioramento delle proprie condizioni cliniche. La dottoressa di guardia le ha spiegato che i ricoveri vengono disposti solo dopo la valutazione clinica effettuata in pronto soccorso e secondo i percorsi assistenziali previsti.





Servizio Riforme

Puglia: definita la governance di Asl e Irccs con la nomina dei direttori generali

I nuovi Dg dovranno gestire la manovra che tra tagli alla spese e aumento delle addizionali Irpef dovrà azzerare il deficit sanitario 2025 di 349 milioni

di Vincenzo Rutigliano

22 maggio 2026

Definita la governance di Asl e Irccs con la nomina dei direttori generali di 4 delle 5 Asl, di due Irccs e degli OO.RR. di Foggia. Pubblicato l'avviso per la selezione il 7 febbraio, alla scadenza, il 4 marzo, sono arrivate 104 candidature in regione. Una commissione le ha esaminate per poi dare alcune indicazioni al governatore regionale, Antonio Decaro, che ha scelto, per la Asl Bat, Alessandro Di Bello, per quella di Foggia, Tiziana Di Matteo (che lascia la Bat), per quella di Lecce, Gianluca Capochiani, per quella di Taranto, Vito Bavaro, per l'Irccs Oncologico Bari, Tommaso Stallone, per il Policlinico di Foggia, Janko Tedeschi e per l'Irccs "Saverio De Bellis" di Castellana Grotte, Michelangelo Armenise. Nessuna nomina per l'Asl più grande, quella di Bari, che ha la popolazione servita più grande nella regione, oltre un milione di persone, l'unica insieme alla Asl Bat ad aver chiuso il 2025 in attivo.

L'esito della riunione della giunta

Le nomine sono state approvate oggi dalla giunta regionale e rese note immediatamente dopo la seduta "senza interlocuzioni preventive né incontri personali con i nominati che - si è affrettato a precisare Decaro - stanno apprendendo ora delle loro nomine". Dalle opposizioni di centro destra delusione per le nomine: "Grandissima delusione, avevamo sperato che il presidente, tanto bravo come comunicatore, ci stupisse con manager nuovi che tagliassero i ponti con il passato". Plauso dalla Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere): "Congratulazioni ai nuovi dg - dice il presidente, Giuseppe Quintavalle. A tutti loro rivolgo gli auguri di buon lavoro, in un ruolo di grande responsabilità per il rafforzamento della sanità pugliese e per la qualità dei servizi ai cittadini".

Prima prova l'azzeramento del deficit

La partita delle nomine dei dg segue di qualche giorno il varo della manovra che, aumentando le addizionali Irpef oltre lo scaglione di 15mila euro, prova ad azzerare il deficit sanitario 2025 di 349 milioni di euro. Anzi tocca proprio ai dg intervenire sulle cause strutturali del deficit costituito da spesa del personale per 88 milioni di euro, pari al 43,42% del totale dei maggiori costi, da dispositivi medici e accantonamenti rischi con 35 milioni ciascuno, sociosanitario con 25 milioni, Sanitaservice con 15 milioni, noleggi per 10 milioni e manutenzioni per 8 milioni, seguita dalla spesa farmaceutica per 117 milioni. Proprio su questo si è concentrata la reazione di Federfarma che, con il segretario nazionale e presidente di Bari-Bat, Michele Pellegrini Calace, ha replicato alla regione che aveva messo all'indice l'impatto sui conti provocato dal trasferimento dei farmaci

antidiabetici dalla distribuzione diretta/DPC (dispensazione per conto) a quella convenzionata in farmacia. “ I dati dell’intero anno 2025 elaborati da Promofarma indicano - sottolinea invece Pellegrini Calace - una riduzione della spesa complessiva nei due canali di dispensazione (DPC e convenzionata) pari a 0,46 milioni di euro e dei consumi calcolata in 5.131 confezioni, come risultato della riduzione dei consumi in DPC e dell’aumento in convenzionata. Il passaggio delle gliptine alla distribuzione in farmacia non ha quindi comportato né un aumento di consumi, né un aumento di spesa e ha prodotto invece un risparmio di 0,34 milioni di euro”.