

16 marzo 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

16/03/2026

Sanitaservice Foggia presentate 8.242 domande per 28 posti di lavoro

● Sanitaservice ha nominato i componenti delle Commissioni esaminatrici per gli avvisi pubblici di selezione, per titoli ed esami, indetti il 3 dicembre 2025 e finalizzati all'assunzione a tempo pieno e indeterminato di 16 ausiliari/pulitori, 9 soccorritori e 3 autisti di ambulanza. Le determinazioni di nomina sono state firmate dall'amministratore unico Angelo Tomaro. I provvedimenti costituiscono un passaggio fondamentale nel percorso di rafforzamento dell'organizzazione interna della società, definito in sinergia con ASL Foggia e consente di avviare la fase operativa delle procedure selettive. La commissione esaminatrice per l'avviso relativo all'assunzione a tempo pieno e indeterminato di 16 ausiliari/pulitori - categoria a - posizione a - contratto CCNL Sa-

nità Privata per il personale dipendente delle strutture sanitarie associate AIOP e **ARIS**, è composta da: Vito Sollazzo, Direttore del Dipartimento Area Medica ASL Foggia, con funzione di Presidente; a Sipontina Rita Zerulo, Dirigente delle Professioni Sanitarie di ASL Foggia; Carla Lara d'Errico, Coordinatrice del Servizio Infermieristico nel Distretto Socio Sanitario 52 di ASL Foggia.

La commissione esaminatrice per gli avvisi relativi all'assunzione a tempo pieno e indeterminato di 9 soccorritori nel sistema di emergenza/urgenza e 3 autisti di ambulanza nel sistema di emergenza/urgenza con contratto CCNL Sanità Privata per il personale dipendente delle strutture sanitarie associate AIOP e **ARIS**, è composta da: Stefano Co-

lelli, Direttore della Struttura Complessa Centrale Operativa SET 118 e Direttore del Dipartimento Emergenza/Urgenza di ASL Foggia, con funzione di Presidente; Carlo Palumbo, Direttore Medico del Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero "San Camillo De Lellis" di Manfredonia; Ilaria Consoli, Dirigente Struttura Semplice Gestione Personale e Strutture Convenzionate di ASL Foggia.

Alla scadenza del termine per la presentazione delle candidature, fissato all'8 gennaio 2026, sono pervenute 8.242 domande. Nel dettaglio: 5.034 per il profilo di ausiliario/pulitore; 1.725 per il profilo di soccorritore; 1.483 per il profilo di autista di ambulanza.

"Le procedure avviate - dichiara l'Amministratore Unico di Sanitaservice, Angelo Tomaro -

rappresentano un momento di grande importanza per i servizi affidati alla società in house di ASL Foggia. La presenza nelle Commissioni esaminatrici di professionalità qualificate e indipendenti di ASL Foggia è garanzia di legalità, trasparenza e imparzialità. Il rafforzamento degli organici è parte integrante della strategia condivisa con ASL Foggia per migliorare l'efficienza dei servizi sanitari e di emergenza".



Una delle
ambulanze
della flotta
della Sanità
Service

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/68281
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06/688281150
S
DEL LUNEDÌServizio Clienti - Tel. 02/6870730
mail: servizioclienti@corriere.it

Vola il Como, è quarto
Milan ko con la Lazio
Ora l'Inter è a più otto
cronaca, pagelle e commenti
alle pagine 38, 39 e 41

Battuto Medvedev
Sinner lotta due set
e trionfa a Indian Wells
di **Gala Piccardi**
a pagina 43



Navi a Hormuz, oggi l'Europa valuta la richiesta di Trump. L'esercito israeliano: almeno altre tre settimane di conflitto

Kuwait, raid sulla base italiana

Drone distrugge un velivolo da 34 milioni, illesi i soldati. Tajani: non ci facciamo intimidire

IL PANTANO
E LE CREPE

di Paolo Mieli

Al'inizio della terza settimana di guerra, non passa giorno senza che Donald Trump si trattienga dall'annunciare, in termini sempre più roboanti, che il nemico iraniano è sul punto di cedere. Condendo queste profezie con profezie alla Russia, minacce all'Ucraina, bizzarri inviti a questo e a quello perché si uniscano alla sua impresa. Il Wall Street Journal, tra i giornali statunitensi forse il meno ostile alla Casa Bianca, offre quotidianamente ai propri lettori segnali di crescente perplessità. Riserve spuntano qua e là, ancorché disordinatamente, da quello che fu il mondo Maga.

Ma le persone che Trump ha collocato nei punti nevralgici del ponte di comando non contribuiscono certo ad arricchire la discussione. Eccezion fatta per il capo dello stato maggiore congiunto Dan Caine che per un attimo (ma solo per una frazione di secondo) ha messo tutti sull'avviso sui rischi che gli Usa stanno correndo e facendo correre all'economia mondiale nello stretto di Hormuz. Registriamo la presa di posizione di Caine solo per dovere di completezza.

E per mettere in risalto quanto sia povero il dibattito, se così lo si può chiamare, fra gli alti partecipanti al vertice degli Stati Uniti.

continua a pagina 26

di Lorenzo Cremonesi

Drone iraniano sulla base italiana di Ali Al Salem, in Kuwait. Illesi i nostri soldati, protetti nel bunker, distrutto invece un velivolo a pilotaggio remoto da 34 milioni. E intanto gli israeliani parlano di almeno altre tre settimane di guerra.

da pagina 2 a pagina 11

L'AMMIRAGLIO CAVO DRAGONE (NATO)

«Attacchi indiscriminati
Ora è massima allerta»

di Rinaldo Frignani

«**A**ttacchi indiscriminati ai Paesi del Golfo cui va la solidarietà della Nato, che ora — dice l'ammiraglio Cavo Dragone — potenzierà le capacità difensive antimissili». L'elogio alla professionalità dei nostri soldati.

a pagina 3

GIANNELLI



LE IMMAGINI

La finta guerra
creata dall'AI
Caos sul web

di Alloggio e Marrone

a pagina 11

LE PREVISIONI

Petrolio Usa,
maxi profitto
di 63 miliardi

di Marco Sabella

a pagina 9

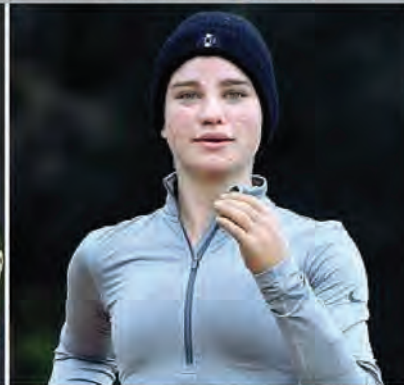
Sport Un pilota italiano trionfa in F1 dopo 20 anni. La nuova sfida dell'atleta paralimpica



Il bolognese Kimi Antonelli, 19 anni, in lacrime dopo aver vinto la sua prima gara in Formula Uno, e Bebe Vio, di Venezia, 29enne, che ora si allena per la corsa

Antonelli, vittoria e lacrime
«Il mio sogno che si avvera»

di Marco Belinelli, Sparisci e Terruzzi alle pagine 36 e 37



Bebe Vio cambia sport (e vita)
«Basta scherma, ora corro»

di Claudio Arrigoni

a pagina 23

DATARO

Referendum,
le ragioni
dei favorevoli
e dei contrari

di Luigi Ferrarella
e Milena Gabanelli

Referendum e giustizia, le modifiche proposte consistono nello sdoppiamento del Csm, uno per i pm e uno per i giudici, il sorteggio dei componenti e l'istituzione di una nuova Alta Corte disciplinare. Vediamole in concreto. La riforma non c'entra con l'efficienza della giustizia, ammette il ministro. La duplicazione del Csm e dei 26 Consigli giudiziari porterà di certo al raddoppio dei costi attuali, circa 50 milioni ogni anno.

a pagina 14

MARIO MONTI

«Il No a tutela
del diritto»

di Federico Fubini



Il timore, spiega Mario Monti, «è che questa riforma indebolisca lo Stato di diritto. Per questo voterò No».

a pagina 13

L'APPELLO

Il Sì di 200
professori

L'appello per il Sì al referendum firmato da oltre 200 professori universitari: «Un primo passo per restituire credibilità al sistema». Giustizia e magistratura.

a pagina 12

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Energia creativa



«**C**ome posso scoprire i miei talenti? Che domande devo farmi per capire che studi scegliere?», così mi ha chiesto un ragazzo dell'ultimo anno in un incontro organizzato il 3 marzo da Fondazione Rui sulla scelta universitaria, «Che cosa vuoi fare di grande?», e disponibile online. Di fronte a queste domande sono in imbarazzo perché non posso dire a chi non conosco, per di più da remoto, chi è, ma oggi i ragazzi è questo che chiedono: «chi sono?», facendo coincidere la risposta con l'eventuale professione. È la conseguenza di una parola tradita: «talento». Pensiamo ai talenti come capacità innate distribuite in modo ingiusto da un destino cieco: chi troppo e chi troppo poco. Un misto di determinismo e predestinazione, rappresentati dal format più dif-

fuso: il «talent show». In cui il talento coincide con la persona e la sua approvazione. Dalla cucina al canto la vita è una gara: vinci! Eppure nell'italiano delle origini talento significava «desiderio», «passione», «voglia»: «vivere in un talento» è per Dante, nella famosa poesia per gli amici Guido e Lapo, «avere gli stessi desideri», e nella *Commedia* i lussuriosi (Paolo e Francesca) sono coloro che sottomettono «la ragione al talento». Dal 18° secolo in poi la parola scivola nel significato di «spiccata attitudine», perdendo gradualmente la componente «erotica» che è necessario recuperare, soprattutto per il diffuso senso di «impotenza» di fronte alla realtà che spesso tutti, ma i ragazzi in particolare, proviamo.

continua a pagina 24

G. FORNERO F. RIMOLI R. D'ANDREA
DIRITTO DI VIVERE E DI MORIRE
UNA RIVOLUZIONE COPERNICANA

18 MARZO 2026
ORE 11:00UNIVERSITÀ ROMA TRE
DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZAsaluti di
interventi di

CARLO COLAPIETRO, ANTONIO CARRATTA
PAOLO CARNEVALE, MARILISA D'AMICO,
FILOMENA GALLO, ANDREA PUGIOTTO,
LUCIA RISICATO

UTET

LE NORME FISCALI

Tassa sui pacchi e Ponte la regola del disordine

SERENA SILEONI — PAGINA 27



L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ

Manuali per le scuole il nuovo risiko dell'editoria

GIOVANNI TURI — PAGINA 23



IL FILM

Il Diavolo veste Prada 2 l'algoritmo detta la moda

ELISA GIORDANO — PAGINA 31

1.90€ II ANNO 160 II N.72 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-T0 II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 16 MARZO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

LA RICHIESTA DEL TYCOON DI INTERVENIRE NEL GOLFO. TAJANI: NON SIAMO COINVOLTI IN OPERAZIONI NELLO STRETTO. OGGI IL VERTICE UE

Trump allarga la guerra

"Collaborazione navale a Hormuz": l'apertura di Seul e Tokyo. Attacco alla base italiana in Kuwait

IL COMMENTO

Se Donald gioca a mosca cieca

STEFANO STEFANINI

Nelle acque di Hormuz la guerra di Donald Trump urta un muro di gomma iraniano. Le navi non passano. Il problema, creato dagli Stati Uniti, è più grande dell'America. È mondiale. Dal capello trumpiano esce così l'idea di una coalizione. — PAGINA 3

L'ANALISI

Una nuova Gaza l'incubo del Libano

ALESSIA MELCANGI

La storia delle guerre tra Israele e Libano non è una sequenza di episodi separati, ma un'escalation che attraversa più di quarant'anni. Tutto inizia nel 1982, quando Israele invade il Libano con l'operazione "Pace in Galilea", arriva fino a Beirut e apre una delle pagine più oscure della storia della regione: il massacro di Sabra e Shatila, dove centinaia di civili palestinesi vengono uccisi dalle milizie falangiste. — PAGINA 11

I MIGRANTI

Cosa resta del mio reportage in barcone

DOMENICO QUIRICO

Trenta ore... che volete che siano ventidue ore? Niente. Poco più di un giorno. Quindici anni fa sono salito su un "barcone" (li chiamavano così) con 112 migranti. Era notte a Zarzis, in Tunisia, quando la barca è partita. Era notte a Lampedusa quando la barca è affondata e ci hanno salvati. — PAGINA 19

L'AMERICA, L'AI E LA RELIGIONE

Thiel: vi svelerò il vero Anticristo

ILARIO LOMBARDO

Conosce l'arte della suspense, sa come dosare mistero e provocazione. Peter Thiel entra in scena, in una sala piena di arazzi, soffitti a cassettoni. Si posiziona di fronte al leggio, e comincia: «Sono cristiano, voglio preservare la libertà e ho paura dell'Anticristo». — PAGINA 12

Chi brandisce la Bibbia per lanciare le bombe

VITO MANCUSO

Qualche giorno fa il segretario alla Difesa alias ministro della guerra degli Usa Peter Hegseth ha concluso un discorso ai militari citando l'incipit del salmo 144: «Benedetto il Signore, mia roccia, che addestra le mie mani alla guerra, le mie dita alla battaglia». — PAGINA 13

Così il voto in Francia premia gli estremismi

ERIC JOZSEF — PAGINA 27

ANTONELLI RIPIERTA L'ITALIA AL SUCCESSO IN FORMULA 1 DOPO 20 ANNI, SINNER TRIONFA A INDIAN WELLS

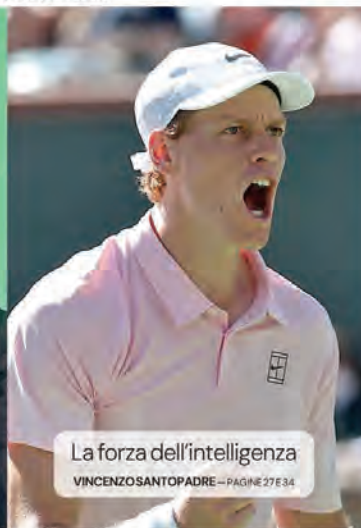
La meglio gioventù

D'ORSI, PASTUGLIA, SEMERARO



Il mio erede, ragazzo d'oro

GIANCARLO FISICHELLA — PAGINE 32 E 33



La forza dell'intelligenza

VINCENZO SANTOPADRE — PAGINE 27 E 34

IL REFERENDUM

Perché politica e magistratura hanno bisogno una dell'altra

MASSIMO CACCIARI



C'è da temere cada la lingua a parlare delle nostre riforme e manie referendarie di fronte alle tragedie geopolitiche che attraversiamo. — PAGINA 15

IL RACCONTO

Ma non chiedete all'AI come votare

NATHANIAZEVI

Mercoledì ho fatto una cosa che fino a pochi mesi fa avrei ritenuto inconcepibile. Ho chiesto a ChatGpt cosa voterò al referendum sulla giustizia. Non come voterà il Paese, non le tendenze, nulla di giornalistico. Proprio come mi comporterò io, quel giorno, nella cabina elettorale. Ho scritto: «Amico - e già lì sarebbe il caso di porsi qualche domanda - tu che mi conosci, dimmi: cosa voterò?». — PAGINA 16

IL CASO BIENNALE

Sbagliato cacciare i russi da Venezia

PAOLA MASTROCOLA

Quando ero molto giovane leggevo libri senza sapere nulla dell'autore. A tredici quattordici anni sa poco o niente. Leggevo, e stavo a vedere se il libro mi prendeva, se era bello. A tredici quattordici anni te ne accorgi se hai in mano un capolavoro o una schifezza. — PAGINA 17

IL PRIMATISTA MONDIALE DELL'ASTA

Duplantis: "È la musica a farmi volare in cielo"

GIULIA ZONCA

Al record numero quindici anche l'eccezionale può passare per abitudine e invece Mondo Duplantis supera quota 6,31 metri dopo aver cambiato tutto, spinto da un messaggio ricevuto mentre si stava rilassando sul divano di casa: «Ehi, hai visto?». Era l'amico Renaud Lavillenie. — PAGINA 34



PARALIMPIADI, PRIMATO DI MEDAGLIE

Bertagnolli e Italia record "Ho fatto un miracolo"

FRANCESCO DEL VECCHIO

Quella di Milano-Cortina è la migliore Paralimpiade italiana di sempre. Lo dicono le medaglie conquistate, 16, e lo conferma la varietà delle discipline in cui gli azzurri sono arrivati sul podio. E nessuno si aspettava che in questo sogno iridato ci fosse spazio per un altro record. Quello di Giacomo Bertagnolli. — PAGINA 35



BANCA DI ASTI

bancadiasti.it

BANCA DI ASTI

bancadiasti.it

Più giovani e più donne i medici preparano il cambio della guardia

di MICHELE BOCCI

Arrivano i giovani, principalmente donne, e i colleghi più anziani si fanno da parte. Nella sanità italiana è iniziato un avvicendamento generazionale di portata storica, destinato a ribaltare tutto nel giro di qualche anno. Non si dirà più che mancano i medici, ma che ce ne sono troppi. Dopo gli allarmi per l'invecchiamento di una categoria professionale che negli anni scorsi si è retta grazie a persone nate a cavallo tra i Cinquanta e i Sessanta, cambia tutto e succede principalmente per due fattori.

Intanto, proprio quest'anno è stata superata la cosiddetta "gobba pensionistica". Il numero delle uscite dei medici andrà quindi a calare, dalle 14 mila del 2025 fino alle 8 mila del 2030. I dati della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo), del resto sono eloquenti: gli iscritti più numerosi (60 mila) sono i camici bianchi che hanno tra i 70 e i 74 anni, quindi in gran parte sono già andati in pensione. A seguire ci sono quelli tra 65 e 69, (52 mila) che lasceranno quasi tutti da qui a 5 anni.

Proprio prendendo come orizzonte un quinquennio, si può analizzare il secondo fenomeno che sta spingendo il cambiamento. E cioè l'aumento dei posti alla facoltà di Medicina, che resta comunque a numero chiuso. Un tempo, fino al 2010, c'era spazio per 7 - 10 mila nuovi iscritti ogni anno. Nell'ultimo periodo i posti sono più che raddoppiati. Tenendo conto che per arrivare alla laurea ci vogliono, quando tutto va bene, sei anni, in totale da adesso al 2030 concluderanno gli studi in ben 81 mila. Nello stesso periodo, andranno in pensione in 51 mila (numero

al quale ci sarebbero da aggiungere coloro che lasciano il sistema sanitario per altri motivi). Il saldo fa 30 mila medici in più e ribalta il paradigma visto fino ad ora.

Certo, bisogna considerare che chi si laurea poi deve studiare ancora, quattro o cinque anni per diventare ospedaliero e tre per fare il medico di famiglia. Ma si possono svolgere alcuni lavori anche con il solo titolo universitario, e la legge ormai prevede che gli specializzandi possano in servizio negli ospedali già prima di concludere il loro percorso di studi. Regole simili riguardano chi fa il tirocinio per diventare medico di famiglia.

Dai dati della Federazione degli Ordini si vede in modo chiaro come si siano ribaltate da tempo le proporzioni tra i sessi. Tra gli over 75 le donne sono un numero esiguo, appena il 18%, nelle generazioni più giovani raggiungono e superano invece il 60%. «Dai nostri calcoli le iscritte a Medicina in questo anno accademico arriverebbero addirittura al 66%, cioè il doppio dei maschi - spiega Massimo Minerva, di Als, associazione liberi specializzandi - Ma non è questo il tema centrale, bensì che tra cinque anni la carenza di medici sarà risolta, anche se per certe categorie di professionisti ci vorrà più tempo».

L'abbassamento dell'età media dei professionisti è un processo ineluttabile, che secondo il presidente di Fnomceo Filippo Anelli, in questo caso ha alcune criticità: «Un tempo chi entrava nella professione era accompagnato da colleghi più esperti e anziani che in qualche modo lo formavano e lo facevano crescere. Con un ricambio di questo genere si rischia di per-

dere questa dinamica». Inoltre, aggiunge, «i carichi di lavoro di ospedali e attività sul territorio sono sempre più alti, anche perché aumenta il bisogno delle persone. Quindi i giovani potrebbero trovarsi in difficoltà, con l'impatto di tanti pazienti da seguire da subito. Per affrontare questi problemi andrebbe aumentato l'uso dell'Intelligenza artificiale, in particolare per tenere sotto controllo la letteratura per fare le diagnosi».

Legge la situazione con sguardo sindacale Pierino Di Silverio, segretario della principale sigla degli ospedalieri, Anaao. Ed è critico: «Con l'aumento dei posti all'Università si rischia una plethora medica, che però non ridurrà le carenze in certe discipline che sono in crisi. C'è un effetto paradosso: avremo tanti medici ma non tanti posti nelle scuole di specializzazione. Quindi in tanti non troveranno lavoro e andranno a fare attività a cottimo dove non è richiesta la specializzazione, ad esempio nel settore privato. Il ricambio generazionale in sé non è un male, ma per renderlo efficace bisogna rendere più appetibili le professioni meno ambite, con incentivi anche economici. E magari pensare a un rapporto di lavoro più flessibile per i medici».

ORIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio Cantiere Ssn

«Oncologi di comunità»: fuori dagli ospedali per garantire cure continue a 3,7 mln di pazienti

I primari oncologi pronti al “ponte” tra ospedale e territorio per offrire insieme ai medici di famiglia un’assistenza più vicina e appropriata alle persone che convivono con la malattia ormai cronicizzata. Ma servono formazione e meno burocrazia

di Barbara Gobbi

13 marzo 2026

La vita di milioni di donne in prima battuta e più in generale di milioni di pazienti nel mondo trasformata dall'intuizione che esattamente cinquant'anni fa ebbe il medico milanese Gianni Bonadonna. Il quale, in sinergia con i colleghi statunitensi e forte dell'esperienza al Memorial Sloan-Kettering Centre di New York, introdusse il “salto” dalla logica del bisturi - seguita fino ad allora per rimuovere un tumore - a quella farmacologica. E' questa svolta storica che ha portato in Italia alla nascita dell'oncologia medica e, oggi, a trattare la malattia con oltre 300 molecole diverse, tra chemioterapici, terapie ormonali, farmaci a bersaglio molecolare e immunoterapici. Risultato: la profonda trasformazione della patologia tumorale - che da acuta è andata sempre più cronicizzandosi - con una domanda di prestazioni da parte dei pazienti che esige risposte aggiornate e appropriate. In termini di modelli organizzativi, di setting assistenziali e di professionalità coinvolte ma sempre tenendo la barra dritta sulla relazione terapeutica che è il primo ingrediente della cura. E allora le parole d'ordine diventano integrazione tra ospedale e territorio, percorsi finalmente sfronati dalla burocrazia e innovazione organizzativa e clinica a portata di paziente. Queste le indicazioni che arrivano dagli oncologi medici ospedalieri, riuniti per il XXX congresso a Roma.

In un francobollo 50 anni di cura

All'innovazione dirompente - avviata ufficialmente con la pubblicazione nel 1976 sul New England Journal of Medicine dello studio di Bonadonna che introdusse i primi schemi di chemioterapia combinata nel trattamento adiuvante, cioè somministrato dopo l'intervento chirurgico per ridurre il rischio di recidiva del tumore al seno - che il Collegio italiano dei primari di Oncologia medica (Cipomo) ha deciso di dedicare un francobollo celebrativo. Perché quel lavoro, spiegano gli specialisti, era “destinato a diventare riferimento internazionale e a segnare un passaggio metodologico decisivo: dimostrare la natura sistemica dei tumori e la possibilità concreta di ridurre le recidive aprendo per molte pazienti la possibilità una prospettiva di guarigione definitiva”. L'annullo personalizzato del Congresso riporta la dicitura Cipomo 1996-2026, a sottolineare i 30 anni dalla fondazione del Collegio, nato per favorire il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica.

Un ponte sul futuro

«Che un trattamento medico potesse curare e guarire delle donne che venivano sottoposte a chirurgia, è stata una vera e propria rivoluzione di cui dobbiamo ringraziare Bonadonna - e con lui Veronesi - che ha trasformato l'Istituto nazionale dei tumori di Milano in un faro mondiale», sottolinea il presidente del congresso Carlo Garufi, direttore dell'Oncologia medica al San Camillo Forlanini di Roma. «Oggi sappiamo che le probabilità di guarigione per molte neoplasie sono del 50% se non di più. Nel 1996 a vent'anni da quella svolta è nato il Cipomo, a rappresentare la branca che è la colonna vertebrale dell'oncologia medica italiana, dalla quale tutti i giorni milioni di persone vengono trattate. Basti pensare - prosegue - che in Italia ci sono circa 390mila nuove diagnosi di cancro l'anno a cui si aggiungono le centinaia di migliaia di pazienti che sono stati trattati in precedenza. E abbiamo la nuova popolazione dei guariti: le loro esigenze comportano un approccio completamente nuovo. Per questo - avvisa ancora Garufi - il nostro congresso getta un ponte tra l'oncologia di ieri e tutte le sfide che ci attendono: dalla riduzione del carico di burocrazia che grava sui medici, per ampliare il tempo di cura fondamentale nella relazione con il paziente, alla necessaria valorizzazione della sinergia con il territorio dove vanno costruiti percorsi adeguati che includano a pieno titolo il medico di medicina generale e le case di comunità. Una sfera di presa in carico che oggi è totalmente assente, perché ancora oggi l'oncologia è ospedalocentrica».

Metà del tempo in “scartoffie”

Moduli da compilare, schede Aifa, dati anagrafici, appuntamenti per esami successivi: la prima visita oncologica che dovrebbe far scattare e valorizzare l'alleanza terapeutica con il paziente (e con il caregiver) è assorbita per il 50% dal carico burocratico. Le attività amministrative infatti “rubano” circa 19 delle 38 ore lavorative settimanali degli oncologi. Che però considerano ben il 90% di queste incombenze come delegabili. La fotografia scattata su 24 reparti di 12 Regioni dal gruppo di lavoro Cipomo sulla deburocratizzazione guidato dalla past president Luisa Fioretto - presentata a Roma al lancio della partnership con il Gruppo di advocacy “La salute un bene da difendere, un diritto da promuovere” - è l'occasione per chiedere alle istituzioni di battere un colpo. Semplificare e standardizzare le procedure, a fronte di un fai-da-te che varia da ospedale a ospedale, sono le due istanze degli oncologi. Ma siamo lontani, perché tecnologie, fascicolo sanitario elettronico e uso dell'Intelligenza artificiale segnano ancora il passo. Così come del resto un'organizzazione aziendale ancora inadeguata, che richiederebbe - avvisano dal Cipomo - di formare o arruolare ex novo figure non mediche di supporto: infermieri, Oss o volontari. «Il valore clinico della visita oncologica resta centrale e insostituibile: va protetta – spiega Luisa Fioretto – perché è un momento ad alta intensità clinica, non comprimibile e non delegabile. Per questo, ripensarne l'organizzazione è una priorità di sistema. Dobbiamo separare la raccolta dati dalla loro validazione clinica. Il medico deve validare informazioni già strutturate, non inserirle manualmente durante la visita. Questo significa introdurre checklist uniche pre-visita, strumenti di pre-compilazione digitale e processi chiari prima dell'accesso in ambulatorio. Servono inoltre strumenti digitali interoperabili, identificati e adottati a livello nazionale, con una chiara valutazione di tempi, costi e impatto organizzativo».

Oncologi «di comunità»

Oncologi nelle case di comunità, quindi operativi sul territorio in piena sinergia con tutte le figure professionali che da sempre lo abitano, dai medici di famiglia agli specialisti ambulatoriali. Davanti ai 3,7 milioni di persone che in Italia convivono con una diagnosi di cancro - numero che aumenta dell'1,5-2% ogni anno - e considerando che una diversa organizzazione dell'assistenza consentirebbe a ogni paziente di risparmiare circa 150 chilometri l'anno, far decollare finalmente l'assistenza integrata «è una sfida che non si può perdere», spiega il presidente Cipomo Paolo Tralongo. Da qui il “patto” del Collegio dei primari in oncologia con la Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo): ne è nata una proposta in cinque punti, condivisa con i medici di famiglia e con

gli specialisti ambulatoriali (dei sindacati Fimmg e Sumai) per essere presentata a ministero della Salute e Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas).

La ricetta si compone di cinque leve: dalla “governance unica” delle reti oncologiche, affidata a una cabina di regia regionale responsabile dell’intero percorso assistenziale, con standard omogenei e monitoraggio degli esiti, a Pdta (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) vincolanti, con tempi e responsabilità chiaramente definiti. E ancora, dalla piena integrazione del medico di medicina generale con accesso alla cartella clinica oncologica unica e ruolo attivo nel follow-up e nella gestione delle problematiche minori a piani di cura (Care Plan) strutturati per i lungo-sopravviventi, in cui siano definiti follow-up, prevenzione, gestione degli effetti tardivi e servizi di supporto. In questo quadro, l’oncologo diventa “transmurale”: una figura-ponte tra ospedale e territorio, attiva anche nelle case e negli Ospedali di comunità. «Siamo in transito, non solo in Italia ma nel mondo - conclude Tralongo - e la sfida è non perdere i pazienti in questa transizione. Questo è il primo documento che porta la firma anche dei medici di base che chiedono di essere formati e su questo noi oncologi ci impegneremo. Oggi che la malattia vede cambiare la propria storia naturale cronicizzandoci, il sistema migliore per assistere il paziente in oncologia è il duo ospedale-territorio e chiediamo alle istituzioni di muoverci».

Medici, il 50% del tempo serve per la burocrazia

Una ricerca sul lavoro degli oncologi

Più tempo per i malati, meno da passare tra scartoffie e burocrazia. Facile a dirsi, certo. Ma non si tratta di un obiettivo semplice da raggiungere, anche e soprattutto quando si parla di patologie complesse, da affrontare sul fronte scientifico e umano al meglio, come accade per chi fa i conti con un tumore. Eppure quasi la metà del tempo di un oncologo oggi non viene spesa guardando negli occhi un paziente, ma compilando moduli, inserendo dati anagrafici e navigando in software. Le attività amministrative occuperebbero infatti fin quasi al 50% delle 38 ore lavorative setti-

manali dei medici per questioni burocratiche che quasi il 90% dei medici ritiene "delegabili".

A dirlo sono i risultati di un'analisi condotta dal Cipomo (Collegio dei Primari Oncologi Ospedalieri) su 24 schede rappresentative di 12 Regioni italiane. Secondo gli esperti, il rapporto tra tempo dedicato agli adempimenti amministrativi e tempo riservato all'attività clinica ha ormai assunto proporzioni patologiche. Questa sproporzione sottrae tempo alla clinica, alle visite, ai colloqui, alle decisioni terapeutiche condivise con il pazien-

te, genera inefficienze e maggiori costi per il Servizio Sanitario Nazionale, contribuisce all'allungamento delle liste di attesa e alimenta una crescente disaffezione verso la professione con il rischio di una sempre minore soddisfazione dei pazienti: il valore della visita oncologica resta insostituibile.

F.M.



AVANZI

di ANGELO VITALE



Sanità divisa 5 miliardi in fuga

Cinque miliardi e 150 milioni di euro. Non è un investimento. Non è un piano sanitario. È il prezzo della fuga dal proprio territorio per ottenere le cure. Il nuovo report della Fondazione Gimbe fotografa una realtà brutale. Nel 2023 la mobilità sanitaria interregionale ha raggiunto il record storico di 5,15 miliardi di euro, il livello più alto mai registrato nel Ssn. Una crescita costante, +2,3% rispetto al 2022. Un fiume di denaro pubblico che attraversa l'Italia da sud a nord insieme ai pazienti. La chiamano "mobilità sanitaria". Ma la parola giusta è un'altra: migrazione. Ogni anno migliaia di cittadini sono costretti a lasciare la propria regione per curarsi. Non per scelta ma per necessità. Perché in troppe aree del Paese l'assistenza non è sufficiente, le liste d'attesa sono infinite, le strutture inadeguate. Così i pazienti partono. Con loro anche i soldi. Il risultato è un

meccanismo che si autoalimenta. Le regioni già forti diventano ancora più forti. Quelle deboli si svuotano. Il flusso economico segue una direzione precisa, dal Mezzogiorno verso il Nord. Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto concentrano la grande maggioranza della mobilità attiva, attirando pazienti e risorse da tutto il Paese. Una geografia sanitaria che racconta un'Italia spaccata. Da una parte territori con ospedali attrattivi, tech, personale. Dall'altra sistemi regionali fragili, spesso sottofinanziati e incapaci di trattenere i propri cittadini. E quando il paziente parte, il conto lo paga la regione di origine. Poi, un dato ancora più inquietante. Oltre un euro su due di questa mobilità finisce al privato convenzionato. Non solo trasferimento di risorse tra regioni. Una parte crescente del denaro pubblico, direttamente nelle strutture private accreditate. Il diritto alla salute

diventa sempre più dipendente dal luogo in cui si nasce. Una sanità pubblica progettata per essere universale e uguale per tutti. Oggi, un mosaico diseguale, dove i diritti si misurano in chilometri percorsi e treni presi all'alba. La politica continua a ignorare un indicatore statistico ormai simbolo crudele di un sistema che non riesce più a garantire la stessa cura a tutti i cittadini. Un sistema dove per guarire, sempre più spesso, bisogna andarsene da casa.



SALUTE CONNESSA IL METODO PHILIPS PER CHIUDERE IL GAP

Il ceo Roy Jakobs: «La strategia al 2028 punta alla riduzione del divario tecnologico fra le strutture sanitarie, per dare assistenza nonostante la carenza di personale e finanziamenti». Ricavi 2025 in aumento (+ 2%) a 17,8 miliardi. Il nodo privacy: «La sicurezza è per noi una priorità»

di MASSIMILIANO DEL BARBA

Oggi siamo di fronte a una nuova fase della demografia mondiale: nel prossimo futuro saremo sempre meno, saremo sempre più anziani (in Italia l'età media è già di 48,7 anni) e, come se non bastasse, avremo a disposizione sempre meno risorse. Un cambiamento di scenario che, guardando alla sanità, ha innescato una riflessione trasversale che ha coinvolto non solo i governi e il personale ospedaliero, ma anche i fornitori di strumentazioni mediche, a cui si richiede oggi maggior automatizzazione dei processi diagnostici, più flessibilità di utilizzo delle apparecchiature, soprattutto ampia complementarietà fra diverse tecnologie per estrarre dai dati raccolti sui pazienti informazioni utili a sviluppare, grazie anche all'intelligenza artificiale, cure innovative.

Non è un caso che il nuovo piano industriale al 2028 di Philips si basi proprio su quella che il suo ceo, Roy Jakobs, in Italia per inaugurare il Centro Diagnostico MedEx Ferrari di Maranello, che si avvale anche della strumentazione Philips, definisce «la riduzione del divario tecnologico fra diverse strutture sanitarie per poter affrontare la crescente domanda di assistenza nonostante la carenza di personale e finanziamenti».

Multinazionale olandese fondata nel 1891, oggi una public company controllata come socio di maggioranza dalla Exor della famiglia Agnelli al 18,7%, dopo essere stata per più di 120 anni tra le maggiori aziende al mondo nel settore elettronico, Philips ha incorporato tali

attività a partire dal 2011 per concentrarsi nelle nuove tecnologie per la salute. Punto di riferimento nel mercato della diagnostica per immagini, dell'ecografia, della terapia guidata da immagini, del monitoraggio dei pazienti e dell'informatica sanitaria, oggi la società, che occupa circa 70 mila dipendenti in oltre cento Paesi (700 in Italia, dove è presente da oltre un secolo, anche con il Technology Innovation Center di Genova) ha chiuso il 2025 con ricavi per 17,8 miliardi, in aumento del 2% sull'esercizio precedente, e un Ebitda del 12,3% sul fatturato, ma ha rivisto al ribasso le prospettive di crescita sul 2026 dal 4,5% al 3% a causa dell'impatto dei dazi Usa e dell'instabilità: «Abbiamo avviato il Piano 2026-2028 con un obiettivo chiaro — spiega il manager, 52 anni, appena riconfermato dal board —, e cioè guidare una crescita profittevole e creare valore sostenibile, facendo leva su innovazione e intelligenza artificiale come motori strutturali di competitività. Il tratto distintivo è un modello di innovazione *platform-based* che integra dispositivi, software, dati e Ai. In una fase in cui i sistemi sanitari sono sotto pressione, tra invec-



chiamamento della popolazione, aumento delle cronicità e vincoli di risorse, la sfida è aumentare produttività ed efficienza senza compromettere la qualità della cura».

Integrazione

L'idea che sta alla base di questo cambiamento è insomma quella che la realizzazione di piattaforme interoperabili e sicure permetta di standardizzare i processi, ottimizzare le risorse e supportare decisioni cliniche più rapide e informate. Il fatto poi che Philips possa già contare su un'ampia base installata di macchinari (dalle tac alle risonanze magnetiche fino agli ecografi) e su soluzioni già integrate nei sistemi sanitari, farà — secondo Jakobs — da volano per accompagnare la transizione verso un'assistenza sempre più connessa, guidata dai dati e a misura di paziente. «L'attuale scenario globale — prosegue il ceo, alla guida dell'azienda dal 2022 — richiede agilità e flessibilità per adattarsi a eventi imprevedibili. Ecco perché l'attenzione del nostro management è rivolta a ciò che noi definiamo "il controllo degli elementi controllabili" per garantire il raggiungi-

mento tempestivo degli obiettivi pianificati. L'economia è passata da un mondo piatto e interamente globalizzato, quello del periodo 2010-2020, a un approccio, dopo l'emergenza pandemica, localizzato e in cui i Paesi danno priorità all'auto-contenimento. L'azienda ha rimodellato la propria supply chain per renderla più regionalizzata e meno complessa, riducendo il numero di fornitori e componenti. In questo contesto il nostro obiettivo è fornire "più assistenza con meno" attraverso l'innovazione tecnologica».

Olandese di Kerkrade, studi economici alla Radboud Universiteit di Nimega e all'Alma Mater di Bologna, Roy Jakobs nel 2020, in qualità di chief business leader di Philips, fu in prima linea nella gestione della risposta alla crisi Covid. «C'è un prima e c'è un dopo pandemia per chi lavora nella salute, e il dopo è chiaramente dominato dall'evoluzione dell'AI. Che per noi è uno strumento fondamentale per restituire tempo agli operatori sanitari (tempi di acquisizione fino a 3 volte superiori con una qualità fino al 65% più elevata, ndr) automatizzando le attività amministrative e di routine».

Anche Jakobs ammette che la regolamentazione nell'utilizzo dei dati sensibili sarà il vero punto di svolta. «Un terzo di tutti i dati globali è correlato all'assistenza sanitaria e il 25% delle query su piattaforme come ChatGPT è correlato alla salute. La liquidità dei dati è essenziale: la sicurezza informatica è per noi una priorità e ci stiamo impegnando anche con i nostri partner sia informatici che sanitari per aggiornare costantemente i sistemi di monitoraggio dei pazienti al fine di proteggere i dati sanitari di alto valore. Servono tuttavia normative chiare e meno restrittive. Soprattutto in Europa, dove la regolamentazione spesso ostacola l'uso dei dati per la ricerca. Noi stiamo collaborando con la Commissione per standardizzare l'infrastruttura dei dati con l'obiettivo di raggiungere un modello di una condivisione sicura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il tratto distintivo dell'azienda è un modello di innovazione platform-based che integra dispositivi, software, dati e Ai



Partner Da sinistra, Benedetto Vigna, ceo di Ferrari, con Roy Jakobs a Maranello



Alla guida

Roy Jakobs, ceo di Philips dal 2022, appena riconfermato. Nel 2020 ha gestito in azienda la crisi nata dalla pandemia di Covid





Servizio Tech e salute

L’Ai entra in corsia: il confronto tra ChatGPT, Claude e Copilot nella sanità

Dalla sintesi delle cartelle cliniche alla trascrizione delle visite, l’intelligenza artificiale promette di alleggerire il lavoro dei professionisti sanitari

*di Francesco Branda**

13 marzo 2026

Per secoli la medicina è stata una disciplina lenta, costruita sul tempo dell’osservazione clinica. Il medico ascoltava, annotava, rifletteva. I quaderni di corsia, spesso fitti di abbreviazioni e note a margine, raccontavano non solo la storia del paziente, ma anche il ragionamento diagnostico del clinico. Una diagnosi era il risultato di una sequenza di intuizioni, ipotesi e verifiche, costruite con esperienza e memoria.

Con l’arrivo dei computer negli ospedali tra gli anni ’80 e ’90, questo processo ha iniziato a cambiare. Le cartelle cliniche elettroniche hanno sostituito gradualmente i registri cartacei, rendendo più facile archiviare dati, recuperare informazioni e condividere documenti tra reparti diversi. Tuttavia, l’essenza del lavoro clinico rimaneva invariata: il medico continuava a interpretare i dati, mentre la tecnologia svolgeva principalmente una funzione di supporto amministrativo e organizzativo.

Negli ultimi vent’anni, la digitalizzazione della sanità ha accelerato ulteriormente questo processo. L’adozione di sistemi informativi ospedalieri, database clinici e piattaforme di analisi dei dati ha reso possibile aggregare quantità enormi di informazioni sanitarie. I dati di laboratorio, le immagini diagnostiche, i parametri vitali monitorati in tempo reale hanno iniziato a confluire in ecosistemi digitali sempre più complessi. La medicina è diventata progressivamente più quantitativa, più orientata ai dati.

Oggi stiamo entrando in una fase ancora più radicale. L’intelligenza artificiale generativa non si limita più ad archiviare o analizzare informazioni: entra direttamente nel flusso decisionale clinico. Sistemi avanzati sono in grado di sintetizzare cartelle cliniche, suggerire ipotesi diagnostiche, supportare la comunicazione con i pazienti e assistere il personale sanitario nelle attività quotidiane. Non si tratta più solo di software gestionali, ma di veri e propri interlocutori cognitivi.

In questo scenario stanno emergendo tre piattaforme che rappresentano approcci differenti alla sanità assistita dall’IA: Per secoli la medicina è stata una disciplina lenta, costruita sul tempo dell’osservazione clinica. Il medico ascoltava, annotava, rifletteva. I quaderni di corsia, spesso fitti di abbreviazioni e note a margine, raccontavano non solo la storia del paziente, ma anche il ragionamento diagnostico del clinico. Una diagnosi era il risultato di una sequenza di intuizioni, ipotesi e verifiche, costruite con esperienza e memoria.

In questo scenario stanno emergendo tre piattaforme che rappresentano approcci differenti alla sanità assistita dall’IA: ChatGPT Health, Claude for Healthcare e Microsoft Copilot Health. Tre

strumenti nati in ecosistemi tecnologici diversi, ma accomunati da un obiettivo: ridurre il carico cognitivo e amministrativo dei professionisti sanitari, trasformando l'IA in un assistente clinico diffuso.

ChatGPT Health: il generalista che entra in clinica

ChatGPT Health è la declinazione sanitaria del grande modello linguistico sviluppato da OpenAI che consente di collegare cartelle cliniche elettroniche, dati di wearable e app di benessere per ottenere risposte mirate alle domande di salute, sintesi di dati personali e suggerimenti contestualizzati alle condizioni dell'utente. L'obiettivo dichiarato è supportare medici e pazienti nella comprensione delle informazioni sanitarie, non sostituire la diagnosi o la consulenza clinica professionale.

Sul piano della potenza di elaborazione linguistica, ChatGPT Health aiuta a riassumere cartelle cliniche molto estese, pulire note narrative, organizzare referti di laboratorio e presentare dati in modo leggibile o adatto alla condivisione con i pazienti. In ambiti come radiologia o patologia può anche assistere nell'interpretazione iniziale di immagini o nella generazione di differenziali diagnostici e piani di trattamento, contribuendo a migliorare l'efficienza operativa.

Tuttavia, la letteratura scientifica recente evidenzia problemi significativi di accuratezza e sicurezza. Revisioni sistematiche e umbrella review mostrano che i modelli non sempre raggiungono capacità diagnostiche affidabili: l'accuratezza media delle risposte mediche di ChatGPT nei test clinici si attesta intorno al 50-60 %, con ampia variabilità nello studio e nella metodologia.

Più allarmanti sono le evidenze che queste IA possono accettare informazioni errate presentate in modo convincente, rispondendo con sicurezza anche a consigli sanitari pericolosi se formulati in linguaggio tecnico clinico. Questo comportamento è stato documentato in studi che mostrano come i modelli non siano in grado di discernere tra affermazioni plausibili e pericolose se queste ultime risultano "grammaticalmente corrette".

Un'indagine pubblicata su Nature Medicine ha mostrato inoltre che ChatGPT Health sottostima o ignora segnali di gravità clinica in più della metà dei casi simulati di emergenza, ad esempio non riconoscendo situazioni di insufficienza respiratoria o ideazione suicidaria e non fornendo corretti segnali di allerta.

Queste evidenze si allineano con recensioni critiche sul potenziale dei modelli linguistici di generare risposte non sicure, parziali o addirittura dannose. La letteratura mette in guardia contro rischi associati alla hallucination, ovvero la generazione di informazioni completamente inventate, nonché a bias nei dati di addestramento che possono riprodurre disparità di genere, etniche o culturali nel contesto sanitario.

Sul fronte etico e regolatorio, nonostante l'introduzione di tutele aggiuntive, come spazi di conversazione separati e crittografia avanzata, ChatGPT Health non è ancora regolato come dispositivo medico in molte giurisdizioni e non è conforme agli standard HIPAA negli Stati Uniti quando considerato solo come prodotto consumer.

In sintesi: ChatGPT Health offre potenzialità reali per il supporto informativo e organizzativo nella pratica clinica, ma la possibilità di informazioni errate, imprevedibili o non adeguatamente citate lo rende inadatto come strumento autonomo di decisione clinica senza supervisione medica, governance robusta e controlli esterni sistematici.

Claude for Healthcare: prudenza algoritmica e trasparenza

Claude for Healthcare, derivato dai modelli di Anthropic, adotta un paradigma differente rispetto alle implementazioni generaliste come ChatGPT Health. La filosofia progettuale enfatizza sicurezza, controllabilità e trasparenza dei risultati: il modello è progettato per esprimere incertezza quando appropriato, evitare affermazioni assertive non supportate e richiamare fonti accademiche o linee guida cliniche dove possibile.

Nonostante non esistano studi pubblicati specificamente su Claude for Healthcare come piattaforma commerciale (la maggior parte delle analisi riguarda modelli generali comparabili), ricerche accademiche comparano performance di vari LLM su domande mediche cliniche strutturate. Questi studi tendono a confermare che modelli con impostazioni di prudenza algoritmica producono un minor numero di risposte chiaramente unsafe e si comportano meglio su metriche qualitative legate alla chiarezza e alla correttezza contestuale.

Uno studio comparativo su malattie autoimmuni ha evidenziato che Claude (o sue versioni Sonnet/3.5 nei dataset clinici) può generare risposte più strutturate e accurate, addirittura outperformando medici junior e senior in specifici domini di conoscenza clinica.

Questa maggiore attenzione alla sicurezza ha un costo operativo: le risposte di Claude tendono ad essere più cautious, più lente e meno immediate, con dettagli che privilegiano l'esposizione di limiti e circostanze incerte. In contesti ad alta pressione, come pronto soccorso o terapia intensive, questa prudenza può essere percepita come una minore rapidità di sintesi rispetto a sistemi più assertivi. Tuttavia, può risultare vantaggiosa in condizioni in cui è cruciale mantenere il comando critico nelle mani del clinico umano.

Dal punto di vista accademico, l'approccio di Claude è spesso citato come esempio di come l'IA possa esplicitare incertezza e contestualizzare risposte, riducendo il rischio di danni dovuti a overconfidence negli algoritmi. Questo è coerente con le raccomandazioni generali della letteratura scientifica, che sottolinea l'importanza di metodi di explainability e di framework etici per modelli AI sanitari, come la checklist AIMES proposta dall'OMS per aumentare trasparenza e affidabilità.

Inoltre, la prudenza algoritmica implementata da Claude riflette un principio chiave emerso nelle review critiche sull'etica di LLM in medicina: le IA devono esplicitare limiti, fonti e livelli di confidenza per essere strumenti affidabili, non semplici generatori di testo plausibile.

In sintesi: Claude for Healthcare rappresenta un modello più conservativo e leggibile dal punto di vista clinico, con risposte più trasparenti e less risky rispetto a modelli più assertivi. Tuttavia, come per tutti gli LLM, rimane necessaria supervisione clinica umana e validazione indipendente prima di un uso decisionale diretto.

Copilot Health: l'IA integrata nel sistema ospedaliero

Microsoft Copilot Health prende una strada diversa rispetto ai modelli conversazionali pura: qui l'intelligenza artificiale è profondamente integrata nei sistemi digitali clinici esistenti, cartelle cliniche elettroniche, strumenti di collaborazione e flussi organizzativi, e lavora "dietro le quinte".

Piuttosto che essere interrogato tramite prompt come un chatbot, Copilot Health osserva, trascrive e sintetizza: viene usato per generare note cliniche strutturate in tempo reale, trascrivere le conversazioni medico paziente, organizzare appuntamenti e fornire informazioni interpretative all'interno del workflow sanitario senza necessità di una consultazione ad hoc.

Questo modello si concentra su automazione documentale e riduzione della fatica burocratica — un aspetto cruciale dato che studi sull'IA in sanità mostrano come molte risorse cliniche siano catturate da compiti amministrativi anziché dall'assistenza diretta al paziente. La letteratura indica

chiaramente che gli strumenti AI che ottimizzano la gestione dei dati e la documentazione possono migliorare l'efficienza e liberare tempo clinico significativo.

Un esempio documentato di LLM in questo senso è l'uso di retrieval augmented generation (RAG) per collegare modelli di linguaggio a basi di conoscenza cliniche come UpToDate o sistemi diagnostici codificati, che ha mostrato una riduzione di errori di hallucination fino al 40 % rispetto a modelli puri.

La letteratura scientifica recente mette però in guardia da questioni critiche legate alla privacy e alla sicurezza dei dati sanitari: strumenti integrati che accedono a cartelle cliniche devono affrontare normative rigorose (e in molti casi non ancora armonizzate a livello globale) e richiedono controlli di governance molto robusti per evitare fughe di dati sanitari sensibili e violazioni.

Inoltre, nonostante l'integrazione profonda, Copilot Health non elimina i rischi di errori clinici: gli stessi problemi di accuratezza nell'interpretazione dei dati e nella generazione di output affidabili restano aperti, e la letteratura suggerisce che la supervisione umana deve rimanere il pilastro del processo decisionale clinico.

In sintesi: Copilot Health promette una automazione documentale potente e un'integrazione nei processi sanitari, ma la sua effettiva efficacia clinica e la conformità a standard di sicurezza richiedono valutazioni indipendenti approfondite e strutture di controllo dei dati molto robuste.

Tra promessa e responsabilità

Osservare l'ingresso dell'intelligenza artificiale nei corridoi ospedalieri e nei laboratori clinici è affascinante ma al contempo inquietante. Sistemi come ChatGPT Health, Claude for Healthcare e Microsoft Copilot Health offrono prospettive straordinarie: accelerano la sintesi dei dati, alleggeriscono la documentazione, aiutano a filtrare la vastità di letteratura scientifica. Possono rendere accessibile una qualità di analisi e di supporto clinico che solo decenni fa sarebbe stata riservata a team altamente specializzati.

Eppure, come emerge dalla letteratura scientifica, l'IA sanitaria non è neutra. Ogni algoritmo porta con sé limiti epistemici, bias impliciti e rischi di delega cognitiva. La fluidità con cui generano testo e sintesi rischia di nascondere errori, di trasformare intuizioni in automatismi e di attenuare il ragionamento critico del medico o del ricercatore. In altre parole, l'IA può rendere il processo più veloce e lineare, ma non più corretto di per sé: la responsabilità ultima resta sempre umana.

La vera sfida dei prossimi anni sarà più culturale che tecnica. Non si tratta soltanto di implementare software avanzati, ma di ridefinire il rapporto tra esperienza, giudizio e automazione. L'IA può diventare un alleato potente, ma solo se il professionista mantiene la consapevolezza dei limiti e conserva lo spazio per il dubbio, per l'errore controllato, per l'esplorazione critica.

In corsia, come in laboratorio, la promessa dell'IA non è la sostituzione del pensiero, ma la sua amplificazione: liberare energie cognitive dal peso della burocrazia e della mole informativa, per concentrarsi sulle domande che contano davvero. Ma questa libertà è fragile. Senza attenzione, può trasformarsi in un'illusione di sicurezza, in un'appiattimento della curiosità scientifica e clinica.

Il monito è chiaro: non temere l'IA, ma non lasciarsi sedurre dalla sua perfezione apparente. La scienza, e la medicina, prosperano negli spazi di incertezza, nelle deviazioni, negli errori che costringono a ragionare. È lì, in quei momenti di attrito tra intuizione e forma, che nascono le intuizioni capaci di cambiare davvero la pratica clinica e la ricerca.

L'IA sanitaria è uno strumento straordinario, ma il futuro della medicina sarà deciso dalla consapevolezza e dalla responsabilità dei professionisti che la guidano, non dalla brillantezza degli algoritmi che li affiancano.

**Unità di Statistica Medica ed Epidemiologia Molecolare, Università Campus Bio-Medico di Roma*

Disturbi alimentari in crescita: sempre più casi già a 8-9 anni

ELISA CAMPISI

In Italia oltre tre milioni di persone soffrono di disturbi del comportamento alimentare (Dca), pari a circa il 5-6% della popolazione: sono queste le stime, probabilmente al ribasso, con le quali ci affacciamo quest'anno alla Giornata nazionale del Focchetto lilla, che ogni 15 marzo viene dedicata ai disturbi che includono anoressia, bulimia nervosa e il binge eating, il disturbo da alimentazione incontrollata.

«I disturbi alimentari sono sempre più diffusi perché si inseriscono nel tema più ampio della salute mentale e delle enormi fragilità che gli adolescenti stanno vivendo in questo momento», ci spiega Leonardo Mendolicchio, psichiatra e psicoanalista, direttore del Centro disturbi del comportamento alimentare e del laboratorio di ricerca di Neuroscienze Metaboliche dell'Istituto Auxologico italiano, nonché autore di diversi libri sulle fragilità dei giovani di oggi. I Dca sono infatti fortemente legati ad alcuni aspetti della società contemporanea che ne favoriscono l'esordio, «come la maggiore diffusione dell'ansia sociale e di apparire e della performatività estetica, tutti temi molto presenti nelle nostre città, nelle nostre case e sui nostri social». A trasformare il rapporto con la propria immagine e la costruzione del sé è intervenuto infatti anche il mondo digitale: «Attraverso le varie app e filtri è facile creare un'immagine di sé alternativa. Quel corpo digitale diventa poi l'ideale a cui tendere, il tutto in una società schiaccia-

ta sul tema dell'immagine, dove il mantra è "Io sono ciò che appaio". L'esperienza digitale spiega in parte anche perché – secondo i dati della Federazione italiana medici pediatri – il 30% dei Dca riguarda minori di 14 anni, con un progressivo abbassamento dell'età di esordio fino agli 8-9 anni. «I preadolescenti di fatto iniziano a vivere in età precoce le inquietudini e le questioni traumatiche, angoscienti e ansiogene tipiche dell'adolescenza – precisa Mendolicchio –. La digitalizzazione della loro vita facilita un'anticipazione della maturazione su certi temi dal punto di vista dei rapporti e delle aspettative sociali. Si pensi ad esempio al tema della sessualità e ai contenuti che anticipano le questioni legate a essa».

Tra i fattori di accelerazione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione c'è stato anche il Covid-19: le diagnosi nel periodo post pandemico sono aumentate tra il 30 e il 40% rispetto agli anni precedenti. «Il primo lockdown, e la conseguente perdita di socializzazione, ha prodotto un aumento di ansia, noia e paure che in molti casi si è trasformato in un "mangio di più". Nel secondo lockdown la reazione al primo trauma e al fatto di essere tendenzialmente un po' aumentati di peso si è tradotta in digiuni protratti, ossessioni sull'alimentazione e molta attività fisica fatta in casa, aprendo le porte all'anoressia», commenta ancora lo psichiatra. Sebbene le diagnosi di disturbi alimentari riguardino nove volte su 10 il genere femminile – e ben l'8-10% delle ragazze sviluppa anoressia o bulimia contro lo 0,5-1% dei ragazzi – si registra un aumento notevole dei casi maschili, so-

prattutto per binge eating disorder, obesità con perdita di controllo o vigore, caratterizzata da ossessione per massa muscolare, dieta iperproteica ed esercizio compulsivo: «L'ansia di apparire non è più solo appannaggio delle donne, lo è sempre più anche degli uomini perché le pressioni sociali sull'estetica maschile sono aumentate enormemente. Ma c'è una differenza importante che crea uno svantaggio per i ragazzi. Anche se le donne subiscono i cliché hanno alle spalle decenni di percorsi di autodeterminazione e consapevolezza che invece gli uomini non hanno ancora, per cui faticano a uscire dai vecchi modelli. C'è tutta una questione di messa in crisi di un modello maschile che non funziona più, mentre la nuova identità maschile fa fatica ad affacciarsi. In questa ambiguità il ragazzino spesso non riconosce di stare male, ma soprattutto non accetta di dover chiedere aiuto». Un tema che Mendolicchio tratta per esteso proprio nel suo ultimo libro, "Diventerai uomo. Crescere un figlio oltre il mito della virilità".

Di fronte a questo scenario, conclude l'esperto, non basta «avere il coraggio di mettere in discussione l'idea di maschile in un mondo che sta cambiando», così come si è fatto con quella del femminile. Informare e contrastare i disturbi alimentari è un dovere che chiama all'appello tutti, adulti e istituzioni. La grande partita che l'Italia si gioca è di «riuscire a intercettare le fragilità degli adolescenti per trasformarle in virtù dei prossimi adulti».

Le patologie alimentari colpiscono oltre 3 milioni di italiani e arrivano in tenera età. Lo psichiatra Mendolicchio: «È un problema legato anche all'ansia di apparire, tema molto presente nella nostra società e nei social»



Disturbi alimentari, in aumento i casi: 3,5 milioni di italiani dagli otto anni

Oggi la giornata nazionale. Si abbassa l'età dei pazienti, crescono i maschi: anche patologie atipiche

Oggi si celebra la Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla, dedicata alla sensibilizzazione sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA). In campo numerose iniziative e i monumenti si tingono di lilla.

Le persone che soffrono di disturbi alimentari in Italia sono in costante crescita. Nonostante non esistano dati di prevalenza nazionali (il primo monitoraggio capillare partirà quest'anno), le analisi mostrano un incremento dei casi del 35% rispetto al pre Covid. In Italia nel 2025 soffrivano di disturbi dell'alimentazione tre milioni e 598 mila persone, il 30% sotto i 14 anni. Le particolarità emerse dai numeri sono: un abbassamento dell'età dei primi sintomi a 11-12 anni (ma anche 8-9); l'aumento della componente maschile (dal 10% al 20%, soprattutto nella fascia 12-17 anni) e la crescita delle diagnosi tra gli adulti. L'anoressia oggi non rappresenta più la maggioranza delle diagnosi, ma il 30%, il 70% è distribuito tra bulimia e disturbo da alimentazione incontrollata (*binge eating*). Riflettori puntati an-

che sull'aumento (specie nei bambini) dei casi di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID) e sulla bigoressia per i maschi.

Come inizia il percorso di cura dopo aver intercettato i primi campanelli d'allarme? Il primo passo è confrontarsi con il medico o pediatra che eventualmente richiederà una visita neuropsichiatrica. Il secondo passo è cercare sul territorio un centro specializzato nei disturbi alimentari. Viene in aiuto il sito dell'Iss *piattaformadisturbialimentari.iss.it* che elenca le strutture sul territorio nazionale.

È importante essere presi in carico da un centro specializzato perché i DNA sono patologie complesse: «Alle famiglie consigliamo di non rivolgersi a professionisti privati che, lavorando in solitaria, cercano di curare i giovani pazienti. Per queste malattie è indispensabile un'équipe multidisciplinare, composta almeno da uno psichiatra, uno psicologo e un nutrizionista», spiega Giuseppe Rauso, presidente dell'associazione Emmepi4ever e vicepresidente della rete nazionale

Consult@noi. Le associazioni (elencate nella piattaforma ministeriale) sono fondamentali e colmano un vuoto.

Le criticità maggiori riguardano i tempi di attesa troppo lunghi, i centri presenti in modo disomogeneo e i fondi che non bastano. Le strutture per DNA mappate a febbraio 2026 dall'Iss sono 232: 56 associazioni e 176 centri di cura; 85 centri di cura si trovano al Nord, 36 al Centro e 55 tra Sud e Isole. I livelli di cura che dovrebbero garantire sono tre: «ambulatoriale» (multidisciplinare), «semiresidenziale» (day hospital con pasti assistiti), «residenziale» (con posti letto per ricoveri salvavita, ma anche per periodi più lunghi in comunità). Capita che una famiglia arrivi al centro, ma che questo non sia attrezzato per la gravità della situazione. «Molte strutture prendono in carico pazienti solo dai 14 anni in su — osserva Rauso — e ci troviamo ancora con regioni di serie A e di serie B».

In alcune ci sono pochi centri o mancano del tutto certi livelli di cura, specie quello residenziale, così i tempi di attesa si allungano e

troppe famiglie sono costrette a fare «viaggi della salute». Il percorso di assistenza sulla carta è coperto dal servizio sanitario nazionale, ma chi non può aspettare e riesce a rivolgersi ai privati. La mancanza di posti letto e i limiti di età nei ricoveri colpiscono soprattutto chi soffre di anoressia, che può trovarsi in pericolo di vita. E il dato sulle vittime, che nel 2025 sono state 3.563, riguarda soprattutto loro. La tempestività dell'intervento, però, influisce sulla storia clinica di tutti: chi arriva alle cure nel primo anno ha una probabilità di guarigione del 90%; dopo è più difficile, anche se i DNA sono patologie guaribili.

Dal 2025 le prestazioni per i disturbi alimentari sono state inserite nei Lea (i Livelli essenziali di assistenza), ma a pesare è l'assenza di un finanziamento strutturale e dedicato. Secondo le associazioni, senza queste garanzie le risorse (oggi comprese nell'ampio capitolo della salute mentale) rischiano di disperdersi nel calderone della spesa sanitaria ordinaria delle Regioni.

S.T.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sostegno
L'ambulatorio di anoressia e disturbi alimentari dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma (Guaitoli)



Dir. Resp.: Luciano Fontana

LA GIORNATA, I DATI

Cibo e disturbi, cresce il numero di chi ne soffre

di **Silvia Turin**

Ancora in crescita i disturbi alimentari. Che riguardano sempre più bambini. Oggi si celebra la Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla. Sono tre milioni e mezzo gli italiani che soffrono di problemi

legati all'alimentazione. Nelle cure c'è ancora un disequilibrio tra le Regioni.
a pagina 20

«Insoddisfatti del corpo I giovani sempre più esposti a modelli di bellezza artefatti che distorcono la realtà»

Erzegovesi: attenzione ai segnali a tavola e nel carattere

L'intervista

di **Silvia Turin**

I disturbi alimentari sono un'emergenza sanitaria e la seconda causa di morte tra gli adolescenti (dopo gli incidenti stradali). La costante riguarda l'aumento delle diagnosi, ma sono in evoluzione le caratteristiche delle persone colpite e le peculiarità delle patologie. Un tempo c'era quasi solo l'anoressia, oggi prevale la categoria di quei disturbi dove c'è una perdita di controllo sul cibo.

«L'anoressia è la patologia dell'ipercontrollo, caratterizzata da una progressiva riduzione dell'introito calorico e conseguente dimagrimento che può raggiungere elevati livelli di gravità — specifica Stefano Erzegovesi, nutrizionista e psichiatra —. La bulimia coinvolge persone nor-

mopeso che alternano tentativi di dieta più o meno stretta o digiuni ad abbuffate e vomito compensativo. Il disturbo da *binge eating* è un discontrollo che rende l'alimentazione emotiva, vorace, insaziabile, spesso erroneamente etichettato come dovuto a mancanza di volontà».

Sono in crescita anche forme emergenti (o atipiche), quali sono?

«C'è l'ARFID, il disturbo evitante restrittivo, per cui la persona mangia meno per paura di soffocarsi o strozzarsi, oppure a causa di un'ipersensibilità su consistenze e gusti, o per una generale indifferenza verso il cibo. Poi c'è la bigorexia (o vigoressia), i cui sintomi ricalcano moltissimo l'anoressia nervosa, dove l'ossessione non è sulla magrezza ma sulla muscolarità. Riguarda in prevalenza giovani maschi, a rischio di abuso di anabolizzanti. Infine l'ortorexia, quando si mangia meno in re-

lazione alla paura che il cibo non sia sano: caratterizzata da ricerca maniacale di determinati alimenti e quadri di malnutrizione o carenze nutrizionali importanti».

Quali sono i campanelli d'allarme che devono insospettire?

«Alcuni segnali si possono cogliere a tavola, ma non tutti — chiarisce lo specialista —. Le persone diventano eccessivamente lente nel mangiare, frazionano i bocconi, guardano nel piatto. Gli effetti sono soprattutto psicologici, però. Ci si accorge di un cambia-



mento di carattere, chi ne soffre diventa triste o irritabile, ci sono sbalzi d'umore, poca concentrazione, insoddisfazione riguardo al proprio corpo. Sono individui che prima a tavola chiacchieravano, poi diventano taciturni, cercano di mangiare da soli, prima uscivano con gli amici, dopo stanno a casa. Poi ci sono i segnali fisici (non sempre evidenti), come i cambiamenti di peso costanti, l'ossessione per la forma fisica, i cambi di abbigliamento».

Perché l'età d'esordio continua ad abbassarsi?

«Sicuramente una variabile implicata in maniera importante è l'uso dei canali virtuali e social: l'accesso a informazioni legate al peso, al corpo, alla forma fisica è molto più

facilitato. C'è una cultura che riguarda l'insoddisfazione per il corpo che investe l'età giovanile. I bambini sono esposti sempre prima a modelli di bellezza visibilmente artefatti che distorcono la loro percezione della realtà».

Come devono approcciarsi i genitori a un figlio con un disturbo alimentare, cosa dire o non dire?

«Suggerisco di cominciare le frasi con "io" e non con "tu". Non dire "tu mangi poco", "tu ci fai disperare", "tu andrai a finire male", frasi che suonano giudicanti e accusatorie, ma cominciare con "io sto osservando e sono preoccupato", non tanto parlando dell'aspetto fisico quanto facendo notare come è cambiata la qualità della vita del fi-

glio. Ricordo anche che bisogna fare squadra: non deve mai essere solo la mamma o solo il papà a farsi carico di questa presa di consapevolezza, ci deve essere sempre una coppia genitoriale, anche quando si tratta di coppie separate».

Le campagne di sensibilizzazione ottengono risultati, ma che cosa manca?

«È stato fatto tanto, ma, oltre alla mancanza di fondi e strutture, c'è un problema culturale di partenza: nessuna istituzione avrebbe problemi a stanziare risorse per una malattia tumorale, di cui si comprendono gravità e complessità; con i disturbi alimentari rimane un pregiudizio: da un lato li si considera-

no "capricci" da adolescenti e dall'altro lato malattie inguaribili. Invece sono malattie croniche complesse, ma assolutamente curabili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Suggerimenti ai genitori
Mai cominciare le frasi con «tu», non parlare di come è cambiato il fisico ma la qualità della vita

Età di esordio più bassa
Una variabile è legata ai social: l'accesso a informazioni su peso e forma è più facilitato

Gli allarmi

La giornata per sensibilizzare



Oggi è la Giornata del Focchetto Lilla per sensibilizzare sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (si può chiamare il numero verde 800180969)

L'ossessione per corpo e peso



Fra i segnali a cui prestare attenzione, per la rete di Settimana Lilla, c'è un'«eccessiva preoccupazione per il corpo e per il suo peso»

Una dieta ferrea «fai da te»



Un altro segnale da cogliere potrebbe essere quello di seguire una «dieta ferrea e gravemente ipocalorica, non convalidata da professionisti sanitari»

I comportamenti oltre il pasto



Attenzione, poi, ai comportamenti di compensazione dopo il pasto: vomito autoindotto, uso di lassativi o un esercizio fisico eccessivo

Calo di interessi e vita sociale



Ci sono poi altri aspetti da considerare: cicli mestruali che diventano irregolari, isolamento sociale, riduzione degli interessi e umore instabile



Nutrizionista
Stefano
Erzegovesi,
anche psichiatra,
cura i disturbi
alimentari



Laura Dalla Ragione Psicoterapeuta

“Tra gli adolescenti è la prima causa di morte Il governo investa di più”

L'INTERVISTA

«**T**re milioni di italiani soffrono di disturbi alimentari. Prima causa di morte tra gli adolescenti: un'epidemia. Negli anni 80, erano 300 mila». Laura Dalla Ragione è la psicoterapeuta che ha fondato la Rete per i Disturbi del Comportamento Alimentare della USL 1 dell'Umbria. Oggi è anche direttrice del Numero Verde Nazionale SOS Disturbi Alimentari della Presidenza del Consiglio e dell'Istituto Superiore di Sanità.
In Umbria avete creato una rete di pubblica per i disturbi ali-

mentari. Nel resto d'Italia?

«La metà delle regioni non ha nemmeno ambulatori dedicati, con personale medico specializzato (psichiatri, nutrizionisti), né strutture residenziali. In Umbria accogliamo pazienti da tutta Italia, ma da soli non ce la facciamo».

Esistono liste d'attesa?

«Sì. Nel Lazio c'è solo l'ambulatorio di Santa Maria della Pietà, a Roma: le liste d'attesa arrivano fino a 8 mesi. Un arco di tempo in cui un figlio o una figlia possono morire».

I centri che costano troppo? Per questo non sono diffusi?

«Al contrario. Una giornata in una delle nostre strutture pubbliche costa al sistema sanitario nazionale 170-200 euro. Per un ricovero in ospedale, invece,

che può durare anche due mesi visto che le pazienti ci arrivano in uno stato gravissimo, si spendono 600 euro al giorno. Quindi mi domando... Le istituzioni non vogliono impegnarsi? C'è una resistenza culturale a considerare i disturbi alimentari una patologia seria? Non basta che siano la prima causa di morte tra i nostri figli?».

Il governo Draghi istituì un Fondo specifico...

«Peccato che nell'ultima legge di bilancio il governo Meloni non aveva stanziato risorse: solo dopo le proteste di associazioni e famiglie sono spuntati 10 milioni».

Soddisfatti?

«No. Si muore di più nelle regioni dove non c'è un servizio dedicato. Quando leggo “morta per anoressia” mi incazzo. I

disturbi alimentari si curano, si muore se non sono presi in tempo. Basta interventi spot. È urgente un'azione strutturale di governo, Parlamento e regioni». MIC. FAR. VAL. PET. —



Laura Dalla Ragione



Pubblicate linee-guida per sollecitare gli stati a politiche mirate a ridurre l'obesità fra i bambini

Oms: è un dovere della scuola l'insegnamento di sane abitudini alimentari

di EMILIANO MAGISTRI

Superare il più grande paradosso ancora oggi esistente: il fenomeno di sovrappeso e obesità a cui fa da contraltare la denutrizione. Con al centro le vittime di questo stesso paradosso: i bambini. La sfida l'ha lanciata l'Organizzazione mondiale della sanità pubblicando *Policies and interventions to create healthy school food environments*, le linee-guida globali su politiche e interventi da adottare per creare ambienti scolastici sani proprio a partire dall'alimentazione. Per l'Oms, infatti, il tema è e deve essere al centro delle azioni da mettere in campo per aiutare i più piccoli a sviluppare abitudini più sane a tavola a partire dalla scuola, per poi adottarle durante il resto della vita.

A dare valore a questo obiettivo, come spesso accade, ci pensano i numeri. Nel 2025 circa un bambino e un adolescente in età scolare su dieci in tutto il mondo (parliamo di circa 188 milioni di minori) è risultato obeso, arrivando a superare per la prima volta il numero di chi invece è sottopeso. Trascorrendo gran parte della loro giornata tra i banchi dei vari istituti, per i piccoli le abitudini alimentari sane devono iniziare già dalla prima infanzia. Allo stesso tempo, la scuola deve diventare l'ambiente ideale dove plasmare questi comportamenti e, soprattutto, ridurre le disuguaglianze in materia di salute e nutrizione.

A oggi circa 466 milioni di bambini in tutto il mondo con-

sumano pasti a scuola: nonostante questo dato scatti una fotografia piuttosto esaustiva del fenomeno, a quanto comunica l'Oms le informazioni disponibili sulla qualità nutrizionale del cibo che viene somministrato rimangono piuttosto limitate.

Spesso si tratta di prodotti disponibili, serviti, venduti o promossi all'interno e nei dintorni di molte scuole, ad alto contenuto di grassi saturi, acidi grassi, zuccheri liberi e sale, e non in linea con le linee-guida alimentari nazionali. Le diete malsane tra i bambini rappresentano un grave rischio per la salute pubblica a livello globale, in quanto possono portare a forme come denutrizione, carenze di micronutrienti, sovrappeso, obesità e malattie non trasmissibili legate all'alimentazione. Negli ultimi anni, oltre 45 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni sono risultati affetti da deperimento, di cui 13,6 milioni da deperimento grave: ben 148,1 milioni, sempre sotto i 5 anni, sono stati quelli ad aver manifestato l'arresto della crescita. Inoltre, in base a quanto indicato nel documento dell'Organizzazione mondiale della sanità, nella fascia d'età tra i 5 e i 19 anni, 65,1 milioni di ragazze e 94,2 milioni di ragazzi sono risultati obesi, con un aumento rispettivamente di 51,2 milioni e 76,7 milioni



rispetto alla precedente indagine effettuata nel 1990. Una condizione che ha portato l'agenzia dell'Onu a rilanciare la necessità di interventi mirati alla luce dell'assenza di progressi proprio nella riduzione del sovrappeso infantile; anche perché le politiche da sole non sono sufficienti ma occorre integrarle con meccanismi di monitoraggio e applicazione per garantire che le linee-guida siano attuate in modo efficace e coerente nelle scuole.

Secondo il database globale dell'Oms sull'attuazione delle azioni in materia di alimentazione e nutrizione (Gifna), a ottobre 2025 centoquattro stati membri hanno adottato politiche sull'alimentazione sana nelle scuole, con quasi tre quarti che

includevano criteri obbligatori per guidare la composizione dei pasti scolastici. Tuttavia, solo quarantotto di essi avevano politiche che limitavano la commercializzazione di alimenti ad alto contenuto di zucchero, sale o grassi malsani.

Le linee-guida vogliono quindi sensibilizzare nazioni e governi su una duplice azione: da un lato aumentare la disponibilità, l'acquisto e il consumo di alimenti e bevande che contribuiscano a una dieta sana, dall'altro ridurre la presenza e il consumo di quelli che non lo fanno. Più nello specifico, gli obiettivi sono: fornire raccomandazioni basate su prove scientifiche in merito a politiche e interventi da adottare in materia di alimentazione e nutrizione scolastica; consentire una promozione informata per promuovere azioni

su alimentazione e nutrizione scolastica; orientare la ricerca futura per rafforzare le prove scientifiche a supporto di interventi alimentari e nutrizionali scolastici; contribuire alla creazione di ambienti alimentari che consentano pratiche sane tra i bambini.

Lo scopo generale delle linee-guida è quello di contribuire al raggiungimento di popolazioni più sane attraverso approcci multisettoriali, in linea con il 14° Programma generale di lavoro dell'Oms (2025-2028), nonché favorire l'attuazione di ulteriori interventi su nutrizione e salute.



Servizio Giornata del Fiocchetto lilla

Dall'anoressia alla «diabulimia» anti-insulina: in Italia colpiti 5 milioni ma «guarire si può»

Dalla testimonianza di una ex paziente anoressica alle forme che “mixano” anoressia e patologie come il diabete di tipo 1 fino ai buchi nella rete di cura completa solo in 4 Regioni: viaggio nei disturbi dell'alimentazione che attanagliano bambini e adolescenti

di Barbara Gobbi

14 marzo 2026

Silvia Rossi “ne è uscita”, come si dice, e ci tiene a testimoniare: che di anoressia (e non solo) si può guarire. Ma, anche, che la propria vicenda personale si può farla fiorire predisponendosi ad agganciare e aiutare i giovanissimi grazie alle «antenne speciali», come le definisce, che - dopo anni di trattamento e psicoterapia - le consentono di intercettare, negli allievi della scuola “media” umbra in cui insegna matematica, gli alert di possibili disagi. «La chiave - spiega - è nell'intervento precoce che, anche a partire da minimi segnali come la svogliatezza a tavola, la reticenza a confrontarsi e relazionarsi in famiglia o un improvviso cambiamento di umore, può evitare che i primi sintomi di un disturbo dell'alimentazione sfocino in patologia».

Lei i sintomi dei cosiddetti “Dan” li conosce bene: si è ammalata a sedici anni di anoressia nervosa con iperattività. Quella per cui ti getti nello sport più serrato e nel perfezionismo in tutti gli ambiti. Ha atteso a lungo una risposta adeguata: alla prima visita da una nutrizionista il suo malessere non era stato intercettato, poi mesi di frequentazione di un ambulatorio sul territorio erano stati saltuari e incapaci di risolvere. Complice anche - spiega - «la difficoltà nei miei genitori del prendere atto della mia necessità di tradurre quel grande dolore che dall'infanzia avevo dentro, in malattia capace di rendermi finalmente visibile ai loro occhi. Ecco - dichiara Silvia - in questo senso l'anoressia mi ha salvato». Ma Silvia è arrivata a un soffio dall'irrimediabile: a 21 anni pesa 38 kg ed è bradicardica quando, grazie all'insistenza di una zia, viene ricoverata in Umbria, nella residenza di Palazzo Francisci di Todi, che in Italia è tra i fari della presa in carico. Da lì la lenta risalita che ha richiesto 9 mesi di degenza, supportati dall'équipe di professionisti «tra i quali il mio angelo - racconta -: la nutrizionista che ha continuato a seguirmi anche una volta dimessa». Ma quando ci si può dire “guariti”? «Impossibile fissare una data - risponde Silvia -: per me la guarigione è arrivata da un insieme di cambiamenti, quando finalmente ho spostato l'attenzione sulla vita piuttosto che su dolore, ossessione del cibo e iperattività».

Disturbi per 5 milioni in Italia

La vicenda di Silvia Rossi dimostra una volta di più che di disturbi del comportamento alimentare si guarisce. «La buona notizia - spiega Laura Dalla Ragione, psichiatra e psicoterapeuta, tra gli altri incarichi direttrice della Rete Disturbi alimentari della Regione Umbria nonché direttrice del Numero Verde nazionale Dca Presidenza del Consiglio dei ministri - è che le remissioni totali sono

tante: arrivano all'80% per l'anoressia nervosa, al 70% per la bulimia. E allora - prosegue - fa rabbia che moltissimi giovani a questo traguardo non riescano ancora oggi ad arrivare e che sientino oltre 3.500 decessi. I "Dan", o "Dca", sono la prima causa di morte in Italia tra gli adolescenti, dopo gli incidenti stradali. La realtà è che troppi restano esclusi dai servizi, a fronte di un'emergenza che tra i 3 milioni di casi "messi in chiaro" nel 2025 da una survey Cineca e il sommerso stimato di almeno 2 milioni di persone in tutta Italia, presenta un conto salato di 5 milioni di giovani e giovanissimi interessati». Se moltissimi superano la malattia, pesa il 30% di quanti anche per non aver trovato risposte appropriate e vicino casa, rifiutano le cure o rischiano recidive o - ancora - una modificazione della patologia in altra direzione. Per questo è fondamentale che una rete adeguata di assistenza sia strutturata ovunque.

Piena efficienza solo in 4 Regioni

La mappa dei servizi non fa sconti: le Regioni con una rete completa di cura anche sul territorio «si contano sulle dita di una mano - avvisa ancora l'esperta - e sono la Toscana, Umbria, Emilia Romagna e Veneto mentre in altre, come la Lombardia che pure dispone di buone strutture ospedaliere e residenziali - c'è scarsità di ambulatori pubblici. In tutto il Paese per avere una rete completa servirebbero almeno 300 centri - prosegue Dalla Ragione - mentre oggi malgrado i numeri in crescita, siamo a metà percorso. Di conseguenza la mobilità è molto elevata: chi può permetterselo si sposta per cercare risposte, a proprie spese».

Gli ultimi dati dell'Istituto superiore di Sanità (febbraio 2026) parlano di 232 strutture su tutto il territorio nazionale, tra 56 associazioni che fanno volontariato, prevenzione e counseling e 176 centri di cura (141 pubblici e 35 del privato convenzionato). Centri che sono più presenti al Nord (85), meno al Centro (36) e al Sud e Isole (55). Solo la metà è abilitata a prendere in carico la fascia tra i 7 e i 12 anni e questo è un ulteriore problema.

I nuovi disturbi

L'età di insorgenza dei disturbi della nutrizione continua infatti ad abbassarsi ed è interessata anche da "novità" che andrebbero prese in carico molto precocemente, come l'Arfid (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder): il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo che - come ricordano dalla Società di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Sinpia) - interessa il 5-14% dei bambini, più spesso maschi, e si manifesta tra i 6 e i 10 anni con "l'evitamento di specifici alimenti per caratteristiche sensoriali come aspetto, odore, consistenza e temperatura e per la paura di soffocare o vomitare". Dall'altra parte, molto diffuso sempre tra i maschi, c'è il disturbo da abbuffata compulsiva o binge eating introdotto nel 2022 dall'ultima edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Dsm 5) dell'American Psychiatric Association.

Proprio la necessità di maggiore attenzione alle peculiarità della platea maschile è tra le sollecitazioni che arrivano dalla Società italiana di pediatria: «E' fondamentale che pediatri, genitori e insegnanti imparino a intercettare anche segnali meno tipici come l'ossessione per la massa muscolare o l'eccesso di esercizio fisico», sottolinea il presidente Rino Agostiniani.

Ma è anche al mix tra patologie che devono far fronte sempre più spesso le équipes di cura: è allarme - a esempio - per la diabulimia che colpisce ragazze e ragazzi con diabete di tipo 1, la forma autoimmune genetica del diabete. La scelta in questo caso è di smettere di auto somministrarsi insulina, per perdere peso. Del resto, malattie come diabete 1 e celiachia sono fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione, perché abitano a stare attenti al cibo e proprio questo fattore può portare a un Dan. Con rischi molto alti per il sommarsi di due gravi condizioni, a cominciare dallo scompenso diabetico da mancata insulina.

«Alla base di tutti questi disturbi c'è una forma di autodistruttività - rileva Dalla Ragione -: sono forme depressive che oggi si manifestano nel 60% dei casi con autolesionismo superficiale, soprattutto nella fascia "under 14": ci si taglia, ci si brucia con le sigarette per attenuare attraverso il dolore fisico quello psicologico e morale. L'autolesionismo - rimarca - è oggi molto presente e purtroppo ha conosciuto una ulteriore diffusione con le piattaforme social dove viene esibito in rete come se si trattasse di ferite di guerra e scatenando comportamenti emulativi molto forti, in una sorta di sfida su chi sia più capace di destare shock nella community».

I nodi fondi e personale

A fronte dell'evoluzione camaleontica di queste malattie, c'è la doppia costante delle risorse - che gli addetti ai lavori denunciano come insufficienti e incerte perché non vincolate - e della scarsità di personale, sempre potenzialmente in fuga perché ingaggiato con contratti a termine. L'Istituto superiore di sanità certifica che nei centri lavorano 2.091 professionisti: forniscono interventi psicoterapeutici, psicoeducativi, nutrizionali e farmacoterapeutici, fino ad attività ricreative o occupazionali e, in alcuni casi, scuola in ospedale oppure a domicilio. Il tesoretto annuale da 10 milioni rinnovato con l'ultimo decreto Milleproroghe fino a giugno 2027, consentirà di rifinanziare i contratti scongiurando la desertificazione degli ambulatori. Ma l'auspicio è di ottenere un Fondo vincolato, come è per l'autismo.

La legge di bilancio infine ha inserito 17 prestazioni, in parte nuove, erogabili in ambito Ssn ma si tratta per lo più di visite psicologiche e non dietologiche-nutrizionali, che è l'altro "pezzo di terapia" indispensabile. Un tassello comunque importante, però per funzionare serve la rete dei servizi: nei territori dove manca l'ambulatorio, la prestazione - anche se prevista su carta - di fatto non è erogabile né accessibile.

Ecco i segreti per far funzionare meglio il cervello

Cibi, affetti, serenità: nel saggio di Liotta e Matteoli gli alimenti e le abitudini per una mente radiosa

di **Simona Ravizza**

Un cervello malnutrito nella società opulenta. È il paradosso che riguarda oggi gli italiani: troppo spesso seguiamo un'alimentazione povera delle sostanze di cui il sistema nervoso ha bisogno per funzionare al meglio. Le conseguenze: stanchezza persistente, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, cattivo umore. È quanto emerge dall'analisi di un'enorme mole di dati scientifici condotta da Eliana Liotta, giornalista e autrice di bestseller scientifici, e Michela Matteoli, neuroscienziata, già direttrice dell'Istituto di Neuroscienze del Cnr e oggi in Humanitas. Le due esperte raccontano i risultati ne *La mente radiosa. I cibi e i pensieri che nutrono il cervello e rischiarano la vita*, in uscita martedì nella collana Scienze per la vita di Sonzogno.

Non è un prontuario di buone abitudini (insopportabile), né una lezione calata dall'alto (irritante). È un saggio sul funzionamento del cervello nella vita di ogni giorno. Immaginiamocelo: al suo interno ci sono miliardi di neuroni, una fitta rete di strade in continua attività. I neuroni non si toccano, ma comunicano tra loro attraverso le sinapsi, gli incroci di questa città in movimento. È qui che avviene lo scambio continuo di informazioni, attraverso

impulsi elettrici e neurotrasmettitori, da cui nascono pensieri, emozioni e ricordi. Più gli incroci sono numerosi e ben collegati, più il traffico — cioè il pensiero — scorre.

Perché questa città funzioni davvero, però, bisogna abbandonare un'idea radicata da secoli: la separazione tra mente e corpo. È ciò che il neurologo portoghese Antonio Damasio ha definito «l'errore di Cartesio», la convinzione che la *res cogitans* (la mente) fosse indipendente dalla *res extensa* (il corpo). Non è forse un'impostazione simile — si domandano le autrici — a quella di certi psichiatri e psicologi che si limitano al colloquio senza indagare la salute del corpo? E a quella di quei medici che, viceversa, controllano la gola, palpano la pancia, auscultano il cuore, ma non chiedono mai: «Come va? Com'è il suo umore?».

Tre neurotrasmettitori sono particolarmente importanti per l'equilibrio quotidiano: la serotonina, la molecola del buonumore; la dopamina, il carburante della motivazione; la melatonina, l'ormone che regola il ritmo sonno-veglia. Per produrli il cervello ha bisogno di materie prime che arrivano dal cibo. Eppure l'alimentazione degli italiani è in media carente di nove sostanze essenziali per il sistema

nervoso: omega-3, vitamine del gruppo B, vitamina D, ferro, triptofano, magnesio, potassio, fibre e iodio, nutrienti indispensabili per il funzionamento delle cellule nervose e la produzione dei neurotrasmettitori.

Nei meccanismi del sonno è coinvolto il potassio (si trova soprattutto in frutta, verdura, legumi, patate e cacao): gli italiani ne assumono in media 2,2-2,5 grammi al giorno, contro i 3,5 grammi raccomandati dall'Organizzazione mondiale della sanità. Per umore e motivazione, invece, servono serotonina e dopamina, che il cervello produce a partire dal triptofano, che può scarseggiare con l'età; dal ferro, che manca a circa il 14% delle donne italiane in età fertile (WHO Global Health Observatory, 2019); e dalle vitamine del gruppo B, di alcune delle quali gli italiani presentano livelli inadeguati.

Per memoria, attenzione e



apprendimento entrano in gioco gli omega-3, che facilitano la comunicazione tra le sinapsi, e la vitamina D. Ma nella *Omega-3 World Map* del 2024 i livelli degli italiani risultano bassi: tra il 4 e il 6%, contro una soglia ottimale pari o superiore all'8%. Quanto alla vitamina D, che interviene anche nel rilascio dei neurotrasmettitori nelle sinapsi, è carente in oltre la metà degli italiani.

Per proteggere i neuroni dall'invecchiamento e dallo stress, sono importanti anche le fibre, che nutrono il microbiota intestinale: una carenza delle sostanze prodotte dai batteri che vivono nell'intestino è associata a depressione, ansia e malattie neurodegenerative. Gli italiani consuma-

no in media circa 18 grammi di fibre al giorno, contro i 25-30 raccomandati, perché rispetto alle indicazioni nutrizionali mangiano il 45% di frutta in meno, il 50% di verdura e l'85% di legumi (IV Indagine nazionale sui consumi alimentari in Italia, 2023).

Sarebbe inutile riportare qui un elenco completo di ciò che serve. Per quello c'è il libro. Ma per una mente radio-

sa insieme ai cibi materiali, sono indispensabili anche i cibi immateriali. In tutto i nutrimenti sono 12: stare con gli altri, apprendere, leggere, meravigliarsi, coltivare la pa-

ce. «I sentimenti lasciano tracce — scrivono le autrici —. Sono come voci la cui eco si dirama in tutto il corpo. Gli studi di *neuroimaging* mostrano che le persone più soddisfatte della propria vita sociale presentano in alcune aree cerebrali una maggiore densità della materia grigia, cioè un numero maggiore di sinapsi». In un certo senso siamo il risultato di ogni cena condivisa, di ogni risata, di ogni amore. Impariamo ascoltando, passeggiando, mangiando, amando. E qui torna in mente il *Promemoria* di Gianni Rodari: «Ci sono cose da fare ogni giorno: lavarsi, studiare, giocare, preparare la tavola a mezzogiorno. Ci sono cose da fare di notte: chiudere gli occhi, dormire, avere so-

gni da sognare, orecchie per non sentire. Ci sono cose da non fare mai, né di giorno né di notte, né per mare né per terra: per esempio, la guerra». È l'esergo del libro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le persone più soddisfatte della propria vita sociale presentano in alcune aree una maggiore densità di materia grigia

La scheda

● Eliana Liotta e Michela Matteoli hanno identificato 12 azioni per mantenere una mente radiosa

● Si tratta di nutrimenti materiali, come seguire la dieta mediterranea o stare alla luce del sole per permettere al nostro corpo di produrre più serotonina e vitamina D

● Ma anche immateriali, per esempio avere una vita sociale appagante: si è visto infatti che le persone più soddisfatte della propria vita sociale presentano maggiore densità della materia grigia, cioè più collegamenti tra neuroni

● Importante anche dormire il giusto poiché con il sonno si fissano i ricordi e si ripulisce il cervello dai rifiuti metabolici

● La lectio scenica delle autrici tratta dal libro «La mente radiosa» si terrà al Piccolo Teatro Studio Melato di Milano il 4 maggio alle 20.30



Autrici Eliana Liotta e Michela Matteoli (foto Costanza Longhini)



I 12 nutrimenti materiali e immateriali

Stare con gli altri



Apprendere



Dormire il giusto



Abbracciare la spiritualità



Seguire la dieta mediterranea



Stare alla luce del sole



Rilassarsi



Provare piacere



Fare attività fisica



Meravigliarsi



Leggere



Coltivare la pace



Marco Cossolo

“Vaccini ed esami in farmacia Così le piattaforme digitali aiutano i pazienti a curarsi”

Il presidente di Federfarma: “Riduciamo il carico sulle strutture pubbliche”

L'INTERVISTA
PAOLORUSSO

La farmacia dei servizi esce dalla fase sperimentale per diventare sempre più un pilastro della nuova sanità di prossimità «che deve offrire maggiori servizi sotto casa a una popolazione che invecchia», spiega il presidente di Federfarma, Marco Cossolo. Che illustra la svolta degli esami diagnostici di primo livello fatti in farmacia e rimborsati ormai dalla maggior parte delle Regioni, dove è possibile anche prenotare accertamenti o cambiare medico di famiglia. **Cosa cambia con il passaggio dalla fase di sperimentazione della farmacia dei servizi alla sua stabilizzazione?**

«Ora la farmacia dei servizi è a tutti gli effetti un “pezzo” del Ssn, un punto di riferimento che garantisce stabilità e continuità assistenziale sul territorio, aumentando le attività che i cittadini potranno fare sotto casa. Si va dalle vaccinazioni, estese a tutti i maggiori di 12 anni per quelle previste dal piano nazionale di prevenzione, ai test per lo Streptococco A, fino al monitoraggio dell'aderenza terapeutica per i malati cronici».

A che punto siamo con la rimborsabilità dei servizi?

«La stragrande maggioranza delle Regioni sta continuando a erogare i servizi anche in convenzione. In Lombardia,

oltre ai vaccini è già possibile effettuare in farmacia la scelta e revoca del medico di base; nelle Marche abbiamo registrato ottimi risultati non solo nella prevenzione vaccinale (+33%), ma anche nello screening del colon retto con la consegna e il ritiro dei kit in farmacia. In Puglia sta funzionando lo screening gratuito sull'Hcv (epatite C) che permette di individuare la patologia tempestivamente. In altre Regioni il vaccino contro Hpv sta raggiungendo soglie importanti. Il modello dimostra che la rimborsabilità è un investimento: spostare i servizi in farmacia significa decongestionare le altre strutture pubbliche e avvicinare la sanità alla gente».

Quali servizi aggiuntivi alla fornitura dei farmaci offrono oggi le farmacie e quali nuovi se ne possono immaginare nel futuro?

«Dobbiamo partire dalla prevenzione, che è il cuore della riforma della sanità di prossimità. In un Paese anziano come il nostro, non è accettabile che un ottantenne debba andare in ospedale per un vaccino antinfluenzale se può farlo sotto casa. A screening e aderenza terapeutica poi si aggiungono i servizi professionali come la telemedicina, Ecg, holter, spirometria e quelli amministrativi, come prenotazioni Cup, scelta e revoca del medico, accesso a pratiche e certificazioni. Nel futuro vedo il rafforzamento della presa in carico dei pazienti cronici, l'ampliamento delle iniziative di prevenzione e

una sempre maggiore integrazione con gli altri professionisti sanitari attraverso le piattaforme digitali».

Che cosa risponde a chi sostiene che gli accertamenti di primo livello effettuati nelle farmacie non garantiscono gli standard di sicurezza che per legge devono essere garantiti da laboratori di analisi e centri diagnostici?

«Gli screening effettuati in farmacia sono garantiti dalla qualità di apparecchiature con caratteristiche di sensibilità e specificità definite dal ministero della Salute. Questo è stato anche ribadito da diverse pronunce di Tar e Consiglio di Stato. Non bisogna confondere, però, le diverse finalità: in farmacia non si fanno diagnosi, un prelievo capillare è un atto di monitoraggio e screening, non un prelievo venoso da laboratorio».

La spesa farmaceutica continua a crescere e qualcuno sostiene anche grazie a presunti regali alle farmacie, come il nuovo sistema di remunerazione e il passaggio di alcuni farmaci antidiabetici dalla distribuzione per conto delle Asl direttamente alle farma-



cie convenzionate.

«Non c'è nessun regalo. La spesa generale aumenta e aumenterà, perché siamo un Paese sempre più vecchio. Perché si diagnosticano prima le malattie e perché abbiamo, grazie alla scienza, farmaci innovativi sempre più costosi. In questo scenario la farmacia è lo strumento che permette di gestire la spesa in modo più efficiente e meno costoso per la collettività. Il nuovo sistema di remunerazione agisce proprio sui farmaci più costosi, perché basato sulla prestazione professionale e non più solo sul prezzo del farmaco. Consentire al paziente di trovare il farmaco direttamente in farmacia significa garantire la terapia a due passi da casa, favorendo l'aderenza al trattamento. E il passaggio genera un ri-

sparmio, come certificato dall'Aifa».

Potranno crearsi sinergie tra farmacie e nuove strutture territoriali di assistenza come le Case di comunità?

«Sì. Devono essere complementari: le farmacie e i medici di famiglia sono "spoke", i sensori capillari sul territorio, mentre le Case di comunità sono gli "hub" per la gestione di situazioni più complesse».

Quali sono al momento i medicinali di cui lamentate carenza e come si può superare il problema?

«Non si tratta di un'emergenza generalizzata, ma di criticità a rotazione su alcune categorie di medicinali. Alla base del fenomeno c'è soprattutto un fattore economico. In Italia molti farmaci hanno prezzi

inferiori rispetto ad altri Paesi europei e questo favorisce le esportazioni verso mercati più remunerativi. È chiaro che la situazione mondiale e i costi che sta comportando il nuovo conflitto in Medio Oriente non possono non preoccuparci. Il farmacista da sempre affronta questi momenti attraverso il consiglio professionale su farmaci equivalenti o ricorrendo alla preparazione galenica».

Vi si accusa di aver trasformato le farmacie in un Bbzar. Come replica?

«La presenza di prodotti non strettamente farmaceutici, come alcuni ci rimproverano – e che personalmente penso dovrebbe essere ulteriormente limitata – è in parte legata alle regole del mercato, ma incide sempre meno sulla funzione

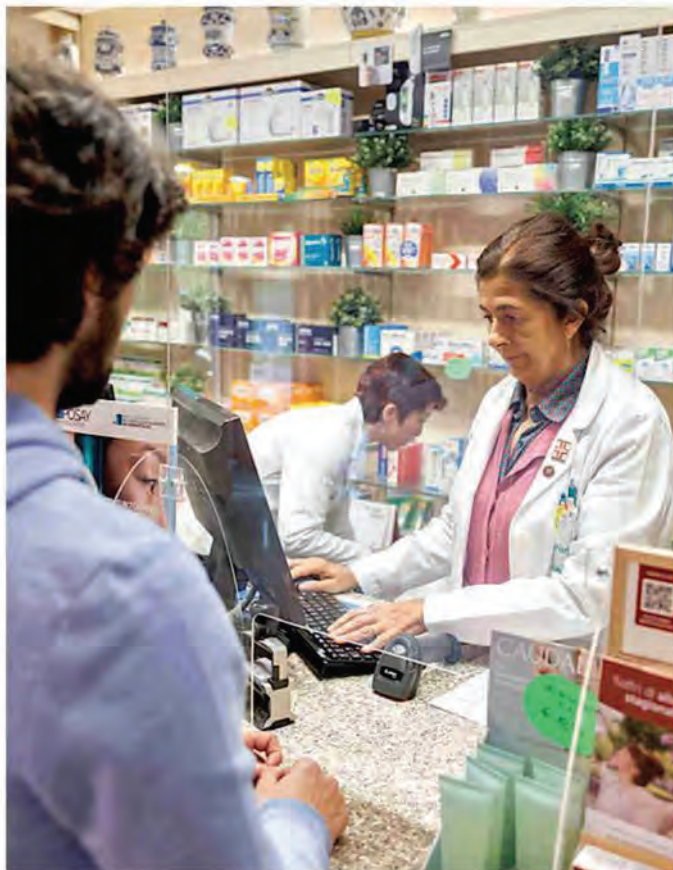
primaria della farmacia, che in realtà si sta sempre più spostando verso la sua funzione naturale, forse anche storica, di presidio del Servizio Sanitario Nazionale». —



Marco Cossolo
Presidente Federfarma

In un Paese anziano come il nostro non è accettabile che un ottantenne debba andare in ospedale per un antinfluenzale

Il conflitto in Medio Oriente ci preoccupa anche per il rischio di una futura carenza di medicinali



Servizi di prossimità

Gli esami diagnostici di primo livello svolti in farmacia e rimborsati dalle Regioni sono una realtà in gran parte d'Italia



Tumore al seno: le cellule diventano più aggressive grazie al loro “tatto”

Crescere in uno spazio ristretto lascia una sorta di “imprinting”: le cellule si fortificano e si spostano con più facilità dando origine a metastasi

di Federico Mereta

13 marzo 2026

A volte crescere in un ambiente difficile può non essere del tutto negativo, perché aiuta a fortificarsi. Questa regola appare valida, purtroppo, anche per le cellule che danno origine al tumore della mammella: se all'inizio vengono sottoposte ad una forte pressione ambientale perché costrette a svilupparsi in uno spazio ristretto, col tempo potrebbero assumere caratteristiche di maggior malignità e soprattutto avere maggiore facilità a replicarsi a distanza, dando luogo a metastasi. L'ipotesi, affascinante anche per le prospettive che apre sul fronte terapeutico, emerge da una ricerca di esperti dell'Università di Adelaide coordinati da Michael Samuel e pubblicata su Science Advances, in qualche modo svela quanto e come ci siano tumori che riescono a crescere localmente e a svilupparsi a distanza con facilità, mentre altri non procedono. E soprattutto rivela un ruolo della fisica nel determinare il vantaggio di alcuni cloni cellulari. Stando allo studio, l'intensa pressione meccanica a cui sono sottoposte le cellule tumorali in fase iniziale, mentre crescono compresse in uno spazio ristretto, potrebbe infatti risultare vantaggiosa per la loro crescita e soprattutto lasciare una sorta di “imprinting” che le rende più forti nello sviluppo futuro.

Il “tatto” delle cellule neoplastiche

Per spiegare quanto avviene, in qualche modo occorre risalire ad un senso umano, il tatto. Le cellule del tumore al seno infatti impiegherebbero proprio la capacità di “utilizzare” un sensore specifico, appunto quello che caratterizza il senso nell'uomo, per moltiplicarsi con maggior rapidità ed allontanarsi, creando localizzazioni a distanza. In pratica, il comportamento aggressivo delle cellule si mantiene anche dopo che non esiste più lo stimolo pressorio sulle cellule tipico delle fasi iniziali della malattia. Queste unità infatti si debbono sviluppare in spazi ristretti come i dotti galattofori (i canali entro cui scorre il latte materno). E questa pressione sarebbe una sorta di modello educativo che poi porta le cellule a svilupparsi e replicarsi anche a distanza, influenzando sulla progressione della patologia. Ma come nasce la percezione tattile delle cellule?

Sostanzialmente queste unità neoplastiche riescono a rilevare la pressione ambientale con la molecola PIEZO1, che in qualche modo collega l'ambiente intracellulare con quello esterno. Sotto lo stimolo della pressione PIEZO1 consente agli ioni calcio di fluire all'interno della cellula, innescando una serie di segnali, tra cui una particolare cascata di fenomeni, chiamata Rho-ROCK, che rappresenta un regolatore chiave del movimento, della forma e della crescita cellulare.

Il ruolo della fisica e la memoria cellulare

Stando alla ricerca, a spingere questi percorsi sarebbe la pressione meccanica sul tessuto tumorale, e quindi sulle cellule. Questo solo elemento, in modelli di laboratorio di tumore mammario, ha mostrato come le lesioni maggiormente compresse siano cresciute di più e soprattutto come le cellule tumorali presenti una divisione più rapida. Non solo. Con la pressione cambia anche l'aggressività e la capacità di diffondersi delle cellule. Va detto infine che, quando eventuali trattamenti mirati fossero disponibili, sarà ancor più importante la diagnosi precoce. Le cellule tumorali infatti avrebbero una sorta di “memoria” meccanica che in pratica manterrebbe l'effetto negativo nel tempo. In pratica quindi si determinerebbe una memoria meccanica epigenetica, determinata proprio dalle forze meccaniche a breve termine.

Speranze per cure su misura

In ultimo, secondo lo studio, PIEZO1 sarebbe più abbondante nei tumori della mammella rispetto al tessuto mammario normale e che la quantità di PIEZO1 varia da paziente a paziente. Non solo: livelli elevati di PIEZO1 sono associati a una scarsa sopravvivenza delle pazienti, suggerendo che lo stesso meccanismo di rilevamento della pressione identificato nei modelli sperimentali sia probabilmente rilevante nei tumori umani. Insomma, si apre la strada alla speranza, seppur si tratti di un percorso sperimentale: inibendo PIEZO1 e/o la via Rho-ROCK con farmaci su misura, la compressione potrebbe non essere in grado di stimolare la maggior aggressività del tumore. Con una miglior gestione della malattia. “La scoperta della “memoria meccanica” delle cellule del tumore mammario aggiunge un ulteriore tassello alle nostre conoscenze – commenta Lucia del Mastro, professore di Oncologia Medica all'Università di Genova. In particolare la “memoria meccanica” potrebbe essere una delle ragioni dei maggiori rischi di metastatizzazione che osserviamo nei tumori di maggiori dimensioni. Non solo. Il dato rafforza una volta di più l'importanza della diagnosi precoce: i tumori scoperti quando sono di dimensioni più piccole potrebbero essere anche biologicamente meno aggressivi. Infine questo studio apre la strada per terapie con nuovi bersagli terapeutici quali il sensore PIEZO1 e la via Rho-Rock”.

Questa forma di memoria meccanica epigenetica fornisce una spiegazione molecolare di come le forze meccaniche a breve termine a livello cellulare possano avere conseguenze a lungo termine sul comportamento dei tumori.

È importante sottolineare che lo studio ha scoperto che PIEZO1 è più abbondante nei tumori al seno umani rispetto al tessuto mammario normale e che la quantità di PIEZO1 varia da paziente a paziente. Livelli elevati di PIEZO1 sono associati a una scarsa sopravvivenza delle pazienti, suggerendo che lo stesso meccanismo di rilevamento della pressione identificato nei modelli sperimentali sia probabilmente rilevante nei tumori umani.

I risultati evidenziano la pressione meccanica come un fattore sottovalutato dell'aggressività del cancro e suggeriscono che il pathway PIEZO1-Rho-ROCK sia un potenziale nuovo bersaglio terapeutico per l'intervento precoce.

Interrompendo il modo in cui le cellule tumorali percepiscono e rispondono alla pressione meccanica, i trattamenti futuri potrebbero essere in grado di limitare la crescita tumorale e ridurre l'invasività, secondo i ricercatori. Questi risultati potrebbero anche essere utili per identificare le pazienti a rischio di tumori al seno aggressivi a causa di alti livelli di PIEZO1.

“Poiché i tumori sono sempre più riconosciuti come malattie meccanicamente sensibili, “Questo lavoro apre le porte a una nuova area della “meccanoterapia”, ovvero trattamenti progettati per interferire con i segnali meccanici su cui i tumori fanno affidamento per crescere e diffondersi”, ha affermato il professor Samuel.



Servizio Giornata mondiale

Neonati, sonno sicuro per la tutela della salute: ecco il vademecum per una crescita equilibrata

Le buone pratiche basate sull'evidenza scientifica consentono a famiglie e professionisti di condividere gli stessi principi di prevenzione contribuendo insieme a ridurre i rischi e a costruire per ogni bambino un futuro più sano

*di Massimo Agosti *, Luana Nosetti ***

14 marzo 2026

“Sleep Well, Live Better”: la Giornata mondiale del sonno del 13 marzo ci ha ricordato che dormire bene è alla base di una vita migliore. E questo vale ancora di più per i neonati: garantire loro un sonno sicuro e di qualità significa investire nel loro futuro, nella loro salute e nel loro benessere di domani.

Come Società italiana di Neonatologia (Sin), rinnoviamo il nostro impegno nel promuovere e diffondere i consigli per un sonno sicuro. Un sonno protetto non riguarda solo l'ambiente domestico: è una responsabilità che inizia già in ospedale, anche nelle Terapie intensive neonatali (Tin), dove ogni giorno si lavora per garantire ai neonati condizioni di riposo che favoriscano sicurezza, comfort e sviluppo.

Le buone pratiche

La Sin sostiene con forza la diffusione di pratiche basate sull'evidenza scientifica, affinché famiglie e professionisti condividano gli stessi principi di prevenzione, contribuendo insieme a ridurre i rischi e a costruire per ogni bambino un futuro più sano.

Il sonno è un'esigenza biologica fondamentale per il neonato, troppo spesso sottovalutata e interrotta. Nel neonato il sonno non è solo riposo: è un vero e proprio processo attivo di sviluppo. Durante il sonno si consolidano le connessioni neuronali, si regolano metabolismo, crescita e risposta allo stress. Nei primi mesi di vita, i neonati trascorrono fino al 70–80% del tempo dormendo, a testimonianza di quanto il sonno sia centrale per il loro sviluppo neurologico.

La protezione dei prematuri

La protezione del sonno inizia, quindi, già in ospedale e in particolare anche e soprattutto in Terapia intensiva neonatale, dove i neonati prematuri o fragili ricoverati sono spesso svegliati a causa dei rumori ambientali e di procedure mediche, monitoraggi e terapie a cui sono sottoposti, per supportarli e aiutarli nella loro cura e crescita.

La Sin promuove e sostiene, quindi, in tutte le Tin, strategie di attenzioni orientate alla tutela del sonno che mirano a ridurre le luci e i rumori ambientali, riunire le procedure assistenziali in minori interventi per evitare risvegli ripetuti, favorire il posizionamento contenitivo e il comfort posturale del neonato, promuovere il contatto pelle a pelle (kangaroo care) con i genitori.

Il vademecum a casa

Anche a casa alcuni comportamenti possono favorire un sonno fisiologico e sicuro nel neonato: riconoscere e rispettare i segnali di sonno, mantenere routine semplici e ripetitive, offrire un ambiente tranquillo e con stimoli moderati, favorire la vicinanza e la regolazione emotiva attraverso la presenza del caregiver.

Seguire tutti i consigli e le indicazioni per garantire un sonno sicuro al proprio neonato è fondamentale anche per ridurre in modo notevole il rischio di Sids (Sudden Infant Death Syndrome, ovvero la Sindrome della morte in culla), evento fortunatamente raro, ma che rimane la principale causa di mortalità nel primo anno di vita, dopo il periodo neonatale. In Italia il tasso di casi di Sids si è ridotto a circa lo 0,5 per mille nati vivi, in calo grazie alle campagne di prevenzione, ma dobbiamo continuare a informare i genitori sulle precauzioni più importanti da adottare.

Come Sin ribadiamo alcune regole fondamentali per la sicurezza del sonno del neonato, e in particolare: l'avvio dell'allattamento al seno; posizione supina (sulla schiena) per ogni sonno; superficie per il sonno ferma, piatta, non inclinata; niente oggetti morbidi o accessori nel letto; condivisione della stanza sì, del letto no; evitare fumo, alcol e droghe; garantire una temperatura adeguata; materasso della culla certificato a norma CE; supervisione quando il bambino dorme in dispositivi non pensati per il sonno; uso del succhietto; vaccinazioni secondo il Piano nazionale.

Ogni neonato merita un sonno protetto e di qualità, elemento essenziale per favorire uno sviluppo neurologico ed emotivo ottimale e per accompagnarlo verso un percorso di crescita più sicuro, equilibrato e sano.

** Presidente Società italiana di Neonatologia - Sin*

*** Responsabile Centro Disturbi respiratori del sonno e Sids, Clinica pediatrica Università dell'Insubria Ospedale Filippo del Ponte di Varese*



Servizio Lo studio

I mancini più competitivi, ecco perché resistono nell'evoluzione con minore ansia da prestazione

Rappresentano solo il 10% della popolazione ma proprio questa predisposizione alla competizione spiegherebbe la persistenza del mancinismo durante la storia dell'uomo: il lavoro dell'Università D'Annunzio pubblicato su Scientific Reports

di Licia Caprara

14 marzo 2026

Soffrono meno di ansia da prestazione, molto meno, e si misurano sul terreno della competizione con una bella sicurezza. Sono i mancini, le cui caratteristiche caratteriali e comportamentali sono state studiate dai ricercatori del Dipartimento di Psicologia dell'Università "D'Annunzio" Chieti-Pescara e messe in correlazione con i destrimani.

Rappresentano solo il 10 per cento della popolazione, ma sarebbe proprio questa predisposizione alla competizione a spiegarne la "resistenza", vale a dire la persistenza del mancinismo nel corso dell'evoluzione della specie, che si manifesta in percentuale bassa ma stabile.

Lo studio

Lo studio si è sviluppato in più fasi, partendo dalle informazioni riguardanti oltre mille persone che avevano compilato dei questionari online con i quali indagare la preferenza per la mano, le motivazioni psicologiche e altri tratti della personalità. Successivamente le risposte sono state utilizzate per calcolare il cosiddetto quoziente di lateralità (QI), un indice usato per misurare la dominanza di una mano rispetto all'altra.

In base alle risposte, il team ha poi selezionato 483 individui fortemente destrorsi e 50 fortemente mancini per sottoporli a una seconda serie di questionari: la finalità era valutarne il livello di competitività, ansia o depressione, e verificare se la preferenza per la mano dominante fosse collegata a un tipo specifico di personalità.

Il test dei 9 pioli

Da questo gruppo, 24 mancini e 24 destrimani sono stati invitati poi in laboratorio per completare un compito chiamato "Test dei 9 pioli", che consiste nel posizionare nove piccoli pioli in una tavola il più velocemente possibile usando una sola mano. I mancini hanno ottenuto punteggi più alti nell'ipercompetitività ed erano meno propensi dei destrimani a sottrarsi alla competizione per l'ansia. Non è stata, invece, rilevata alcuna correlazione significativa tra la preferenza della mano e la destrezza fisica. Nel compito con la tavoletta forata, 11 dei 24 destrimani sono risultati più veloci, suggerendo che la spinta a competere è nella mente, non il risultato di una particolare abilità fisica.

Il "plus" competitivo

Secondo i ricercatori questo lavoro va a suffragare la Strategia Evolutivamente Stabile (ESS), una teoria secondo la quale i destrorsi sono avvantaggiati nella cooperazione in gruppi numerosi, ma i mancini hanno un plus competitivo nelle situazioni uno contro uno.

Lo studio è parte di un progetto finanziato dal ministero dell'Università e della Ricerca, ed è stato presentato e vinto nel 2022 da Giulia Prete, professoressa associata di Psicologia generale, e Luca Tommasi, professore ordinario di Psicobiologia. L'intera ricerca, conclusa a fine febbraio di quest'anno, era finalizzata proprio a indagare la lateralizzazione in un'ottica evoluzionistica e comparativa, e ha coinvolto tre Unità di Ricerca (Università di Trento, Chieti, e Bari). Il lavoro sui mancini, pubblicato su Scientific Reports, è stato condotto alla "D'Annunzio" e ha coinvolto diversi ricercatori, che hanno collaborato alla raccolta e analisi dei dati presentati, sotto il coordinamento di Prete e Tommasi.

LO SCANDALO

Ravenna, sospesi medici
Falsificavano i certificati
per aiutare gli immigrati

Francesca Galici a pagina 8

Frodi pro-migranti, sospesi i medici

Interdizione per tre dottori: a Ravenna falsificavano i certificati per far evitare il Cpr

Francesca Galici

■ Prosegue l'indagine della procura di Ravenna sui medici che avrebbero creato certificati ad hoc per evitare l'ingresso dei migranti irregolari nei Cpr. Il caso è esploso nel reparto Malattie infettive dell'ospedale di Ravenna (nella foto un flash mob a sostegno dei medici) e vede otto medici indagati per falso ideologico continuato ma per tre di questi il gip Federica Lipovscek del tribunale di Ravenna ha disposto l'interdizione dalla professione medica per 10 mesi. Per gli altri cinque, invece, è stato deciso, per lo stesso tempo, il divieto di occuparsi delle certificazioni di idoneità. Così riporta il *Resto del Carlino*, sottolineando che la procura per tutti aveva chiesto l'interdizione per un anno dalla professione. Nonostante i gravi indizi, il gip ha ritenuto non sussistente il pericolo di reiterazione del reato, anche perché l'azienda sanitaria locale aveva comunque già annunciato di aver sollevato i

medici sotto indagine da quella specifica mansione. L'indagine ha fatto emergere un coordinamento tra i medici di Ravenna e un non operatore sanitario, non indagato, che teneva le fila della situazione. «Gli facciamo il culo a questi sbirri maledetti», si legge in una delle conversazioni da cui emerge la pratica di disobbedienza applicata all'ospedale di Ravenna. Il medico esterno faceva la «mappatura», come da lui scritto in una chat, dei certificati di non idoneità dei migranti e per questo motivo tra le ipotesi investigative sul tavolo c'è anche la possibilità che questo modus operandi possa essersi radicato anche in altri ospedali, anche se finora non sono emerse evidenze in questo senso.

Nel reparto in cui lavorano i medici indagati, tra settembre 2025 e gennaio 2026 è emerso che la maggior parte dei migranti è stata dichiarata non idonea al Cpr: una stranezza che gli investigatori hanno approfondito nell'ambito dell'indagine per fare luce su una statistica quanto meno dubbia, che fa emergere anche un altro dato: dei 40 migranti che sono stati ritenuti idonei, 10 hanno commesso

reati dopo la certificazione. Una delle dottoresse che sono state iscritte nel registro degli indagati dalla procura di Ravenna si definiva «anarchica e antifascista» nelle chat con i colleghi e in un passaggio di queste chat si sarebbe anche «vantata» del fatto che uno dei migranti da lei ritenuto non idoneo sarebbe tornato per ringraziarla.

Da anni il movimento No Cpr porta avanti la campagna di disobbedienza civile, invitando i medici ad aderire alla protesta e in tal senso ha anche prodotto un modulo prestampato standard da utilizzare per tutti i migranti. La definiscono una scelta etica che si pone in contrasto con il sistema Cpr e con gli obiettivi di questi centri, che nascono per permettere il rimpatrio dei soggetti che non hanno alcun diritto di permanenza in Italia e in Europa. Ma è anche, ovviamente, una posizione politica da parte degli attivisti, che in questa loro campagna hanno trovato anche l'appoggio di esponenti dell'opposizione parlamentare. «Riusciremo ad avere a brevissimo anche interrogazioni parlamentari sull'accadu-



il Giornale

to», rassicurava l'operatore non indagato a poche ore dalla notizia di indagine. In sostegno dei medici indagati ieri a Bologna si è svolta una manifestazione, promossa sempre dalla Rete No Cpr all'interno di un corteo più ampio contro le guerre e contro il governo. «Siamo medici, infermieri e psicologhe, qui per ribadire

che una linea rossa è stata oltrepassata il 12 febbraio, con gli otto medici indagati per falso ideologico e la notizia di oggi che tre sono stati sospesi per 10 mesi dal loro lavoro», hanno dichiarato durante la protesta. I Cpr, hanno aggiunto, «sono luoghi di morte» e «la cura non è reato».

Per altri 5 camici bianchi divieto di occuparsi di certificazioni di idoneità. La Procura aveva chiesto l'interdizione dalla professione



FIRENZE L'uomo era affetto da demenza

Retta Rsa, malato risarcito Il tribunale condanna Regione Toscana e Asl

Ulivelli a pagina 18

Retta Rsa, malato di demenza risarcito Il tribunale condanna Regione e Asl

La sentenza obbliga a rifondere 25mila euro alla famiglia dell'anziano che non doveva pagare la quota sociale
Il legale Franchi: «I principi della Cassazione stanno diventando patrimonio comune della giurisprudenza»

di **Ilaria Ulivelli**
FIRENZE

C'è chi è costretto a vendere la casa e chi ha speso i risparmi di tutta una vita per fare assistere genitori o familiari in Rsa quando a casa non è possibile. In molti casi, però, non si dovrebbe tirare fuori neppure un centesimo.

Una sentenza che si inserisce in un orientamento ormai consolidato: il Tribunale di Firenze ha condannato la Rsa San Lorenzo del Consorzio Zenit, la Regione Toscana e l'Asl Toscana centro a rimborsare oltre 25mila euro alla famiglia di Piero Gargiulo, paziente affetto da grave demenza a seguito di un ictus, poi scomparso nel luglio 2023.

E' una vittoria per le famiglie dei malati di demenza. Molto meno per conti della sanità pubblica. Il giudice infatti ha dichiarato nullo il contratto sottoscritto con la struttura e ha ribadito un principio ormai consolidato e cioè che dovrebbero essere a totale carico del sistema sanitario pubblico le rette (sia per la quota sanitaria sia per la quota assistenziale) per i pazienti in cui cura e assistenza sono inscindibili.

In altre parole, quando un mala-

to è così grave che assistenza e cure mediche non possono essere separate, la retta della Rsa non dovrebbe essere pagata dalle famiglie ma dal sistema sanitario pubblico. E' il principio affermato più volte dalla Corte di Cassazione e ormai recepito da numerose sentenze dei tribunali italiani.

«**Questa sentenza** conferma ancora una volta che i principi affermati dalla Cassazione stanno diventando patrimonio comune della giurisprudenza italiana», spiega il legale Giovanni Franchi, presidente per la regione Emilia Romagna di Konsumer Italia, che da vent'anni porta avanti questa battaglia e che in Toscana ha già vinto con casi analoghi a Pisa, Pistoia e Lucca. «Il Tribunale di Firenze ha applicato correttamente il criterio della inscindibilità delle prestazioni: un paziente con demenza grave, totalmente non autosufficiente, affetto da molte patologie croniche non può pagare l'assistenza perché si tratta di una prestazione sanitaria a tutti gli effetti. La Rsa in questo caso è come fosse un ospedale».

Nel caso specifico della sentenza fiorentina Piero Gargiulo era stato ricoverato nella Rsa San Lorenzo di Firenze nell'agosto 2020. Soffriva di decadimento cognitivo grave in encefalopatia vascolare cronica, ipertensione non controllata, diabete e

idrocefalo. Era invalido al 100% e necessitava di assistenza continua. Il consulente tecnico d'ufficio nominato dal Tribunale ha confermato che le sue cure sociosanitarie erano inscindibilmente integrate a quelle sanitarie. Eppure la famiglia era stata costretta a versare una retta mensile di 1.688 euro per la quota sociale.

La questione delle rette Rsa in Toscana è particolarmente rilevante: nella regione le demenze colpiscono oltre 80mila persone sopra i 65 anni, a cui si aggiungono circa 1.500 casi di demenza precoce.

A livello nazionale se l'orientamento giurisprudenziale fosse applicato ovunque, il servizio sanitario nazionale dovrebbe far fronte a una spesa annua superiore ai 10 miliardi di euro, oggi non finanziata. Gli stanziamenti previsti dal Fondo per l'Alzheimer e le demenze e dalla Finanziaria risultano largamente insufficienti.

Servirebbe una nuova legge per impedire che le famiglie lasciate sole nel dramma della malattia e della demenza siano costrette a far valere i propri diritti costringendosi a lunghe e logoranti battaglie legali di cui solo i sopravvissuti riescono a vedere la fine.



Tumore a 12 anni Luca, salvato al Gemelli con la terapia per adulti

La sua moto da cross non l'ha mai lasciata, nemmeno quando gli è stata diagnosticata una malattia difficile da immaginare sul corpo di un bambino. «Pensate, è salito in sella alla sua moto anche nei momenti peggiori, con la stomia applicata», raccontano i genitori di Luca, 14 anni, romano. La sua è una storia a lieto fine. Da poco più di un mese è usc-

to dall'incubo di una diagnosi durissima: carcinoma del colon-retto. Una malattia che colpisce gli adulti per cui non esiste una terapia pediatrica. Ma i medici del Policlinico Gemelli hanno esplorato una strada terapeutica nuova.

Spagnoli a pag. 47

Curato con la terapia dei grandi Il piccolo Luca salvato al Gemelli

► Colpito a 12 anni da un tumore maligno che colpisce l'intestino. Da un mese è guarito
L'intuizione dei medici che hanno chiesto il via libera per l'utilizzo di un farmaco per adulti

LA STORIA

La sua moto da cross non l'ha mai lasciata, nemmeno quando gli è stata diagnosticata una malattia difficile da immaginare sul corpo di un bambino. «Pensate, è salito in sella alla sua moto anche nei momenti peggiori, con la stomia applicata», raccontano i genitori di Luca, 14 anni, romano. La sua è una storia a lieto fine. Da poco più di un mese è uscito dall'incubo di una diagnosi durissima: carcinoma del colon-retto. Un tumore maligno che colpisce l'intestino e che compare generalmente in età adulta, anche se le statistiche raccontano di una patologia che sta comparando sempre più precocemente. Ed è qui che la storia si complica: per i pazienti più giovani non esiste una terapia specificamente testata. Ma i medici del Policlinico Gemelli hanno esplorato una strada terapeutica nuova. Che ha funzionato.

IL PERCORSO

I primi sintomi compaiono quando Luca ha 12 anni. Un mal di pancia diverso da qualsiasi dolore provato fino a

quel momento, che non se ne va proprio. Finché, nell'aprile del 2022, arriva la diagnosi. «Per noi è stato devastante - ricordano i genitori - Abbiamo deciso di non dirgli subito a cosa sarebbe andato incontro. Ma Luca è sveglio: l'ha capito da solo». Il piccolo paziente viene affidato agli oncologi pediatrici del Gemelli, guidati da Antonio Ruggiero. Dopo una serie di accertamenti arriva il momento di iniziare la terapia. Nei casi di carcinoma del colon-retto diagnosticati in età così giovane, l'unica strada battuta è la chemioterapia. Per Luca, però, il trattamento si rivela subito molto difficile. «Ha reagito con un'elevata tossicità», spiega l'oncologo. «È stato malissimo - incalza il padre ricordando quei momenti critici - ha passato una settimana in terapia intensiva».

Proprio in quei giorni nuovi accertamenti rivelano un elemento

decisivo: «Luca presenta le caratteristiche cliniche di un paziente che poteva rispondere alla terapia con pembrolizumab», spiega il medico. C'è però un ostacolo non da poco. Il farmaco non è approvato per i pazienti pediatrici, ma solo per gli adulti. Non essendoci alternative terapeutiche e risultando il tumore inoperabile, gli oncologi pediatrici decidono allora di avviare un iter autorizzativo eccezionale per l'utilizzo off label del medicinale. «Abbiamo fatto richiesta al nostro Policlinico di poterlo utilizzare - spiega Ruggiero - visto che il tumore presentava le stesse caratteristiche biologiche di quelli che osserva-



mo nei pazienti adulti, c'erano tutte le basi scientifiche per assumersi la responsabilità di iniziare questa terapia». Da quel momento in poi la storia prende una piega tutta diversa. Il risultato, raccontano oggi i medici, «è stato sorprendente». «La risposta di Luca alla terapia è stata eccellente. Abbiamo osservato una remissione completa, qualcosa che non si vede spesso, a volte nemmeno nei pazienti adulti».

IL TRATTAMENTO

Il trattamento, che è molto meno invasivo rispetto alla chemioterapia, gli ha permesso di mantenere una quotidianità il più normale possibile a quella dei suoi coetanei: «Non ha perso i capelli - spiegano i genitori - Ed è sempre andato a scuola con i suoi compagni, saltando le lezioni solo per poche settimane». E se la

scuola non si è mai fermata, Luca non ha rinunciato nemmeno alla sua passione più grande: il motocross. «È sempre stato molto attivo, spericolato, un vero mattacchione - lo racconta la mamma - Vive tutto al cento per cento». Medici e parenti lo descrivono come

un bambino molto maturo: «Ha imparato presto a gestire la malattia con una sorprendente indipendenza: non ha mai chiesto aiuto, nemmeno per sistemare la stomia».

Arriva l'ultimo passaggio. È la fine del 2025, circa un anno dopo l'inizio delle cure. Rimane ancora una complicanza da affrontare: un'ostruzione intestinale, uno degli effetti collaterali della terapia. Serve un nuovo intervento chirurgico, affidato all'équipe del Policlinico Gemelli guidata dal professor Roberto Persiani. I chirurghi scelgono di utilizzare una tecnica mi-

ni-invasiva applicata solo in pochi centri al mondo e mai utilizzata prima su un bambino: la resezione del retto per via transanale, conosciuta come "TaTME". L'operazione riesce bene e, dopo quattro giorni, Luca è pronto per tornare a casa. «Medici e infermieri si erano affezionati molto a lui, e noi a loro», raccontano i genitori, «e prima di salutarlo gli hanno fatto una sorpresa: un giro in moto nei corridoi dell'ospedale insieme a Vanni Oddera», inventore della mototerapia. «Era felicissimo». Oggi Luca è tornato a fare ciò che ama di più: correre in moto sui circuiti. Ha ritrovato la sua velocità, senza stomia, questa volta davvero libero.

Sofia Spagnoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Leonardo, 14 anni, in moto con Vanni Oddera al Gemelli. A sinistra con un'infermiera e un medico. A destra, in alto, Antonio Ruggiero, oncologo pediatra. Sotto, Roberto Persiani, chirurgo oncologo



I NODI DELLA SANITÀ

Visite «critiche» Al via il piano anti liste d'attesa

Sbraga a pagina 18

I NODI DELLA SANITÀ

Così Rocca cerca di scendere sotto la soglia dei 365 giorni

Visite «critiche» Piano anti attese

Nel Lazio 18 esami con tempi «impossibili»

ANTONIO SBRAGA

... Nel Lazio sono 18 gli appuntamenti ambulatoriali più difficili da prenotare entro i tempi massimi indicati dalla legge. A quantificarlo è la stessa Regione, che ora ha stilato un «Piano programmatico per la riduzione delle liste d'attesa». Con il quale saranno «rilevati a cadenza trimestrale i volumi, i tempi di attesa in ambito aziendale delle prestazioni critiche, nonché la profondità delle agende e ogni altro dato ritenuto necessario al fine di valutare le necessarie azioni correttive». Perché nel primo monitoraggio, effettuato sulla base dei dati del gennaio scorso, «sono state analizzate puntualmente le prestazioni che presentano le maggiori criticità, sia in termini di tempi d'attesa che di volumi fuori soglia». Il monitoraggio ha permesso di «individuare i nodi critici

per ogni Asl e di studiare le soluzioni più idonee, come l'attivazione di tavoli tecnici per programmare nuove assunzioni o l'integrazione con prestazioni aggiuntive laddove necessario», ha scritto la Regione. La quale ha ravvisato «una spiccata omogeneità delle criticità rilevate: le carenze tendono infatti a concentrarsi sulle stesse branche specialistiche e sulle medesime tipologie di prestazioni in quasi tutto il territorio regionale». Queste criticità riguardano 18 tipi di appuntamenti, a partire dalla mammografia bilaterale (che presenta i tempi medi più lunghi: 343 giorni nell'Asl Roma 5) e la colonoscopia totale con endoscopia flessibile (in tutto il Lazio i «giorni medi d'attesa sono 108» calcolando tutti i tipi di priorità). Le altre criticità si riscontrano per la «ecografia bilaterale della mammella, ginecologi-

ca, cardiaca, dell'addome completo e della tiroide, l'ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici, della tiroide e degli arti inferiori, l'elettrocardiogramma dinamico, le prime visite cardiologica, dermatologica-allergologica, gastroenterologica e oculistica e l'esofagogastroduodenoscopia». E ora, per «superare le problematiche derivanti da un'inefficiente organizzazione delle agende o da una gestione non ottimale delle classi di priorità», la Regione ha «avviato un monitoraggio rigoroso delle agende per verificare che tutte le strutture garantiscano l'apertura delle prenotazioni per almeno 365 giorni dinamici, assicurando così un'offerta idonea e costante nel tempo, in conformità con il divieto di sospensione o chiusura delle attività di prenotazione».



«Chiediamo giusti rimborsi per la sanità» La mobilitazione del Uap sulle prestazioni

L'AGITAZIONE

«Non è una giornata politica ma per la salute dei cittadini, vogliamo regole uguali per tutti». Così all'Adnkronos Salute Mariastella Giorlandino, presidente dell'Unione nazionale ambulatori, poliambulatori, enti, ospedalità privata (Uap) nell'aprire oggi a Roma la mobilitazione dei laboratori e cliniche private convenzionate al teatro Brancaccio di Roma.

«NO ECONOMIA DI SCALA»

«La sanità non è una economia di scala, noi chiediamo giusti rimborsi» per le tariffe

di esami e visite svolte nelle strutture private convenzionate con il servizio sanitario nazionale «e al ministero della Salute ricordiamo di fare presto la modifica delle tariffe, indicata dal Tae, e già tagliate del 70%», ha evidenziato la presidente Giorlandino.

«SANITÀ CAPILLARE»

«Il cittadino italiano ha il diritto di essere curato nel modo migliore - ha rimarcato Giorlandino - Serve una sanità sul territorio capillare con strutture a norma, organizzate e con professionalità. Per farlo servono fondi giusti. Occorre un sistema che guardi al Sud e fermi la mobilità sanitaria».

La seconda criticità sottolineata dall'Uap riguarda la farmacia dei servizi, che oggi

possono fare in deroga alcune prestazioni diagnostiche, «se la prestazione è la stessa, è legittimo chiedersi perché le regole non lo siano. Nel servizio sanitario nazionale devono valere gli stessi diritti per i cittadini e gli stessi doveri per chi eroga prestazioni sanitarie», conclude la presidente Uap.

C.R.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA PRESIDENTE
GIORLANDINO:
«INVITIAMO
IL MINISTERO DELLA
SALUTE A UN RAPIDO
INTERVENTO»**



PUGLIA LA REGIONE HA FERMATO LE ASSUNZIONI NELLE SANITASERVICE

Sanità, i primi tagli dopo il maxi-buco

Nel 2025 pagato il 22% in più ai privati

SCAGLIARINI A PAGINA 11 >>



PUGLIA

I NODI DEL CENTROSINISTRA

«SI PARTE CON LA PRESA IN CARICO»

L'annuncio di Decaro: ora ci occuperemo dei malati oncologici, devono essere i reparti a occuparsi di prenotare esami e visite

Sanità, scattano i primi tagli dopo il buco da 369 milioni

La Regione blocca le assunzioni «elettorali» delle Sanitaservice
I conti: nel 2025 la spesa a favore dei privati è cresciuta del 22%

MASSIMILIANO SCAGLIARINI

● **BARI.** Le assunzioni effettuate dalle Sanitaservice nel corso del 2025 potrebbero aver aggravato i conti delle Asl per una cifra quantificabile tra i 20 e i 40 milioni. Il tutto nonostante una delibera del-

la giunta regionale che dal 2024 imponeva una stretta gestionale sulle società in-house. È per questo che ieri il capo di gabinetto della Regione, Davide Pellegrino, ha firmato una direttiva con cui

imponesse di fermare tutto.

Il dipartimento Salute dovrà quindi ordinare alle Asl di sospendere tutte le procedure assunzionali, dirette e tramite contratti interinali, nonché tutte le esterna-



lizzazioni di servizi e tutte le consulenze, pena la rimozione degli amministratori unici delle Sanitaservice: eventuali eccezioni dovranno essere autorizzate dalla Regione. Una decisione che Pellegrino ha annunciato «nelle more della prossima adozione delle misure regionali finalizzate al rafforzamento dei meccanismi di governo, contenimento e controllo della spesa del Servizio sanitario regionale», divenute ormai urgenti per via del buco da 369 milioni di euro che costringerà la Regione ad aumentare l'addizionale Irpef, oltre che a presentare ai ministeri vigilanti un Piano operativo triennale per riportare in equilibrio la gestione delle Asl.

La riunione romana di martedì 10 ha infatti portato i ministeri di Economia e Salute a chiedere nuovamente alla Puglia di intervenire con misure strutturali. Si tratta ovviamente di tagli alla rete ospedaliera, con l'applicazione dei criteri previsti dal Dm 77 sui volumi di attività dei reparti, ma anche con la chiusura di alcuni piccoli

ospedali. Una prospettiva che ha scatenato il panico dal punto di vista politico, anche perché sono circolate liste di ospedali da chiudere totalmente inventate: al momento infatti non c'è alcuna decisione, salvo un ragionamento - emerso in una riunione tecnica con il governatore Antonio Decaro, lunedì scorso - che porta a quantificare in 100 milioni di euro il valore della spesa corrente da tagliare.

Nei prossimi giorni il dipartimento Salute dovrà consegnare alla giunta un'analisi dettagliata della spesa, per capire dove sono finiti i soldi. Solo una piccola parte degli extracosti è stata assorbita dalla rete ospedaliera. È noto ad esempio l'incremento di 40 milioni per la spesa farmaceutica dovuto ai farmaci usciti dalla lista degli innovativi e dunque finiti sui conti delle Regioni. Ma è un tema anche la spesa per la sanità privata, aumentata del 22% tra 2024 e 2025, in particolare sulle strutture residenziali (la psichiatria) e sulla riabilitazione. Per

quanto riguarda il sociosanitario, l'internalizzazione delle Rsa (Campi Salentina, Torremaggiore e Sannicandro Garganico) è costata 19 milioni, più altri 9 milioni per Ceglie Messapica.

In tutto questo le Sanitaservice (che si occupano di ausiliario, pulizie, portierato e servizi accessori) sono un argomento delicatissimo. Una parte dell'incremento di spesa è dovuto all'internalizzazione del servizio 118 che è andata a regime nel 2025. Alcune delle società in-house (in particolare Bari, Foggia e Taranto) nell'anno delle elezioni sono diventate veri e propri serbatoi di assunzioni, anche grazie al ricorso alle agenzie interinali che sfuggono al controllo e permettono di imbarcare gente collegata alla politica. A Foggia pende un concorso con 8.242 candidati per 28 posti e due giorni fa il commissario straordinario della Asl Foggia, Giuseppe Nigri, aveva approvato il piano assunzionale 2026 che prevede un'altra infornata. A due giorni dalle elezioni regionali il

«Riuniti» di Foggia aveva tentato di entrare nella Sanitaservice della Asl, con un'operazione che la Corte dei conti ha definito «priva di resilienza finanziaria».

Ieri intanto in un video sui social il governatore Decaro ha annunciato che dopo le liste di attesa si occuperà della presa in carico dei pazienti oncologici, avviando finalmente i percorsi di assistenza che assegnano ai reparti il compito di prenotare direttamente visite ed esami attraverso agende dedicate. «Noi vogliamo - ha detto Decaro - che chi ha un tumore non deve andare in giro con delle prescrizioni per una visita specialistica o un'indagine diagnostica».

RSA E FARMACI

Per i medicinali spesi 40 milioni in più. Altri 28 impiegati per internalizzare

IL RISCHIO SPRECHI

La Regione ha imposto lo stop delle assunzioni nelle Sanitaservice che durante il 2025 potrebbero aver aggravato i conti delle Asl di una cifra variabile tra 20 e 40 milioni di euro

