

10 novembre 2025

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

“Le piazze della democrazia”, a Paternò un convegno sul fenomeno migratorio in Sicilia

di [Orazio La Rocca](#)



Il convegno “Lavoro, straniero e democrazia” è stato organizzato dal Movimento cristiano lavoratori, nella sede della biblioteca comunale. Presente anche l’arcivescovo di Catania Luigi Renna

“Risorsa, opportunità, ma anche una storica occasione di conoscenza reciproca sulla base del rispetto, dell’osservanza delle leggi e dei diritti umani”. E’ così che il fenomeno migratorio va affrontato non solo in Sicilia, ma in tutto il Paese in un

quadro di accoglienza di respiro europeo. Se ne è parlato al convegno “Lavoro, straniero e democrazia” organizzato dal Movimento cristiano lavoratori alla biblioteca comunale di Paternò nell’ambito dell’iniziativa “Le piazze della democrazia” per il 50esimo anniversario delle Settimane sociali dei cattolici italiani. Presenti, l’arcivescovo di Catania Luigi Renna, presidente della Commissione episcopale Cei per i problemi sociali, lavoro, giustizia e pace, l’assessore alle Autonomie locali della Regione Sicilia, Andrea Messina, il sindaco di Paternò Antonino Naso, volontari, rappresentanze di immigrati.

Motivo conduttore dell’evento, “Solidarietà, integrazione, legalità”, in un momento “di confronto tra istituzioni, Chiesa e associazionismo”, come ha precisato in apertura Paolo Ragusa, presidente di Mcl Sicilia, sottolineando che il migrante “non va guardato come un problema di polizia e di ordine pubblico, ma come una opportunità reciproca”. Non un “clandestino”, ma una “persona” che, preparata e integrata, è “una risorsa” capace di coprire quelle aree lavorative bisognose di manodopera specializzata come l’agricoltura, l’edilizia, l’assistenza. “Una realtà che sta già dando importanti frutti”, la puntualizzazione di Ragusa, ricordando che “non a caso il gettito fiscale del lavoro dei migranti già contribuisce al 6-7 per cento del Pil e al pagamento delle pensioni degli italiani”.

Dall’arcivescovo di Catania Luigi Renna un forte appello all’accoglienza alla luce dell’esortazione evangelica “Ero straniero e mi avete accolto”, ma in un programma di “integrazione e di preparazione” che va pianificato anche attraverso “corridoi lavorativi” dai Paesi di origine dei migranti. Idee fatte proprie dall’assessore regionale Andrea Messina, che ha parlato, tra l’altro, di un progetto che “punta a preparare anche personale medico proveniente dai paesi in via di sviluppo per far fronte alle carenze sanitarie del nostro paese”.

Un piano che ricalca in pieno l’analogo progetto già varato da Aris (Associazione religiosa istituzioni socio-sanitarie) e Uneba che col programma Samaritanus formano infermieri nelle terre di missione per poi inserirli nelle realtà sanitarie italiane, notoriamente carenti di personale infermieristico.

08/11/2025

IL CARDINALE MAMBERTI ALL'ASSEMBLEA UNEBA

«Servire i fragili, la via dell'umanesimo integrale»

PAOLO VIANA
Roma

«**C**hi gravita intorno all'assistenza sociosanitaria deve favorire un umanesimo integrale, come ricordava Benedetto XVI». Questa è la rotta indicata ieri dal cardinale protodiacono Dominique Mamberti all'assemblea Uneba (Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale) che si conclude oggi a Roma. Il prefetto del Supremo Tribunale della Segnatura Apostolica parlava ai delegati delle Rsa (soprattutto cattoliche) guidati dal bergamasco Franco Massi e ha ricordato che «se è vero che la carità è il principio che più di altri ha contribuito a plasmare l'identità dell'occidente, nel fornire assistenza ai fragili il ruolo della società civile è emerso prima dell'azione dello Stato moderno e si è espletato nel creare ospedali e orfanotrofi». Il tema dell'incontro era «Uneba, 75 anni al servizio dei fragili. Tra principi costituzionali e dottrina sociale della Chiesa»:

Mamberti ha ricordato che il magistero sociale «è stato ispiratore di Uneba già alla sua costituzione, 75 anni fa, contrassegnata da una ispirazione alla dottrina sociale ma senza confessionalismo». Ha quindi ricostruito una «bibliografia dei valori», ripercorrendo l'insegnamento contenuto nelle encicliche sociali: «Nella *Rerum Novarum* - ha ricordato - le tematiche della salute erano legate alla questione operaia e nella *Quadragesimo Anno* erano connesse al tema della sicurezza sociale ma con la *Mater et Magistra* troviamo uno spartiacque: l'attenzione della Chiesa per questi temi si vede giustificata dal diritto-dovere di esser presente nell'ordine sociale. Paolo VI svilupperà questo concetto parlando della Chiesa esperta di umanità nella *Populorum Progressio*». Partendo dalla convinzione che «la tutela della salute da parte della Chiesa sarà sempre uno dei modi di attuare il comando del Signore "curate i malati" e che la Chiesa considera questa attività

una continuazione della Missione di Cristo» e citando sant'Ignazio di Antiochia - «c'è un solo medico ed è nostro Signore» - il cardinale ha sottolineato che ai cattolici non basta assolvere a ideali igieniche e filantropiche - il che era chiaro a Paolo VI che per l'appunto promosse lo sviluppo di Uneba - ma è centrale il dono della *charitas*, virtù teologale e quindi più «forte» della giustizia, che è una virtù cardinale. Non a caso, ha ricordato, «la stessa società civile ha fatto suoi i principi e i metodi cristiani e oggi molti degli scopi che si prefiggeva Uneba sono stati raggiunti». Tenendo presente che «la carità non è una giustificazione né un modo per compensare l'ingiustizia, o mascherarla», Mamberti ha ammesso che, pur nei cambiamenti che sono intervenuti in questi decenni e che hanno modificato radicalmente lo scenario dell'assistenza sociosanitaria, «per la Chiesa la salute non è solo benessere psico fisico e sociale come scrive l'Oms, ma anche spiritua-

le, se si vuol arrivare all'essenza della condizione umana». Come, appunto, si fa nelle Rsa e negli ospedali cattolici, anche quando «ci si prodiga nel curare ben sapendo che non si riuscirà a guarire: in questo modo riusciremo ad accompagnarli con una presenza di Chiesa» come ha commentato a sua volta padre Virginio Bebbier, presidente dell'[Aris](#) che collabora strettamente con Uneba.



Il cardinale Mamberti all'incontro dell'Uneba

Caos Rsa

Rsa per sindacati nazionali incertezza e rischio contenziosi.



📅 07 Novembre 2025

🔄 06 Novembre 2025 👤 In breve 👤 Costantino & partners+1



La Corte costituzionale, con la sentenza n. 156/2025, ha ampliato la possibilità di costituire rappresentanze sindacali aziendali (RSA) prevedendo che esse possano nascere anche nell'ambito di associazioni sindacali «comparativamente più

rappresentative» sul piano nazionale, modificando così la portata dell'art. 19 dello Statuto dei lavoratori.

La pronuncia intende valorizzare pluralismo e ragionevolezza, ma apre questioni operative rilevanti: la norma ora lascia ai datori di lavoro il compito — di fatto non normato — di riconoscere e valutare la rappresentatività comparata delle sigle, con il rischio di discrezionalità e contenziosi sul territorio aziendale. Già commentatori giuridici segnalano che la decisione può produrre un significativo riposizionamento degli equilibri delle relazioni industriali.

Per Giovanni Costantino ([Aris](#)), la sentenza parte da considerazioni condivisibili ma consegna ai datori di lavoro un onere pratico impossibile da assolvere: valutare la «rappresentatività» richiede dati, conoscenze e criteri che oggi mancano e rischia di radicalizzare le posizioni decentrate e aumentare l'instabilità delle relazioni sindacali. Secondo [Aris](#) è quindi «ancora più urgente» un intervento legislativo che disciplini in modo chiaro chi può costituire Rsa e come si colleghi la rappresentatività nazionale con quella aziendale.

Lo scenario pratico che ne deriva è duplice: da un lato la possibile nascita di nuove RSA promosse da sindacati nazionali non firmatari dei contratti aziendali; dall'altro la crescita delle dispute legali fra datori di lavoro e sigle su riconoscimenti, accessi e diritti sindacali in azienda. Gli addetti ai lavori sottolineano la necessità di criteri oggettivi e trasparenti (metriche di adesione, soglie, registri o verifiche istituzionali) per ridurre l'arbitrio e le tensioni.

Conclusione: la sentenza n. 156/2025 segna una svolta di principio sulla tutela del pluralismo sindacale, ma senza una legge che definisca strumenti, criteri e procedure per misurare la rappresentatività il rischio di «caos» operativo e di aumento del contenzioso resta elevato. Il Parlamento è chiamato a intervenire con urgenza per dare stabilità e chiarezza al sistema delle relazioni sindacali in azienda.

[Costantino & partners+1](#)

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

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

Anna, la figlia regista
«Mio papà Toni Negri
e la vita di tormenti»

di Walter Veltroni
a pagina 27

Napoli sconfitto
Comandano
Inter e Roma

commenti, pagelle e interviste
da pagina 44 a pagina 49

Mosca, Kiev, il gelo

LA GUERRA
SENZA
SPALLATE

di Marco Imarisio

I primi fiocchi sulla Russia europea sono caduti nella notte del 14 ottobre. Era il giorno in cui si celebrava il Pokrov, una festa cristiana che ricorda il miracolo avvenuto nel 1571, quando ai religiosi rinchiusi in una chiesa di Costantinopoli per pregare contro l'arrivo dei barbari, apparve la Madonna, che si tolse il velo e lo stese sui suoi fedeli. Poco dopo, una tempesta distrusse la flotta dei nemici. La saggezza popolare sostiene che se nevicava durante questa ricorrenza, bisogna aspettarci un inverno lungo e ancora più freddo del solito.

continua a pagina 9

Il ministro dell'Economia: chi guadagna duemila euro non è un benestante. L'Europa fermi l'avanzata cinese

Manovra, affondo di Giorgetti

«Noi massacrati ma siamo nel giusto». Schlein: «Redistribuire le ricchezze»

GIUSTIZIA

Lo spirito del tempo
e una riforma
che non andava fatta

di Carlo Verdelli

a pagina 36

LA SICUREZZA, IL NO ALLA PATRIMONIALE

La scelta di smarcarsi:
Conte detta la linea
da aspirante premier

di Tommaso Labate

a pagina 5

GIANNELLI



di Daniele Manca

Parla il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti: «Sulla Manovra siamo nel giusto, eppure ci hanno massacrati». E respinge anche gli appunti di Istat e Bankitalia: «Guadagnare duemila euro al mese non significa essere un benestante». Il ministro spiega come le misure contenute nella Manovra aiuteranno il ceto medio. Sui dazi rassicura: «La politica tariffaria americana non sta provocando così tanti problemi». Sulle banche l'invito a «tornare a concentrarsi sull'attività creditizia tradizionale». L'affondo della segretaria dem Elly Schlein: «Redistribuire le ricchezze».

alle pagine 2 e 3
Logroscino, Voltattorni

DATAROM

Telefonini e app,
tutti i nostri
spostamenti
spiati e vendutidi Milena Gabanelli
e Simona Ravizza

Come i nostri spostamenti vengono spiati e venduti. Cosa si rischia quando condividiamo la nostra posizione su una app. Dataroom ha prove documentate che chiunque può sapere chi siamo e cosa facciamo.

a pagina 17

NELLA NOTTE AL SENATO USA

Intesa per finire
lo shutdown

di Viviana Mazza

a pagina 11

Da oggi la Cop30

COME
RIPARTIRE
SUL CLIMA

di Danilo Taino

Forse l'umanità non si sta estinguendo. Vedremo cosa ne pensano le oltre 50 mila persone e i rappresentanti dei governi che da oggi al 21 novembre si riuniscono in Brasile per la Cop30 sui cambiamenti del clima. L'impressione è che, rispetto alle precedenti 29 conferenze, molto stia cambiando nella conversazione sul tema: la previsione che la vita sulla Terra rischi di finire a causa delle emissioni di gas a effetto serra è sempre meno condivisa e le misure prese negli anni scorsi per contenere l'aumento della temperatura del pianeta, costose e dai risultati modesti, trovano sempre più opposizioni.

continua a pagina 36

L'intervista Gli sci, le emozioni, gli allenamenti: i ricordi del campione



Alberto Tomba, 58 anni, è stato una leggenda dello sci azzurro: ha conquistato tre ori alle olimpiadi e due ai Mondiali e una Coppa del Mondo

Alberto Tomba si racconta
«Ero un ragazzo timido»

di Aldo Cazzullo

«Mi chiamavano sbruffone, ed ero un ragazzo timido. Pensavano andassi in discoteca, invece mi allenavo a 30 sotto zero». Gli ori olimpici, l'amore con Martina Colombari, il panettone mangiato tra le due manche olimpiche: Alberto Tomba si confessa. «Quando girai il palco per non dare le spalle ai tifosi».

alle pagine 30 e 31

Raid Colpita la rete elettrica

L'Ucraina al buio
Lavrov: sono pronto
a incontrare Rubio

di Lorenzo Cremonesi e Mara Gergolet

A Kiev da venerdì notte ci sono meno di 12 ore di energia al giorno. A Kharkiv il blackout è totale, oltre 100 mila persone sono al buio. Il ministro degli Esteri russo Lavrov pronto a incontrare il segretario di Stato americano Rubio.

alle pagine 8 e 9

LA STORIA DAL DUCE ALLE LEGGI RAZZIALI

Bufera su Vannacci
che riscrive il fascismo

di Cesare Zapperi

La storia su Roma che «non fu un colpo di Stato». Le leggi razziali. Il post pubblicato su Facebook da Roberto Vannacci ha scatenato l'ennesima polemica. Il generale riscrive il fascismo con questo titolo: «Ripetizioni per chi la storia l'ha studiata nei manuali del Pd». L'ira delle opposizioni.

a pagina 19

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

I quotidiano nasconde l'anima delle persone e ci mostra solo la loro maschera. Me ne rendo conto quando leggo ai genitori uno scritto dei figli e si stupiscono della vita interiore di chi, in casa, usa monosillabi o, se in vena, un gergo incerto. La convivenza quotidiana rende opaca l'anima, perché ordinariamente è flego che mandiamo avanti, cioè quella maschera forgiata dalle ferite che la vita ci ha inferto quando ci siamo affidati senza riserve al mondo e agli adulti. La maschera è un'armatura costruita per proteggerci, una scorza di lamentele, pretese e accuse forgiata dalla rabbia per l'amore che non ci è stato dato, le paure che ci sono state trasmesse, i giudizi che ci hanno inflitto, le bugie che ci hanno raccontato. Qualcosa però dentro di noi sa che la vita può e deve essere altro. È l'anima — dal gre-

Educazione spirituale



co *anemos*, soffio — una metafora che da secoli usiamo per indicare la vita spirituale: verità sotto l'armatura, libertà che consente di sentire il dolore delle ferite senza sparirvi dentro, perché la vita resta sempre oltre le catene che gli umani le impongono, oltre le loro trappole per controllarla. L'anima sente la ferita, ne soffre, ma non vi si identifica, e così cerca la cura, libera le energie bloccate da paura e rabbia e spezza l'armatura. Scrittura, lettura e altre pratiche d'anima (spirituali) consentono di contattare l'anima e darle forza togliendola alla maschera, conquistando poco a poco libertà e gioia. Oggi prima dell'educazione affettiva è necessaria quella spirituale, da cui la prima dipende. Ne ho avuto conferma grazie a un compito fatto da quattordicenni.

continua a pagina 29

L'ENERGIA PER SENTIRSI TOSTI!

SUSTENIUM PLUS 50+

ENERGIA FISICA E MENTALE

BUSTINE

FLACCONCINI

FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+ CON VITAMINA B12

Gli integratori alimentari non vanno intesi come sostituti di una dieta varia, equilibrata e di uno stile di vita sano.

A. MENARINI

L'ECONOMIA
Riciclo rifiuti elettronici
la via italiana alle terre rare

LUCA DALFABRO - PAGINA 23



IL CINEMA
La provincia dimenticata
si riscatta al botteghino

CARLO CHATRIAN - PAGINA 31



OSTERIA ITALIA
Mare, pace e antipasti
i segreti del cuoco Giuseppe

CARLO BOGLIOTTI, CARLO PETRINI - PAGINA 20

190€ II ANNO 159 II N.310 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.IN.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 10 NOVEMBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

LA RILEVAZIONE DI ONLY NUMBERS SUL PROSSIMO REFERENDUM: CHI VUOLE LA RIFORMA COSTITUZIONALE PREVALE DI DIECI PUNTI

Giustizia, il vantaggio dei Sì

Manovra, Giorgetti a Bankitalia e Istat: massacrati da chi può farlo ma siamo nel giusto

L'ANALISI

Quei sogni infranti
sul muro della realtà

STEFANO LEPRÌ

È certo difficile governare «in una situazione in cui abbiamo guerre armate, guerre commerciali, instabilità di ogni tipo», come ha detto ieri il ministro dell'Economia Giorgetti. - PAGINA 27

LE IDEE

Così il potere politico
calpesta le Camere

MONTESQUIEU

Ora comunemente sdoganato l'esproprio delle funzioni e delle prerogative delle Camere da parte dei governi, praticamente tutti senza eccezioni, resta da capire come si sia potuti arrivare allo stravolgimento di un sistema che definire in origine parlamentare era riduttivo e insufficiente. Il sistema che per quarant'anni ha visto le Camere presidiare la vita istituzionale. - PAGINA 27

LA POLEMICA

Se Vannacci riscrive
la storia del fascismo

GIANNI OLIVA

Vannacci e la storia alla rovescia. Capisco che il generale, approdato alla politica a forza di provocazioni, non sia in grado di formulare idee sui temi «veri» (la sanità, lo sviluppo economico, il regime fiscale) e debba ricorrere agli eccessi ideologici per non uscire di scena. Ma «rovesciare la storia» implica studi, conoscenze, documentazione: con gli slogan si fanno solo figuracce. - PAGINA 27

ALESSANDRAGHISLERI

Il percorso verso il referendum è ancora lungo. L'Associazione nazionale magistrati e il Comitato per il no promettono tappe in tutta Italia. Ma i sondaggi indicano che il 38,9% degli italiani è favorevole alla riforma che introduce la separazione delle carriere tra giudici e pm. Il fronte del «No» è al 28,9%. Intanto il ministro Giancarlo Giorgetti difende la Manovra economica. CARRATELLE E MONTICELLI - PAGINE 2-5

IL DIBATTITO

Perché il Pd sbaglia
se insegue Mamdani

FABRIZIO TASSINARI

Come era prevedibile, di l'elezione di Zohran Mamdani a New York ha riaperto l'annosa questione sul posizionamento dei partiti e dei movimenti di sinistra in Italia. - PAGINA 11

LA POLITICA

Schlein a Napoli
La sorpresa De Luca

FRANCESCA SCHIANCHI - PAGINA 10

Ruffini: io in campo
ricordando l'Ulivo

FABIO MARTINI - PAGINA 8

IL GIORNO DI SINNER E MUSETTI ALLE FINALS DI TORINO: È LA PRIMA VOLTA DI DUE ITALIANI IN CAMPO



Jannik Sinner in campo oggi alle 20,30: sfiderà il canadese Auger-Aliassime

PAGINE 32 E 33

IL COMMENTO

Città piena di energia
siamo nel cuore della gente



JASMINE PAOLINI

È sempre speciale essere qui a Torino per le Nitto ATP Finals. Un'emozione unica, un'atmosfera incredibile. La città è piena di energia, il tennis è nel cuore delle persone. - PAGINA 33

GLI STATI UNITI

Paralisi shutdown
La carta di Trump
"Duemila dollari
a ogni americano"

ALBERTO SIMONI



L'America conta i giorni di shutdown. Sono 40, mai così tanti nella storia, frantumato il record registrato durante la prima Amministrazione Trump di 35 giorni. TURI - PAGINE 12 E 13

IL CASO

E la Casa Bianca
sdogana il jihadista

DOMENICO QUIRICO

Eccolo il figlio prodigo, finalmente ritorna! Per lui il buon pastore Trump si prepara a macellare il vitello grasso: nello Studio Ovale, il sancta sanctorum della nazione «fondata sulle verità evidenti di per sé stesse...», diritto alla vita, alla libertà, perfino alla felicità. Che vertice! Il terrorista di Al Qaeda e questa sgangherata sentinella delle mura della libertà mondiale. - PAGINA 14

LA RUSSIA

L'odiata Europa
che spaventa Putin

ETTORE SEQUI

L'offensiva russa contro Pokrovsk segna una nuova fase della guerra in Ucraina. Mosca punta a conquistare terreno prima dell'inverno per negoziare in posizione dominante. L'apertura di Lavrov a un incontro con Rubio completa la manovra: la forza sul campo crea opportunità negoziale e Mosca tenta di riaprire il canale con Washington. PEROSINO - PAGINE 16 E 17



Frattini
RUBINETTI DAL 1958

IL REPORTAGE

Tra i detenuti di Marassi
con un libro per evadere

RAFFAELLA ROMAGNOLLO

Pare che Sarkozy mangi solo yogurt. In carcere dal 21 ottobre, accolto a insulti e urlacci, teme che i compagni gli sputino nella pietanza. Non avevo mai pensato a quanto un contenitore di plastica sigillato da un coperchietto di alluminio potesse essere rassicurante. - PAGINA 19



IL RACCONTO

Noi, genitori sentinelle
dei nostri figli digitali

NATHANIAZEVI

Non siamo più genitori giovani, e forse è anche questo il punto. Siamo una generazione che ha fatto i figli tardi, quando avevamo già un lavoro, una casa, una vita più o meno messa in fila e ora ci ritroviamo a inseguirli con il fiatone tra attività sportive, corsi di inglese, open day, chat di classe e colloqui. - PAGINA 21



PROFESSIONISTI DEL BENESSERE DENTALE

RICHIEDI ORA LA TUA VISITA.

WWW.DENTALFEEL.IT
D.S. Dott. Armando Ferraro

Sanità, arrivano le assunzioni

- In corsia 7.300 tra nuovi infermieri e medici. Schillaci: «Condizioni migliori per fermare la fuga»
- Giorgetti: «Manovra, abbiamo aiutato il ceto medio: chi guadagna 45 mila euro non è ricco»

ROMA Sanità, arrivano le assunzioni: 7.300 tra nuovi infermieri e medici. Giorgetti e la Manovra: «Chi guadagna 45 mila euro non è ricco».

Evangelisti e Pacifico alle pag. 2, 3 e 4

Sanità, il piano del ministero: 7.300 assunzioni e nuovi corsi

- Schillaci: «Stiamo investendo risorse sulle professioni sanitarie, ma non basta: puntiamo a cambiare anche le condizioni di lavoro per evitare la fuga all'estero»

IL CASO

ROMA «Sono oltre mille i medici e saranno 6.300 gli infermieri in più previsti nella legge di bilancio: un segnale molto chiaro di come il Governo voglia investire sui professionisti sanitari». Con queste parole, l'altro giorno, il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha presentato i provvedimenti che si stanno mettendo sul tavolo per affrontare il grande incubo delle corsie degli ospedali sguarnite. E se è vero che le risorse economiche sono sempre insufficienti - per il governo sono state aumentate perché in termini assoluti c'è un incremento; per l'opposizione non bastano, perché la percentuale rispetto al Pil è in diminuzione - è altrettanto certo che a causare la fuga di medici e infermieri (futuri e attuali) dal sistema sanitario nazionale pubblico è anche altro.

LE CONDIZIONI

E lo ha raccontato a Rai-news24 lo stesso Schillaci: «È chiaro che i salari dei medici andrebbero adeguati. Ma non si tratta solo di questo. Ogni volta che vado all'estero e incontro medici, ricercatori italiani, operatori sanitari, verifico che il primo motivo della fuga è la ricerca di meno burocrazia. Vogliono avere dei contratti di lavoro più flessibili, per questo io dico e ripeto che i contratti di lavoro degli operatori sanitari dovrebbero essere riportati all'interno del Ministero della Salute».

Bene, ma come si sta intervenendo? Dal Ministero della Salute ricordano che nella legge di Bilancio 2026 sono stati previsti 450 milioni di euro per le assunzioni dei mille medici e 6.300 infermieri di cui ha parlato Schillaci. S'interviene anche sulle buste paga. O meglio: nella legge di Bilancio 2025 c'era stato un incremento delle risorse per l'indennità di pronto soccorso (50 milioni di euro dal primo gennaio 2025, altri 50

dal primo gennaio 2026). «E sempre nella precedente finanziaria - osservano al Ministero - sono stati stanziati 120 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 per migliorare il trattamento economico degli specializzandi: dall'anno accademico 2025-2026, aumenta del 5 per cento la parte fissa del trattamento economico per tutte le specializzazioni e del 50 la parte variabile per le specializzazioni oggi meno attrattive».

Nella nuova legge di Bilancio «c'è un ulteriore aumento delle indennità di specificità, più significativo per gli infermieri, di 280 milioni di euro che va ad aggiungersi a quelli avviati nel 2025». Ad esempio, sempre per convincere gli infermieri a restare negli ospedali pubblici, è stata introdotta la flat tax al 5 per cento sugli straordinari. A dimostrazione dello sforzo per rafforzare gli organici, viene citato un passaggio dell'audizione della Corte dei Conti nel cor-



so della riunione delle commissioni Bilancio di Camera e Senato dedicata alla legge di Bilancio: «A decorrere dal 2026, rispetto a quanto già stanziato dalla precedente legge di bilancio (327 milioni per medici e veterinari e 285 milioni per infermieri; legge di bilancio 2025) vengono aggiunti 280 milioni per l'aumento di tale indennità (85 milioni per i dirigenti medici e veterinari, 195 milioni per gli infermieri); a regime sono dunque stanziati per l'incremento di tali indennità rispettivamente 412 e 480 milioni». Per questo, si calcola «un incremento dell'indennità per medici e veterinari pari a circa 745 euro annui rispetto all'incremento previsto dalla precedente legge di bilancio, che faranno sì che l'incremento dell'in-

dennità ammonti in media a circa 3.052 euro lordi annui; l'indennità spettante agli infermieri aumenterà di circa 701 euro annui, per un importo complessivo, tenuto conto dell'aumento previsto dalla precedente legge di bilancio, pari a circa 1.600 euro lordi».

I CORSI

C'è poi il nodo dei medici di famiglia con una carenza sempre più evidente. Annunciano al Ministero della Salute: «Nel disegno di legge delega di riforma delle professioni sanitarie,

tra le altre cose si istituisce la Scuola di Specializzazione per la medicina generale. Oggi i medici di famiglia si formano con corsi regionali. E con il passaggio alla scuola di specializ-

zazione si migliora la formazione e la retribuzione dei contratti». Infine, il piano di Schillaci per migliorare le condizioni di lavoro per i medici degli ospedali, ha previsto anche un intervento per tutelarli dalla pioggia di denunce e richieste di risarcimenti danni non sempre giustificate: i medici e gli operatori sanitari saranno perseguibili penalmente solo in caso di colpa grave, se operano rispettando le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali. E contro la piaga delle aggressioni nei pronto soccorso o nei reparti è stata prevista la misura dell'arresto in flagranza differita.

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

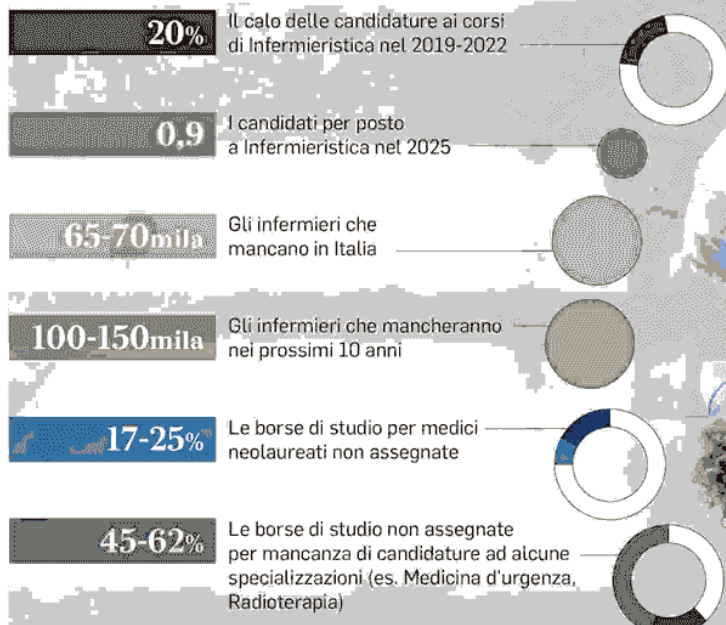
PREVISTO UN NUOVO INCREMENTO DELLE INDENNITÀ PER CHI LAVORA NELLA PRIMA LINEA DEL PRONTO SOCCORSO

IL TRATTAMENTO PREVISTO PER LE BORSE DI STUDIO DELLE SPECIALIZZAZIONI MENO ATTRATTIVE SARÀ MIGLIORATO NEL 2026

Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute si prevede di assumere nei prossimi anni 6.300 infermieri e un migliaio di medici. L'operazione non è semplice perché spesso c'è carenza di queste professionalità tanto che alcune Regioni assumono operatori dall'estero



Medici e infermieri: i numeri dell'emergenza



Medici e infermieri Codice rosso

Alcune specializzazioni sono sempre meno scelte dai giovani, si sta creando un buco nero: negli ospedali mancheranno 25.000 dottori

IL FOCUS

ROMA La sintesi è semplice e brutale. Non abbiamo abbastanza infermieri perché sono sempre meno i giovani a scegliere questa professione e dunque a iscriversi al corso universitario. Non abbiamo un numero sufficiente di medici di famiglia perché è un corso di formazione che attira sempre di meno, per cui in prima linea resta un esercito di professionisti che di bianco non hanno solo il camice ma anche i capelli. Non abbiamo abbastanza medici in alcune specializzazioni come ad esempio la medicina di urgenza (il pronto soccorso), la radioterapia, l'anestesia, l'anatomo-patologia

perché i neo laureati preferiscono altre borse di studio come quelle per chirurgia plastica, dermatologia, cardiologia, neurologia e oftalmologia: sono più attrattive e promettono maggiori possibilità di carriera e, perché no, di guadagno. Si calcola un buco nero, un deficit di medici, anche di 25mila unità nel 2027.

LA FUGA

Possiamo definirlo un imbuto formativo. Fa sì che anche nei reparti, perfino nella prima linea del pronto soccorso, l'età media si stia drammaticamente alzando: l'esperienza professionale è ov-

viamente importantissima e utile, ma servono anche energie nuove e prospettive di ricambio. A corollario di questo scenario ci sono anche alcuni effetti collaterali che stanno affossando il servi-



zio sanitario nazionale e che con forme diverse valgono sia per la categoria degli infermieri sia per quella dei medici. A causa dei salari più bassi della media europea e delle condizioni di lavoro in alcuni reparti, in molti preferiscono accettare le offerte del settore privato o, i casi sono frequenti, quelle che arrivano dall'estero. Altri Paesi europei stanno affrontando la stessa emergenza, ma un infermiere in Svezia guadagna assai di più che in Italia e questo compensa anche il più alto costo della vita. Cosa dicono i numeri? Partiamo dall'analisi dell'Istat, diffusa nei giorni scorsi: «Nel 2023 si registra la quota più alta tra i Paesi dell'Ue27 di medici anziani in servizio: il 44,2 per cento ha più di 55 anni e il 20,6 per cento supera i 65 anni; per quest'ultima fascia di età, valori decisamente più bassi si osservano in Francia (16,1 per cento), Germania (9,4) e Spagna (8,4)». Ecco, ma come si constata nella pratica l'imbutto formativo delle specializzazioni mediche? Come si dipana il fatto che alcune borse di studio abbiano un'adesione molto bassa e altre invece un eccesso? Alcuni numeri diffusi da Anaao-Assomed, sindacato dei dirigenti medici, relativi al 2025: «Su 15.283 contratti regionali a bando per il concorso di specializzazione medica, ben 2.569 (17 per cento) non sono stati assegnati. Questo è un numero destinato ad aumentare vertiginosamente a causa delle centinaia di mancate effettive immatricolazioni. Continua inoltre la tendenza negativa per le cosiddette specializzazioni meno ambite, prima tra tutte la medicina d'emergenza-urgenza (45 per cento dei contratti non assegnati). I risultati delle assegnazioni del concorso di specializzazione 2025 si confermano come un "disastro annunciato"». I dati sono preoccupanti anche per altre specializzazioni: per microbiologia non sono stati assegnati l'80 per cento dei posti, farmacologia 79, radioterapia 65. Sono solo alcuni esempi, mentre per altre specializzazioni c'è al contrario affollamento e tutto esaurito: vale per dermatologia, pediatria, chirurgia plastica ed estetica, per fare degli esempi. Quando hanno presentato questi numeri, qualche settimana fa,

Pierino Di Silverio, segretario nazionale Anaao Assomed, e Giammaria Liuzzi, responsabile nazionale Anaao Giovani, hanno spiegato: «Davanti a questi dati incon-

trovertibili, la domanda che deve essere posta a tutti coloro che si occupano di politica sanitaria è la seguente: "come risolviamo la cronica e pericolosa carenza di medici in branche come la medicina d'emergenza?". Secondo Anaao, tra l'altro, nel prossimo decennio per un'errata programmazione, ci troveremo con il problema opposto, con molti medici disoccupati. Non va meglio sul fronte dei medici di famiglia: anche per i corsi di formazione in Medicina Generale, la mancata assegnazione è molto alta, attorno al 15 per cento. Vale la pena riportare l'analisi dell'altro giorno dell'Istat: «Attualmente i medici di base so-

no 37.983, 0,64 per mille residenti. Il 60 per cento ha almeno 60 anni, evidenziando la struttura per età più anziana tra le diverse categorie di medici. In un contesto in cui la dotazione è decrescente (7.220 medici in meno in dieci anni), desta particolare preoccupazione l'uscita dal mercato del lavoro di molti professioni-



sti». Infine, c'è il caso degli infermieri, perfino più grave: si calcola che negli ultimi dodici anni le iscrizioni ai corsi di laurea infermieristica siano diminuite di due terzi. Una voragine. Per capirci: nel 2012 c'erano 2,7 candidati per ogni posto disponibile nei corsi universitari, nel 2025 sono stati 0,9, significa che ci sono stati meno iscritti rispetto ai posti a disposizione. Visto che fisiologicamen-

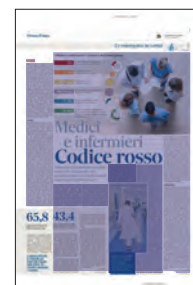
te il 30 per cento non arriva alla laurea, questo significa che si creerà un altro buco nero, anche perché sono almeno 25mila quelli che ogni anno vanno in pensione. E nel conto va messo chi preferisce andare a guadagnare meglio nel privato o all'estero. Meno giovani vogliono fare l'infermiere e tra quelli che scelgono di farlo una parte consistente non resta negli ospedali pubblici.

GENERAZIONE Z

Analizza il dottor Paolo Petralia, vicepresidente vicario di Fiaso, la federazione delle aziende sanitarie ospedaliere italiane: «Quando si osservano fenomeni come questi, bisogna risalire alle cause indietro nel tempo. C'è stato un problema di programmazione che però risale almeno a una decina di anni fa. Allo stesso tempo, i correttivi che applicheremo oggi, avranno effetto inevitabilmente a lungo termine. E certo, c'è anche il rischio che mentre oggi combattiamo con la carenza, in futuro avremo a che fare con un eccesso di medici». Altro tema: «Non dobbiamo solo ragionare su come reclutare nuovo personale, ma anche come trattenerlo. Ci sono professionalità che preferiscono andare all'estero, perché troveranno salari più alti, ma anche condizioni di lavoro migliori». Non si tratta di fare confronti tra generazioni, ma se in passato fare il medico o l'infermiere era anche una vocazione e spesso gli ospedali funzionavano (e tutt'oggi funzionano) anche grazie all'abnegazione di tanti, la generazione Z giustamente ritiene che il lavoro non possa monopolizzare tutte le 24 ore di una giornata in cui, magari, devi pure affrontare la frustrazione di reparti sguarniti, posti letto insufficienti, aggressioni da parte dei familiari dei pazienti. «Dobbiamo ripensare le condizioni di lavoro, oltre a pagare meglio i nostri medici e i nostri infermieri» conclude Petralia.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dal Sud al Nord per curarsi La mobilità sanitaria costa ogni anno 5 miliardi di euro

IL FOCUS

ROMA Nelle scorse ore hanno fatto molto scalpore le parole del governatore dell'Emilia-Romagna, Michele de Pascale. Il quale, pur guidando una delle Regioni riconosciute come un'eccellenza sanitaria, ha lanciato un grido d'allarme perché «non ce la facciamo più, non riusciamo più a soddisfare i nostri cittadini e l'enorme pressione delle altre regioni che si vengono a curare in Emilia-Romagna e ci stanno intasando il sistema».

De Pascale è stato l'ultimo amministratore a lamentarsi del cosiddetto fenomeno della mobilità sanitaria. Un «turismo» che vede ogni anno masse di malati abbandonare i loro territori di riferimento, soprattutto se residenti nel Mezzogiorno, e mettersi in viaggio per andare a curarsi dove le strutture sono migliori.

Cioè quelle di Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Forse il migliore indicatore per sottolineare le differenze sull'erogazione di servizi in questo campo tra le Regioni italiane e, come aggiunge l'Agenas, «per comprendere le criticità del Servizio Sanitario Nazionale».

L'IMPATTO

Secondo la Fondazione Gimbe, il fenomeno costa alle casse dello Stato qualcosa come 5 miliardi

all'anno. E un tempo i territori che attraevano pazienti da tutt'Italia non disdegnavano questi movimenti, perché garantivano loro il pagamento di ricchi Drg. L'uscita di de Pascale dimostra la difficoltà anche dei territori più virtuosi a garantire le prestazioni ai loro cittadini. Mentre le aree più deboli, fa notare il governatore dell'Emilia-Romagna, «di fatto pagano due volte, per il reparto che non sfruttano e per i loro cittadini che vengono a curarsi qui da noi».

A peggiorare le cose il progressivo invecchiamento della popolazione, che quindi necessita di più cure, e lo stock di prestazioni non erogate durante il Covid che ha finito per allungare le liste d'attesa. In questo nuovo scenario, infatti, per quanto la bilancia penda a sfavore del Mezzogiorno, non vale neppure più la dicotomia tra un Nord all'avanguardia e un Sud in ritardo.

Guardando alle pagelle stilate dal ministero della Sanità in base ai Lea, i livelli essenziali di assistenza - i dati riferiscono al 2023 - hanno raggiunto un punteggio sufficiente per il servizio offerto in ospedale, per le azioni di prevenzione e l'organizzazione distretto Piemonte, Lombardia, provincia autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna.

La Valle d'Aosta, per esempio, è stata rimandata per le cure in corsia, la Basilicata per l'assistenza distrettuale. Abruzzo,

Calabria e Sicilia, da un lato, la provincia Bolzano, Liguria e Molise, dall'altro, sono accomunate dai ritardi nella prevenzione.

Nel suo ultimo rapporto sulla mobilità sanitaria, Agenas ha stimato che dalla Puglia il 65,85 per cento dei pazienti si sposta in altri territori per interventi di chirurgia ambulatoriale maggiore. Un terzo degli abruzzesi e un terzo dei calabresi deve mettersi in viaggio per fare esami di medicina nucleare come scintigrafie e tac. Sempre dalla Calabria il 33,2 per cento dei malati va altrove per le cure radioterapiche.

Le carenze locali, poi, non risparmiano soprattutto le categorie più deboli come bambini e anziani. Sul primo fronte Save the Children ha scoperto che crescono i livelli di migrazione in ambito pediatrico. Inutile dire, soprattutto nel Mezzogiorno e nelle regioni del Centro che più risentono della congiuntura. Se l'indice medio nazionale si è attestato all'8,7, il panorama per il resto è a macchia di leopardo: ha dovuto mettersi in viaggio il 3,4 per cento dei piccoli pazienti del Lazio - ma qui opera un'eccellenza mondiale come il Bambino Gesù - il 23,6 della Calabria, il 26,8 dell'Umbria, il 30,8 della Basilica e il 43,4 del Molise.

F. Pac.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SOLTANTO TREDICI
REGIONI SU VENTI
SONO STATE
PROMOSSE
PER IL LIVELLO
DI EROGAZIONE DEI LEA**

65,8 43,4

la percentuale di pazienti pugliesi che si sposta per interventi di chirurgia

la percentuale dei bambini molisani che devono curarsi fuori dalla propria regione

A DOVERSI SPOSTARE
IN TERRITORI CON
STRUTTURE MIGLIORI
SONO SEMPRE PIÙ
I PAZIENTI ONCOLOGICI
E I BAMBINI



I camici bianchi: mobilità sanitaria? Spostare i medici e non i pazienti

Prosperetti e Petrucci alle p. 4 e 5
Commento di **Sacconi** a p. 5

«Spostare i medici, non i pazienti»

La proposta dei camici bianchi: «Costruiamo un network di servizi»

La soluzione per colmare il gap Nord-Sud è affiancare le strutture
Il presidente di Fnomceo: «Così tutte le Regioni svilupperanno competenze»

di **Giulia Prosperetti**

ROMA

Con un valore che supera i 5 miliardi di euro, una media di 750mila ricoveri l'anno, e una pressione concentrata, in particolare, nelle tre grandi Regioni del Nord (Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto), la mobilità sanitaria sta mettendo alla prova la tenuta del Sistema sanitario nazionale. A riportare all'attenzione un problema ben noto è stato, negli ultimi giorni, l'allarme lanciato dal presidente della Regione Emilia-Romagna Michele De Pascale che ha detto a chiare lettere: «Non ce la facciamo più». Uno scenario confermato anche dal presidente della Lombardia, Attilio Fontana. «Quando un napoletano sale su un treno per farsi operare a Brescia o a Padova non è mobilità sanitaria. È la sconfitta di un'intera nazione. È l'ammissione che lo Stato ha rinunciato a garantire l'uguaglianza dei diritti» ha riconosciuto, infine, il ministro della Salute Orazio Schillaci promettendo una «vera rivoluzione».

Il problema, dicono le Regioni, non sono (solo) le risorse, va cambiato il modello. E sul punto sono d'accordo anche i medici. «Da una parte – spiega il segretario nazionale Anaao Assomed, Pierino Di Silverio – il problema è il gap che si consuma a danno delle Regioni meridionali, che spiega in parte la mobilità Nord-Sud. Dall'altra le liste d'attesa eccessivamente lunghe determinano la mobilità tra le Regioni settentrionali o meridionali».

Un fenomeno, quest'ultimo, alla base del problema, sollevato da Pascale, della cosiddetta mobilità impropria. «Se si offrisse sul luogo di residenza un servizio in tempi brevi e veloci – sottolinea il presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli – anche la questione della mobilità impropria, di non altissima specializzazione, potrebbe essere risolta. La gente preferirebbe curarsi a casa propria risparmiando un bel po' di soldi». Più complesso il problema sul fronte del divario Nord-Sud. «Negli ultimi vent'anni le regioni del Nord hanno ricevuto più risorse, hanno sviluppato strut-

ture sanitarie migliori, hanno più personale, un maggior numero di centri di alta specializzazione, e questo ha creato le disuguaglianze – commenta Anelli –. La gente sceglie dove andare a curarsi e questo meccanismo strangola le regioni del Sud che si trovano a dover pagare prestazioni fuori Regione, aggravando la propria situazione economica. C'è innanzitutto un tema di perequazione di strutture e di personale che deve essere affrontato dallo Stato in maniera chiara. Andrebbe previsto finanziamento ad hoc per recuperare i divari che si sono creati».

Tra le criticità sollevate da Di Silverio vi è anche la mobilità dei medici. «I medici – spiega – non vogliono andare a lavorare in posti in cui non c'è una buona qualità del lavoro e dell'assistenza, dove non c'è attenzione alle



sperimentazioni, alle nuove tecnologie. Per sconfiggere la mobilità passiva dobbiamo, innanzitutto, dotare di tecnologia e personale le strutture regionali che ne sono sprovviste».

Anelli propone un meccanismo a rete basato su una sorta di affiancamento. «Invece di far spostare i cittadini, si possono spostare i professionisti o si può mettere su una rete di servizi che porta le eccellenze e le competenze che mancano lì dove ce n'è bisogno finché quella Regione, quella provincia, quell'ospedale non cresce sviluppando le competenze necessarie. Il modello può essere quello dei meccanismi a rete

che oggi all'interno delle stesse Regioni funzionano e che potrebbero tranquillamente funzionare anche tra Regioni. Ma alla base deve esserci un maggiore potere dato al ministero della Salute per coordinare tali interventi».

«Facciamo gli Stati generali della sanità che non si fanno da 10 anni e ripensiamo ai modelli organizzativi della presa in cura del paziente perché continuando a mettere pezze purtroppo il problema è che la pezza si rivela peggiore del buco. Se vogliamo salvare quel che resta del servizio di cure pubbliche – conclude Di Silverio – dobbiamo innanzitutto cambiare la legge isti-

tutiva delle aziende ospedaliere che ha 48 anni, è vecchia e non adeguata alle esigenze. Poi distribuire bene le risorse esistenti: solo una volta riorganizzato il modello ha senso valutare ulteriori investimenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANAAO-ASSOMED

«Le liste d'attesa eccessivamente lunghe determinano la mobilità tra Settentrione o Meridione»

LA VICENDA

1 ● I DATI

Il fenomeno della mobilità

La mobilità sanitaria interregionale è in forte aumento. Il governatore dell'Emilia-Romagna, Michele De Pascale, nei giorni scorsi ha lanciato l'allarme: «Sistema non sostenibile»

2 ● I COSTI E I RICAVI

Vale oltre 5 miliardi

Il fenomeno della mobilità sanitaria vale 5,04 miliardi (dati 2022). Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto attraggono oltre metà dei pazienti (in tutto si parla di 750mila ricoveri/anno)

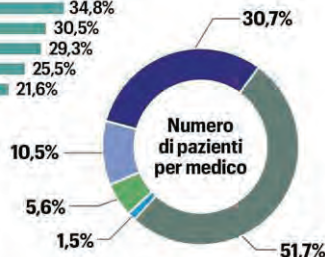
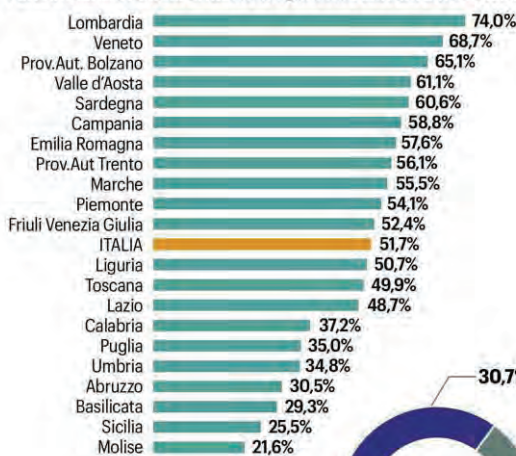
3 ● IL GIMBE

Le accuse: «Mancano i fondi»

Nino Cartabellotta (presidente del Gimbe) accusa il grave sottofinanziamento della sanità nazionale. Anche le ricche regioni del Nord sono in crisi e faticano a garantire i Livelli essenziali di assistenza



Percentuale di medici di medicina generale con oltre 1.500 assistiti



SANITÀ Spostare il focus sulla gestione quotidiana di strutture, apparecchi e personale

Ospedali, serve la cura ordinaria

di MARIA FRANCESCA
ASTORINO

Non fa rumore. Non taglia nastri tricolore, non promette rivoluzioni infrastrutturali e raramente guadagna le prime pagine. Eppure, senza di essa, il Paese collasserebbe in poche ore. È l'Italia della manutenzione, un esercito silenzioso che, lontano dai riflettori puntati sulle "grandi opere", garantisce la vera tenuta del sistema. È la nazione che rammenta e che è resiliente, che previene, che cura l'esistente.

Mentre il dibattito pubblico si infiamma su ponti, autostrade e nuovi poli tecnologici, la sfida quotidiana si gioca altrove. Si gioca nei quadri elettrici di un ospedale costruito negli anni Settanta, nella taratura di una TAC da cui dipendono centinaia di diagnosi, e nelle case degli anziani dove un operatore sociosanitario previene un ricovero che manderebbe in tilt il pronto soccorso.

Se c'è un settore dove questa dicotomia tra "costruire" e "mantenere" diventa questione di vita o di morte, è proprio quello sanitario e assistenziale. Qui, la manutenzione non è un costo accessorio, ma l'infrastruttura portante della cura.

La manutenzione "grigia": curare i muri. Il primo livello di questa cura è quello edilizio. Il Servizio Sanitario Nazionale abita un patrimonio immobiliare vasto, ma spesso vetusto. Secondo recenti stime, oltre il 60% del-

le strutture ospedaliere italiane ha più di cinquant'anni. Molte sono state costruite prima di qualsiasi normativa antisismica o di efficienza energetica. E l'operazione che più facilmente viene proposta è quella di costruire ex novo piuttosto che provvedere costantemente alla manutenzione delle strutture esistenti.

La "grande opera" che servirebbe quindi non è un nuovo padiglione avveniristico, ma l'adeguamento strutturale di migliaia di edifici. È un lavoro ingrato, complesso e costoso. Adeguare un reparto alle norme antincendio o rifare un impianto di climatizzazione in una terapia intensiva, magari senza interrompere l'attività, è un'impresa ingegneristica ed economica enorme, che però non produce glamour politico. È il lavoro "grigio" che permette ai medici di lavorare in sicurezza e ai pazienti di essere curati in ambienti salubri. La manutenzione, qui, è la prima forma di preven-

zione.

La manutenzione "bianca": il battito del biomedicale. Il secondo livello è tecnologico. Un ospedale moderno è una macchina complessa, un ecosistema di tecnologie ad altissima obsolescenza. Respiratori, monitor, pompe per infusione, risonanze magnetiche. E anche quando si stanziavano i fondi per il "nuovo", la realtà si scontra con la difficoltà di messa a terra. Il Pnrr, nella Missione 6, ha destinato miliardi proprio a questo. Eppure, secondo i dati di monitoraggio (ad esempio, un report della CGIL di metà 2025), l'avanzamento dei lavori per le nuove strutture

territoriali, come le "Case della Comunità", procede a rilento: risulta completato solo il 3,5% delle strutture previste (appena 50 su 1.415) e speso solo il 17% dei fondi. La manutenzione, e persino la nuova costruzione, è la prima, vera forma di prevenzione, ma è anche la nostra fatica più grande. Dietro ogni diagnosi c'è il lavoro nascosto di un ingegnere clinico o di un tecnico biomedico che assicura che quella macchina funzioni H24, 7 giorni su 7.

Quando una macchina si ferma, non si ferma solo un ingranaggio: si allungano le liste d'attesa, si ritarda una diagnosi oncologica, si mette a rischio un paziente in rianimazione. La manutenzione predittiva – quella che interviene prima del guasto – è la linfa vitale del sistema. È un investimento strategico che non "crea" nulla di nuovo, ma garantisce il funzionamento di tutto il resto.

Il cuore del sistema: la manutenzione "umana". Ma è nel terzo livello, quello assistenziale, che il concetto di "manutenzione" assume il suo significato più profondo e drammatico. Se gli edifici

sono il contenitore e le tecnologie gli strumenti, la vera "manutenzione" è quella della persona. È il lavoro quotidiano, usurante e fondamentale del personale sanitario e socioassistenziale.

L'infermiere che, turno dopo turno, previene le piaghe



da decubito monitora i parametri vitali di un paziente cronico, gestisce una terapia complessa, non sta "costruendo" una nuova salute; sta "mantenendo" in vita il paziente, preservandone le funzioni e la stabilità. L'Operatore Socio-Sanitario (OSS) che si occupa dell'igiene, della mobilitazione e dell'alimentazione di un non autosufficiente, sta compiendo l'opera di manutenzione più preziosa: quella della dignità umana.

Questo concetto esplode quando dall'ospedale ci si sposta sul territorio. È qui che si combatte la vera battaglia per la sostenibilità del sistema. La più grande, e meno celebrata, "opera infrastrutturale" del nostro welfare è l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Un operatore che entra in casa di un anziano fragile per un'ora al giorno non sta solo somministrando una cura: sta "man-

tenendo" l'autonomia di quella persona, sta "mantenendo" l'equilibrio di una famiglia che fa da caregiver, e sta "mantenendo" in salute i conti pubblici, evitando un

ricovero improprio che costerebbe alla collettività dieci volte tanto. Eppure, questa Italia della manutenzione umana è quella più in crisi.

Soffre di una carenza strutturale di personale, di salari inadeguati, di contratti pre-

cari spesso gestiti da cooperative al ribasso, e di un burnout che sta svuotando i reparti e i servizi territoriali.

Qui sta il paradosso. Mentre il Pnrr (Missione 6) finanzia la costruzione di (almeno 1.415) nuove "Case di comunità" – le "grandi opere" della sanità territoriale – il rischio è che queste restino splendidi contenitori vuoti. Perché abbiamo progettato i muri, ma ci siamo dimenticati di chi dovrà fare la manutenzione delle persone al loro interno.

Celebrare l'Italia della manutenzione significa spostare il focus dal taglio del nastro alla gestione quotidiana. Significa capire che un Paese avanzato non è quello che costruisce di più, ma quello che si prende cura meglio di ciò che ha già: le sue strutture, le sue tecnologie e, soprattutto, le sue persone.

Lavoro usurante per il personale sanitario e quello socioassistenziale

In Italia il 60% degli edifici ha oltre 50 anni

L'assistenza domiciliare è l'opera centrale del nostro welfare

Apparecchi adeguati salvano da liste d'attesa e diagnosi tardive



Una sala operatoria al lavoro



Rifiuti accatastati sotto un'ala di un polo ospedaliero



«Nessuna risposta su posti letto e ricerca La Manovra non cura i mali della Sanità»

Cognetti (Fossc): i medici di base restano pochi

di **Clarida Salvatori**

ROMA «Nella Finanziaria 2026 non è presente nulla rispetto alle proposte da noi formulate»: Francesco Cognetti, coordinatore Fossc (Forum delle società scientifiche dei clinici ospedalieri ed universitari italiani) parla della Manovra che a suo dire «non cura i mali cronici del sistema sanitario nazionale, oggetto negli ultimi 20 anni di tagli irresponsabili».

Quali sono le priorità che avevate segnalato al ministro Schillaci?

«Posti letto, personale e ricerca».

Parta dalla prima.

«Aumento dei posti letto ospedalieri complessivi e revisione dei relativi tetti di spesa potrebbero risolvere definitivamente l'annoso e

vergognoso problema dell'intasamento dei Pronto soccorso. In Italia ne abbiamo 314 ogni 100 mila abitanti, abbondantemente al di sotto della media europea di 532. In Germania ce ne sono 800, Ungheria e Romania ne contano 700, la Francia 590 e la Grecia 419».

La seconda?

«L'adozione di incentivi e sistemi premianti per l'accesso alle scuole di specializzazione più neglette, l'inserimento in ruolo di nuove figure professionali che consentirebbero lo sviluppo dell'innovazione e della ricerca quali biostatistici, infermieri di ricerca, data manager ed esperti di intelligenza artificiale. Figure ancora non previste nelle qualifiche professionali ospedaliere».

Che cosa serve per la ricerca?

«Il potenziamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) con

controlli rigorosi sull'efficienza dei finanziamenti».

E sui salari?

«Gli aumenti salariali previsti sono assolutamente irrisori: si parla di circa 3 mila euro annui lordi per i medici, 135 euro netti mensili, e 1.630 lordi annui per gli infermieri, 60 euro netti mensili».

Che cos'altro lamentate?

«Non c'è nessuna traccia di interventi atti a colmare l'incredibile carenza di medici di famiglia. Una carenza che colpisce soprattutto Nord e grandi città. Già oggi 5 milioni di italiani sono privi del loro medico di medicina generale e presto saranno 8 milioni».

Le nuove tecnologie potrebbero aiutare?

«Un intervento legislativo che armonizzi a livello nazionale il network di tutti i dati sanitari è essenziale ai fini della loro interoperabilità tra tutte le Regioni, dello sviluppo della telemedicina e della completa digitalizzazione del

sistema sanitario».

Tante critiche, possibile che niente vada bene?

«Manca l'integrazione tra ospedali e territorio, il potenziamento del personale sanitario e delle strutture, seri investimenti in salute mentale, ricerca e prevenzione, che sono le chiavi per costruire una sanità moderna, efficiente ed equa, al servizio di tutti i cittadini italiani. Ma di tutto ciò non c'è nessuna traccia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



● Francesco Cognetti, 74 anni, oncologo e coordinatore del Fossc

Un intervento legislativo che armonizzi a livello nazionale il network di tutti i dati sanitari è essenziale ai fini della loro interoperabilità tra tutte le Regioni

La critica

«Gli aumenti salariali previsti sono irrisori, circa 3 mila euro annui lordi per i medici»



Il Gimbe: aumentano i costi

Mobilità sanitaria, Regioni in crisi e servizi a rischio

Prosperetti e Valerio Baroncini
alle pagine 4 e 5

Mobilità sanitaria Il Nord frena

De Pascale, sos condiviso da Fontana

Il Gimbe: spostamenti in aumento

Il governatore emiliano-romagnolo apre il dibattito: troppi pazienti da altre regioni
Le migrazioni per curarsi costano 5 miliardi all'anno. Si contano 750mila ricoveri

di **Giulia Prosperetti**
ROMA



«La mobilità sanitaria interregionale è in forte aumento e sta mettendo sotto pressione il sistema. Serve un grande patto nazionale, perché questa situazione non è sostenibile». L'allarme lanciato dal presidente della Regione Emilia-Romagna, Michele de Pascale (Pd), riapre il dibattito sulle crepe della sanità pubblica, nel giorno in cui il ministro della Salute Orazio Schilacci ammette che il fatto che ci siano persone costrette a spostarsi per curarsi è una «sconfitta per la nazione». Evidenziando il trend di crescita della mobilità, anche «impropria», ovvero per prestazioni di bassa complessità, De Pascale avverte: «Il sistema rischia di non reggere, non esistono infermieri e professionisti infiniti per aumentare senza limiti l'offerta». Una pressione, gli ha fatto eco, il suo omologo Attilio Fontana, che «in Emilia-Romagna è molto inferiore» rispetto alla Lombardia.

«Se non si modifica il modello, - ha avvertito Fontana - i soldi saranno sempre insufficienti».

In Italia - stando all'ultimo report dell'Osservatorio Gimbe -

nel 2022 il valore della mobilità sanitaria ha raggiunto i 5,04 miliardi, il più elevato dal 2010 con un aumento del 18,6% rispetto al 2021. Cifra che rappresenta il 3,86% della spesa sanitaria totale con - secondo le stime Censis - 750mila ricoveri l'anno. Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (17,1%), Veneto (10,7%) attraggono complessivamente oltre la metà della mobilità attiva. A queste si aggiungono Lazio (8,6%), Piemonte (6,1%) e Toscana (6%). Le tre Regioni con il maggiore indice di fuga sono Lazio (11,8%), Campania (9,6%) e Lombardia (8,9%).

Tra le regioni con saldo positivo - ovvero dove il valore delle prestazioni erogate a cittadini non residenti è superiore a quello delle prestazioni ricevute dai residenti in altre regioni - figurano anche Toscana, Molise, provincia autonoma di Trento e provincia autonoma di Bolzano. Il 78,8% del saldo negativo si concentra, invece, in Abruzzo, Lazio, Puglia, Sicilia, Calabria e Campania. Saldo negativo moderato per Umbria, Marche, Liguria, Basilicata, Sardegna e minimo per Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta.

Il grave sottofinanziamento

del Ssn - commenta Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe - ha messo in crisi anche le ricche regioni del Nord che non riescono più a garantire un elevato livello di qualità dei servizi e l'eccesso di mobilità attiva riduce la capacità di erogare i Livelli essenziali di assistenza (Lea) nei confronti dei cittadini residenti. La 'portabilità' del diritto alla tutela della salute, entra in competizione con la garanzia dei diritti dei residenti, perché nessuna regione può aumentare oltre un certo limite la produzione di servizi e prestazioni sanitarie».

Nel 2022, l'85,8% della mobilità sanitaria ha riguardato prestazioni di ricovero ordinario e day hospital (69,9%) e specialistica ambulatoriale (15,9%). Oltre la metà del valore di tali prestazioni viene erogata da strutture private accreditate che attraggono molto più del pubblico (+26,2%) per i ricoveri, e poco meno (-6,1%) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.



«Dopo i tagli invisibili del periodo 2023-2026, che hanno sottratto al Ssn oltre 17,5 miliardi di euro per le Regioni si apre uno scenario inquietante». A preoccupare – rileva il presidente della Fondazione Gimbe – è l'entità del divario tra le previsioni di spesa contenute nel Dpfp e la quota di Pil assegnata al Fondo sanitario nazionale dalla manovra. «Un gap – pari a 6,8 miliardi di euro nel 2026, 7,6 nel 2027 e 10,7 nel 2028 – che non può essere colmato dalle regioni che avranno solo due strade, entrambe con 'pedaggio' a carico dei cittadini: ridurre i servizi o

aumentare le imposte locali». Bisogna dunque, secondo Cartabellotta, «rifinanziare adeguatamente la sanità, attuare riforme strutturali, rafforzare sul tema le Regioni del Mezzogiorno restituendo fiducia ai cittadini lì residenti e migliorare efficienza e programmazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CHE COS'È

1 ● DEFINIZIONE

Secondo Cidp Italia c'è quando un cittadino riceve una prestazione in una regione diversa da quella di residenza

2 ● DIRITTO GARANTITO

È un diritto garantito dal nostro ordinamento in quanto ogni cittadino può accedere alle cure ovunque erogate

3 ● I MOTIVI

Avviene per vari motivi come la presenza di centri di eccellenza non disponibili nella regione di residenza

4 ● CHI PAGA

Il costo viene rimborsato dalla regione di residenza del paziente alla regione che l'ha erogata



A sinistra
il presidente
dell'Emilia-
Romagna,
Michele de
Pascale
A destra,
il ministro
della Salute,
Orazio
Schillaci



IL SSN RISCHIA DI RIMANERE UN GUSCIO VUOTO, SENZA LE SUE COLONNE PORTANTI

La popolazione invecchia, i medici pure I lavoratori della sanità sono un'emergenza

GIUSTINA ORIENTALE CAPUTO

Arriviamo che è freddo e immerso in un anomalo silenzio, l'ospedale più grande della città. Sono le ore del cambio turno, quando i visitatori non sono ancora ammessi e gli ambulatori non hanno ancora aperto alle folle. A. ci ha dato appuntamento allo smonto della notte, cerchiamo un angolo per l'intervista, un collega ci cede l'angusto studio. A. sarà l'ultima delle trenta persone che intervisteremo fra Milano e Napoli, per capire la sanità, l'invecchiamento dei lavoratori e che cosa è successo dopo gli applausi della pandemia. È da tre anni che studiamo gli effetti sociali dell'invecchiamento, e dopo avere ragionato sull'indice di invecchiamento attivo e sugli aspetti teorici del fenomeno abbiamo deciso di capire che cosa vuol dire essere lavoratori anziani oggi in Italia. E abbiamo deciso di farlo studiando il settore leader dell'occupazione over 55 in Italia oggi: la sanità. Che già questo da solo basterebbe a giustificare lo studio.

Come sia possibile che siamo uno dei paesi con l'età media della popolazione più alta a livello globale, dunque, uno di quei paesi che deve affrontare patologie croniche che aumentano, platee crescenti di uomini e donne che, invecchiando, diventano fragili, non sempre in condizioni di autosufficienza, con redditi che diminuiscono e un sistema assistenziale dalle evidenti carenze funzionali per sostenerli e facciamo tutto questo con il settore che ha il maggiore numero di lavoratori anziani, sia nel pubblico che nel privato.

Paradossi dentro cui abbiamo voluto mettere le mani ascoltando medici, infermieri, operatori socio-sanitari e sportellisti dei due più grandi ospedali pubblici di Napoli e Milano. Il confronto ha mostrato molte più

similitudini che differenze e molta più trasversalità che distanza. Certo, la gestione della sanità attuale accentua i problemi preesistenti, e in questo emergono le storiche differenze territoriali, con la carenza di risorse e personale nel Mezzogiorno che intensifica lo stress lavoro-correlato e riduce le concrete possibilità di percorsi di uscita graduale o di ricollocazione interna.

Mito infranto

Ma le emergenze sembrano di gran lunga ormai comuni. Appaiono, per esempio, lontani anni luce i tempi in cui il posto fisso (per antonomasia il settore pubblico) era un traguardo di serenità, obiettivo della vita e sinonimo di nullafacenza e attesa della pensione.

Oggi quel mito è stato infranto, sgretolato sotto carichi di lavoro pesanti, cresciuti sia a livello fisico che psichico, anche a causa di mancati turnover, soppiantato da una realtà ostaggio di carriere bloccate, assenza di prospettive economiche e scarsa propensione a ripensare politiche aziendali che guardino all'età dei lavoratori. Eppure il rispetto informale che buona parte di questi lavoratori anziani riceve dai colleghi più giovani e dai pazienti è alto, per la loro competenza, la memoria storica e la modalità con cui si rapportano ai problemi, e forse questo mette in pareggio — o forse stride maggiormente, chissà — con la totale assenza di riconoscimento formale — economico e valoriale — di questo ruolo; siano infermieri, Oss, medici o amministrativi, la mancanza di attenzione della memoria storica e



professionale di cui è ognuno di loro portatore è evidente quando non c'è in nessuna delle due realtà studiate alcun ruolo riconosciuto di potenziali mentorship per i più giovani.

Una perdita reciproca di saperi e pratiche da un lato, e di riduzione dello stress dall'altro, patrimoni che vengono dispersi accompagnati dalla frustrazione di vedere sfumare la possibilità di ridefinire il proprio ruolo in prossimità della pensione. Certo, non è tutto un idillio fra generazioni, anche qui i conflitti esistono, c'è chi parla di giovani freddi e meno votati al sacrificio, ma il senso del gruppo, il valore della solidarietà, ci ha stupiti tutte le volte che è ritornato. Quasi nessuno di questi professionisti — che, pur sentendosi utili e rispettati, esprimono frustrazione per l'invisibilità istituzionale — andrebbe ora nel privato: per etica, attaccamento a strutture in cui lavorano da 15 anni e fiducia nel pubblico. Tuttavia, vedono le gravi carenze, non incoraggiano i giovani a restare e, soprattutto, chiedono ricollocazione in ruoli meno usuranti, non solo la pensione, per restare risorsa attiva.

La Grande Fuga?

Eppure non si può negare che anche qui, per sovraccarico e burnout, per delusione o desiderio di maggiore riconoscimento dei propri meriti, il desiderio di un pensionamento anticipato si registri. Siamo alla Grande Fuga (reale o desiderata) anche in sanità? Non abbiamo elementi sufficienti per dirlo, certo il senso di rassegnazione per condizioni ingiuste si mescola alla dedizione che emerge anche alla fine dei turni di lavoro. E che è un valore che andrebbe riconosciuto.

Ovunque, sia al Nord che al Sud, emergono turni intensi, logoramento fisico e psichico, salari bassi, scarso ricambio generazionale, si registrano limitate se non assenti politiche di supporto aziendale per i lavoratori senior, così come è evidente che il benessere dei lavoratori anziani è quasi l'ultimo problema delle strutture, eppure la qualità del servizio è strettamente connessa a quel benessere, perché sono le persone che fanno le strutture. Certo, la soddisfazione lavorativa paradossalmente la mostrano tutti anche se è profondamente stratificata per ruolo: per i medici è maggiore, anche se lamentano

ostacoli burocratici e organizzativi, ma sentono ancora il valore, mentre per infermieri e assistenti sanitari più elevati sono i livelli di stress, burnout e percezione di scarso riconoscimento soprattutto salariale, indipendentemente dalla posizione geografica.

E il Covid? Non c'è nessuno fra quanti abbiamo sentito che non ci abbia raccontato dello stress estremo che ha vissuto in pandemia, e come a seguito di quell'eccezionale fase non ci sia stato alcun riconoscimento successivo né economico né di carriera e nemmeno sociale, dice qualcuno.

Da angeli della pandemia a dimenticati, è stato un attimo, e oggi siamo al cospetto di lavoratori che sentono aumentato il pericolo, bersagli di attacchi e sotto assedio pur essendo dei professionisti, e lo sono per lo più a causa di un sovraccarico di lavoro e della carenza di personale, che spesso li obbliga a



straordinari duri.

La percezione di una questione malasanità esiste, ma nessuno l'avrebbe citata se non sollecitato, e soprattutto gli intervistati dicono che è spesso legata a condizioni caotiche, e non a negligenza. Alcuni denunciano come avvocati stazionino ormai da tempo regolarmente alle porte dell'ospedale distribuendo bigliettini da visita e sostengono che molte delle accuse avanzate sono tentativi di lucro. Un'altra forma di sopravvivenza in un contesto disgregato e povero.

Rischi futuri

Come tutte le volte che vai sul campo, la realtà si ridefinisce. Le interviste sono momenti di incontro, rivelano storie, passati sempre ricchi,

drammi e situazioni personali, grandi ideali e compromessi continui. Dalle voci di lavoratrici e lavoratori viene fuori senza troppa difficoltà un affresco complesso dell'attuale sanità pubblica, la costruzione di un ritratto corale dell'eccellenza di un settore, che appare letteralmente sotto assedio in un momento in cui sfide e complessità sono elevate.

La fine del Pnrr potrebbe mettere in discussione l'esistenza stessa di un settore pubblico della sanità, rispetto alla cui sostenibilità finanziaria, come ci ha detto un medico, potrebbe essere "drammatico ciò che sta per arrivare".

Questa combinazione di logoramento, mancato

riconoscimento e desiderio di fuga tra i lavoratori anziani rischia di privare infine il Servizio sanitario nazionale del suo patrimonio più prezioso: le persone. E il posto fisso non può più essere un alibi per sfruttare e dare per scontati la dedizione e il senso civico.

Il lavoro in sanità — anche quello che continuano a svolgere i lavoratori ben oltre i 55 anni — deve tornare a riacquistare valore, riconoscimento e rispetto, altrimenti il Ssn rischia di rimanere un guscio vuoto, senza le sue colonne portanti. Un guscio o un rifugio di cui noi tutti, sempre più vecchi, avremo sempre più bisogno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nessun sogno

Appaiono
lontani anni luce
i tempi in cui il
posto fisso era
un traguardo



Il benessere dei lavoratori anziani nella sanità è quasi l'ultimo problema delle strutture
FOTO ANSA



Professioni sanitarie, la laurea non attira

Aumentano i posti a bando, ma non l'attrattività dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. Quest'anno, infatti, le domande di ammissione sono cresciute dello 0,2%, a fronte di un aumento del 3,6% dei posti disponibili. Si registra inoltre un drastico calo delle domande per le lauree magistrali, in discesa dell'11%. È quanto emerge dal report annuale redatto da Angelo Mastrillo, docente universitario e segretario della Conferenza nazionale dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, giunto alla trentesima edizione.

Dalla rilevazione dei dati universitari, si legge nell'indagine, emerge «un lieve aumento delle domande di ammissione sul totale dei 23 corsi di laurea, da 64.139 dello scorso anno a 64.260, pari a +0,2%, diverso dal -3,8% del 2024». Al contrario, continua il calo dell'11% per le domande sui corsi di laurea magistrale, passate da 13.983 a 12.438. Per i 23 corsi di laurea, i posti a bando sono aumentati del 3,6%, da 35.592 a 36.873, a fronte di un numero di domande sostanzialmente stabile, con conseguente riduzione del rapporto domande/posto (D/P) a 1,7 rispetto a 1,8 del 2024 e 1,9 del 2023. «Complessivamente, anche quest'anno si conferma che, rispetto all'aumento dell'offerta formativa da parte delle università, non si registra un analogo incremento dei candidati», si legge nell'indagine. L'aumento di 1.281 posti riguarda quasi tutte le 23 professioni, ad eccezione di assistente sanitario (da 611 a 502, -17,8%, per la sospensione in tre università) e di altre quattro professioni, tra cui infermiere, con -26 posti (da 20.435 a 20.409, -0,1%).

Per quanto riguarda i fabbisogni formativi, si rileva un aumento da

parte di quasi tutte le regioni, con +2.029 posti (+4,9%), dai 41.448 del 2024 agli attuali 43.477, e con numero finale di 43.738 stabilito dall'accordo della Conferenza Stato-Regioni n. 125 del 30 luglio 2025, «invece che entro il 30 aprile, come previsto dal dlgs n. 502 del 1999», come fa notare Mastrillo, non senza una certa vena polemica.

Oltre ai numeri, l'indagine riporta anche i riflessi occupazionali delle professioni sanitarie, su dati Alma-laurea. Quasi tutti i corsi superano un tasso di occupabilità del 70%; solo fisiopatologia cardiocircolatoria e tecnico audiometrista si fermano sotto (rispettivamente al 68% e al 63%). «Ne deriva», osserva Mastrillo, «che l'area delle professioni sanitarie continua a mantenere stabile, al primo posto, i livelli occupazionali, seppure con fluttuazioni nel corso degli anni».

Si conferma infine «l'insufficiente numero di docenti appartenenti allo specifico profilo professionale, chiamati in ruolo dalle università, e la prevalenza dell'affidamento degli insegnamenti a docenti a contratto, in gran parte dipendenti del Ssn». Sul totale di 699 docenti degli ex Ssd Med/45-50, che lo scorso anno erano 717 e fanno parte dei 10.012 dell'intera area 6 di medicina, solo 128, pari al 18%, appartengono ai profili delle professioni dei settori specifici. Il settore Med/45 comprende 85 docenti in ruolo di cui 83 appartengono alla professione infermieristica; «tuttavia, sono ancora di gran lunga insufficienti se si considera l'esistenza di 48 corsi distribuiti su ben 237 sedi», si afferma nell'indagine.





Servizio Formazione e lavoro

Professioni sanitarie in crisi di appeal: ristagna la domanda di accesso alle università

Malgrado il boom occupazionale certificato da AlmaLaurea con un +8% complessivo, per i 23 Corsi di laurea i posti a bando sono aumentati in un anno del 3,6% a quasi parità del numero di domande (+0,3%)

di Angelo Mastrillo, Lorenzo Bevacqua **, Elisabetta Cenerelli ***

7 novembre 2025

Il Report annuale sull'accesso ai Corsi e programmazione dei posti nell' anno accademico 2025-2026, la cui raccolta ed elaborazione dei dati è svolta nell'ambito della Conferenza nazionale Corsi di laurea delle professioni sanitarie, presieduta da Alvisa Palese, dà un quadro complessivo della formazione superiore in Italia.

Il quadro

Dalla rilevazione dei dati delle Università emerge un lieve aumento delle domande di ammissione sul totale dei 23 Corsi di Laurea da 64.139 dello scorso anno a 64.260, pari al +0,2% che è diverso dal -3,8% dello scorso anno. Al contrario, continua il calo dell'11,0% per le domande sui Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni sanitarie, da 13.983 dello scorso anno alle attuali 12.438.

Per i 23 Corsi di Laurea, rispetto allo scorso anno i posti a bando sono aumentati del +3,6%, da 35.592 a 36.873 a quasi parità del suddetto numero delle domande (+0,3%), con la conseguente riduzione del rapporto domande/posto a 1,7 rispetto al 1,8 del 2024 e 1,9 del 2023.

Per quanto riguarda i fabbisogni formativi, si rileva un aumento da parte di quasi tutte le Regioni con +2.029 (+4,9%) dai 41.448 dello scorso anno agli attuali 43.477 e con numero finale di 43.738 stabilito dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni n.125 del 30 luglio 2025, invece che entro il 30 aprile, come da Decreto Legislativo n. 502 del 1999. Per i fabbisogni non è ancora inserita la nuova professione di Osteopata, di cui non è nota la numerosità per Regioni e totale in attesa di iscrizione all'Albo Tsrp Pstrp.

Lieve riduzione con -0,6% del fabbisogno totale da parte delle Categorie: da 44.304 dello scorso anno agli attuali 44.048, di cui per Infermieristica riduzione del -3,7% da 26.832 dello scorso anno agli attuali 25.840.

Aumenta del +3,6% anche il potenziale formativo offerto dagli Atenei, che il Ministero dell'Università (MUR) ha ratificato, con Decreto n. 594 del 7 agosto 2025, appena in tempo per rispettare la scadenza della norma che dallo scorso anno, riduce da 60 a 30 i giorni che devono precedere la pubblicazione del bando da parte delle Università per l'esame di ammissione fissato il 14 maggio 2025 dal MUR per l'8 settembre.

Quindi, indipendentemente dai fabbisogni indicati da Regioni e Categorie, sono stati assegnati tutti i posti, determinando per 3 Corsi, come lo scorso anno, un alto esubero rispetto alle richieste di Regioni, Categorie e Conferenza Stato-Regioni, fra cui Dietista +57% su +52% dello scorso anno, Tecnico Radiologia +29% come lo scorso anno, Tecnico Neurofisiopatologia +38% su +23% scorso anno.

Complessivamente, anche quest'anno si conferma che rispetto all'aumento dell'offerta formativa da parte delle Università non si registra analogo incremento dei candidati.

Ripartizione dei posti per Università

Ogni Ateneo ha attivato in media 10 Corsi di Laurea; l'Università con il maggiore numero di Corsi resta Milano Statale con 22, seguita da Roma Sapienza 21, Roma Tor Vergata e Padova 19, Genova 18, Torino, Bari e Napoli Federico II con 17. Poi altre Università: con 16 Corsi Pisa e 15 Palermo, con 14 Corsi Verona e Chieti, 13 Pavia, Bologna, Firenze, Roma Cattolica, Napoli Campania, Messina e Catania, 12 Brescia, Parma e Modena, con 11 Siena e l'Aquila, e con 10 Ferrara, Ancona, Catanzaro e Cagliari.

A seguire con 9 Corsi Varese e Trieste, con 8 Enna, con 7 Milano Bicocca, Perugia e Foggia. Con 6 Novara e Milano San Raffaele, con 5 Milano Humanitas, Udine, Roma UniCamillus, Salerno e Sassari, con 4 Roma Link e Campobasso; con 3 Roma Campus e con 2 Cosenza; infine, con un solo Corso Trento, Casamassima LUM, Lecce e Napoli Parthenope.

Cala rispetto agli ultimi anni il rapporto percentuale nella ripartizione dei posti fra le Lauree triennali e le Magistrali a ciclo unico, con il 68,4% che era 69,1% dei posti alle Professioni Sanitarie, mentre aumenta dal 27,7% al 28,4 per Medicina e Chirurgia, e stabile Odontoiatria con 3,2%.

Distribuzione posti per professione

L'aumento di 1.281 posti, +3,6% sui 35.592 dello scorso anno, riguarda quasi tutte le 23 professioni, a eccezione di Assistente sanitario da 611 dello scorso anno a 502 con -17,8% per la sospensione in 3 Università, e di altre 4 professioni, ma con valori minori, fra cui Infermiere con -26 da 20.435 a 20.409 (-0,1%)

L'incremento maggiore dei posti, in valori assoluti, riguarda Fisioterapista con +440, da 2.822 a 3.262 (+15,6%), Osteopata con +355 da 70 a 425 (+507%) per aumentò delle Università da 2 a 7. Tecnico Radiologia +163 da 1.700 a 1.863 (+9,6%), Logopedista +126 da 986 a 1.112 (+12,8%), Tecnico Laboratorio +90 da 1.500 a 1.590 (+6,0%), Tecnico Riabilitazione Psichiatrica +63 da 525 a 588 (+12%). Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatorio con +56 da 236 a 292 (+23,7%), Dietista +33 da 590 a 623 (+5,6%), Ostetrica +21 da 1.240 a 1261 (+1,7%), Tecnico Neurofisiopatologia +16 da 190 a 206 (+8,4%) e Educatore P. +16 da 828 a 844 (+1,9%), Ortottista +14 da 341 a 355 (+4,1%), Infermiere Pediatrico +11 da 279 a 290 (+3,9%), Igienista dentate +9 da 913 a 922 (+1,0%) e Podologo +2 da 117 a 119 (+1,7%).

Vola l'occupazione

Consultando i dati sul sito www.almaLaurea.it si rileva che per i 170.663 Laureati di primo livello dell'anno 2023 per tutte le 16 aree disciplinari si registra un aumento medio della quota di occupati di +6,1 punti percentuali dal 38,5% dei laureati di primo livello del 2022 all'attuale 44,6%.

In particolare, per i 16.977 laureati di primo livello delle 22 Professioni sanitarie dell'anno 2023 si rileva che, rispetto agli 11.456 Laureati che hanno risposto all'indagine (67%) si registra un

sensibile aumento della quota di occupati (sono 9.710), pari a +8 punti percentuali, essendo salito al 84,8% rispetto al 76,8% dello scorso anno, quando si era invece registrato un calo di -1,7 punti percentuali sul 78,5% rilevato tra i Laureati del precedente anno 2021.

Alla luce di questi risultati, si conferma ancora una volta per le Professioni sanitarie il primo posto assoluto fra i vari gruppi disciplinari. Inoltre, l'aumento registrato, evidenzia il tendenziale avvicinamento ai valori rilevati 17 anni fa: nel 2007 era 87,0% a cui oggi corrisponde 84,8%, con una differenza di appena -2 punti percentuali.

I valori di livello occupazionale sono in aumento rispetto allo scorso anno per tutte le quattro aree delle professioni sanitarie che nel complesso è pari a +8 punti percentuali: dal 76,8% del 2022 al 84,8% del 2023. In dettaglio per l'area Infermieristica e Ostetrica l'aumento è pari a +7,4 punti percentuali, dal 77,7% al 85,1%; ancora più alto per le professioni della Riabilitazione con +9,3 punti percentuali, dal 77,1% del 2022 al 86,4% del 2023. Analoghi aumenti riguardano l'area Tecnica con +8,1 punti percentuali, passando da 73,9% a 82,0% e l'area della Prevenzione, con +9 punti percentuali, da 72,6% del 2022 a 81,6% del 2023.

Le differenze occupazionali

Analizzando in dettaglio le 22 professioni sanitarie sugli ultimi dati AlmaLaurea dei Laureati dell'anno 2023, si rilevano per l'alto tasso occupazionale ai primi 5 posti e sopra la media del 84,8%: Terapista Neuro e Psicomotricità dal 81,1% dello scorso anno al 89,6%, Logopedista dal 76,9% al 88,1%, Tecnico Riabilitazione Psichiatrica da 74,7% al 87,8%, Podologo dal 66,7% al 87,5%, Fisioterapista dal 80,5% al 87,4%. Tecnico Neurofisiopatologia dal 81,0% al 87,5, Infermiere Pediatrico dal 73,5% al 86,7%, Igienista Dentale dal 80,7% al 86,4% e Infermiere dal 77,8% al 85,5%. Seguono sotto la media del 85%, che era 77%, Educatore P. 84%, con 83% Terapista Occupazionale, Tecnico Radiologia Tecnico Laboratorio, con 82% Assistente sanitario, Tecnico Prevenzione 81%, Ostetrica, Ortottista, Tecnico Audioprotesista e Tecnico Ortopedico 79%, infine Dietista 71%, Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria 68% e Tecnico Audiometrista con 63%.

Ne deriva che l'area delle Professioni Sanitarie, continua a mantenere stabile al primo posto i livelli occupazionali, seppure con fluttuazioni nel corso dei vari anni.

Le professioni più attrattive

Il rapporto D/P medio fra i 23 Corsi è di 1,7, in calo rispetto sia al 1,8 dello scorso anno che al 1,9 del 2023. Il calo riguarda tutti i Corsi, tranne 3. Come classifica si confermano quasi tutte le posizioni degli anni precedenti: al primo posto Fisioterapista con rapporto D/P pari a 6,4; al secondo Logopedista con 4,5; al terzo Ostetrica 3,3; poi Dietista 2,8; Tecnico Radiologia 2,5; Igienista dentale 2,1. Seguono Terapista Neuro e Psicomotricità con 2,0; Infermiere Pediatrico 1,5; Osteopata 1,4; Tecnico Neurofisiopatologia e Podologo 1,2, Tecnico Laboratorio 1,1; Tecnico Riabilitazione Psichiatrica 1,0. Sotto il rapporto D/P di 1: Infermiere e Ortottista 0,9; Tecnico Prevenzione 0,8; Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria 0,7; Educatore P. 0,6; Tecnico Audiometrista 0,5 poi con 0,4 Tecnico Ortopedico; Tecnico Audioprotesista, Terapista Occupazionale e Assistente Sanitario.

Tuttavia, va evidenziato che successivamente la copertura dei posti può aumentare sia tramite le graduatorie derivate dalle domande di seconda e terza scelta dei Corsi, che dall'utilizzo dei posti residui su altre Università, come da Decreto MUR n. 586 del 6 agosto 2025, art. 6. comma. 6.

Inoltre, novità per la prima volta da quest'anno per le 41 Università statali, come da Decreto MUR n. 418 del 30 maggio 2025, artt. 7 e 8, anche dalla possibilità di utilizzare la graduatoria del semestre aperto sui 3 Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico di Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Veterinaria da parte dei 23.527 candidati (sul totale di 64.285) che hanno opzionato come seconda scelta uno dei "Corsi Affini" delle 12 Professioni sanitarie, nei limiti del 20% in più dei posti a bando.

Le 23.527 opzioni sui 12 Corsi Affini sono in prevalenza per Infermiere con 13.400, seguito da Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria con 3.085, Tecnico Neurofisiopatologia con 2.852, Ortottista con 963, Tecnico Prevenzione 899, Tecnico Ortopedico 816, Assistente sanitario 366, Podologo 351, Educatore P. 316, Terapista Occupazionale 287, Tecnico Audioprotesista 110 e Tecnico Audiometrista con 82.

La programmazione dei posti 2025-2026

Per il quinto anno consecutivo, dal 2021, il Ministero dell'Università mette a bando tutti i posti del potenziale formativo offerto dalle Università, con un totale di 36.873; numero che è inferiore al totale di 43.738 del fabbisogno stabilito con l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 30 luglio 2025.

La carenza è di -6.865 posti, pari al -15,7%, in prevalenza su Infermieristica per -5.880 posti, pari al -22,4% rispetto ai 26.289 del fabbisogno. Dall'analisi dettagliata per ognuna delle Professioni si rilevano 2 diverse situazioni:

- Offerta inferiore per 11 professioni, con 8.462 posti delle Università inferiori ai fabbisogni: Educatore Professionale (-62%), Terapista Occupazionale (-52%), Podologo (-49%), Tecnico Audiometrista (-48%), Assistente Sanitario (-43%), Tecnico Audioprotesista (-31%) e Infermiere (-22%), seguiti da Tecnico Ortopedico (-18%), Terapista Neuro e Psicomotricità età evolutiva (-15%), Ortottista (-5,5%), Tecnico Riabilitazione psichiatrica (-4,5%) e infine Ostetrica (-3,7%).

- Offerta superiore per 11 professioni: con 1.597 posti delle Università superiori ai fabbisogni: Dietista con +57% fra Università con 623 posti rispetto ai 397 del fabbisogno, Tecnico Neurofisiopatologia con +38%, Università 206 e fabbisogno 149, Tecnico Radiologia +29%, Università 1.863 e fabbisogno 1.445, fanno seguito altre con valori percentuali inferiori al +20%, come Logopedista +19%, Igienista Dentale +14%, Fisioterapista +10% infine Tecnici Laboratorio (+1,7%) su 1.590 posti rispetto al fabbisogno di 1.563.

Prospettive per il 2026-2027

In analogia agli anni scorsi, si auspica che la definizione dei fabbisogni del prossimo anno 2026-27 da parte del ministero della Salute e della Conferenza Stato-Regioni venga fatta entro il 30 aprile, come prevede il Decreto Legislativo 502 del 1992. Questo, per dare tempo utile alle Università di rivedere la determinazione dei posti da mettere a bando, rimodulando e riequilibrando alcune carenze rispetto ad alcuni esuberanti di offerta formativa. Inoltre, di poter pubblicare i bandi entro i 60 giorni prima dell'esame di ammissione, come era stabilito dall' art. 4, comma 1, della Legge 264 del 1999.

** Segretario della Conferenza nazionale Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie*

*** Docenti nel Corso di Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia dell'Università di Bologna*

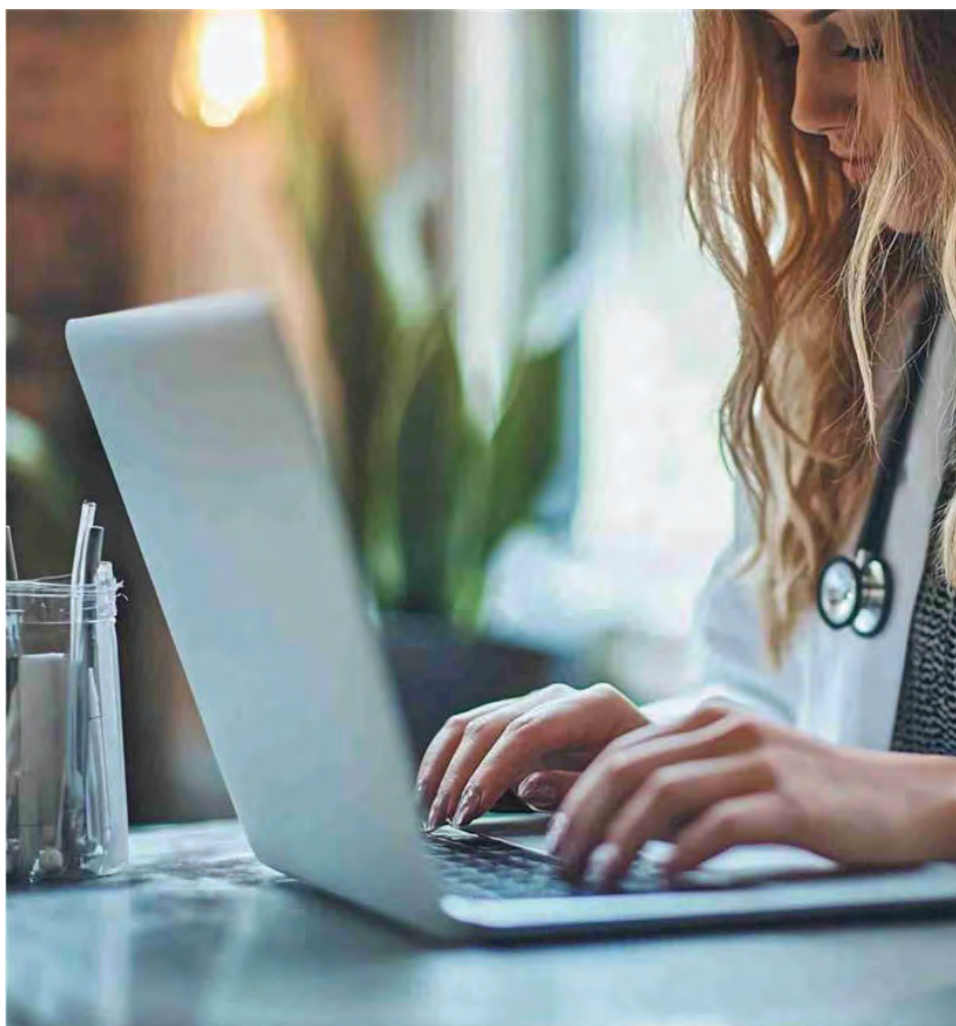
La responsabilità del medico per diagnosi algoritmiche non si riduce, ma va provato l'errore

Sanità. l'IA cambia le regole

DI ROBERTO MILIACCA

Mettereste il vostro corpo nelle mani di un robot? Vi fareste fare una diagnosi dall'Intelligenza Artificiale? La recente legge in materia di intelligenza artificiale, entrata in vigore lo scorso 10 ottobre (legge 23 settembre 2025, n. 132), all'articolo 7, comma 3, non aiuta del tutto a risolvere il dubbio perché stabilisce solo che il paziente «ha diritto di essere informato sull'impiego di tecnologie di intelligenza artificiale». Insomma, il vostro medico dovrà richiedervi un «consenso informato» indicando espressamente se la sua diagnosi e la sua terapia si siano basate su algoritmi di IA. D'altronde, a richiedere questo adempimento è il regolamento Ue sull'Intelligenza Artificiale (c.d. "AI Act"), da cui discende la legge italiana, che classifica i sistemi di IA per diagnosi medica tra quelli «ad alto rischio», prevedendo obblighi rafforzati in termini di trasparenza, sorveglianza umana ("human in the loop"), gestione del rischio e controlli periodici sugli algoritmi. Sono previste sanzioni elevate per medici e strutture sanitarie in caso di non conformità. Nel nuovo contesto dell'IA generativa, il medico rimane il perno centrale: dovrà interpretare criticamente gli output algoritmici e resta il responsabile delle

decisioni cliniche finali. D'altronde, la legge Gelli-Bianco (l. 24/2017) continua a regolare la responsabilità medica: l'uso dell'IA non esonera dalla diligenza. Piuttosto, le responsabilità per errori diagnostici vengono ripartite tra medico, struttura sanitaria e produttore del software, data anche la natura "black-box" degli algoritmi. Sebbene il paziente possa chiedere risarcimenti, l'onere della prova per il malfunzionamento algoritmico è complesso. Le coperture assicurative si stanno adattando a nuovi rischi come i bias algoritmici e gli errori specifici dell'IA. Dei temi emergenti in materia di diritto sanitario ed IA abbiamo parlato, su Affari Legali, con alcuni esperti del settore, per capire quali sono le priorità per gli addetti ai lavori, per non sbagliare.



POLITICA SANITARIA, BIOETICA



da pag. 29

Tra i nuovi rischi da assicurare, anche i bias algoritmici

Pagine a cura

DI ALBERTO GRIFONE

L'intelligenza artificiale generativa sta invadendo il settore della sanità, permettendo a medici e strutture di creare documenti clinici, sintesi di cartelle, piani terapeutici personalizzati, contenuti formativi e persino simulazioni di scenari clinici complessi.

Le applicazioni concrete possono generare protocolli clinici su misura, sintetizzare ciò che occorre realmente dalla infinta letteratura scientifica per supportare le decisioni mediche. Per non parlare dei modelli multimodali di grandi dimensioni (LMM), l'ultima frontiera dell'Intelligenza Artificiale Generativa, vale a dire la capacità di processare simultaneamente testo, immagini, audio e video, che li rende potenti alleati in ambito Healthcare & Life Sciences. Con quali effetti sulla tutela della privacy dei pazienti, della gestione di procedure complesse e, non da meno, della responsabilità dei medici?

«Oltre all'attività di analisi e specifica valutazione degli impatti sui diritti fonamen-

tali della persona, l'AI Act impone obblighi di trasparenza, sia in fase di raccolta delle informazioni sia nella fase di utilizzo del sistema; inoltre, il Garante per la protezione dei dati personali ha recentemente posto l'attenzione sulla problematica relativa alla refertazione medica tramite l'uso dell'AI, ribadendo la necessità di adottare presidi tecnici e organizzativi e l'intervento umano garantito e professionale (cd. human in the loop) sugli strumenti di AI, necessario in contesti come quello sanitario», dice **Ivan Rotunno**, partner e membro del Focus team Healthcare & life sciences di **BonelliErede**. Queste circostanze rendono ancora più centrale il ruolo dei fornitori di tecnologia perché dovranno predisporre strumenti *compliant* non solo con gli obblighi dell'AI Act ma anche con le previsioni del decreto di recepimento della NIS2, che impongono obblighi di verifica dei presidi di sicurezza informatica. «La tutela dei diritti dell'individuo è un tema centrale nella normativa sull'intelligenza artificiale. Circa le responsabilità, anche per le strutture sanitarie trovano applicazione le prescrizioni dell'AI Act che impongono sanzioni elevate, fino a 35 milioni di euro o il 7% del fatturato annuo globale, per la

realizzazione di pratiche vietate dal Regolamento, e fino a 15 milioni o il 3% del fatturato per mancata conformità dei sistemi ad alto rischio, o violazione degli obblighi dei fornitori, dei distributori, dei *deployer* e delle prescrizioni in materia di trasparenza. In questo contesto i rischi derivanti dall'utilizzo delle nuove tecnologie costringeranno le compagnie a valutare se le coperture della responsabilità professionale o dei danni richiedano revisioni o integrazioni sia in termini di previsioni contrattuali sia di costi, massimali e le franchigie, non sarà facile determinare la responsabilità in caso di danno causato dall'algoritmo. Occorrerà prevedere delle clausole contrattuali di particolare dettaglio, che considerino anche gli aspetti di causalità e onere probatorio. Quanto al personale sanitario, ci saranno nuovi rischi da considerare, come gli errori diagnosti-



ci che potranno essere causati utilizzando i sistemi di AI, le ipotesi di errato utilizzo dello strumento di AI da parte degli operatori e anche il danno reputazionale della struttura sanitaria».

Secondo **Silvia Stefaneli**, fondatore e co-titolare dello **Studio Legale Stefaneli&Stefanelli** «l'AI Act e la nuova legge italiana, approvata definitivamente il 18 settembre scorso (DDL 1146-B) sono discipline molto ambiziose e sfidanti, sia per strutture sanitarie ed ospedali sia per l'industria che sta progettando e realizzando modelli di AI generativa e di natura predittiva. Il vero tema è la conoscenza della tecnologia e della governance: oggi si parla molto di AI ma siamo ancora tutti piuttosto acerbi su come effettivamente usarla, su quali sono i bisogni e su come l'AI potrà soddisfarli in maniera affidabile. Siamo all'inizio, ma bisogna averne consapevolezza. Occorre che il tema della governance venga gestito dalle strutture sanitarie insieme all'industria, senza contrapposizioni ideologiche. Questo potrà anche essere di grande aiuto in fase di acquisto di tecnologie che (non può essere diversamente) avranno un impatto economico importante.

Qui occorrerebbe anche un Codice Appalti diverso, più in grado di acquistare innovazione. Mai come in questa materia cammineremo nella direzione di responsabilità condivise. La Legge Gelli-Bianco (l. 24/2017) si basa infatti sull'aderenza a linee guida accreditate: linee guida che oggi per l'AI non esistono. Inoltre il ruolo del medico cambia completamente: l'interrelazione con la tecnologia lo vede in un ruolo molto più attivo e di supervisione. Quindi io vedo possibili profili di responsabilità sanitaria legata al controllo umano (*Human-in-the-loop*) nella supervisione critica e nella validazione dell'output dell'algoritmo. Possibili responsabilità del produttore/sviluppatore (se l'errore deriva da un difetto di progettazione o da un bug del software) e della struttura sanitaria chiamata ad implementare protocolli chiari per l'uso dell'IA e garantire un'adeguata formazione del

personale. Il mercato assicurativo cambierà specie in una fase iniziale, dovendo configurare un nuovo ecosistema caratterizzato non solo da rischi diversi (decisioni black box, allucinazioni diagnostiche, cyberattacchi, automation bias medico) ma anche da una maggiore interdipendenza tra attori diversi. La sostenibilità del sistema dipenderà molto dalla capacità di sviluppare prodotti assicurativi sempre più sofisticati e personalizzati, che riflettano accuratamente i profili di rischio specifici di ogni soggetto che usa l'AI. Con il tempo si creerà un framework di riferimento che dovrebbe progressivamente ridurre l'incertezza e stabilizzare i pricing».

«L'Unione europea ha delineato per la prima volta un quadro normativo unitario e vincolante per l'utilizzo dell'AI in tutti i settori, sanità inclusa», dice **Martina Maffei**, senior associate di **Herbert Smith Freehills Kramer**: «questa disciplina si affianca alle normative già vigenti, penso al Regolamento (UE) 2025/327 sullo European Health Data Space (EHDS), i regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746 in materia di dispositivi medici e la normativa in materia di protezione dei dati personali (GDPR). In ambito sanitario il DDL regola in particolare l'impiego dell'IA nel Servizio sanitario nazionale (con divieto di discriminazioni e garanzia del diritto del paziente a essere informato), l'utilizzo dei dati per finalità di ricerca, l'istituzione di spazi di sperimentazione regolata (*regulatory sandbox*) e il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso una piattaforma nazionale gestita da AGENAS.

Alla luce di questo sistema stiamo supportando i nostri clienti nella redazione di vere e proprie *compliance roadmaps*. L'obiettivo non è solo assicurare la conformità ed evitare rischi sanzionatori, ma trasformare la compliance in un vantaggio competitivo, consentendo alle aziende di misurare i rischi e accelerare lo sviluppo di soluzioni innovative. Da un lato, ci sono gli obblighi di trasparenza e sorveglianza umana previsti dall'AI Act (artt. 14-15), che

richiedono sistemi di monitoraggio costante e *audit trail* robusti. Dall'altro, resta centrale la corretta gestione dei dati sanitari, che devono rispettare gli artt. 9 e 89 del GDPR e le nuove regole EHDS sulla condivisione e interoperabilità dei dati.

Le strutture sanitarie devono quindi rafforzare i protocolli di supervisione clinica e aggiornare le procedure interne, mentre i fornitori devono dotarsi di una documentazione tecnica più solida e di strumenti di validazione scientifica. Ne deriva la necessità di contratti tra tutte le parti della catena di fornitura dei sistemi di AI, che ripartiscano in modo chiaro rischi e responsabilità.

La nuova disciplina ha un impatto anche sulle strutture sanitarie. Diventa necessario istituire comitati interni di controllo, aggiornare i protocolli clinici e applicare meccanismi di due diligence nella scelta delle soluzioni di AI. In sostanza, la nuova disciplina rafforza la centralità del paziente ma obbliga le strutture a un vero salto di qualità nella governance tecnologica e nel risk management, imponendo una cultura di supervisione continua. Il sistema assicurativo è già in trasformazione. Le polizze tradizionali di responsabilità civile professionale non coprivano in modo specifico i rischi legati all'intelligenza artificiale, quali i bias algoritmici o i malfunzionamenti dei modelli generativi. In questo scenario la proposta di Direttiva sulla responsabilità da intelligenza artificiale (COM/2022/496) avrebbe dovuto colmare un vuoto, introducendo regole probatorie specifiche per le vittime. Di conseguenza, la disciplina attuale resta affidata all'AI Act, alla *Product Liability Directive* e al diritto nazionale».

«Le principali problematiche giuridiche riguardano la tematica della responsabilità civile», dice **Matteo Cerretti**, Head of insurance Italy and insurance commercial director Europe dello studio le-



gale internazionale **DWF**: «l'uso di AI generativa in ambito sanitario si accompagna al crescere del rischio che una raccomandazione algoritmica non trasparente (*black-box effect*), renda difficile ascrivere la responsabilità tra medico, struttura e produttore del software. L'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale richiede un trattamento del dato sanitario complesso, automatizzato e profilante, che richiede nel rispetto del GDPR una solida base giuridica ed un consenso informato più esteso, anche volto a consentire l'uso dell'IA nel trattamento sanitario. L'operatore sanitario non è privato di responsabilità; il suo ruolo diviene quello di verificare i risultati generati dall'IA, essendo chiamato ad una loro interpretazione critica, ferma la responsabilità della struttura sanitaria nei casi di omissione di procedure di controllo, formazione e gestione di questo «nuovo» profilo di rischio. Anche la posizione del «produttore» del software cambia, potendo rispondere per il caso di difetti di tali software, a condizione che degli stessi se ne possa offrire la prova, essendo difficile rinvenire una responsabilità oggettiva (ovvero, responsabilità senza colpa) collegata al mero impiego dell'IA.

Le protezioni assicurative nel settore sanitario stanno evolvendo. Il decreto 232/2023, che dà attuazione alla Legge Gelli-Bianco («determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie», NDR), ha introdotto una serie di novità rilevanti nella struttura della responsabilità sanitaria e anche della disciplina delle polizze assicurative, con l'obiettivo di garantire una copertura più ampia e coerente con i nuovi rischi. Le polizze di responsabilità sanitaria, devono ora

estendersi a tutto il personale sanitario, indipendentemente dal ruolo o dal tipo di contratto, includendo anche l'attività di ricerca, telemedicina e di libera professione intramuraria che potrebbero avvalersi dell'IA. Si tratta di misure che puntano a rafforzare la

trasparenza e la fiducia nei confronti del sistema, soprattutto in un contesto in cui l'adozione di tecnologie come l'intelligenza artificiale generativa introduce nuovi fattori di rischio intersecanti quelli sanitari».

«Non cambierà molto per il paziente danneggiato che privilegerà, ancora una volta, l'azione contrattuale, nei confronti della struttura sanitaria, pubblica o privata, e del singolo professionista, che dovranno rispondere dell'errore quand'anche commesso con il contributo parziale o totale dei sistemi di IA», dice **Nicola Todeschini** del foro di Treviso, avvocato specializzato in danno esistenziale: «tuttavia è assai probabile che il contenzioso conoscerà nuovi protagonisti, evocati in giudizio anche per il titolo di responsabilità oggettiva del produttore dei sistemi, e che quindi medici e strutture convenute tenderanno di far ricadere sui sistemi di AI le conseguenze dell'errore. Se non si adotteranno quindi sistemi per risolvere, alternativamente al contenzioso tra paziente e struttura-professionista, quello con i produttori, la lite finirà per essere inevitabilmente più complessa, anche sotto il profilo assicurativo. Sarà fondamentale che le nuove coperture assicurative proposte siano studiate con attenzione - spesso difettosa - dagli assicurati per evitare che la copertura sia negata, anche solo parzialmente, quando sia provato il contributo di sistemi fondati su IA. Ogni giorno in giudizio incontriamo contratti assicurativi obsoleti, capziosi, di ardua interpretazione, che spesso lasciano di stucco gli assicurati complicando anche il lavoro dei magistrati ed allungando i tempi per la soluzione dei casi di medmal».

«Una delle problematiche principali legate all'uso dell'IA generativa in ambito sanitario consiste nel fatto che i sistemi utilizzati potrebbero non essere stati sufficientemente testati e/o supportati

da prove scientifiche oppure dare luogo a distorsioni sistematiche nei risultati (c.d. «bias»). Di conseguenza, le strutture sanitarie potrebbero essere esposte a significati-

vi rischi tanto dal punto di vista legale quanto a livello di reputazione, che potrebbero essere mitigati prendendo in considerazione le Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per un uso etico e responsabile delle IA generative», dice **Marco Stillo**, associato di **De Berti Franchini Forlani Studio Legale**. «Per quanto riguarda i fornitori, invece, le norme europee prevedono diversi obblighi a loro carico, che aumentano sensibilmente nel caso di modelli classificati a rischio sistemico». «L'utilizzo delle IA generative in sanità è destinato ad incidere sul rapporto medico-paziente, che dovrà in ogni caso rimanere effettivo, efficace e basato sul consenso di quest'ultimo.

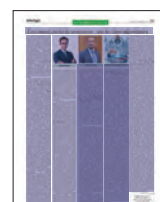
L'utilizzo delle IA per raccogliere i dati clinici e documentali del paziente dovrà essere accompagnato da una spiegazione, in termini chiari e comprensibili, delle relative modalità operative. Le strutture sanitarie saranno chiamate ad adottare soluzioni conformi e certificate e a predisporre controlli interni, audit periodici e a verificare che il personale sia adeguatamente formato. L'utilizzo delle IA generative introduce nuovi rischi che potrebbero non essere previsti dalle attuali coperture assicurative (bias algoritmici, decisioni automatizzate non trasparenti, uso improprio dei dati). Potrebbe essere necessario prevedere nuove polizze contenenti clausole che chiariscano se, e in che limiti, i danni derivanti dall'utilizzo dell'IA siano coperti, prevedendo eventualmente dei massimali ad hoc, predispongano obblighi di monitoraggio periodico e documentazione, di modo da garantire la conformità delle IA alla normativa in materia, e prevedano un obbligo di supervisione umana in merito alle decisioni più importanti».

«L'introduzione dell'IA è



una leva di innovazione per il settore sanitario. È fondamentale identificare e gestire in modo proattivo i rischi, per poter massimizzare i benefici

che l'AI può offrire», dice **Antonio Debiassi**, partner dello studio **Rucellai&Raffaelli**. Per le strutture sanitarie, una delle principali sfide è integrare i sistemi di AI nei processi clinici — dalla prevenzione alla diagnosi, fino alla cura e alla scelta terapeutica — garantendo al contempo che il medico resti il decisore finale, come sancito dalla recente legge italiana sull'AI. Dal lato dei fornitori di tecnologia, i sistemi di AI destinati all'ambito sanitario possono rientrare nella categoria dei «sistemi ad alto rischio», soggetti a requisiti di compliance particolarmente stringenti. Questi requisiti, ancorché onerosi, rappresentano anche un'opportunità strategica: la compliance può diventare una leva di fiducia e determinare un vantaggio competitivo sul mercato. Aggiungo l'AI Act mira a rafforzare la sicurezza e la tutela della salute del pa-



LEONARDI (SIPAD)

«Ogni giorno ci casca
un milione di ragazzi»

«Ogni giorno un milione di ragazzini, ed è dato sottostimato, cede a qualche forma di dipendenza». L'allarme è di Claudio Leonardi, presidente della Società italiana patologie da dipendenza (Sipad).

a pagina 5

Ciociola

**(La conferenza)
nazionale**

Dalle droghe sintetiche ai videogiochi Un piano globale contro le dipendenze

ALESSIA GUERRIERI
Roma

Fare squadra, lavorare in sinergia e non per compartimenti stagni, condividere i dati - drammatici - sul consumo di droghe e sulle dipendenze oggi frammentati e con forti differenze regionali. Insomma fare rete, perché nessuno venga lasciato solo. E per nessuno s'intende non solo i pazienti, ma anche le loro famiglie, gli operatori del servizio pubblico e delle comunità terapeutiche e chi lavora in questo campo nel contesto ancora più difficile delle carceri. «Insieme si può» è infatti il *leit motive* della settima conferenza nazionale dipendenze, l'evento promosso dal Dipartimento delle politiche contro la droga e le dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri a quattro anni dalla versione ridotta convocata nel 2021, durante la pandemia da Covid 19, ma a 16 anni dall'ultima vera conferenza nazionale del 2009.

Non a caso, con un fuori programma, il presidente della Repubblica Sergio Mattarella, intervenendo per un saluto alla giornata inaugurale ieri a Roma parla della necessità di affrontare «la tragedia delle dipendenze, la tragedia delle vite distrutte dalla

droga, della perversa presenza e opera della criminalità organizzata» con «un impegno consapevole, un impegno costante nella determinazione, un impegno corale. Nessuno si troverà solo». E questo importante impegno è «un fronte di libertà», aggiunge poi il capo dello Stato citando il videomessaggio di Papa Leone XIV appena andato in onda, quando il pontefice chiede più dedizione su questo fronte affinché i giovani «siano liberi e protagonisti, liberi e responsabili, protagonisti della loro vita e del loro futuro».

La presenza del presidente della Repubblica, delle più alte cariche dello Stato e del governo al gran completo è infatti la dimostrazione, ricorda dal palco la premier Giorgia Meloni, del fatto che «l'impegno delle istituzioni è corale, per liberare chi è caduto nel gioco della dipendenza e per costruire percorsi efficaci di cura e riabilitazione». Il responsabile del governo assicura la solerzia dell'esecutivo nel recepire le proposte che arriveranno dalla due giorni di confronto, organizzata dal sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Alfredo Mantovano, con la convinzione che «droga e dipendenze non

avranno l'ultima parola, nessuno rimarrà solo in questa battaglia perché ci sono sfide che definiscono ciò che siamo e ciò che vogliamo essere. Oggi confermiamo questo impegno solenne». Già nell'ultimo anno l'investimento economico per contrastare le dipendenze, ricorda, «è raddoppiato, toccando quota 165 milioni», risorse «decisive per sciogliere nodi che si trascinavano da molto tempo». Nel contesto attuale, sostiene Meloni ringraziando il Papa per le parole di speranza appena pronunciate, «le vecchie dipendenze si intrecciano alle nuove, generando fragilità e problemi che spesso erano sconosciuti in passato». Ecco perché servono «risposte coraggiose» da parte delle istituzioni. Un esempio, aggiunge, è il sistema di lotta al narcotraffico avvia-



to dal nostro Paese e il fatto di essere tra le prime nazioni ad aver elaborato un piano di prevenzione della diffusione illegale o impropria del fentanyl e degli oppioidi sintetici, «una strategia che coinvolge numerose istituzioni, che ha elevato al massimo livello l'attenzione e gli strumenti di prevenzione per arginare la diffusione di sostanze pericolosissime che in altre nazioni, ad esempio negli Stati Uniti, stanno generando una vera e propria epidemia». La premier, nel corso del suo intervento cita un articolo (pubblicato su *Avvenire*, ndr.) di Davide Rondoni, in cui il poeta ricorda che «questo meraviglioso e duro paese è chiamato ad affrontare sfide profonde». Sfide che - prosegue Meloni - esigono «un cuore ferito, visione, urgenza e da cui discende il senso stes-

so che diamo alla vita. Il mio augurio è che questa conferenza sappia raccogliere questo monito e tradurlo in realtà». La conferenza è frutto dell'analisi di tre anni su cinque macroaree (sistema pubblico delle dipendenze, prevenzione precoce negli adolescenti e giovani, ricerca scientifica, carcere e dipendenze, dipendenze comportamentali) su cui hanno lavorato da maggio a ottobre 8 tavoli tecnici per un totale di più di 150 esperti a tutti i livelli. «Non partiamo da zero, abbiamo tre anni di lavoro alle spalle - ricorda così il sottosegretario Mantovano - questa conferenza non è un punto di arrivo, è una tappa importante che pone le basi per un seguito, puntiamo a conquistare maggiori spazi di libertà dalle droghe». Anche il presidente di Montecitorio Lorenzo

Fontana parla di «quadro allarmante» e di forme di disagio che «vanno accompagnate con percorsi di recupero adeguati», mentre il responsabile di Palazzo Madama ricorda come l'impegno di tutti «dovrebbe essere quello di far vivere i ragazzi online», non online.

Il quadro delineato dai rappresentanti degli otto tavoli di lavoro racconta infatti una emergenza gioco d'azzardo e gaming soprattutto tra i giovani - spiega piegalo psichiatra Massimo Ganfolini - «il 45% dei 16enni italiani ha un profilo di gaming, contro la media Ue del 23% e addirittura il 26% ha un profilo critico che apre le porte al patologico». Un mondo spesso poco citato per le dipendenze è quello del carcere, precisa poi Adele di Stefano, responsabile Uosd Salute mentale

e dipendenze in ambito penale dell'Asl Roma 1, dove ad esempio «su quasi 200mila persone con misure alternative al carcere, appena 5mila sono i detenuti con dipendenze». In più, le differenze regionali nella percentuale dei detenuti con dipendenze, che in Italia oscilla tra il 25 al 32%, «indica un problema di valutazione diagnostica su cui bisogna lavorare per intercettare i casi mai trattati».

Il presidente Mattarella: serve un impegno corale, nessuno deve essere lasciato solo
La premier Meloni: investimenti raddoppiati in un anno, con 165 milioni di euro a disposizione

L'EVENTO

Due giornate di lavoro e otto tavoli tematici con 150 esperti
Cresce il disagio tra i giovani che passano troppe ore davanti agli schermi
Ma è emergenza anche nelle carceri

I numeri della relazione al Parlamento sul fenomeno

79

Le nuove sostanze psicoattive individuate nel 2024 dal sistema di allerta rapida

11

Le tonnellate di cocaina che sono state sequestrate in Italia nel 2024

928

Morti con una o più sostanze stupefacenti e/o psicotrope (casi di tossicologia forense)



L'ALLARME

Nota del ministero alle scuole: «Serve attività di prevenzione sul fentanyl»

LUCA BONZANNI

Fare prevenzione sulle droghe a scuola è un'attività consolidata. Si fa da anni, ma occorre restare al passo di un fenomeno rapido e mutevole. Così, ora la formazione mette sotto la lente il fentanyl e i nuovi oppioidi sintetici. Nelle scorse settimane il ministero dell'Istruzione e del Merito ha diramato agli uffici scolastici regionali e ai dirigenti degli istituti secondari di primo e secondo grado una nota che rinnova l'invito ad avviare percorsi educativi di questo tipo. «È essenziale per prevenire ogni tossicodipendenza e promuovere strategie di salute e benessere psicofisico», si legge nella premessa del documento visionato da *Avvenire*, e «si considera sempre attuale l'esigenza di organizzare e svolgere all'interno delle scuole attività di informazione, formazione e sensibilizzazione circa i rischi derivanti dalla diffusione e dall'utilizzo illegale di fentanyl, farmaco analgesico e anestetico il cui utilizzo improprio può provocare danni psicofisici gravissimi sino a condurre alla morte». Giocando d'anticipo, un anno e

mezzo fa il governo ha varato un piano nazionale contro questa sostanza. E «al momento non si registrano situazioni di emergenza», come confermato nel vertice di Palazzo Chigi che il 7 ottobre ha fatto il punto sulla questione, è vero che «questa situazione non deve indurre ad abbassare l'attenzione, ma semmai rafforzare la determinazione a proseguire con rigore e responsabilità le attività di prevenzione e controllo», ha rimarcato Alfredo Mantovano, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio. Passa anche dalle scuole, questo percorso. È un terreno delicato, perché in questo passaggio dell'adolescenza maturano i primi approcci al consumo e, a volte, anche all'abuso: l'ultima indagine Espad sugli studenti 15-16enni in Italia racconta che circa il 21% di loro ha utilizzato almeno una volta nella vita una sostanza illecita; vale soprattutto per la cannabis (il 18%), ma c'è anche un 3,4% che ha provato le «nuove sostanze psicoattive» (un ampio ventaglio di droghe di recente diffusione, principalmente sintetiche) e quasi un 2% che è passato attraverso la cocaina. Per le

medie e superiori, il ministero ha predisposto dei materiali specifici «con l'intento di fornire nuovamente a tutti i docenti interessati – prosegue la circolare – elementi informativi circa le caratteristiche e i rischi derivanti dall'uso improprio di tali sostanze». Rivolgendosi ai docenti ma soprattutto agli alunni, le slide condivise dal dicastero – elaborate con il supporto tecnico e scientifico di alcuni dei massimi esperti italiani sul tema – toccano i punti cardine degli oppioidi sintetici, facendo chiarezza sulle modalità di assunzione (per via iniettiva, orale, nasale), sui canali di vendita (un mercato illecito spesso alimentato da false prescrizioni o dall'uso distorto di ricette mediche) e soprattutto sugli effetti avversi. Bastano due milligrammi, una quantità quasi invisibile all'occhio umano, affinché la dose sia letale. «Il fentanyl è un potente oppioide sintetico con analogo meccanismo d'azione della morfina ma da 50 a 100 volte più potente – si specifica nella presentazione –. È un farmaco che può essere soggetto a utilizzo per scopi diversi da quelli

terapeutici e può essere, come i suoi analoghi ancora più potenti, sintetizzato illecitamente in laboratori clandestini». «A causa della loro elevata potenza – ricorda ancora il ministero –, i fentanili possono causare rapidamente un'intossicazione acuta potenzialmente letale nei consumatori come risultato di una depressione del centro respiratorio». In coda, un messaggio che combina realismo e cautela: «A oggi in Europa e in Italia non c'è ancora una emergenza fentanyl, ma è necessario condividere e diffondere informazioni sull'argomento».



BREVETTI FARMACI ITALIA COMPETITIVA SE SI MUOVE VELOCE

Sanofi ha investito 57 milioni nel nostro Paese a partire dal 2020, creando anche il sito all'avanguardia di Scoppito (L'Aquila)

«Per ogni euro investito dall'azienda in R&D ce ne sono tre di beneficio per la collettività», dice il numero uno Marcello Cattani

di MARGHERITA DE BAC

La sfida di Sanofi comincia da Scoppito, paese abruzzese in provincia de L'Aquila, tanta aria buona che spira dal Gran Sasso, un territorio sul quale la multinazionale ha seminato bene. Qui è stato creato un centro di eccellenza speciale dove vengono prodotte le *small molecules*, piccole molecole organiche sintetizzate chimicamente. Il vantaggio è che, visto che sono molto efficaci, possono essere somministrate in dosi inferiori. E sono quindi «destinate a trasformare l'approccio a malattie con alto impatto sociale». Marcello Cattani, presidente e amministratore delegato di Sanofi Italia e Malta ha scelto simbolicamente di presentare in questa sede il rapporto d'impatto 2024, realizzato in collaborazione con Kpmg Italia: «Tra il 2020 e il 2022 abbiamo investito 50 milioni di euro ai quali se ne sono aggiunti altri 7 lo scorso anno. Il cuore del progetto è il Columbus High Potent Workshop, un reparto di nuova generazione completamente digitalizzato, realizzato anche i modelli predittivi della Formula 1 che sono stati sviluppati in collaborazione con McLaren racing. Grazie a questo sistema i tempi vengono sensibilmente ridotti nel passaggio dalla ricerca alla produzione su larga scala». **Al Columbus le risorse umane e l'intelligenza artificiale corrono insieme. Con quale vantaggio per i pazienti?**

«Scoppito è uno dei siti centrali al mondo per la trasformazione dei risultati della ricerca in terapie accessibili ai pazienti in tempi rapidi. Qui è il cuore italiano delle Life Sciences. I farmaci prodotti vengono esportati in 75 paesi in tutto il mondo».

Come siete riusciti a dotarvi delle competenze umane necessarie?

«Attuando un piano di formazione sul territorio grazie alla collaborazione con università e amministrazione. Un esempio vincente di pubblico e privato uniti per raggiungere un obiettivo. Per affrontare sfide così importanti, l'azienda ha investito in formazione in Italia 1,6 milioni per un totale di 81.500 ore di training».

Cosa evidenzia il rapporto appena presentato?

«Buoni risultati a vantaggio dell'economia italiana. Solo nel 2024 il contributo complessivo, diretto, indiretto e indotto, è stato di 505 milioni, pari allo 0,02% del Pil. Le nostre attività hanno spalancato le porte a 4.184 posti di lavoro contando non solo i 1446 dipendenti, distribuiti tra Scoppito e Anagni, ma anche quelli coinvolti lungo tutta la filiera e l'in-



dotto. Significa che ogni persona impiegata presso di noi, ne trascina altre due, diversamente utilizzate. E' stato calcolato che il reddito delle famiglie ne trae beneficio grazie a 195 milioni per salari e stipendi.

Spostiamo l'obiettivo sui pazienti...

«Nel 2024 ne abbiamo raggiunti 15 milioni. Ora abbiamo 108 studi clinici in corso, portati avanti da 563 centri italiani che hanno arruolato circa 1500 volontari. Per i malati significa accedere a opportunità terapeutiche innovative prima della registrazione dei farmaci».

Sanofi si ripropone di diventare l'azienda biofarmaceutica di riferimento globale nell'immunologia entro il 2030. Perché questa scelta?

«Il sistema immunitario è alla base del meccanismo di tante malattie. Se vogliamo trovare la cura dobbiamo partire da qui. È un'area su cui abbiamo deciso di puntare sei anni fa».

Lei è anche presidente di Farindustria, come giudica la manovra finanziaria ora all'esame delle Camere?

«Ci prepariamo alla volata finale,

sperando di poter ottenere qualcosa in più per la farmaceutica che è la prima forza manifatturiera del Paese e chiuderà il 2025 con una crescita straordinaria. Siamo un valore aggiunto e non possiamo non ricevere un'attenzione speciale. Bisogna dare più sostegno alle piccole e medie imprese».

Teme anche lei, come molti suoi colleghi del farmaco, l'avanzata impetuosa di potenze come Usa e Cina?

«Penso che in questo scenario l'Europa debba fare la sua parte. Il governo che ha maggior autorevolezza a Bruxelles è quello di Giorgia Meloni. E' stata lei a mettere sul tavolo il valo-

re dell'industria e il tema della proprietà intellettuale che ci preoccupa molto. Se vogliamo rendere l'Italia attrattiva bisogna farlo ora, con l'intervento del governo attuale che ha più forza anche nei rapporti bilaterali con gli Stati Uniti. Servono azioni e risposte rapide e chiare, ribaltando la normativa sui brevetti dei farmaci e rendendoci competitivi nei termini della loro durata con Cina e Usa.

L'Europa nel panorama globale è la grande assente, ora basta aspettare».

Tornando a Sanofi, il rapporto mette in rilievo il tema della sostenibilità ambientale...

«A livello globale puntiamo alla neutralità carbonica entro il 2030 e alle zero emissioni nette entro il 2045. In Italia acquistiamo il 100% dell'elettricità certificata da fonti rinnovabili e siamo sulla strada della decarbonizzazione con una strategia ben tracciata»

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**In Abruzzo
il cuore italiano
delle Life Sciences.
Le medicine prodotte
vengono esportate
in 75 Paesi**

«Il tema della proprietà intellettuale è centrale. Il governo dovrebbe ribaltare le cose e renderci in grado di sfidare Usa e Cina»

E

● Il Report

Nel 2024, il contributo complessivo (diretto, indiretto e indotto) di Sanofi all'economia italiana è stato di 505 milioni. Nel 2024 Sanofi ha investito in Italia 45,2 milioni in R&D. Considerando anche i costi evitati per il Ssn che derivano da queste attività, l'impatto complessivo generato è pari a 133 milioni



Al top

Marcello Cattani, residente e amministratore delegato di Sanofi Italia e Malta. Ha 108 studi clinici in corso nel Paese



“Il fentanyl non è arrivato in Italia il vero pericolo sono anfetamine e crack”

Chiusa la conferenza nazionale a Roma
Parla Augusto Consoli,
presidente della Società italiana tossicodipendenze

L'INTERVISTA

di **VIOLA GIANNOLI**
ROMA

Sulle sostanze stupefacenti «servono sistemi di monitoraggio puntuali, che invece mancano, per realizzare interventi di trattamento e di prevenzione». Per agire d'anticipo «non bastano iniziative spot e a risorse variabili». E anche sulle cure «fondi aggiuntivi non guasterebbero». Il reinserimento lavorativo dei consumatori di sostanze è ancora «troppo marginale». Ed è vero che c'è una «normalizzazione dello sballo, che va distinto dalle dipendenze e non è detto ne sia l'anticamera», ma «l'obiettivo del consumo zero non è realistico». Augusto Consoli è il presidente della Società italiana delle tossicodipendenze. Neuropsichiatra, torinese, è stato uno dei relatori della Conferenza nazionale sulle dipendenze chiamata dal governo a Roma.

Professore, è stato davvero un segnale d'attenzione?

«Convocare la Conferenza è un obbligo di legge, andrebbe indetta ogni tre anni, l'ultima era stata nel 2021, la precedente nel 2009. Certo, il fatto che si sia dato seguito a un adempimento è un segnale comunque importante: è stato un momento di scambio partecipato utile a comprendere meglio il fenomeno delle dipendenze e a capire quali interventi sono efficaci e quali invece vanno integrati, innovati, rivisti, introdotti».

La relazione annuale al Parlamento racconta il primato della cannabis, il pareggio tra le

morti per cocaina ed eroina, l'allarme per il crack. Intanto il governo ha rilanciato il piano per il fentanyl. Lei che quadro dà?

«Un riscontro puntuale dei consumi è difficile perché mancano e vanno sviluppati sistemi precisi di rilevazione. Uno dei problemi da segnalare è la normalizzazione del consumo legata a una mancata conoscenza del tipo di sostanze che vengono assunte soprattutto nelle fasce giovanili e che rientrano nelle Nps, nuove sostanze psicoattive: un coacervo di sostanze chimiche vendute e trafficate in forme anche difficili da riconoscere. Non vanno trascurate però nemmeno le sostanze più comuni come il tabacco e l'alcol che hanno rischi significativi per la salute. Sul fentanyl invece l'allarme è ingiustificato perché in Italia non c'è una penetrazione minimamente paragonabile all'epidemia che ha portato esiti tragici negli Usa».

Cosa la mette in allarme allora?

«Il mix di sostanze stimolanti come le anfetamine e l'alcol. L'abuso di farmaci usati in modo improprio come le benzodiazepine. E la diffusione davvero molto ampia del crack in fasce di età e realtà sociali diverse: una delle sostanze che dà più problemi anche nel trattamento terapeutico e riabilitativo».

Da dove nasce il consumo giovanile?

«Da un disagio e da un tentativo di adattamento legato ai mutamenti delle relazioni e dei contesti. C'è inoltre una pressione sociale ad

aderire a comportamenti collettivi assunti per rinforzare identità fragili e senso di appartenenza».

Ma è giusto parlare di “sballo”?

«Che ci sia un'abitudine a creare un po' di alterazione dello stato di coscienza e una normalizzazione del consumo eccessivo di sostanza è vero e non solo tra i giovani. Ma dobbiamo distinguere tra consumi sporadici, a rischio e già patologici. Non è detto che uno porti all'altro».

Cosa pensa della “tolleranza zero” che sembra essere la parola d'ordine dell'esecutivo?

«È comprensibile e anche condivisibile, ma un conto è l'ambizione, un altro gli obiettivi operativi. Bisogna essere realistici per intervenire. I tavoli di lavoro della Conferenza lo sono stati perché hanno messo a confronto professionisti che lavorano sul campo, tra le tossicodipendenze».

Cosa non si sta facendo?

«Non c'è stato spazio adeguato per il reinserimento lavorativo: servono risorse e accordi con le aziende. L'altro problema riguarda la prevenzione: bisogna intercettare con strategie e linguaggi nuovi, con un dialogo non giudicante, una vicinanza, i milioni di persone che non hanno dipendenze ma consumano sostanze legali e illegali. E va fatto con un impianto stabile e rigoroso, non con iniziative spot e risorse variabili».





Servizio Dottore, ma è vero che

Fentanyl e Nitazeni: cinque domande per capire perché sono pericolosi

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

7 novembre 2025

Scienziati della Direzione anti-narcotici colombiana analizzano l'oppioide sintetico fentanyl nel loro laboratorio chimico di ricerca, a Bogotá, Colombia, 02 agosto 2023. La Direzione antinarcotici colombiana ha avvertito dell'aumento del consumo illegale di fentanil nel Paese, una sostanza che viene utilizzata come analgesico per trattare i problemi di dolore ma che può causare la morte se usata in modo improprio, e che sta crescendo "per motivi economici", poiché "l'acquisizione è a buon mercato e può essere venduta a prezzi elevati". EPA/Mauricio Duenas Castaneda

Scienziati della Direzione anti-narcotici colombiana analizzano l'oppioide sintetico fentanyl nel loro laboratorio chimico di ricerca, a Bogotá, Colombia, 02 agosto 2023. La Direzione antinarcotici colombiana ha avvertito dell'aumento del consumo illegale di fentanil nel Paese, una sostanza che viene utilizzata come analgesico per trattare i problemi di dolore ma che può causare la morte se usata in modo improprio, e che sta crescendo "per motivi economici", poiché "l'acquisizione è a buon mercato e può essere venduta a prezzi elevati". EPA/Mauricio Duenas Castaneda

Da pochi mesi in Italia è attivo il Piano nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e altri oppioidi sintetici. Sebbene non si registrino livelli allarmanti come negli Stati Uniti, dove la diffusione di queste sostanze ha già provocato centinaia di migliaia di decessi, è comunque fondamentale mantenere alta l'attenzione e lavorare sulla prevenzione. Essenziale come farmaco analgesico e anestetico, al di fuori dal controllo medico il Fentanyl è una sostanza tra le più pericolose: la dipendenza può svilupparsi rapidamente e i rischi sono gravi, in alcuni casi irreversibili. La preoccupazione cresce anche per nuove sostanze sintetiche difficili da individuare e contrastare, come i nitazeni.

Cos'è il Fentanyl?

Il Fentanyl fa parte degli oppioidi, sostanze che agiscono sul sistema nervoso per ridurre la percezione del dolore. Si tratta di un prodotto sintetico, non naturale, creato per scopi terapeutici: viene infatti utilizzato durante gli interventi chirurgici e nella terapia del dolore cronico o oncologico. Oltre all'impiego come farmaco, però, si sta diffondendo da qualche anno come droga d'abuso, cioè come sostanza assunta per ottenere effetti psicoattivi, sia sedativi sia eccitanti. Le conseguenze di questo utilizzo sono molto gravi: il Fentanyl è fino a cento volte più tossico dell'eroina e della morfina; crea inoltre una rapida e potente dipendenza. Gli effetti avversi sono gravi e possono portare anche alla morte.

Perché è così pericoloso?

Ogni utilizzo al di fuori del controllo medico è pericoloso. Come le cronache hanno raccontato, in aree specifiche, come alcune città degli Stati Uniti, questa droga si è diffusa rapidamente, tanto da far parlare di un'epidemia da Fentanyl. Costa poco e si può acquistare, illegalmente, anche online. Ciò accade perché è semplice da sintetizzare, cioè da produrre, e viene spacciato in dosi che contengono altre sostanze psicoattive o tossiche. Al momento, inoltre, in caso di overdose esiste un antidoto (il naloxone) per invertire i sintomi solo in caso di intossicazione da Fentanyl puro o di altri oppioidi; se invece si assumono dosi eccessive di Fentanyl in associazione a sostanze non oppioidi, come la xilazina (anche nota come 'tranq'), l'efficacia del naloxone può essere ridotta e può essere necessario un supporto avanzato. Nei casi peggiori, la conseguenza può essere la morte.

Quali sono i rischi?

A breve termine, il Fentanyl provoca nausea, vomito, stipsi; dall'uso prolungato derivano problemi respiratori gravi, fino al decesso per soffocamento. Quando è tagliato con altre sostanze, come la xilazina, può causare ulcere cutanee nelle aree in cui viene iniettato, di solito braccia e gambe. Da qui il nome giornalistico utilizzato proprio per descrivere questo tipo di miscela: 'droga degli zombie'. Altrettanto pericolosa è la dipendenza. Con l'abuso aumenta la tolleranza, cioè la necessità di aumentare dosi e frequenza di utilizzo per ottenere gli effetti sperati. Quando la sostanza non è disponibile, insorgono sintomi di astinenza, disturbi fisici e psicologici. Queste manifestazioni compaiono rapidamente e, a differenza di altre sostanze, sono difficili da trattare.

C'è un'emergenza anche in Italia?

Al momento no: la diffusione di questa sostanza è molto limitata. Dalle analisi chimiche che periodicamente si effettuano sulle acque reflue, mirate a individuare la quantità e la localizzazione delle droghe, sono stati trovati campioni di Fentanyl in 33 città italiane. La diffusione, comunque, non ha raggiunto livelli preoccupanti. Da qualche mese, tuttavia, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha attivato un piano nazionale di allerta, allo scopo di prevenire e prepararsi a controllare l'eventuale emergenza sanitaria. Non è una precauzione spropositata: negli Stati Uniti, a causa dell'uso improprio di questa sostanza, si sono verificate centinaia di migliaia di decessi. La crisi sanitaria, causata dal Fentanyl e da nuove sostanze tossiche in quel Paese, ha conseguenze e costi già definiti "incommensurabili". Nel nostro Paese, è tuttavia in aumento la diffusione della ketamina e cresce l'allerta su nuove classi di sostanze sintetiche, come i nitazeni.

Cosa può dirmi a proposito dei nitazeni?

I nitazeni sono anch'essi oppioidi con effetti simili al Fentanyl ma più marcati; a differenza di questo, però, non sono mai stati impiegati in medicina perché non sicuri. Si stanno diffondendo sui mercati illeciti perché difficili da individuare attraverso i test anti-droga. Di recente è stato attribuito ai nitazeni un decesso anche in Italia. La Società Italiana di Tossicologia avverte che le nuove droghe sintetiche – ne circolano almeno mille tipi diversi – possono portare rapidamente all'insufficienza respiratoria e a danni neurologici permanenti in poche ore.

Leggi la scheda integrale sul sito [dottoremaeveroche di Fnomceo](#)

Malattie cardiache e oncologiche Prevenzione, ma personalizzata

Entro il 2050 i casi (in aumento) verranno affrontati con AI e terapie mirate

Scenari

di Anna Fregonara

Secundo una proiezione pubblicata sull'*European Journal of Preventive Cardiology*, entro il 2050 le malattie cardiovascolari causeranno oltre 35 milioni di decessi all'anno, quasi il doppio rispetto ai 20,5 milioni stimati per il 2025. Restano la prima causa di morte in Italia e nel mondo per un apparente paradosso: «Se da un lato, grazie alla prevenzione, si stima un calo del 30% del rischio individuale di mortalità e degli anni di vita persi o vissuti con disabilità, dall'altro i decessi crescono

drasticamente, spinti dall'invecchiamento e da un aumento di questi stessi indicatori previsto al 32% entro il 2050. Una situazione non sostenibile per il sistema sanitario, chiamato a gestire più pazienti cronici», avverte Giulio Pompilio, direttore scientifico del Centro Cardiologico Monzino Irccs. «Le strategie del futuro si concentreranno su una prevenzione sempre più personalizzata, che è l'arma più efficace. Gli score di rischio poligenici, che stimano la predisposizione genetica di patologie come l'aterosclerosi, saranno inclusi anche nei percorsi di prevenzione cardiovascolare. Intelligenza artificiale, digitalizzazione dei dati clinici, uso di dispositivi indossabili (orologi intelligenti), app e biomarcatori digitali miglioreranno il monitoraggio della salute cardiaca e gli interventi. Si punta anche sulla medicina rigenerativa che ripara i

tessuti danneggiati per ridurre l'impatto delle patologie croniche sul lungo periodo».

Una visione simile guida oggi anche la ricerca oncologica, dove prevenzione, diagnosi precoce e approcci personalizzati sono centrali per garantire la sostenibilità delle cure e contenere l'aumento dei casi, testa a testa con quelli del cuore: secondo l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro, i nuovi casi di tumore nel mondo passeranno da 20 a circa 35 milioni entro il 2050. «Malattie cardiovascolari e oncologiche rappresentano oltre due terzi dei decessi nei Paesi occidentali», spiega Roberto Orecchia, direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia. «Oggi l'oncologia si orienta verso la medicina di precisione, basata sul profilo molecolare del tumore. La diagnostica applica queste informazioni per selezionare terapie mirate, superando il

criterio dei trattamenti basati solo sulla sede del tumore (polmone, mammella...). Anche la prevenzione si fa di precisione, per costruire, grazie all'AI, modelli predittivi che integrino fattori ambientali, stili di vita, predisposizione genetica, microbiota e caratteristiche del sistema immunitario».

35

Millioni
I decessi che le malattie cardiovascolari causeranno nel mondo nel 2050, contro i 20,5 di oggi

20

Millioni Circa, i nuovi casi di tumore oggi nel mondo. Entro il 2050, saranno quasi il doppio (35 milioni)

Gli alleati

«Un aiuto arriverà dalla tecnologia e, sul lungo periodo, dalla medicina rigenerativa»

Con precisione

Ambiente, abitudini alimentari e stili di vita per tracciare un profilo utile alle cure



GETTY/IMAGES

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



«Patologie dell'aorta Ecco le prospettive»

C'è una struttura nel nostro corpo più sottile di un foglio di carta: è la valvola aortica, una delle quattro valvole cardiache (assieme alla mitralica, polmonare e tricuspidale) che si apre e si chiude oltre 3 miliardi di volte nel corso di una vita media di 85 anni per regolare il flusso del sangue dal cuore all'aorta. «È però quella con la più alta prevalenza di patologie, a causa della formazione di minuscole "palline" di calcio che con il tempo ne limitano il movimento e il lavoro e restringono il passaggio del sangue. È così che si sviluppa la stenosi valvolare aortica calcifica», dice Paolo Poggio, responsabile dell'Unità per lo Studio di Patologie Aortiche, Valvolari e Coronariche al Centro Cardiologico Monzino. In Italia, colpisce circa il 3% degli over 65 e, con l'invecchiamento della popolazione è destinata ad aumentare. «Non esistono

farmaci per rallentare l'evoluzione della patologia», continua Poggio. «Una volta diagnosticata, il cardiologo può solo agire sulle comorbidità, come il diabete, e sui fattori di rischio, come il colesterolo. L'unica opzione terapeutica è sostituire la valvola con intervento tradizionale a cuore aperto o con tecnica transcateretere, meno invasiva ma in entrambi i casi con rischi e costi non trascurabili. Nelle valvole sane abbiamo visto cellule immunitarie, i macrofagi residenti, con un ruolo protettivo. Tuttavia, nei tessuti patologici quegli stessi macrofagi cambiano funzione, diventando parte del problema. Su questa scoperta si basa il progetto della dottoressa Francesca Bertolini che lavora con me e che ha appena vinto una borsa di studio di un anno, finanziata dalla Fondazione IEO-Monzino, per identificare i segnali molecolari responsabili di questo cambiamento. Invertendo questa transizione cellulare, si potrebbero sviluppare terapie farmacologiche per ritardare o bloccare la calcificazione».

A. Fre.

Studiamo
l'usura della
valvola
aortica, che
nella vita
si apre e
chiude oltre
tre miliardi
di volte

Paolo Poggio
Resp. Unità
Patologie
aortiche
del Monzino



I tumori femminili

Primo bando ad hoc

Nasce il primo bando dedicato alla ricerca sui tumori femminili dello Ieo, frutto della campagna della Fondazione Ieo-Monzino Follow the Pink, giunta alla sesta edizione. Il progetto vincitore è guidato dalla professoressa Nicoletta Colombo, direttrice del Programma di Ginecologia Oncologica Ieo, e dal dottor Martin Schaefer, direttore del Laboratorio di Biologia Computazionale Ieo, e riguarda il carcinoma dell'endometrio, tumore maligno dell'utero, tra le neoplasie ginecologiche più diffuse e complesse. Si stimano circa 8.650 nuove diagnosi nel 2024 in Italia, con un'incidenza in aumento. «Una parte di questi tumori viene diagnosticata in fase avanzata o presenta recidive. In questi casi, oltre alla chemioterapia, possiamo usare l'immunoterapia, che ha migliorato gli

esiti», dice Colombo. «Tuttavia, non tutte le pazienti rispondono allo stesso modo: circa il 30% dei tumori presenta un deficit nella riparazione del Dna che rende le cellule tumorali più riconoscibili dal sistema immunitario e dunque più suscettibili all'immunoterapia. Ma ci sono pazienti con questo deficit che non rispondono comunque ai farmaci e altre che rispondono pur avendo un sistema di riparazione del Dna apparentemente normale. Il nostro obiettivo è individuare nuovi marcatori predittivi di efficacia dell'immunoterapia, per personalizzare i trattamenti in un approccio di precisione sempre maggiore. La sfida è capire, prima di iniziare le terapie, quali pazienti possono davvero trarne beneficio. L'immunoterapia, infatti, può comportare effetti collaterali significativi, e non ha senso somministrarla a chi non ne ha reale beneficio». Il progetto durerà due anni e prevede la raccolta di campioni tumorali da pazienti sottoposte a chirurgia o biopsia per studiare cellule, ambiente tumorale e interazioni con altri farmaci. *A. Fre.*

Trovare nuovi marcatori predittivi di efficacia dell'immunoterapia, per cure su misura

Nicoletta Colombo Dir. del Programma di Ginecologia Oncologica Ieo



Nobel lombardo agli studi sui geni «Ora aiuteranno la prevenzione»

Milano, premiati 2 pionieri inglesi: la cerimonia alla Scala a 100 anni dalla nascita di Veronesi

di **Sara Bettoni**

MILANO Le loro scoperte sono considerate «fondamentali nel campo della medicina genomica» e hanno aiutato a identificare i «geni associati a una maggiore suscettibilità a diverse malattie, in particolare tumori e patologie cardiovascolari». Ora gli scienziati inglesi Mark Caulfield e Douglas F. Easton, vincitori del premio «Lombardia è ricerca» da un milione di euro, ritengono che la genomica sia «matura per entrare nel sistema sanitario». Ieri, alla Scala di Milano, i due pionieri hanno ricevuto il «Nobel lombardo» promosso dalla Regione con Fondazione Veronesi proprio in virtù dei loro studi, che stanno avendo ricadute importanti su diagnosi precoce, prevenzione e medicina di precisione. «Ci sono diversi modi in cui la genomica è rilevante per la salute umana oggi — dice Caulfield a margine della cerimonia —. Con il Covid abbiamo dimostrato che possiamo identificare parti del patrimonio genetico di ognuno di noi che modificano il rischio di malattie gravi e questo potrebbe aprire la strada a nuove terapie». Ora,

secondo Easton, «stiamo identificando molto meglio chi è più a rischio di cancro, in particolare il cancro al seno. E possiamo utilizzare queste informazioni per indirizzare le modalità di prevenzione della malattia verso coloro che ne hanno più bisogno».

Chi sono i premiati

Caulfield è vice principal of health alla facoltà di Medicina della Queen Mary University di Londra. Ha ispirato la strategia scientifica e guidato la creazione del progetto «100 mila genomi» per il sequenziamento dell'intero genoma, coinvolgendo oltre 90 mila partecipanti. I risultati del progetto includono la scoperta di oltre duemila regioni geniche che influenzano la pressione sanguigna e le malattie cardiovascolari.

Easton è direttore del Centre for cancer genetic epidemiology all'University of Cambridge. Ha dato contributi fondamentali alla comprensione della suscettibilità genetica ai tumori al seno, alle ovaie e alla prostata. È stato un pioniere nell'epidemiologia genetica dei geni predisponenti al cancro (inclusi Brca1 e Brca2) e nello sviluppo di metodi statistici.

Le ricadute

Da bando, il 70% del premio deve avere ricadute sul territo-

rio lombardo. I due scienziati hanno già individuato gli enti con cui collaborare, tutti a Milano. Caulfield ha scelto Humanitas University e Human Technopole per portare avanti un progetto focalizzato sulle malattie autoimmuni come l'artrite reumatoide. La partnership sarà guidata dalla Queen Mary University. «L'obiettivo è portare concreti benefici ai pazienti», dice.

Easton si concentrerà invece sul ruolo preciso di singole varianti genetiche nello sviluppo di tumore al seno. Il suo gruppo di ricerca lavorerà insieme all'Istituto europeo di oncologia e all'Istituto nazionale dei Tumori.

La memoria di Veronesi

«Il tema dell'edizione 2025 del premio — ricorda il presidente della Lombardia, Attilio Fontana — è dedicato ai metodi innovativi di diagnostica precoce e medicina preventiva, in un anno particolarmente significativo. Il 2025 è infatti il centenario della nascita di Umberto Veronesi, uno dei più grandi medici e scienziati del Paese». E a lui la Lombardia dedica ogni anno la Giornata della ricerca, che cade l'8 novembre, data del suo compleanno. «Papà ha cambiato la storia dell'oncologia e lo ha fatto con una visione: quella di una medicina che guarda

alla persona prima che alla malattia», ricorda il figlio Paolo, presidente della Fondazione Veronesi.

La ricerca in Lombardia

Alessandro Fermi, assessore regionale alla Ricerca, ricorda poi che «un quarto della produzione scientifica italiana viene realizzata in Lombardia». Mentre Alberto Mantovani, immunologo di fama internazionale e vincitore dell'edizione 2024 del premio, in un video racconta come ha messo a frutto i fondi: bandi per reclutare «cervelli» e una rete con altri tre enti per continuare gli studi sul Dna.

Alla cerimonia, tra le autorità, il presidente del Senato Ignazio La Russa, la vicepresidente Licia Ronzulli, il direttore del *Corriere* (media partner dell'evento) Luciano Fontana. Sul palco anche Gerry Scotti: il presentatore tv, che da sempre sostiene la ricerca, ha premiato gli studenti vincitori della sezione dedicata alle scuole.

Le applicazioni

Caulfield si è occupato di geni e malattie cardiovascolari, Easton di legami con il cancro

I riconoscimenti



PER LE SCUOLE

Sono state anche premiate tre scuole superiori lombarde per progetti sulla promozione della salute e supporto ai fragili: il Liceo Ettore Majorana di Rho (Milano), l'Istituto tecnico economico statale Caio Plinio Secondo di Como e l'Istituto statale di istruzione superiore Facchinetti di Castellanza (Varese)



Morto Watson scoprì il Dna e la doppia elica

di CHIARA VALERIO

Ci sono pochi nomi che risuonano anche nella testa di chi non ha studiato certe discipline e evocano scienza, pensiero, progresso della conoscenza. Uno di questi nomi è

quello di James Watson.

Biologo, bambino prodigio, premio Nobel, scopritore del Dna è morto ieri a 97 anni.

→ a pagina 33

Addio Watson l'uomo che scoprì i segreti del Dna

È morto a 97 anni il biologo americano che insieme a Crick e Wilkins vinse il Nobel nel 1962 per gli studi sulle strutture base della vita. Fu a capo del progetto per mappare il genoma e mise il suo in rete

di CHIARA VALERIO

Ci sono pochi nomi che risuonano anche nella testa di chi non ha studiato certe discipline e evocano scienza, pensiero, progresso della conoscenza. Uno di questi nomi è quello di James Watson. Altri possono essere Pitagora e il suo teorema o Copernico e la sua rivoluzione. James Watson, biologo, bambino prodigio, premio Nobel, scopritore della struttura del Dna è morto ieri a 97 anni, dopo una lunga, appassionata, celebrata vita da studioso.

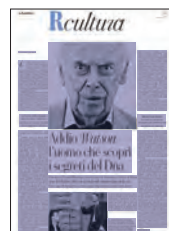
È il 1953 quando due biologi, James Watson e Francis Crick, in un breve stringato articolo su *Nature*, presentano il Dna come una molecola che ha la forma di una doppia elica. Nel 1962, nove anni dopo, vincono il premio Nobel per la medicina, lo stesso anno - si pensi a che anno incredibile

sia stato per l'Accademia di Svezia e per la scienza umana - Lev Landau vince il Nobel per la fisica.

Landau torna in mente perché, al pari di Watson e Crick, la sua figura ha travalicato l'ambito pur vasto e largo della sua disciplina specifica. Se è naturale, quasi ovvio, pensare a metafore nel linguaggio parlato provenienti dalla fisica - il buco nero, l'orizzonte degli eventi, le particelle elementari, i quanti - non lo è altrettanto pensare ad altre discipline che, nello scorso secolo, abbiano raggiunto traguardi che siano diventati espressioni di uso corrente. Il Dna sì, James Watson sì. La forma della doppia elica non ha solo permesso grandi avanzamenti scientifici in campo medico e biologico, ma ha dato l'abbrivio a un modo di imma-

ginare l'infinito, pensare ai processi, riflettere su quanto l'unica forma di eternità concessa all'essere umano sia la replica (e in questa la possibilità di errore e talvolta di occasione), smantellare il concetto di originalità a favore di quello di archivio.

Prima di Watson e Crick gli acidi nucleici erano noti ma non se ne conosceva la struttura. Si conoscevano dagli anni Trenta del Nove-



cento ma fino a Watson, Crick, Rosalind Franklin e Maurice Wilkins (che vince con Watson e Crick il Nobel nel 1962, Rosalind Franklin purtroppo viene esclusa dalla storia del premio, ma non può essere estromessa dalla storia umana della biologia) la loro importanza era relativa. L'ipotesi e gli studi di Watson ha chiarito il meccanismo di replica del Dna e il funzionamento del trasferimento dell'informazione sull'Rna messaggero.

Viene da pensare, a posteriori, che, tra la metà degli anni Trenta e la metà degli anni Sessanta, siamo in epoca di nastri su cui corrono informazioni e ripetizioni. La macchina di Turing si muove sopra un nastro che non è altro se non una sequenza di caselle nelle quali stanno simboli di un alfabeto finito di elementi, la macchina può leggere e scrivere su ciascuna casella del nastro. Somiglia la macchina di Turing ai nucleotidi - anche loro in numero finito - che si intrecciano su un nastro a doppia elica e fanno un essere umano. Si somigliano il Dna e gli algoritmi? L'algoritmo delle macchine prima di quello dell'uomo. Siamo sempre in Inghilterra, il gruppo di Watson e Crick lavora a Cambridge (Watson è nato negli Stati Uniti e ha fatto ricerca in moltissime università, tra cui Cambridge). Un altro nastro, quello di Moebius disegnato da Escher, le formiche che si rincorrono per sempre e sempre sulla stessa faccia, siamo nel 1961. Tra il nastro di Turing e quello di Escher,

sta la doppia elica di Watson e dei suoi. Tra i nastri, quello entrato nel linguaggio e nell'immaginazione di tutti è la doppia elica di Watson e Crick. Per vanità anche, poiché quel nastro siamo noi.

Torniamo all'importanza dell'ipotesi, della scoperta anzi, di Watson e Crick, non solo per la scienza. Senza Watson e Crick la nostra coscienza di essere più simili tra noi, di essere costituiti degli stessi pezzi, per altro pochissimi, sarebbe assai più debole. Siamo pezzetti che si incastrano, si rincorrono, si ripetono. Nel 1990, viene lanciato il progetto Genoma il cui obiettivo è mappare - descrivere - il genoma umano. Watson mette il suo su internet e da allora è consultabile da tutti. Il progetto si conclude nel 2003 e da quel momento sulla nostra eternità (il meccanismo di replicazione, non la vita eterna ma l'eterna replica della vita) sappiamo tutto.

Sempre negli anni Novanta, la letteratura comincia a considerare un soggetto, non protagonista, la replicabilità del linguaggio - lo studio di Noam Chomsky sulle strutture sintattiche è del 1957. C'è un riverbero tra formazione del linguaggio e quello della vita? Il romanzo, a mia memoria, che indaga l'entusiasmo per la genetica (parole e corpi) è *La torre di Babele* di Antonia S. Byatt: Gerard Wijnobel, il protagonista, è lo scienziato che tesse paralleli tra linguaggio e doppia elica del Dna. Wijnobel pensa che il cervello umano nasca

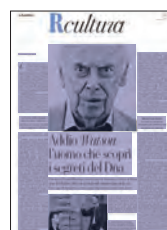
con la capacità innata di generare e trasformare il linguaggio, che questa capacità sia genetica, iscritta nella corteccia, negli assoni e nelle sinapsi. «Ciò che è genetico è possibile», esulta Wijnobel, e questa possibilità deriva da quella genetica ripensata e riformata da Watson (e Crick e Franklin e Wilkins).

Senza il suo azzardo, il suo contributo a pensare l'elica che ci ha fatto così belli, e che ha trasformato l'essere non in uno stato, ma in un processo, anche la letteratura sarebbe differente. Tutto è processo. Lo ha scritto Proust, lo ha scritto Shakespeare, così funzionano gli algoritmi, nella ripetizione sta il senso di realtà.

DIRIPRODUZIONE RISERVATA

La forma della doppia elica ha dato l'abbrivio anche a un nuovo modo di immaginare l'infinito

Senza il suo lavoro la nostra coscienza di essere più simili tra noi sarebbe più debole





Servizio Oncologia e Sostenibilità

Tumori, dal paziente 1.800 euro l'anno per curarsi e il 16% delle donne lascia il lavoro

Ostacoli nella presa in carico, costi per i trasporti da casa all'ospedale e per le visite in più, per farmaci e integratori: la fotografia della tossicità finanziaria scattata per l'Italia dai ricercatori dell'Aiom

di Barbara Gobbi

7 novembre 2025

C'è il peso, enorme, della malattia: che grava sul paziente così come sui caregiver. Poi c'è il carico, gravosissimo, di quella che viene riassunta come "tossicità finanziaria" in oncologia e cioè il macigno di 1.800 euro l'anno che ogni persona con diagnosi di tumore si trova a dover affrontare nel nostro Paese. Una cifra altissima che, spacchettata, si declina in spese di trasporto per visite ed esami in strutture anche molto lontane da casa, in esborsi per integratori e farmaci supplementari, in visite specialistiche aggiuntive e magari in sostegno psicologico. Un quadro drammatico che sbilancia e anche vede ridursi sul lastrico interi nuclei familiari, in una condizione già complicata in cui dopo la diagnosi il 16% delle donne e il 15% degli uomini colpiti da tumore deve abbandonare il lavoro a seguito della diagnosi.

La tossicità finanziaria che porta all'impoverimento di milioni di persone e che l'Italia ha cercato di contrastare con provvedimenti d'avanguardia come la legge sull'oblio oncologico - ancora da attuare in buona parte - è l'altra faccia della medaglia, purtroppo la più cupa, di una evoluzione che ha visto cronicizzarsi la patologia oncologica nel suo complesso grazie soprattutto agli enormi progressi delle terapie.

Il «termometro»

Un successo che però ha tra le sue "vittime" i bilanci domestici di chi affronta un tumore, come racconta il quadro disegnato dal primo strumento al mondo in grado di analizzare le cause della tossicità finanziaria, cioè della crisi economica a carico dei pazienti generata dal cancro e dai trattamenti. Si chiama Proffit (Patient Reported Outcome for Fighting Financial Toxicity) ed è un questionario che, come evidenziato nello studio pubblicato su "Journal of Cancer Policy", ha ricevuto la validazione longitudinale, che ne suggella il valore quale strumento per misurare la tossicità finanziaria in un sistema sanitario pubblico. Lo studio è presentato in sessione plenaria al XXVII Congresso nazionale dell'Associazione italiana di Oncologia medica (Aiom) di Roma.

Rischio di morte a +20%

«Abbiamo già dimostrato, in uno studio su 3.760 cittadini con tumore in Italia, che al momento della diagnosi il 26% deve affrontare problemi di natura economica e il 22,5% peggiora questa condizione di disagio durante il trattamento – spiega Francesco Perrone, Presidente Aiom -. Questi ultimi, inoltre, hanno un rischio di morte nei mesi e anni successivi del 20% più alto. L'impatto

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

della tossicità finanziaria sulla sopravvivenza dei pazienti in Italia è analogo, ma con effetti opposti, al beneficio indotto da alcune terapie approvate dalle agenzie regolatorie. Ci siamo quindi chiesti quali fossero le cause delle difficoltà finanziarie e perché potessero interessare anche i pazienti di un sistema universalistico come il nostro. Da qui il questionario Proffit, che è a disposizione della comunità scientifica ed è già stato validato in lingua inglese per la sua applicazione anche nel Regno Unito. È utile in tutti i contesti in cui vi sia un sistema sanitario pubblico».

«In un sistema privato come quello statunitense, in cui le assicurazioni coprono l'80% del costo delle cure, è accettato come inevitabile che chi è colpito dal cancro debba affrontare problemi finanziari – afferma Massimo Di Maio, Presidente eletto Aiom -. Negli Usa, il rischio di morte per i pazienti oncologici che vanno in difficoltà economica e dichiarano bancarotta è di circa l'80% superiore a coloro che invece non subiscono contraccolpi nel portafoglio. La diagnosi di cancro può mettere in ginocchio intere famiglie, con enormi costi diretti ed indiretti. Non deve invece essere così in Italia e negli altri Paesi con sistemi universalistici, in grado di garantire le cure a tutti».

La «tossicità»

«Proffit è un questionario composto da 16 affermazioni su cui i pazienti sono chiamati a esprimere o meno il loro assenso: nove riguardano le cause delle difficoltà economiche e 7 ne misurano le conseguenze – sottolinea Laura Arenare, biostatistica della Struttura Complessa Sperimentazioni Cliniche all'Istituto Nazionale Tumori Irccs Fondazione Pascale di Napoli -. La validazione longitudinale del questionario è molto importante, perché potrà facilitarne l'utilizzo da parte della comunità scientifica internazionale. Proffit è in grado di stimare in modo appropriato i livelli di tossicità finanziaria, perché consente di dare voce ai pazienti che valutano la loro qualità di vita, senza condizionamenti da parte di clinici. Sono state anche evidenziate notevoli differenze a livello territoriale, perché i pazienti oncologici delle Regioni meridionali devono affrontare maggiori problemi economici rispetto a chi risiede al Nord».

Nel 2030 oltre 4 mln vivi post diagnosi

Nel 2024, in Italia, sono state 390.100 le nuove diagnosi di tumore. Un elemento positivo, determinato soprattutto dai progressi nelle terapie, è costituito dal costante incremento del numero di persone che vivono dopo la diagnosi: nel 2024 erano circa 3,7 milioni e, in base alle stime, supereranno i 4 milioni nel 2030. «La metà dei cittadini che oggi si ammalano è destinata a guarire, perché avrà la stessa attesa di vita di chi non ha sviluppato il cancro – continua il Presidente Perrone -. Si tratta di notizie positive per i pazienti, che pongono però problemi di sostenibilità per il sistema e un incremento dei carichi di lavoro per gli oncologi. La tossicità finanziaria non è causata solo dalla perdita di reddito, per l'eventuale uscita dal mondo del lavoro. Dai questionari Proffit, compilati dai pazienti, emergono cause che possono essere ricondotte a tre grandi macroaree e che possono aiutarci a contrastare il fenomeno con azioni a largo raggio. La prima riguarda la capacità di presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Questo aspetto può essere affrontato, rendendo davvero funzionanti su tutto il territorio le Reti Oncologiche Regionali, oggi attive solo in circa la metà delle Regioni. In questo modo possono migliorare la qualità dell'interazione tra il paziente e gli operatori sanitari e la capacità di questi ultimi di parlarsi e costruire una rete di accoglienza, in cui il malato si senta preso in carico fin dal momento della diagnosi».

L'importanza delle reti regionali

«La seconda macroarea causa della tossicità finanziaria è rappresentata dalla distanza tra la casa e il luogo di cura e dalle conseguenti spese per i trasporti – spiega Massimo Di Maio -. Non

intendiamo necessariamente i casi estremi di migrazione sanitaria dal Sud al Nord. La distanza media coperta dai pazienti non supera i 25 km, cioè il percorso che separa la periferia dal centro delle città, che però deve essere affrontato diverse volte al mese. Va ricordato che le strutture del nostro sistema sanitario, soprattutto per branche complesse come l'oncologia, tendono a essere concentrate nei grandi centri e meno sul territorio. Ecco perché le Reti Oncologiche Regionali e la medicina del territorio sono i temi su cui lavorare”.

Troppe cure escluse

«La terza macroarea riguarda le spese che il Servizio Sanitario Nazionale non copre: farmaci supplementari, integratori, visite specialistiche successive alla diagnosi – spiega Elisabetta Iannelli, Segretario FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) -. Questi costi possono pesare in modo significativo, soprattutto sulle fasce più deboli della popolazione. A ciò si aggiungono le difficoltà lavorative: molti pazienti, in particolare i lavoratori autonomi o chi non gode delle tutele del lavoro subordinato, vedono ridursi drasticamente le entrate proprio mentre le spese aumentano. Il cancro non comporta solo costi diretti di cura, ma anche costi indiretti legati alla perdita di giornate lavorative, alla riduzione della produttività e, in alcuni casi, all'impossibilità di mantenere l'attività professionale. Il nostro sistema garantisce l'accesso ai farmaci anticancro, ma prestazioni come fisioterapia, chirurgia ricostruttiva o cure odontoiatriche – necessarie per molti pazienti in trattamento attivo – restano escluse. Anche protesi e ausili fondamentali, come parrucche o reggiseni post-operatori per le donne operate di tumore al seno, rimangono a carico delle pazienti. Parlare di 'ritorno alla vita' dopo il cancro significa considerare anche questi aspetti: la perdita di reddito, i costi indiretti e le spese non coperte. È su questo terreno che le Istituzioni devono essere sensibilizzate, perché la guarigione dal cancro non può prescindere dalla sostenibilità economica della vita quotidiana, altrimenti la vittoria clinica rischia di diventare una sconfitta sociale».



Servizio Il Congresso Aiom

Tumori, l'attività fisica diventa prevenzione e terapia a costo zero

Chi fa regolarmente movimento può ridurre fino al 20% il rischio di sviluppare un tumore. Ed ha migliori risultati dalle cure. la richiesta: occorre maggior attenzione agli studi clinici indipendenti

di Federico Mereta

8 novembre 2025

Le cifre lo dicono chiaramente. Chi fa regolarmente attività fisica vede scendere il rischio di morire per tumore – siamo intorno al 31%. Ed in prevenzione questa sana abitudine fa calare fino al 20% il rischio di sviluppare un carcinoma, in confronto a chi è sedentario. A risentire di più di questa piacevole e salutare abitudine sarebbero alcune forme tumorali tra le più diffuse, come quelle a seno, vescica, colon, endometrio, adenocarcinoma esofageo, rene e stomaco. Possiamo avere quindi prevenzione e terapia a costo zero, grazie al movimento regolare e alla sfida alla sedentarietà. A dirlo sono gli esperti presenti al XXVII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) in corso a Roma.

Muoversi aiuta, ecco le prove

Uno studio recentemente apparso su JAMA Oncology rappresenta solo l'ultimo tassello del robusto mare di conoscenze sul valore dell'attività fisica e mostra il valore del movimento regolare nel proteggere da tumori molto insidiosi come quelli del sistema digestivo. Il tutto, per non parlare del ruolo dell'obesità, che dipende direttamente dalla sedentarietà. “La riduzione dell'impatto del cancro può avvenire anche attraverso un serio contrasto a comportamenti estremamente nocivi – spiega Massimo Di Maio, Presidente Eletto AIOM -. L'attività fisica, se svolta regolarmente, porta enormi benefici alla singola persona ma anche all'intera collettività. Per questo va promossa maggiormente tra l'intera popolazione perché può consentire una diminuzione rilevante dell'impatto dei tumori”. L'attività fisica non è importante solo in prevenzione ma anche come vero e proprio supporto alle cure per i pazienti oncologici pur se oggi solo il 4% dei malati è sufficientemente attivo e segue le raccomandazioni degli specialisti. “La ricerca scientifica negli ultimi anni ha fatto emergere quanto il movimento sia importante non solo nella prevenzione primaria ma anche in quella terziaria - segnala Andrea Antonuzzo, responsabile dell'Oncologia Medica 4, Cure di Supporto Internistico e Geriatrico all' Istituto Nazionale Tumori di Milano -. Per i nostri pazienti i benefici vanno dal potenziamento del sistema-cardiovascolare ad un miglioramento generale della forza muscolare e della densità ossea. Un po' di sport può anche contrastare alcuni degli effetti collaterali legati alle terapie anti-tumorali e migliorare la qualità di vita intervenendo sul benessere psicologico”.

La conoscenza tra i cittadini

La conoscenza di quanto il singolo può fare, quindi, è basilare per la prevenzione (e non solo) dei tumori. Lo conferma il "Tour Mediterraneo" della Nave Amerigo Vespucci. AIOM, Fondazione AIOM e AIRC insieme alla Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica (SIRM) hanno presenziato al "Villaggio IN Italia" in cinque tappe dell'iniziativa che ha portato in giro per i porti del nostro Paese la Nave Scuola della Marina Militare. Ai visitatori i medici hanno fornito consigli pratici mentre i volontari hanno distribuito materiale informativo. Secondo le stime fornite dal Ministero della Difesa questa campagna di prevenzione ha generato un ritorno economico di 15 milioni di euro. "Sono stati raggiunti migliaia di cittadini e abbiamo spiegato l'importanza di seguire stili di vita sani e di svolgere gli screening - aggiunge Saverio Cinieri, Presidente di Fondazione AIOM -. Le persone hanno avuto modo di comprendere meglio il valore dell'attività fisica e alle sane abitudini, come il controllo del peso e l'astensione dal fumo. Ma non basta. "Vanno incentivati anche i programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina – segnala Cinieri. Ben vengano quindi le nuove risorse economiche, previste dall'ultima Manovra, per estendere la copertura degli esami di mammografia e di ricerca di sangue occulto nelle feci. Da anni però i tassi di adesione agli screening sono stati insufficienti soprattutto in alcune zone del Paese. Anche in questo caso la sensibilizzazione dei cittadini può davvero fare la differenza e incrementare la partecipazione a esami salva-vita".

Per la ricerca, più attenzione agli studi clinici no-profit

IN ultimo, va riportato un appello importante. Dal convegno emerge un altro dato che preoccupa. La ricerca clinica indipendente fatica. In Italia, in 15 anni (2009-2023), gli studi clinici no profit, cioè non sponsorizzati dall'industria, sono diminuiti del 57%. "Nel 2023 sono state autorizzate in Italia 611 sperimentazioni cliniche, 212, cioè il 34,7% del totale, riguardavano i tumori, l'area in cui si concentra il maggior numero di trial autorizzati – segnala Francesco Perrone, Presidente AIOM -. Nel 2023 gli studi indipendenti sono tornati a crescere, raggiungendo quota 106 contro i 98 dell'anno precedente. Ma non basta. Il potenziale della ricerca oncologica in Italia è significativo e i nostri studi sono in grado di cambiare la pratica clinica, ma servono più risorse. Il finanziamento in questo settore è, da sempre, sottodimensionato nel nostro Paese, che si colloca agli ultimi posti in Europa per sostegno pubblico". L'appello è chiaro, anche in chiave di disponibilità di competenze specifiche come quella dei data manager. che per un vuoto normativo non possono essere strutturati all'interno dei team. "Chiediamo supporto ad AIFA, l'Agenzia Italiana del Farmaco, sia in termini di finanziamento che di supporto regolatorio, per facilitare la realizzazione degli studi indipendenti – conclude Perrone -. AIFA, dal 2005 al 2023, ha messo a disposizione circa 160 milioni di euro per studi indipendenti, consentendo di condurre lavori su aree rilevanti. Complessivamente, ad oggi, sono stati finanziati dall'agenzia regolatoria quasi 300 studi clinici".



Servizio Patologie e nutrizione

Malattia renale cronica per 4 mln in Italia: l'importanza di garantire a tutti una dieta adeguata

Garantire in tutto il Paese gli stessi modelli di distribuzione e uniformi criteri di rimborsabilità: queste le richieste dei pazienti che rappresentano ben il 7% della popolazione adulta nel Paese e rischiano dialisi o trapianto

*di Leonardo Loche *, Roberto Costanzi ***

7 novembre 2025

È tempo di promuovere un accesso equo e uniforme, su tutto il territorio nazionale, alla Terapia dietetico-nutrizionale (Tdn) ipoproteica, riconoscendone il ruolo fondamentale nella prevenzione e nel trattamento conservativo della Malattia renale cronica (Mrc).

L'identikit

Per Mrc si intende una condizione caratterizzata da un'alterazione progressiva e permanente della funzione renale. Può essere causata da patologie renali primitive o da altre malattie sistemiche che compromettono anche la funzione del rene. La Mrc rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare (cv) indipendente ed è frequentemente associata ad altri fattori di rischio cv che possono, a loro volta, contribuire all'insorgenza della patologia. Nello stadio terminale, gli unici trattamenti possibili sono la dialisi o il trapianto renale.

I numeri

In Italia, la Mrc interessa circa il 7% della popolazione adulta, ossia più di 4 milioni di persone, con una leggera prevalenza negli uomini rispetto alle donne. A causa della patologia, circa 8.000 pazienti iniziano ogni anno la terapia sostitutiva della funzione renale (dialisi o trapianto), mentre circa 19.400 seguono una dieta ipoproteica, da intendersi come una vera e propria terapia, spesso integrata anche con il trattamento farmacologico, che produce l'effetto di ritardare l'ingresso in dialisi, ridurre i sintomi dell'insufficienza renale e mantenere uno stato nutrizionale adeguato. Nello specifico, la Terapia dietetico-nutrizionale (Tdn) si fonda principalmente sulla riduzione dell'apporto proteico, ma prevede anche un adeguato apporto calorico, il controllo dell'introduzione di sodio e potassio, nonché la limitazione dell'assunzione di fosforo; inoltre, incentiva il consumo di alimenti di origine vegetale per garantire un migliore controllo del metabolismo del fosforo e dell'equilibrio acido-base.

Prodotti aproteici «non per tutti»

Tuttavia, nonostante sia ormai accertato l'elevato valore clinico della Tdn, l'accesso a questo trattamento non è ancora equamente garantito su tutto il territorio nazionale, a causa dei differenti modelli distributivi e di rimborsabilità applicati dalle singole Regioni, e in particolare:

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

- difficoltà logistiche di approvvigionamento dei prodotti aproteici, reperibili in alcune Regioni presso centri di distribuzione e strutture ospedaliere, ed in altre Regioni nelle farmacie – diverse dalle farmacie di comunità – talvolta difficili da raggiungere, soprattutto per i più fragili;
- previsione nella maggior parte delle Regioni di un tetto di spesa mensile calcolato in valore economico (variabile da 40 euro a 120 euro) anziché in volume (12 Kg), che limita la quantità di prodotti erogabili: ciò induce i pazienti a privilegiare le opzioni a minor costo e, in molti casi, a farsi carico personalmente delle spese aggiuntive qualora il tetto stabilito non sia sufficiente a coprire il fabbisogno effettivo;
- possibilità di accesso a un migliore assortimento di categorie di prodotti aproteici rispetto a solo pane e pasta, favorendo quindi l'adozione di una terapia nutrizionale completa grazie all'introduzione di sostituti di pane, biscotti, e di bevande sostitutive del latte.

I pazienti chiedono

In qualità di Associazioni dei pazienti, rivolgiamo un appello alle Istituzioni affinché – partendo dalle esperienze regionali più virtuose - sia garantita una maggiore uniformità dei modelli di distribuzione e dei criteri di rimborsabilità, secondo i seguenti tre principi guida:

- valorizzare il canale distributivo della farmacia aperta al pubblico, grazie alla sua capillare presenza sul territorio e alla maggiore varietà di alimenti che può offrire, assicurando così un accesso più immediato e appropriato alla terapia dietetico-nutrizionale;
- promuovere un modello di rimborsabilità basato sui volumi e/o su una personalizzazione in base ai fabbisogni piuttosto che sul valore economico, per garantire una dieta completa, varia ed equilibrata e ridurre le disuguaglianze legate alla Regione di residenza;
- intraprendere tutte le iniziative necessarie per offrire alle persone con malattia renale cronica un'ampia gamma di prodotti ipoproteici, elemento essenziale per favorire l'aderenza al piano nutrizionale prescritto dallo specialista, e migliorare così l'efficacia complessiva del trattamento conservativo della MRC.

** Presidente Forum nazionale delle Associazioni di nefropatici, trapiantati d'organo e di volontariato*

*** Presidente Associazione malati di reni*

Servizio La patologia cronica

Lipedema: diete, trattamenti e psicologia per contrastare la patologia confusa con l'obesità

Un congresso internazionale a Roma riunisce gli esperti per parlare di questa malattia che affligge soprattutto donne e ha altre origini e altri rimedi

di Cesare Buquicchio

7 novembre 2025

Viene spesso confusa con l'obesità, ma questa patologia che affligge milioni di persone, soprattutto donne, ha altre origini e altri rimedi. Si chiama lipedema e fino all'8 novembre 800 esperti di tutti i Paesi si ritrovano a Roma per confrontarsi in un congresso mondiale.

Una malattia invisibile che porta frustrazione

Il lipedema è una patologia cronica e progressiva del tessuto adiposo sottocutaneo che provoca accumuli anomali di grasso, principalmente su fianchi, cosce, gambe e talvolta braccia. Colpisce circa il 10% della popolazione femminile mondiale (meno dell'1% degli uomini), eppure rimane largamente sotto diagnosticata. A differenza del sovrappeso o dell'accumulo di cellulite presenta caratteristiche distintive come dolore alla palpazione, sensazione di pesantezza agli arti e facilità a sviluppare lividi. Descritta per la prima volta nel 1940, è stata riconosciuta ufficialmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2018, ricevendo un proprio codice nell'ICD-11, il sistema di classificazione internazionale delle malattie. «Il lipedema è una malattia a sé stante, non c'entra nulla con l'obesità e viene molto spesso scambiata per il linfedema», spiega Sandro Michelini, presidente del Lipedema World Congress, dirigente medico dell'Ospedale San Giovanni Battista di Roma e tra gli autori della scoperta del AKR1C1 come primo gene mutato associato al lipedema. «La confusione diagnostica può avere conseguenze gravi - avverte Michelini -. Ancora oggi c'è qualcuno che opera e fa anastomosi linfatico-venose con la speranza che il lipedema possa migliorare. Invece, spesso, fa solo un danno...». C'è un altro aspetto delicato a cui si dedica l'associazione LIO - Lipedema Italia Onlus, il supporto psicologico: «Molte pazienti vivono anni di frustrazione e sconforto, non riuscendo a ottenere risultati nonostante diete restrittive e allenamenti intensi, spesso senza essere prese sul serio nemmeno dai professionisti sanitari».

I segni distintivi e l'ereditarietà

La malattia si manifesta tipicamente durante i cambiamenti ormonali: pubertà, gravidanza o menopausa. Il segno diagnostico più importante è il cosiddetto "cuff sign" o "segno del polsino": l'accumulo adiposo che parte al di sopra della caviglia o del polso, come una sorta di gradino, mentre i piedi e le mani rimangono sgonfi. «Il piede e la mano sono sempre risparmiati. Questo è il segno distintivo che contraddistingue il lipedema dagli altri disturbi», precisa il presidente del congresso. Una svolta importante arriva dalla ricerca genetica. «Abbiamo scoperto che è una malattia ereditaria in cui anche l'uomo trasmette ma non ammalia. Per cui, quando si va a interrogare la paziente, bisogna chiedere se quadri del genere erano già presenti nelle figure

femminili sia della famiglia paterna che della famiglia materna. E la prossima novità a cui stiamo lavorando è l'identificazione di microRNA nei tessuti malati per diagnosi ancora più precise».

Il “trucco” del cucchiaino di aceto di mele

Al netto della particolarità della patologia, sul fronte nutrizionale, «la dieta chetogenica risponde bene in queste masse, anche se non può essere fatta per lunghi periodi. Va fatta per qualche mese sotto controllo medico, poi si passa a una low carb e a diete antinfiammatorie», spiega Michelini. Tra gli alimenti da evitare: «Dadi da brodo, soia e molti cibi confezionati che contengono glutammato». Utile invece «in previsione di pasti ricchi di amidi, l'assunzione di un cucchiaino di aceto di mele, perché contrasta l'assorbimento dei carboidrati». L'attività fisica va calibrata: «Deve essere fatta con intensità medio-bassa perché sennò si rischia un doloroso gonfiore degli arti inferiori», avverte l'esperto. Fondamentale anche la compressione elastica tramite bendaggi linfologici o calze graduate.

Farmaci e chirurgia: prospettive e cautele

Sul fronte farmacologico si stanno studiando gli agonisti del GLP-1, i farmaci che stanno rivoluzionando la lotta all'obesità. «Sicuramente hanno qualche efficacia, ma sono stati segnalati alcuni effetti collaterali. È una strada interessante ma ancora da approfondire per quanto riguarda il trattamento del lipedema». Per i casi più gravi, «la chirurgia del lipedema è, al momento, l'unica soluzione, soprattutto quando c'è dolore. Ed è indicata anche nei giovani. Ci sono molte tecniche, due funzionano meglio: la PAL e la WAL, Power Assisted Liposuction e Water Assisted Liposuction», spiega il presidente del congresso. L'avvertenza è però chiara: «Sono interventi che devono essere fatti da chi conosce la malattia e in strutture dedicate, perché si rischiano soluzioni parziali e inefficaci e dopo sei mesi la paziente è tornata al punto di partenza...».



Servizio La presidente della Sirm

I raggi X compiono 130 anni: “Dalla prime pellicole all'IA, così è cambiata la radiologia”

L'8 novembre del 1895 ne fu scoperta l'esistenza: a raccontare questo lungo percorso e i cambiamenti in corso è Nicoletta Gandolfo presidente della Società italiana di radiologia medica e interventistica

di Redazione Salute

8 novembre 2025

Oggi la radiologia spegne 130 candeline: dall'8 novembre del 1895, quando il professore di fisica Wilhelm Conrad Röntgen scoprì, svolgendo degli esperimenti, l'esistenza dei raggi X (che denominò “X” proprio in quanto sconosciuti) e successivamente eseguì la prima radiografia alla mano di sua moglie, a oggi, in cui la radiologia è una delle specializzazioni mediche più rilevanti, parte dei processi diagnostico-terapeutici della maggior parte delle patologie, l'evoluzione della disciplina è stata lunga e ricca di innovazioni. Ogni anno in Italia si eseguono 70 milioni di procedure di diagnostica per immagini, numeri che mostrano l'importanza del ruolo del medico radiologo e delle tecnologie dedicate, dalle prime – che, appunto, sfruttano i raggi X come la Radiologia Convenzionale, la TAC, e l'Angiografia – a quelle che si basano su altre fonti di energia, come Risonanza Magnetica ed Ecografia. A raccontare questo lungo percorso e i cambiamenti in corso di una professione medica così importante è Nicoletta Gandolfo, Presidente della Sirm, Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica.

Come è iniziata la storia della radiologia

“Questa specializzazione medica - ricorda Gandolfo - nasce nel 1895, quando venne scoperta per caso una nuova forma di radiazione capace di attraversare i tessuti del corpo umano. La prima immagine realizzata fu quella della mano della moglie del fisico che ebbe questa grande intuizione, con la fede nuziale ben visibile: un simbolo bellissimo, che unisce scienza e umanità e che ancora oggi rappresenta una potente metafora per la figura del radiologo medico, che ogni giorno si interfaccia sia con i macchinari che con i pazienti. Da allora siamo passati dalle immagini impressionate su pellicole radiografiche a quelle digitali di oggi, visibili su appositi monitor e archiviabili su appositi sistemi informatici, ma il principio fisico dei raggi X è rimasto lo stesso”. “L'innovazione - spiega ancora la presidente Sirm - tocca la nostra disciplina in modo particolare, e con il tempo si sono aggiunte infatti altre fonti di energia fisica: gli ultrasuoni dell'ecografia, i campi magnetici della risonanza, le radiazioni ionizzanti utilizzate in Radiologia convenzionale, nella TAC e nella Radiologia Interventistica. Queste tecnologie ci permettono di guardare l'interno del corpo umano con precisione sempre maggiore, distinguendo il normale dal patologico e contribuendo in modo decisivo alle cure sempre più mirate e personalizzate”.

Come si è evoluto, in questi 130 anni, il ruolo del radiologo medico

Per la presidente della Società Italiana di Radiologia Medica Interventistica “se un tempo eravamo considerati soprattutto esperti di tecnologia, oggi il medico radiologo ha un ruolo clinico a tutti gli effetti. Siamo presenti in ogni percorso diagnostico-terapeutico e ci occupiamo in modo trasversale della maggior parte delle patologie, dalle malattie cardiovascolari e oncologiche a quelle infiammatorie degenerative e traumatiche, dalle fratture alle patologie oncologiche, fino alle malattie neurologiche o pediatriche. Le nostre immagini servono a porre una diagnosi, a valutare la risposta alle terapie, a orientare le decisioni chirurgiche o farmacologiche”. “Inoltre - continua la Gandolfo - , la radiologia interventistica ha aperto scenari straordinari: attraverso manovre minimamente invasive, sotto guida radiologica, possiamo arrestare un vaso che sanguina, disostruire un'arteria chiusa, embolizzare la neoangiogenesi di un tumore o direttamente trattare con tecniche ablative di raffreddamento o riscaldamento alcune lesioni . Sono procedure mini-invasive che spesso evitano o talvolta preparano ad interventi chirurgici complessi e non scevri di rischi, accelerando la ripresa del paziente”. La presidente Sirm sottolinea infatti come oggi il radiologo sia un medico che dialoga costantemente con altri specialisti come “chirurghi, oncologi, internisti, radioterapisti ortopedici, neurologi, pediatri, patologi per costruire percorsi di cura personalizzati. È una figura clinica, ma anche etica e formativa: abbiamo il ruolo di garanti dell'appropriatezza prescrittiva, quindi dobbiamo aiutare a scegliere l'esame giusto per il paziente giusto, riducendo gli sprechi e assicurando qualità e sicurezza”.

Il tema dell'appropriatezza prescrittiva e il ruolo della radiologia

Il medico radiologo – secondo quanto previsto anche dal decreto ministeriale 77 del 2022 che ridefinisce l'assistenza territoriale – “ha un ruolo determinante nell'orientare i colleghi nella scelta delle indagini più utili e scoraggiare quelle superflue, allo scopo di migliorare la qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici e contribuire alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale”. Secondo Gandolfo capita spesso che vengano richiesti esami “per eccesso di cautela, ma ogni indagine inutile sottrae tempo e risorse a chi ne ha davvero bisogno. Per questa ragione dovremmo lavorare sempre di più in rete, in particolar modo con medici di medicina generale e specialisti di altre discipline. Una migliore comunicazione può contribuire concretamente alla riduzione delle liste d'attesa per un sistema più efficiente. Abbiamo anche un ruolo educativo nei confronti dei pazienti, per spiegare loro quando un esame non serve realmente e perché. È parte della nostra responsabilità etica, insieme a quella di garantirne la sicurezza, controllando la dose di radiazioni somministrate e verificando costantemente la qualità delle apparecchiature”.

I cambiamenti con l'intelligenza artificiale e il ruolo della radiomica

“L'intelligenza artificiale è uno strumento straordinario, che ci aiuta a migliorare la qualità del lavoro e la precisione diagnostica: può ottimizzare le immagini, ridurre la dose di radiazioni, standardizzare i protocolli diagnostici e migliorare la gestione organizzativa di un reparto. Grazie alla sua implementazione - spiega la presidente della Sirm - oggi possiamo contare sulla radiomica, una nuova frontiera della radiologia che permette l'analisi quantitativa delle immagini per ottenere informazioni sul comportamento di un tumore, prevedere terapia più efficace e controllarne la risposta alla terapia costruendo percorsi personalizzati. È ormai un pilastro della radiologia oncologica di precisione”. Per Gandolfo “l'innovazione tecnologica ha risvolti impattanti anche sulla radiologia interventistica: gli interventi guidati dalle immagini offrono infatti alternative meno invasive e più sicure. È però importante ricordare che l'intelligenza artificiale può essere un supporto del medico ma non un suo sostituto: al centro rimangono il giudizio umano, la capacità comunicativa e la responsabilità del radiologo”.

Un lavoro di team: le figure che affiancano il radiologo medico

Accanto al medico radiologo – responsabile dell'indagine, della scelta dei protocolli, dell'interpretazione delle immagini e della diagnosi – lavorano altre figure fondamentali per il funzionamento del reparto. Quali? “Il fisico medico, che controlla la qualità delle apparecchiature, la dose erogata e l'esposizione, per la sicurezza di pazienti e operatori; il tecnico di radiologia, che collabora con il Medico ed esegue le diverse indagini diagnostiche; gli infermieri dedicati alla radiologia, professionisti altamente specializzati nella gestione di sofisticati dispositivi medici e farmaci particolari quali ad esempio i mezzi di contrasto, completamente diversi da quelli utilizzati nei reparti tradizionali. Oggi - continua Gandolfo - auspichiamo la valorizzazione della figura dell'infermiere dedicato alla radiologia, perché dove ci sono professionisti specificatamente formati e stabili, il sistema è più efficiente, le procedure sono più sicure e la qualità del lavoro è più alta. In medicina la qualità nasce dal team: se la squadra è forte e coesa, la cura del paziente risulta maggiormente efficace”.

Il ruolo della Sirm in un contesto in forte evoluzione

La SIRM è una delle maggiori società scientifiche riconosciute a livello internazionale e federata di FISM (Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche) “promuove - ricorda la presidente della Sirm - la crescita delle scienze radiologiche attraverso formazione e divulgazione delle diverse potenzialità diagnostiche, l'innovazione tecnologica , l'appropriatezza delle indagini richieste e l'etica nell'accesso agli esami. Collabora inoltre con istituzioni e con numerose altre società scientifiche per l'elaborazione di linee guida, modelli organizzativi e percorsi diagnostico-terapeutici applicabili e sostenibili su tutto il territorio nazionale. Uno dei temi da sempre sostenuti è la promozione a tutte le forme di prevenzione delle patologie oncologiche e non”. “Abbiamo partecipato attivamente supportando FISM e AIOM, Associazione Italiana di Oncologia Medica, a numerose iniziative promosse, portate all'attenzione delle Istituzioni agli Stati Generali della Prevenzione a giugno a Napoli. Abbiamo infine collaborato con AIOM, al progetto del Tour Vespucci, promosso dal Ministero della Difesa e sostenuto da dodici ministeri: una nave che, attraversando vari porti italiani, ha portato il tema della prevenzione oncologica a tutta la popolazione, fornendo ai cittadini informazioni sugli stili di vita sani e sulle campagne di screening. Prevenzione primaria e diagnosi precoce - conclude Gandolfo - possono davvero salvare la vita, ed è un concetto che crediamo sia importante trasmettere a tutta la popolazione”.



Servizio Il WOMA Forum

A Milano il grande evento sul Pharma: il futuro delle Life science nelle voci dei protagonisti

Si terrà il 25 giugno 2026 all'Allianz MiCo di Milano ed è rivolto a leader, manager e professionisti di questo innovativo ecosistema. L'iniziativa è promossa con 24OreSalute

di Redazione Salute

7 novembre 2025

Riflettere sul futuro e portare nuove visioni, prospettive e tendenze globali che stanno ridisegnando il futuro delle scienze della vita e della salute. Lo faranno alcune voci tra le più autorevoli a livello globale della ricerca scientifica, accademica e dell'impresa sul palco del WOMA Forum, Inspiring the World of pharMA: si tratta del nuovo forum internazionale dedicato ai settori farmaceutico, medtech, healthcare e life sciences ideato e organizzato da WOMA e promosso da BioPharma Network – Associazione Manager del Farmaceutico e 24OreSalute. WOMA Forum si terrà il 25 giugno 2026 all'Allianz MiCo di Milano, il più grande centro congressi d'Europa, ed è rivolto a leader, manager e professionisti di questo innovativo ecosistema professionale. Ispirazione, Formazione, Connessione e Azione sono le quattro parole chiave che ne sintetizzano la filosofia: ispirare nuove idee, trasferire conoscenza, costruire relazioni tra ricerca, industria e istituzioni, e aiutare a trasformare visioni in iniziative. WOMA nasce infatti in un momento di profonda trasformazione per l'ecosistema delle Scienze della Vita, spinto da un crescente sviluppo di soluzioni terapeutiche innovative, dall'evoluzione dei sistemi economici e regolatori e dalla necessità di modelli decisionali più agili.

Gli esperti e i leader sul palco del WOMA

Sul palco si alterneranno esperti e leader di fama internazionale. Tra i primi relatori annunciati figurano Jennifer Doudna, Premio Nobel per la Chimica 2020 per la co-scoperta della tecnologia di editing genetico CRISPR-Cas9; Bertalan Meskó, fondatore del Medical Futurist Institute e tra i massimi esperti globali di innovazione digitale in sanità; Amy Cuddy, psicologa sociale e autrice del bestseller Presence, tra le voci più influenti nel campo della leadership; e Zack Kass, esperto internazionale di strategie per l'adozione dell'intelligenza artificiale nel mondo aziendale e Ex Head of Go-to-Market di OpenAI. A loro si aggiungerà José Manuel Barroso, ex Presidente della Commissione europea - che in tale carica ha ritirato il Premio Nobel per la Pace nel 2012 insieme al presidente del Parlamento europeo, Martin Schulz, e al presidente del Consiglio europeo, Herman Van Rompuy, per conto dell'Unione europea - ex primo ministro del Portogallo e oggi Presidente di Gavi, the Vaccine Alliance, partnership pubblico-privata che contribuisce a vaccinare la metà dei bambini del mondo contro alcune delle malattie più mortali. Nel quadro della sua missione di salvare vite e proteggere la salute delle persone attraverso un uso dei vaccini equo e sostenibile, Gavi ha contribuito a vaccinare oltre 1,2 miliardi di bambini in 78 Paesi a basso

reddito, prevenendo più di 20,6 milioni di morti future*. Altri nomi di rilievo si aggiungeranno in questi mesi per completare il panel di WOMA 2026.

Sotto la lente come cambia l'ecosistema e le applicazioni future

Le tematiche in agenda spazieranno dall'evoluzione dell'ecosistema Pharma & Health alle applicazioni future e pionieristiche delle tecnologie digitali, robotiche e dell'intelligenza artificiale nei campi della prevenzione, della cura e della ricerca. Un focus sarà dedicato all'ispirazione della ricerca scientifica come motore di progresso, alla leadership del futuro nel contesto dei cambiamenti tecnologici e generazionali, alle strategie di adozione dell'intelligenza artificiale nelle aziende di settore, alle strategie industriali per affrontare mercati sempre più complessi e interconnessi e infine a modelli di health economy e scenari da perseguire per la salute globale. “WOMA nasce dal dialogo con i protagonisti del settore, un progetto costruito attraverso ascolto e collaborazione, dando voce a chi oggi sta contribuendo a ridisegnare il futuro, apportando tematiche di grande rilevanza e portando in Italia visioni ispirazionali e prospettive profondamente innovative. I relatori di riferimento mondiale che hanno accettato il nostro invito, testimoniano la rilevanza e la visione dell'iniziativa” dice Florencia Bechara, CEO WOMA – Inspiring the World of pharMA.

L'obiettivo è contribuire allo sviluppo di progetti ad alto valore aggiunto

“BioPharma Network come associazione culturale no profit di settore, promuove da anni la cultura manageriale, dell'innovazione e l'orientamento professionale, con iniziative volte a favorire il dialogo tra professionisti, aziende, università e istituzioni” ha affermato Michele Barletta, Presidente di BioPharma Network – Associazione Manager del Farmaceutico. “In questo contesto, un evento ispirazionale e internazionale dedicato al nostro settore rappresenta un unicum di grande valore per la rilevanza e la rapidità di trasformazione che caratterizzano questo comparto strategico. L'obiettivo, come promotori del Forum WOMA, è di continuare a contribuire concretamente con il nostro know-how allo sviluppo di progetti ad alto valore aggiunto, che offrano ai professionisti nuovi strumenti e visioni per interpretare al meglio le grandi trasformazioni in atto e valorizzino ulteriormente le nostre professionalità”. “WOMA rappresenta perfettamente la visione di Milano come piattaforma di dialogo globale su scienza, leadership e innovazione: un evento che non si limita a generare connessioni, ma che contribuisce in modo concreto a costruire una legacy duratura per l'ecosistema milanese, rafforzando il legame tra formazione, impresa e istituzioni. Una nuova testimonianza del ruolo affermato che il Paese ricopre come polo di eccellenza e punto di riferimento nel panorama internazionale delle Scienze della Vita”, ha confermato Fiorenza Lipparini – Direttrice generale YES Milano, partner istituzionale del Forum.

De Pascale “Senza fondi non curiamo chi viene da altre regioni d'Italia”



L'INTERVISTA/2

di **CATERINA GIUSBERTI**
BOLOGNA

Nessun governatore in Emilia-Romagna l'aveva mai detto ad alta voce. Anche per questo ha fatto molto rumore, ieri, lo strappo di Michele de Pascale: «Non ce la facciamo più a soddisfare l'enorme pressione dei cittadini di altre regioni che si vengono a curare qui, intasando il sistema. E lo dico con rispetto». Nel contesto di una manovra che lui giudica così: «Quella del 2025 è stata vergognosa, uno dei peggiori tagli che il sistema sanitario ricordi. Adesso il governo ha ammesso l'errore, perché 6,4 miliardi in sanità sono una cifra che non sarei onesto a non definire importante. Però stiamo chiedendo che siano risorse libere, perché l'Emilia-Romagna e la Campania non hanno gli stessi problemi».

Presidente, si può fare? Una regione può bloccare la mobilità sanitaria dalle altre regioni?

«La legge non consente di rifiutare una prenotazione, ma stiamo lavorando per ridurre la mobilità impropria. Le regioni del Nord devono dare una mano a quelle del Sud non portando via i loro pazienti ma semmai aiutandoli ad assisterli. A breve spero arriveremo al primo protocollo d'intesa con la Calabria».

Di che si tratta?

«È un accordo per monitorare i quantitativi di pazienti, verificare se ci sono flussi specifici su determinate patologie e che non ci

siano invii strutturali impropri. Ma dobbiamo prevedere anche la possibilità di fare consulenze a distanza e sviluppare rapporti tra professionisti, collaborando».

Cosa intende per mobilità impropria?

«È giusto importare prestazioni ad alta complessità, come la cardiocirurgia, l'onco-ematologia, i trapianti, l'ortopedia avanzata, per le quali i centri devono essere pochi a livello nazionale. Diverso è importare prestazioni standard, per le quali il farmaco è quello e la procedura è la stessa, ovunque: piccola chirurgia, menisco dello sciatore, visite specialistiche. Abbiamo avuto un trend di crescita fortissimo della mobilità da altre regioni dopo il Covid, ma non possiamo accrescere l'offerta all'infinito. Non è solo questione di risorse, che ci vengono rimborsate solo parzialmente, quello che manca è il personale. Bologna e Modena ad esempio sono città complesse dove vivere, per gli infermieri e il personale sanitario».

Quando dice che salta il sistema parla delle liste di attesa?

«In alcuni ambiti sono lunghe, con dentro una componente di pazienti da fuori Regione rilevante. Parliamo di visite, soprattutto, che a volte esitano in operazioni. Non vogliamo demonizzare, ma bisogna stoppare questa crescita della media e bassa complessità».

Non teme che il suo discorso piaccia troppo alla Lega?

«Al contrario. Noi siamo la Regione

del tricolore, per noi non è questione di egoismo territoriale ma di unità nazionale. Le nostre eccellenze sanitarie sono un patrimonio del Paese e saranno sempre a disposizione, ma questo non vale per la bassa complessità. E quello che dico è condiviso da tutti i presidenti di regione italiani, soprattutto al Sud. Loro di fatto pagano due volte, per il reparto che non sfruttano e per i loro cittadini che vengono a curarsi qui da noi».

Ma per chi ha saldo attivo la mobilità non genera un gettito?

«È un'illusione. In realtà ci porta meno soldi di quelli che spendiamo per curare questi pazienti, perché abbiamo degli standard elevati. La qualità emiliano-romagnola è più alta di quella che copre lo Stato».

E le regioni confinanti?

«Con loro abbiamo accordi biunivoci storici. Il punto nascita di Piacenza è importante anche per la bassa lodigiana, per dire. Però quelli sono rapporti sani, c'è una fisiologia, programmo i miei servizi di conseguenza. Farlo a centinaia di chilometri di distanza è molto più difficile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Embrioni mai impiantati e un aborto con l’inganno” Chiusa la clinica pubblica

Ferrara, indagine su un centro per la procreazione assistita
“Bugie alle donne e un’interruzione di gravidanza dopo un errore”

FILIPPO FIORINI
BOLOGNA

Almeno quattro donne hanno appena saputo che il loro percorso di fecondazione assistita presso una prestigiosa clinica pubblica del ferrarese era una menzogna.

Lo ha scritto la procura in un avviso di garanzia che ha recapitato a sei tra medici di rango, responsabili e biotecnologi. Erano tutti in servizio presso una struttura che, ieri pomeriggio, l'Ausl ha deciso di chiudere temporaneamente. Questo finché non sarà conclusa un'indagine in cui si ipotizza che addirittura sia stato eseguito un aborto in modo ingannevole, per rimediare a una gravidanza riuscita, dove però l'embrione impiantato sulla paziente era di un'altra donna.

Non è tutto. A due delle donne in questione sarebbe stato detto che l'impianto era stato tentato, quando in realtà non c'era stato. Almeno, questo risulta dal software ospedaliero in cui vengono registrati gli interventi, anch'esso sequestrato dal-

la Guardia di Finanza e dalla pm Barbara Cavallo durante i sopralluoghi.

Oltre all'ospedale, le Fiamme Gialle hanno perquisito anche gli studi e le abitazioni degli specialisti coinvolti. I loro legali, gli avvocati Chiara Campi e Darien Levani, appena ricevuta la documentazione preliminare, spiegano che i loro assistiti «intendono difendersi in ogni sede».

Per quel che riguarda la paziente che era rimasta incinta con l'embrione di un'altra, probabilmente scambiato per errore, gli inquirenti sostengono le sia stato detto che la procedura era fallita e che era necessario effettuare una pulizia dell'utero, prendendo un farmaco specifico: la stavano facendo abortire a sua insaputa, chiedendole di firmare il consenso. Il quarto caso è il minore e tratta di un'ecografia inserita in cartella clinica, ma mai realizzata. Gli inquirenti ipotizzano una serie di reati, da verificare, tra cui false attestazioni cliniche per esami o impianti di embrioni mai ese-

guiti e in un caso un procurato aborto. E, per tutti e sei, l'omissione di atti d'ufficio per non aver fatto i controlli di fertilizzazione il giorno dopo il prelievo degli ovociti, soprattutto nei venerdì e nei prefestivi.

Il Centro di procreazione medicalmente assistita (Pma) dell'Ospedale del Delta di Lagosanto non è nuovo agli scandali, anche se sulla carta vanta una classe di competenza che in Italia hanno solo altre 11 cliniche analoghe. Come ricorda *La Nuova Ferrara*, che ieri ha dato la notizia, il primario Andrea Gallinelli e l'ex responsabile di laboratorio Francesco Capodanno, in primavera sono stati sospesi dall'Ausl perché accusati di mobbing e sessismo in corsia. Concretamente, il primo si sarebbe lasciato andare ad accessi d'ira in cui aveva insultato, tirato il telefono addosso a una collega e sfasciato l'arredamento. L'altro, invece, guardava senza intervenire. La denuncia pubblica è stata veicolata dalla Cgil. Proprio dalle verifiche degli organi di controllo, intervenuti su questo caso, sarebbero emersi i fatti che hanno generato



l'inchiesta, accaduti nello stesso periodo.

Entrambi i professionisti sono ora indagati in una classe di reati ben più gravi, insieme ai colleghi. Il primario Gallinelli, interpellato in proposito alle accuse più recenti, ha rimandato i commenti all'Ausl, da cui fanno sapere di essere pronti a collaborare con le indagini, «as-

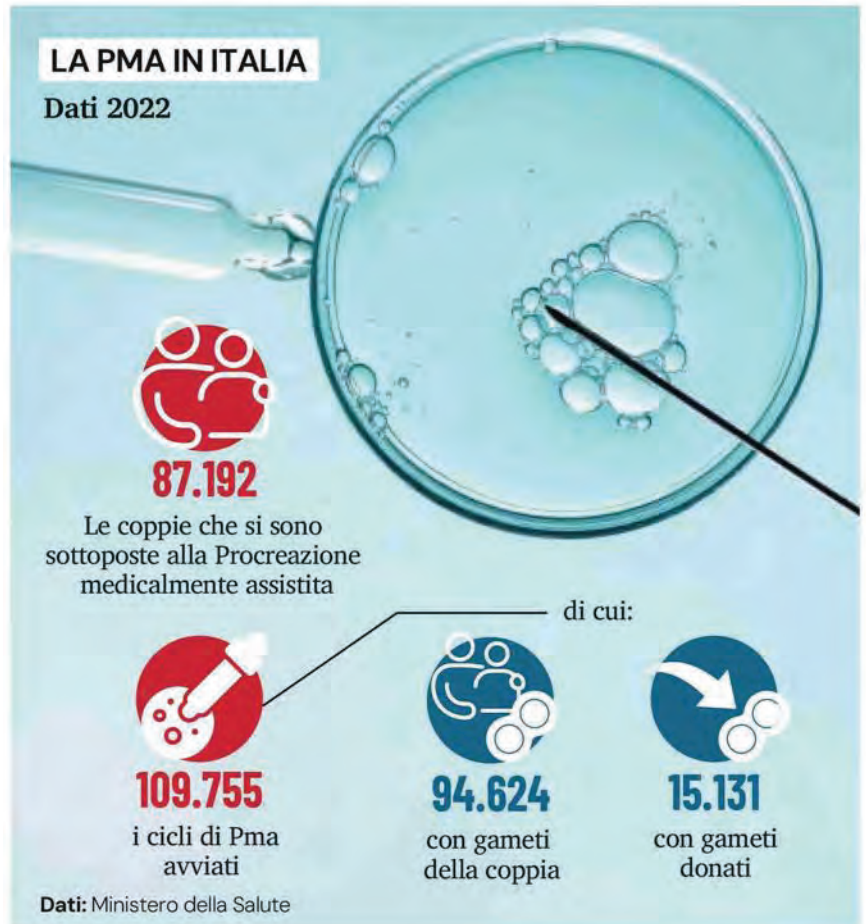
sicuriamo come di consueto, la massima collaborazione agli inquirenti nel cui operato l'azienda ripone massima fiducia».

Le coppie e le donne che fino a ieri erano in cura al Pma di Lagosanto sono state prese in carico da altri centri regionali. —

Almeno quattro le vittime. Nel mirino della procura sei tra medici e biotecnologi

12

Le cliniche in Italia, compresa quella chiusa a Lagosanto (Ferrara), di classe 3, accertate come strutture d'eccellenza



L'ambulatorio dei bimbi circoncisi medico arrestato per 40 interventi

Trento, autorizzazioni mancanti e condizioni igieniche scarse. Alcuni piccoli portati d'urgenza in ospedale dopo l'operazione

di **ALESSIA CANDITO**

ROMA

Un ambulatorio anonimo, con strumentazione più che basilica e un lettino pediatrico dotato di cinghie per tenere fermi i piccoli pazienti. Nascosto in bella vista tra i palazzi di Trento c'era un centro, noto anche fuori regione, dove regolarmente decine di bambini venivano circoncisi. I carabinieri dei Nas hanno accertato almeno quaranta interventi dal 2022, uno ha rischiato di avere esito fatale e anche di questo dovrà rispondere un medico, da ieri ai domiciliari su richiesta della procura di Trento e per ordine del giudice.

A far partire le indagini sono state le segnalazioni di alcuni pediatri, che visitando i loro piccoli pazienti, hanno capito che erano stati sottoposti all'operazione. E non sempre era stata eseguita a regola d'arte. Sotto i ferri sono finiti poco più che neonati e bambini fino a otto anni e proprio per uno dei più grandi l'intervento ha rischiato di essere fatale. Per sedarlo, il medico gli ha somministrato una dose eccessiva di benzodiazepine, che ha reso necessario l'immediato tra-

sferimento in ospedale. Per gli investigatori, a cui dal pronto soccorso hanno segnalato il caso, è stato un campanello d'allarme e un motivo in più per chiudere in fretta un'indagine già da tempo avviata e che ha potuto contare anche sulla collaborazione dei genitori, per lo più di origine straniera.

Nessuno fra loro immaginava che la pratica fosse illegale in regime ambulatoriale, anche sul suo biglietto da visita il dottore si presentava come "esperto" in materia. Alcuni però, spaventati dallo studio più che spartano e tutt'altro che sterile hanno preferito rinunciare a far operare il figlio. Soprattutto per i più grandi, spesso si trasformava in una pratica cruenta: i bambini venivano sedati senza che ci fosse un anestesista in sala, poi legati al letto, mentre il dottore operava senza alcuna assistenza, se non quella del figlio, privo di qualsiasi conoscenza medica o infermieristica certificata.

Non è la prima volta che i Nas scovano un centro di questo genere. Per motivi culturali, religiosi o igienici tra i 4mila e i 5mila bambini ogni anno in Italia vengono circoncisi, ma almeno il 35 per cento finisce per essere operato in ambulatori non autorizzati, o peggio in casa. E in passato – l'ultima volta è

successo nel 2023 in provincia di Roma – l'intervento a volte si è concluso con la morte dei piccoli pazienti.

La pratica in sé è del tutto legale, ma deve essere eseguita in ambiente ospedaliero perché la sedazione, soprattutto di pazienti pediatrici, impone cautele. Quella eseguita per ragioni sanitarie, è coperta dal Servizio sanitario nazionale, ma la circoncisione rituale o culturale – precetto nell'ebraismo e nell'Islam, diffusa fra i cristiani copti, come in alcune tradizioni africane – è quasi ovunque a carico del paziente, con costi spesso proibitivi. Alcune regioni sono corse ai ripari o lo stanno facendo – in Lazio, Marche e Friuli Venezia Giulia basta pagare il ticket – ma da tempo, l'Ordine dei medici chiede che venga inserita fra i Lea, le prestazioni e i servizi che la sanità pubblica deve fornire a tutti i cittadini. Un appello al momento rimasto lettera morta.

La pratica per motivi religiosi è coperta dal servizio sanitario nazionale solo in alcune regioni



Gli strumenti utilizzati dal medico per le circoncisioni e sequestrati dalle forze dell'ordine



Dir. Resp.: Luciano Fontana

SANITÀ

Mille in attesa di trapianto: poche donazioni di organi

Nel Lazio ci sono 1.214 malati, di cui 37 bambini, che aspettano un organo. E per loro il trapianto è l'unica chance di tornare a fare una vita normale. Il numero di coloro, però, che decide spontaneamente di non donare i propri organi, una volta deceduti, nella regione è più alto rispetto alla media italiana e in aumento rispetto al 2024: «La

percentuale — spiega Mariano Feccia, direttore del Centro regionale trapianti del Lazio — è passata dal 31,3 al 41,4. Un andamento riscontrato anche nei dati di opposizione raccolti dall'anagrafe dove, da un 25 si è arrivati al 31% di persone che al momento dell'emissione del documento di identità non dà il consenso al-

l'espianto degli organi». Per gli esperti manca la cultura della donazione.

a pagina **6** **Salvatori**

Lazio, donazione di organi Dicono no 4 cittadini su 10

Aumentano le opposizioni. Restano appesi a un filo 1.214 malati

Tanta richiesta ma poca disponibilità. Nel Lazio ci sono 1.177 adulti e 37 bambini che vivono nella speranza di ricevere un organo sano. Una lista d'attesa che risente delle troppe resistenze per le donazioni e, di conseguenza, per i trapianti. «Dallo scorso anno c'è stato un aumento delle segnalazioni di donatori, da 201 a 241 — ha spiegato Mariano Feccia, direttore del Centro regionale trapianti del Lazio —, così come sono salite da 11 a 16 le donazioni Dcd (a cuore fermo, ndr). Ma il problema vero è l'incremento delle opposizioni».

Il numero di coloro che decide spontaneamente di non donare i propri organi, una volta deceduti, nella nostra regione è più alto rispetto alla media italiana e in aumento rispetto al 2024: «La percentuale — continua Feccia — è passata dal 31,3 al 41,4 per cento. Un andamento riscontrato anche nei dati di oppo-

sizione raccolti dall'anagrafe dove, da un 25 si è arrivati al 31% di persone che al momento dell'emissione del documento di identità non dà il consenso all'espianto degli organi». Un simile rifiuto ha conseguenze importanti: rallenta le attività dei centri trapianti e di fatto nega la possibilità di una nuova vita a chi, versando in condizioni gravissime, rimane appeso a una speranza. I dati raccolti dal centro del San Camillo parlano infatti di una sostanziale stabilità: se nel 2024 sono stati effettuati 325 trapianti, tra gennaio e ottobre di quest'anno se ne sono contati 272. Per una media costante di 27 al mese. «In realtà i trapianti di rene da cadavere da 123 sono scesi a 81 a fronte di un lieve incremento di donazione da vivente (38 contro 43). Mentre restano stabili quelle di cornea: dalle 303 del 2024 alle 306 del 2025». L'organo più trapiantato è il fegato (131),

seguito dal cuore (22) e dal polmone (6). Mentre tra le cause più comuni di decesso per i donatori emorragia cerebrale, encefalopatia, ictus, neoplasia e trauma cranico.

Lo scoglio maggiore da superare resta la barriera culturale che impedisce di donare. «L'aspetto sociale di opposizione preoccupa sia a livello nazionale che regionale — conclude Feccia —. Occorre fare qualcosa, ottimizzare le informazioni fornite all'anagrafe, spiegare che un organo rappresenta una terapia unica per pazienti terminali». Dello stesso parere anche Monica Rocco, responsabile di Terapia intensiva e rianimazione dell'ospedale Sant'Andrea: «Purtroppo, da quando il consenso viene



chiesto al cittadino al momento della sottoscrizione della carta d'identità il numero delle opposizioni è aumentato in maniera rilevante — ha spiegato —. Troppo spesso, ci troviamo con le mani legate e nell'impossibilità di ottenere la donazione di un organo. Quel "no", espresso in modo frettoloso e poco consapevole, dura dieci

anni e sta rischiando di condizionare negativamente la nostra capacità di individuare organi compatibili per i tantissimi pazienti in attesa di un trapianto».

Clarida Salvatori

1.177

Adulti in lista

Nel Lazio ci sono 1.177 adulti che sono in lista d'attesa e vivono nella speranza di ricevere un organo sano

37

Bambini

Sono quelli presenti nelle liste d'attesa del Lazio che attendono di poter essere sottoposti a un trapianto

241

Segnalazioni

Dallo scorso anno c'è stato un aumento delle segnalazioni di donatori, da 201 a 241 con un più 17,9 per cento

41,4

La percentuale

Tante sono le persone che decidono spontaneamente di non donare i propri organi e tessuti, una volta deceduti



Sala operatoria Un recente trapianto eseguito nel San Camillo



Il dottor Tritapepe, primario di Rianimazione del San Camillo**«Trapianti unica via, pazienti senza altre chance»**

«**I**l trapianto è una terapia unica per pazienti terminali che non hanno altre chance»: l'assunto di Luigi Tritapepe, direttore dell'unità di Anestesia e rianimazione del San Camillo (che il 12 e il 13 dicembre all'Auditorium del Massimo tratterà l'argomento al convegno Romanesthesia), andrebbe inciso in modo indelebile per far comprendere l'importanza della donazione. «I tempi lunghi delle liste d'attesa sono pazienti che perdiamo». **Perché secondo lei questa forte resistenza?**

«Incapacità di comprendere. Eppure siamo un Paese cattolico. La gente ha paura che acconsentire alla donazione significhi rischiare il blocco delle cure. Ma non è così. Il processo di espanto inizia solo a decesso certificato. E con la Dcd (donazione a cuore fermo, ndr) solo dopo l'avvenuto arresto cardiaco con esito terminale».

Come far capire l'importanza del gesto?

«Servono campagne di sensibilizzazione, anche negli uffici anagrafe dove si esprime l'opposizione. Bisogna instillare la goccia continua della cultura del dono già nelle scuole

e la fiducia nell'atto medico. Ed evitare le distorsioni sul web».

Ci sono situazioni in cui non si può donare?

«Non ci sono preclusioni, salvo per patologie infettive gravissime e metastasi diffuse. Il parco umano di potenziali donatori è vastissimo. Abbiamo trapiantato anche un fegato donato da un 96enne».

Va cambiata la mentalità quindi?

«Bisogna superare l'impostazione di solidarietà davanti a una catastrofe e diffondere quella di solidarietà perenne».

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'anestesista
Luigi Tritapepe
del San Camillo



Gemelli, terapia genica per un uomo con emofilia «Prima volta nel Lazio»

L'INNOVAZIONE

Il Policlinico Gemelli, per la prima volta nel Lazio, ha offerto a un paziente affetto dalla forma più grave di emofilia A - malattia genetica rara che colpisce circa 1 persona su 5.000 - una possibilità unica: la terapia genica. David, 29 anni, ha vissuto tra infusioni bi-settimanali di fattore VIII e la costante preoccupazione di sanguinamenti improvvisi. E anche se la terapia genica ha costi elevati, per i pazienti come David rappresenta l'unica strada possibile verso un futuro più libero.

COME FUNZIONA

L'innovazione sviluppata dalla

biotech americana BioMarin funziona come un "aggiornamento" genetico: con un'unica infusione endovenosa, una copia funzionante del gene del fattore VIII viene introdotta nel fegato, permettendo così al corpo di produrre da sé la proteina, indispensabile per la coagulazione del sangue. Dopo qualche settimana di attesa, a inizio ottobre David ha cominciato la terapia e in poche ore ha toccato con mano i primi risultati: il suo organismo sta già producendo il fattore VIII. A guidare la procedura il team della UOSD "Malattie Emorragiche e Trombotiche" del Gemelli, con il supporto del dottor Domenico Tarantino e del personale infermieristico coordinato da Carmelina Melchionda. Il direttore della UOSD, il professor Raimondo De Cristofaro, ha definito la terapia «una

svolta straordinaria, perché affronta la causa genetica della malattia e non solo i sintomi. Vedere i livelli di fattore VIII aumentare spontaneamente è un'emozione indescrivibile». Il presidente dell'Associazione Emofilici Lazio, dottor Ernesto Borrelli, ha parlato di un traguardo che «conferma l'eccellenza delle cure nel Lazio» e di «una frontiera medica attesa da anni e resa possibile grazie alla dedizione dei medici».

Roberta Cuboni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ingresso del Policlinico Gemelli

