

17 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



la Repubblica



Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
MARIO ORFEO

R50



IN REGALO CON REPUBBLICA

Natale con i gialli d'autore
Domani e mercoledì
il secondo e terzo romanzo

Lunedì
17 novembre 2025

Anno 32 - N° 45

Oggi con *Affari&Finanza* e libro
"I gialli di Natale - Camilleri"

In Italia € 1,90

Mattarella: un crimine le guerre d'aggressione

Dal Bundestag a Berlino il presidente paragona l'Ucraina a Gaza
E sul rischio atomico avverte: all'orizzonte nuovi dottor Stranamore

Kiev non deve
restare sola

di PAOLO GENTILONI

Sarà un inverno difficile per l'Ucraina. La guerra, ormai lunga quanto quelle mondiali del secolo scorso, si è aggravata nelle ultime settimane: ogni notte è una notte di sirene e di bombe, di vittime civili innocenti, di reti elettriche così seriamente danneggiate da lasciare le case al freddo e al buio. È ora di far vedere, nelle piazze e nelle sedi decisionali, che a questa guerra atroce non siamo indifferenti, ora che la popolazione civile rischia una vera crisi umanitaria. È proprio il caso di dire, anche alle forze politiche italiane: se non ora, quando?

Le difficoltà non giungono solo dai fronti del Donbass, dove i russi sono all'offensiva e dove Putin sacrifica migliaia di soldati — oltre duecentomila morti solo quest'anno — per guadagnare qualche chilometro. A complicare il quadro è arrivato infatti lo scandalo delle tangenti di Energoatom.

continua a pagina 12

MANIDIAMO UNTELEGRAMMA
AGLI UCRAINI: "VI SIAMO VICINI".



«La guerra di aggressione è sempre un crimine», ha detto il presidente della Repubblica Sergio Mattarella parlando al Bundestag a Berlino. E ha messo in guardia dai «nuovi dottor Stranamore» che amano la bomba.

di DE CICCO, GINORI, MASTROBUONI, MASTROLILLI e VECCHIO alle pagine 2, 3 e 4

Dietrofront Fdl sui limiti allo sciopero
la Lega insiste sull'età pensionabile

di GIUSEPPE COLOMBO e VALENTINA CONTE a pagina 9

FLYERALARM.it

TIPOGRAFIA ONLINE

**STAMPIAMO
TUTTO**

Anche gli Attacchi D'Arte

Trustpilot



LE IDEE

di CONCITA DE GREGORIO

Se tutti ignorano
la resistenza
della classe media

L'altro giorno in libreria una donna più o meno della mia età accompagnata dalla figlia mi ha avvicinata e mi ha detto: il suo libro è il prossimo nella nostra lista dei desideri, sa? Glielo compro per Natale — ha indicato con un cenno della testa la ragazza — con la tredicesima. Hanno sorriso entrambe. Ho pensato: glielo regalo. No, magari si offendere.

a pagina 12



Figuraccia Italia
ne prende quattro
dalla Norvegia

di CURRÓ, SERENI e VANINI

alle pagine 36 e 37

LA STORIA

di CARLO VERDONE

Io, sindaco di Roma
per un giorno
sarò nelle periferie

Certo che sono emozionato. Ci mancherebbe. Questo pensiero nei miei confronti mi fa sentire ancora più legato a questa città: eterna, delicata, maestosa, austera, caotica, misteriosa ma tanto tanto poetica. Questo regalo che ricevo dalla mia città è il frutto di come mi hanno insegnato a osservarla i miei genitori.

a pagina 25
con un servizio di MARCECA

LUNEDÌ 17 NOVEMBRE 2025

www.corriere.it

In Italia (con "L'Economia") EURO 2,00 | ANNO 64 - N. 45

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02-62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06-688281

Difficoltà e forza

LE CARTE
CIE HA
MILANO

di Aldo Cazzullo

La questione più discussa in settimana dai lettori del *Corriere* è stata quella posta da Ferruccio de Bortoli su Sette, nell'articolo dal bellissimo titolo *Milano ti amo, ma non mi piaci più*. Da Bortoli come sempre coglie nel segno. I milanesi sono legatissimi alla loro città; e nello stesso tempo faticano a riconoscerla, e a viverci.

A giudicare dalle reazioni dei lettori, Milano è considerata da una parte una città attrattiva, in particolare per i benestanti e per i giovani che possono permettersela, e dall'altra una città respingente per chi non ne regge i ritmi e la crescita dei prezzi, in particolare per gli anziani.

Milano, si dice da sempre, è la nostra New York. Il problema è che sta diventando come New York anche nel senso che vi si vive a rotazione. Il che è tipico della cultura americana, meno della nostra. Negli Stati Uniti quasi nessuno nasce, vive e invecchia nello stesso posto. New York, in particolare Manhattan, è una città in cui si arriva, ci si forma, spesso ci si arricchisce, per poi lasciarla verso luoghi dove i ritmi, i prezzi, il peso fiscale sono più bassi (e le temperature più alte). Sui accadendo lo stesso anche a Milano, che attrae e nello stesso tempo logora, esaurisce, espelle.

Intendiamoci: Milano resta una città necessaria. L'unica metropoli italiana. Gli altri due vertici dell'antico triangolo industriale, Torino e Genova, non hanno retto il passo, infatti diventano città rifugio per chi, grazie anche al lavoro a distanza e ai treni veloci, vi prende casa pur continuando a gravitare su Milano.

continua a pagina 28

Azzurri travolti

La Norvegia ce ne fa 4
Ora si va ai playoffdi Condò, Passerini, Roncone
e Tomaselli alle pagine 40 e 41

Alessia Orro

«Lo stalker mi ha tolto
la spensieratezza»di Elvira Serra
a pagina 27

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02-63576730
mail: servizioclienti@corriere.it

VALLEVERDE

Tennis A Torino battuto Alcaraz in due set

Sinner trionfa
nella grande sfida
tra fenomenidi Gaia Piccardi
alle pagine 36, 37 e 39Fuochi d'artificio
Poi ha vinto la testa

di Adriano Panatta a pagina 36

Una bella rivalità
che diventerà storia

di Marco Imanisio a pagina 37

Il discorso a Berlino, Kiev, ancora tensioni nella maggioranza

Affondo del Colle «Crimine la guerra d'aggressione»

Mattarella: fermare i nuovi dottor Stranamore

Mattarella: «Troppi dottor Stranamore che amano la bomba atomica. La guerra d'aggressione è un crimine...»

da pagina 2 a pagina 6

COLLOQUIO CON LA RUSSA

«L'Ucraina va aiutata»

di Marco Galluzzo

a pagina 5

Sicurezza,
tutti i numeri
(e i fatti)

di Milena Gabanelli

Sicurezza: introdotti 15 nuovi reati e aumentate le pene, per esempio fino a 5 anni di reclusione nei casi di accattivaggio con minori. Ma sono davvero le risposte adeguate? Perché le forze dell'ordine sono sotto organico, manca coordinamento e le pene sono inapplicabili.

a pagina 19

IL CASO

Dimagrire
con le punture
Il boom, i rischi

di Candida Morillo

Sì fa, ma non si dice. Gli italiani ricomono alla semagliazione per perdere peso. Un boom rischioso.

a pagina 23

MUORE L'AMICO

Lo schianto,
poi si finge
soccorritore

di Cesare Giuzzi

a pagina 17

Dare per scontato



da sua riduzione odierna: il bisogno

continuo di choc dopaminergici da post

e video per dimenticare quanto siamo in-

soddisfatti della vita, «surprese» che in-

vece di renderci vivi ci addormentano,

perché sono dipendenze. Le vere sorpre-

se (dal latino *super prendere*: afferrare

dall'alto, esser «levati», «sollevati») do-

nano invece una leggerezza che non è fu-

ga ma pieno possesso della vita, liberano

perché «sorprendersi» è fare esperienza

della gratuità, cioè sentire che la vita è da-

ta, gratis, anche nel ripetersi. Un arcobaleno

è sempre sorprendente, così come l'Allegro della Primavera di Vivaldi. Co-

me fare allora a essere ordinariamente

aperti all'effetto sorpresa della realtà senz'a

la quale esser felici è impossibile?

continua a pagina 24

Il nuovo libro di

VITTORIO SGARBI

Il cielo più vicino

La montagna nell'arte

LA GUIDA AI MIGLIORI 100 VINI
E VIGNAIOLI D'ITALIA

A CURA DI LUCIANO FERRARIO E JAMES SUCKLING



In edicola dal 28 ottobre

CORRIERE DELLA SERA

Periodico di proprietà di RAI - 101 - ISSN 2013 (anno 160) - 17.11.2025

51117
9 771120 498008

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ

Atomic Ai, così le big tech ora puntano sull'atomo

SARATIRRITO — PAGINA 24

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ



LA TECNOLOGIA

Se l'innovazione sulla Terra si conquista nello Spazio

STEFANO CORGNATI — PAGINA 29

LA CULTURA

Camurri: "Invece della paura deve guidarci lo stupore"

SIMONETTA SCIANDIVASCI — PAGINE 30 E 31

1,90 € | ANNO 159 | N. 317 | IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) | SPEDIZIONE ABB. POSTALE | DL.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) | ART. 1 COMMA 1, DCB-T0 | WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 17 NOVEMBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATO NEL 1867



GNN

MANOVRA, RETROMARCA SULLE NORME DI ADESIONE ALLO SCIOPERO. SUL CONDONO PIANTEDOSI ATTACCA, SCONTRO CON L'OPPOSIZIONE

"Menovisite private in ospedale"

Il ministro Schillaci: stop alla libera attività dei medici in caso di liste d'attesa pubbliche troppo lunghe

L'ANALISI

Un piano per battere l'inverno demografico

ELSA FORNERO

Che l'Italia stia invecchiando rapidamente (più degli altri Paesi Europei) non è soltanto un dato statistico ma piuttosto un'esperienza comune, qualunque luogo si frequenti. — PAGINA 4

IL CASO

Italia e gender gap il baratro dei salari

CHIARA SARACENO

Abbiamo una premier donna e donne sono la segretaria del maggior partito di opposizione e quella di uno dei tre maggiori sindacati, ma l'Italia continua a non brillare per parità di genere. Nel 2024 è risultata ottantacinquesima su 148 Paesi a livello mondiale, secondo il Gender Gap Index del World Economic Forum che analizza 4 dimensioni fondamentali. — LUISE — PAGINE 7 E 28

IL DIBATTITO

Ainis: "Il voto online contro l'astensione"

ALESSANDRO DIMATTEO

L'astensionismo è un veleno, «intossica la democrazia» e per combatterlo bisogna puntare sull'«educazione», magari, sfruttare la rivoluzione digitale contro sé stessa». Michele Ainis, costituzionalista, non si scandalizza all'idea lanciata ieri su *La Stampa* dal direttore Andrea Malagutti di rendere obbligatorio l'esercizio del diritto di voto, una provocazione che affronta il tema della partecipazione democratica. — PAGINA 11

PAOLO BARONI, PAOLO RUSSO

Meno visite private in ospedale e più assistenza domiciliare: lo vede il ministro della Salute Schillaci. Dalla Manovra scompaiono le misure sugli scioperi. — PAGINE 2-6

Lo Russo: "La sicurezza è anche di sinistra"

GIUSEPPE SALVAGGIOLO — PAGINA 13

LO STRAPPO SULLE FORNITURE ALL'UCRAINA

Armi Nato a Kiev l'Italia prende tempo

MARCO BRESOLIN

Dopo oltre due mesi di rallentamento, si rimetta in moto la macchina di "Purl", il programma Nato di acquisto di armi americane da parte degli alleati per rifornire l'Ucraina. — CAPURSO — PAGINE 8 E 9

Perché Zelensky non è volato a Roma

ILARIO LOMBARDI

I governi alleati non è chiarissimo come mai il vicepresidente del Consiglio Salvini possa così smaccatamente smaccare rispetto alla linea di politica estera del suo stesso esecutivo. — PAGINA 9

UN INCONTRO STELLARE TRA DUE MARZIANI CONSEGNA A SINNÉ IL BIS ALLE FINALS: AL CARAZKO IN 2 SET



Quell'amore di Jannik per Torino

GIULIA ZONCA — PAGINA 34

Noi, pazzi per questo tennis

GIOVANNI VERONESI — PAGINA 29

MARCUBERTORELLO/AGF

IL CALCIO

La Norvegia affonda l'Italia Rischio Svezia ai playoff



l'Italia si inabissa contro la Norvegia e conclude con un netto 1-4 il girone di qualificazione ai Mondiali. Ora i playoff: gli azzurri potrebbero pescare la Svezia. — PAGINA 37

LE IDEE

L'uomo che si crede Dio e l'utopia di renderci liberi

MASSIMO CACCIAI

I progressi nelle ricerche bio-mediche, così come quelli nel campo dell'Intelligenza Artificiale volti a produrre una "macchina sapiens" indistinguibile dall'intelligenza umana, accrescono la sproporzione tra la potenza del sistema Tecnico-economico e le forme proprie delle democrazie occidentali. — PAGINA 22



IL RACCONTO

Quella lezione dei bambini Il futuro è nella meraviglia

MAURIZIO MAGGIANI

Dopo più di mezzo secolo sono tornato nella scuola dove ha avuto inizio il mio lavoro di maestro. Questo sono, un maestro di scuola, ancora penso che sia stato il mio lavoro più bello e interessante e formativo dopo i miei cento lavori, le mie molte vite, le mie fortune e le mie sfortune. — PAGINA 22



ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it

Tel. 348 3582502

VALUTAZIONI GRATUITE IN
TUTTA ITALIAIMPORTANTI COLLEZIONI O
SINGOLI OGGETTI



21 € 1,40 * ANNO 147 - N° 317
Serie A P. 0333/0303 come L. 402/2004 usc. 12 (03-01)

Lunedì 17 Novembre 2025 • S. Elisabetta

**Esce il 15° romanzo
Una rapina-beffa
E Rocco Schiavone
torna a indagare**

Da Palo a pag. 20

Il Messaggero

NAZIONALE



**A Milano finisce 1-4
Italia, incubo
Norvegia. Gattuso
«Chiedo scusa»**

Angeloni e Carino nello Sport



**In tour col disco "1998"
Coez: «A Sanremo
non mi ci vedevò
Ma ora perché no?»**

Marzi a pag. 21



51117
8771129622404

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)

**La crisi tedesca
SE LA CINA
METTE
BERLINO
ALL'ANGOLO**

Roman Prodi

Non è una novità che i progressi della Cina e le chiusure degli Stati Uniti stiano creando seri problemi all'economia europea. Siamo tuttavia obbligati a dedicare una riflessione particolare alle difficoltà nelle quali si trova l'industria tedesca, fino a poco tempo fa oggetto di esempio e ammirazione da parte del mondo intero.

Un'industria che, anche se particolarmente presente in tutti i mercati internazionali e specializzata nella produzione di beni ad elevato livello tecnologico, ha subito in modo peculiare l'ascesa quantitativa e qualitativa dell'industria cinese, anche nei settori in cui la sua primazia era indiscutibile. Il caso più noto è l'automobile, settore in cui i produttori tedeschi sono progressivamente passati da una produzione di sei a quattro milioni di vetture, cedendo alla Cina il primato nel comparto più innovativo dell'auto elettrica. La crescita della concorrenza si è tuttavia materializzata in tutti i settori produttivi: nel quelli in Germania ha sempre goduto di una forza straordinaria, come la chimica e la meccanica strumentale, dove il suo ruolo di punta era ampiamente riconosciuto. Questo mutamento della concorrenza mondiale, ha provocato una perdita di duecentocinquanta mila addetti nell'industria nazionale rispetto al periodo immediatamente anteriore al Covid.

La crisi si è molto aggravata negli ultimi mesi nei quali, alla concorrenza cinese, si è aggiunto il dazio americano che, alla tariffa del 15% (...)

Continua a pag. 16

Mattarella: chi colpisce i civili non resti impunito

► Discorso al Bundestag
«Troppi Stranamore
che amano la bomba»

BERLINO Mattarella, durante il discorso al Bundestag, avverte che la crescita di atteggiamenti aggressivi e la messa in discussione dei trattati nucleari rischiano di riaprire un "vaso di Pandora" globale. E ribadisce che chi colpisce i civili non deve restare impunito.

Bussotti a pag. 7

Verso le Regionali

**Salvini: Zaia venga
in Parlamento
Ma lui: prima il Veneto
Ileana Sciarra**

Salvini invita Zaia a valutare un seggio in Parlamento ma lui preferisce restare in Veneto.

A pag. 9

Mercoledì il ddl in Consiglio dei ministri

**Morosi e abusivi, sfratti in 10 giorni
Anche per le seconde o terze case**

Valentina Pigliantile

Il governo prepara un ddl per velocizzare gli sfratti per morosità, con esecuzione automatica entro dieci giorni. La norma prevede anche procedure snelle per liberare seconde, terze e quarte case occupate abusivamente.

A pag. 5

I segnali della Ue

**PERICOLOSO
RIVIARE
L'EURO DIGITALE**

Angelo De Mattia

Dalle diverse indagini condotte in questi ultimi mesi si ricava un aumento (...)

Continua a pag. 16

Statali, aumenti fino a 184 euro

► Subito al via i tavoli per il rinnovo dei contratti 2025-2027: disponibili quasi 10 miliardi
► Manovra, asse bipartisan in Parlamento per la proroga di Opzione Donna e Quota 103

Andreoli, Bisozzi e Pira alle pag. 2 e 3

Jannik grandissimo, in due set batte Alcaraz: Torino è sua



**Trionfo alle Atp Finals
il Maestro resta Sinner**

La vittoria di Sinner su Alcaraz in due set a Torino

Nello Sport

**Allarme giovani
la nuova droga
si trova al market**

► Il "gas della risata" in bombolette da pochi cent
La crisi dei Serd: più richieste ma pochi operatori

ROMA L'uso ricreativo del pro-tossicodetto "gas esilarante", è in crescita e provoca effetti immediati di euforia ma rischi gravi per la salute, dal-formicolio a neuropatie spinali. I Serd, con 134 mila pazienti ma 1900 specialisti in meno, sono in affanno: ogni operatore segue fino a 37 persone.

Mori e Pace alle pag. 10 e 11

A Frosinone

Preso a martellate:
lo aveva confuso per
l'amante della moglie

FROSINONE Manager di Bologna aggredito da un uomo che lo scambia per l'amante della ex moglie. Pernarella a pag. 12

La fine della storia



Totti-Ilary, 21 marzo
l'udienza di divorzio
Lei pensa a risposarsi

Valeria Di Corrado

I 21 marzo segnerà la fine del
matrimonio tra l'ex capitano
della Roma e Ilary che ora
pensa a risposarsi con Bastian
Müller.

A pag. 13

AFFRETTATI! IL CONCORSO STA FINENDO

DAL 5 SETTEMBRE AL 30 NOVEMBRE 2025 concorso a premi

500.000 di Buoni Spesa

vincite immediate

Pewex



**Il Segno di LUCA
CAPRICORNO
NUOVE OPPORTUNITÀ**

La Luna ti sfida a dare il massimo nel lavoro, offrendoti opportunità che mettono sotto la luce dei riflettori, esponendoti più del solito e consentendoti di far valere la tua capacità di raggiungere accordi anche in situazioni delicate. Giove alimenta il tuo entusiasmo e la fiducia con cui ti rivolgiti agli altri, pronto a stipulare alleanze e a far nascere nuove collaborazioni. Le difficoltà che affronti sono soprattutto emotive.

MANTRA DEL GIORNO
Un battito d'ali e il mondo si muove.

C'è UN'OCCASIONE INESPLICABILE

L'oroscopo a pag. 16

* Tandem con altri quotidiani (non assolutamente separati) nelle province di Matera, Lecce, Bari e Taranto, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20, la domenica con Tuttomondo € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40; nel Molise, Il Messaggero - Primo Piano € 1,50; € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50; "Vocabolario Romanesco" € 9,90 (Roma).

MANOVRA, RETROMARCA SULLE NORME DI ADESIONE ALLO SCIOPERO. SUL CONDONO PIANTEDOSI ATTACCA, SCONTRO CON L'OPPOSIZIONE

“Meno visite private in ospedale”

Il ministro Schillaci: stop alla libera attività dei medici in caso di liste d'attesa pubbliche troppo lunghe

PAOLO BARONI, PAOLO RUSSO

Meno visite private in ospedale e più assistenza domiciliare: lo prevede il ministro della Salute Schillaci. Dalla Manovra scompaiono le misure sugli scioperi. — PAGINE 2-6

Orazio Schillaci

“Potenziare l'assistenza domiciliare Pronti a sospendere l'intramoenia”

Il ministro: “Con liste d'attesa troppo lunghe stop all'attività privata dei medici negli ospedali”

L'INTERVISTA

PAOLO RUSSO

ROMA

Case di comunità per superare la divisione tra cure mediche e accudimento senza senso per i grandi anziani e assistenza domiciliare capillare insieme a politiche per l'invecchiamento attivo. Sono queste le carte sulle quali punta il ministro della Salute, Orazio Schillaci, per vincere la sfida lanciata alla sanità dall'invecchiamento della popolazione. E sulle liste di attesa lancia il guanto di sfida: «stop momentaneo all'attività libera professionale dei medici negli ospedali quando lo sbilanciamento dei tempi a favore del privato nega il diritto alle cure». Con 4,6 milioni di over 80 e i centenari raddoppiati a 23.500 in 15 anni, siamo un Paese di grandi vecchi. Come si vince la sfida dell'assistenza sanitaria senza mandare in default le casse dello Stato?

«Se abbiamo tutti questi centenari, significa che il nostro Servizio Sanitario Nazionale qualcosa di buono lo sta facendo. L'Italia è la seconda nazione al mondo per longe-

vità. Ma la sfida vera non è solo vivere più a lungo, è vivere meglio. Questo è l'obiettivo che ci siamo dati al G7 Salute di Ancona: invecchiamento attivo. Per centrarlo serve un cambio di paradigma: meno ospedali, più territorio. Le Case della Comunità non sono un'infrastruttura fine a sé stessa, ma il luogo dove sanità e sociale si incontrano davvero. Per un grande anziano non autosufficiente questa distinzione non ha senso: ha bisogno di cure mediche e accudimento insieme, inscindibilmente. Dobbiamo puntare sull'offerta di servizi concreti, come insegnano i Paesi del Nord Europa. Stiamo potenziando l'assistenza domiciliare integrata, che deve diventare davvero capillare. La sostenibilità non è solo questione di quanti soldi mettiamo, ma di come li spendiamo. Se continuiamo ad avere un serbatoio pieno di buchi, non basta aprire i rubinetti delle risorse».

Tra caro-rette, liste di attesa e giungla dei rimborsi, le Rsa restano un miraggio per molti anziani non autosufficienti. Come favorirne l'accesso a

chi ne ha più bisogno?

«Le recenti sentenze della Cassazione e del Consiglio di Stato hanno creato aspettative fraintese. Molte famiglie credono che le Asl debbano coprire il 100% delle rette Rsa, ma non è così. Il pieno rimborso sanitario è previsto solo per i non autosufficienti più gravi, dove è impossibile scindere la componente sanitaria da quella sociale. Servono criteri più chiari, un Isee sanitario più evoluto, che consideri non solo reddito e patrimonio ma anche composizione del nucleo familiare e grado di disabilità di chi ne fa parte. Serve creare criteri più equi di accesso, rafforzare le Rsa pubbliche e migliorare il sistema di accreditamento di quelle private, con control-



LA STAMPA

li rigorosi. La dignità degli anziani non può dipendere dal codice postale o dal conto in banca».

Il peso dell'accudimento degli anziani ricade sui caregiver familiari, in difficoltà a conservare il lavoro, e il 41% finisce per ammalarsi. Come sostenere questo pilastro del welfare?

«I caregiver familiari sono l'architrave invisibile del nostro welfare. Senza di loro, il SSN sarebbe già collassato. L'Italia ha una delle legislazioni più avanzate in Europa con la legge 104, che prevede fino a due anni di aspettativa retribuita. È un diritto importante che dobbiamo far rispettare con più rigore, anche e soprattutto nel settore privato, dove troppo spesso si creano pressioni indebite. Ma non possiamo lasciare sole le famiglie. Per questo stiamo potenziando l'assistenza territoriale: Case della Comunità, Ospedali di Comunità, ADI rafforzata. L'obiettivo è creare una rete che affianchi i caregiver, che li sollevi da alcuni compiti sanitari che possono e devono essere svolti da professionisti».

Servono più infermieri ma non se ne trovano, anche se nella manovra ci sono fondi per assumerne 6.000. Dove li pescherete?

«È la vera emergenza. Nell'immediato attingiamo anche dall'estero con protocolli bilaterali. Ma il tema è rendere attrattiva la professione: formazione specialistica universitaria, super-OSS, aumenti contrattuali. Il capi-

tale umano non si crea per legge ma va coltivato».

Le opposizioni accusano il governo di definanziare la sanità perché il Fondo sanitario rispetto al Pil calerebbe nel triennio. Come replica?

«I numeri parlano chiaro: questa manovra prevede il più grande aumento mai registrato, 136,5 miliardi per il 2025, oltre 10 miliardi in più rispetto al 2022. Il confronto con il Pil è metodologicamente scorretto. Durante la crisi finanziaria del 2007-2008, il suo crollo fece aumentare automaticamente la percentuale del finanziamento sanitario, eppure la sanità subiva solo tagli pesantissimi. Quindi la percentuale cresceva mentre il sistema collassava. Ha senso come parametro? Quello che conta davvero è: quante risorse effettive arrivano? Come vengono spese? Abbiamo Regioni che non hanno ancora utilizzato i fondi assegnati per le liste d'attesa. Questo è il vero scandalo, non il rapporto con il Pil».

La piattaforma Agenas dice che solo il 75% delle prestazioni urgenti rispetta i tempi, mentre quelle meno urgenti sono sempre in ritardo. Il suo piano ha fallito?

«È proprio la piattaforma che ci dice che la tendenza in questi ultimi anni si sta invertendo. Chi applica le norme che abbiamo varato sulle liste d'attesa sta ottenendo performance notevoli. La strada è quella dell'organizzazione seria delle agende, del coordinamento fra pubblico e privato

per garantire il più possibile il diritto alla salute di ogni cittadino, soprattutto se fragile o indigente».

L'intelligenza artificiale trova sempre più spazio in sanità e ricerca. Ma c'è l'allarme che possa sostituire i medici o spingere verso derive eugenetiche, come il sogno della Silicon Valley di figli "più intelligenti e sani". Sono pericoli reali?

«L'IA può rivoluzionare la medicina, ma deve restare al servizio del medico, non al suo posto. Può analizzare migliaia di immagini in secondi, ma la decisione clinica finale resta compito del medico. È un alleato, non un sostituto. Sul fronte della ricerca, servono limiti etici chiarissimi. Progettare esseri umani non è scienza, è eugenetica. Innovazione sì, ma nel rispetto della dignità umana. La sanità digitale è democrazia al servizio dell'uomo».

L'ultimo rapporto segna un +10% dell'intramoenia negli ospedali. È accettabile con queste liste d'attesa?

«La libera professione è un diritto, ma non può negare la prestazione pubblica. Il problema nasce quando ci sono più prestazioni a pagamento che in SSN, quando l'attesa pubblica è di sei mesi e l'intramoenia di due settimane. Se lo sbilanciamento nega il diritto alle cure, è verosimile ipotizzare una sospensione temporanea. Il patto è chiaro: prima il pubblico, poi il privato convenzionato. Dove vediamo criticità, interveniamo per garantire equità».

In Piemonte e altrove si appli-

ca la norma che consente ai cittadini di rivolgersi gratuitamente al privato se non ottengono prestazioni nei tempi dovuti. Non c'è il rischio che si intasino anche le liste del privato?

«È una norma che serve proprio a dare una risposta concreta ai cittadini quando il pubblico non riesce a garantire i tempi. Ma credo sia chiaro a tutti che questa non può essere la soluzione strutturale. Abbiamo finanziato l'acquisto di più prestazioni per abbattere le liste d'attesa, ma la priorità resta riorganizzare l'offerta pubblica. Prendiamo il Piemonte: le ASL hanno dato indicazioni precise per effettuare prestazioni in orari non convenzionali – prefestivi, festivi, serali – in base alle esigenze dei territori. I dati ci dicono che funziona: 199.334 prestazioni erogate in questi slot. Un modello da replicare».



Orazio Schillaci
Ministro della Sanità

Serve un Isee più evoluto che non si basi solo su reddito e patrimonio ma anche su nucleo familiare e disabilità

I caregiver familiari sono l'architrave invisibile del welfare. Senza di loro il Servizio sanitario sarebbe al collasso

Mancano infermieri e stiamo attingendo anche dall'estero il tema però è rendere attrattiva la professione



Sanità
Il ministro della Sanità Orazio Schillaci rivendica lo stanziamento di 136,5 miliardi per il 2025. 10 miliardi in più rispetto al 2022. Ma a malmette che il problema è come vengono spese le risorse



L'INTERVISTA

Schillaci: «L'IA molto utile in sanità, ma certo non potrà sostituire il medico»

ALESSIA GUERRIERI

«L'intelligenza artificiale è un'opportunità, ma anche una grande responsabilità. Il nostro compito è coniugare l'algoritmo con la dimensione umana che resta prioritaria».

ria». Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ragiona con Avvenire sul tema lanciato da papa Leone XIV in settimana su rischi e opportunità dell'IA in ambito sanitario. **L'intervista** a pagina 5



Schillaci: «L'IA sarà molto utile Ma non può sostituire il medico»

ALESSIA GUERRIERI

Roma

Ministro della Salute Orazio Schillaci, partiamo da un tema che sta creando molto dibattito negli ultimi tempi: l'intelligenza artificiale. Il Papa qualche giorno fa, in un video-messaggio al congresso internazionale della Pontificia Accademia per la vita, ha invitato a guardarne le grandi opportunità in medicina, ma ha messo in guardia sui rischi che potrebbero derivarne da un uso non orientato all'uomo e al bene comune. Quale è la sua opinione?

Le parole del Santo Padre richiamano a un principio fondamentale, quello della dignità della persona che si lega a sua volta alla relazione, imprescindibile, tra medico e paziente nel processo di cura. Sono parole che condivido e che rispecchiano la mia opinione come medico e come ministro

della Salute. L'intelligenza artificiale è un'opportunità, ma anche una grande responsabilità. Il nostro compito è coniugare l'innovazione con l'etica, l'algoritmo con la dimensione umana che resta prioritaria.

Come si può, secondo lei, governare questo processo?

Con un approccio saggio verso le innovazioni che, se utilizzate nel giusto modo, possono essere d'aiuto anche a migliorare la relazione tra medico e paziente. La tecnologia, ad esempio, può contribuire a ridurre il carico burocratico per i medici e liberare tempo da dedicare all'ascolto del paziente che in quel momento vive una situazione di vulnerabilità. Stiamo formando i futuri professionisti sanitari e questo significa acquisire le capacità necessarie a gestire i nuovi strumenti tecnologici e preservare il senso profondo della vocazione medica: ascoltare, comprendere, curare.

Pensa che grazie all'IA si pos-

sano risolvere problematiche croniche del nostro Ssn come le liste d'attesa?

Se pensiamo alle liste d'attesa, l'intelligenza artificiale può essere un supporto per facilitare alcuni processi. Penso a sistemi

per gestire meglio le agende e agevolare il rapporto tra struttura e pazienti ma anche alla possibilità, incrociando i diversi dati a disposizione, di riequilibrare la domanda e l'offerta di salute. Abbiamo finalmente un sistema efficace di monitoraggio dei tempi di attesa, Agenas sta lavorando alla Piattaforma per



l'intelligenza artificiale e la sinergia tra questi strumenti può rappresentare un valore aggiunto. Ma anche in questo caso gli algoritmi da soli non bastano. La riduzione dei tempi di attesa dipende, in primo luogo, da un'organizzazione più efficiente dei servizi che a sua volta dipende dalla capacità e dal rigore degli amministratori.

Crede che si arriverà mai a sostituire il medico e il suo rapporto con i pazienti con l'Intelligenza artificiale?

Credo che nessuno voglia vedere in futuro strutture sanitarie popolate da robot. La sola idea prefigura scenari di solitudine e smarrimento. Nessun algoritmo potrà mai sostituire la centralità del medico nei processi decisionali e nel rapporto con il paziente che non è fatto solo di procedure cliniche ma di ascolto, di empatia e di supporto. Alla macchina manca la dimensione umana ed emotiva che invece è fondamentale nella relazione di cura. Ricordiamoci che l'intelligenza artificiale aiuta il medico nel fornire dati e analisi ma poi spetta a lui, con la sua competenza, interpretarli tenendo conto delle condizioni specifiche di ciascun paziente. È importante, in questo dibattito sull'intelligenza artificiale, tenere a mente la differenza tra "curare" e "prendersi cura" che significa occuparsi e preoccuparsi del paziente nella sua complessità. Il clinico cosciente sa che nella tecnologia ha a disposizione un alleato da cui potrà sentirsi talvolta persino sfidato, ma alla fine si affiderà alla sua conoscenza e sapienza.

Non pensa che invece l'IA possa aumentare le disegualanze per i pazienti tra quelle strutture o regioni che la usano e quelle che non la utilizzano?

È un rischio da non sottovalutare e di cui c'è consapevolezza. Ritengo che l'innovazione sia davvero utile solo se è a beneficio di tutti e quindi deve essere al servizio dell'equità. Penso alla telemedicina che pure può avvalersi dell'intelligenza artificiale. Sono servizi che riducono distanze e disparità e permettono a una gestione più efficace dei pazienti fragili come gli anziani e i malati cronici. Ma se non vengono garantiti in tutti i contesti territoriali, di fatto si traducono in una forma di disegualanza. È proprio quello che dobbiamo evitare. Il nostro impegno va nella direzione di garantire l'equità.

Il ministero che guida ha investito risorse del Pnrr sulla modernizzazione del sistema anche con progetti sull'IA, in cosa consistono?

Come ho ricordato, uno degli investimenti del Pnrr riguarda la realizzazione di una Piattaforma di Intelligenza artificiale per supportare i professionisti sanitari che lavorano nel contesto dell'assistenza territoriale e per ridurre il carico amministrativo e organizzativo. Inoltre, stiamo sviluppando l'Ecosistema dei dati sanitari, integrato con le informazioni del Fascicolo sanitario elettronico, che potrà trasformare informazioni cliniche strutturate in servizi intelligenti anche con sistemi di alert in presen-

za di anomalie. E stiamo disciplinando l'uso dell'intelligenza artificiale da applicare in relazione ad alcuni elementi del Fascicolo sanitario elettronico. Oltre al Pnrr, il ministero ha finanziato progetti delle Reti Ircs realizzati in ambito oncologico, neurologico e cardiologico che applicano anche l'intelligenza artificiale per finalità di ricerca e di prevenzione.

Ora passiamo ai problemi aperti del Ssn, come le liste d'attesa e la carenza di alcune categorie di medici e infermieri. Quale è il piano per affrontarli?

Nella finanziaria all'esame del Parlamento ci sono fondi per le assunzioni e per aumentare ulteriormente le indennità di specificità, in modo più significativo per gli infermieri. Come noto, la carenza di medici riguarda soprattutto alcune specializzazioni meno attrattive su cui siamo intervenuti pagando di più i contratti. Per gli infermieri, la situazione è più critica. Abbiamo avviato tre nuove lauree magistrali, detassato gli straordinari al 5% e lavoriamo con gli Ordini per maggiori possibilità di crescita professionale. Ed è stata approvata la riforma delle professioni sanitarie per potenziare le competenze e le prospettive di carriera. Sono solo alcune delle misure adottate per valorizzare il personale sanitario, ma è chiaro che si deve agire più fronti per rispondere a una criticità che non nasce oggi e che richiede tempo. Sulle liste d'attesa, per la prima volta c'è una legge che indica strumenti per servizi più efficienti.

Dove è applicata, vediamo i primi risultati con l'incremento di prestazioni ai cittadini che devono poter fare visite ed esami nei tempi giusti.

Le Regioni spesso manifestano la mancanza di trasferimenti di fondi adeguati? Dove è il problema?

Credo si debba riconoscere a questo governo di non aver lessinato impegno nello stanziare risorse sulla sanità, anzi. Il fondo sanitario nel 2022 era a 125 miliardi e nel 2026 raggiungerà quasi i 143 miliardi. La chiave resta però come si spendono queste risorse. Spesso ci troviamo di fronte a problemi dovuti per lo più a una scarsa efficienza nell'organizzazione e su questo serve uno sforzo maggiore da parte di chi deve erogare i servizi sui territori. I fondi ci sono ma a volte, come abbiamo visto in passato anche per le liste d'attesa, non vengono spesi, spesi male o per finalità diverse da quelle per cui erano previsti. Su questo, il ministero vigila con attenzione perché non dobbiamo dimenticare che il nostro unico interesse è dare risposte adeguate ai bisogni di salute dei cittadini.

L'INTERVISTA

Il ministro della Salute assicura di «non sottovalutare» il rischio che le nuove tecnologie aumentino il divario sanitario tra le Regioni. «In manovra i fondi ci sono, ma vanno spesi bene»

«Le parole di Papa Leone XIV richiamano a un principio fondamentale, la dignità della persona L'Intelligenza artificiale è un'opportunità, il nostro compito però è coniugare l'innovazione con l'etica»



Rsa, la corsa a ostacoli

Costo delle rette in crescita

liste d'attesa di un anno

e rimborsi col contagocce

I prezzi si aggirano sui 3.000 euro mensili, metà dei quali a carico delle Asl
Spesso però i limiti di legge fanno ricadere tutta la spesa sulle famiglie

ROMA

Non siamo più un Paese d'anziani ma di grandi vecchi, con ormai 4,6 milioni di over 80, quasi altrettanti non autosufficienti e 23.500 centenari, il doppio rispetto a 15 anni fa. E siccome anche l'età dei figli che spesso fanno loro da badanti è elevata, è facile capire perché per i nostri ottuagenari (e oltre) ci sia sempre più bisogno di strutture in grado di accoglierli, da un punto di vista sanitario ma anche assistenziale. Di Rsa, insomma, dove oggi solo il 6,3% di loro riesce però a trovare posto. Perché le rette sono in aumento, Comune e Asl che vai rimborsi che trovi, mentre le liste di attesa vanno dai 6-8 mesi del Centro-Nord a un anno e oltre nel Sud e in Toscana, rileva Anaste, una delle associazioni dei gestori delle Rsa. Che per molti grandi vecchi restano un miraggio. Mentre chi riesce ad entrarvi deve poi fare i conti con la carenza di personale – solo di infermieri ne mancano oltre due su dieci – «così il sistema non riesce a garantire una continuità assistenziale adeguata».

ta: gli anziani tendono a usare molto i servizi ospedalieri prima dell'ingresso in Rsa ma poi – denuncia l'Osservatorio Long Term Care della Bocconi – non vi accedono più una volta ricoverati in struttura perché manca un efficace collegamento tra strutture sanitarie e socio-assistenziali».

Eppure, come rileva lo stesso rapporto, l'età media degli ospiti è ormai salita a oltre 84 anni e la metà di loro (il 48,8%) è affetta da gravi disturbi cognitivi. Ma se le Rsa faticano a garantire assistenza, per molti anziani che ne avrebbero bisogno restano un miraggio. Perchè oltre alle liste d'attesa c'è da superare l'ostacolo del caro tariffe: + 16,4% in Lombardia negli ultimi 4 anni, persino + 90% di maggiorazione in Veneto dal 2023, mentre nelle altre regioni ci si attesta su un + 2,4% nell'ultimo anno, secondo le rilevazioni della Cisl pensionati.

Anche se tirare le somme non è facile, visto che Asl o Comune che vai, retta che trovi. Per non parlare della giungla dei rimborsi. Per i

non autosufficienti non totalmente incapaci di provvedere a se stessi, un Dpcm del 12 gennaio 2017 stabilisce che il 50% della retta, che si aggira sui tremila euro al mese, deve essere pagato dall'Asl per coprire le spese sanitarie. La restante metà, relativa alle spese assistenziali come il posto letto, il vitto e la pulizia, è a carico delle famiglie. Se possono sobbarcarsi la spesa, altrimenti dovrebbe intervenire il Comune a coprire la quota residua. «Ma i criteri fissati da molte Regioni e Comuni per accedere al contributo statale sono così rigidi che a volte basta una pensione di mille euro al mese e il possesso di una casa anche modesta per essere tagliati fuori», spiega Andrea Ciattaglia,



della Fondazione Promozione Sociale, che si occupa dei non autosufficienti. «Tanto per fare un esempio, in Piemonte, calcolando Isee, beni immobili e grado di disabilità, si è composta una scala che va da 1 a 28, ma già con un punteggio di 24 si è fuori dal contributo comunale per la quota assistenziale, tanto che oggi il 60% dei piemontesi, circa 20 mila ospiti nelle Rsa, paga per intero la retta, per una spesa complessiva di oltre 350 milioni». Un dato limite, che nel resto d'Italia si aggira comunque su un preoccupante 30% di esclusi da ogni contributo pubblico.

A quel punto, il peso si scarica sulle famiglie, che non sempre riescono a sopportarlo. «Così inizia lo stillicidio dei pagamenti a singhiozzo e le morosità, che rendono difficile per noi gestire al meglio le strutture», denuncia Sebastiano Capurso, presidente Anaste, una delle associazioni più rappresentative dei gestori di Rsa. «Spesso, contrariamente a quanto disposto dalla legge, i Comuni chiedono alle famiglie di pagare il 50% della retta per la parte di assistenza sociale, invitandole poi a chiedere il rimborso. Per non parlare poi delle Asl che, come in Sicilia, ci obbligano a dimettere i pazienti dopo solo due mesi. Ma un malato di Alzheimer spesso non ha un posto dove andare».

La situazione non è meno confusa per i ricoverati in condizioni più gravi, quelli per i quali diventa impossibile scindere le prestazioni sanitarie da quelle socio-assistenziali, tanto che una serie di sentenze della Cassazione e del Consiglio di Stato hanno dato ragione agli utenti, riconoscendo il diritto al rimborso del 100% della retta.

«In una Rsa veneta - rivela Capurso - otto famiglie hanno presentato il conto alla struttura chiedendo indietro dieci anni di rette, lasciando che poi i gestori se la vedano con i giudici per ottenere la restituzione dei rimborsi». Una bomba ad orologeria che rischia di far saltare una rete di protezione già piena di falle. PAO.RUS.—

I numeri del dossier

4,6

I milioni di Over 80 e quasi altrettanti sono le persone non autosufficienti nel nostro Paese

23.500

Il numero degli ultra centenari che fa dell'Italia uno dei Paesi con più anziani al mondo

84

L'età media delle persone che sono ospitate all'interno delle residenze per anziani

+16,4%

I rincari registrati in Lombardia negli ultimi 4 anni
In Veneto +90% rispetto al 2023

Su La Stampa



Sebastiano Capurso
Presidente Anaste

I continui rincari i pagamenti a singhiozzo e le morosità rendono difficile gestire le strutture

In un dossier del 5 ottobre scorso il nostro giornale puntava l'attenzione sulle malattie che colpiscono i caregiver che diventano sempre più vecchi



Solo il 16,3% delle persone riesce a trovare posto nelle Rsa



Pnrr per la salute, speso solo il 34,4% dei fondi

Per realizzare tutti i progetti servirebbero circa 6 anni, ma la scadenza per terminare le opere è agosto 2026

IL CASO
PAOLO BARONI
ROMA

La progettazione ed i lavori di buona parte degli ospedali e delle case di comunità previsti dal Pnrr sono così in ritardo che serviranno altri 5-6 anni prima di vederli completati, ben oltre quindi la scadenza tassativa del Piano fissata ad agosto 2026. Stando alla rilevazione rilasciata dal sistema ReGis ed aggiornata a tutto giugno, infatti, mentre complessivamente per la Missione 6 del Piano di ripresa e resilienza dedicata alla salute è stato speso il 34,4% dei

fondi disponibili (6,6 miliardi su 19,3, di cui 14,5 garantiti dall'Europa) realizzando appena il 38,2% dei 10.100 progetti previsti, la situazione della costruzione delle nuove Case della Comunità e dei nuovi Ospedali di comunità è ben peggiore. «La situazione è particolarmente preoccupante e incerta, vergognosa» denuncia la Cgil, che a metà settembre ha presentato un suo report in cui certifica come troppi progetti procedano a rilento, con ritardi nell'esecuzione dei lavori o ancora fermi alla fase di progettazione.

Scorrendo i dati si vede infatti che per l'investimento M6-C1.01 «Case della Comunità e presa in carico della persona» su 1.415 progetti finanziati (valore 2,8 miliardi di euro) a giugno risultavano effettuati pagamenti per 486,1 milioni, dunque, a po-

chi mesi dalla scadenza, è stato speso solo il 17,1% dei fondi disponibili. Dei progetti finanziati per questo tipo di strutture chiamate a fare da punto di riferimento per l'assistenza socio-sanitaria di base (visite mediche, prelievi, vaccinazioni, attività di prevenzione, ecc.) ne risultano completati appena 50, pari al 3,5% del totale. Di questi 20 sono in Lombardia, 8 in Liguria ed Emilia Romagna, 6 in Veneto e zero in Piemonte.

Non meno critica risulta la situazione degli Ospedali di Comunità, le strutture sanitarie a prevalente gestione infermieristica, fondamentali per garantire le cure intermedie e la continuità assistenziale soprattutto nel passaggio dall'ospedale al ritorno a casa dei pazienti. In questo caso per l'investimento M6-C1.02

con 1,3 miliardi di euro sono stati finanziati 428 progetti e di questi solo 14 sono completati (appena 4 quelli collaudati). Dei progetti finanziati, ne risultano completati solo 14, pari al 3,3% del totale. Con questo ritmo ci vorranno almeno 6 anni per terminare tutto, calcola la Cgil. Ma non basta perché anche i 198 interventi del programma «Verso un ospedale sicuro e sostentabile» segnano il passo: sono appena 28 quelli completati. A fronte di uno stanziamento di 1,6 miliardi (compresi 888,5 milioni di fondi Pnrr) risultano pagamenti per appena 385 milioni di euro (24,1%).

Certo di qui ai prossimi mesi governo e Regioni cercheranno di accelerare, ma visti questi numeri la sfida si presenta tutta in salita. —

6,6

I miliardi spesi
su 19,3 stanziati
pari al 38,2% dei
10.100 progetti previsti

14

Gli Ospedali
di Comunità realizzati
a fronte di 428 progetti
Solo il 3,3% del totale



La forza della sanità: l'eccellenza che nasce dalle difficoltà

Un sistema che fa miracoli con risorse contenute, ma che non può continuare a reggersi solo sul sacrificio di chi ci lavora. Indagine sui dati Ocse

Un popolo che invecchia, ma che invecchia bene. Un sistema sanitario che, nonostante le ferite, la cronica carenza di personale e un finanziamento pubblico più basso rispetto ad altri grandi big europei, continua a garantire risultati da paese leader. E' il paradosso italiano, confermato ancora una volta dall'ultimo rapporto Health at a Glance 2025 dell'Ocse: con una speranza di vita di 83,5 anni, l'Italia si colloca al quinto posto al mondo per longevità, dietro solo a Giappone, Svizzera, Spagna e Israele. Un risultato che non si spiega soltanto con la dieta mediterranea o con la genetica, ma con la tenuta di un Servizio sanitario nazionale che, pur logorato, resta universalistico, solidale e sorprendentemente efficace. Nel confronto con gli altri paesi industrializzati, l'Italia continua a distinguersi per la qualità delle cure, per la capacità di salvare vite e per l'efficienza degli interventi. E' il lato luminoso di una medaglia che sull'altro fronte mostra crepe profonde: risorse insufficienti, sprechi strutturali, diseguaglianze territoriali che amplificano ogni difficoltà. Ma il quadro che emerge dai dati Ocse è chiaro: anche con un finanziamento ridotto, il nostro sistema riesce a garantire standard elevati e risultati che molti paesi più ricchi non raggiungono. La nostra aspettativa di vita supera di oltre due anni la media dei 38 paesi Ocse, che si ferma a 81,1 anni.

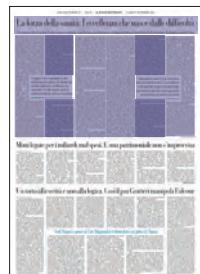
A reggere l'urto è soprattutto la rete dell'emergenza-urgenza. Gli indicatori più sensibili, quelli che misurano la capacità di risposta immediata, confermano un'efficienza che sorprende. La mortalità a trenta giorni per infarto del miocardio è del 4,7 per cento, contro una media Ocse del 6,5; la Germania, pur spendendo molto di più, si ferma al 7,9 per cento. Anche la mortalità a trenta giorni per ictus ischemico è tra le più basse: 6,9 per cento contro una media del 7,7. Dietro questi numeri c'è la professionalità dei medici e degli infermieri italiani, la solidità di reparti che funzionano spesso con organici ridotti, e un capitale umano che sopporta con dedizione dove le risorse mancano. E' la forza silenziosa del nostro sistema: l'eccellenza che nasce dalla difficoltà.

La qualità delle cure primarie si riflette poi nel basso tasso di ricoveri evitabili per patologie croniche come asma, Bpcos, scompenso cardiaco e diabete. Significa che, pur tra mille ostacoli, la medicina territoriale continua a funzionare: i medici di famiglia, i distretti, le farmacie, le Asl che presidiano il territorio. E' la trama invisibile del Servizio sanitario nazionale, quella che impedisce ai malati cronici di finire in ospedale per complicanze che altrove costerebbero carissimo.

Eppure, la tenuta di questo equilibrio è sempre più fragile. L'Italia spende in sanità l'8,4 per cento del pil, contro una media Ocse del 9,3; la Germania arriva al 12,7 per cento, la Francia al 10,8. In termini pro capite, la distanza è ancora più evidente: 5.164 dollari per cittadino contro i 7.367 della Francia e i 9.365 della Germania. E' un sistema che fa miracoli con risorse contenute, ma che non può continuare a reggersi solo sul sacrificio di chi ci lavora.

Per questo la sfida più urgente è quella dell'efficienza. L'Italia deve imparare a spendere meglio, eliminando sprechi e inappropriatezze che erodono la sostenibilità del sistema. L'ultimo rapporto OsMed dell'Aifa lancia un allarme preciso: un anziano su tre assume almeno cinque farmaci diversi ogni giorno per oltre sei mesi l'anno, e il 70 per cento degli over 65 ha ricevuto prescrizioni di cinque o più principi attivi in dodici mesi. Tra gli ultraottantacinquenni la media sale a 8,7 sostanze diverse per persona. La politerapia è inevitabile in presenza di più patologie croniche, ma diventa pericolosa quando sfugge al controllo. L'Aifa avverte che un eccesso di farmaci aumenta il rischio di interazioni e reazioni avverse, con ricoveri evitabili e, nei casi più gravi, esiti fatali.

Il paradosso è evidente: si spende di più per curare peggio. Ogni compressa non necessaria rappresenta uno spreco che grava sul sistema e un rischio per il paziente. Per questo



IL FOGLIO

L'Agenzia del farmaco promuove il "deprescribing", la revisione periodica delle terapie, per ridurre ciò che non serve e migliorare la qualità delle cure. E' un cambio culturale profondo: non più "curare di più", ma "curare meglio".

Un'altra grande zona grigia è quella della diagnostica per immagini. Ogni anno in Italia si eseguono oltre settanta milioni di prestazioni tra tac, risonanze e radiografie. Secondo la presidente della Sirm, Nicoletta Gandalfo, fino al 40 per cento degli esami è inappropriato. Dietro questa inflazione diagnostica si nasconde il fenomeno della medicina difensiva: molti medici prescrivono test inutili per tutelarsi da possibili denunce. Un atteggiamento comprensibile, ma disastroso per il sistema. Il ministro della Salute Orazio Schillaci stima il costo della medicina difensiva in circa undici miliardi di euro l'anno. Denaro che si disperde in accertamenti non necessari, mentre migliaia di pazienti aspettano mesi per una risonanza davvero urgente.

Una riforma per arginare questo meccanismo era stata elaborata dalla commissione D'Ippolito, istituita dal ministro della Giustizia Carlo Nordio: prevedeva l'esclusione della punibilità per colpa lieve, pene pecuniarie per le denunce infondate e una valorizzazione delle buone pratiche cliniche. Ma il percorso si è fermato prima di diventare legge, travolto dalle tensioni politiche interne alla maggioranza. E' rimasto solo lo "scudo penale" introdotto durante la pandemia e reso strutturale, misura di compromesso in un mare di incertezze.

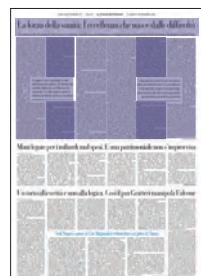
Nel frattempo, anche la prevenzione non brilla come potrebbe. L'Italia destina a questo settore il cinque per cento della spesa sanitaria totale, più della media Ocse (3,4), ma dodici regioni su venti non riescono a spendere tutte le risorse disponibili, pari a circa sei miliardi di euro. E' un paradosso: si investe più di altri, ma si spende male. Il risultato è che molti programmi di vaccinazione e screening restano incompiuti. Quindici regioni su venti non raggiungono gli obiettivi minimi per le vaccinazioni pediatriche, le coperture per l'Hpv maschile crollano al due per cento oltre i 24 anni, e mancano operatori per i nuovi piani di immunizzazione. Anche gli screening oncologici soffrono: nel Sud solo il diciotto per cento della popolazione partecipa a quello per il colon-retto, contro una media nazionale del trentatré e un obiettivo del cinquanta.

La pandemia ci ha lasciato un duro insegnamento: una sanità basata solo sugli ospedali non regge. Da qui il progetto del Pnrr sanitario: case della comunità, ospedali di prossimità, assistenza domiciliare integrata. Ma i numeri raccontano una realtà ancora acerba. Secondo l'Agenas, al primo semestre 2025 solo 660 delle 1.723 Case della Comunità previste sono operative, appena il 38 per cento; solo 46 strutture, meno del 3 per cento, sono davvero funzionanti, con personale stabile e servizi completi. Il vero limite è sempre lo stesso: la carenza di personale. Oggi mancano oltre 5.500 medici di medicina generale e migliaia di infermieri. Nel 2019 c'erano 42.000 medici di famiglia, oggi ne restano poco più di 36.000, con un calo del 12,8 per cento. Gli infermieri sono 6,9 ogni mille abitanti, contro una media Ocse di 9,2.

La carenza di professionisti rischia di far naufragare ogni riforma. Alcune regioni propongono di estendere la tassazione agevolata al cinque per cento sugli straordinari per provare almeno a trattenere il personale che formiamo in Italia e che sempre più spesso fugge all'estero in cerca di una qualità del lavoro e stipendi ben migliori, ma servono misure più strutturali. Un segnale incoraggiante arriva invece dall'assistenza domiciliare, che ha finalmente raggiunto il target europeo del dieci per cento degli over 65 seguiti a casa, grazie ai fondi del Pnrr. "Curare gli anziani nelle loro abitazioni non è solo più umano, è anche più sostenibile", spiegano dal ministero della Salute, "ma bisogna consolidare il modello con risorse permanenti".

Nel mosaico della sanità italiana un ruolo crescente lo gioca anche la Farmacia dei Servizi, diventata punto di riferimento per milioni di cittadini. Nata come sperimentazione, oggi rappresenta il volto più moderno del sistema: prossimità, accessibilità, prevenzione. E' il simbolo di una sanità che intercetta sul territorio il paziente, ed entra fin dentro casa grazie alla telemedicina, invece di aspettarlo in ospedale.

Resta, però, il nodo più antico: la politicizzazione della sanità. Troppe nomine rispondono ancora a logiche di appartenenza e non di competenza,



IL FOGLIO

e la gestione delle Asl spesso risente di equilibri locali più che di efficienza. Il sindacato Anaaoo Assomed propone di affiancare ai direttori generali un direttore clinico con pari poteri, per riequilibrare il rapporto tra amministrazione e professione. E' un'idea di governo clinico che mira a restituire un peso decisionale maggiore ai professionisti e al territorio. Per una sanità più "orizzontale" e con decisioni meno calate dall'alto, spesso frutto di logiche clientelari locali.

L'Italia, nonostante tutto, resta un paese dove si vive a lungo e, quando serve, si è curati bene. Ma questo miracolo quotidiano è fragile, e la sua tenuta non è garantita. Il rischio è che la forza d'inerzia, l'abitudine al miracolo, diventi la nostra condanna. Persarvalo, il Servizio sanitario nazionale deve ritrovare la sua vocazione originaria: equità, universalismo, qualità.

Non servono solo

più fondi, ma una rivoluzione culturale che parta dall'efficienza, dalla prevenzione e dal rispetto per chi lavora ogni giorno nelle corsie. In un contesto di risorse contingente è doveroso che ogni euro in più investito nel Ssn non venga disperso tra i mille rivoli delle inefficienze.

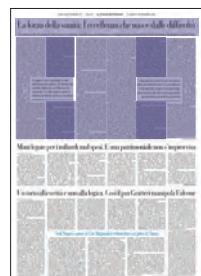
La vera sfida non è solo aumentare la spesa, ma usarla meglio: meno farmaci inutili, meno esami inappropriati, più prevenzione, più territorio, più umanità. Ogni spreco eliminato è una cura in più per chi ne ha bisogno. E forse è qui, in questa capacità di resistere e reinventarsi, che si gioca il futuro della sanità italiana.

liana: nella possibilità di trasformare la nostra eccellenza d'emergenza in una quotidiana normalità di efficienza e giustizia sociale. Perché un paese che sa curare bene i suoi cittadini non è solo più sano. E' anche più giusto, più civile ed economicamente più forte.

Giovanni Rodriguez

L'Italia spende in sanità l'8,4 per cento del pil, contro una media Ocse del 9,3. La vera sfida non è solo aumentare la spesa, ma usarla meglio: meno farmaci inutili, meno esami inappropriate.

più prevenzione, più territorio, più umanità
A reggere l'urto è soprattutto la rete
dell'emergenza-urgenza. Gli indicatori più
sensibili confermano un'efficienza che
sorprende. Tra mille ostacoli, anche la
medicina territoriale continua a funzionare



Sistema salute

Apartire da quest'anno si registra un'importante novità, rappresentata dall'inserimento, accanto alle due sottodimensioni dei posti letto in reparti specialistici e della dotazione di grandi apparecchiature diagnostiche, della nuova sottodimensione degli **indicatori di attività ospedaliera**, comprendente il tasso di ospedalizzazione (espresso come numero di dimissioni ospedaliere per 100 mila abitanti), l'indice ponderato di case mix (ossia l'indice di case mix di ciascun reparto ospedaliero, ponderato per il numero di dimissioni di quel reparto sulle dimissioni provinciali totali), il tasso di utilizzo (ottenuto dividendo le giornate di degenza effettive per le giornate di degenza potenziali, ossia il numero di posti letto moltiplicato per i giorni dell'anno, e moltiplicando il risultato per 100) e la percentuale di posti letto in specialità ad elevata assistenza. L'inserimento della nuova sottodimensione tenta di catturare l'impatto della mobilità ospedaliera extra-regionale sul sistema ospedaliero provinciale e, indirettamente, la sua attrattività.

Ancona apre la classifica della dimensione relativa al Sistema salute, migliorando il terzo posto già conseguito lo scorso anno, seguita da Catanzaro, Siena, Pisa e Verona.

Nelle 20 posizioni di testa, una in meno rispetto allo scorso anno, troviamo 4 province del nord-ovest: Milano e Mantova in rappresentanza della Lombardia; le province di Imperia e Genova per la Liguria. Il nord-est

si riaffaccia nelle parti alte della classifica con 3 province, contro l'unica classificata nella passata edizione: le province di **Verona e Padova** in Veneto e quella di **Bologna** in rappresentanza dell'Emilia Romagna. Figurano nel gruppo di testa 6 province dell'Italia centrale, una in più rispetto al 2024: **Siena, Pisa e Firenze** in Toscana; **Terni** in Umbria; **Ancona** nelle Marche; **Roma** nel Lazio. Infine l'Italia meridionale e insulare è rappresentata da 7 province, lo stesso numero registrato lo scorso anno, fra le quali figurano **L'Aquila** in Abruzzo; **Isernia** in Molise; **Foggia** in Puglia; **Catanzaro** in Calabria; **Catania e Palermo** in Sicilia; **Cagliari** in Sardegna.

La scarsa consistenza numerica del primo gruppo segnala che nelle province italiane la dotazione di servizi sanitari si attesta prevalentemente su livelli medi o medio-bassi. In generale, per quanto riguarda la distribuzione territoriale dei servizi, questa si presenta ampiamente eterogenea. I servizi sanitari si concentrano prevalentemente nelle città metropolitane e in poli di eccellenza nella ricerca medica, quali Pisa e Siena.

Le posizioni di coda comprendono 24 province, come lo scorso anno. Se nessuna risulta dislocata

nel nord-ovest, il nord-est è presente nel gruppo di coda con 4 province, come nella passata edizione. Vi figurano **Venezia** in rappresentanza del Veneto; **Pordenone e Gorizia** in Friuli-Venezia Giulia; **Reggio Emilia** in Emilia Romagna. Quanto all'Italia centrale, risultano censite 7 province, una in più rispetto al 2024, fra le quali figurano **Livorno, Lucca, Massa-Carrara e Pistoia** in Toscana; **Macerata** nelle Marche; **Latina e Frosinone** nel Lazio. Infine figurano nel gruppo di coda 13 province dell'Italia meridionale e insulare, quattro in più rispetto allo scorso anno: **Castellammare di Stabia, Brindisi, Barletta-Andria-Trani e Taranto** in Puglia; **Cosenza e Vibo Valentia** in Calabria;

Trapani, Enna e Agrigento in Sicilia; **Nuoro, Oristano e Sud Sardegna** in Sardegna.

Chiude la classifica la provincia del

Sud Sardegna.

— © Riproduzione riservata — ■

| Sistema salute | Ripartizioni territoriali | | | | Totale |
|-----------------|---------------------------|-----------|-----------|---------------------|------------|
| | Nord Ovest | Nord Est | Centro | Mezzogiorno e isole | |
| 1 Buona | 4 | 3 | 6 | 7 | 20 |
| 2 Accettabile | 10 | 5 | 4 | 12 | 31 |
| 3 Scarsa | 11 | 10 | 5 | 6 | 32 |
| 4 Insufficiente | - | 4 | 7 | 13 | 24 |
| Totale | 25 | 22 | 22 | 38 | 107 |



L'approccio multiforme di medici e pazienti rispetto a un prima e un dopo Covid

Cure e salute. il diritto di rifiutare

di GIANLUCA CICINELLI

C'è un prima e un dopo il Covid anche nel modo in cui pensiamo il rifiuto delle cure. Prima della pandemia il "no" a una terapia sembrava confinato a casi particolari - testimoni di Geova, qualche controversia su farmaci sperimentali, psichiatria - e non occupava il centro del dibattito pubblico. Dopo il 2020 il rifiuto è uscito dagli ospedali per diventare questione collettiva: non riguarda solo i vaccini o i prodotti di ultima generazione, ma il controllo dell'individuo sulla propria vita e, di conseguenza, sulla propria morte.

Sul piano globale il paradosso è evidente: nel 2021 circa 4,5 miliardi di persone, oltre metà della popolazione mondiale, non erano pienamente coperte dai servizi sanitari essenziali (Oms).

Anche dove le terapie esistono, aumenta il conflitto su come

e fino a

che punto utilizzarle. Uno studio internazionale ha censito 18.322 proteste di operatori sanitari in 133 Paesi tra il 2018 e il 2022, con un aumento del 47% del numero medio settimanale dopo l'inizio della pandemia (pubblicato sul Bulletin of the World Health Organization nel luglio 2024): segno che sono gli stessi professionisti a mettere in discussione un sistema di cura vissuto come insostenibile.

In Italia il prima e il dopo si vede sul doppio fronte di chi riceve le cure e di chi le garantisce. Nei reparti Covid i medici hanno raccontato di pazienti che rifiutavano ricoveri prolungati o intubazioni non per "odio per la scienza", ma per paura di perdere il controllo su corpo e relazioni. In parallelo

cresceva il malcontento del personale sanitario, fino allo sciopero nazionale del 20 novembre 2024: secondo i sindacati in quella giornata sono state a rischio o rinviate circa 1,2 milioni di prestazioni programmate e decine di migliaia di interventi e visite, con adesioni alte tra medici e infermieri. È una forma paradossale di rifiuto delle cure: chi cura incrocia le braccia per dire che, in certe condizioni, continuare a farlo significa tradire l'idea stessa di cura.

Un altro terreno delicato è la psichiatria. Il trattamento sanitario obbligatorio è lo strumento più evidente di compressione dell'autonomia individuale: nel 2023 in Italia si sono registrati quasi 5.000 Tso, circa il 6% dei ricoveri psichiatrici. Attorno a questi numeri si è sviluppata una critica: as-

sociazioni di utenti e familiari denunciano l'uso della contenzione e chiedono percorsi alternativi. La protesta qui non è il rifiuto di ogni cura, ma l'idea che nessuna terapia - nemmeno quella psichiatrica - possa essere imposta senza limiti e senza un controllo reale sulle violazioni di diritti.

Sul versante opposto, quello delle scelte pianificate, l'Italia ha visto crescere le disposizioni anticipate di trattamento, i cosiddetti testamenti biologici. A fine 2023 risultavano depositate nei Comuni oltre 230 mila Dat, con un aumento superiore al 50% rispetto all'anno precedente (Fondazione promozione Dat, 2024). Ogni Dat è una dichiarazione preventiva di rifiuto o accettazione di specifiche cure in caso di futura incapacità di decidere:

nutrizione artificiale, rianimazione, ventilazione meccanica. È una protesta preventiva contro l'idea che la medicina possa prolungare indefiniteamente la vita biologica ignorando la volontà della persona.

Dentro questo movimento di autodeterminazione si colloca anche la storia, raccontata su questo giornale il 13 novembre scorso, del professore Marco Salvatore. Di fronte a un tumore ai linfonodi che non rispondeva più a radio, chemio e terapie biologiche, Salvatore ha scelto di sospendere i trattamenti e di affidarsi al decorso spontaneo della malattia, che poi è regredita fino a scomparire; anni dopo ha deciso di non operare una frattura scomposta della spalla, puntando sulle capacità riparative del corpo. Nel libro in cui ricostruisce queste scelte, la medicina è definita "scienza imperfetta" e arte che non si esercita in un campo di certezze, ma in relazione a persone singole con storie e limiti diversi (Ciriaco Viggiano, "Stop alle cure, il tumore sparisce: la storia del medico Salvatore").

Se allarghiamo lo sguardo oltre l'Italia, l'intreccio tra rifiuto delle cure e rivendicazione di controllo diventa ancora più evidente. In Marocco, nel 2025, la morte di otto donne incinte nell'ospedale pubblico di

Agadir durante tagli cesarei ha scatenato proteste con slogan come "meno stadi, più ospedali": nel mirino non c'è la chirurgia, ma un sistema che investe in grandi opere mentre i reparti maternità restano senza personale e attrezzature. Negli Stati Uniti il 27% degli adulti dichiara di aver rinunciato ad almeno una forma di assistenza sanitaria nell'ul-



timo anno perché non poteva permettersela (Federal Reserve, 2024): milioni di persone che rifiutano cure non per scelta ideale, ma perché il costo le rende incompatibili con la sopravvivenza economica.

Messo in fila, questo quadro disegna un dopo-Covid in cui la protesta verso le cure non coincide automaticamente con l'anti-scienza. Accanto alle derive complottiste c'è un segmento di rifiuti che sta dentro la razionalità bioetica: pazienti oncologici che non vogliono terapie sproporzionate, cittadini che depositano Dat per limitare le manovre rianimatorie, persone con disturbi psichiatrici che chiedono di ridurre i trattamenti

coatti, operatori che scioperano perché non accettano di lavorare in reparti dove la qualità delle cure è compromessa. In tutti questi casi il "no" alla cura non nasce dal rifiuto della medicina, ma dalla rivendicazione di un ruolo attivo nella definizione di che cosa sia, per ciascuno, cura accettabile. Il bilancio etico non è semplice. Da un lato c'è un avanzamento dell'autodeterminazione, sanctificata da norme come la legge sul consenso informato e le Dat e dall'attenzione crescente dei tribunali alla volontà del paziente. Dall'altro c'è il rischio che il discorso sul controllo della propria vita e della propria morte venga usato per giustificare disuguaglianze, tagli, abbandoni: se il rifiuto delle cure diventa una scelta obbligata per i poveri, o la scorciatoia per sistemi sanitari in affanno, la libertà si rovescia nel suo contrario. Le

proteste che non sono anti-scientifiche ma esprimono

mon il desiderio di determinare il proprio destino ci obbligano a tenere insieme due principi: il rispetto per la decisione individuale e la responsabilità collettiva di non lasciare nessuno solo davanti a quella decisione. È su questo crinale che si gioca oggi il futuro etico della medicina.

Tra l'accettazione passiva e la volontà di autodeterminarsi si apre oggi lo spazio più difficile: quello in cui la cura deve diventare un dialogo reale, non un automatismo né un atto di solitudine.

Nel pre-pandemia il no alla terapia sembrava confinato a casi particolari

Nel 2021 circa 4,5 miliardi di persone senza una completa copertura sanitaria

La protesta verso le cure non coincide automaticamente con l'anti-scienza

Negli Usa il 27% degli adulti non può permettersi un'assistenza



COPERTURE MALATTIA

Se il Ssn fa flop si cerca la sanità integrativa

Federica Pezzatti

Negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria privata, quindi pagata direttamente dalle tasche dei cittadini e sostenuta dai regimi di finanziamento privato, è cresciuta rosicchiando circa 4 punti percentuali alla spesa sanitaria pubblica.

Le liste di attesa si allungano e per fare esami diagnostici di prevenzione spesso occorrono mesi. I cittadini sono costretti così a pagare di tasca propria. Nel 2024, la spesa sanitaria "out of pocket" (a carico degli utenti) ha continuato a rappresentare una parte significativa del finanziamento sanitario totale, con la Fondazione Gimbe che stima una spesa totale per il 2024 di 176,1 miliardi di euro, di cui il 26% (circa 45,7 miliardi) a carico delle famiglie. Questa cifra include sia la spesa diretta sia quella intermediata da fondi sanitari e assicurazioni.

In questo scenario si fanno largo anche le polizze malattia acquistate dalle famiglie (direttamente o in forma collettiva). I più fortunati riescono ad essere coperti da fondi integrativi di natura negoziale o aziendale, che tra l'altro permettono di poter proteggere anche persone con malattie pregresse che muovendosi in forma

individuale avrebbero particolari difficoltà a trovare soluzioni a prezzi accettabili.

Chi non è così fortunato da avere una cassa o un fondo, che di solito prevedono coperture di prezzo accessibile (anche per i familiari), deve fare ricorso a polizze individuali ad hoc normalmente più care. Queste soluzioni sono sempre più arricchite da servizi aggiuntivi di prevenzione o di assistenza (check up, teleconsulto, assistenza, pacchetti di prevenzione da determinate patologie). Si tratta poi di prodotti modulari personalizzabili e modificabili.

La polizza malattia può prevedere una copertura in forma di assistenza diretta presso strutture mediche e medici convenzionati (in questo caso, l'assicurazione paga direttamente) oppure il rimborso (l'assicurazione, dietro presentazione della fattura, liquida le spese sostenute dall'assicurato). Può essere previsto anche il pagamento, da parte della compagnia, di una determinata somma di denaro per ogni giorno di ricovero e un'integrazione ulteriore per i lavoratori autonomi.

La formula "invalidità permanente" inoltre assicura il pagamento di una determinata somma quando non si è più in

grado di lavorare a causa di una malattia che provoca invalidità totale o parziale (da notare che se la perdita della capacità lavorativa deriva da infortunio non è coperta da questo tipo di contratto che copre invece solo se del deficit è una malattia).

Firmato il contratto, la copertura si attiva dopo che è trascorso un determinato periodo dalla stipula (carenza).

Quando si stipulano queste polizze bisogna fare attenzione ad alcune clausole e condizioni contrattuali dai massimali indennizzabili alla presenza di medici convenzionati, il cui mancato utilizzo può comportare esclusioni o riduzioni del rimborso. Vi sono poi da considerare franchigie, scoperti e soprattutto esclusioni.

Occhio anche a non fare omissioni quando si compila il questionario anamnestico che ha lo scopo di rendere noto alla compagnia lo stato di salute nonché l'esistenza di patologie pregresse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL RUOLO STRATEGICO DEL TERZO SETTORE PER LA SALUTE MENTALE

Nell'attuazione del Piano nazionale è importante anche il contributo di singoli e associazioni

di **Felicia Giagnotti***

Il 27 aprile del 2023 è stato istituito dal Ministro Orazio Schillaci il Tavolo tecnico ministeriale della Salute mentale allo scopo di definire le nuove Linee guida per la salute mentale, ferme nel nostro Paese da 10 anni.

Il Tavolo è stato formato da tecnici ed esperti nei vari campi: psichiatria, neuropsichiatria infantile, psichiatria forense, Istituto Superiore di Sanità (Iss), rappresentanti del Ministero, dell'Agenas, di Associazioni di professionisti della cura. Una delle prime iniziative è stata organizzare audizioni per Associazioni o singoli che ne avessero fatto richiesta. Un'apertura all'ascolto che ha suscitato vivo interesse e partecipazione.

Progetto Itaca è stata una

delle prime Associazioni audite. In questa occasione sono stati presentati i nostri più importanti progetti: prevenzione nelle scuole per gli adolescenti, insegnanti e familiari; formazione, informazione e supporto per pazienti, familiari e caregiver; inclusione sociale e lavorativa per persone con un disturbo della salute mentale.

Grande attenzione hanno suscitato il Progetto prevenzione e quello di inclusione sociale e lavorativa. Nei mesi successivi il Tavolo ha organizzato gruppi di lavoro su specifiche tematiche allo scopo di elaborare proposte aggiornate sui vari temi, e ha inoltre deliberato di avviare «un lungo viaggio» da Nord a Sud del Paese per conoscere concretamente la realtà dei territori, ascoltando gli operatori della cura, i rappresentanti di Comuni e Regioni e le organizzazioni del Terzo settore. In questa fase la Fonda-

zione Progetto Itaca è diventata un importante interlocutore grazie alla sua dimensione nazionale e alla capacità di coinvolgere pazienti e familiari di tutt'Italia.

Le sedi sono state quindi coinvolte nella raccolta di dati, nell'analisi dei bisogni e delle necessità di pazienti e familiari in otto regioni del Paese. Ne è derivato un quadro concreto, anche se non di certo esaustivo, dello stato dei servizi territoriali, delle criticità e dei punti di forza dei territori coinvolti. Questo materiale è confluito, insieme a molti altri contributi di esperti, in un testo che ha definito principi ed obiettivi strategici, nuove linee guida (Pansm), per una concreta e possibile riorganizzazione e innovazione del sistema della Salute mentale attento ai grandi cambiamenti di questi ultimi dieci anni.

Ci auguriamo che una volta approvato, il Piano possa di-

ventare operativo, che ad esso siano assegnate le risorse necessarie, così come sottolineato dal professor Claudio Mencacci in un articolo su questo giornale.

Noi del Terzo settore, finalmente coinvolti e riconosciuti nel nostro ruolo, ci impegniamo ad appoggiare e diffondere il Pansm con un'intensa comunicazione e ad accompagnare con un sguardo attento l'attuazione.

*Presidente Fondazione Progetto Itaca

Il contributo
è decisivo non soltanto
per la capillarità
delle azioni concrete
sul territorio
ma anche in termini
di comunicazione





Servizio Sostegno al welfare

Bonus psicologo, chiusa la finestra 2025: incentivo solo a 7mila su 360mila domande

I beneficiari avranno nove mesi per usufruire del contributo e a partire da quest'anno chi non abbia effettuato almeno una seduta entro 60 giorni dalla comunicazione di accoglimento della domanda decadrà automaticamente facendo scorrere la graduatoria

di Barbara Gobbi

15 novembre 2025

Si è appena chiusa la finestra 2025 per richiedere il "bonus psicologo": in due mesi a partire dal 15 settembre fino allo stop del 14 novembre sono arrivate 360mila domande per appena 7mila richiedenti ammissibili, sulla base dell'Isee che è il criterio-guida per l'erogazione di questa misura messa in campo durante la pandemia proprio per fronteggiare il dilagare dei disturbi da ansia e depressione. In campo, tra 2024 e 2025, c'erano nel complesso 21,5 milioni di euro, destinati a cittadini con Isee valido non superiore a 50mila euro. Per il solo 2025, le risorse ammontano a 9,5 milioni.

I criteri

Il bonus psicologo è dedicato alle persone con ansia, stress, depressione e fragilità psicologica e che intendano usufruire di sessioni di psicoterapia. Ma come ricordano dall'Inps, a cui le domande sono arrivate in massa previo obbligo di presentazione esclusivamente in modalità telematica, la richiesta del beneficio prescinde da una prescrizione da parte del medico di medicina generale così come dello specialista. Il bonus è infatti riservato alle persone residenti in Italia e con Isee fino a 50mila euro: per loro sono previsti rimborsi fino a 50 euro per seduta per un importo massimo di 1.500 euro, con contributi a scalare all'aumentare del reddito certificato. Agli interessati è convenuto affrettarsi: a parità di valore dell'Isee, per accedere contava l'ordine di presentazione delle domande.

Prima seduta entro 9 mesi

Ora che il periodo-finestra per l'invio delle richieste è terminato, lo stesso Istituto stilerà le graduatorie per l'assegnazione dei 9,5 milioni complessivi messi in campo per il 2025. Una somma che basterà per poco più di 6.300 richiedenti se, come accaduto negli anni scorsi, la richiesta sarà tra coloro che hanno l'Isee più basso per raggiungere l'importo massimo di spesa. Agli ammessi, tramite sms o e-mail saranno comunicati l'importo del contributo e un codice unico, dati da indicare per ogni sessione di psicoterapia al professionista scelto tra gli specialisti privati che hanno aderito all'iniziativa, iscritti all'elenco degli psicoterapeuti dell'Albo degli psicologi. Ma attenzione perché i tempi non sono illimitati: dalla pubblicazione delle graduatorie i beneficiari avranno nove mesi per usufruire del contributo e a partire da quest'anno chi non abbia effettuato

almeno una seduta entro 60 giorni dalla data di comunicazione di accoglimento della domanda decadrà automaticamente dal beneficio facendo scorrere le graduatorie.

Procedure semplificate in arrivo

L'impasse registrata, almeno all'apertura delle finestre negli accessi al portale Inps, per la presentazione delle domande è destinata a risolversi: almeno così promette la prossima manovra di bilancio che nel testo bollinato prevede che "a decorrere dall'anno 2026, al fine di garantire un efficace aggiornamento della modalità di gestione, erogazione e monitoraggio del contributo" siano stanziati 200mila euro l'anno con cui l'Inps potrà adeguare la piattaforma informatica, semplificare le procedure di accesso al bonus e il potenziamento delle attività di supporto agli utenti.

Non solo, sempre a decorrere dal 2026 le risorse destinate al bonus saranno trasferite direttamente all'Istituto nazionale di previdenza sociale.

Il Fisco entra nella tessera sanitaria per controllare spese e detrazioni

LA MISURA

ROMA Stop ai rimborsi per le false spese mediche portate in detrazione. Il Fisco avrà accesso diretto ai dati del sistema "Tessera Sanitaria" per consultare, nell'ambito dei controlli formali sulla dichiarazione dei redditi, le spese sanitarie e veterinarie di tutti i contribuenti.

A prevedere la svolta è il decreto del ministero dell'Economia del 29 ottobre, pubblicato in Gazzetta ufficiale il 10 novembre. Lo stesso decreto stabilisce per medici e farmacie, strutture pubbliche e private, laboratori e studi professionali, l'obbligo di comunicare al sistema "Tessera Sanitaria", entro il 31 gennaio di ogni anno, le spese sanitarie sostenute dai cittadini. Nel 2026 la scadenza slitterà al 2 febbraio visto che il 31 gennaio cade di sabato.

La nuova procedura sostituisce il precedente sistema di invii mensili e allinea le scadenze agli altri flussi informativi destinati alla dichiarazione precompilata. È possibile portare in detrazione dall'Irpef il 19% delle spese sanitarie per la parte eccedente l'importo di 129,11 euro. Si può usufruire della detrazione solo se le spese sono rimaste effettivamente a carico del contribuente.

COME FUNZIONA

Il provvedimento appena pubblicato in Gazzetta ufficiale introduce insomma la trasmissione annuale delle spese e disciplina la consultazione dei dati da parte dell'Agenzia delle Entrate, prevedendo che il sistema "Tessera Sanitaria" metta a disposizione dei dipendenti del Fisco incaricati dell'attività di controllo l'elenco dettagliato delle spese sanitarie e veterinarie relative al contribuente e ai familiari fiscalmente a carico, solo per le dichiarazioni oggetto di verifica formale.

Sono escluse dalla consultazione le spese per le quali il cittadino esprime opposizione. L'opposizione si esercita accedendo al portale del sistema "Tessera Sanitaria". Ma quali informazioni potranno essere visualizzate, più nel dettaglio, dai funzionari delle Entrate? Lo sguardo del Fisco si concentrerà su rettifiche, variazioni e differenze tra gli importi originari trasmessi al sistema della tessera sanitaria e quelli dichiarati, del dichiarante e dei familiari a carico a lui collegati anagraficamente. Verranno scandagliate le spese sanitarie per prestazioni, ticket, farmaci, dispositivi medici, analisi e ricoveri. Stesso discorso per le spese veterinarie. Potranno essere osservate anche le informazioni che sono relative alla trasmissione.

In questo modo i dati sanitari e veterineri caricati sul portale "Tessera Sanitaria" assumono va-

lore probatorio, potendo essere utilizzati per verificare la coerenza delle detrazioni dichiarate dai contribuenti.

LA TRACCIABILITÀ

Se con il nuovo sistema si accentua da un lato la tracciabilità fiscale, dall'altro si semplificano anche gli adempimenti a carico dei contribuenti.

Non solo controlli incrociati e più rapidi, dunque. Dando al Fisco la possibilità di accedere direttamente ai dati della tessera sanitaria, il cittadino non ha più la necessità di conservare fatture e scontrini da esibire in caso di verifiche. Chi invece preferisce la riservatezza alla semplificazione digitale, ed esercita il diritto di opposizione, dovrà tenere in un cassetto le ricevute cartacee per poter rispondere a eventuali richieste che arriveranno da parte dell'Agenzia delle Entrate.

Francesco Bisozzi

■ RIPRODUZIONE RISERVATA

VIA AI CONTROLLI
INCROCIATI
DELL'AGENZIA
DELLE ENTRATE
PER EVITARE
I RIMBORSI ILLICITI
MEDICI E FARMACIE
DOVRANNO INVIRE
I DATI CUMULATI SUGLI
ACQUISTI DEI CITTADINI
UNA SOLA VOLTA
OGNI ANNO



Una tessera sanitaria con il codice fiscale



LE IDEE

L'uomo che si crede Dio e l'utopia di renderci liberi

MASSIMO CACCIARI

I progressi nelle ricerche bio-mediche, così come quelli nel campo dell'Intelligenza Artificiale volti a produrre una "machina sapiens" indistinguibile dall'intelligenza umana, accrescono la sproporzione tra la potenza del sistema Tecnico-economico e le forme proprie delle democrazie occidentali. — PAGINA 23



Vicini a creare un essere umano perfetto grazie ai progressi e alla ricerca scientifica, ma i rischi sono tanti

Tecnologia e intelligenza artificiale a un bivio nella lotta tra distopia e utopia

IL DIBATTITO

MASSIMO CACCIARI

I progressi nelle ricerche bio-mediche, così come quelli nel campo dell'Intelligenza Artificiale volti a produrre una "machina sapiens" indistinguibile, anche per l'empatia di cui è capace, dall'intelligenza umana, accrescono con drammatica rapidità la sproporzione tra la potenza del sistema Tecnico-economico e le forme istituzionali-politiche ancora proprie delle democrazie occidentali. In altri regimi tale sproporzione può non essere avvertita proprio perché la simbiosi tra Tecnica e Politica si è in essi già realizzata, chiudendo la "gabbia di acciaio".

La vocazione dello scienziato, che per Aristotele è l'espressione più alta della nostra natura, consiste nella pura volontà di conoscere. La scienza della natura è anzitutto teoria, scoprire e vedere la costituzione del vivente, osservarne le relazioni, descriverne l'energia. Ma sempre più, per poter spingere in profondità il proprio sguar-

do, lo scienziato avrà bisogno di mezzi, di sofisticati e costosi strumenti, la sua teoria dovrà collegarsi intimamente al progresso tecnologico, condizionarlo ed esserne condizionato. E il legame di quest'ultimo con il sistema sociale di produzione, con i meccanismi economici e di mercato, risulta così inevitabile. Non può più darsi alcuna astratta autonomia del lavoro scientifico. D'altra parte la stessa scienza contemporanea coniuga l'originaria vocazione al conoscere in quanto tale alla volontà di possedere e trasformare l'oggetto che si conosce così da renderlo utilitas per noi. Non dovremo perciò considerare un destino che la scienza contemporanea, giunta a comprendere il funzionamento del nostro cer-



vello, sede di affetti e intelligenza, e il suo legame con l'intero sistema neuro-vegetativo, desideri farne un proprio oggetto di manipolazione e trasformazione? Tutto ciò che nella sua storia essa ha compreso è stato così trattato e, per così dire, riprodotto. Come oggetto manipolabile a nostro arbitrio è stata la natura "esterna" a noi, così ora lo siamo noi stessi.

Quali limiti si possono porre a interventi sul nostro patrimonio genetico? Quali limiti alla produzione dell'Homunculus che esce dal laboratorio del Faust goethiano? Oggi non ci sarebbe alcun ostacolo teorico, e penso pochi impedimenti tecnologici, per "creare" da cellule staminali opportunamente trattate e fecondate nuovi soggetti umani. Interventi per modificare caratteri secondari sono all'ordine del giorno e destinati a moltiplicarsi, ma al limite essi possono porsi fin d'ora il fine di "creare" una persona nuova. Possiamo sostenere, come molti sostengono, che questi interventi debbono avere il valore di cure, debbono limitarsi, cioè, al trattamento di specifiche malattie, altrimenti non affrontabili con uguale efficacia. Ma è evidente in quale ridda di problemi e aporie questa visione conduce. Che cos'è malattia? Quale autorità lo decide? Fin dove è lecito limitare il libero arbitrio di chi voglia ricorrere a tecniche di manipolazione genetica? Ma il problema sta ancora più a monte, ed è di natura culturale e politica. La sperimentazione in un campo di così immensa portata potrà subire intoppi e rallentamenti, l'esperienza storica tuttavia dimostra ad abbondanza che non potrà mai arrestarsi, in quel laboratorio globale che è ormai il mondo scientifico, e sempre da essa, se non fallisce, si passerà alle applicazioni. Questi passaggi da Ricerca a Sviluppo, sotto la spinta di formidabili interessi economici, avvengono oggi con una rapidità inimmaginabile nel passato.

Il mondo contemporaneo vive sospeso tra utopia e distopia, tra una possibile "felicità" e il più disumano orrore. Potremmo affrontare anche l'incurabile, come precipitare nella più mostruosa medicina di classe. Rendere un "bene-essere" la nostra esistenza sulla terra, come realizzare incu-

bi eugenetici, sottomessi alla logica del profitto. L'intelligenza artificiale ha il potere di liberarci da ogni forma di lavoro meccanico e comandato, come quello di imporre un modello globale, uniforme di intelligenza, misurato in base alle sue prestazioni quantitativamente calcolabili e alla sua obbedienza al sistema. Proprio le scienze biologiche e mediche sono più di tutte di fronte a questo drammatico bivio: la capacità di aver cura della salute della persona nella sua integrità psico-fisica, di cui esse ora dispongono, viene ogni giorno più duramente attaccata da un modello organizzativo fondato sulla sostenibilità economica, che vede nel malato una macchina guasta e nel medico un applicatore di protocolli. L'universalità del diritto alla salute, conquista di un secolo di lotte sindacali, promossa anche da vasti settori di medici socialmente responsabili, va frangendo in proporzione opposta alla cresciuta dei saperi e alle concrete possibilità di cura che essi potrebbero offrire. La "solvibilità" diviene il carattere fondamentale che il malato deve presentare per essere curato in tempi ragionevoli. E comunque egli non sarà che un caso previsto negli archivi dei Big Data. La medicina a distanza, condotta essenzialmente da intelligenze artificiali, potrebbe concludere il processo. La "machina sapiens" che, dicono i suoi apologeti, giungerà a conoscerci meglio di quanto noi stessi ci conosciamo, sarà non solo la nostra guida di uomini schiacciati sulla dimensione economica e del consumo, ma anche il nostro medico. Non è però destino che la distopia si realizzi. Certo, tra le due strade che ci si presentano questa è la più facile. L'inerzia, ovvero le potenze tecnico-economiche fondamentali di questo tempo, spingono nella sua direzione. Ma possono esservi ancora scienziati e politici capaci di denunciare il pericolo, di opporre alla servitù che caratterizza le distopie (la fantascienza contemporanea ne è realistica rappresentazione) la utopia possibile, concreta della liberazione.—

S Così su La Stampa



Padre Paolo Benanti
"Questa scienza è post-umana
Si teorizza la razza perfetta"
Presidente della Commissione Al "Coi ogni altra volta un ostacolo"



Alessandro Vespignani
"Bio e digitale insieme per cure migliori
Non per l'illusione di bambini perfetti"
Riflettendo alle tentazioni espressive delle nuove tecnologie "La scienza nell'ambito"



Vito Mancuso
"L'uomo ha sempre giocato a fare Dio
ma oltre alla scienza c'è bisogno dell'etica"



Alessio Butti

Dopo la notizia del progetto di Sam Altman sulla modifica genetica degli embrioni, è nato un dibattito sui limiti della scienza con contributi di Padre Paolo Benanti, Alessandro Vespignani, Vito Mancuso e Alessio Butti

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

Oggi non ci sarebbe alcun ostacolo teorico per "creare" da cellule staminali opportunamente trattate e feconde nuovi soggetti umani

Il mondo vive tra una possibile "felicità" e il più disumano orrore. Tra la lotta all'incurabile e la più mostruosa medicina di classe



Le parole del futuro

Giancarlo Ruocco (IIT di Roma) coordina un progetto oculistico innovativo: «Con oftalmoscopi unici cambiamo la diagnostica delle malattie degenerative»

«Possiamo prevedere i segni dell'Alzheimer studiando l'occhio»

Giancarlo Ruocco, 66 anni, coordinatore del Center for Life NanoScience dell'IIT a Roma. La sua linea di ricerca ospita circa 50 ricercatori di diverse discipline: biologi, chimici, ingegneri, medici, fisici. È professore di fisica della materia condensata all'Università La Sapienza. I suoi interessi di ricerca si focalizzano sullo sviluppo di nuove strumentazioni per l'indagine spettroscopica di solidi, vetri e liquidi disordinati, oltre che dello studio dei biosistemi. È membro dell'Accademia delle scienze dell'Ucraina e dell'Accademia Europea. È il coordinatore del progetto Road - vincitore di un finanziamento di 3,3 milioni di euro dal Ministero dell'Università e della Ricerca.

Un occhio digitale in grado di "leggere" nell'occhio umano, con anni di anticipo, i primi segnali dello sviluppo di una malattia, che ad oggi non conosce cura, l'Alzheimer. Un'azienda romana, D-Tails, insieme all'Istituto Italiano di Tecnologia, ha sviluppato una tecnologia brevettata unica al mondo, che consente di diagnosticare in modo precoce l'insorgenza della malattia, facilitando le attività di ricerca su nuovi farmaci che possano curare l'Alzheimer. L'occhio tech, non è altro che un oftalmoscopio, lo strumento comune usato dall'oculista per indagare la vista umana, portato ad un livello tec-

nologico superiore, grazie all'utilizzo di un laser e software di intelligenza artificiale. Ne abbiamo parlato con Giancarlo Ruocco, del Center for Life Nano- & Neuro-Science dell'IIT di Roma e coordinatore del progetto Road - vincitore di un finanziamento di 3,3 milioni di euro dal Ministero dell'Università e della Ricerca, nell'ambito del bando FISA – attualmente in Cina, dove sta portando avanti la sperimentazione. **Tutto ha avuto inizio a Roma. Com'è andata?**

«La startup D-Tails è nata all'interno del nostro centro a Roma, in seguito ad una precedente azienda, Crest Optics, che ha sviluppato una tecnologia quasi unica al mondo nell'ambito della microscopia, chiamata spinning disk: tecnologia che integra diverse discipline, come la meccanica, l'elettronica, l'ottica, le sorgenti laser. Il nostro vero punto di forza è l'applicazione di questa hard science a problemi di tipo biologico».

Perché questa nuova tecnologia che vede all'interno della retina, è stata applicata alla diagnosi dell'Alzheimer?

«Recenti studi scientifici suggeriscono che i cambiamenti nella retina potrebbero essere correlati a modificazioni del tessuto cerebrale, offrendo potenzialmente un metodo non invasivo per rilevare la malattia. L'oftalmoscopio può rilevare gli aggregati di una specifica proteina nella retina,

precursori dello sviluppo sintomatico dell'Alzheimer. È stato sviluppato uno strumento di ottica avanzata portatile in grado di aggirare i limiti di risoluzione dell'occhio per migliorare la diagnosi precoce, studiando l'im-

ping retinico».

Come funziona il vostro occhio tech?

«Si posiziona vicino all'occhio, come avviene durante una normale visita dall'oculista ad una distanza di 25 mm, che è la distanza presente tra la retina e la superficie esterna dell'occhio. Normalmente l'oftalmoscopio da questa distanza non è in grado di vedere dettagli molto fini. Invece il nostro oftalmoscopio a super risoluzione è un dispositivo all'avanguardia in grado di catturare la morfologia della retina umana in vivo con una risoluzione di 300 nanometri».

Che ruolo ha l'intelligenza artificiale nel vostro oftalmoscopio?



«Abbiamo addestrato una rete neurale al riconoscimento degli aggregati proteici, sottponendo un dataset di immagini di retine di pazienti con Alzheimer. L'IA ha un ruolo molto importante nella nostra tecnologia e con la raccolta di ulteriori casi clinici, avremo sempre più dati con cui allenare le reti neurali».

Come riuscite a ottenere alta risoluzione da quella distanza?

«C'è un principio fisico noto come limite di diffrazione di Abbe, secondo cui più vado lontano, minore è la risoluzione. Noi proiettiamo la luce laser dentro la retina, che non viene semplicemente riflessa, ma subisce un processo chiamato scattering, che la rifrange all'interno del tessuto, come se uno specchio la rimbalzasse da diverse direzioni, il che è

equivalente ad aumentare l'angolo di raccolta. In realtà sappiamo in anticipo dove si infrangerà il laser, e possiamo controllarlo tramite un dispositivo che si chiama Digital Mirror Device».

Ma cosa cercate nell'occhio per diagnosticare l'Alzheimer?

«Cerchiamo gli aggregati proteici che si accumulano nei tessuti nervosi. Fino a 10 anni fa si pensava che la malattia nascesse uni-

camente nel cervello, poi si è capito che anche la retina fa parte del sistema nervoso centrale, e si è verificato post mortem che questi aggregati sono nella retina. Se riuscissimo a vederli quando sono ancora molto piccoli, potremmo diagnosticare la patologia che ancora non ha mostrato i sintomi».

Quanto tempo prima dei sintomi grazie alla vostra tecnologia?

«Su modello preclinico, dove abbiamo condotto gli esperimenti fino ad oggi, la malattia si manifesta all'incirca tra la 60° e 70° settimana, con il nostro oftalmoscopio l'abbiamo vista alla 10ª settimana. Sull'uomo ancora non sappiamo, ma se questi sono i risultati, speriamo di poterla diagnosticare con decenni di anticipo».

Sappiamo che non c'è ancora una cura per l'Alzheimer, quindi a cosa serve diagnosticarla in modo precoce?

«La nostra tecnologia in questo momento è pensata per aiutare le case farmaceutiche a fare i test clinici. Questo perché i loro prodotti, per funzionare, vanno somministrati in una fase molto precoce».

La vostra tecnologia rendereb-

be più semplici i test clinici?

«I metodi attuali sono invasivi e costosi, tra i 1.000 ed i 3.000 euro, invece serve una tecnologia non costosa, che permetta di fare uno studio su migliaia di persone per la validazione del farmaco».

In che modo monitorate la progressione della malattia?

«Possiamo fare una fotografia dell'occhio e capire dove si trovano gli aggregati e di che dimensione sono. Rifacendo l'immagine nei mesi successivi, possiamo capire se c'è una progressione e se quegli aggregati stanno crescendo».

Quanto è efficace questa tecnologia?

«L'accuratezza è dell'86%. Abbiamo già fatto dei test sui sistemi simulati, occhi di maiale e occhi umani post mortem. Abbiamo anche analizzato un centinaio di pazienti in un ospedale di Roma, ed ora siamo in Cina, perché l'ospedale è dieci volte più grande in termini di pazienti».

Quale sono le sue speranze da ricercatore?

«Non abbiamo trovato la cura alla malattia, ma stiamo lavorando per andare in una direzione che sarà il secondo passo dopo la diagnosi, cioè la cura».

Paolo Travisi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«LO STRUMENTO DI OTTICA AVANZATA PUÒ RILEVARE UNA SPECIFICA PROTEINA SULLA RETINA PRECORRITRICE DELLO SVILUPPO SINTOMATICO»

«L'APPARECCHIO SI POSIZIONE VICINO AL GLOBO OCULARE DEL PAZIENTE: UNA SUPER RISOLUZIONE CATTURA DETTAGLI DI 300 NANOMETRI»



Sangue cordonale Meno del 3% delle coppie sceglie di donarlo

Meno del 3% delle coppie italiane sceglie di donare il sangue del cordone ombelicale (Sco). I dati raccolti nel Rapporto banche Sco – 2024 del Centro nazionale sangue, diffusi in vista della Giornata mondiale del sangue cordonale, che si celebra ogni anno il 15 novembre, mostrano che questo gesto altruistico è ancora poco diffuso sul territorio nazionale. Sono state 8.189 le donazioni raccolte nel 2024. In crescita rispetto alle 7.456 registrate nel 2023, ma sempre poche rispetto al numero

di parti avvenuti, nelle strutture adibite alla raccolta, complessivamente 282.815. In sostanza solo il 2,9% delle coppie o delle madri che aveva questa possibilità ha deciso di donare il sangue del cordone ombelicale.

La donazione di sangue da cordone ombelicale è una procedura sicura per la mamma e per il neonato e permette di raccogliere un tipo di sangue ricco di cellule staminali e che, proprio per questo, è al centro di consolidate terapie salvavita per la cura di numerose e

gravi malattie del sangue congenite e acquisite. Più recentemente, sono nati molti filoni di ricerca innovativi orientati a possibili impieghi alternativi per le unità non idonee al trapianto.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



I PROTAGONISTI DELL'HEALTHCARE

GRUPPO MAUGERI PIÙ FONDI ALLA SANITÀ OLARICERCA FRENA

«La contrazione dei ricavi rispetto alle spese può portare a un taglio dei costi dell'assistenza. Servono salari e laboratori adeguati per mantenere in salute i cittadini», dice Luca Damiani, presidente della Fondazione a capo dell'istituto di riabilitazione che festeggia i 60 anni

di MARGHERITA DE BAC

La Fondazione Salvatore Maugeri compie 60 anni. Li festeggerà con un tour nei 25 istituti di ricerca italiani chiamati con il nome del pioniere della riabilitazione moderna. «Età ben portata. L'azienda continua a puntare sulla riabilitazione di alta specialità. Siamo orgogliosi del nostro modello, unico in Italia. Ci muoviamo tra mille difficoltà, ma non toglieremo mai nulla ai pazienti, che contano più di ogni altra cosa».

Luca Damiani, friulano di Lignano Sabbiadoro, è presidente della Fondazione Maugeri e presidente esecutivo di Ics Maugeri spa società benefit, il gruppo ospedaliero al top della riabilitazione multi specialistica. Qui chi è colpito da gravi traumi può provare a rialzarsi, ritrovare il cammino, con cure complete. Nella speranza di recuperare qualità di vita, magari data per persa altrove. La rete nasce nel 1965 a Pavia, quando il professor Salvatore Maugeri istituì la Clinica del lavoro, primo nucleo di una rete successiva di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), unità di riabilitazione integrate in strutture pubbliche e centri di ricerca e prevenzione. Sotto questo marchio, anche il centro antiveneni e tossicologico e quello per la ricerca ambientale.

Una settimana di festa?

«Festeggeremo per qualche ora, poi

torneremo alle sfide quotidiane come i costi di energia e materie prime, schizzati alle stelle, e le tariffe di rimborso delle prestazioni che restano ferme da 15 anni. Lavoriamo al 95% con il sistema sanitario nazionale e dobbiamo trovare le risorse per mantenere un'alta qualità. Auspiciamo che in tempi rapidi le tariffe nazionali siano adeguate agli standard offerti al paziente. La sfida è questa, curare tutti curando bene».

Non siete gli unici a fare riabilitazione in Italia, gli altri non sono nelle stesse condizioni?

«Da noi è nata la medicina riabilitativa, che significa approccio multidisciplinare con un ventaglio di competenze in tutti i campi. Pneumologica, neuromotoria e cardiologica, clinica. Mettiamo a disposizione un

pacchetto di interventi, perché nei nostri reparti l'obiettivo è fare recuperare il paziente velocemente ed evitare la riacutizzazione del problema. Noi accompagniamo le persone verso una nuova vita. L'obiettivo è portarle al massimo grado di efficienza possibile, nella vita familiare, nell'occupazione lavorativa. Questo è il vero investimento in salute. Evitare che i pazienti tornino in ospedale perché il problema si ripresenta. Sappiamo bene quanto siano dolorose le ricadute per i pazienti, i familiari e anche per i conti della sanità».

Che cosa teme?

«Che a lungo andare la contrazione

di ricavi rispetto alle spese porti a un taglio dei costi per l'assistenza».

Ma come, ha detto che mai agirete contro gli interessi dei pazienti...

«Confermo, noi mai ci abbasseremo a questo. Ma dobbiamo metterci d'accordo tutti insieme per trovare un sistema di gestione che garantisca la salute. Noi stiamo facendo la nostra parte, e una delle strade ad esempio è la realizzazione di campi fotovoltaici per abbassare il consumo di energia del 30-40%. Stiamo tagliando i costi dov'è possibile senza incidere sulle terapie. Ma dall'altra parte ci aspettiamo tariffe di rimborso dal servizio sanitario nazionale adeguate e la possibilità di offrire salari congrui ai nostri professionisti».

In concreto?

«Quando si parla di risorse aggiuntive pensino anche a noi come destinatari. Sa come ci ha definito un governatore di Regione? Maugeri è un servizio pubblico gestito da un privato. Ha detto questo e credo che sia la nostra definizione. Siamo un privato sussidiario, siamo quelli che ci sono sempre quando il bisogno chiama. Non possono dimenticarci».



L'ECONOMIA

Lei afferma che in Italia sono molti gli investitori finanziari interessati alla sanità mentre scarseggiano gli imprenditori. Che cosa intende?

«Oggi abbiamo bisogno di capitale finanziario che sappia essere capitale paziente, orientato al lungo periodo e capace di valorizzare l'esperienza e i valori di chi, come gli imprenditori della sanità, ha costruito sul campo competenze, relazioni e cultura organizzativa. Se il capitale resta solo "finanziario", rischiamo di perdere la visione di prossimità e di responsabilità che è alla base della cura. La sfida

è far coesistere le due anime: dell'investitore, che porta solidità e crescita, e dell'imprenditore, che custodisce identità, missione e sensibilità verso il territori, i bisogni delle persone».

Come vanno i conti?

«Sappiamo gestire in modo oculato, se però gratti da tutte le parti il problema diventa investire per innovare. Abbiamo reparti che per i pazienti diventano casa e una rete di nove istituti di ricerca a carattere scientifico che devono mantenerci attrattivi. Ai nostri circa 400 ricercatori impegnati in 200 trial clinici attivi dobbiamo ga-

rantire stipendi e laboratori adeguati. Ma non riguarda solo Maugeri. Mantenere le cure è un dovere costituzionale, investire nella ricerca è il patrimonio del nostro Paese. L'Italia ha bisogno di medici per mantenere in salute i cittadini, della ricerca per rimanere eccellenza nel mondo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Energia e materie prime sono schizzate alle stelle, le tariffe di rimborso delle prestazioni sono ferme da 15 anni»

«Non agiremo mai contro gli interessi dei pazienti, ma bisogna lavorare tutti insieme: la sfida è curare tutti curando bene»

● L'identikit

Il gruppo ospedaliero Maugeri — Ics Maugeri spa società benefit — è leader nella riabilitazione multispecialistica e lavora anche su medicina interna e del lavoro, chirurgia, tossicologia e ambiente. È attivo in sette regioni con 18 istituti, sei poliambulatori, 4.309 dipendenti. La Fondazione Salvatore Maugeri possiede il 100% del capitale



Specialità

Luca Damiani, presidente della Fondazione Maugeri e presidente esecutivo di Ics Maugeri spa società benefit



Innovazione

Italia hub dei farmaci

ecco la mappa

dei poli strategici

Anticorpi monoclonali radioligandi, vaccini, biotecnologie: così il nostro Paese sta diventando un'eccellenza per la filiera mondiale del settore. Il fatturato annuo globale è di circa cinquanta miliardi di euro

Valentina Arcovio

S ettecento aziende attive, che fanno registrare un fatturato annuo di circa cinquanta miliardi di euro e che ci qualificano come primo paese al mondo per crescita del valore dell'export. L'Italia è l'officina farmaceutica d'Europa, leader per volumi produttivi: un primato che però non riguarda solo la quantità, ma anche la qualità. Il nostro paese, infatti, sta diventando un hub tecnologico strategico, cervello manifatturiero da cui dipende la fornitura globale di farmaci ad altissima complessità. Se la mappa della produzione generica è vasta ed eterogenea,

quella dell'innovazione pura si concentra in alcuni poli d'eccellenza, stabilimenti unici per la tecnologia che impiegano o per il prodotto che realizzano.

L'oncologia di precisione è uno dei casi più lampanti: il polo produttivo di Novartis a Ivrea, in Piemonte, è uno degli unici quattro siti al mondo (non-



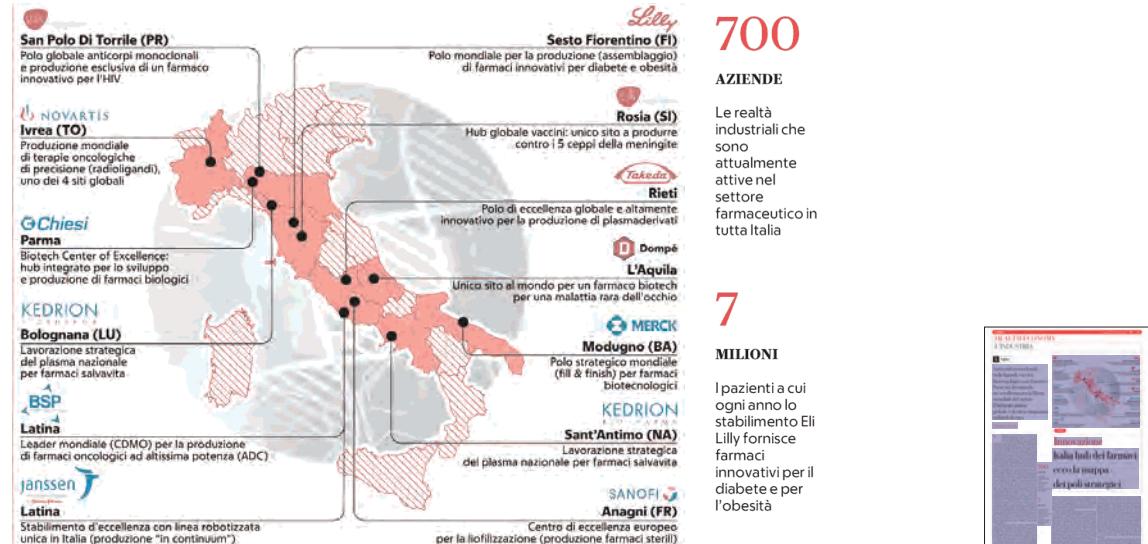
ché il "luogo di nascita" del trattamento) autorizzati a produrre e distribuire terapie con radioligandi, farmaci di precisione che combinano per l'appunto, un radioisotopo, che irradia le cellule tumorali, con un "ligando" che agisce come una sonda biologica, riconoscendo solo il "bersaglio" giusto. Ci sono poi i vaccini: a Rosia, nei pressi di Siena, sorge il centro GSK dove è stata ideata la Reverse Vaccinology, tecnologia chiave che ha permesso di decodificare il genoma del batterio del meningococco B, responsabile della meningite, e creare un vaccino per l'immunizzazione. Il polo senese è l'unico sito biofarmaceutico in Italia a coprire l'intero ciclo di vita del vaccino (ricerca, sviluppo, produzione, confezionamento e distribuzione), e l'unico sito del network a produrre vaccini contro tutti e cinque i principali ceppi del meningococco. L'azienda ha un altro polo di eccellenza nel settore dei farmaci biologici: lo stabilimento di San Polo di Torrile, in provincia di Parma, è il sito di riferimento per la fornitura globale di diversi tipi di anticorpi monoclonali, farmaci salvavita e complessi da produrre, tra cui una molecola per il trattamento del lupus, una per la terapia di una forma severa di asma e diversi farmaci biologici per tumori "difficili" come il mieloma multiplo.

Sempre San Polo, inoltre, ospita un impianto dedicato esclusivamente alla produzione e al confezionamento mondiale di un farmaco destinato al trattamento di pazienti con infezione da Hiv multistratificati, ovvero persone che hanno sviluppato resistenze alle altre terapie disponibili, ed è il centro di riferimento per la produzione dei cosiddetti farmaci "ad alto contenimento", ossia molecole farmaceutiche altamente attive che richiedono standard di sicurezza e isolamento massimi per proteggere operatori e ambiente. A Parma, inoltre, Chiesi Farmaceutici ha inaugurato, poco più di un anno fa, il Biotech Center of Excellence, polo destinato allo sviluppo e alla produzione in-house di farmaci biologici, tra cui anticorpi monoclonali, enzimi e proteine, destinati al trattamento delle malattie rare; l'unicità dello stabilimento sta, ancora, nell'integrazione "verticale" dell'intero processo, dallo sviluppo delle linee cellulari al prodotto finito, per la fornitura in tutto il mondo.

L'Italia vanta anche campioni nazionali che hanno creato nicchie di unicità globale: l'esempio più

emblematico è quello di Dompé a L'Aquila, unico stabilimento al mondo approvato dalla Fda statunitense per la produzione di un farmaco biotecnologico basato sul fattore di crescita nervoso (Ngf), trattamento nato da una scoperta valsa il Nobel a Rita Levi-Montalcini che cura una malattia rara dell'occhio, la cheratite neurotrofica, e che è esportato in tutto il mondo dal solo sito abruzzese. A Bolognana, in provincia di Lucca, e a Sant'Antimo, nei pressi di Napoli, sorgono poi due stabilimenti di Kedrion, azienda specializzata in plasmaderivati, italiana fino al 2022 e oggi controllata da un fondo internazionale, in grado di processare circa un milione di litri di plasma l'anno. Sono asset preziosissimi per la sicurezza nazionale, in quanto lavorano il plasma raccolto dal Servizio sanitario e garantiscono al nostro paese l'autosufficienza per terapie salvavita come albuminae fattori di coagulazione che non possono essere sintetizzate chimicamente. I derivati del plasma sono lavorati anche in uno stabilimento di eccellenza di Takeda, a Rieti, polo strategico mondiale e innovativo per automazione, digitalizzazione e sostenibilità: il centro produttivo importa plasma, principalmente da centri di raccolta propri, e lo processa (insieme a quello più piccolo di Pisa) per esportare prodotti finiti in tutto il mondo. Da menzionare, ancora, lo stabilimento di Sesto Fiorentino di Eli Lilly, che produce farmaci innovativi per il diabete e per l'obesità (gli antagonisti Glp-1) garantendone la fornitura a più di 7 milioni di pazienti l'anno in oltre 60 paesi del mondo, e quelli del distretto laziale, con il centro di lieofilizzazione di Anagni (Sanofi), la linea robotizzata "in continuum" di Latina (Janssen), unica in Italia, e i farmaci oncologici ad altissima potenza prodotti per conto terzi, sempre a Latina, da Bsp Pharmaceuticals.

E infine, ultimo ma non meno importante, il polo biotecnologico "fill & finish" (ossia a riempimento sterile) di farmaci biologici di Modugno (Merck), punto di riferimento mondiale per la produzione di molecole per il trattamento dell'infertilità.



Autismo, il robot stimola le capacità di relazione

Ricerca. L'automa iCub dell'Iit supporta l'apprendimento per i bambini nello spettro autistico ed entra nei protocolli terapeutici

Gianluca Dotti

a robotica sociale sta entrando nei protocolli per l'autismo. Non come sostituto del terapeuta, bensì come strumento per favorire l'attenzione, la fiducia e la comunicazione per i bambini nello spettro autistico. A Genova la collaborazione tra l'Istituto Italiano di Tecnologia (Iit) e l'Opera Don Orione segna un punto d'arrivo importante: da cinque anni viene portato avanti un lavoro continuativo con il robot umanoide iCub, i cui risultati sono da poco pubblicati su *Scientific Reports*. È un percorso di ricerca che intreccia neuroscienze, psicologia e ingegneria, per comprendere come la tecnologia possa supportare lo sviluppo delle abilità sociali, dell'autonomia e delle competenze relazionali.

«Il nostro ambulatorio segue circa 350 bambini con atipicità del neurosviluppo, ciascuno con bisogni specifici differenti», racconta Federica Floris, psicologa esperta in neuropsicologia clinica e riabilitativa, coordinatrice del progetto per l'Opera Don Orione. «La prima sfida è stata capire se una tecnologia così sofisticata potesse convivere con la complessità organizzativa della clinica». L'esperienza ha mostrato che, se introdotta con gradualità e in collaborazione con i terapeuti, la robotica può diventare un supporto adatto, stabile e accettato anche in contesti riabilitativi strutturati.

Ogni ciclo dura 6 o 8 settimane, con due sessioni settimanali. I protocolli mirano a stimolare i meccani-

smi cognitivi alla base della socialità, dall'attenzione condivisa alla gestione del turno. «Alleniamo capacità molto specifiche del cervello umano, come il mettersi nei panni dell'altro», spiega Agnieszka Wykowska, che all'Iit è la responsabile di ricerca del gruppo dedicato alla cognizione sociale nell'interazione umano-robot. «L'attività è possibile grazie a protocolli che derivano dalla ricerca di base: sappiamo quali processi cognitivi attivare, e usiamo il robot come strumento per farlo in modo controllato e ripetibile». I ricercatori hanno raffinato gli algoritmi che regolano i tempi di risposta e la capacità visiva del robot, così da adattarsi meglio alle reazioni dei bambini e mantenere un equilibrio tra prevedibilità e stimolo. Nel contesto delle sedute riabilitative, il robot non lavora mai da solo: è il terapista a guidare, calibrando gli esercizi e stabilendo tempi e modalità dell'interazione con il bambino. «L'iCub è uno strumento in mano al clinico, e la sua efficacia dipende dalla capacità del terapista di conoscere i bisogni individuali e di restare nella cosiddetta "zona di sviluppo prossimale", ossia stimolando una competenza senza superare la soglia di frustrazione», sottolinea Floris. «Quando questo equilibrio è rispettato, la motivazione e la partecipazione aumentano in modo evidente». Le valutazioni pre e post trattamento, basate su scale cliniche standardizzate, mostrano progressi significativi nella comunicazione sociale rispetto alla terapia tradizionale, confermando che l'in-

terazione con il robot può potenziare l'efficacia dei protocolli esistenti. L'automa non imita perfettamente le sembianze umane, ma ne conserva le forme essenziali: occhi grandi, espressioni limitate e movimenti lenti riducono lo stress percettivo e favoriscono il contatto visivo. «I bambini nello spettro autistico possono essere sopraffatti dall'eccesso di stimoli visivi dato da un volto umano», specifica Wykowska. «L'aspetto semplificato permette invece di concentrarsi su pochi elementi chiave della comunicazione. È abbastanza umano da essere riconoscibile, ma non tanto da diventare minaccioso o confondente».

La sfida resta capire quanto i progressi si traducano nella vita quotidiana: a scuola, in famiglia, nelle relazioni. «Misurare il cambiamento fuori dal laboratorio è molto più complesso», riconosce Wykowska. «Stiamo iniziando a coinvolgere insegnanti e genitori per valutare l'impatto reale sulla qualità della vita. Il prossimo passo è collegare il dato clinico con l'esperienza quotidiana». Questo approccio apre la strada a una



nuova generazione di studi, capaci di osservare nel tempo come le abilità sociali apprese con l'ausilio robotico si mantengano o evolvano. Di sicuro, il progetto conferma che l'interazione corporea è parte integrante del processo: il bambino gioca, passa oggetti e imita gesti, così la fisicità diventa veicolo di apprendimento.

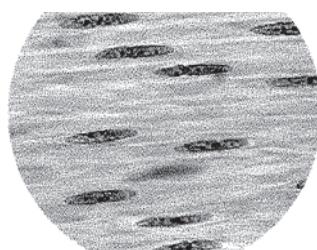
I protocolli sviluppati si stanno estendendo ad altri ambiti del neurosviluppo, tra cui alcune disabilità intellettive. Le sperimentazioni più recenti puntano a rafforzare le capacità sociali e l'autonomia con esercizi che spaziano dal lavoro di gruppo alla gestione di semplici compiti pratici. «Ogni percorso nasce da un'esigenza

clinica concreta», spiega Floris. «Non sono le tecnologie a definire gli scopi, ma partiamo dalle persone e modelliamo gli strumenti intorno a loro». Un approccio che consente di ampliare il raggio d'azione della robotica anche oltre la terapia, fino all'ambito educativo e formativo, come strumento di inclusione e partecipazione. «Un robot non dev'essere un fine, ma un mezzo per comprendere meglio la mente umana», sottolinea Wykowska. «Se può aiutare un bambino a comunicare, allora sta insegnando anche a noi come comunicare meglio con lui». In questo incontro

tra scienza e umanità si intravede una direzione precisa: la tecnologia più utile è quella che rende le persone più capaci di capirsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

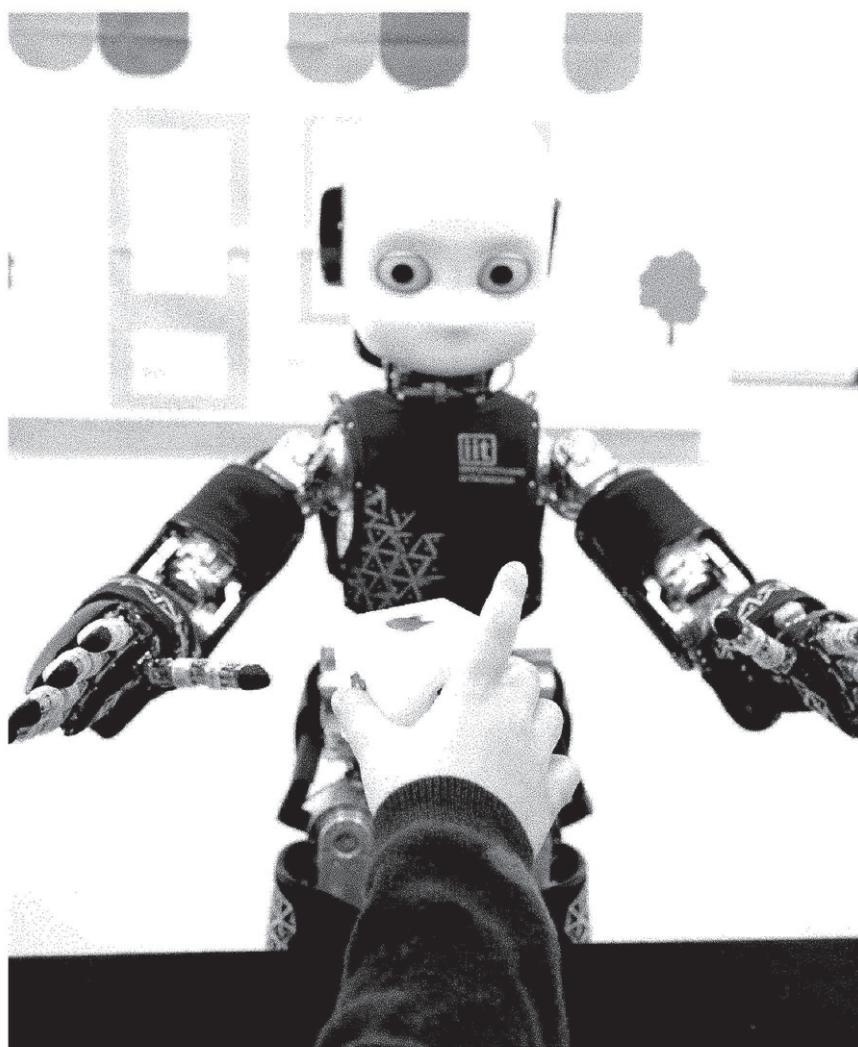
Wykowska (iit):
«Alleniamo capacità molto specifiche, come il mettersi nei panni dell'altro»



I MUSCOLI INVECCHIANO

Uno studio firmato dall'università di Padova e dal Vimm svela un meccanismo responsabile dell'invecchiamento dei muscoli. La ricerca punta il dito sui

perossisomi, strutture cellulari che rivestono un ruolo chiave nella catena di montaggio della "fabbrica muscolo" e che con l'avanzare dell'età crollano in numero ed efficienza.



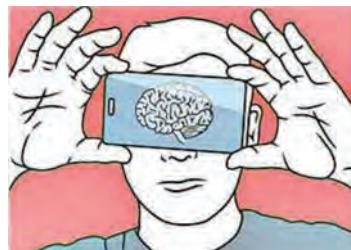
Umanoide. L'aspetto semplificato del volto di iCub permette al bambino di concentrarsi su pochi elementi chiave della comunicazione



Dall'ansia ai sogni
così l'Ai diventa
l'unica amica
dei nostri ragazzi

FABRIZIA GIULIANI

Dai numeri si può imparare e certamente s'impone molto dalla ricerca sugli adolescenti italiani resa nota ieri da Save the Children. Non c'è niente di automatico nell'apprendimento, possiamo guardare i numeri e dimenticarli. **GRIGNETTI** – PAGINE 16 E 17



Alessio Butti

“No all'uso distorto della tecnologia L'Europa ha già messo dei limiti”

Il sottosegretario per l'Innovazione: “Solo Meta ha rifiutato il codice di condotta”

FRANCESCO GRIGNETTI
ROMA

A leggere di quelle ricerche iper-tecnologiche sugli embrioni, sulla genetica, sulle connessioni tra chip e cervello umano, senza freni etici o religiosi, pare di immaginare al lavoro i nuovi Frankenstein. «Se non fossimo quantomeno preoccupati saremmo degli irresponsabili. Voi della Stampa fate bene ad occuparvene», dice Alessio Butti, FdI, sottosegretario alla presidenza del Consiglio con delega all'Innovazione tecnologica. Il suo ufficio, a poca distanza da quello di Giorgia Meloni, ha quotidianamente a che fare con cose

complicate: le reti digitali, l'intelligenza artificiale detta comunemente AI, la difesa dei dati attraverso cloud, l'invasione dei social media, e presto anche le tecnologie quantistiche.

Sottosegretario Butti, le nuove frontiere della tecnologia, con quella interconnessione tra genetica, biologia e digitale, fanno rabbrividire, o no?

«Sicuramente. E anche per questo motivo noi italiani, e noi europei, ci siamo mossi per tempo. C'è un AI Act europeo votato circa un anno e mezzo fa, e dal settembre scorso c'è una legge nazionale sulla AI, che è distinta e complementare all'altra».

Premesso che ogni intervento di ingegneria genetica su un embrione è vietato, anzi

vietatissimo, da leggi e convenzioni internazionali, che cosa possono dire la Direttiva europea e la legge nazionale alla multinazionale che voglia farsi dio?

«L'impianto legislativo della Ue dice chiaramente quali sono i rischi e pone dei divieti: questo sì, questo no. Ci sono delle applicazioni che per noi presentano rischi inaccettabili. Giusto per fare qualche esempio. Ci siamo preoccupati di vietare il riconosci-



mento biometrico negli spazi pubblici. Oppure il "social scoring" (far valutare all'intelligenza artificiale i comportamenti delle persone sulla base di dati pubblici, e da questi far dipendere premi, promozioni, o anche sanzioni, *ndr*). Mettiamoci anche i "deep fake", i falsi generati dall'intelligenza artificiale». Questi divieti basteranno a metterci al sicuro?

«Queste leggi sono state fatte sostanzialmente per difendere i diritti individuali e per evitare che ci siano indicazioni distorte dell'intelligenza artificiale e della tecnologia. Come Italia abbiamo ottenuto che ci fossero precisi codici di condotta e relative sanzioni per chi li

violasse. E guardi che il meccanismo funziona: praticamente tutti i giganti del digitale, da Google a OpenAi, hanno sottoscritto il codice di condotta europeo. Unica società delle Big Tech a non firmare è stata Meta. C'è poi la legge italiana, che è forse un unicum al mondo perché questo governo è molto sensibile al tema della sovranità nazionale, compresa quella tecnologica».

Tornando alle follie di chi vuole modificare con l'ingegneria genetica gli embrioni, padre Paolo Benanti a questo giornale ha detto che c'è chi vuole far convergere il biologico con il digitale... «Proprio perché condividiamo questo approccio, e mi lasci dire che il presidente del Consiglio è molto sensibile a

S Il dibattito



Come Italia abbiamo ottenuto che ci fossero precisi codici di condotta e relative sanzioni per chi le violasse



Doponotizia del progetto di Sam Altman sulla modifica genetica degli embrioni, è nato un dibattito sulle limiti della scienza con contributi di padre Paolo Benanti, Alessandro Vespiugni e Vito Mancuso

un approccio etico sull'intelligenza artificiale, è evidente che tutti i rischi evidenziati dagli studiosi, dai teologi o dai filosofi, noi li riteniamo rischi da evitare. Tutto ciò che vada oltre la normale genetica, è evidente che deve essere impedito. L'eugenetica nazista, no. Proprio perché al centro di tutto ci deve essere una visione antropocentrica. Se parliamo di Neuralink, ad esempio, ovvero impiantare chip nel cervello, beh, lì bisogna capire bene. Se serve a superare un deficit fisico, è un conto. Ma quando io ho un chip impiantato nel cervello, c'è il rischio che dall'esterno mi dia no ordini? La libertà della ri-

cerca scientifica non può diventare licenza sfrenata che porterebbe a conseguenze drammatiche».

Le ricerche sugli embrioni?

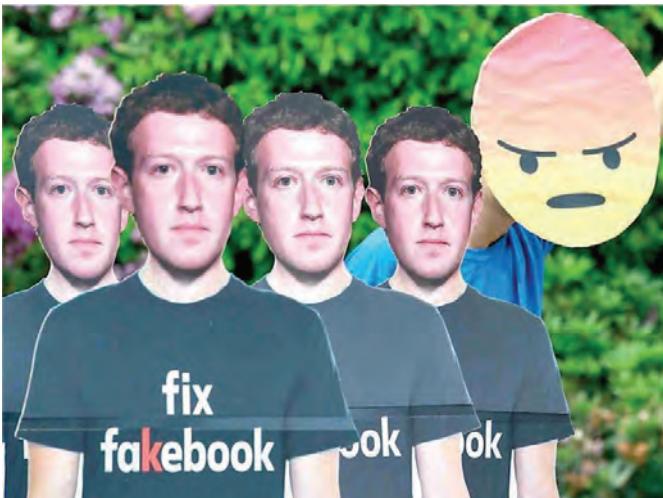
Giusto essere preoccupati

Dobbiamo evitare qualsiasi rischio

Certe applicazioni per noi presentano rischi inaccettabili come il riconoscimento biometrico negli spazi pubblici



Alessio Butti
sottosegretario



Una protesta davanti alla Commissione europea per chiedere più controlli sui finti profili Facebook



IL CASO

Dimagrire con le punture Il boom, i rischi

di **Candida Morvillo**

Si fa, ma non si dice. Gli italiani ricorrono alla semaglutide per perdere peso. Un boom rischioso.

a pagina 23

Dimagrire con le punture Boom (e follie)

Dalla politica alla finanza, la corsa a usare la semaglutide pur non rientrando tra i pazienti autorizzati. Vendite: +78%
Mastella: diabetico, ho perso 20 chili |

di **Candida Morvillo**

Quello che molti non dicono lo raccontano invece, e spassionatamente, i dati dell'Agenzia Italiana del Farmaco: gli italiani che ricorrono a semaglutide e affini per perdere qualche chilo — pur non essendo né obesi né diabetici — sono un esercito. Non è una tendenza, è un boom: l'Aifa, l'anno scorso, ha registrato un più 78,7% sulla vendita con «ricetta bianca» degli analoghi del recettore GLP-1. Il dato è eclatante ed è indicativo di una moda, non di una patologia, perché chi ha un acclarato problema di salute, usa la «ricetta rossa» del Ssn, trattandosi di farmaci costosissimi: per le iniezioni sottocutanee quotidiane o settimanali che fanno perdere l'appetito, servono dai 170 ai 300 euro al mese. Ed è una moda semiclandestina che nessuno ammette né in pubblico né sui social perché ufficialmente questi farmaci non

potrebbero essere prescritti a chi non rientra nelle poche categorie di pazienti per cui sono autorizzati. Tuttavia, basta fare un giro là dove circola «la gente che piace» — nella moda, nel design, nei corridoi della finanza e molto in quelli della politica — per scoprire che è tutto un passaparola, tutto un «provalo, è una meraviglia» e «funziona, fidati».

I politici

In Parlamento, il primo sperimentatore, un paio di anni fa, fu un leader di partito non nuovo alle diete, che con la semaglutide ha raccolto percentuali di consenso a lui inconsuete, coalizzando colleghi bipartisan d'ogni campo, sesso e rango. Non siamo ancora al caso del sindaco di Rio De Janeiro Eduardo Paes che l'anno scorso ha promesso, se fosse stato rieletto, Ozempic gratis per tutti, ma si sa mai. Fra i politici, comunque, chi lo prende per snellirsi non lo dice. Clemente Mastella ammette di aver preso semaglutide di prima generazione e che ora usa il Mounjaro, ma perché è diabetico: «Mi fa bene ed è stata l'opportunità per

perdere venti chili in cinque, sei mesi», racconta, «sono la dimostrazione ontologica che questi farmaci aiutano a stare in forma. Ho ripreso a fare effetto sulle signore di una certa età. Ora che sono in campagna elettorale in Campania per Roberto Fico con la lista Noi di Centro (Mastella), per strada, mi fermano e mi dicono che sono meglio dal vivo. E io: meglio da vivo che da morto». Anche la senatrice Michaela Biancofiore, presidente del gruppo parlamentare Civici d'Italia - Noi moderati, prende il Mounjaro, ma per motivi medici: «Sono insulino resistente, me l'hanno prescritto per quello, ma l'effetto secondario piacevole è che in un anno e mezzo ho perso 17 dei venti chili in più che avevo



messo». Che poi fra i politici vi sia il boom a fini estetici di cui si vocifera a lei non sembra: «Se c'è, non più che nel resto d'Italia. Io, personalmente, ai curiosi, spiego che sono farmaci da prendere solo se c'è l'indicazione, non a cuor leggero». Di sicuro, semaglutide e liraglutide sono i nuovi elisir della linea di «chi può»: di chi ha potere, in generale, e di chi ha potere d'acquisto, in particolare.

Da Musk a Williams

Non a caso, a spingere le vendite, sono stati i «ricchi e famosi» di Hollywood e dintorni: Oprah Winfrey ha parlato dei nuovi farmaci come di «un dono»; Elon Musk ha confessato di aver perso 13 chili; Robbie Williams ha ridotto tutto a un miracolo («prendo qualcosa», ha detto, riferendosi al nuovo fisico smilzo, ma qualche giorno fa ha sostenuto di avere problemi agli occhi collegandoli alle

iniezioni per dimagrire); Serena Williams ha perso 14 chili ed è diventata testimonial di una campagna per l'«uso consapevole» dei cosiddetti GLP-1.

Osserva la professoressa Annamaria Colao, prima endocrinologa d'Italia per l'Ad Scientific Index e in libreria col bestseller Sonzogno Il digiuno su misura: «È una moda che si spiega con due fattori: il primo è che siamo una "società estetica" in cui il magro vince sul sovrappeso; il secondo è che si tratta di farmaci che agiscono bene sulla "fame edonica" quella che viene a persone molto impegnate e sotto pressione, che mangiano anche per compensare lo stress. Sono farmaci che tolgo la dipendenza da cibo, utili anche a chi si ritrova spesso a fare cene e cocktail di lavoro». Infatti, un mese fa, il Financial Times si è addirittura chiesto se sono i farmaci soppressori dell'appetito che stanno mettendo in crisi i ristoranti delle city («aiutano le persone a ordinare meno, saltare portate, limitare i pasti d'affari»).

Spesa milionaria

In Italia, sempre il rapporto Aifa 2024 quantifica la spesa privata (non SSN) in 55,3 milioni di euro per la semaglutide e 13,4 milioni per la liraglutide. A spalle, fanno 300 o 400 mila scatole vendute. E questi i dati non includono il Wegovy, semaglutide ad alto dosaggio, in commercio solo da metà 2024, perciò non ancora rilevato nella top 30 dei ritrovati più venduti, ma che è già esploso in Usa e Regno Unito. Sono farmaci che si possono vendere solo con ricetta. Se il paziente non ha le patologie indicate sul bugiardo, il medico potrebbe comunque prescriverli, ma solo «in scienza e coscienza»: deve spiegare che l'uso è fuori indicazione, illustrarne rischi ed

effetti collaterali e assumersi responsabilità professionale e penale della scelta.

Molti medici però lo fanno, «per esempio per pazienti a cui il sovrappeso è causa di grave disagio psicologico», spiega Colao.

Le limitazioni alla prescrizione e i prezzi alti hanno scatenato la vendita illegale sul web, spesso di prodotti che di GLP-1 non hanno nulla e sono dannosi, come è successo pochi giorni fa a una 31enne di Padova finita in coma dopo essersi iniettata un falso Ozempic. Il nuovo elisir di magrezza sta diventando una sorta di status symbol proibito, da usare in clandestinità o cercare al mercato nero. La nuova follia collettiva è credere che dimagrire è facile, ma a che prezzo?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il farmaco

SEMAGLUTIDE

È una molecola in uso nel trattamento del diabete di tipo 2. Agisce come regolatore dell'appetito e del senso di fame: aumentando cioè le sensazioni di sazietà e diminuendo quelle dell'appetito

All'estero



Serena Williams L'ex tennista ha perso 14 chili: è testimonial di una campagna per l'uso consapevole dei GLP-1 (Epa)



Robbie Williams Il cantante, per spiegare il fisico smilzo, ha detto di «prendere qualcosa» e di avere problemi agli occhi (Afp)



Oprah Winfrey La star televisiva statunitense ha parlato dei nuovi farmaci come di un «dono» (Afp)



Elon Musk Il magnate miliardario ha confessato pubblicamente di aver perso ben 13 chili (Afp)



Per chi sono indicate E quali rischi corrono le persone in salute

Gli effetti collaterali. Il peso recuperato dopo lo stop

di Cristina Ravanelli

1 A chi vengono prescritti semaglutide e tirzepatide?

Ai pazienti con obesità o sovrappeso con una comorbidità legata al peso (ipertensione, malattia cardiovascolare, alterazioni della glicemia). Alle persone con diabete di tipo 2 quando la metformina non è sufficiente o non è tollerata oppure ad alto rischio cardiovascolare, come chi ha già avuto infarto o ictus.

2 Cosa succede se li prende una persona sana?

Non solo è inutile sul piano medico, ma può essere rischioso. La stimolazione farmacologica può produrre ipoglicemia con sintomi come tremori, sudorazione, confusione, palpazioni, perdita di coscienza. E

l'effetto sul peso non è «magico»: la perdita ponderale può essere minima e con una quota non trascurabile di perdita di massa magra (muscolo). Questo comporta debolezza e riduzione del metabolismo basale.

3 Come si somministrano?

Nella terapia per la gestione del peso con un'iniezione sottocutanea (addome, coscia o braccio) con penne pre-riempite. Si inizia con una dose molto bassa per abituare gradualmente l'organismo.

4 Quando sono rimborsati?

Solo per il diabete di tipo 2. Per obesità e sovrappeso sono a carico del paziente.

5 Quanto peso consentono di perdere e in quanto tempo?

Dal 15 al 25% in un anno e mezzo. Il dimagrimento però non è immediato: nelle prime settimane si osservano cali modesti. Il ritmo accelera nei primi 3-6 mesi fino a stabilizzarsi dopo un anno. Dipende poi dallo stile di vita: dieta

ipocalorica e attività fisica sono parte integrante del percorso. Gli studi mostrano che interrompere la terapia porta a un recupero del peso.

6 Effetti collaterali?

La nausea è il sintomo più frequente. Poi diarrea, stipsi, dolore addominale, mal di testa, affaticamento. Pancreati e calcoli alla colecisti sono rari e si manifestano in chi perde peso rapidamente.

7 Robbie Williams racconta di avere problemi oculari.

Non sono farmaci tossici per gli occhi, gli effetti indesiderati sulla vista sono rari.

8 Il rischio cancro aumenta?

No, anzi la perdita di peso sembra ridurre il rischio di tumori legati all'obesità. Cautela per chi ha una predisposizione genetica rara al carcinoma midollare della tiroide, per cui questi farmaci sono sconsigliati. Anche sul pancreas si è discusso, ma le ricerche più recenti non mostrano incidenza nell'aumento delle neoplasie.

9 Potrebbero essere utilizzati per altre patologie?

Sì, per ridurre il rischio di infarto, ictus e morte cardiovascolare. Un altro campo promettente è la malattia epatica metabolica: sia semaglutide sia tirzepatide riducono il grasso e favoriscono la regressione dell'infiammazione epatica. Interessanti i risultati sulle dipendenze, in particolare da alcol: la semaglutide sembra ridurre il *craving* (desiderio intenso) e il consumo.

(Ha risposto Silvana Gaetani, coordinatrice senior Early Career Pharmacologists Group Società Italiana di Farmacologia Sif e professoressa di Farmacologia alla Sapienza)



I RISCHI DI UN FENOMENO ORMAI MONDIALE

Per dimagrire si inietta il farmaco anti-diabete: era falso, ora è in coma

Una 3enne di Verona ha acquistato in rete l'Ozempic, però era insulina. Ormai la pratica è diffusissima, ma sul web girano prodotti non certificati

SIMONE DI MEO

■ La morte (non) ti fa bella. Se riuscirà a passare questo messaggio, allora è probabile che storie, come quella della ragazza di Padova che ha rischiato di passare a miglior vita per una dieta, spariranno dalle cronache. La giovane – ha raccontato il “Corriere Veneto” – ha comprato online una falsa fiala di Ozempic, il farmaco miracoloso che fa dimagrire usando il principio attivo della semaglutide, e se l’è iniettata con la stessa facilità con cui si monta un mobile fai-da-te all’Ikea. Da lì, il buio: nella “pennetta” non c’era il medicinale prodigioso, ma soltanto insulina. Dopo pochi minuti, la trentunenne è crollata in coma ipoglicemico, ritrovandosi all’improvviso con una glicemia sotto quota 40 (il minimo è 80). I soccorritori l’han portata in ospedale, i medici l’hanno rianimata con glucosio endovenoso salvandola. La confezione, a guardarla, era una barzelletta: errori di stampa, logo deformato, istruzioni in una lingua sconosciuta. Il sito che lo vendeva? Una vetrina “wellness” con sede apparente in Italia, ma senza l’ombra di un’autorizzazione sanitaria. Tutto è business, anche una

bella silhouette.

Ozempic non è acqua fredda. Serve ai diabetici di tipo 2 ed è rimborsato dal Servizio sanitario nazionale. Quando lo si usa per l’obesità, invece, scatta la prescrizione specialistica e la spesa privata: 400 euro al mese per la speranza di una taglia in meno. Il principio attivo è la semaglutide: funziona, sì, ma solo in casi specifici. Eppure l’ossessione estetica corre più veloce della medicina. Negli Stati Uniti, fra modelli da passerella e star da copertina, lo hanno trasformato in un capriccio glamour. Elon Musk l’ha sbandierato come toccasana, il resto lo ha fatto Internet.

La cronaca non si ferma a Padova. A Bolzano, nel giugno scorso, cinque persone sono state denunciate per aver falsificato 152 ricette esaurendo l’intera scorta cittadina e lasciando i diabetici senza terapia. Le prescrizioni taroccate venivano da ricettari rossi rubati a cinque medici dell’ospedale San Maurizio. Venticinque specialisti ascoltati, dodici farmacisti interrogati e un sospetto evidente: le confezioni finivano nelle palestre o nelle mani di chi voleva sgonfiare la pancia a colpi di molecole. E mentre le inchieste si moltiplicano, la Fondazione

Veronesi lancia l’allarme: online girano prodotti che possono avere dosaggi errati, principi attivi diluiti o aumentati, o addirittura contaminati da batteri. Una roulette chimica venduta come scorciatoia per la forma fisica.

Il professor Roy De Vita, primario dell’Istituto Nazionale dei Tumori “Regina Elena” di Roma e volto noto della divulgazione medica più seguita sui social, sul tema dei farmaci per il dimagrimento rapido, è spietato. A *Libero* spiega: «Esistono medici, troppi aggiungerei, che li prescrivono con totale disinvoltura, dimenticando, ignorando o sottovalutando gli effetti collaterali: nausea, diarrea, vomito, danni all’apparato renale e al fegato e, su tutti, la pancreatite. Effetti collaterali che sono tutt’altro che rari e molto, molto importanti». La sua è una diagnosi netta: «La ricerca della



perdita di peso non dovrebbe mai far correre rischi di questo genere», aggiunge. «E, anche a causa di questi effetti collaterali, sono partite innumerevoli richieste di risarcimento danni e, solo negli Stati Uniti, al momento sono in atto cause legali per un valore complessivo di oltre 2 miliardi di dollari». Questa facilità di prescrizione, sottolinea, «ha fatto sì che la gente si sia convinta che la metodica sia banale e scevra da rischi e faccia così il passo successivo, andando alla ri-

cerca del prezzo più basso».

«È evidente», prosegue il professor De Vita, «che l'atteggiamento sia da incoscienti, perché su web girano nella migliore delle ipotesi sostanze placebo, nella peggiore farmaci pericolosi perché hanno dosaggi errati o principi attivi alterati, ma sembra che la gente non se ne renda conto. È indispensabile proteggerla. Purtroppo bisogna sempre che accada qualcosa di drammatico perché si prendano provvedimenti. Il web in campo sanitario, a

qualsiasi livello, ha bisogno di essere regolamentato».

Quanto vale giocare sporco con la propria salute?

LA SOSTANZA

Il farmaco fa dimagrire grazie al principio attivo della semaglutide

IL PROF. DE VITA

«Troppi medici li prescrivono con disinvolta, trascurando gli effetti collaterali»



La speciale siringa utilizzata per iniettarsi l'Ozempic





Servizio Dal metabolismo all'oncologia

I farmaci anti-obesità dimezzano la mortalità per tumore al colon

I noti agonisti del recettore Glp-1, come Ozempic e Wegovy, mostrano un inatteso effetto protettivo nei pazienti oncologici

di Michela Moretti

14 novembre 2025

Sembravano già miracolosi per i chili di troppo e per il controllo del diabete, ma ora i farmaci a base di agonisti del recettore del Glp-1, come Ozempic, Wegovy e Mounjaro, si candidano a una nuova, inattesa funzione: ridurre di oltre la metà il rischio di morire per cancro al colon. A dirlo è una ricerca condotta alla University of California San Diego (Ucsd), che apre uno scenario sulla possibilità che questi farmaci abbiano anche un effetto protettivo diretto contro il tumore.

Lo studio, pubblicato su *Cancer Investigation* nel novembre 2025, è stato guidato da Raphael Cuomo, professore associato nel dipartimento di Anestesiologia e membro del Moores Cancer Center della Ucsd. Analizzando le cartelle cliniche di oltre 6.800 pazienti affetti da carcinoma del colon trattati nei centri della University of California Health, il gruppo ha osservato che solo il 15,5% dei pazienti in terapia con Glp-1 è deceduto entro cinque anni, contro il 37,1% di chi non li assumeva.

«L'effetto è stato sorprendentemente robusto - spiega Cuomo -. Anche dopo aver corretto per età, indice di massa corporea, gravità della malattia e altre comorbidità, l'associazione tra uso di Glp-1 e sopravvivenza era evidente. Ora serve capire se si tratta di un effetto diretto sul tumore o di un miglioramento generale dello stato metabolico».

Le incretine, ormoni intestinali che stimolano la secrezione insulinica (Glp-1 e Gip), e le terapie incretino-mimetiche (nate per il diabete di tipo 2) sono diventate il fulcro della terapia farmacologica dell'obesità e delle sue complicanze metaboliche, come ribadito dal recente algoritmo della European Association for the Study of Obesity su *Nature Medicine*. Gli agonisti del recettore del Glp-1 (glucagon-like peptide-1) agiscono infatti stimolando la secrezione di insulina e riducendo l'appetito, favorendo la perdita di peso. Ma il nuovo studio suggerisce che il loro raggio d'azione potrebbe essere molto più ampio, toccando meccanismi chiave dell'oncologia metabolica.

Il beneficio maggiore, infatti, è stato registrato nei pazienti con obesità grave ($Bmi > 35$), una popolazione in cui si crea un terreno fertile per la progressione tumorale.

L'impatto sul microambiente tumorale

I ricercatori ipotizzano che i Glp-1 riducano l'infiammazione sistemica, migliorino la sensibilità all'insulina e modifichino il microambiente tumorale, rendendolo meno favorevole alla crescita e alla diffusione delle cellule cancerose. In modelli sperimentali, queste molecole sembrano bloccare

direttamente la proliferazione delle cellule tumorali e indurne la morte programmata (apoptosi), oltre a rimodellare il tessuto circostante, riducendo l'apporto di nutrienti alle cellule maligne.

«Si tratta di un effetto potenzialmente dirompente - commenta Cuomo -, ma dobbiamo ancora capire se la relazione osservata sia causale. Servono trial clinici prospettici per verificare se i Glp-1 possano davvero migliorare la sopravvivenza nei tumori correlati all'obesità».

I ricercatori hanno utilizzato lo University of California Health Data Warehouse, uno dei database clinici più estesi al mondo, per confrontare gli esiti dei pazienti oncologici trattati con e senza Glp-1. Dopo aver escluso l'influenza di fattori confondenti (età, Bmi, stadio del tumore e comorbidità), la differenza di mortalità è rimasta significativa, indicando un possibile effetto indipendente dal semplice miglioramento del metabolismo.

Gli autori invitano alla prudenza: si tratta di un'analisi osservazionale, non di un trial clinico, e dunque non prova un rapporto di causa-effetto. Tuttavia, i dati delineano una linea di ricerca promettente, soprattutto nei tumori associati all'obesità. «Stiamo assistendo a una convergenza tra metabolismo, infiammazione e oncologia - conclude Cuomo -. Se i risultati saranno confermati, potremmo trovarci davanti a una delle scoperte più significative degli ultimi anni nella medicina traslazionale».

La nuova frontiera della farmacologia metabolica

La scoperta di Ucsd si inserisce in un contesto scientifico e industriale in piena trasformazione: negli ultimi anni i farmaci Glp-1 sono diventati un caso globale dimostrandosi multifunzionali, con benefici su organi e sistemi diversi. Studi hanno dimostrato che in pazienti con diabete di tipo 2 e malattia renale cronica la semaglutide riduce del 24% il rischio di eventi renali maggiori, e che esiste una relazione causale tra l'uso della semaglutide e la riduzione del consumo di alcol nei pazienti con disturbo da uso di alcol. I farmaci incretinici avrebbero anche benefici cardiovascolari importanti.

Dopo la prima generazione di agonisti Glp-1, si sta ora affermando una nuova ondata di terapie multi-incretiniche, capaci di agire su più assi metabolici e persino sui programmi cellulari che regolano il bilancio energetico.

Eli Lilly, per esempio, ha appena pubblicato su The New England Journal of Medicine i risultati di fase III del suo orforglipron, agonista Glp-1 orale (considerato il suo prossimo blockbuster). L'azienda ha anche annunciato un investimento da 2,6 miliardi di euro per costruire un nuovo impianto dedicato alla produzione di questo farmaco, prevedendo 500 posti di lavoro (l'azienda dispone già di quattro stabilimenti, in Francia, Irlanda, Italia e Spagna e prevede di aggiungerne anche altri due in Europa). In campo ci sono anche la startup Metsera con il suo Glp-1 orale settimanale; e Viking Therapeutics, Hanmi Pharmaceutical e Altimmune, che stanno sviluppando agonisti multi-recettoriali (Gip/Glp-1/glucagone), che promettono efficacia superiore e azioni sinergiche sul metabolismo.

Uno scenario competitivo e in rapida espansione, in cui la scoperta che questi farmaci potrebbero influenzare anche la sopravvivenza oncologica rafforza l'idea che la farmacologia dell'obesità stia diventando capace di incidere su più dimensioni della salute umana, dal metabolismo, al cuore, fino al cancro.

Tra hype e prudenza: la reazione delle autorità sanitarie

Nel frattempo, le autorità regolatorie europee stanno intervenendo sul fronte dell'informazione pubblica. L'Ema ha lanciato la campagna social #HealthNotHype, realizzata con content creators

di sette Paesi, per promuovere un uso sicuro e consapevole dei farmaci Glp-1 e contrastare la disinformazione legata al loro impiego.

Come ha ricordato Emer Cooke, direttrice esecutiva dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema), «questi farmaci non sono soluzioni magiche per perdere peso, ma terapie a lungo termine da usare sotto controllo medico».

Prescrivere meno, curarsi meglio

Nel 2024, secondo il Rapporto OsMed dell'Agenzia Italiana del Farmaco, un anziano su tre in Italia ha assunto almeno cinque farmaci diversi ogni giorno per oltre sei mesi all'anno, e quasi il 70 per cento degli over 65 ha ricevuto prescrizioni di cinque o più principi attivi differenti nel corso di dodici mesi. Tra gli ultraottantacinquenni, la media sale a 8,7 sostanze diverse per persona. Numeri di una sanità che, pur animata dall'intento di curare, rischia di nuocere. La politerapia – l'assunzione contemporanea di molti medicinali – è spesso inevitabile per chi convive con più patologie croniche. Ma è un proble-

ma quando la moltiplicazione delle prescrizioni sfugge al controllo, creando interazioni farmacologiche, reazioni avverse e ricoveri evitabili. Il Rapporto Aifa segnala che l'esposizione a troppi principi attivi aumenta il rischio di effetti collaterali gravi, soprattutto nei grandi anziani, e può portare a esiti fatali. L'eccesso di farmaci non è solo un pericolo per la salute, ma anche per i conti pubblici. Serve un cambio di paradigma: non "più farmaci" ma più appropriatezza prescrittiva da parte soprattutto della medicina generale. L'Agenzia italiana del farmaco invita dunque a promuovere il *deprescribing* – la revisione pe-

riodica delle terapie – come pratica di sicurezza e sostenibilità. In un paese che invecchia rapidamente, la vera sfida non è somministrare di più, ma curare meglio, restituendo ai pazienti una vita più sana, meno medicalizzata e più libera dai rischi di possibili effetti collaterali legati all'eccesso di pillole. Contribuendo così anche a ridurre, almeno in parte, inutili sprechi di risorse a danno del Ssn. (gi. rodri)



LA DEMOGRAFIA

Perché la fertilità
ormai è un miraggio

SIMONETTA SCIANDIVASCI

Sessant'anni fa abitavano il pianeta Terra tre miliardi di persone. I giornali, i governi, alcuni demografi e un miliardario (Rockefeller) di molti Paesi discutevano con grande e allarmata concitazione della bomba demografica: siamo in troppi, dicevano. Oggi siamo 8 miliardi e giornali, governi, alcuni demografi e un miliardario (Musk)

dicono: siamo troppo pochi. «Nei decenni, le donne hanno capito che fare 5 figli a testa distruggeva il loro corpo, e questo ha, progressivamente, cambiato tutto», dice a *La Stampa* Alessandra Minello, demografa al dipartimento di Scienze Statistiche dell'università di Padova. **CAMILLI - PAGINE 10 E 11**

Il miraggio della fertilità

Nel Paese senza più nascite
la capacità riproduttiva è un tabù
Le donne diventano madri
in età sempre più avanzata
Il tema è anche una questione
di salute pubblica e psicologica

L'ANALISI

SIMONETTA SCIANDIVASCI

Sessant'anni fa abitavano il pianeta Terra tre miliardi di persone. I giornali, i governi, alcuni demografi e un miliardario (John D. Rockefeller III) di molti Paesi discutevano con grande e allarmata concitazione della bomba demografica: siamo in troppi, dicevano. Oggi siamo 8 miliardi e giornali, governi, alcuni demografi e un miliardario (Musk) dicono: siamo troppo pochi.

«Nei decenni, le donne

hanno capito che fare 5 figli a testa distruggeva il loro corpo, e questo ha, progressivamente, cambiato tutto», dice a *La Stampa* Alessandra Minello, demografa al dipartimento di Scienze Statistiche dell'università di Padova e autrice del saggio *Senza figli* (Laterza).

La salute delle donne e degli uomini entra di rado nelle considerazioni e analisi che si fanno, copiose e mai neutre, sempre intollerabilmente ideologiche e identitarie, sul calo demografico nei Paesi industrializzati (il calo, in verità, comincia a ri-

guardare tutto il mondo, anche se con entità diverse, fatta eccezione per l'Africa subsahariana). E invece è importante, cruciale, e connessa al dato culturale, che più di tutti governa la grande ritrazione riproduttiva che chiamiamo inverno demografico e che, invece, Minello suggerisce di chiamare "letargo": non ci sveglieremo estinti, o



scomparsi, come secondo Musk saranno presto gli italiani, ma diversi.

Come Musk sicuramente sa, avendone fatto uso anche per l'allargamento della sua famiglia, un numero crescente di bambini viene al mondo grazie alla fecondazione assistita, che include una vasta gamma di tecniche (dalla donazione di gameti maschili o femminili fino alla gestazione surrogata). Nel 2023 sono stati oltre 16 mila i bambini nati vivi grazie alla fecondazione assistita, in crescita del 33,1 per cento rispetto ai 12 mila del 2013. Nel 2023, il 38,2 per cento dei nati da Pma aveva una madre over 40. In quella fascia d'età, quasi 1 nato su 5 è frutto della Pma. L'età media delle donne che si sottopongono a Pma è elevata: oltre i 36 anni. L'infertilità è una delle questioni del nostro tempo. Ne parliamo perché la scienza medica è in grado di affrontarla, e talvolta risolverla, come mai era successo, ma anche perché non c'erano mai state così tante coppie inferti li. Il tempo è il fattore che più di tutti, ancora, ci rende sterili. «Un numero insospettabile ma incredibile di donne ritiene ancora che si è fertili fintanto che non si va in menopausa, mentre la fertilità comincia a calare vertiginosamente molto prima», dice a *La Stampa* Chiara Gregori, ginecologa, sessuologa e divulgatrice. Per buona parte di quelle donne non c'è alternativa alla pma, che è costosa, a volte costosissima, e stressante, a volte traumatica. E nes-

suono sembra interessato a quanto una gravidanza o la ricerca di una gravidanza possono condizionare la natalità: «Ho da poco concluso uno studio sullo spostamento della maternità in età avanzata, e mi sono resa conto che cresce il numero di donne che, dopo il primo figlio, si ferma perché il parto, la gravidanza o anche solo il concepimento sono state esperienze terribili. Moltissime donne subiscono violenza ostetrica, molte altre sperimentano una condizione di abbandono sia durante la gravidanza che durante la maternità, e quasi nessuna riceve sostegno emotivo, meno che mai quando affronta un percorso di procreazione assistita, sebbene sia particolarmente provante», dice Minello. All'educazione sessuo-affettiva scolastica sarebbe quindi necessario accludere anche un paio di moduli sul ciclo biologico degli organi riproduttivi, su come e quando invecchiano e su come prendersene cura, così come sarebbe necessario che venissero previsti insegnamenti alla gestione, da soli o in coppia, del portato psico-emotivo della genitorialità.

«Notiamo - dice Minello - che nei forum in cui le donne si scambiano le proprie esperienze di Pma, non parlano mai dei loro compagni: il carico di quella esperienza sembra essere esclusivamente loro. Quasi nessuna coppia è in grado di gestire le paure e le ansie di un percorso di fertili-

tà: più facilmente le paure di uno si sommano a quelle dell'altra».

Dall'altra parte, esiste un problema di medicalizzazione eccessiva della gravidanza (come di quasi tutto), che trova terreno nella «scarsa conoscenza del nostro corpo», di cui parla Gregori. «La figlia undicenne di una mia paziente ha chiesto a sua madre quando potrà cominciare ad andare dalla ginecologa e le ha spiegato di volerlo sapere perché lei, da grande, vuole avere dei figli. Ho pregato la mia paziente di dire a sua figlia che, quando verrà il momento di diventare madre, il suo corpo saprà come fare, e lo farà da solo». A quelle ragazze, però, Minello auspica che venga spiegato presto che esiste la possibilità di congelare i propri ovuli, così da potersi attardare nelle scelte riproduttive. Gregori è meno entusiasta: «La Regione Puglia dà 3 mila euro alle ragazze che vogliono congelare gli ovuli ma nessuno ha specificato che potranno usarli solo se avranno un compagno, quindi come sempre la cosa migliore da fare è andare all'estero, e purtroppo alimentare il turismo riproduttivo, che è l'affare del secolo». Questo Paese chiede figli e pretende di prescrivere il modello unico a cui attenersi per farli.

A complicare il quadro che Musk e i fabbricanti di bonus fingono di non vedere, ci sono poi i fattori ambientali: lo stress, l'alimentazione, il riscaldamento globale sono

una minaccia di sterilità non ancora quantificata ma presente e crescente. Il mese scorso il *New York Times* ha pubblicato l'articolo di una ricercatrice di Harvard, Shrutti Mahalingaiah, che da due anni stava conducendo uno studio su come il cambiamento climatico stia compromettendo la capacità riproduttiva delle donne e degli uomini, anche molto giovani, ma i tagli trumpiani l'hanno costretta a interrompere tutto. Dice Gregori: «Negli ultimi anni le ipotesi avanzate sul calo della fertilità maschile sono state diverse e spesso fantasiose: oggi però sappiamo che gli spermogrammi vengono finalmente condotti e che l'infertilità viene indagata tanto negli uomini quanto nelle donne. Il problema è che le donne sanno di dover sene prendere cura, gli uomini no. Le donne sanno che nutrire bene il microbiota serve anche alla salute riproduttiva, gli uomini no».

L'inverno demografico non si combatte, si accetta: come il corpo. E, come il corpo, si ascolta, in tutte le sue parti. —

38,2%

I nati da Pma
la cui madre
ha superato
i quarant'anni

4,3%

Sul totale delle nascite,
l'incidenza dei bimbi
nati in Italia grazie alla
procreazione assistita

“

Alessandra Minello
Demografa

Il carico emotivo
e psicologico
di gravidanza
e Pma è solo
sulle spalle
delle donne

“

Chiara Gregori
Ginecologa

Il congelamento
degli ovuli in Italia
è ancora vincolato
al modello di coppia
tradizionale: meglio
farlo all'estero



POST MORTEM

L'eterno mistero dell'anima (per la scienza non esiste)

Melania Rizzoli

■ Si dice che quando una persona muore la sua anima impieghi 17 giorni per superare e lasciare per sempre il campo elettromagnetico terrestre, e si dice anche che i familiari dei defunti continuino per lo stesso tempo a sentire la

vicinanza della persona estinta, a ricevere segnali vividi e rassicuranti della sua presenza. L'anima è tuttora un mistero affascinante per la maggior parte delle culture religiose e filosofiche, è oggetto delle speculazioni più disparate.

a pagina 20

IL DIBATTITO I segreti dell'essere umano

L'eterno mistero dell'anima (ma per la scienza non esiste)

È frutto del cervello, non del cuore: muore con il corpo
Gli esperimenti: pesa 21 grammi, sopravvive 40 giorni

di Melania Rizzoli

Si dice che quando una persona muore la sua anima impieghi 17 giorni per superare e lasciare per sempre il campo elettromagnetico terrestre, e si dice anche che i familiari dei defunti continuino per lo stesso tempo a sentire la vicinanza della persona estinta, a ricevere segnali vividi e rassicuranti della sua presenza. Secondo le credenze popolari l'anima del defunto va in cielo, in paradiso, in purgatorio o all'inferno 40 giorni dopo la morte, e fino ad allora il suo spirito aleggia e resta tra i suoi cari sulla terra. Lo scienziato russo Garjaiev fu il primo a sperimentare questo spazio temporale, con una luce in una camera a vuoto, un laser a spettro

variabile capace di modellarsi su un campione di Dna e riprodurre, sebbene in maniera sfumata, come un ologramma, l'immagine umana dell'anima, definita «effetto fantasma», e quel laser ha continuato a registrare i fantasmi del defunto per 40 giorni dal decesso.

L'anima è tuttora un mistero affascinante per la maggior parte delle culture religiose e filosofiche, è oggetto delle speculazioni più disparate, viene percepita come la continuazione della vita sotto forma di spirito, viene spesso definita immortale, e pur essendo un'entità invisibile, qualcuno, come Duncan MacDougall, ha provato addirittura a pesarla con un famoso esperimento, at-

tribuendole i 21 grammi di peso che il paziente terminale perde subito dopo l'ultimo respiro, quando appunto si suppone che l'anima lasci il corpo nel quale ha alloggiato per tutta la vita terrena.

Per la scienza invece, il problema dell'anima non si pone affatto, perché per essa, semplicemente, non esiste, né come è stata intesa nel passato, eterea, immateriale e imperitura, né come spirito empirico o ultraterreno, perché per la stessa



scienza l'anima è un prodotto neurobiologico, non proviene dalle profondità del cuore, bensì dalle oscure regioni encefaliche sottocorticali, cioè dai circuiti cerebrali dai quali scaturisce la coscienza e muore nello stesso istante con essa, quando il cuore si ferma insieme agli organi vitali con tutto il substrato fisico, cervello incluso.

L'anima dunque, scientificamente, è un'emozione astratta e surreale che si rivele dalle profondità del nostro organo pensante, è già presente al momento della nascita, ma non è un'entità inanimata, indipendente e solitaria, perché biologicamente va di pari passo con la coscienza, e per struttura chimica e fenomenologia è insita in tutti i mammiferi e gran parte dei vertebrati, ovvero in tutti animali come noi.

Quindi l'anima per la scienza deriva dall'operare dei meccanismi cerebrali degli esseri viventi, si lega alla dimensione psicologica da essi prodotta, e muta a seconda del periodo che si vive, spesso riempiendo un vuoto, quello che il pensiero, la razionalità e l'intelligenza non riescono a colma-

re. Eppure l'anima di ognuno di noi è quella presenza impercettibile e ingombrante, che ci parla di continuo nell'intimo della coscienza, ci fa gioire o soffrire, ed essendo invisibile, senza massa organica, ovvero non organizzata come organo, risulta anche incurabile nel dolore che comporta, uno dei più potenti e strazianti, come per esempio avviene per la fine di un amore importante o in coincidenza di una perdita inesorabile. La scienza infatti, essendo scettica sulla sua esistenza, non è stata in grado di produrre un farmaco per il dolore dell'anima, quello fortissimo ed incontenibile che esplode nella disperazione, nei momenti più difficili della vita, quello che produce la depressione, anche questa aleatoria e molto difficile da curare, e poiché si presume che le emozioni dell'anima siano generate dai circuiti cerebrali, i medici di tutto il mondo sono soliti cercare di addormentare quel dolore inafferrabile e indomabile con gli psicofarmaci, per depotenziare le emozioni negative, per lenire l'angoscia o per spegnere il malesere ingravescente.

Eppure l'anima non resta mai in silenzio, ci parla con-

tinuamente nei momenti delle scelte, delle decisioni importanti, coinvolgendo e rafforzando l'istinto per guiderci, per confortarci intimamente o rimproverarci quando siamo frustrati, delusi o demotivati, ed emana sempre lo spirito vitale che la nutre, facendo sentire forte la sua presenza.

Il cervello è considerato l'organo responsabile della percezione, della memoria, dei sentimenti, della morale, dell'identità personale, della conoscenza, del pensiero, dell'intelligenza, della razionalità e finanche dell'istinto, e gli attuali studi delle neuroscienze che si interrogano sull'interiorità umana, quella che racchiude pulsioni, ambizioni, personalità ed essenza, ritengono l'anima solo l'eco della coscienza e del grado di interconnessione del cervello, unico e differente per ogni essere umano, dal momento che non esistono due cervelli identici nemmeno nei gemelli monocoriali.

Ma è proprio vero che tutto sia riconducibile all'encefalo ed è possibile spiegare l'anima in termini solo cerebrali? In realtà tutte le teorie si rivelano insufficienti nel chiarire come i diversi meccanismi dei centri nervosi e

del gioco delle loro molecole siano riconducibili alla sola attività cerebrale, e tali teorie non hanno mai sacrificato del tutto la versione dell'uomo composto da anima e corpo, perché il tentativo di separarli, rafforza di fatto il concetto di anima, quella che tutti noi sentiamo di avere e custodiamo dentro il nostro corpo o il nostro cervello, quel soffio vitale che ci anima ed ha un suo «peso» seppur immateriale, nella esistenza umana, un enigma che continua ad affascinare, e che continua ad esistere, al di là di tutte le certezze scientifiche.

Nasce nelle regioni encefaliche sottocorticali (assieme alla coscienza) e non è un'entità inanimata «indipendente e solitaria»





Servizio Convegno di "Vivere Senza Stomaco, Si Può"

Tumore dello stomaco, diagnosi precoce in meno del 20% dei casi e servono percorsi di cura adeguati

In Italia la mortalità negli uomini under 50 è diminuita del 38,6% in 15 anni ma i pazienti chiedono che il Percorso diagnostico terapeutico sia incluso nei Livelli essenziali di assistenza per garantire a tutti le stesse opportunità

di Redazione Salute

In Italia meno del 20% dei casi è scoperto in fase iniziale, quando le possibilità di guarigione sono elevate e la sopravvivenza a 5 anni può raggiungere il 90%. Per aumentare il numero di diagnosi precoci, garantire a tutti i pazienti le terapie appropriate ed eliminare le differenze territoriali nell'accesso ai test diagnostici di immunoistochimica, fondamentali per una corretta caratterizzazione molecolare del tumore, serve un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (Pdta) nazionale per il carcinoma gastrico, che, però, non è previsto nel recente aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) approvato dalla Conferenza Stato-Regioni.

La richiesta viene da pazienti ed esperti nel corso dell'8° Convegno nazionale di "Vivere Senza Stomaco, Si Può Odv", organizzato a Roma.

Senza screening

«Il carcinoma gastrico, a differenza del tumore del colon-retto, altra neoplasia gastrointestinale, è privo di programmi di screening che consentano una diagnosi precoce – afferma Claudia Santangelo, Presidente di 'Vivere Senza Stomaco, Si Può ODV' -. Per questo è fondamentale migliorare il livello di consapevolezza dei cittadini sui fattori di rischio e sulle regole di prevenzione primaria, che riguardano gli stili di vita sani, in particolare la dieta corretta, fondamentale per evitare lo sviluppo della malattia. Non solo. In Italia, vivono 72.900 persone dopo la diagnosi di tumore dello stomaco. È necessario aiutarli nel difficile percorso di cura e tutelare i loro diritti. Chiediamo che sia istituito un Pdta nazionale per il tumore gastrico, affiancato da Pdta regionali armonizzati tra loro per migliorare l'assistenza. Solo un Pdta nazionale può garantire la presa in carico multidisciplinare all'interno di centri di riferimento e l'interazione sistematica tra le figure professionali coinvolte. La cura delle persone con tumore dello stomaco richiede, a partire dalla diagnosi, un approccio multidisciplinare, che può migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti».

Gli alimenti entrino nei Lea

«Inoltre – continua Claudia Santangelo -, è importante che sia garantito un supporto nutrizionale adeguato, fondamentale per affrontare il carcinoma gastrico, prima, durante e dopo il trattamento. Ci rivolgiamo alle Istituzioni perché gli alimenti a fini medici speciali siano inseriti nei Lea, cioè nell'elenco delle cure garantite a tutti i cittadini. Sono integratori che devono essere

necessariamente assunti da chi è in preparazione durante la chemioterapia prima dell'intervento chirurgico o da chi lo ha appena subito. Ad oggi, l'accesso agli alimenti a fini medici speciali è ancora limitato con gravi disparità territoriali e, spesso, grava economicamente sui pazienti».

Casi in diminuzione

Nel 2024, in Italia, sono stati stimati circa 14.100 nuovi casi di tumore dello stomaco (in diminuzione rispetto ai 15.000 nel 2023). La sopravvivenza a 5 anni raggiunge il 32%, rispetto al 25% della media europea. Inoltre, nel nostro Paese, la mortalità per carcinoma gastrico negli uomini 20-49enni, in 15 anni (2006-2021), è diminuita del 38,6%. «I progressi delle terapie sono evidenti – spiega Nicola Silvestris, Segretario Nazionale Aiom (Associazione Italiana di Oncologia medica) -. La chirurgia rappresenta il trattamento principale a intento curativo nei pazienti con tumore dello stomaco in stadio non metastatico. L'elevato tasso di recidive loco-regionali o a distanza dopo l'intervento chirurgico ha portato a sviluppare un approccio multimodale nella malattia operabile, basato sull'impiego della chemioterapia prima e dopo la chirurgia, che attualmente costituisce lo schema di riferimento in questa popolazione di pazienti».

Le terapie in campo

«Oggi, nella malattia metastatica – continua il prof. Silvestris -, abbiamo a disposizione diverse opzioni, dalla chemioterapia alle terapie mirate fino all'immunoterapia, che possono essere utilizzate in combinazione. La caratterizzazione del tumore con test diagnostici di immunoistochimica deve essere eseguita in ogni paziente, prima di definire la prima linea di terapia».

«L'immunoistochimica è un test di laboratorio fondamentale per la diagnosi, la caratterizzazione e la gestione del tumore gastrico, perché consente di identificare biomarcatori predittivi chiave come HER2, PD-L1, MMR e Claudina 18.2 – sottolinea Matteo Fassan, Professore di Anatomia patologica dell'Università degli Studi di Padova e Direttore della Anatomia Patologica della ULLS2 Marca Trevigiana -. Questi dati sono cruciali per scegliere le terapie mirate più efficaci e personalizzare il trattamento, migliorando la prognosi e l'efficacia delle cure. Vanno eliminate le differenze territoriali nell'accesso ai test».

«L'incidenza del tumore gastrico, a livello globale, è diminuita a partire dall'inizio degli anni Novanta, grazie all'eradicazione dell'infezione da Helicobacter pylori con la terapia antibiotica – conclude il Prof. Silvestris -. Va però tenuta sempre alta l'attenzione nei confronti degli altri fattori di rischio, come il fumo, che aumenta del 40% la probabilità di sviluppare la malattia, e la dieta scorretta, cioè ricca di cibi salati e affumicati e povera di frutta fresca e verdura. Anche il sovrappeso e l'obesità svolgono un ruolo importante».



Servizio Salute mentale

Dalla depressione alla schizofrenia: le risposte della «psichiatria di precisione»

Dal 30% al 60% dei pazienti presenta resistenza ai trattamenti: la possibile risposta è nell'integrazione tra farmacoterapia, psicoterapia, strumenti tecnologici e strategie di personalizzazione basate su biomarcatori e profili clinici specifici

di Guido Di Sciascio *, Antonio Vita **

14 novembre 2025

La resistenza ai trattamenti rappresenta una delle questioni più rilevanti emerse durante i lavori del nostro 50° Congresso della Società Italiana di Psichiatria, che si concluso da pochi giorni a Bari. Per milioni di persone con depressione maggiore, schizofrenia e disturbo ossessivo-compulsivo, trovare il trattamento giusto resta complesso ed estenuante. Nonostante i progressi della medicina, una percentuale significativa di pazienti – dal 30% al 60% a seconda del disturbo – non ottiene una risposta adeguata dopo cicli terapeutici corretti. Un vero e proprio “muro” che amplifica il carico sanitario e la frustrazione personale, ma che non deve essere considerato impenetrabile o come un fallimento terapeutico.

L'identikit della “resistenza”

La resistenza si verifica quando un paziente non ottiene un miglioramento clinico soddisfacente dopo almeno due diversi cicli di trattamento standard, condotti con dosi e durate adeguate. Questa definizione rischia però di semplificare eccessivamente un fenomeno che dipende da fattori biologici, psicologici, sociali e relazionali. Affrontarla richiede un cambio di paradigma: non limitarsi ad aggiungere un altro farmaco, ma adottare una visione più ampia, su misura, che permetta di trasformare il muro della resistenza in una porta verso la guarigione.

La depressione

Nel campo della depressione, fino al 30% dei pazienti presenta forme resistenti. In molti casi, la mancata risposta è correlata a trattamenti inadeguati o a scarsa aderenza più che a un'inefficacia intrinseca del farmaco. In questi contesti, i trattamenti devono essere rivalutati e, se necessario, integrati con strategie di augmentation, psicoterapia strutturata o tecniche non farmacologiche come la stimolazione magnetica transcranica (Tms). Dal 2019 è inoltre disponibile anche in Italia l'esketamina, indicata in associazione a un antidepressivo orale negli adulti con disturbo depressivo maggiore non responsivo ad almeno due antidepressivi usati correttamente.

La schizofrenia

Nella schizofrenia, la resistenza riguarda circa un terzo dei pazienti. La clozapina continua a essere il gold standard nei casi resistenti, pur essendo ancora sottoutilizzata per i timori legati agli effetti collaterali. Le recenti modifiche ai programmi di monitoraggio ematico, sia negli Stati Uniti sia in Italia, hanno però semplificato la gestione e migliorato l'accesso al trattamento, pur mantenendo i

necessari controlli clinici. Accanto ai farmaci, restano centrali interventi psicosociali basati sull'evidenza, come la psicoeducazione familiare, il social skills training, la riabilitazione cognitiva e gli approcci psicoterapici mirati ai sintomi persistenti.

Il disturbo ossessivo-compulsivo

Questa patologia presenta i tassi più elevati di resistenza: il 40-60% dei pazienti non risponde agli Ssri, che sono il trattamento di prima linea. Nei casi resistenti, le combinazioni di strategie di augmentation e le tecniche di neuromodulazione non invasiva – inclusa la Tms e la stimolazione vagale – rappresentano direzioni particolarmente promettenti della ricerca.

La psichiatria di precisione

Negli ultimi anni la psichiatria si è avvicinata sempre più alla cosiddetta psichiatria di precisione, che integra farmacoterapia, psicoterapia, strumenti tecnologici e strategie di personalizzazione basate su biomarcatori e profili clinici specifici. L'obiettivo è superare la vecchia distinzione tra pazienti "responsivi" e "resistenti", restituendo alla cura la complessità che le è propria e adattando l'intervento all'individuo. La vera sfida diventa dunque garantire che nessun paziente resti senza una risposta possibile, anche quando questa richiede più tempo, più monitoraggio e una collaborazione clinica più intensa. La resistenza non è un punto d'arrivo ma un passaggio, che può aprire nuove possibilità terapeutiche se affrontato con approcci integrati, competenze avanzate e una visione personalizzata della salute mentale.

* Presidente area territoriale della Sip, Direttore Dsm Asl di Bari

** Presidente area universitaria Sip, Professore ordinario di Psichiatria all'Università di Brescia

SANITÀ, LA RIFORMA LOMBARDA È UN REGALO ALLE ASSICURAZIONI

VITTORIO AGNOLETTI

Dalla Lombardia arriva un attacco senza precedenti al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), destinato ad allargarsi a tutto il Paese: infatti, per il governo il modello lombardo è da estendere a livello nazionale e Attilio Fontana, presidente della Lombardia, ha chiesto alla Conferenza Stato-Regioni di affidargli l'elaborazione di una (contro) riforma della sanità da portare in Parlamento per sostituire la legge nazionale 833/78. Inoltre, fondi, mutue e assicurazioni chiederanno quanto prima alle altre regioni di seguire l'esempio lombardo.

Il 15 settembre la Lombardia ha approvato la delibera n. 4986 su "Determinazioni in merito alla disciplina delle prestazioni erogate da strutture ed enti pubblici del sistema socio-sanitario regionale nell'ambito dell'assistenza integrativa (fondi, mutue e assicurazioni)" con uno schema di convenzione tra Asst (in Lombardia le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali, ospedali e servizi territoriali) e Ircs (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) pubblici e i Fondi, Mutue ed Assicurazioni. L'obiettivo è spingere tali soggetti privati a inviare i loro assistiti presso le strutture sanitarie pub-

bliche. I medici del Ssn potranno decidere se partecipare a questa inedita super intramoenia. Inoltre, Asst e Ircs dovranno garantire alle assicurazioni, per ogni prestazione, prezzi inferiori a quelli destinati ai singoli cittadini solventi e la politica tariffaria dovrà essere "orientata anche in relazione ai volumi di prestazioni richieste dai Fondi, Mutue e Assicurazioni". Tutto è delegato al mercato. Gli ospedali pubblici garantiranno, attraverso dei contratti, migliaia di visite e persino ricoveri alle assicurazioni a prezzi ribassati. Ma i medici e gli infermieri resteranno sempre quelli, non si moltiplicano!

Come descritto nella newsletter "Diritti in salute", le conseguenze sono immaginabili: un'ulteriore crescita delle liste d'attesa, che già ora arrivano fino a due/tre anni! I cittadini saranno scavolati da chi avrà un'assicurazione; le prestazioni rivolte a costoro, infatti, saranno più redditizie per medici, ospedali e quindi per i direttori generali. Ma non può essere questo il modo per aumentare lo stipendio dei medici. Incredibilmente la Lombardia con delibera n. 5057 del 29 settembre ha destinato alle strutture private 10 milioni per abbattere le liste d'attesa, sostenendo che nel servizio pubblico non ci sono ri-

sorse umane sufficienti. Inoltre dai Nas emergerebbe che in vari ospedali pubblici le attivi-

tà intramoenia superino già i limiti di legge. E la regione che fa? Mette il Ssn al servizio delle assicurazioni e inventa la super intramoenia!

Ipotizziamo poi che un ospedale stipuli una convenzione con le Assicurazioni per una cifra significativa: al bilancio dovuto al finanziamento pubblico e alla sua attività istituzionale si aggiungeranno i soldi derivanti dalle Assicurazioni, che verranno considerati entrate irrinunciabili e inseriti in una sorta di bilancio consolidato, e così Assicurazioni e Fondi potranno condizionare le scelte future dell'ospedale che, formalmente pubblico, di fatto svilupperà una gestione pubblico-privata con la quale il privato si mangerà un altro pezzo del Ssn.

Il Coordinamento "La Lombardia SiCura", con decine di associazioni, Medicina Democratica, Arci, Acli, Cgil e i partiti d'opposizione, stanno organizzando iniziative per il ritiro della delibera contro la quale si è schierata anche la Uil e il Coordinamento degli Sportelli, mentre il M5S ha presentato un'interrogazione parlamentare. Ma è urgente una mobilitazione nazionale.

SALUTE
FONTANA SI
SOTTOMETTE AI
FONDI PRIVATI:
COSÌ NASCE
L'INTRAMOENIA
AL QUADRATO



VERSO LE REGIONALI

La salute che non c'è Il "modello Veneto" tra attese e privatizzazione

Liste d'attesa, carenze di personale, e i privati che avanzano. A pagare il prezzo di un sistema che non garantisce più il diritto a curarsi sono soprattutto i cittadini

FEDERICA PENNELLI

PADOVA

La sanità pubblica veneta mostra segnali di una crescente difficoltà legata all'accesso e all'equità delle cure. Secondo l'ultimo rapporto Gimbe in Veneto, nel 2024, il 7,9 per cento della cittadinanza ha dichiarato di aver rinunciato a una o più prestazioni sanitarie, con un aumento dello 0,5 per cento rispetto all'anno precedente.

Il personale sanitario regionale resta sotto pressione, con carenze di infermieri e medici di base, e anche la riforma territoriale prevista dal Pnrr procede a rilento: secondo il monitoraggio Age nas del 2024, solo il 62 per cento delle Case della comunità e il 61 per cento degli Ospedali di comunità attivi in Veneto hanno almeno un servizio funzionante, mentre nessuno è ancora pienamente operativo come previsto dal decreto ministeriale. La spesa sanitaria privata, nel 2022, ammontava a 3,83 miliardi di euro, con un incremento del 4,1 per cento rispetto all'anno precedente.

La testimonianza

Il quadro di fragilità nell'accesso alla salute pubblica si riflette nelle esperienze di molte e molti pazienti. Clara, libera professioni-

sta trentenne, racconta le difficoltà che le pazienti e i pazienti oncologici si trovano ad affrontare. Le è stato diagnosticato un tumore alla mammella ed è stata seguita in modo eccellente dalla sanità pubblica dell'Istituto oncologico veneto (Iov) sia durante le terapie sia nei primi due dei cinque anni di *follow up*, durante i quali la sua oncologa poteva prenotare internamente gli esami necessari.

Da settembre 2024 è tutto cambiato: la regione ha centralizzato il sistema di prenotazioni per gli esami dei pazienti in *follow-up*, spostando l'onere degli esami sulle Aulss di residenza. «Un tentativo non riuscito di smaltire le liste d'attesa dallo Iov alla Aulss, che le ha intasate ancora di più» e che comporta una grave limitazione del diritto alla salute.

Nonostante avesse sollecitato per più di un anno il Centro unico prenotazioni (Cup), questo sistema ha reso difficilissimo riuscire ad avere l'appuntamento per gli esami perché giungessero in tempo per la visita, fissata a metà ottobre. «La situazione è gravissima, e ne è consapevole anche il servizio Urp di pertinenza».

Per poter fare gli esami da portare alla visita di controllo, Clara ha dovuto presentarsi in cinque diverse sedi: allo Iov, al Cup, alla direzione medica e poi a due diversi Urp (Ufficio relazioni con il pubblico). Il tutto a no-

ve giorni dalla visita specialistica. Per lei, racconta, è comunque stato possibile prenotare gli esami perché vive «una condizione che me lo permette. Ma una persona diversa da me per condizioni lavorative, fisiche, sociali o di mobilità non lo avrebbe potuto fare». Con evidenti conseguenze.

Un modello fragile

«Peccato che anche questi bisogni di cura, così cruciali per la vita delle persone, siano stati travolti dall'indebolimento del sistema sanitario regionale», dice Vanessa Camani, la capogruppo Pd in regione Veneto. Una crisi profonda che, «al netto delle dichiarazioni stucchevoli del "va tutto bene", sta mettendo seriamente in discussione, anche qui, l'universalità della cura e la parità di condizioni di accesso alla salute».

In Veneto, come nel resto d'Italia, emerge la crisi profonda del sistema sanitario pubblico. Per la dem, «bisogna abbandonare la retorica della destra e inizia-



DOMANI

re seriamente a fare i conti con le quotidiane esperienze concrete delle tantissime persone che non riescono a curarsi oppure sono costrette a pagare». A Padova, per queste problematiche, sono stati attivati due sportelli per la difesa della salute pubblica. In uno di questi collabora la dottoressa Luisa Macor, chirurga in pensione: «Le problematiche più importanti riguardano chi non può permettersi la sanità privata e le persone anziane». Si rivolgono allo sportello perché devono fare controlli importanti: «Un signore doveva fare una visita cardiologica dopo un infarto e, con la prenotazione, gliel'hanno pre-

sa a un anno di distanza. Un'attesa inaccettabile».

I problemi riguardano anche i medici ospedalieri «che sono andati in pensione e non sono stati sostituiti; molti incarichi sono divisi tra gli specializzandi». Sussiste, inoltre, un forte impulso nel mandare le persone nella sanità privata: «Nei Cup ma anche in altri luoghi ti ricordano che nel pubblico non ci sono posti, ma in sanità privata in pochi giorni — pagando — puoi fare tutto».

Nei pronto soccorso la situazione non è meno preoccupante: «Sono oberati di lavoro. Molte persone arrivano lì non per diseducazione, ma per necessità, da-

to che i medici di base non sono stati sostituiti e le persone non sanno come altro fare». Il decaffato «modello Veneto» scricchiaia sotto il peso della privatizzazione, e a pagarne il prezzo più alto sono le persone sempre più escluse dal sistema pubblico e il personale sanitario che ogni giorno lavora senza sosta per garantire il diritto alle cure.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità pubblica veneta mostra segnali di una crescente difficoltà legata all'accesso e all'equità delle cure

FOTO ANSA



STAMPA LOCALE CENTRO NORD



Bonus ai medici che riducono analisi e specialisti

► L'esperimento della Ausl di Modena contro le prescrizioni non necessarie

Mauro Evangelisti

tivo sia prescrivere "meglio", non "meno".

A pag. II

A Modena i medici di base ricevono un bonus se mantengono sotto una soglia le prescrizioni di visite ed esami specialistici, misura pensata per ridurre spesa sanitaria e liste d'attesa. L'Ausl sostiene che l'obiet-

Troppi esami e visite “Bonus” ai medici di base se tagliano le prescrizioni

► Il 40 per cento delle prestazioni è «inutile». La formula choc applicata Modena: incentivi economici a chi le riduce. «Così si limitano la spesa e le liste di attesa»

IL CASO

Roma Se il medico di famiglia limita il numero di esami e analisi prescritti ai pazienti, a fine anno riceve un premio economico. Raccontata così, questa storia fa sollevare più di un sopracciglio. Succede in Emilia-Romagna, più nel dettaglio nell'azienda sanitaria di Modena, dove è stato sottoscritto un accordo con Fimmg (la federazione dei medici di medicina generale) che prevede «1,2 euro ad assistito all'anno» se mantengono le prescrizioni di prestazioni entro una certa soglia. Riguarda, tra l'altro, chi-

rurgia vascolare, dermatologia, fisiatrica, gastroenterologia, oculistica, otorinolaringoiatria, pneumologia, urologia, Tac, risonanze magnetiche, gastroscopie e colonoscopie. L'obiettivo è limitare la spesa e ridurre le liste di attesa.

OBIETTIVI

Il direttore dell'Ausl di Modena, Mattia Altini, ha fatto questa sintesi: «L'obiettivo non è indurre i medici a prescrivere indiscriminatamente meno, ma fornire strumenti e dati per prescrivere meglio, incentivando ad essere virtuosi». Il

caso ha suscitato la reazione di Fratelli d'Italia, che ha presentato un'interrogazione nel consiglio regionale dell'Emilia-Romagna. Anche i sindacati Cgil, Cisl e Uil si sono opposti: «Il



condizionamento dello scambio economico non è accettabile».

La provincia di Modena ha poco più di 700mila abitanti, ma questa mossa dell'azienda sanitaria sta alimentando un dibattito nazionale perché il problema delle liste di attesa e delle prescrizioni inutili oggettivamente esiste, anche se la soluzione emiliana potrebbe non essere, secondo alcuni osservatori, la più lungimirante. Della piaga dell'inappropriatezza aveva parlato anche il ministro della Salute, Orazio Schillaci, in un'intervista al *Messaggero* qualche mese fa. Aveva spiegato: «Constatiamo un incremento evidente delle prescrizioni. Dobbiamo assicurarci che ogni cittadino abbia accesso agli esami e alle visite di cui ha realmente bisogno e che lo abbia nei tempi giusti. I medici, spesso sotto pressione, ricorrono a visite per proteg-

gersi da potenziali denunce». E a settembre, per limitare quella che viene definita "medicina difensiva", è stato varato un provvedimento sulle tutele dei medici in caso di denunce.

RICERCA

Ci sono anche dati sul peso dell'inappropriatezza di visite ed esami prescritti dai medici di base. La percentuale, secon-

do diversi studi, oscilla tra il 30 e il 40 per cento. Ad esempio, in Puglia con l'intelligenza artificiale sono state esaminate varie tipologie di prescrizioni (tac, risonanze magnetiche ed ecografie) ed è emerso che solo il 39 per cento delle richieste era "pienamente appropriato", il 43 era "inappropriato" e il restante era definito "parzialmente utile". La presidente della Società italiana di radiologia, Nicoletta Gandomo, aveva commentato: «Ogni dieci esami di diagnostica per immagini, quattro sono inappropriati o, per dirla in parole più semplici, sono inutili».

Il medico di base si trova a prescrivere più esami o visite del necessario perché magari è pressato dal paziente, ma troppe prestazioni ingolfano le liste d'attesa. Detto questo, davvero la soluzione può essere pagare di più il medico che ne prescrive di meno? Il presidente dell'Ordine dei medici di Modena, Carlo Curatola, interpellato da un sito d'informazione della zona (LaPresse) ha replicato con un «no comment» richiamando l'articolo 30 del codice di deontologia che recita «il medico evita qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura».



STAMPA LOCALE CENTRO NORD

STRATEGIA

Dalla Regione Emilia-Romagna spiegano al *Messaggero*: in realtà questo modello non è nuovo da noi, in alcune province emiliane (Piacenza, Parma e Reggio Emilia) è già stato applicato negli ultimi anni. E questo, secondo la Regione, ha garantito risultati migliori sul fronte della spesa rispetto alle province romagnole (ma anche a Bologna e Ferrara) che invece non lo applicano. Non solo: anche in altre regioni è stata usata questa formula. Ad esempio nel Veneto, nel 2023, ci fu un accordo per dare incentivi ai medici che contenevano la spesa per esami e farmaci. «Non è un incentivo a prescrivere meno, ma meglio», fa sapere l'assessore alle Politiche della Salute dell'Emilia-Romagna, Massimo Fabi.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LE CRITICHE:
COSÌ SI CREA
UN CONFLITTO
DI INTERESSE
E SI VIOLA IL CODICE
DEONTOLOGICO**

L'intervista Filippo Anelli

«Sanitari schiacciati da troppe pressioni E pesa anche il ruolo delle assicurazioni»

«L'origine di tutti i problemi è che il medico di famiglia si trova al centro di troppe pressioni. Questo è un sistema tossico». A parlare del caso di Modena e dei bonus economici ai medici di base che limitano le prescrizioni è Filippo Anelli, presidente di Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Avverte: «Il modello Modena non può essere la soluzione».

Dottore, ha senso premiare un medico di base che limita il numero delle prescrizioni? «Ripeto, il sistema è drogato. Ci sono una serie di inadempienze scaricate totalmente sui medici di famiglia. Dal punto di vista deontologico ogni medico dovrebbe rispondere di ciò che decide sulla base della visita del paziente. Invece, non funziona così. I medici specialisti di secondo e terzo livello rimandano ai medici di famiglia le prescrizioni. In sintesi: lo speciali-

sta dice che per quel paziente serve una determinata prestazione, ma poi è il medico di famiglia a dover firmare la prescrizione. E il paziente si aspetta che lo faccia. Come fa il medico di famiglia a decidere che quella prestazione è inappropriata?».

Ci sono altre pressioni?

«C'è un fenomeno del tutto nuovo che sta venendo fuori negli ultimi tempi. Parlo del tema delle assicurazioni, che dovrebbero essere complementari e sostitutive; in realtà danno la possibilità ai pazienti di avere pacchetti di prestazioni che per essere eseguite devono essere prescritte dal medico di famiglia. Ma questo crea un ulteriore conflitto perché il medico di base lavora per il sistema sanitario nazionale. Vanno a carico delle assicurazioni, ma crea comunque un problema di carattere economico perché le assicurazioni prevedono una defiscalizzazione della quota assicurativa. Questo è un corto cir-

cuito in cui ci rimettiamo. C'è un doppio costo per la comunità».

Ecco, ma la risposta di Modena è sensata?

«In Emilia-Romagna rispondono a un sistema problematico. Certo, ai medici di famiglia viene chiesto di provare ad essere più aderenti alle proprie responsabilità. Il medico di base deve fare, appunto, il medico e valutare dunque se ritiene giuste o meno le prescrizioni. Ma il 30 per cento sono inappropriate proprio per le spinte di cui le ho parlato. La formula prospettata a Modena non è risolutiva, non è sufficiente».

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Filippo Anelli



IL PRESIDENTE DEGLI ORDINI: QUESTA STRATEGIA IDEATA IN EMILIA NON RAPPRESENTA LA SOLUZIONE REALE



La nuova frontiera nella cura oculistica

GEMELLI

Nuovo passo in avanti nella cura integrata dei pazienti oncologici. Al Policlinico Gemelli nasce il primo ambulatorio in Italia dedicato alle complicanze oculari causate dai più innovativi farmaci antitumorali: gli anticorpo-farmaco coniugati, che rappresentano una delle frontiere più promettenti dell'oncologia moderna. Questi farmaci appartengono alla famiglia delle cosiddette "terapie intelligenti" e sono capaci di unire la potenza della chemioterapia alla precisione di un anticorpo monoclonale. Ma nonostante i loro benefici e il potenziale salva-

vita, possono provocare spiacevoli effetti indesiderati, tra i quali la tossicità oculare. E proprio per riconoscere questi disturbi e per gestirli in maniera adeguata, è stato inaugurato un ambulatorio multidisciplinare all'interno del quale oncologi e oculisti lavoreranno fianco a fianco per tutelare la vista dei pazienti e migliorare la loro qualità di vita. Oltre all'attività clinica, il nuovo centro si occuperà anche dello sviluppo di linee guida condivise e promoverà progetti di ricerca volti a comprendere meglio i meccanismi che sono alla base delle

complicanze.

Lucia Oggianu

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'equipe dell'ambulatorio



Itabù sulla sanità che la politica non affronta. Ci scrive il presidente del Lazio

Al direttore - L'editoriale da lei firmato, a partire dai dati Istat che raccontano l'ascesa del numero di centenari in Italia, ha il merito di inquadrare con intelligenza una questione che troppo spesso viene banalizzata. Invecchiare non è solo vivere più a lungo. E' abitare una fase diversa della vita che richiede istituzioni capaci di adattarsi e ripensarsi. Nel Lazio, la fotografia che ci restituiscono gli stessi dati Istat ci colloca in una necessaria e giusta posizione di responsabilità. L'aspettativa di vita nella nostra regione, infatti, ha toccato quota 82,8 anni, al di sopra della media nazionale. Ma questo dato, pur essendo frutto di una buona performance del Servizio sanitario regionale, non può essere considerato un punto di arrivo. E' un punto di partenza, ed è anche una sfida: che tipo di vita stiamo garantendo a chi vive più a lungo? E soprattutto, come prepariamo il sistema sanitario, sociale ed economico ad accompagnare una popolazione sempre più longeva?

Le tre direttrici che lei ha indicato - la qualità della spesa pubblica, la centralità del merito, la trasformazione del sistema sanitario - non solo mi vedono pienamente d'accordo, ma coincidono con le direttrici lungo cui stiamo orientando l'intera azione regionale da quando ho assunto il ruolo di presidente, mantenendo per scelta personale la delega alla Sanità. Il bilancio regionale che abbiamo ereditato raccontava una storia difficile, fatta di sacrifici imposti da anni di commissariamento, e di scelte spesso obbligate. Oggi, anche grazie a una gestione più rigorosa e orientata all'equilibrio, possiamo finalmente tornare a investire. Ma attenzione:

non si tratta di spendere di più. Si tratta di spendere meglio e in modo appropriato. La buona spesa è quella che produce salute, prossimità, efficienza e umanizzazione delle cure. E' quella che non moltiplica cattedrali nel deserto, ma costruisce reti funzionali attorno alle persone. E' quella che non compra consenso, ma costruisce fiducia. Ed è proprio questa visione che ci guida nella pianificazione territoriale e nell'utilizzo delle risorse straordinarie del Pnrr.

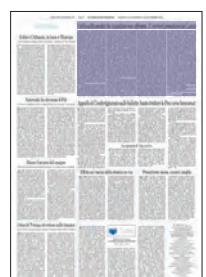
In sanità, la competenza non è un accessorio, ma la spina dorsale della fiducia pubblica. Per questo ritengo inaccettabile che la permanenza nei ruoli apicali sia disgiunta dalla valutazione della qualità. Non può esistere - e non deve più esistere - un primario "a vita" se la sua guida non è all'altezza delle sfide cliniche e organizzative. Il nostro obiettivo è semplice: rimettere al centro il valore delle persone, delle équipe, delle buone pratiche. Il merito è una condizione necessaria per costruire un sistema sanitario all'altezza del presente. Il Servizio sanitario italiano è nato per la gestione delle malattie acute. Ma la società in cui viviamo è dominata dalla cronicità e sarà sempre più così. L'anziano, spesso portatore di fragilità multiple, ha bisogno di una sanità che non aspetti l'emergenza, ma la prevenga. Per questo abbiamo lavorato finora e stiamo lavorando, in coerenza con il disegno del dm 77 e con le linee strategiche del Pnrr, alla costruzione di una sanità di comunità: Case e Ospedali della Comunità, anche come luoghi di prevenzione, Centrali operative territoriali per facilitare la continuità dell'assistenza, telemedicina perché le cure siano più

prossime, assistenza domiciliare integrata perché la casa sia davvero il primo luogo di cura. E' un salto culturale, prima ancora che organizzativo: significa affermare che la cura non si misura solo in prestazioni, ma in relazioni, in continuità, in prossimità. Significa ridare centralità al medico di medicina generale, valorizzare gli specialisti ambulatoriali, immaginare nuove figure socioassistenziali che possano essere punto di riferimento stabile per i nostri anziani. C'è un pensiero del filosofo tedesco Hans-Georg Gadamer che porto spesso con me: "La salute è quel silenzioso equilibrio che si fa sentire solo quando si spezza". Il nostro compito è proprio questo: non aspettare che il silenzio si rompa, ma custodirlo, proteggerlo e renderlo accessibile a tutti. In fondo, dietro l'aumento dei centenari non c'è solo una conquista biologica. C'è - o dovrebbe esserci - la promessa che una vita lunga possa essere anche una vita degna. E questa promessa non si realizza con gli annunci, ma con le riforme. Non con i tagli lineari, ma con le scelte coraggiose. Non con la retorica della longevità, ma con l'etica della responsabilità. La politica, quando è all'altezza del suo compito, ha il dovere di guardare lontano. E una società che guarda lontano è una società che si prende cura dei suoi anziani non come un peso, ma come una risorsa, una memoria attiva, una presenza da accompagnare con rispetto, intelligenza e umanità.

Con stima e gratitudine per lo spunto che ci ha offerto,

Le pongo i miei più cordiali saluti.

Francesco Rocca
presidente della regione Lazio



IL VERBALE INEDITO

Lazio, summit pro-Angelucci “Clinica abusiva? È regolare”

» **Vincenzo Bisbiglia**

Una riunione informale in Regione per dare impulso alla riapertura della clinica cara al ricco deputato leghista Antonio Angelucci. Ma con abusi edilizi e urbanistici di cui i giudici avevano dichiarato “l’insanabilità” che ora, a distanza di anni, magicamente risulterebbero regolari.

Il 10 giugno 2025 Andrea Urbani, direttore regionale della Sanità del Lazio e braccio destro del presidente Francesco Rocca, ha riunito attorno a un tavolo tutti gli attori coinvolti nella pratica per la riapertura del San Raffaele Velletri, l’ospedale privato nato come fiore all’occhiello delle società della famiglia Angelucci, la cui autorizzazione fu revocata nel 2011 per gravissime “carenze ab origine dei requisiti strutturali”, tra cui vincoli paesaggistici e idrogeologici e difformità edilizie per almeno 540 metri quadri. Un’iniziativa quanto meno irrituale, perché in realtà l’Ente guidato da Rocca dovrebbe solo stare a guardare. Eppure non è così. Come mai?

VALE LA PENA ricapitolare brevemente. Con il ritorno della

destra in Regione Lazio dopo 10 anni, la famiglia Angelucci nel 2023 è ripartita all’attacco per riaprire la sua clinica-gioiello in provincia di Roma. Su istanza della San Raffaele Spa, il 9 gennaio 2025 la Regione ha firmato un nuovo schema di fabbisogno di posti letto ospedalieri che ne assegna 170 alla struttura. Ora la San Raffaele ha 15 mesi di tempo (che scadranno a marzo 2026) per eliminare le condizioni ostaive che avevano portato alla revoca del 2011.

Così da un verbale fin qui inedito in possesso del *Fatto* si apprende che durante la riunione tecnica del 10 giugno, l’architetto Damiano Maurizio Sollami, referente del Comune di Velletri, ovvero l’Ente che deve certificare l’agibilità del complesso edilizio, ha affermato che in quella data “le unità immobiliari interessante dall’apertura del presidio sanitario risulterebbero (si usa dunque il condizionale, *ndr*) regolari dal punto di vista edilizio ed urbanistico” all’esito “degli interventi di riduzione in pristino dello status quo ante effettuati” dalla San Raffaele e che “vi è un’anca pratica ancora in istruttoria” sul fronte fognaio. Ma come è possibile se pure il ministro Orazio Schillaci, il 13 luglio 2023, affermava che

“il diniego delle domande in sanatoria, divenuto definitivo (...) conferma l’insanabilità sul piano edilizio delle modificazioni strutturali intervenute nella struttura di Velletri dal 25 gennaio 2001”? E se bastava la demolizione di qualche locale per rientrare nella legalità, perché non è stata fatta prima? Lo abbiamo chiesto allo staff del sindaco di Velletri, Ascanio Cascella, esponente di Fratelli d’Italia, che però non ha risposto.

Ma Cascella e i suoi non rispondono al *Fatto* nemmeno sulla missiva inviata l’8 ottobre 2025 dal Comune di Velletri – sempre a firma dell’architetto Sollami – in risposta al consigliere regionale di Azione, Alessio D’Amato, in cui si spiega che “questa amministrazione non ha ricevuto alcuna richiesta di apertura da parte della Casa di cura San Raffaele”. Eppure, nel verbale del 10 giugno il Comune sostiene che è stata fatta una “ricognizione sugli atti presenti nell’archivio” e che lo stesso ente veliterno dovrà valutare la “asseverazione da parte di un professionista incaricato” dalla società, oltre a dover rispondere alle richieste della Asl Roma 6 di valutare nuove istanze in sanatoria degli abusi.

La partita dunque appare tuttالocal, tragli Angeluccie il Comune di Velletri. Cosa c’entrano Rocca e i suoi? “La riunione è stata organizzata per capire lo stato dell’arte, noi contiamo su quei posti letto. Di incontri così se ne fanno molti, anche con altri operatori, nessuno vuole favorire San Raffaele”, replicano al *Fatto* dalla Regione Lazio. C’è un’ultima coincidenza. Qualche settimana dopo quella riunione, l’assessore regionale all’Urbistica, Giuseppe Schiboni, depositò un emendamento alla legge regionale di Bilancio che, se approvato, avrebbe permesso a San Raffaele a sanare i suoi abusi “insanabili”. Emendamento poi ritirato dopo un articolo del *Fatto* pubblicato il 4 luglio. “Controlloree controllato che si mettono allo stesso tavolo per l’istanza di un privato, Rocca ci deve delle spiegazioni”, sostiene D’Amato.

**IL CASO VELLETRI
LA RIUNIONE
DEI ROCCA-BOYS
SUL SAN RAFFAELE
“INSANABILE”**

