

27 ottobre 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

Venerdì, 24 ottobre 2025

Ultimo aggiornamento: 14:59

Manovra, operatori sociosanitari sulle barricate: “Sanità non è solo ospedali, la legge di Bilancio si ricordi di noi”

Uneba chiede al Parlamento nell'esame della legge di bilancio una maggiore attenzione al settore sociosanitario

di Salvatore Isola

Manovra, Uneba chiede attenzione al settore sociosanitario e avverte sul rischio carenza di infermieri nelle Rsa

“Sanità non è solo ospedali, ma anche sociosanitario. Sistema Sanitario Nazionale non è solo enti pubblici, ma anche non profit accreditati e privati. La legge di bilancio si ricordi anche di noi!”

Uneba chiede al **Parlamento**, nell'esame della **legge di bilancio**, una maggiore attenzione al **settore sociosanitario**: quello delle **RSA per anziani non autosufficienti**, in cui la maggioranza dei posti letto sono gestiti da **enti non profit**. “Chiediamo che l'aumento di risorse per la sanità previsto nel disegno di legge di bilancio, che apprezziamo, preveda stanziamenti anche per il settore sociosanitario. Le RSA per anziani, le comunità per persone con disabilità o le accoglienze per donne vittime di violenza sono parte del **Sistema Sanitario Nazionale** e, tanto quanto gli ospedali, sono fondamentali per i più fragili. Hanno costi inferiori e negli ultimi anni sono state poco considerate, ad esempio con il **PNRR** che ha ignorato le RSA. È tempo di cambiare rotta”.

Particolarmente urgente, ribadisce **Uneba**, la norma per la **definizione della competenza delle rette** per malati di **Alzheimer o demenza** accolti in struttura residenziale. “Senza fare chiarezza su questo tema – rileva **Massi** – neppure i **100 milioni in più** per Alzheimer e demenze previsti nel disegno di legge di bilancio saranno risolutivi”. **Uneba** inoltre appoggia e rilancia l'appello sulla legge di bilancio del **Forum Terzo Settore**, che chiede: la **risoluzione delle varie questioni aperte sull'IVA**, e l'**eliminazione dell'ingiusta imposta IRAP** per il non profit.

Assunzioni di infermieri: il rischio “coperta corta”

Il **disegno di legge di bilancio 2026** presentato dal Governo guidato da **Giorgia Meloni** prevede l'assunzione di **20 mila infermieri in più** rispetto al turnover naturale, secondo quanto dichiarato dal **ministro Schillaci**.

Una misura che però, ricorda **Uneba**, voce più rappresentativa del **non profit sociosanitario**, ha un **rovescio della medaglia**. Nota il presidente **Franco Massi**: “Da dove arriveranno questi infermieri, visto che già adesso in Italia non ce ne sono abbastanza? Probabilmente alcuni di questi lasceranno il loro lavoro nel sociosanitario per passare alla sanità pubblica. Ne hanno il diritto. Ma così, per tamponare l'emergenza negli ospedali, creiamo un'altra emergenza nel sociosanitario. Che senso ha che per garantire più assistenza infermieristica a un anziano in ospedale si finisca per ridurla a un anziano in RSA? Ha senso costringere una RSA a chiudere reparti perché non ha abbastanza infermieri mentre le **liste d'attesa** per l'ingresso in RSA sono spesso lunghissime?”

“Il primo obiettivo – continua **Massi** – è continuare a **formare più infermieri**, dopo che per anni i posti messi a disposizione dalle **università** sono stati inferiori al fabbisogno, e poi **garantire loro retribuzioni più alte e percorsi di carriera**. Ma questo richiede tempi lunghi. Nel frattempo, parte della soluzione è **portare in Italia infermieri dall'estero**. Lo stiamo facendo anche noi di **Uneba**, con il **progetto Samaritanus Care** insieme ad **Aris** e con il supporto della **Conferenza Episcopale Italiana**”.



la Repubblica

CONFINI
DA GAUGUIN A HOPPERVilla Manin, Passariano
11 ottobre 2025 - 12 aprile 2026Info e prenotazioni
0422 429993
www.linesadombra.itFondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

R50

R cultura

Partire da Misery
per rileggere King

di LUCA BRIASCO

a pagina 22

R sport

La Juve perde ancora
Tudor ora rischia

di CARDONE e GAMEA

alle pagine 26 e 27

Lunedì
27 ottobre 2025

Anno 32 - N° 42

Oggi con

Affari&Finanza

in Italia € 1,90

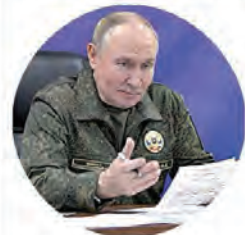
Accordo
Usa-Cina
sui dazi

Escluse le tariffe al 100%, i negoziati in Malesia avvicinano l'intesa su terre rare, soia e TikTok. Giovedì l'incontro tra Trump e Xi anche sull'Ucraina. Mosca testa super missile nucleare

L'ANALISI

di GIANLUCA DI FEO

Come funziona
l'arma di Putin
"a gittata illimitata"



a pagina 4

I negoziati in Malesia portano verso l'accordo tra Stati Uniti e Cina: sono esclusi i dazi al 100% sulle merci di Pechino, come annuncia il segretario al Tesoro Scott Bessent. Si avvicina anche l'intesa su terre rare, TikTok e soia. E comincia il tour del presidente americano in Asia. Giovedì in Corea del Sud incontrerà il presidente cinese Xi anche per affrontare il nodo Ucraina. Intanto Putin lancia un nuovo messaggio di guerra: testato un super missile nucleare.

di AMATO, BASILE e LOMBARDI
alle pagine 2 e 3

Manovra, FdI contro Lega: senta Giorgetti

di GABRIELLA CERAMI e GIUSEPPE COLOMBO a pagina 6 e 7

ALTAN
E' ORA CHE TRUMP
PRENDA PROVVEDIMENTI
PER FERMARE TRUMP.



LE IDEE

di CONCITA DE GREGORIO

Il proibizionismo
non salverà i ragazzi
dai telefonini

I direttore degli Uffici dice che non esiste il diritto a farsi un selfie, la premier danese che i social network prima dei quindici anni generano ansia e depressione, il ministro italiano Valditara che i telefoni a scuola deconcentrano, li ha proibiti. Mia sorella, che insegna in un asilo nido o come si chiamano ora, dice che i bambini arrivano poco più che neonati, sono intatti, magnifici, esseri umani integri.

a pagina 8

MAPPE

di ILVO DIAMANTI

Sfiducia nei politici
gli italiani dicono no
al terzo mandato

Ci avviaamo a un nuovo appuntamento elettorale, dopo il voto alle Regionali che, nelle Marche, in Toscana e in Calabria ha riconfermato i presidenti uscenti. Ciò che non potrà avvenire nel Veneto, in Campania e in Puglia. Dove i governatori uscenti non potranno rigovernare la Regione. Per il vincolo del "terzo mandato". Che oggi assume grande rilievo.

a pagina 16

LA CAMPAGNA

di RICHARD GERE

La mia battaglia
per difendere
i popoli incontattati

Sono cresciuto lungo la strada che porta al territorio della Nazione Onondaga. Sei miglia a sud di Syracuse c'è il cuore, la capitale della Confederazione Hodinönsöni, sede di un popolo che, prima dell'invasione europea, viveva su 2,5 milioni di acri sulle colline dello Stato di New York. Dal momento del contatto, il territorio si è ridotto a soli 3 mila ettari.

a pagina 13

octopusenergy

Energia pulita a prezzi accessibili
e un servizio clienti superlativo

★ Trustpilot octopusenergy.it

Arrestati due ladri
del colpo al Louvre
stavano per fuggire

di ANAIS GINORI

C'è una prima svolta nelle indagini sul clamoroso furto dei gioielli della Corona al Louvre. Due uomini sono stati arrestati nella notte tra sabato e domenica. Il primo, trentenne residente nella banlieue di Saint-Denis, è stato fermato all'aeroporto di Roissy mentre stava per imbarcarsi su un volo per Algeri. È stato identificato grazie ai campioni di dna prelevati dagli oggetti trovati sul montacarichi.

a pagina 12



Vienna, Sinner vince
e ringrazia
famiglia e fidanzata

di MASSIMO CALANDRI

a pagina 30

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

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

Le elezioni
L'Argentina premia
il presidente Milei
di Sara Gandolfi
a pagina 18



L'evento
Cook Fest, il cibo è
memoria e futuro
di Fantigrossi e S. Palumbo
a pagina 33



Le toghe, le piazze

BANDIERE
NEL VUOTO
POLITICO

di Antonio Polito

Se il famoso «marziano» partorito dalla fantasia di Ennio Flaiano fosse sbarcato a Roma in questa fine settimana, sarebbe rimasto sorpreso nel vedere che l'opposizione al governo in carica è nelle mani di due sindacati: il sindacato dei magistrati e il sindacato dei lavoratori dipendenti (in maggioranza pensionati). Le due manifestazioni di lotta del week end sono state anche simbolicamente unite da un tratto etico ed epico comune, e cioè la presenza in entrambe di Sigfrido Ranucci (nel caso dei magistrati c'era anche il cantautore Edoardo Bennato, ma questa partecipazione è più difficile da interpretare). Togie e piazze sono in realtà da trent'anni dei veri e propri totem della sinistra in Italia. Ma in passato, seppure a intermittenza, i partiti che di volta in volta la rappresentavano si sono sforzati di fare una sintesi politica delle loro ragioni, mantenendo così nel Parlamento il centro dello scontro democratico. Ora invece l'Anm guida direttamente il comitato per il No al referendum sulla riforma costituzionale della giustizia, così come la Cgil guidò quello per il Sì all'abolizione del Jobs Act, poi fallito per mancanza di quorum. Questo è sicuramente un problema in una democrazia rappresentativa. Soprattutto perché affida a interessi costituiti, quindi per definizione parziali per quanto rispettabilissimi, il regolamento dei conti in campi che riguardano l'intera comunità nazionale.

continua a pagina 36

La finale Battuto Zverev



Sinner trionfa a Vienna e ringrazia (anche) Laila

di Gaia Piccardi

Jannik Sinner vince il torneo di Vienna, il tedesco Alexander Zverev battuto in tre set: è il suo 22esimo torneo vinto. Nei ringraziamenti, per la prima volta, la «girlfriend» Laila.

a pagina 51

L'errore Dopo Napoli-Inter



Gli arbitri e l'uomo Var: tre stop per il non rigore

di Condò, Passerini, Scozzafava e Tomaselli

Sospesi l'arbitro Mariani, l'assistente Bindoni e l'uomo del Var Marini: questa la decisione dei vertici arbitrali dopo il discusso rigore assegnato al Napoli contro l'Inter.

alle pagine 44 e 45

Anche fentanyl e terre rare nell'intesa. Giovedì incontro Xi-Trump

Svolta sui dazi
tra Usa e Cina
«C'è l'accordo»

Putin e il nuovo missile nucleare: «Invincibile»

GIANNELLI



da pagina 2 a pagina 6

DATI E STRATEGIE

Così Pechino
ha vinto la sfida
commerciale

di Federico Fubini

Non importano la disoccupazione giovanile della Cina o i ventenni che non vogliono più lavorare dodici ore al giorno, sei giorni su sette, come i loro padri. Né importano il crollo immobiliare e la paralisi dei consumi. Non questa settimana. Xi Jinping deve avvicinarsi al vertice con Donald Trump pieno di fiducia nei propri mezzi.

continua a pagina 3

Il caso Il conduttore: noi corretti
Il video del Garante
nella sede di Fdi
Duello con Ranucci

Il Garante per la Privacy nella sede di Fdi prima della multa a Report per il caso dell'ex ministro Sanguiniano.

alle pagine 14 e 15 Baccaro

DATAROM

Perché siamo più poveri

di Milena Gabanelli e Simona Ravizza

La crescita dei salari è troppo bassa rispetto all'inflazione. I tagli fiscali non fermano la perdita del potere d'acquisto.

a pagina 13

IL FURTO, LE INDAGINI

Louvre, 2 fermati
Volevano
fuggire in Africa

di Stefano Montefiori

Furto al Louvre, arrestati due sospettati. Uno stava per fuggire in Algeria, l'altro in Mali. Potrebbero aver agito su commissione. Polemica sulla fuga di notizie.

alle pagine 8 e 9

GIOVANNI FLORIS
ASINI CHE VOLANO

Elogio degli italiani tra cinema e realtà

in libreria SOLFERINO

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Non ci sono più le mezze stagioni? No, sono proprio le stagioni a non esserci più: nella nostra carne. All'inizio le raccontava la terra, Omero infatti ne trova tre nel ritmo dei campi: il periodo dei raccolti, quello del riposo e quello del risveglio. Il ciclo vivente del terreno e di noi terreni: seminare, mietere, riposare. Lavoro e attesa. Azione e riposo. Fu poi un altro greco nel I sec a.C., l'astronomo Sosigene di Alessandria, a calcolare in modo preciso le quattro stagioni che Giulio Cesare impose al mondo nel 46 a.C. con il suo calendario. Infatti la luce del Sole segna quattro giorni astronomici: i due solstizi (il sole sta), cioè il giorno con più luce, all'inizio dell'estate, e quello meno luminoso, all'inizio dell'inverno, e gli equinozi (aequa nox: notte uguale al giorno).



Inclinazioni

no), cioè i due giorni in cui luce e buio si equivalgono (inizio della primavera e dell'autunno). Le tre stagioni si basavano sugli effetti terreni, le quattro (nelle zone temperate) sulle cause celesti. Comunque sia il tempo è scandito dal rapporto tra macro e microcosmo, un nodo di leggi naturali e vita umana che dà il ritmo all'esistenza. Un nodo che è stato sciolto dalla tecnologia, siamo poco legati alla terra e al cielo: nei supermercati non ci sono stagioni e il nostro ritmo circadiano (l'orologio biologico che regola le funzioni del corpo in base alla luce) è in tilt (siamo sempre in jet-lag a prescindere dall'ora legale...). Delle stagioni ci rimane solo un sentimento, un capolavoro di Vivaldi o una pizza? A che prezzo?

continua a pagina 29

MAK
DESIGN & PASSION

www.makwheels.it

FONDAZIONE SANDRETTO

La rivolta dei sentimenti
nella mostra dei trent'anni

GIULIAZONCA - PAGINE 28 E 29



L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ

Le nuove famiglie italiane
e il boom dell'eredità in vita

ANNAMARIA ANGELONE - PAGINA 26



GLI SPETTACOLI

Argentero: "Io e il tempo
Non voglio perderlo mai"

FULVIA CAPRARA - PAGINE 30 E 31

1,90 € II ANNO 159 II N. 296 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1, COMMA 1, DCB - TQ II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 27 OTTOBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

SALVINI INSISTE SUGLI EXTRAPROFITTI. IL MEF DICE SÌ A MODIFICHE, MA SOLO CON SALDI INVARIATI

Affitti e pensioni la manovra cambia

Banche, sconto nel governo. Il ministro Foti: "Ognuno rinuncia qualcosa"

IL COMMENTO

Ma chi ci guadagna
se si tira a campare

FLAVIA PERINA

Risulta stupefacente il dispendio di energie con cui un pezzo di centrodestra, Lega e Forza Italia soprattutto, si è attivato per picconare la manovra economica. - PAGINA 27

CAPURSO, MALFETANO, MONTICELLI

Quasi tutti i giorni, se può, Matteo Salvini alza la voce e minaccia: «Ogni lamentela in più dagli istituti di credito, è un miliardo in più che gli chiediamo». LUISE - PAGINE 2-4

Referendum giustizia
Meloni rischia

ALESSANDRO DE ANGELIS - PAGINA 27

L'ANALISI

Donne e natalità
i veri egoismi

ALESSANDRA MINELLO

Da anni, nel dibattito sulla natalità ricorre la stessa accusa: «Questa è una generazione egoista». Lo si dice soprattutto quando si parla di figli. - PAGINA 27

IL VICEPRESIDENTE CEI



Savino: "La Chiesa
dia dignità ai gay
Legge sul fine vita"

GIACOMO GALEAZZI

Nessuno escluso. «È un primo passo, non l'ultimo. Per la Chiesa italiana l'inclusione non è uno slogan da esibire, ma un processo di conversione» dice il vescovo Francesco Savino, vicepresidente della Cei. - PAGINA 15

LA GEOPOLITICA

America-Cina
prima intesa sui dazi
Quell'effetto Donald
sulla società Usa

ALAN FRIEDMAN, LORENZO LAMPERTI

Cina e Stati Uniti allontanano il divorzio e provano a dare stabilità alla loro burrascosa relazione. Già ieri mattina era trapelato che il round di colloqui in Malesia avrebbe posto le basi per una nuova tregua della guerra commerciale. In serata è arrivata una conferma che forse va anche oltre le aspettative. «Abbiamo un accordo quadro molto positivo in vista dell'incontro tra i leader», ha dichiarato Scott Bessent, in riferimento all'atteso faccia a faccia tra Donald Trump e Xi Jinping, in programma giovedì in Corea del Sud. - PAGINE 9 E 10

SINNER VINCE A VIENNA, MUSETTI E IL DOPPIO BOLELLI-VAVASSORI A UN PASSO DALLE ATP FINALS



Jannik Sinner celebra la vittoria sul tedesco Alexander Zverev al Vienna Open

- PAGINA 37

SANT'EGIDIO

Mattarella, la pace
e i teppisti del dialogo

UGO MAGRI

La pace non si improvvisa. Va coltivata «giorno dopo giorno» con pazienza, con perseveranza, con costanza, attraverso «molto lavoro», non a intermittenza o con la pretesa di ottenerne in cambio visibilità e «superflui riconoscimenti». Ecco perché Sergio Mattarella, parlando dei veri protagonisti di pace, non cita quei potenti della Terra che ambiscono al premio Nobel da esibire come un trofeo. Elogia invece quanti si danno da fare «lontano dai riflettori». - PAGINA 11

LA PREMIO NOBEL

Ebadi: "Occidente
colpevole in Iran"

GIULIA RICCI

«Cosa devono fare per l'Iran i governi occidentali? Niente. Hanno troppo spesso aiutato il regime». Così la Nobel per la Pace Shirin Ebadi. - PAGINA 12

IL SONDAGGIO

Piano Trump per Kiev
Sì per 4 italiani su 10

ALESSANDRA GHISLERI



Gli italiani appaiono sempre più stanchi della guerra e confidano che Zelensky chiuda l'accordo con Putin anche a costo di dover cedere una parte dei territori occupati. AGLIASTRO, ZAFESOVA - PAGINE 6 E 7

L'INTERVISTA

Jebreal: illusione tregua
Israele vuole il dominio

ALESSANDRO COLOMBO

Il cessate il fuoco a Gaza reggerà? «No, perché Israele lo ha già violato più volte. Mentre diminuisce la violenza a Gaza, aumenta quella dei coloni in Cisgiordania» dice Rula Jebreal. LOEWENTHAL, MAGRI - PAGINE 10 E 11

Rimonta Toro al fotofinish
Paleari eroe a sorpresa

GIANLUCA ODDENINO - PAGINE 34 E 35



La Lazio affonda la Juve
ora Tudor è davvero in bilico

BARILLA, DE SANTIS, RIVA - PAGINE 32 E 33

TELEFONATE MOLESTE

Quell'Italia in vivavoce
che ci propina i fatti suoi

NATHANIA ZEVI

C'è un nuovo rumore di fondo nel paesaggio italiano: la voce altrui. Non quella della politica, dei talk show o dei social; quella è, da anni, inquinamento acustico dato per scontato. È la voce dei passeggeri, dei pendolari, dei pazienti in sala d'attesa, del cassiere del supermercato, di chiunque abbia un telefono in mano e sempre meno pudore nel distinguere tra pubblico e privato. - PAGINA 21

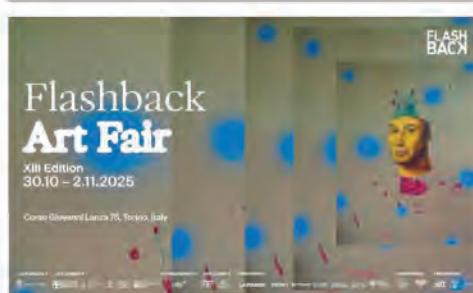


OSTERIA ITALIA

I laureati di Villa Spalletti
e i sapori della campagna

CARLO BOGLIOTTI, CARLO PETRINI

Luca e Alberto si conoscono all'asilo, nelle campagne tra Marmirolo e Masone, in provincia di Reggio Emilia. La famiglia di Luca alleva bestiame e tutti gli anni i due bambini assistono alla «festa» del maiale nell'aita; il papà di Alberto fa il cantiniere in un'azienda vitivinicola. Siamo nella profonda campagna padana, non lontano dal fiume Secchia, incastrati tra Reggio e Modena. - PAGINA 20





Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 147 - N° 296
Sped. in A.P. 03/33/0103 come L.40/7094 art.1 (J) 03/3/01

NAZIONALE

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](https://www.ilmessaggero.it)

Lunedì 27 Ottobre 2025 • S. Fiorenzo

Il decano degli arbitri
Paolo Casarin:
detesto chi simula
oggi sarei più buono
Cecchini nello Sport



Quarto titolo del 2025
Sinner a Vienna
trionfa: Zverev
battuto in tre set
Martucci nello Sport



Argentero sul set di Doc
«La fiction
ha ridato senso
al mio lavoro»
Satta a pag. 21



Campagna permanente
LA POLITICA
URLATA CHE
ALLONTANA
DALLE URNE

Mario Ajello

Stiamo per avere esattamente tra quattro settimane altre forti manifestazioni di astensionismo nelle tre regioni dove si voterà, Campania, Puglia e Veneto. Ed è il momento di dire con chiarezza qual è l'elemento principale che scatena la disaffezione elettorale. È la comunicazione politica. Quello strumento di distrazione di massa del quale un filosofo importante purtroppo scomparso, Mario Perniola, in un saggio intitolato proprio «Contro la comunicazione» diceva che «concentrandosi sulla superficie e puntando sulla performance accattivante del frastuono (la comunicazione) produce disorientamento e oscurità». Ossia crea, con la finzione della verità, quei labirinti borgesiani in cui il cittadino si perde.

Occorre distinguere con chiarezza tra politica e comunicazione politica. La prima viene fagocitata e oscurata dalla seconda con le sue risse mediatiche, le continue scariche di stress rivolte alle persone bisognose invece di concentrazione per «conoscere e deliberare» (cit. Luigi Einaudi) votando secondo coscienza.

Prevalde purtroppo l'idea che sia malata la politica e invece, mentre la comunicazione politica piazza mine e monta trincee (nelle quali gli eletti dovrebbero salire molto meno di quando spesso fanno, non accorgendosi di quanto danno producano a se stessi), le istituzioni repubblicane funzionano e spesso si sostengono (...)

Continua a pag. 23

Usa-Cina: accordo su dazi, terre rare e TikTok

► L'intesa spiana l'incontro Trump-Xi
Avanzata di Mosca

ROMA Usa-Cina, accordo sui dazi. Nel patto terre rare e TikTok. Ora il vertice tra Trump e Xi sulla guerra in Ucraina. Intanto Putin punta ad altri territori per trattare da posizioni di forza. Testato il nuovo supermissile.

Bulleri, Ventura e Vita alle pag. 4 e 5

«Riforma elettorale per scongiurare pareggi»

Lollobrigida: «Tre anni di stabilità non si torni ai governi dell'inciucio»

ROMA «Tre anni di stabilità per l'Italia, non si torni ai governi di inciucio». Così il ministro dell'Agricoltura Francesco Lollobrigida in una intervista a *Il Messaggero*. «Finora

provvedimenti per la crescita occupazionale e per attrarre investimenti. Ora serve una legge elettorale che garantisca la volontà dei cittadini».

A pag. 9

Parodi: se Marina si lamenta ha ragione

L'Anm fa mea culpa su Berlusconi
«Incivili 30 anni per avere giustizia»

Francesco Bechis

BERLUSCONI, l'Anm ammette: «Incivile aspettare 30 anni per poter avere giustizia». L'associazione

magistrati corregge il tiro dopo la sentenza della Cassazione secondo cui FI non fu finanziata dalla mafia: «Su questo Marina ha ragione».

A pag. 10

Sanità pubblica, più cure gratis

► Aggiornati i Lea, i livelli essenziali di assistenza con esenzioni e ticket. Tra le prestazioni del Servizio Sanitario entrano la cura di disturbi alimentari e patologie rare, più prevenzione, test genetici

I giallorossi battono il Sassuolo 1-0. Biancocelesti all'Olimpico 1-0



La Roma torna in vetta
Impresa Lazio con la Juve

Dybala (foto ANSA) e Basie (foto LAPRESSE): autori dei gol vittoria di Roma e Lazio

Nello Sport

ROMA Sanità pubblica, più cure gratis: aggiornati i Lea, i livelli essenziali di assistenza.

Fisco, per chi evade l'Iva dichiarazione d'ufficio con l'importo da pagare

► Le Entrate incroceranno i dati di fatture e scontrini
In caso di incongruenze partirà una «precompilata»

Francesco Pacifico

Accertamenti, liquidazioni automatiche con annesse richieste di pagamento e pignoramenti lampo per contrastare l'evasione dell'Iva. Che da sola sfiora i 18 miliardi all'anno. Assieme al taglio dell'Irpef e alla rottamazione, in materia fiscale, la manovra porta con sé nuovi strumenti per l'Agenzia delle Entrate.

A pag. 5

Aumenti in montagna

Caro sci: lo ski pass giornaliero costerà fino a 86 euro

ROMA Via alla stagione dello sci, ma sarà caro-montagna: per lo skipass anche 86 euro al giorno.

Andreoli a pag. 14

Tragedia in Gallura



Auto giù dal ponte
Il vigile dei soccorsi
trova suo figlio morto

TEMPIO PAUSANIA (54) L'auto vola giù dal ponte, il pompieri dei soccorsi trova suo figlio morto. Tragedia in Gallura, nella Bmw c'erano 5 giovani di ritorno da una festa: Omar, 25 anni, non ce l'ha fatta.

Aime a pag. 11



SPADA

NEW COLLECTION FW 25/26

spadaroma.com

Il Segno di LUCA

ARIETE, AUMENTA LA FIDUCIA

Dentro di te la vitalità aumenta e ti induce a vivere con maggiore slancio, consapevole che la fortuna ti accompagna e di volta in volta ti aiuta a giocare la carta vincente. Tra oggi e domani questa tua capacità emerge con maggiore chiarezza e ti invita a proprii mete più ambiziose. Nel lavoro avrai l'occasione di esporti, gioca la carta della dolcezza, cercando anzitutto di metterti in sintonia con le persone con cui collabori.

MANTRA DEL GIORNO
Quello che già conosco mi ipnotizza.

L'oroscopo a pag. 23

* Tandem con altri quotidiani (non accreditati separatamente): nella provincia di Martina, Lecce, Brindisi e Taranto, *Il Messaggero* • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con Tuttomercatino € 1,40; in Abruzzo, *Il Messaggero* • Corriere dello Sport-Spazio € 1,40; nel Molise, *Il Messaggero* • Primo Piano • Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, *Il Messaggero* • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport-Spazio € 1,50; «Vocabolario Romanesco» • € 9,90 (Roma)

Sanità pubblica, più cure gratis

► Aggiornati i Lea, i livelli essenziali di assistenza con esenzioni e ticket. Tra le prestazioni del Servizio Sanitario entrano la cura di disturbi alimentari e patologie rare, più prevenzione, test genetici

ROMA Sanità pubblica, più cure gratis: aggiornati i Lea, i livelli essenziali di assistenza. Evangelisti alle pag. 2 e 3

Cambia la sanità pubblica si ampliano le cure gratuite

► Aggiornati i Lea, i livelli essenziali di assistenza con esenzioni e ticket. Dopo 8 anni si allarga l'offerta del Sistema sanitario nazionale. Si punta di più sulla prevenzione

IL DOSSIER

ROMA Fibromialgia. È una malattia reumatica cronica che colpisce circa due milioni di italiani. Con l'aggiornamento dei Lea le fibromialgie nelle forme gravi vengono inserite tra le patologie croniche e invalidanti per le quali è prevista l'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni correlate. Encefalopatie epilettiche, dermatosi acantolitiche autosomiche dominanti del calcio, sindrome sistemica da aumentata permeabilità capillare: sono esempi delle nuove malattie rare che sono state inserite nell'elenco dei Lea e che fino ad oggi non erano riconosciute. Ancora: sono aggiunte nuove prestazioni per affrontare disturbi del comportamento alimentare in forte aumento tra i giovanissimi, come la bulimia e l'anoressia. Infine, si amplia il ricorso alla prevenzione con più screening neonatali e test prenatali non invasivi.

PERCORSO

Sono solo alcuni degli aggiornamenti dei Lea inserite in un provvedimento che all'apparenza può risultare burocratico, ma da cui dipende la qualità della vita di molti italiani: con i Lea (livelli essenziali di assistenza) il Ministero della Salute dice quali cure e prestazioni (analisi ed esami) il Servizio Sanitario Nazionale è obbligato a garantire gratuitamente o con ticket. L'ag-

giornamento dei Lea, completato dal Ministero della Salute, ha ricevuto il via libera nei giorni scorsi dalla Conferenza Stato-Regioni. Ora manca solo il passaggio nelle commissioni parlamentari, per poi andare all'approvazione definitiva. In realtà i provvedimenti, paralleli, sono due: un decreto ministeriale e un Dpcm. Parte degli interventi sono a costo zero, ma rilevanti dal punto di vista clinico. «Ad esempio - spiegano al Ministero della Salute - c'è l'inclusione dello screening neonatale per l'atrofia muscolare spinale». Altre misure prevedono copertura finanziaria di 149,5 milioni di euro annui.

IL PRECEDENTE

Da sapere: l'ultima volta l'elenco dei Lea è stato aggiornato nel 2017, con il Dpcm Lorenzin, dunque quando la ministra della Salute era Beatrice Lorenzin. Per anni, però, è mancato il necessario "decreto tariffe", che è stato approvato nel 2024 e dunque l'applicazione a tutti i cittadini dei Lea del 2017 è scattata solo un anno fa. Nel frattempo, però, la medicina è cambiata, le tecnologie e la ricerca sono progredite e in parallelo il Ministero della Salute ha lavorato per aggiornare l'elenco di otto anni fa. Il percorso in questi casi è sempre (necessariamente) articolato perché una volta completato l'elenco, c'è il passaggio

con le Regioni, competenti per la sanità.

L'INTESA

Bene, la settimana scorsa c'è stato il via libera e ora siamo vicini al traguardo. Spiega il ministro della Salute, Orazio Schillaci: «Dopo otto anni aggiorniamo i livelli essenziali di assistenza, aumentando il numero di prestazioni sanitarie che il servizio sanitario nazionale mette a disposizione di tutti i cittadini. L'intesa in Conferenza Stato-Regioni è un passo in avanti verso la conclusione dell'iter dei provvedimenti che ora passano all'esame delle Commissioni parlamentari. Con questo aggiornamento arrivano per i cittadini ulteriori terapie innovative, nuovi screening ed esenzioni per diverse patologie. È un altro importante segnale concreto di attenzione ai bisogni di salute dei cittadini attraverso cure sempre più di qualità e all'avanguardia». Il sottosegretario alla Salute, Mar-



cello Gemmato, auspica che ora il percorso si concluda rapidamente: «Sono certo che le commissioni parlamentari procederanno speditamente nei passaggi necessari al perfezionamento del provvedimento, nell'interesse della salute dei cittadini e in coerenza con il principio universalistico e solidaristico che fonda il nostro Servizio Sanitario Nazionale».

IL PROVVEDIMENTO

Fin qui il quadro generale. Ma come è articolato il nuovo provvedimento? Prima di tutto, spiegano al Ministero, «l'aggiornamento dei LEA include nuove malattie rare in esenzione e nuove prestazioni per la salute mentale e i disturbi del comportamento alimentare; l'accesso a test diagnostici non invasivi e

l'ampliamento delle esenzioni per tre patologie croniche e invalidanti fra cui la fibromialgia, per la quale da tempo i pazienti

richiedevano il riconoscimento. E ancora, prestazioni di prevenzione oncologica e genetica e la ridefinizione di percorsi radioterapici "a pacchetto" più razionali, per migliorare l'appropriatezza organizzativa e clinica.

In quest'ottica, si è provveduto ad eliminare alcune prestazioni obsolete e a inserire modifiche nelle definizioni contenute nel DPCM, in linea con l'evoluzione delle conoscenze». In sintesi: sono state inserite nuove prestazioni, ne sono state rimosse altre che risultano ormai superate.

SORVEGLIANZA

Tra le novità c'è il potenziamento

del programma di sorveglianza attiva per le donne con predisposizione genetica ereditaria al tumore della mammella e dell'ovaio. Dicono ancora al Ministero della Salute: «Nel pacchetto di prestazioni entrano visite specialistiche ed esami diagnostici. Si stima un target potenziale di oltre 10mila donne l'anno». Il meccanismo a cui si punta è virtuoso: maggiore prevenzione e consulenza genetica, cioè un dialogo con gli specialisti che sappiano valutare se si è a rischio di malattie genetiche.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE RISORSE

149mln

Il finanziamento annuo previsto come copertura per una parte delle prestazioni inserite nell'aggiornamento dei Lea del servizio sanitario nazionale

**L'ACCORDO
TRA IL GOVERNO
E LE REGIONI
CONSENTE DI
INNOVARE LA LISTA
DELLE PRESTAZIONI**

Le nuove regole per i Livelli essenziali di assistenza è quasi una rivoluzione per le cure degli italiani

134mld

È l'entità del Fondo sanitario nazionale (FSN) italiano nel 2024. Sarà raggiunta quota 143,1 miliardi nel 2026 fino ad arrivare a 145 miliardi nel 2028

701.000

È il numero dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale: l'età media, stando agli ultimi dati, si avvicina a 49 anni mentre il 69 per cento è costituito da donne

149.400

Il totale dei posti letto, per la degenza ordinaria, negli ospedali italiani: il dato è aggiornato al 2023. Il 21% però è nelle strutture della sanità privata accreditata



Test genetici e sostegno per l'anoressia

► L'obiettivo del Ministero: colmare in pochi anni il divario nella qualità assistenziale tra Nord e Sud

L'obiettivo è aumentare la prevenzione. Anche con un numero maggiore di screening neonatali (sui neonati) e con test prenatali non invasivi sul DNA fetale. Il nuovo elenco dei Lea però guarda anche alla necessità di aggiornare le tecnologie a disposizione del servizio sanitario e a incrementare le esenzioni. L'altro filone cruciale è quello che prende in considerazione la salute mentale, in particolare i disturbi al comportamento alimentare come l'anoressia e la bulimia. Una legge approvata di recente prevede di riconoscere come patologia l'obesità che dovrà essere inserita nei Lea, ma questo passaggio però deve essere ancora completato. Molta importanza viene

data alla prevenzione oncologica e genetica. Dunque, più screening, ma anche consulenze di specialisti che valutino le predisposizioni familiari a determinate patologie. Sarà importante però vigilare sull'applicazione di queste innovazioni, una volta che sarà completato il percorso nelle commissioni e saranno varati i provvedimenti. Le ricerche sulla base dei dati dei Lea confermano che la qualità del servizio offerto può cambiare da Regione a Regione e purtroppo, salvo alcune eccezioni, non è stato superato lo scenario di una Italia divisa in due, con la sanità del Sud ancora in affanno.

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I TUMORI

Potenziati i percorsi della radioterapia

Nell'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza viene data molto importanza alla prevenzione oncologica. In particolare, spiegano al Ministero della Salute, si punta su «un programma di sorveglianza attiva per le donne con predisposizione genetica ereditaria al tumore della mammella e



dell'ovaio». Questo iter ipotizza l'identificazione delle varianti patogene dei geni BRCA1 e BRCA2 nelle pazienti già affette da tumore. A quel punto, seguirà uno screening regolare per le familiari sane risultate portatrici della mutazione. Nel lotto delle

prestazioni entrano visite senologiche, mammografie, ecografie, risonanze e consulenze oncologiche e ginecologiche. Inoltre, per la radioterapia si prevedono prestazioni a «pacchetti»: ci sarà un unico percorso per la prestazione radioterapica e per le prestazioni preparatorie al trattamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I BAMBINI

Le nuove campagne di screening neonatali

Prevenzione significa anche potenziare la ricerca di possibili malattie nel neonato o nel feto. Per questo al Ministero della Salute spiegano che lo Screening Neonatale Esteso «rappresenta uno degli strumenti più efficaci per la diagnosi precoce di un ampio spettro di malattie congenite rare. L'aggiornamento include otto ulteriori



patologie metaboliche e rare per lo screening neonatale esteso: immunodeficienze combinate gravi (SCID), mucopolisaccaridosi di tipo I (MPS I), adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD), malattia di Pompe, malattia di Fabry, malattia di Gaucher e altre glicogenosi». Lo

screening per la SMA: entra ufficialmente nei Lea, dopo una fase di sperimentazione. Inoltre, c'è il test prenatale non invasivo (NIPT) su DNA fetale per le principali trisomie (13, 18, 21). Significa che con un esame del sangue alla madre in gravidanza si può controllare, senza rischi per il feto, se il bambino può avere alcune alterazioni cromosomiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI UNDER 18

Terapie psicologiche per disturbi alimentari

Nuove prestazioni per la salute mentale e i disturbi del comportamento alimentare: l'altro giorno, dopo l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni dell'aggiornamento dei Lea, una nota del Ministero della Salute ha sottolineato questa innovazione prevista nel provvedimento. Vengono di fatto ampliate anche le risposte



garantite per patologie come bulimia e anoressia. Si tratta di una scelta collegata alla diffusione, purtroppo in aumento tra gli adolescenti, di questi disturbi del comportamento alimentare. Tra le nuove prestazioni «entrano nei Lea la terapia psicoeducazionale,

individuale e di gruppo, destinata a pazienti affetti da anoressia, bulimia e disturbi misti dell'alimentazione». Un recente studio del Centro per la cura dei disturbi alimentari di Villa Miralago (Varese) e dell'Università di Milano spiega che l'anoressia nervosa colpisce 540mila persone in Italia e il 90 per cento è costituito da donne.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA TECNOLOGIA

L'ammodernamento al servizio della diagnosi

Quando si parla di terapie, esami, analisi ma anche di dispositivi garantiti ai pazienti, bisogna comprendere che otto anni possono portare a un cambiamento significativo dal punto di vista delle tecnologie a disposizione. La ricerca va avanti, vengono completate delle sperimentazioni che magari otto anni prima erano ancora in corso. Le tecnologie miglio-



ra. Per questo, spiegano gli esperti, è molto rilevante aggiornare periodicamente l'elenco delle prestazioni che sono assicurate dal servizio sanitario nazionale, eliminando contestualmente altro che risultino obsolete. Al Ministero della Salute propongono alcuni esempi: «Viene intro-

dotto il test genetico CYP2C9 per l'ottimizzazione farmacogenomica delle terapie nella sclerosi multipla; sono previsti nuovi dispositivi protesici per non vedenti e un dispositivo intraorale per la sindrome di Lesch-Nyhan». Difficile entrare nei dettagli, ma da queste decisioni può dipendere la qualità della vita di un paziente assistito dal servizio sanitario nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'intervista Francesco Mennini

«Tecnologie d'avanguardia Svolta sulla salute mentale soprattutto dei più giovani»

L'aggiornamento dei Lea, i Livelli Essenziali di Assistenza, era bloccato da otto anni. Questo significa che aumenta il numero di prestazioni a disposizione dei cittadini». Il professor Francesco Saverio Mennini è il dirigente del Ministero della Salute che guida il dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale. Sottolinea l'importanza dell'aggiornamento dei Lea e spiega: «Ci sono strumenti di controllo per verificare che le Regioni li applichino. Con un meccanismo simile a quello delle liste di attesa».

Professore, come possiamo spiegare ai cittadini che ogni giorno si rivolgono al servizio sanitario nazionale perché è importante una revisione dei Lea?

«I Livelli Essenziali di Assistenza rappresentano l'insieme servizi e prestazioni disponibili per i cittadini nel sistema sanitario. Quindi sono uno strumento fondamentale che non veniva aggiornato da otto anni. L'incremento dei fabbisogni sanitari, dovuto all'invecchiamento della popolazione e all'innovazione tecnologica, richiede, come sta facendo il Ministero, meccanismi che permettano un aggiornamento dei Lea con più frequenza accompagnato da meccanismi espliciti di valutazione e prioritizzazione dei bisogni». **Perché è necessario revisionare prestazioni, esami, analisi, terapie, che il servizio**

sanitario garantisce gratuitamente o con il ticket?

«Perché negli anni vengono introdotte nuove tecnologie, più efficaci e moderne, e dunque è molto importante inserirle nei Lea: mettiamo a disposizione dei cittadini le terapie diagnostiche e terapeutiche all'avanguardia».

Quali sono le innovazioni più significative?

«Pensi all'aggiornamento del programma di screening neonatale: è fondamentale perché in Italia abbiamo un primato nella diagnosi precoce delle malattie. Questo è importantissimo. Abbiamo incluso, ad esempio, lo screening neonatale per la SMA (l'atrofia muscolare spinale): fondamentale».

Torniamo a una scelta che, purtroppo, interessa molte famiglie in cui ci sono figli adolescenti o molto giovani: avete inserito ulteriori prestazioni per i disturbi del comportamento alimentare come l'anoressia e la bulimia tra le patologie per cui è prevista l'assistenza del servizio sanitario nazionale.

«Ricordo anche che con una legge l'Italia per prima al mondo ha riconosciuto l'obesità come malattia cronica. All'università ho affrontato molti studi per evidenziare l'impatto economico e sociale dell'obesità: rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute conseguenze pesanti dal

punto di vista della salute degli individui che vengono colpiti da patologie croniche ed anche oncologiche. E abbiamo inserito altre prestazioni per i disturbi del comportamento alimentare perché l'Italia, come ben sappiamo, soprattutto nelle fasce di popolazione più giovane è tra i Paesi più colpiti tanto dall'obesità quanto dai disturbi del comportamento alimentare. Abbiamo anche previsto in bilancio risorse aggiuntive per affrontare questi problemi. Purtroppo, ansia e depressione, che colpiscono una larga fascia della popolazione, soprattutto i giovani, poi portano anche a comportamenti conseguenziali dal punto di vista dei disturbi alimentari».

C'è attenzione anche alla prevenzione oncologica.

«Sì, molto. Il programma di sorveglianza attiva per le donne con predisposizione genetica ereditaria al tumore della mammella e dell'ovaio è importante per anticipare la diagnosi. Ricordo che nella finanziaria potenziamo inoltre lo screening per la mammella e coloretale e quello polmonare. Sappiamo bene che lo screening è uno strumento di prevenzione fondamentale che permette di arrivare ad una diagnosi accurata e attendibile in tempi brevi».

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL DIRIGENTE
DEL DIPARTIMENTO
PROGRAMMAZIONE
DEL MINISTERO:
PUNTIAMO ALLA
DIAGNOSI PRECOCE**



Aggiornati dopo otto anni i Livelli essenziali di assistenza: dalle malattie dell'alimentazione all'oncologia Salute, aumentano gli esami gratuiti

Intanto l'Ufficio parlamentare di Bilancio lancia l'allarme sulla crescita

di MAUTONE e ROMAGNO

Dopo otto anni dall'ultimo aggiornamento, i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) entreranno presto in vigore, portando nuove prestazioni gratuite o con ticket ridotti per milioni di cittadini italiani. Tra le principali novità, ci sono screening neonatali estesi, prevenzione oncologica e terapie psicoeducazionali per i disturbi dell'alimentazione. I nuovi LEA

prevedono screening neonatali estesi ad otto malattie rare per le quali oggi esistono cure efficaci. Nel frattempo, l'Ufficio parlamentare di bilancio lancia l'allarme sulla crescita: nel terzo trimestre l'economia italiana è in stagnazione, pesano le guerre in corso e i dazi imposti dall'amministrazione americana guidata da Donald Trump.

alle pagine IX e X

LA SANITÀ Via libera ai nuovi Livelli di assistenza (Lea) Prestazioni gratis e ticket ridotti per milioni di cittadini italiani

Dopo otto anni dall'ultimo aggiornamento, i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) entreranno presto in vigore, portando nuove prestazioni gratuite o con ticket ridotti per milioni di cittadini italiani. Tra le principali novità, ci sono screening neonatali estesi, prevenzione oncologica e terapie psicoeducazionali per i disturbi dell'alimentazione. I nuovi LEA prevedono screening neonatali estesi ad 8 malattie rare per le quali oggi esistono cure efficaci. Screening neonatale esteso che sarà possibile effettuare entro 30 giorni dalla nascita per diagnosticare malattie rare e gravi, come l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA, sperimentale dal 2019) e le Immunodeficienze combinate gravi (SCID). Questo permetterà di identificare precocemente le patologie e avviare tempestivamente le cure necessarie.

Sul fronte della prevenzione oncologica scatta la sorveglianza attiva per donne a rischio genetico di tumori alla mammella e all'ovaio che potranno beneficiare di una sorveglianza attiva

grazie all'analisi dei geni BRCA1 e BRCA2. Questo permetterà di individuare precocemente eventuali tumori e aumentare le possibilità di cura anche nell'ambito della stessa famiglia.

Entrano poi nel novero delle patologie assicurate dal Servizio sanitario nazionale le terapie psicoeducazionali per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, con sedute individuali e di gruppo. Questo permetterà di fornire un supporto più completo e personalizzato alle persone affette da questi disturbi. Previste esenzioni dal ticket per tre nuove patologie croniche: la sindrome fibromialgica, l'idrosadenite cronica suppurativa e la malattia polmonare da micobatteri non tubercolari. Questo permetterà di ridurre i costi sanitari per le persone affette da queste patologie. Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, maggiore supporto alle future mamme, aggiornamento degli elenchi delle malattie rare per garantire un'assistenza sanitaria più appropriata e moderna, revisione delle tariffe di rimborso oggi escluse per i ricoveri ospedalieri



ad alto rischio di inappropriatelyzza alcune delle altre novità introdotte dai nuovi LEA che entreranno in vigore dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale e l'approvazione definitiva da parte del Parlamento.

Nel piatto ci sono risorse, per garantire la sostenibilità di tutte le misure, per circa 150 milioni di euro ma molte novità sono ad impatto economico zero, garantite sul piano clinico e organizzativo a fronte della eliminazione dal documento Lea di prestazioni non più attuali, ormai ai margini delle attività di cura in termini di appropriatezza ed efficacia. Il nuovo elenco dei Lea estende il novero delle prestazioni ambulatoriali e diagno-

stiche assicurate a carico dello Stato: arrivano il test prenatale non invasivo (NIPT) su DNA fetale per le trisomie (13, 18, 21), l'elastografia epatica (Fibroscan) per la fibrosi del fegato non invasiva alternativa alla biopsia. Ritorna anche il dosaggio dell'LH tanto utilizzato nelle procedure di Pma. E poi garantito il test genetico CYP2C9 per l'ottimizzazione farmacogenomica delle terapie nella sclerosi multipla. Assicurate anche i nuovi dispositivi protesici per non vedenti e un dispositivo in-

traorale per la sindrome di Leusch-Nyhan e l'aggiornamento degli elenchi di prestazioni collettari a patologie già incluse come asma grave, psicosi, colite ulcerosa, epatite cronica e cirrosi epatica, con nuovi test diagnostici, percorsi di follow-up più accurati e criteri di appropriatezza terapeutica rafforzati.

Per curare Sma, fibromialgia e anoressia non si pagherà



Stanziati 150 milioni, ma molte novità sono a impatto zero





Servizio Cantiere Ssn

Dalla fibromialgia all'anoressia, dalla Sma alle malattie rare: ecco le nuove cure gratis per i cittadini

Dopo otto anni aggiornati i Livelli essenziali di assistenza che svecchiano prestazioni obsolete e inseriscono cure in più nel perimetro del Servizio sanitario nazionale e le Regioni promettono attuazione immediata

di Barbara Gobbi

24 ottobre 2025

Dall'esenzione dal ticket per tre ulteriori malattie croniche come fibromialgia, idrosadenite cronica suppurativa e malattia polmonare da micobatteri non tubercolari al potenziamento degli screening per tumori ereditari del seno e dell'ovaio. Dall'ampliamento degli screening neonatali a nuove otto patologie genetiche rare con l'inserimento tra gli altri del test per l'atrofia muscolare spinale (Sma) e per le immunodeficienze combinate gravi (Scid) alle nuove sedute individuali e collettive per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, fino all'aggiunta di prestazioni specialistiche di controllo in gravidanza.

Otto anni di attesa

Già entro la fine di quest'anno con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale i cittadini avranno a disposizione un nuovo pacchetto di cure - gratuite o comunque da poter ricevere solo pagando il ticket nel perimetro del Servizio sanitario nazionale -: i Livelli essenziali di assistenza infatti sono stati appena riveduti e corretti dopo l'ultima versione ferma al Dpcm del 2017, peraltro diventata pienamente operativa solo a gennaio scorso. L'ok è arrivato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, agevolata da risorse fresche per 150 milioni.

A dare la misura della novità è il ministro della Salute Orazio Schillaci: «Dopo otto anni aggiorniamo i Livelli essenziali di assistenza, aumentando il numero di prestazioni che il Ssn mette a disposizione di tutti i cittadini. L'Intesa è un passo in avanti verso la conclusione dell'iter dei provvedimenti. Con questo aggiornamento arrivano per i cittadini ulteriori terapie innovative, nuovi screening ed esenzioni per diverse patologie. È un altro importante segnale concreto di attenzione ai bisogni di salute attraverso cure sempre più di qualità e all'avanguardia. Sono convinto che le Commissioni parlamentari opereranno con la necessaria rapidità per concludere tempestivamente gli ultimi passaggi e arrivare presto al traguardo finale».

L'impasse sui tariffari

Una novità che era rimasta ferma fino a oggi al semaforo rosso: per poter mandare in vigore le nuove cure "passate" dalla sanità pubblica, occorre rendere effettivamente operativi i Livelli essenziali di assistenza (Lea) approvati nel lontano 2017 dall'allora ministra della Salute Beatrice Lorenzin. La vicenda era stata sbloccata già due anni fa dalla gestione Schillaci con il via libera ai

Nomenclatori tariffari per la protesica e per la specialistica ambulatoriale, tasselli necessari per remunerare quelle cure. Ma ancora oggi non mancano “strascichi”: quei “prezziari” che sono diventati operativi solo a inizio 2025 andranno adeguati su disposizione del Tar Lazio entro il 2026 - con tanto di fondi nella nuova legge di bilancio - dopo la levata di scudi dei privati accreditati per le tariffe considerate inadeguate.

Le nuove cure

Intanto il treno delle nuovi Lea è partito: l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni sblocca l'impasse con un doppio via libera che ha l'obiettivo di «eliminare prestazioni ormai obsolete, migliorare l'appropriatezza organizzativa e clinica e favorire una maggiore razionalizzazione prescrittiva, in linea con la riduzione degli oneri per il Servizio sanitario nazionale».

Il primo ok lo ha incassato il Dpcm da 150 milioni che prevede, tra l'altro, due nuove prestazioni di terapia psicoeducazionale per disturbi dell'alimentazione e della nutrizione - come anoressia, bulimia e binge eating - sia per sedute individuali sia collettive; tre nuove malattie croniche esenti dalla partecipazione del paziente al costo delle prestazioni, con l'indicazione della durata minima dell'attestato di esenzione: sindrome fibromialgica, idrosadenite cronica suppurativa e malattia polmonare da micobatteri non tubercolari; prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica.

Il secondo ok delle Regioni è andato poi al decreto del ministro della Salute “isorisorse” cioè a neutralità finanziaria, che aggiorna, tra gli altri: gli elenchi delle malattie rare che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni correlate alla malattia e le prestazioni di assistenza termale; i Diagnosis Related Group (Drg) cioè le tariffe per i ricoveri in regime di degenza ordinaria ad alto rischio di “non appropriatezza”.

Le novità in Oncologia

A ricordare tra le principali novità, lo screening e la sorveglianza attiva per i tumori della mammella e dell'ovaio in persone con mutazioni genetiche Brca1 e Brca2 è Francesco Cognetti, presidente della Confederazione degli Oncologi, Cardiologi e Ematologi (Foce). «Il target stimato - spiega - ammonta a circa 10mila donne l'anno. È prevista anche l'esecuzione di 45 pannelli standard o avanzati di test molecolari per la ricerca di mutazioni in 22 tumori solidi ed ematologici. Si tratta di esami per verificare l'uso di 62 farmaci a bersaglio molecolare che sono disponibili da diversi anni e che in studi clinici hanno mostrato un importante impatto sulla sopravvivenza e sono inoltre già stati approvati e rimborsati dall'Aifa. Sono inclusi anche i test genomici da utilizzare nel carcinoma mammario ormono responsivi in stadio precoce per la scelta del migliore trattamento adiuvante successivo alla chirurgia con la possibilità di evitare la chemioterapia in una percentuale molto elevata di donne». Intanto già si guarda al domani: «Occorrerà ora vigilare sullo stato di applicazione dei Lea poiché anche nella versione precedente vecchia di 8 anni si è rilevata un'attuazione molto frammentaria tra le Regioni con un'attuazione scarsissima in molte di esse – conclude Cognetti -. Infine, si dovrà far fronte al gap temporale introducendo i nuovi Lea basati sulle molte innovazioni che sono state raggiunte negli ultimi 3 anni che non sono ancora coperte dal provvedimento».

Il Piano cronicità resta «fuori»

Insomma l'operazione di restyling richiederà attenzione ma segna una svolta importante che le società scientifiche e le associazioni dei pazienti aspettavano da tempo. Alcune malattie sono rimaste necessariamente escluse dai nuovi Lea proprio a causa dei ritardi e dell'asincronia nell'esame dei vari documenti: ad esempio le tre patologie aggiunte nel nuovo Piano nazionale cronicità e cioè obesità, endometriosi ed epilessia, non sono introdotte nell'aggiornamento delle

cure Ssn. «Eppure sono patologie che insieme riguardano 10 milioni di cittadini - ricorda Annalisa Mandorino di Cittadinanzattiva -: ci auguriamo che d'ora in avanti si proceda ad aggiornamenti tempestivi e sincroni e chiediamo di procedere nei tempi previsti a un nuovo aggiornamento dei Lea, contestualmente all'adozione da parte del ministero della Salute di una nuova strategia di azione sulle tariffe delle prestazioni così come previsto di recente dalla sentenza del Tar Lazio».

Cure già «tariffate»

Resta la novità, importante, di un Dpcm che questa volta nasce già “agganciato” a un tariffario, così da scongiurare la stortura e il conseguente annoso ritardo che si era registrato per i Lea del 2017. «Con l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni del nuovo decreto sui Lea il Servizio sanitario nazionale si arricchisce di prestazioni fondamentali per la salute dei cittadini - spiega infatti Federico Riboldi, coordinatore vicario della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e assessore alla Sanità del Piemonte -: Abbiamo lavorato per garantire un aggiornamento concreto, sostenibile e universalistico. Questo risultato rafforza il diritto alla salute in tutte le Regioni italiane». Poi, la promessa anche alla luce delle risorse fresche: «Le Regioni - dichiara ancora Riboldi - si impegneranno ad attuare tempestivamente le nuove disposizioni, aggiornando i sistemi di prenotazione e monitoraggio e avviando una campagna informativa per i cittadini».

Sanità in manovra

“Amo colui che mantiene più di quanto ha promesso”, così, citando Nietzsche, la premier Meloni ha annunciato le risorse aggiuntive sulla sanità previste per la legge di Bilancio 2026 e la crescita del Fondo sanitario nazionale in tre anni. Ma, sul lungo termine, la spesa sanitaria per la salute pubblica diminuirà in rapporto al pil, e più in generale manca ancora una strategia strutturale di rilancio del Servizio sanitario nazionale. Lo afferma lo studio della Fondazione Gimbe, che ha condotto un'analisi indipendente sul testo bollinato dalla Ragioneria generale dello stato. Numeri di **Lorena Evangelista**

7,7 miliardi

La manovra ha stanziato per la sanità 7,7 miliardi, previsti su tre anni: 2,4 miliardi nel 2026, 2,65 miliardi nel 2027 e 2,65 miliardi nel 2028.

• • • •

143,1 miliardi

La somma che raggiungerà il Fondo sanitario nazionale

nel 2026, mentre arriverà a 144,1 miliardi nel 2027 e a 145 miliardi nel 2028. Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, ha sottolineato come si tratti di “un rilevante incremento”, di cui ha riconosciuto i meriti al governo, soprattutto per quanto riguarda le risorse previste per il 2026 rispetto al 2025.

• • • •

6 per cento

Definita la “soglia psicologica” accettabile di spesa destinata alla sanità in rapporto al pil. Secondo l'analisi della Fondazione Gimbe, dopo un breve aumento nel 2026 (6,16 per cento, che segue il 6,04 per cento nel 2025) questa percentuale è destinata a ridursi già nel 2027 (6,05 per cento), fino a scendere sotto la cosiddetta soglia psicologica nel 2028 (5,93 per cento). “Le cifre assolute per il 2026 appaiono consistenti perché includono risorse già stanziolate dalle precedenti manovre, ma la quota di ricchezza del paese investita in sanità, torna a diminuire”.

• • • •

450 milioni

La legge di Bilancio prevede un massiccio piano di assunzioni di personale medico-sanitario. E' stata autorizzata, a partire dal 2026, la spesa di 450 milioni di euro per assumere 1.000 medici dirigenti e 6 mila professionisti sanitari. La Fondazione ha però definito il piano assunzioni “contraddittorio”, finché resta in vigore il tetto di spesa per il personale sanitario. “A ciò si aggiunge la scarsa attrattività di alcune specialità mediche e della professione infermieristica”, ha commentato Cartabellotta.



LA VERITÀ SULLA MANOVRA

Sanità, fondi da record Sbugiardato Landini

Cgil e sinistra in piazza contro i tagli inesistenti
Dal 2022 stanziamenti cresciuti di 17 miliardi

Gian Maria De Francesco e Pasquale Napolitano

■ Mentre il leader della Cgil Maurizio Landini pensa a una manifestazione contro la manovra del governo, ecco i veri numeri sulla sanità che sbugiardano la sua narrazione. Il Fondo Sanitario Nazionale (Fsn) salirà infatti a 142,9 miliardi di euro, con un incremento di 6,5 miliardi rispetto al 2025, segnando un record storico.

con **De Feo** alle pagine 2-3

Sanità, fondi record dalla manovra 2026 La Cgil ha sbagliato tutti i suoi calcoli

Con 143 miliardi il governo rafforza il pubblico
Previsti interventi per ridurre le liste d'attesa

Gian Maria De Francesco

«Non escludiamo nulla», avverte Maurizio Landini dal corteo "Democrazia al lavoro". Il segretario generale della Cgil torna a minacciare mobilitazioni e annuncia una petizione per una legge a difesa della sanità pubblica come diritto universale. Tuttavia, a leggere i numeri della manovra 2026, la denuncia del sindacato appare più

ideologica che fondata. Il Fondo Sanitario Nazionale (Fsn) salirà infatti a 142,9 miliardi di euro, con un incremento di 6,5 miliardi rispetto al 2025, segnando un record storico. Dal 2022 a oggi la crescita cumulativa supera i 17 miliardi, un ritmo di espansione che non si registrava da oltre un decennio.

La manovra non si limita a "mettere soldi", ma punta su in-

terventi strutturali per rafforzare la capacità operativa del Servizio sanitario nazionale. Uno degli assi principali riguarda le liste d'attesa, tra le emergenze più sentite dai cittadini. Il gover-



no stanziamenti 246 milioni per aumentare il tetto di spesa verso gli erogatori privati accreditati, così da utilizzare pienamente la rete convenzionata e ridurre i tempi di accesso a visite e diagnostica. Non si tratta di privatizzazione, ma di efficienza: l'obiettivo è garantire che chi ha bisogno di una risonanza o di un intervento possa ottenerlo entro tempi certi, sempre a carico del pubblico.

Un altro pilastro riguarda l'adeguamento tariffario. Per la prima volta dopo anni, vengono aggiornati i rimborsi riconosciuti alle strutture sanitarie, con una revisione che interessa ricoveri e riabilitazione, ricoveri per acuti e prestazioni ambulatoriali e protesiche. Si tratta di un'operazione di riequilibrio che evita il collasso economico delle strutture e garantisce la qualità delle cure. Molti ospedali segnalavano da tempo che le tariffe non coprivano più i costi reali; ora il governo risponde con un intervento organico, allineando sanità pubblica e accreditata alle nuove esigenze del sistema.

Un terzo capitolo riguarda la governance di farmaci e disposi-

tivi medici. La manovra prevede un incremento del tetto di spesa per i dispositivi, misura che attenua l'impatto del contestato payback e garantisce stabilità al mercato dei fornitori. Sul fronte farmaceutico, arrivano risorse aggiuntive per rideterminare i tetti della spesa convenzionata e degli acquisti diretti. Interventi tecnici ma fondamentali, che significano meno contenziosi, maggiore continuità di forniture e minore rischio di carenze.

Una parte rilevante del nuovo stanziamento, circa il 30% dell'incremento complessivo del Fsn, è vincolata a questi interventi specifici. In altre parole, la manovra 2026 non disperde risorse, ma le destina dove servono: liste d'attesa, tariffe, farmaci, dispositivi. È la logica del "denaro con missione", non della spesa indistinta.

I detrattori insistono sull'indicatore spesa sanitaria/Pil, ma è un argomento fuorviante: se il Pil cresce, la percentuale scende automaticamente, anche con fondi in aumento. E i fondi, infatti, crescono. Nel 2024 la Corte dei Conti ha certificato una spesa sanitaria record di 134 miliardi, già superata nel

2025 e destinata a salire ancora. Parlare di "tagli" è dunque un errore fattuale.

Il confronto storico è impietoso: tra il 2012 e il 2019 furono "sottratti" o mai erogati circa 37 miliardi previsti per la sanità, in gran parte durante governi sostenuti proprio dal fronte progressista. Oggi, invece, si registrano aumenti costanti, accompagnati da una visione di sistema che valorizza la collaborazione pubblico-privato e il miglioramento dell'efficienza regionale.

In definitiva, la piazza della Cgil lancia slogan, ma la legge di Bilancio 2026 racconta un'altra storia: quella di un governo che, pur in un quadro di prudenza fiscale, investe nella sanità in modo mirato segnando nuovi record. La sanità non si difende a colpi di megafono, ma con conti in ordine e risorse vere. E, una volta tanto, i numeri - freddi, concreti e verificabili - sono dalla parte del governo.

Landini minaccia ancora di bloccare il Paese, ma le dotazioni crescono come mai prima
L'aggiornamento delle tariffe rafforza i servizi

17

In miliardi di euro l'incremento del Fondo sanitario nazionale dal 2022 (manovra del governo Draghi) al 2026, secondo le previsioni della legge di Bilancio appena approvata. Dotazione record

2

Su circa 6,5 miliardi di incremento del Fondo sanitario nazionale nel 2026 ben 2 miliardi saranno dedicati a investimenti diretti. Cifra che supera i 2,6 miliardi considerando i vari adeguamenti tariffari



MANIPOLAZIONI

Propaganda vergognosa sulla salute

di **Oswaldo De Paolini**

C'è un limite oltre il quale la propaganda si fa grottesca. Ed è quello dei numeri. Perché puoi agitarti, puoi urlare, puoi inventare slogan, ma quando i numeri parlano, tutto il resto

diventa rumore di fondo. È il virus dei conti immaginari, quello che consente di gridare ai tagli anche quando le cifre, testarde, raccontano tutt'altro. In questi giorni Maurizio Landini e Elly Schlein hanno riesumato un trito refrain: «Il governo

Meloni taglia la sanità». Peccato che la (...)

segue a pagina 3

Quella propaganda vergognosa sulla salute

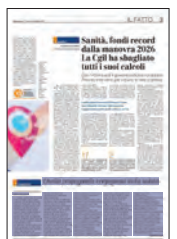
dalla prima pagina

(...) realtà, quella fatta di numeri e non di slogan, dica l'esatto contrario. Se nel 2022 il Fondo Sanitario Nazionale valeva 126 miliardi, nel 2025 sarà di 136,5 miliardi e nel 2026 arriverà a 142,9 miliardi, siamo andati avanti o siamo andati indietro? Diciassette miliardi in più in quattro anni sono un aumento record, certificato dalla Corte dei Conti. Ma per Landini e Schlein la matematica resta un'opinione. Sicché anche ieri ci hanno propinato la solita fiaba, contando sul fatto che, ripetuta cento volte davanti a un pubblico di fedeli, essa assume sembianze di verosimiglianza. Peccato che basti una calcolatrice per smontarla clamorosamente. Il trucco è vecchio. Il raffronto che fanno i due campioni della sinistra non è tra la spesa sanitaria dell'anno confrontata con quella precedente - come sarebbe onesto -, ma tra spesa sanitaria e Pil dell'anno, e poiché il Pil cresce di più (si pensi al +8,9% nel 2021 e al +4,7% nel 2022), la percentuale cala di qualche decimale. Et voilà, ecco il "definanziamento".

In realtà la sanità riceve più soldi di prima, è l'economia che cresce più in fretta. È un segno di vitalità, non di taglio. Solo chi confonde le proporzioni con le cifre assolute può credere a una simile sciocchezza. Ma, si sa, la sinistra campa di narrazioni, non di contabilità. Si può discutere se basti, certo. Si può dire che la sanità resta un cantiere aperto, sicuro. Del resto, l'inflazione brucia risorse, il personale costa, l'invecchiamento pesa. Ma confondere un aumento con un taglio è una falsificazione bella e buona. E, a dirla tutta, chi oggi strilla allo scandalo dovrebbe avere la decenza di ricordare cosa accadde tra il 2012 e il 2019, quando i governi Monti, Letta, Renzi e Gentiloni fecero evaporare 37 miliardi di finanziamenti promessi alla sanità. Sedici miliardi cancellati nei primi tre anni, altri sedici nei successivi, e altri quattro tra il 2018 e il 2019. Quelli sì, erano tagli. Ma allora, da sinistra, nessuno urlava: ovvio, al governo c'erano loro. Oggi invece, con Meloni, la musica è cambiata. Nel 2024 la sanità italiana ha raggiunto il livello di finanziamento più alto della sua storia: 134 miliardi, record assoluto. E nel 2025 e 2026 crescerà ancora. Sono stati aggiunti fondi per il personale e 246 milioni per acquistare

prestazioni e ridurre le liste d'attesa. Si può dire che serva di più, si può chiedere un miglioramento nella gestione, ma dire che questo governo "taglia la sanità" è una spudorata menzogna, con l'aggravante della consapevolezza. Solo bugiardi e falsari in cerca di applausi a buon mercato possono sostenerlo. Solo chi disprezza l'intelligenza degli italiani può credere che nessuno sappia leggere un numero. Perché la verità, alla fine, è disarmante nella sua semplicità: la sanità cresce, e cresce come non accadeva da anni. Tutto il resto è propaganda, e di quella più miserabile. I numeri non mentono mai. Chi mente sono quelli che li manipolano, sperando che gli altri non se ne accorgano. Ma la maggior parte degli italiani, fortunatamente, sa ancora fare di conto.

Oswaldo De Paolini



Sanità, domani la firma del contratto Stop ai turni notturni per gli over 60

IL NEGOZIATO

ROMA Per 581.000 professionisti non medici del Servizio sanitario nazionale – infermieri, ostetriche, operatori socio-sanitari, tecnici sanitari e personale amministrativo – è in arrivo a novembre un aumento medio lordo mensile di 172 euro. Domani all'ora di pranzo ci sarà la firma definitiva del contratto 2022-2024 del comparto Sanità. L'intesa preliminare era stata sottoscritta prima della pausa estiva. Il sì della Corte dei Conti al Ccnl, senza il quale non era possibile procedere, è arrivato nelle ultime ore. Infermieri, tecnici e personale non dirigenziale del Ssn riceveranno, inoltre, tra 900 e 1.270 euro di arretrati, a seconda della qualifica. Il contratto, che aumenta numerose indennità, tra cui quella di pronto soccorso, non interviene però solo sulle buste paga. L'accordo introduce anche una serie di novità normative per migliorare le condizioni di lavoro del personale della Sanità, valorizzarne le competenze e rafforzare l'efficienza dell'intero sistema.

Per il personale over 60 è prevista, per esempio, la riduzione dei turni notturni. Più nel dettaglio, la firma del contratto 2022-2024 porterà a un incremento degli stipendi tabellari pari in media a 145 euro lordi al mese, a cui si sommano i 16,91 euro in più di indennità di pronto soccorso, i 3,38 euro in più di indennità di specificità infermieristica, i 5,52 euro lordi di aumento legati al superamento del limite di crescita dei trattamenti accessori e l'incremento di 1,45 euro dell'indennità per la tutela

del malato. Per quanto riguarda invece gli arretrati, operatori, assistenti e personale di supporto riscuoteranno a novembre una somma compresa tra 900 e 1.200 euro. Funzionari e professionisti della Salute prenderanno fino a 1.270 euro. Gli arretrati relativi al biennio 2024-2025 saranno calcolati automaticamente e visibili nella busta paga.

Quelli per gli anni 2022 e 2023 sono già stati erogati. In risposta all'aumento degli episodi di violenza verso gli operatori sanitari, il contratto stabilisce poi un principio fondamentale: l'azienda o l'ente pubblico sanitario si deve fare carico delle spese legali per la difesa del lavoratore aggredito. Vengono fissati nuovi limiti alla pronta disponibilità, affinché lo strumento non venga usato

per coprire carenze strutturali. Il Ccnl estende anche la possibilità di ricevere o donare giorni di ferie ai colleghi. Il rinnovo del Ccnl è stato a lungo tenuto in ostaggio dai no di Cgil e Uil, che fin dall'inizio hanno chiesto più risorse e aumenti in linea con l'inflazione degli ultimi anni.

IL PASSAGGIO

Dopo la sottoscrizione definitiva del contratto 2022-2024, potrà ufficialmente partire il cantiere della nuova stagione contrattuale 2025-2027, che per i professionisti non medici del Ssn vale un ulteriore aumento del 6,9%. Sempre la settimana prossima è prevista infatti la firma dell'Accordo quadro per la definizione dei comparti e delle aree di contrattazione 2025-2027, dopodiché l'Aran, l'agenzia che tratta i rinnovi con i sindacati, potrà convocare i primi tavoli. Sanità e Funzioni centrali saranno i comparti che per primi vedranno

partire le trattative. Per Funzioni locali e Istruzione e Ricerca ci sarà da aspettare: sui Ccnl 2022-2024 dei professori e dei dipendenti comunali deve esser ancora raggiunta un'intesa. Martedì saranno firmati anche i contratti collettivi di lavoro dei dirigenti delle Funzioni centrali per il triennio 2022-2024 e dell'area Presidenza del Consiglio dei ministri per il 2019-2021. La lista delle richieste che i sindacati dei lavoratori della Sanità porteranno al tavolo per il rinnovo del contratto 2025-2027 parte dalla detassazione degli aumenti contrattuali, una misura che all'ultimo momento non ha trovato spazio in manovra, e dal riconoscimento delle specificità delle professioni sanitarie e sociosanitarie. La Sanità, intanto, ha conquistato in legge di Bilancio 2,4 miliardi in più nel 2026 e ne avrà altri 2,65 miliardi sia nel 2027 che nel 2028. Le risorse aggiuntive verranno utilizzate per aumentare l'indennità di specificità di medici e infermieri e per nuove assunzioni.

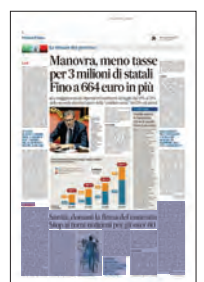
Francesco Bisozzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IN ARRIVO
AUMENTI MEDI
DA 172 EURO AL MESE
PER GLI INFERMIERI
ARRETRATI
DA 1.300 EURO**



Infermiere al lavoro



I dati del Centro di ricerca Rep. La media è 89.678 euro. In arrivo aumenti dalla Manovra

Medici, stipendi top a Bolzano

Poi Trento, Basilicata, Piemonte, Molise. Sardegna ultima

DI FRANCESCO CERISANO

La Sardegna è la regione che paga di meno i propri medici, con uno stipendio medio di 74.500 euro. All'opposto i camici bianchi meglio retribuiti si trovano in Trentino Alto Adige con una media di 155.354 euro a Bolzano e 113.392 euro a Trento. Cifre molto al di sopra della media nazionale che è pari a 89.678 euro.

Nella retribuzioni dei medici le regioni italiane mostrano un quadro estremamente variegato, non riconducibile alla tradizionale spaccatura Nord-Sud. Al Nord tutte le regioni, ad eccezione dell'Emilia Romagna (87.727) e del Friuli Venezia Giulia (85.364), si collocano al di sopra dello stipendio medio nazionale. Al Centro la situazione è più omogenea con valori compresi tra 85.000 e 90.000 euro, mentre al Sud il quadro è più frammentato, in quanto coesistono Regioni con valori al di sopra della media nazionale (Sicilia, Basilicata, Molise e Calabria) e altre con valori inferiori (Sardegna, Campania, Abruzzo e Puglia). Le discrepanze non derivano dal trattamento economico tabellare, uniforme a livello nazionale, ma dalle componenti accessorie della retribuzione, come indennità, straordinari e incarichi aggiuntivi, oltre che dalla diversa composizione del personale in termini di età e qualifiche.

Ad esempio, i valori delle Province Autonome di Trento e Bolzano sono significativamente al di sopra della me-

dia, poiché in entrambe le Ast di riferimento ai medici vengono erogate indennità fisse e accessorie più elevate.

E' quanto emerge dal Report annuale sulle aziende sanitarie del Centro di ricerca Rep, spin off tecnico-scientifico di Fondazione Etica, che dopo aver passato ai raggi l'X gli indici di capacità amministrativa delle Asl italiane (mettendo sul podio Bolzano, Aosta e Reggio Emilia, si veda *ItaliaOggi* del 14 ottobre) ha dedicato un'analisi ad hoc sugli stipendi dei camici bianchi.

Cosa prevede la Manovra

Il tema è di stretta attualità, visto che la Manovra 2026 ha stanziato 450 milioni per l'assunzione di personale sanitario a tempo indeterminato, con l'obiettivo di "garantire la riduzione delle liste di attesa e il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie".

Il governo, come dichiarato da **Giorgia Meloni**, punta ad assumere 6.300 infermieri e ulteriori 1.000 medici nel 2026 e a rendere più pesanti le busta paga di chi è già in corsia, con i camici bianchi che dovrebbero ricevere 3mila euro lordi annui in più (230 euro lordi al mese) mentre agli infermieri andranno 1630 euro lordi in più all'anno (circa 125 lordi al mese).

Quanto pagano le singole Ast

Scomponendo l'analisi a livello delle singole Aziende sanitarie territoriali, la ricerca scopre dati interessanti. Per esempio che dietro Bol-

zano, "isola felice" dei camici bianchi, Potenza (con una media di 117.352 euro) offre stipendi simili a quelli Alesandria (dove un medico guadagna in media 118.849 euro). E dietro Trento (113.392 euro) spunta Avellino con 107.864 euro.

All'opposto, l'Azienda Toscana Centro (che comprende i territori di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli) si colloca agli ultimi posti della graduatoria degli stipendi (80.747 euro) al pari di Sassari, con un valore poco superiore a 80mila euro, comunque in linea con quello registrato dalle altre Ast della regione Toscana, tutte con valori inferiori alla media nazionale.

Come si vede, non sono le Ast di grandi dimensioni a guidare la classifica, bensì entità medie, con bacini di utenza ampi ma più gestibili. "Osservando quanto restituito dai dati", commenta **Paola Caporossi**, presidente ad honorem della Fondazione guidata da **Gregorio Gitti**, "emerge come sia proprio questa scala intermedia a consentire un equilibrio migliore: da un lato, sufficienti risorse per attivare indennità e meccanismi premianti, dall'altro, una gestione più snella e ravvicinata al personale, che evita la dispersione tipica delle Ast più grandi".

Un discorso a parte merita la Lombardia che dal 2015 ha una struttura orga-

Regione	Media stipendio (euro)
Bolzano	155.354
Trento	113.392
Alto Adige	155.354
Altre regioni	74.500 - 118.849
Media nazionale	89.678
Toscana Centro	80.747
Sassari	~80.000

nizzativa della sanità (divisa tra Ats e Asst) non comparabile con quella delle altre regioni e quindi non è stata inclusa nella rilevazione. La regione paga ai medici stipendi medi di 90.424 euro con punte di 108.949 euro nella Asst Valtellina e Alto Lario. Gli stipendi più “pove-

ri” sono quelli della Asst Santi Paolo e Carlo di Milano con una media di 83.750 euro.

La Mappa degli stipendi ai camici bianchi

Ente	Retribuzione media dei medici in euro	Ente	Retribuzione media dei medici in euro
Provincia autonoma di Bolzano	155.354	Media Italia	89.678
Provincia autonoma di Trento	113.392	Lazio	88.926
Basilicata	99.832	Campania	88.406
Piemonte	98.005	Marche	88.106
Molise	97.648	Emilia-Romagna	87.727
Valle d'Aosta	95.690	Umbria	87.254
Calabria	94.784	Abruzzo	85.626
Veneto	90.861	Friuli-Venezia Giulia	85.364
Lombardia	90.424	Puglia	85.115
Sicilia	90.164	Toscana	83.029
Liguria	90.044	Sardegna	74.672

Fonte: Elaborazioni Centro di ricerca Rep-Fondazione Etica su dati Mef 2023



Braccialetti anti aggressione per medici e infermieri

I quattro Pronto Soccorso dell'Ulss 9 della provincia di Verona, negli ospedali di San Bonifacio, Legnago, Villafranca e Legnago, e il punto di Primo Intervento dell'Ospedale di Malcesine, hanno dotato i propri operatori di braccialetti per permettere un tempestivo intervento in caso di aggressioni o situazioni di

pericolo. Si tratta di "braccialetti telefonici" dotati di un pulsante rosso e di uno verde. In caso di situazione a rischio, il personale preme il rosso: scatta immediatamente il contatto diretto con una Centrale di controllo che a sua volta fa scattare l'intervento del 112, oltre ad allertare il restante personale. Il tempo stimato di attesa per l'arrivo dei

soccorsi è di tre minuti. Il progetto, sostenuto dalla Regione Veneto, prevede una prima fornitura di 290 dispositivi.



Fissate le linee guida e gli standard per la formazione. Le iniziative già adottate dalle regioni

Arriva il caregiver professionale

Un assistente familiare per la cura dei non autosufficienti

pagina a cura

DI DANIELE CIRIOLI

Addio a badante e collaboratrice domestica. La persona che si prende cura professionalmente dei nostri cari, anziani o con qualche acciaccio di salute, ha un nuovo nome proprio: assistente familiare. È un lavoratore o una lavoratrice, anche straniero, dipendente della famiglia (quindi assunta con un rapporto di lavoro domestico) o di un'Agenzia per il lavoro (quindi a servizio in famiglia attraverso un rapporto di somministrazione di lavoro). Svolge l'attività di assistenza personale presso il domicilio della persona con un livello di non autosufficienza psicofisica, a ore oppure in regime di convivenza, contribuendo a promuoverne l'autonomia e il benessere in funzione dei suoi bisogni e del suo contesto. A stabilirlo è il decreto del 19 settembre 2025 del ministero del lavoro che, in attuazione dell'art. 38, comma 1, del dlgs n. 29/2024 (recante norme in materia di politiche in favore delle persone anziane), approva le Linee guida e definizione degli standard formativi degli assistenti familiari. La nuova figura professionale è inserita nel settore «servizi alla persona» dell'Atlante del lavoro e delle qualificazioni, area «svolgimento attività assistenza a soggetti non autosufficienti» (ADA.20.02.01).

Il nuovo profilo professionale. In gergo anglosassone, la nuova figura si chiama «caregiver professionale» per distinguerla dal «caregiver familiare» che individua, invece, il familiare che si prende cura di un congiunto, con un livello di responsabilità più elevato potendo anche decidere per conto dell'assistito, in virtù del vincolo familiare e di affettività. Il caregiver professionale, invece, può essere un dipendente della famiglia (in tal caso si applica la disciplina

del lavoro domestico a ore o in regime di convivenza) o un dipendente di un'Agenzia per il lavoro. In questo caso, l'assistente familiare è mandato «in missione» presso una o più famiglie sulla base di un contratto di somministrazione di lavoro (contratto commerciale) tra l'Agenzia e la famiglia, la persona stessa che è assistita o un «caregiver familiare» o l'Amministratore di sostegno.

Ruolo e attività. L'assistente familiare, dunque, è un lavoratore (molto spesso è una lavoratrice, straniera). Il suo ruolo principale consiste nel dare supporto emotivo e relazionale all'assistito, nel facilitare o sostituirsi all'assistito nelle attività di pulizia e igiene della persona, del suo ambiente di vita quotidiano e guardaroba, nella preparazione e somministrazione di pasti, nell'accompagnarlo, movimentarlo, comunicare con l'assistito e la famiglia, nonché nel monitoraggio del suo stato di salute generale e nella sorveglianza sul regolare e corretto rispetto, da parte dell'assistito, delle prescrizioni terapeutiche e medicinali. L'assistente familiare fa fronte alle situazioni di bisogno dell'assistito anche segnalando, tempestivamente, le variazioni relative ai bisogni e alle condizioni dell'assistito ai servizi preposti individuati sul territorio (al medico di famiglia, per esempio). Se richiesto e su delega dell'assistito, l'assistente familiare può fare acquisti e svolgere funzioni amministrative e interfacciarsi con gli operatori sociosanitari.

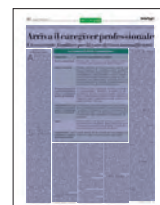
Come si diventa assistente familiare. Le Linee guida, tra l'altro, dettano anche le condizioni per poter ottenere la «certificazione» di assistente familiare, in termine di «standard» di competenze (vale a dire competenze minime richieste). Lo standard è definito con la declinazione dei risultati di apprendimento, in

termini di competenze (e relative abilità e conoscenze), tenendo conto di prefissati obiettivi minimi (si veda tabella). Per il raggiungimento dello standard di competenze (e così conseguire il rilascio della certificazione), le Linee guida stabiliscono appositi percorsi formativi, ai quali possono partecipare le persone che:

- hanno compiuto il diciottesimo anno di età;
- hanno la padronanza della lingua italiana corrispondente al livello A2 del Quadro comune europeo di riferimento della conoscenza delle lingue (QCER);
- sono in possesso di un regolare permesso di soggiorno o in attesa di rinnovo (soltanto ai cittadini stranieri).

Le regioni, adesso, dovranno adattarsi ai nuovi standard. In Lombardia, per esempio, c'è già un corso professionale che consente di ottenere la qualifica di assistente familiare. Il corso va seguito presso un ente accreditato dalla regione e si basa su due livelli: il corso base ha una durata di 160 ore, quello di secondo livello di 100 ore. La regione Lazio ha autorizzato il riconoscimento della qualifica di assistente familiare a diversi enti formativi, con corsi di 200-300 ore. In Veneto si diventa assistente familiare frequentando un corso di 60 ore coordinato da Enaip Veneto.

L'offerta formativa. La durata minima dell'offerta formativa -comprensiva di eventuali ore di orientamento, personalizzazione, accompagnamento, tirocinio o intervento individuale o individualizzato - è fissata a 70 ore per tutti gli obiettivi (si veda tabella), eccetto per le competenze digitali e di lingua per le quali gli



obiettivi minimi possono essere raggiunti tramite moduli aggiuntivi, di durata determinata in base ai livelli di padronanza in ingresso.

La parola alle Regioni. La certificazione della qualificazione di assistente familiare spetta alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Superate le prove di valutazione, realizzate in conformità con quanto indicato dalle Linee guide (standard delle competenze, si veda in tabella), consegue il rilascio, totale o parziale, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, o relativi enti accreditati, autorizzati o titolati, del certificato di qualificazione professionale di assistente familiare, o di singoli certificati di competen-

ze con riferimento ai singoli standard. I certificati avranno validità nazionale. Con questa certificazione, gli assistenti familiari possono iscriversi agli appositi «elenchi regionali degli assistenti familiari» (previsti dall'art. 38, comma 3, dlgs n. 29/2024) che, in realtà, già sono presenti in molte regioni, sebbene rivolti a badanti (si tratterà, dunque, di un loro aggiornamento). La regione **Marche**, per esempio, ha istituito da alcuni anni un elenco regionale di assistenti familiari (badanti), consultabile online. «Pronto Badante» è il servizio di sostegno alle persone anziane messo a disposizione delle famiglie dalla regione **Toscana**. Un operatore risponde a un numero unico regionale con

possibilità di intervenire direttamente presso l'abitazione della famiglia della persona anziana anche attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie, compreso quelle digitali (ad esempio in video-chiamata). In **Piemonte** è «Agenzia Piemonte Lavoro», ente strumentale della regione che coordina i centri per l'impiego, a offrire il servizio gratuito di facilitazione dell'incontro tra assistenti familiari e famiglie con bisogni di cura, in particolare alle persone anziane non autosufficienti. La **Sardegna** ha istituito il registro degli assistenti familiari (badanti) da oltre un decennio per favorire un servizio più qualificato. Due le iniziative della regione **Veneto**: registro generale degli assistenti familiari e sportello

per gli assistenti familiari. Strumenti complementari tra loro, mirano a migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare, in particolare alle persone non autosufficienti, come anziani e disabili. Da ultimo è **Napoli**, in Campania, ad avere istituito in questo mese di ottobre 2025 un registro degli assistenti familiari per chi cerca badanti o babysitter e chi voglia candidarsi a lavorare come assistente familiare.

Lo standard delle competenze	
Competenze	Risultati di apprendimento richiesti
Tecnico professionali	Presidio delle attività e dei risultati attesi descritti nell'ambito dello standard delle attività lavorative
Salute e sicurezza	Presidio interventi di primo soccorso, nonché di salute (comprese la conoscenza delle principali patologie croniche, degenerative o invalidanti, del funzionamento e della disabilità e del loro impatto in termini assistenziali, fabbisogni correlati e di umanizzazione cure), prevenzione e sicurezza, anche in chiave ambientale nel contesto domestico (sprechi, smaltimento rifiuti, sana alimentazione ecc.)
Personalì e sociali con cui esercitare proficuamente le competenze tecnico professionali	Si riferiscono alle competenze dell'area personale di autoregolazione, flessibilità, benessere e alle competenze dell'area sociale di empatia, comunicazione e collaborazione (Quadro comune europeo di riferimento delle competenze personali, sociali e di apprendimento: LifeComp)
Imprenditività con cui esercitare proficuamente le competenze tecnico professionali	Si riferiscono alle competenze delle aree pensiero etico e sostenibilità, prendere l'iniziativa, affrontare l'incertezza, l'ambiguità e il rischio e lavorare con gli altri (almeno livello 3 del Quadro comune europeo di riferimento delle competenze imprenditoriali: EntreComp)
Digitali	Almeno livello 3 del Quadro comune europeo di riferimento delle competenze digitali (DigComp), per l'utilizzo dei principali strumenti digitali, di comunicazione con familiari e con la rete dei servizi
Comprensione, conversazione e scrittura della lingua italiana	Livello minimo B1 del Quadro comune europeo di riferimento della conoscenza delle lingue (QCER)



UN NUOVO MODELLO DI SANITÀ

Le proposte Una riforma bipartisan per la salute del futuro

Equità, prevenzione e innovazione: perché non si può aspettare

di **Sergio Harari**

L

a sanità non ha colore, non è di destra né di sinistra, eppure è da sempre uno dei più accesi terreni di scontro politico. È stata oggetto di sottofinanziamento e tagli da parte di tutti i governi negli ultimi decenni. Quasi per miracolo, grazie alla sua straordinaria autorevolezza e al particolare momento di unità nazionale, pochi mesi dopo l'assassinio di Aldo Moro, Tina Anselmi riuscì a far approvare nel dicembre 1978 la legge di riforma del nostro Servizio sanitario (sebbene anche qui ci furono i contrasti, Pli e Msi).

La crisi del nostro Ssn è sotto gli occhi di tutti, e nessuno, proclami e retorica a parte, ha soluzioni facili e proposte concrete. Da qui bisogna partire con umiltà e spirito bipartisan per pensare a una nuova riforma che guardi al futuro della nostra salute, termine che comprende non solo la sanità ma anche tutto quello che vi ruota attorno. Abbiamo bisogno di una riforma che garantisca equità di accesso alle cure, eguaglianza della salute e delle terapie a parità di bisogni, dal Nord al Sud del Paese. Paese ancora profondamente diviso non solo nella qualità e accessibilità dei servizi ma addirittura nella aspettativa di vita. Tutto questo è ancora oggi economicamente sostenibile, l'universalismo sanitario è ancora possibile, quando ormai un quarto della spesa sanitaria è privata, out of pocket? La Corte costituzionale ha affermato che la sanità è una «spesa costituzionalmente necessaria», come ci ricorda il recente libro di Luca Antonini e Stefano Zamagni «Pensare la sanità», ovvero deve avere priorità assoluta per lo Stato sulle altre voci di spesa, ma come fare?

La nuova legge di Bilancio stanZIA 2,4 miliardi di euro aggiuntivi per il 2026 rispetto all'aumento già previsto per il finanziamento del Ssn, concentrandosi su nuove assunzioni di medici e infermieri e aumenti salariali. Un punto importante perché i nostri professionisti sono tra i peggio pagati in Europa e l'esodo verso altri Paesi va arrestato, ma oltre a più soldi (quelli previsti sono pochi ma sono un segnale nella giusta direzione) bisogna offrire un futuro, prospettive di crescita: ripensare le carriere garantendo guadagni proporzionali al merito.

La prevenzione primaria è forse lo snodo

principale sul quale centrare le nostre politiche sulla salute, senza questa il sistema diventerà in breve tempo insostenibile. Dobbiamo

investire sulla promozione di stili di vita sani, vaccinazioni, profilassi delle malattie.

Per questo le accise sui prodotti nocivi per la salute, come quelle sul fumo e quelle sugli alcolici, dovrebbero necessariamente prevedere una quota destinata a sanità e ricerca scientifica, anche per affermare un principio di salute pubblica.

Ma questo è solo il punto di partenza.

È percepito da più parti come indispensabile un cambiamento di approccio alla gestione del sistema salute, quello tayloristico dei DRG e dei rimborsi a prestazione, strettamente ancorato a valutazioni meramente economiche di risultato sulla singola attività, ha fatto il suo tempo e non rappresenta più la complessità del percorso del paziente e del risultato delle cure, né tantomeno la qualità erogata. Una riflessione in questo senso va fatta, l'aziendalizzazione ha permesso un efficientamento del sistema ma ha anche prodotto distorsioni di

sfunzionali.

Lo sviluppo di una scuola di specializzazione per medici di medicina generale, perseguita anche dall'attuale governo, è un altro snodo importante per colmare la grave carenza di professionisti sul territorio e garantire loro, anche coinvolgendoli nelle posizioni accademiche, una pari dignità professionale. Ripensare l'assistenza primaria è uno dei punti fondamentali nel riformare il nostro modello sanitario.

Sono almeno 20 anni che si discute di continuità assistenziale ma concretamente le esperienze sono poche e isolate, e anche le strutture previste dal Pnrr faticano a decollare, dobbiamo implementare progetti di sanità di prossimità, di assistenza a domicilio (il cosiddetto hospital at home), anche grazie alle nuove tecnologie, per non far gravare tutto il peso dell'assistenza sugli ospedali.

Manca in tutto il Paese una rete di collegamento tra ospedali di terzo livello che permetta ai pazienti di accedere alle cure di cui necessari-



tano nella migliore sede possibile, superando barriere regionali fuori tempo, come ad esempio nel campo delle malattie rare, ma non solo.

La digitalizzazione, così come il regolato ricorso alle nuove tecnologie di Ai, è indispensabile sia per essere al passo con i tempi che per garantire un accesso equanime ai dati sanitari, ma anche per dare continuità all'assistenza e permettere risparmi di risorse anche umane oggi sempre più difficili da reperire. Sgravando anche il sistema di un peso burocratico che sta diventando soffocante.

L'assistenza non può più oggi essere slegata dalla ricerca, gli IRCCS devono diventare il perno sul quale fare leva per un rilancio delle nostre importanti risorse professionali. Una ricerca che potrebbe essere meglio indirizzata dal ministero e che dovrebbe avere come altra colonna portante il mondo universitario.

Non da ultimo va affrontato con coraggio il grande tema della non autosufficienza: oggi 3,1 milioni di persone in Italia versano in condizioni di grave disabilità, il 60% sono donne. La recente legge è ancora in fase di implementazione e a tutt'oggi non sembra aver inciso nel vivo. Bisogna immaginare di introdurre meccanismi di compartecipazione e assicurazione, fin dalla giovane età,

facendo attenzione che queste ultime servano a espandere le risorse a disposizione per la copertura dei servizi e non a sganciarsi dall'offerta pubblica.

Infine il privato, la cui partecipazione al sistema sanitario è ormai imprescindibile, va usato e regolato nel suo coinvolgimento nel Ssn, senza falsi ideologismi di una o dell'altra parte, ma in modo pensato e ragionato.

Le differenze regionali vanno abbattute, l'Italia è una e una sola, anche se declinata nelle regioni, e chi vive al Sud ha diritto ad avere le stesse cure dei cittadini del Nord. Un compito non facile ma che andrà affrontato con coraggio.

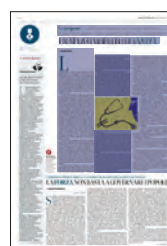
Il terzo settore fa tantissimo nel nostro Paese, sia nell'assistenza che nella ricerca (si pensi solo allo straordinario impegno di ricerca sostenuto da AIRC, ma gli esempi sono molti), e va riconosciuto e valorizzato con forza.

Negli ultimi mesi qualcosa si è mosso e per la prima volta da molti anni, soprattutto su spinta della Lombardia, si comincia a parlare di una nuova riforma sanitaria che parta dalle Regioni, è una speranza su cui tutti noi nutriamo grandi aspettative.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ILLUSTRAZIONE DI DORIANO SOLINAS



ITALIA E USA

Qui la Sanità non corre rischi di «shutdown»

di **Pierpaolo Sileri**

il suo percorso nel Parlamento fino alla sua (...)

segue a pagina 19

Due settimane fa il Consiglio dei Ministri ha dato il via libera alla Manovra Finanziaria 2026, un documento da poco meno di 20 miliardi di euro che a breve inizierà

SE TUTTI GLI OSPEDALI CHIUDESSERO

dalla prima pagina

(...) approvazione. Ogni anno tale documento dà continuità e rafforza le fondamenta del nostro welfare cercando di mantenere una crescita sostenibile.

Come ad ogni manovra iniziano le discussioni sulla sua bontà ovvero sulle sue mancanze, e come è giusto che sia, un'attenzione speciale va al Servizio Sanitario Nazionale, costituzionalmente protetto, inviolabile e necessariamente da potenziare ogni anno. Renderlo sostenibile, con stanziamenti garantiti che mantengono la copertura integrale per il funzionamento della rete di ospedali e territoriale, evitando sprechi, e potenziarlo allo stesso tempo, rimane una impresa non semplice.

Quest'anno la manovra prevede un incremento del Fondo Sanitario di circa 7 miliardi, raggiungendo i 143 miliardi nel 2026, un ulteriore passo per tentare di colmare le carenze territoriali, le liste di attesa, e tutti quei disagi che sicuramente esistono a macchia di leopardo sul territorio nazionale. È comune sottolineare quello che non funziona ed erroneamente si estende il giudizio negativo su tutto, ma ci si dimentica troppo spesso che tutti questi servizi vengono erogati dallo Stato, sempre, ovunque e senza interruzio-

ni. Innegabile che alcune realtà potrebbero e dovrebbero andare meglio e lo scopo delle risorse immesse è questo, ma i fattori che ne rallentano l'erogazione, minando efficacia ed efficienza sono svariati e hanno radici nel passato, come ad esempio la carenza del personale.

Pochi però considerano una cosa: se lo Stato per un periodo interrompesse i finanziamenti cosa accadrebbe e quali servizi rimarrebbero in piedi? Ci troveremmo nel mezzo di uno «shutdown» governativo come sta accadendo negli Stati Uniti che sono oggi e da quasi un mese nel pieno di un «government shutdown», dopo che non si sono trovati i voti cruciali per la approvazione della fiscalità per il 2026. Non è la prima volta che accade con la sospensione di tutte le attività non essenziali e la messa in pausa non pagata di molti dipendenti.

I ritardi fiscali colpiscono direttamente pubblica amministrazione ed agenzie, parchi nazionali, musei e molti altri uffici federali. I lavoratori precari rimangono a casa in attesa di rinnovo del contratto. Indirettamente Università e programmi sanitari e di ricerca sono penalizzati. Nessuno può prevedere la durata del blocco: in passato è stata di qualche ora, giorni, settimane ed al massimo poco più di un mese. Il rischio



il Giornale

della perdita dei servizi vale miliardi di produttività. Un sistema diverso dal nostro con i suoi pro ed i suoi contro, ma certo una sorta di esercizio provvisorio sicuramente molto più rigido rispetto alla remota ipotesi di non approvazione della nostra legge di bilancio.

La Manovra, fronteggiata duramente dalle opposizioni dal momento che approda in Parlamento per completare il suo iter, non è solo fatta di numeri su un foglio ma è l'espressione di un modello democratico di confronto, finalizzato alla coesione e tutela sociale. Per la Sanità questo modello trasforma sfide in opportunità e crisi in conquiste

attraverso la possibilità nel suo percorso di limare e ridurre distanze tra poli estremi.

Immaginiamo uno shutdown che congeli i fondi nazionali per qualche giorno o settimana sul modello Usa, lasciando per esempio scienziati senza fondi, o strutture pubbliche sanitarie a gestire solamente le cose urgenti anche interrompendo i servizi essenziali, con il personale a casa in attesa di un accordo.

Lamentiamoci se le cose non funzionano, è giusto segnalare quello che non va, ma facciamolo nella tranquillità: il nostro Servizio Sani-

tario, così come tutti i servizi pubblici, non si fermano.

Pierpaolo Sileri



La medicina è essere accanto alla sofferenza e trovare le parole giuste

GARANTIRE LE CURE PALLIATIVE AI BAMBINI È UN DOVERE SIA MORALE CHE SANITARIO



MARIO DE CURTIS

Ci sono bambini che la medicina non può guarire, ma che la società dovrebbe saper curare con la stessa attenzione e lo stesso rispetto riservati a chi ha una speranza di guarigione. Bambini con malattie rare, gravi, inguaribili, che vivono mesi o anni tra ospedali e casa, circondati dall'amore dei genitori e dallo sguardo partecipe dei medici, spesso spesi tra scienza e impotenza.

Le cure palliative pediatriche (Ppc) non sono l'ultima fase delle cure: sono l'espressione più umana della medicina, prendersi cura quando non si può più guarire. Eppure, in Italia, questo diritto resta ancora troppo spesso disatteso. Secondo i dati più recenti, solo circa un quarto dei bambini che ne avrebbero bisogno riceve effettivamente assistenza. Lo studio PalliPed 2022-2023, coordinato dalla Fondazione Maruzza e riportato da La Miglior Vita Possibile, mostra che i centri di riferimento regionali sono passati da 11 nel 2021 a 13. Le regioni senza alcun centro di Ppc restano cinque: Abruzzo, Calabria, Molise, Sardegna e Umbria. Il numero di bambini seguiti è aumentato: da 1.209 nel 2019 a 2.734 nel 2023. Cresce anche il personale: i medici del 62%, gli infermieri del 38%. No-

nostante questi progressi, la copertura territoriale e la continuità assistenziale restano disomogenee: solo tre centri di riferimento offrono assistenza 24 ore su 24, sette coprono l'intero territorio regionale, e in molte aree il personale specializzato è ancora insufficiente rispetto al fabbisogno reale.

Le cure palliative pediatriche non accompagnano il bambino solo nel fine vita. Sono un percorso che può durare anni, integrandosi con i trattamenti curativi e riabilitativi. Non significano rinuncia alla vita, ma permettono di viverla con il minor dolore possibile, rispettando la proporzionalità delle cure ed evitando l'accanimento clinico. L'inguaribilità non deve mai coincidere con l'incurabilità. Prendersi cura è un dovere che non ha fine.

Ogni bambino ha diritto a vivere il tempo che gli è dato con dignità. Ogni genitore ha diritto a essere aiutato a rendere questo tempo il più sereno possibile. La comunicazione riveste un ruolo centrale. Le parole che usiamo possono ferire o accogliere, escludere o dare conforto. Dire a una madre che «non c'è più nulla da fare» può recidere un filo di umanità; dire invece «ci sono ancora molte cose da fare per alleviare il dolore e accompagnare vostro figlio» restituisce senso e dignità al prendersi cura. Il linguaggio non riguarda solo il rapporto tra medico e famiglia. Parlare di cure palliative si-

gnifica riconoscere che anche la sofferenza dei bambini è parte della comunità e che la cura è un valore collettivo. Una società che sa prendersi cura dei suoi membri più fragili, anche quando non può salvarli, afferma la propria umanità. La comunicazione sociale può rompere il silenzio, dare voce alle famiglie e mostrare la vita dei bambini anche nei suoi limiti. I genitori possono avere un ruolo attivo, raccontando la propria esperienza e partecipando a iniziative pubbliche. Le loro parole testimoniano che dietro «inguaribile» non c'è solo dolore, ma anche amore, forza e speranza.

Garantire cure palliative pediatriche non è una scelta opzionale: è un dovere morale e sanitario. Richiede investimenti, formazione e coordinamento tra ospedale e territorio, ma soprattutto una trasformazione culturale: la qualità della sanità si misura anche da come ci prendiamo cura dei più fragili, di chi non può guarire ma può ancora essere amato e ascoltato. Garantire a questi bambini il diritto alla cura e alla parola significa riaffermare le radici più profonde della medicina: compassione, responsabilità, umanità. Un impegno non più rinviabile.

*Professore di Pediatria
Università di Roma La Sapienza*



IL VICEPRESIDENTE CEI

Savino: “La Chiesa dia dignità ai gay Legge sul fine vita”

GIACOMO GALEAZZI

Nessuno escluso. «È un primo passo, non l'ultimo. Per la Chiesa italiana l'inclusione non è uno slogan da esibire, ma un processo di conversione» dice il vescovo Francesco Savino, vicepresidente della Cei. - PAGINA 15



Monsignor Francesco Savino

“La Chiesa di Leone restituisce dignità ai gay Sul fine vita va fatta una legge al più presto”

Il vicepresidente della Cei: “Il documento dell'assemblea sinodale non è un atto politico, ma di giustizia riparativa”

L'INTERVISTA
GIACOMO GALEAZZI
CITTÀ DEL VATICANO

Nessuno escluso. «È un primo passo, non l'ultimo. Per la Chiesa italiana l'inclusione non è uno slogan da esibire, ma un processo di conversione pastorale, culturale e spirituale che attraverso il Vangelo riconosce in ogni persona, senza eccezioni, la dignità irriducibile di figlio di Dio», dice il vescovo Francesco Savino, vicepresidente Cei, il mese scorso sul pulpito al Giubileo Lgbtq+. E pioniere degli hospice per malati terminali. **Cosa le ha indicato il Papa?** «Quando Leone XIV mi ha detto con semplicità e dolcezza “vada a celebrare con loro”, racchiuse l'orizzonte di una Chiesa che non arretra di fron-

te alle sue periferie esistenziali, ma vi entra con amore. Non un gesto politico ma di giustizia riparativa. La necessità di restituire dignità a chi l'ha vista negata sia dalle leggi sia dal silenzio complice di chi avrebbe dovuto intercedere». **Perché l'assemblea sinodale chiede alla Cei sostegno alle sigle anti-discriminazioni?** «Il cammino sinodale ci interpella a non distogliere lo sguardo da ogni forma di discriminazione. Un segnale importante, non tanto sul piano della militanza politica, quanto su quello della fedeltà evangelica e della coerenza umana. L'identità della Chiesa si compie nell'uscita, nell'incontro, nella prossimità che non giudica ma accompagna». **L'obiettivo è l'inclusione?** «L'orientamento che il docu-

mento esprime non è una “resa” alle istanze della cultura contemporanea, ma un atto di discernimento pastorale che riafferma la centralità della persona nella missione ecclesiale. La Chiesa non approva o condanna in astratto: “fa compagnia” alle persone, nella convinzione che la verità si comunica attraverso la relazione, non la distanza. Sostenere chi è ferito, marginalizzato, ri-



fiutato non è compromesso etico, ma fedeltà al Vangelo».

Quali sono gli effetti?

«Il passo verso l'inclusione, in senso cristiano, non può ridursi a un gesto simbolico o a un atto di solidarietà civile. È un cammino spirituale e culturale profondo, che chiede di passare da una pastorale "per" le persone Lgbtq+ a una pastorale "con" loro: partecipata, dialogica, sinodale. Non si tratta di "fare spazio", ma di riconoscere che lo spazio c'è già. La Chiesa è la casa di tutti, non la fortezza di pochi».

Ci saranno resistenze?

«Sostenere chi subisce esclusione non significa rinunciare alla verità della fede, ma incarnarla nella carità. La verità senza amore diventa ideologia, l'amore senza verità sentimentalismo. La sintesi è Cristo che non ha mai sacrificato la verità alla misericordia né la misericordia alla verità. Il compito della Chiesa è annunciare il Vangelo costruendo ponti di verità e misericordia mentre il mondo innalza muri di paura e di giudizio. L'assemblea sinodale, pur con le dovute distinzioni di metodo e contesto, è in continuità con l'e-

sperienza giubilare».

Quanto ha inciso il Giubileo?

«Il pellegrinaggio e il passaggio della Porta Santa sono segni eloquenti del desiderio di tanti fedeli di sentirsi parte viva del corpo ecclesiale. Non spettatori ai margini ma protagonisti di una Chiesa in uscita. Il documento dell'assemblea sinodale ne raccoglie l'eco ecclesiale, orientandosi non su un piano rivendicativo o identitario, ma su quello evangelico: ascolto, compagnia, corresponsabilità. Come insegna il Concilio, la Chiesa è "popolo di Dio", comunità di fratelli e sorelle chiamati insieme alla santità, non gerarchia di meritevoli e indegni. La Chiesa italiana intende proseguire. Non come istituzione che "concede spazio" per benevolenza, ma come madre che riconosce, accoglie e accompagna i suoi figli nel cammino della fede. Nessuno le è estraneo. Emerge la volontà di una Chiesa che non esclude per paura, ma cammina insieme nella verità e nella misericordia. Non si tratta di abbassare l'asticella della verità, ma di alzare quella della prossimità. La verità evangeli-

ca non è un confine che separa, ma una luce che illumina il cammino comune. Oggi le porte sono più aperte perché abbiamo scelto consapevolmente di non lasciare nessuno fuori dal perimetro dei battezzati del popolo di Dio, di trasformare la distanza in incontro, l'indifferenza in ascolto, la paura in accoglienza».

Prevede arretramenti?

«Sono porte da lasciare aperte non per convenienza culturale. A custodirle il coraggio, una fede che non scende a compromessi con la verità e una misericordia che cerca il bene integrale della persona. La Chiesa deve farsi prossima: non per giudicare, ma per curare; non per possedere, ma per liberare davvero».

Cosa accadrà al "fine vita"?

«Momento decisivo per la riflessione etica e pastorale sul fine vita. Con una consapevolezza necessaria: è meglio una norma nazionale condivisa, capace di tutelare la dignità inalienabile di ogni persona, piuttosto che decisioni frammentarie e contraddittorie delle singole Regioni. È più saggio e giusto lavorare oggi a una legge equilibrata sul fine vita, frutto di dialogo e discer-

nimento, piuttosto che trovarsi domani di fronte a una norma che apra di fatto all'eutanasia. Quando la politica ascolta, la società respira; se delega al dolore il compito di legiferare, finisce per trasformare la compassione in concessione e la fragilità in difetto. La morte è un evento umano che chiama la comunità a una responsabilità collettiva. Una legge è il tentativo di fare la sintesi come popolo per onorare la vita che tramonta. Una legislazione per le cure palliative dice sì alla vita nella forma più alta possibile, non dice no alla morte naturale e ineluttabile».

"Lievitando di pace e di speranza"
È il titolo del testo votato dalla Terza assemblea sinodale in cui si chiede alla Cei di sostenere iniziative contro femminicidi, omofobia e bullismo



L'ESPRESSO



“

Sostenere chi è ferito, marginalizzato e rifiutato non è un compromesso etico ma fedeltà al Vangelo



Sanità e payback nella legge di Bilancio

Confalone (Novartis Italia): “La Finanziaria 2026
è un banco di prova per il sistema sanitario.

Senza un intervento più incisivo sul payback il rischio
è di rallentare l'arrivo dei farmaci innovativi ai pazienti”

«**L**a legge di bilancio, se non utilizzata appieno, rischia di trasformarsi in un'occasione mancata: serve da subito un'ulteriore riduzione del payback sugli acquisti diretti. Senza interventi più incisivi il rischio è che i farmaci innovativi non arrivino ai cittadini italiani».

È l'avvertimento lanciato da Valentino Confalone, amministratore delegato di Novartis Italia, che individua proprio nel payback - il meccanismo con cui le aziende farmaceutiche devono rimborsare allo Stato una quota della spesa sanitaria pubblica eccedente i tetti programmati - insieme al sottofinanziamento cronico della sanità e ai tempi ancora troppo lunghi di accesso all'innovazione, le principali criticità con cui la filiera farmaceutica italiana è costretta a fare i conti.

«Lo scenario geopolitico attuale rappresenta un momento di discontinuità tra i più importanti dell'ultimo dopoguerra, sia sul piano politico che economico, e si innesta su trend già critici per Europa e Italia», sottolinea l'ad. «Negli ultimi 15 anni, la quota europea delle sperimentazioni cliniche globali si è dimezzata dal 44% nel 2009 al 21% nel 2024, mettendo a rischio fino all'85% degli investimenti di capitale e il 50% delle spese in ricerca e sviluppo».

L'Italia è inoltre esposta alla crescente competizione di Paesi come Stati Uniti e Cina. «I dazi e le politiche di prezzo annunciate da Trump stanno aggravando le difficoltà per l'Europa: da un lato hanno incentivato lo spostamento degli investimenti produttivi verso gli Stati Uniti; dall'altro rendono ancora più urgente il riconosci-

mento del valore dell'innovazione terapeutica, che in Europa riceve meno valorizzazione rispetto agli Usa».

Il payback continua a essere un tema molto discusso. Secondo Confalone si tratta di una tassa occulta, crescente e dall'impatto difficilmente prevedibile, che penalizza proprio le imprese che investono in innovazione nel canale ospedaliero, rendendo l'Italia meno attrattiva per gli investimenti esteri. L'ad riconosce che la manovra di bilancio 2026, ora all'esame del Parlamento, ha

rappresentato uno sforzo del governo che riconosce la necessità di operare sul fronte sanitario, ma con un impatto ancora troppo limitato per l'innovazione terapeutica: «Se fosse confermato l'aumento dello 0,25% della quota del Fondo sanitario nazionale destinata alla spesa farmaceutica - di cui solo lo 0,20% riservato ai farmaci acquistati direttamente dalle strutture pubbliche - il meccanismo del payback resterebbe sostanzialmente stabile rispetto ai livelli del 2025», sottolinea.

«Un passo avanti, ma ancora insufficiente a invertire la tendenza», prosegue. «Secondo Farmindustria nel 2025 le aziende del settore verseranno circa 1,8 miliardi di euro per coprire gli sforamenti della spesa registrati nel 2023». In questo senso, per l'ad, l'introduzione di un tetto automatico, a livelli non superiori al valore versato nel 2023, rappresenta un'azione necessaria. «Questa misura sarebbe un segnale concreto di attenzione da parte del Governo verso un settore che traina crescita, export e occupazione», spiega Confalone. «Ma è chiaro che poi

servirà andare oltre per la sostenibilità del sistema a medio-lungo termine: è urgente superare un sistema basato sui tetti che non regge più la sfida della modernità e della competitività. Confidiamo nel Testo Unico sulla Farmaceutica». Un altro nodo cruciale riguarda i tempi di disponibilità dei nuovi farmaci, che in Italia restano più lunghi rispetto ad altri Paesi europei.

L'Italia garantisce l'accesso all'83% dei medicinali approvati a livello europeo, ma i tempi di disponibilità restano critici: oltre 14 mesi per rendere disponibile un nuovo farmaco, a cui possono aggiungersi fino a ulteriori 10 mesi per l'accesso regionale. «Le cause principali includono la frammentazione regolatoria tra livello nazionale e regionale; processi di valutazione e negoziazione spesso lunghi e non armonizzati». A questo proposito, Confalone sottolinea che sono in corso passi avanti positivi, a partire dalle semplificazioni introdotte da Aifa e dal regolamento europeo Hta (Health Technology Assessment), entrato in vigore all'inizio del 2025, che introduce una valutazione unica a livello Ue dell'efficacia clinica di farmaci e dispositivi. Guardando ai prossimi anni, per l'ad, i nodi cen-



trali restano la governance del sistema e il superamento di una logica puramente contabile. «Il sistema del payback non è più adeguato alla richiesta di salute della popolazione e non riconosce il contributo di un settore che porta anche sicurezza, crescita economica e autonomia strategica». — s.d.p.

1,8 MLD

Le aziende verseranno circa 1,8 miliardi per coprire gli sforamenti

14 MESI

In Italia, oltre 14 mesi per rendere disponibile un nuovo farmaco


I PROTAGONISTI



VALENTINO CONFALONE
Amministratore delegato di Novartis Italia: «Il sistema del payback non è più adeguato alla richiesta di salute della popolazione italiana»



FOCUS

LA SPESA FARMACEUTICA GLOBALE È SALITA A 2.400 MILIARDI DI DOLLARI

Secondo il report "The Global Use of Medicines Outlook Through 2029" di Iqvia, la spesa farmaceutica mondiale raggiungerà i 2,4 trilioni di dollari entro il 2029, con un tasso di crescita annuo composto (Cagr) stimato tra il 5 e l'8%. A trainare il mercato saranno soprattutto le terapie innovative, in particolare l'oncologia, destinata a passare da 252 miliardi nel 2024 a 441 miliardi nel 2029. Negli ultimi cinque anni sono stati immessi sul mercato 394 nuovi principi attivi e si prevede un ritmo di 65-75 lanci all'anno fino a fine decennio.



L'anticipazione A un secolo dalla nascita esce per Sonzogno, curata da Eliana Liotta, una raccolta di scritti del luminare

Veronesi, vivere per innovare

La ricerca medica, le battaglie civili: così ha cambiato l'oncologia. E non solo quella

di **Eliana Liotta**

Umberto Veronesi ha cambiato il mondo, più di una volta. Lo ha fatto pensando che avesse sempre qualcosa da scoprire e da migliorare, ritenendo che il bene fosse la nostra forza e il male solo «una caduta, una reazione, una disattenzione», senza escludere mai nulla della nostra umanità, alla maniera di Terenzio. Ha iniziato da giovane oncologo, in tempi in cui per un tumore al seno di piccole dimensioni si praticava la mastectomia totale, cioè si asportavano la mammella, i linfonodi ascellari e i muscoli pettorali. «Vedere i massacrati che si operavano sui corpi delle donne mi sconvolgeva», raccontò in un'intervista al «Corriere della Sera». Fu così che inventò la quadrantectomia, una tecnica per intervenire solo sul quadrante in cui si trovava il tumore.

Non si trattò di una semplice intuizione, men che meno di un azzardo. Al nuovo approccio in sala operatoria era arrivato dopo anni di studi di anatomia patologica e poi di genetica in Inghilterra. Gli era chiaro, facendo autopsie e guardando i vetrini al microscopio, che nella fase iniziale le cellule cancerogene si riproducono in forma poco aggressiva e che, in assenza di metastasi, fosse sufficiente rimuovere solo il tessuto malato.

«I miei colleghi mi consideravano un folle e non si facevano problemi a dirmelo», ricordava. «Pensavano che volessi mettere a rischio la vita delle mie pazienti proponendo una chirurgia più mite». La conferma che avesse ragione arrivò dai risultati del lavoro clinico che condusse all'Istituto nazionale dei tumori di Milano su 701 donne e che fu pubblicato sulla rivista «The New England Journal of Medicine», la Bibbia per chi si occupa di ricerca in campo biomedico. Era il 1981. (...)

Veronesi, «il prof» come lo chiamavano gli amici e i collaboratori, si schierava dalla parte del progresso disseccando i dogmatismi, andando controcorrente. Lui stesso si definiva un ribelle, un anticonformista, convinto che «l'in-

novazione si fonda sulla capacità di trasgredire» e che l'obbedienza in sé non sia un valore («pensiamo allo zelo dei burocrati nazisti»). Fu bocciato due volte dalla scuola autoritaria del regime fascista, diventando in seguito uno studente modello e laureandosi con il massimo dei voti.

A soli 39 anni, nel 1964, era già un'autorità, tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità lo annoverò tra i membri del Comitato mondiale di esperti sulla terapia dei tumori. Nei decenni a venire avrebbe avuto innumerevoli riconoscimenti, tra cui 14 lauree *honoris causa*. Ma non si fermò mai dentro il recinto della sua professione.

Uno dei suoi obiettivi era di trasformare i luoghi della cura, di mettere davvero i pazienti al centro delle terapie. (...) Nel 1994 fondò una struttura che nelle sue intenzioni doveva essere diversa: l'Istituto europeo di oncologia, noto con la sua sigla, Ieo. E quando divenne ministro della Sanità, durante il secondo governo Amato, tra il 2000 e il 2001, chiamò al suo fianco l'architetto Renzo Piano per stilare il metaprogetto dell'ospedale ideale (...). Visse l'impegno da ministro e da senatore (per il centrosinistra, nelle file del Pd, dal 2008) come avrebbe voluto Aristotele, che intendeva la politica come la disciplina che si occupa del bene supremo: il bene della comunità. (...)

Fu uno dei primi sostenitori del testamento biologico e pubblicò il suo a maggio del 2009. Si legge: «L'ho scritto di mio pugno per tre motivi: le mie note convinzioni sulla libertà di disporre della propria vita, l'amore profondo per i miei familiari, che non voglio siano mai straziati dal dubbio sul che fare della mia esistenza, e la fiducia e il rispetto per i medici che si prenderanno cura di me». Non fece in tempo a vedere la legge che nel 2017 approvò la possibilità di disporre le «Dichiarazioni anticipate di trattamento», ne avrebbe gioito. (...)

Il prof scuoteva le menti pigre e ne accettava le conseguenze. (...) Si ritrovava nella corrente filosofi-

ca secondo cui il male esiste solo in quanto assenza del bene, la *privatio boni* di Agostino. E credeva che la chiave fosse razionalizzarlo e comprenderlo: «Quando il mistero viene svelato, il demone scompare».

La guerra, per lui, non era un destino ineluttabile: «Io sono un pacifista e voglio pensare che lo *status quo* possa essere cambiato. Sono un utopista? Secondo alcuni sì. Ma mi domando quale alternativa esista al dialogo, alla comprensione profonda delle ragioni dei conflitti per progettare azioni concrete». Così la Fondazione che porta il suo nome ha istituito nel 2009 Science for Peace, un progetto internazionale dedicato a promuovere la pace attraverso la collaborazione scientifica. Nelle introduzioni ai convegni, il prof diceva che bisognava togliere armi alla guerra e che serviva una robotica, un codice morale per la tecnologia militare.

Giudicava l'aggressività una caratteristica delle società maschiliste e supposeva che «le donne sono più adatte, in senso darwiniano, a essere le protagoniste del futuro perché hanno sviluppato maggiormente le doti della diplomazia e del dialogo, della tolleranza, della flessibilità e libertà di pensiero».

La violenza chiama sempre violenza, pensava. Per questo era contrario all'ergastolo e alle prigioni come luoghi di vendetta pubblica. Non mancava di sottolineare che gli Stati Uniti fossero l'unica grande democrazia ad aver mantenuto la pena di morte e avanzava una proposta: «Che tutti i favorevoli alla pena di morte (ce ne sono, eccome, anche in Italia),



non si esprimano semplicemente con un tweet o con una risposta ai sondaggi, ma firmino un registro ufficiale per rendersi disponibili ad applicare di persona la pena».

Rispettava tutti gli esseri umani e rispettava gli animali, tanto che a tavola praticava la scelta vegetariana per motivi etici e per la consapevolezza dei principi di sostenibilità ambientale.

Pubblicò l'ultimo post, sul sito della Fondazione Veronesi, in vista della Conferenza mondiale di Science for Peace del 18 novembre 2016, intitolata «Migrazioni e futuro dell'Europa». Non poté parteciparvi perché morì qualche

giorno prima, l'8, alla soglia dei 91 anni, nella sua casa di Milano, vegliato dalla moglie Sultana Razon e dai sette figli. Considerava la capacità di accoglienza una prova di civiltà e sosteneva che temere il cambiamento fosse poco utile, semmai bisognava prepararsi a gestirlo. Aggiungeva che «l'incrocio fra varie culture crea intelligenza» e, a questo proposito, amava citare un fenomeno che chiamava la fecondazione delle idee. «Se io do una moneta a te e tu una a me, abbiamo sempre una moneta ciascuno. Ma se

io do un'idea a te e tu ne dai una a me, allora abbiamo due idee ciascuno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Controcorrente

Lui stesso si definiva un ribelle: l'innovazione, diceva, «si fonda sulla capacità di trasgredire»

Il volume

● A cent'anni dalla nascita di Umberto Veronesi, esce per Sonzogno martedì 4 novembre 100 pensieri ribelli per cambiare il mondo, raccolta di scritti scelti del grande oncologo

● Il volume (pp. 240, € 17) esce nella collana Scienze per la vita, ideata e diretta da Eliana Liotta.



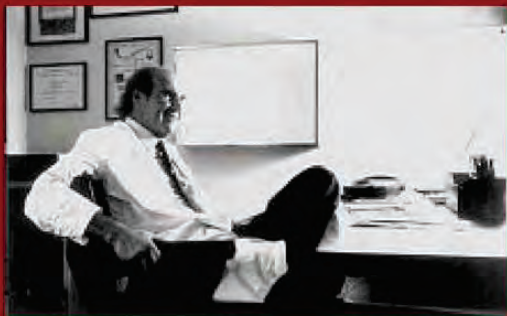
giornalista e saggista (qui sopra, nella foto Carlo Lannutti / LaPresse) che ha curato il libro e ne firma l'introduzione di cui in questa pagina anticipiamo un estratto

● Umberto Veronesi (Milano, 28 novembre 1925 - 8 novembre 2016) è stato una figura di riferimento internazionale per l'oncologia: a lui si deve un impulso fondamentale allo sviluppo della chirurgia conservativa per il tumore del seno. È stato direttore scientifico dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, fondatore dell'Istituto europeo di oncologia (ieo) di Milano, ministro della Salute e senatore



Album

Umberto Veronesi in una foto di Renato Franceschini / Imagoeconomica: medico e ricercatore, ha pubblicato oltre 800 lavori scientifici e dodici trattati di oncologia. A destra, dall'alto: Veronesi nel suo studio; durante un intervento chirurgico; da ragazzo in montagna; a Roma, il 26 aprile 2000, mentre giura come ministro della Sanità davanti a Carlo Azeglio Ciampi, allora presidente della Repubblica, e al capo del governo Giuliano Amato (Paolo Giandotti / presidenza della Repubblica / Ansa)



LA STORIA

«Dalla morte di mia figlia vita per gli altri»

VIVIANA DALOISO

È nata sana, Sofia, nell'agosto 2009. Aveva un anno e mezzo quando i genitori si accorsero che qualcosa non andava. Oggi Caterina Ceccuti, insieme a suo marito Guido De Barros, porta avanti la battaglia perché lo screening neonatale del-

la leucodistrofia che ha ucciso la loro piccola Sofia diventi obbligatorio ovunque.

A pagina 11

«La morte di mia figlia la vita per tutti gli altri»

VIVIANA DALOISO

È nata sana e bellissima, in un giorno d'agosto del 2009, Sofia. Il nastro di Caterina si riavvolge fino ad allora, al senso di completezza e di gioia infinite, all'emozione di quella prima figlia che arrivava ad illuminare la sua vita e quella di Guido. Un anno e mezzo dopo, il buio: mamma e figlia sono sul Ponte Vecchio di Firenze, e Caterina decide di scattarle una foto. «La sistemo qualche metro a distanza da me, clic, poi lei fa per venirmi incontro sorridente e all'improvviso cade, così, senza una ragione». Tra quel giorno, l'odissea di una malattia spietata, la tempesta del «caso Stamina» di cui la famiglia De Barros è stata una delle principali protagoniste e la rinascita che ne è venuta dopo, ci sono 15 anni che è difficile condensare in un'intervista. Caterina Ceccuti - che è giornalista - ha la voce dolcissima, pacata, ogni tanto si affaccia nello studio per chiedere a Guido conferma dei termini scientifici che usa, ogni tanto richiama la piccola Gloria che gioca spensierata e che non ha fatto in

tempo a conoscere sua sorella. La storia comincia, appunto, su quel ponte: mamma Caterina sospetta subito che la caduta sia un segnale da non sottovalutare. Nelle settimane successive, purtroppo, Sofia cade ancora, comincia a tenere un piedino storto, inizia a storpiare le parole che aveva appena iniziato a pronunciare. «Due mesi dopo uscivamo dall'ospedale Meyer con in mano la nostra diagnosi: leucodistrofia metacromatica, meglio nota come MLD», una gravissima e rarissima patologia neurodegenerativa che porta al progressivo deterioramento delle funzioni motorie e cognitive. In una parola, a morte certa. Cure esistenti? Nessuna, al netto del trapianto di midollo che però andrebbe fatto entro il primo anno di vita di un bambino con questa mutazione genetica, se solo alla nascita fosse identificata: «Nessuna possibilità, nessuna terapia, solo la consapevolezza che se avessimo avuto un altro figlio, dato che avevamo scoperto d'essere entrambi portatori del difetto genetico, le cose sarebbero po-

tute andare diversamente». Caterina e Guido non si arrendono: provano a rivolgersi al Gaslini di Genova, al San Raffaele a Milano con il suo polo d'eccellenza del Telethon institute for gene therapy (Tiget). Cercano in Francia, in Germania e in tutto il resto del mondo. La risposta è sempre la stessa: non c'è nulla da fare. Finché, iniziando a mettersi in contatto con altre famiglie segnate da patologie inguaribili, vengono a sapere di Celeste, una bambina di Venezia nelle stesse condizioni di Sofia. «È l'inizio di un



periodo (siamo tra il 2011 e il 2012, ndr) su cui vorrei dire il meno possibile, perché è passato e perché credo sia inutile tornarci su - spiega Caterina -. In breve, veniamo a sapere della possibilità di ricevere delle infusioni di cellule staminali agli Spedali civili di Brescia. Ci viene spiegato il possibile effetto lenitivo, non curativo della terapia». Peccato che di lì a poco legge e scienza finiscano nel più clamoroso dei cortocircuiti della storia italiana recente, con tanto di cassa di risonanza mediatica tutt'intorno. «La vicenda finisce coi medici dell'ospedale pubblico bresciano inquisiti, con la condanna e anni dopo la morte di Davide Vannoni (che della terapia cellulare in questione era stato il promotore in Italia), con lo stop alle infusioni. E con noi, insieme alla nostra Sofia, lasciati soli nel nulla». Potrebbe finire tutto così, in un abisso di rabbia e di risentimento. Perché da quel momento in poi Sofia torna alla sofferenza senza cura. Invece Caterina e Guido decidono che la rabbia non merita alcun dispendio di energia, tutto va dedicato a Sofia: che viene amata, accompagnata, stretta fino

all'ultimo istante, in una terribile giornata del 2017 in cui anche loro pensavano d'essere morti, come madre e come padre, «perché quando ti muore un figlio è questo che ti succede, anche tu muori». Nel frattempo però succede che le famiglie con malati di MLD cominciano a scrivere ai De Barros, a chiedere di incontrarli: «Nel 2013, quando Sofia è ancora viva, decidiamo di costituire un'associazione: la chiamiamo Voa Voa Amici di Sofia, che in portoghese (la madre di mio marito è brasiliana) significa "vola vola", le parole che spesso anche lei usava. Il sostegno ai più bisognosi tra noi diventa strutturale: legale, economico, psicologico. Intanto Guido prende la sua valigia di idee e si presenta al Laboratorio di Screening neonatale del Meyer di Firenze, dal professor Giancarlo La Marca: "Aiutateci a impedire che a un altro bambino succeda quello che è successo alla nostra" dice». È l'inizio di una battaglia per la vita. L'obiettivo di Caterina e Guido è che lo screening neonatale salvavita per la MLD possa essere esteso a tutti i neonati, almeno in Toscana: «Servono fi-

nanziamenti, apriamo un crowdfunding. Soprattutto servono campioni di sangue, gocce di sangue di bambini malati come la nostra Sofia su cui provare il test. E le famiglie di questi bambini, un gesto che ci ha commossi, le raccolgono e le mettono a disposizione». Alla fine, la notizia più bella: il test c'è, ma mancano i finanziamenti per il progetto pilota. Voa Voa stipula un contratto con il Meyer e si impegna a raccogliere 300mila euro. La Regione lo ha inserito tra quelli obbligatori alla nascita, prassi che diventa operativa dal 13 ottobre 2025. «Solo la Toscana però. Così, nel frattempo, altri bambini si ammalano come Sofia. È il caso della piccola Gioia, che ha avuto la sfortuna di nascere a pochi chilometri da noi, in Emilia Romagna». Guido e Caterina non hanno smesso di combattere: «Sofia morirà ancora finché una bambina o un bambino si ammalerà e morirà di una malattia che possiamo curare. Abbiamo gli strumenti per farlo, perché restiamo fermi a guardare?».

LA STORIA

Caterina Ceccuti, insieme a suo marito Guido De Barros, porta avanti la battaglia perché lo screening neonatale della leucodistrofia che ha ucciso la loro piccola Sofia diventi obbligatorio ovunque come da quest'anno in Toscana

Dalla ferita del caso Stamina alla nascita dell'associazione Voa Voa, che sostiene le famiglie di bimbi affetti da malattie rare: «Il nostro lutto è diventato speranza»



Caterina Ceccuti con Guido De Barros e la loro piccola Sofia, che non c'è più



Terapie sempre più precoci contro la sclerosi multipla

Allo studio nuove strategie di cura
in grado di rallentare la progressione
della degenerazione nervosa

di **Elena Meli**

«**L**a sclerosi multipla non dorme mai. Lo so, la sento dentro di me anche quando è in remissione. È per questo che mi fa paura, anche se oggi grazie alle terapie vivo la mia vita come prima». Jana Havácova convive con questa malattia che «attacca» il cervello danneggiando le fibre nervose dal 2012, quando aveva 24 anni.

Oggi è membro dell'European Multiple Sclerosis Platform e all'ultimo congresso dell'European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (Ectrims) ha raccontato la sua esperienza per portare l'attenzione sui sintomi di cui si parla meno e soprattutto sul «fuoco che brucia sotto la cenere» della malattia, cioè sulla degenerazione nervosa che inizia da subito e va avanti, lenta e sotto traccia, anche quando non ci sono ricadute con sintomi evidenti come i tipici disturbi

del movimento o della vista: grazie alle terapie oggi è possibile ridurre moltissimo le recidive (si veda a lato), ma si sta comprendendo che occorre agire anche sulla progressione del danno che «non dorme mai». «L'infiammazione e la neuro-degenerazione sono simultanee: la sclerosi multipla è biologicamente progressiva fin dall'inizio, anche se il danno può diventare clinicamente visibile dopo anni e, a quel punto, recuperare quanto si è perso è difficile», spiega Massimo Filippi, docente di neurologia e direttore dell'Unità di Neurologia all'Ospedale San Raffaele di Milano. «Per questo dovremmo cambiare il paradigma di trattamento, agendo presto con terapie ad alta efficacia e attaccando la malattia su più fronti, in futuro con combinazioni o sequenze di farmaci».

L'obiettivo è agire sulla cosiddetta *progressione indipendente dall'attività delle ricadute*, dovuta anche alla neuro-infiammazione silenziosa su cui oggi si concentra l'attenzione degli esperti perché sono i pazienti per primi a raccontare di sentirsi peggio,

con il passare del tempo, pur non avendo avuto recidive.

Uno studio presentato al congresso ha indicato che 13 proteine, rilevabili nel liquido cerebrospinale, sarebbero le più indicative per riconoscere presto questa progressione nascosta della malattia e alcuni nuovi farmaci sembrano aiutare proprio a rallentarla.

«La sclerosi multipla influenza capacità di attenzione, memoria, concentrazione, con sintomi cognitivi che sono la principale causa dell'abbandono del lavoro e sono anche più direttamente correlati alla progressione silente, alla neuro-degenerazione», dice Maria Pia Amato, neurologa dell'Università di Firenze.

«La terapia precoce serve a preservare tessuto cerebrale e quindi anche le capacità cognitive, che si possono proteggere in molti modi: oltre a coltivare interessi e relazioni per migliorare la riserva cognitiva, il serbatoio di risorse mentali che ci consente di compensare i deficit, possono essere utili la riabilitazione cognitiva, attraverso strumenti digitali e non, e strategie di adattamento per supe-

rare le difficoltà come lavorare in ambienti silenziosi, suddividere in passaggi i compiti complessi, affrontare ciò che richiede concentrazione nei momenti in cui sentiamo meno la fatica, usare agende digitali per aiutarsi». La tecnologia oggi può essere di grande aiuto: i ricercatori dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla per esempio hanno realizzato Cogni-Track MS, un'app che attraverso semplici test può monitorare le funzioni cognitive da remoto perché, come conclude Amato, «l'importante è non dimenticare i sintomi cognitivi, ma indagarli e seguirli fin dalla diagnosi per intervenire se necessario e soprattutto perché non sono affatto secondari per il benessere delle persone con sclerosi multipla, anzi: un'indagine in pubblicazione, condotta su oltre 5 mila pazienti, mostra al primo posto fra i sintomi più frequenti la fatica, seguita da disturbi della concentrazione, dell'attenzione e della memoria».

Bisogna attaccare
la patologia
su diversi fronti,
con combinazioni
o sequenze di farmaci

Che cos'è

● La sclerosi multipla è una malattia cronica in cui un'inflammazio-ne scatenata da una risposta immunitaria anomala colpisce la guaina che riveste le fibre nervose, provocando la comparsa di «placche» che bloccano la trasmissione corretta dei segnali nervosi



Diagnosi migliorata e recidive quasi scomparse

«Oggi curandosi bene il rischio di disabilità da sclerosi multipla è del 15%, mentre 15 anni fa era del 30% e prima arrivava al 70%». Le parole di Mario Alberto Battaglia, presidente della Fondazione Italiana Sclerosi Multipla, evidenziano il percorso compiuto fino a oggi dai pazienti grazie alle terapie: oggi le recidive, ovvero gli episodi in cui compaiono o peggiorano i sintomi neurologici classici (come i disturbi visivi, della sensibilità, della coordinazione o anche la rigidità muscolare), sono quasi una rarità. Anche la diagnosi è migliorata: i nuovi criteri, pubblicati di recente su *The Lancet*, consentono

di riconoscere la malattia nel cervello ancora prima che se ne manifestino i segnali più classici, attraverso la risonanza magnetica. «Tutto ciò cambia lo scenario: oggi dobbiamo pensare a come offrire precocemente le terapie ad alta efficacia, a come combinarle in un'ottica di lungo periodo. I pazienti sono giovani, dare la giusta risposta significa consentire loro una vita normale per decenni», dice Battaglia. Molto è merito dei farmaci: oggi sono tanti ed efficaci, sempre più pensati per semplificare la vita delle persone con sclerosi multipla. È il caso ad esempio della nuova modalità di somministrazione sottocute

di ocrelizumab, un anticorpo monoclonale molto potente: per l'iniezione bastano 10 minuti, 2 volte l'anno, ma l'effetto è lo stesso delle lunghe infusioni endovenose, per cui servono fino a 4 ore complessive. L'iniezione sottocute migliora anche la gestione della malattia nelle donne che vorrebbero un figlio, perché si è dimostrato che i rischi per mamma e bambino sono minimi e la terapia può essere proseguita durante la gravidanza e l'allattamento. Notizie talmente buone da esserlo perfino troppo: durante il congressoECTRIMS gli esperti hanno ammesso che probabilmente si è raggiunto il tetto degli effetti positivi possibili con

le terapie che riducono la neuro-infiammazione e quindi le recidive, quasi scomparse dalla vita dei pazienti. L'obiettivo quindi ora è contenere anche i danni meno visibili, agendo sull'infiammazione silente.



Costi diretti e indiretti a carico delle famiglie

La sclerosi multipla costa tanto, anche e soprattutto perché arriva quando si è giovani, nel pieno della vita attiva: ammalarsi può ridurre la produttività dei pazienti e di chi se ne occupa, fino all'abbandono del lavoro. Lo sottolinea un'indagine Iqvia condotta in collaborazione con Aism su quasi mille pazienti, secondo cui il costo medio annuo sfiora i 40mila euro per paziente con differenze in base alla gravità della malattia; il 38% della spesa però dipende proprio dalla perdita di produttività, un altro 8% di costi, invece, vengono sostenuti dalle famiglie per cure private, ausili o per adeguare la casa alle esigenze dei malati. Tuttavia ci

sono motivi d'ottimismo: le nuove terapie infatti riducono la disabilità, inoltre si prevede una riduzione della spesa sanitaria di circa 200 milioni di euro entro il 2028 grazie alle scadenze del brevetto di alcuni farmaci e alle rinegoziazioni dei prezzi. Tutte risorse che potrebbero essere «dirottate» su un potenziamento delle cure di prossimità, più efficienti e vicine ai pazienti.



Il "Social freezing" Congelare gli ovuli L'ultima frontiera della maternità

Raffaella Troili

Sempre più donne scelgono di conservare i gameti per assicurarsi la possibilità di una gravidanza in età sempre più avanzata. Carlo Alviggi, presidente eletto della Società italiana di fertilità e sterilità spiega: «Le probabilità di avere un bambino si riducono con ovociti prelevati dopo i 35 anni». Ed è così che si è sviluppato il "social freezing".

A pag. 12

Pace a pag. 12

Social freezing congelando gli ovuli La nuova frontiera della maternità

► Serve tempo per costruirsi una carriera e raggiungere una relazione stabile. E così sempre più donne scelgono di conservare i gameti per assicurarsi la possibilità di una gravidanza in età avanzata

IL FENOMENO

ROMA Un nome avveniristico per un desiderio antico: social freezing. L'ultima estrema frontiera per fronteggiare il calo delle nascite? Di certo fenomeno in crescita che coinvolge sempre più donne che in mancanza di un uomo a fianco o di un rapporto stabile, oppure prese dalla carriera o solo non economicamente autosufficienti, prendono tempo ma non rinunciano a un desiderio che a un certo punto della vita diventerà impellente: un figlio. Da qui la scelta di congelare gli ovuli in età fertile per utilizzarli successivamente per una gravidanza. Non sono solo i vip - dall'influencer Taylor Mega all'attrice Matilda Gioli a Bianca Balti che ha dichiarato «così non ci pensi più, ti fai la tua vita e quando vuoi una gravidanza hai già tutto il necessario, regalerò a mia figlia il congelamento degli

ovuli, credo sia uno strumento di libertà» - a scegliere questa procedura che consiste nella crioconservazione degli ovociti e che serve a conservare un certo numero di cellule riproduttive femminili.

L'OFFERTA

Diffusa da decenni negli Usa (utilizzata nel 2023 da oltre 40mila donne), dove le aziende americane scrive Le Monde offrono il benefit "congelamento degli ovuli": sono «soprattutto società televisive e quotidiani, studi legali, colossi della Silicon Valley anche la caffetteria Starbucks». E in aumento anche in Italia, dove è prevista dal 2009 nel sistema sanitario per le donne che devono sottoporsi a chemioterapie, radioterapie e trattamenti che indeboliscono la riserva ovarica. Per tutte le altre la crioconservazione per ragioni "sociali" costa dai 3mila ai 4mila euro. Solo la Regione Puglia offre tale contributo economico alle donne sotto un certo reddito (legge regionale

n.42 del 31 dicembre 2024). Un dato è certo: se le aspettative di vita sono aumentate, l'età fertile non è stata al passo e il tempo biologico non coincide con quello sociale. Da qui l'esigenza di medici e pazienti di prendere di petto l'argomento, specie quando la riserva ovarica di una donna è limitata e questo può verificarsi anche prima dei 35 anni. Il percorso prevede una stimolazione ormonale e il prelievo, l'ideale è riuscire a conservare almeno una decina di ovociti. Non esistono ad oggi dati certi ma i principali centri di Procreazione medicalmente assistita registra-



no un'impennata della domanda. Un trend in crescita conferma Carlo Alviggi, presidente eletto della Società italiana di fertilità e sterilità (Sifes) e medicina della riproduzione, e responsabile della Medicina e riproduzione del Pma dell'università Federico II di Napoli.

IL TREND

«Non abbiamo numeri ma la tendenza in crescita è sotto gli occhi. Una richiesta tipica della media, alta borghesia, nonostante tante campagne nell'immaginario collettivo si pensa che sia facile fare un figlio dopo i 37 anni. Quali limiti? Non c'è una normativa nel pubblico, dove è previsto il congelamento preventivo solo per motivazioni mediche dunque per pazienti oncologiche o affette da altre patologie cronico degenerative. La legge non copre economicamente il congelamento preventivo per motivazioni socioeconomiche ma non lo proibisce nel privato». Il professore avverte: «C'è un problema importante: la resa dello scongelamento degli ovociti non è altissima: non deve mai passare l'idea che "io mi sto congelando una gravidanza", le probabilità di ottenere un bambino

non sono certe». E diminuiscono con l'età e in base al numero di ovociti conservati. «Le probabilità di successo in caso di ovociti congelati entro i 35 anni sono tra il 10 e il 40% a seconda del numero di ovociti che si riescono a mettere da parte». Insomma, chance maggiori si hanno a 20 anni, quando un figlio è al massimo un desiderio recondito e appannato dal futuro ancora in divenire. «Ogni ovocita scongelato ha tra il 2 e il 4% di proba-

bilità di portare a una gravidanza. Ne servono una quindicina per avere una probabilità intorno al 50%. Ma nella maggior parte dei casi molte donne non riescono a ottenere tra i 5 e i 10 ovociti in una sola stimolazione. Dopo i 35 anni le probabilità di successo scendono, bisogna aver chiaro che si sta congelando un'alternativa al nulla. L'ideale sono i 25 anni di età: più avanti il recupero di ovociti si riduce e la caduta della qualità ovocitaria è tale che richiede più ovociti».

LE REGOLE

«Dovremmo cercare di stabilire delle regole - riflette - il congelamento degli ovociti potrebbe essere estremamente importante

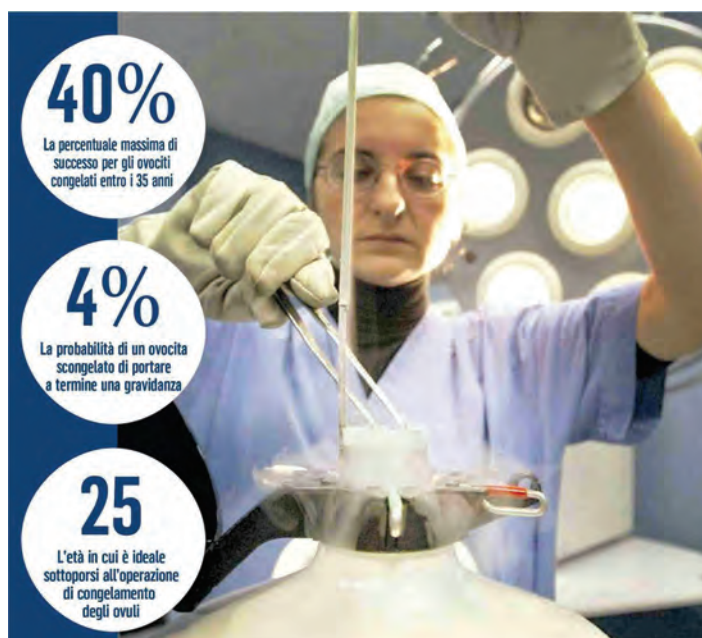
se tutti sistematicamente lo facessero, potrebbe avere una ricaduta. Ma quanto costerebbe?»

Fondamentale è fare prevenzione, stabilirei un check point intorno ai 30 anni per verificare la riserva di ovociti. In modo da avviare chi ha una riserva ridotta al servizio pubblico. Piuttosto che spendere soldi per una 45enne che ha un 1% di possibilità implementerei le tecniche sulle giovani donne intorno ai 28 anni. Se fossi un politico proporrei una razionalizzazione delle risorse destinate nel pubblico a favorire il congelamento degli ovociti ma facendo attenzione a che non diventi un'alternativa per posticipare la gravidanza. La donna deve essere consapevole delle concrete possibilità che avrà un domani. Insomma: ok al favorire la procedura nel pubblico purché siano definite regole che stabiliscano limiti di età e protocolli di accesso per quanto riguarda un'eventuale copertura finanziaria».

Raffaella Troili

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL PROFESSOR ALVIGGI:
«SERVONO REGOLE
PIÙ CHIARE
PER RAZIONALIZZARE
LE RISORSE DESTINATE
AL SETTORE PUBBLICO»**



L'intervista **Ermanno Greco**

«Una scelta per 8mila italiane all'anno Ma sopra i 35 anni si rischia di fallire»

«**D**opo il Covid, abbiamo visto un'impennata nel numero delle donne che scelgono di congelare i propri ovuli. L'isolamento, l'incertezza del futuro e la difficoltà di trovare il partner giusto hanno spinto le donne a proteggere la loro fertilità». Non ha dubbi il professor Ermanno Greco, direttore del centro di inseminazione Icsi di Roma, esperto di Pma (procreazione medicalmente assistita) e biologo della riproduzione. Negli ultimi anni la pratica di congelare degli ovuli ha conquistato sempre più giovani italiane.

Professore, quanto influisce l'età in questo processo?

«Le donne sanno che, superato il limite dei 35 anni, la qualità degli ovociti peggiora. Il rischio di difficoltà nel concepire aumenta del 40%. Ma il vero problema si presenta dopo, quando le possibilità di fecondazione diminuiscono in maniera esponenziale. A oggi, il 70% delle donne che si rivolgono a noi per il congelamento ha meno di 35 anni. Solo il 20% è tra i 35 e i 40 anni, mentre il 10% ha più di 40».

Perché le donne scelgono questa strada?

«Le ragioni sono diverse: motivi economici, professionali o, semplicemente, il fatto di non aver ancora trovato il partner giusto. Alcune si trovano a un bivio: accettare i rischi di una maternità in età avanzata o congelare gli ovociti per garantirsi una possibilità futura. La chiave è agire prima, per evitare di affrontare problemi legati all'infertilità e alla menopausa precoce».

Quanto sta crescendo questa pratica in Italia?

«La nostra clinica riceve circa 200 richieste l'anno. A livello nazionale, in Italia, si stima che siano tra le 5.000 e le 8.000 le donne che scelgono di congelare gli ovuli ogni anno».

E la procedura ha sempre successo?

«No, non sempre. La stimolazione ormonale, che dura circa dieci giorni, è cruciale. Le donne sono monitorate continuamente, e l'obiettivo è far maturare il numero giusto di ovociti. A 30 anni, ad esempio, bastano circa 10 ovociti per avere buone probabilità di successo, mentre a 35 ne servono almeno 15. Dopo i 38, il tasso di successo diminuisce drasticamente e, in alcuni casi, la procedura non dà risultati».

Qual è il costo di questa procedura?

«I farmaci necessari per la stimolazione ormonale hanno un costo che si aggira tra i 900 e i 1.000 euro, ma il vero costo della procedura è intorno ai 3.000 euro, che comprende il prelievo, il monitoraggio e il congelamento degli ovuli. Una cifra significativa, che ricade interamente sulla paziente. Tuttavia, esiste una differenza sostanziale per chi si sottopone alla tecnica per motivi oncologici: in questi casi, i farmaci vengono forniti gratuitamente e la procedura è interamente coperta dal sistema sanitario. La maggior parte delle regioni italiane non prevede rimborsi per chi congela gli ovociti per motivi sociali, eccezione fatta per la Puglia, che offre un rimborso parziale».

A livello sociale e professionale questa pratica sta diventando una consuetudine?

«Sì. Oggi, sebbene la maggior par-

te delle donne che si rivolgono a noi sono professioniste con carriere consolidate sta diventando sempre più comune. C'è una crescente consapevolezza. Le donne decidono di non correre il rischio di trovarsi in difficoltà più avanti. Non è più solo una scelta di chi ha problemi di fertilità immediati».

E il supporto emotivo quanto pesa in tutto questo?

«È fondamentale. La maggior parte delle donne, circa l'80%, viene accompagnata dalla madre o da una sorella, mentre il 20% da un'amica. Solo una piccola percentuale, il 5%, si presenta da sola o con un fidanzato. Il congelamento degli ovociti è un processo che implica non solo aspetti fisici, ma anche psicologici. È importante che la donna affronti tutto con serenità».

Un altro aspetto importante è l'ingresso dell'Intelligenza Artificiale in questo ambito. Che ruolo gioca?

«Oggi utilizziamo sistemi di IA per ottimizzare il processo, prevedere la qualità degli ovociti, analizzare i dati e fare previsioni sulle possibilità di successo. Grazie a queste tecnologie, possiamo personalizzare ulteriormente il trattamento per ogni donna, migliorando sensibilmente i risultati».

Laura Pace

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL MEDICO ESPERTO DI PMA: IL 70% DELLE DONNE È GIOVANE, SINGLE E IN CARRIERA VENGONO IN CLINICA CON MAMMA O SORELLA I COSTI COMPLESSIVI PER QUESTA PRATICA ARRIVANO FINO A 4MILA EURO MA PER LE PAZIENTI ONCOLOGICHE È GRATIS





Servizio Virus tropicali

Chikungunya, arriva il primo vaccino per fermarla

Sarà disponibile da fine ottobre, è a base di particelle simil-virali ed è in grado di stimolare la protezione già dopo una settimana

di Francesca Cerati

24 ottobre 2025

Arriva anche in Italia il primo vaccino contro la chikungunya, malattia virale trasmessa dalle zanzare Aedes, responsabile di febbre alta e forti dolori articolari che possono durare mesi.

Dal 30 ottobre 2025 sarà disponibile Vimkunya, un vaccino ricombinante a base di particelle simil-virali (Vlp), approvato negli Stati Uniti, nell'Unione Europea e nel Regno Unito e autorizzato in Italia dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) lo scorso maggio.

Si tratta di un vaccino a dose singola, indicato dai 12 anni in su, in grado di stimolare una risposta immunitaria rapida: negli studi clinici di fase 3, quasi il 98% dei soggetti vaccinati ha sviluppato anticorpi neutralizzanti entro tre settimane, con protezione che inizia già dopo sette giorni. Il profilo di sicurezza si è rivelato favorevole, con effetti collaterali lievi e transitori, come dolore nel punto d'iniezione o affaticamento.

«La vaccinazione, insieme all'educazione su come evitare le punture, rappresenta una misura chiave per la prevenzione - spiega Caterina Rizzo, docente di Igiene e Medicina preventiva all'Università di Pisa, durante il simposio "Chikungunya: scenari futuri e strategie di prevenzione e controllo" tenutosi a Bologna nel corso del 58° Congresso della Società italiana di igiene (Siti) -. Questo nuovo strumento si integra con le strategie di controllo del vettore e con la sorveglianza epidemiologica, offrendo una protezione aggiuntiva a viaggiatori e popolazioni esposte».

Un virus ormai di casa

Non è un caso che l'arrivo del vaccino coincida con un'estate in cui la chikungunya ha fatto registrare nuovi focolai autoctoni in Italia. Secondo l'Istituto superiore di sanità, al 7 ottobre si contavano 398 casi confermati, di cui oltre 350 non collegati a viaggi all'estero, in Emilia-Romagna, Veneto e Toscana. Un aumento marcato rispetto ai soli 17 casi del 2024.

Nel mondo, dall'inizio del 2025 si sono registrati 317.000 casi e 135 decessi in 16 Paesi, secondo l'European Centre for disease prevention and control (Ecdc). E la cifra reale potrebbe essere ancora più alta, vista la difficoltà di diagnosi: i sintomi - febbre, rash, dolori muscolari e articolari - sono simili a quelli di dengue e Zika.

Clima, viaggi e globalizzazione: i motori dell'espansione

«La globalizzazione e il cambiamento climatico stanno favorendo la diffusione delle zanzare Aedes, come la zanzara tigre, e del virus chikungunya, che costituisce ormai un problema di salute globale», osserva Luigi Vezzosi, dirigente medico presso l'Asst di Crema. La zanzara tigre, un

tempo confinata ai tropici, oggi ha colonizzato stabilmente l'Europa, favorita da inverni più miti, urbanizzazione disordinata e viaggi internazionali sempre più frequenti.

A ricordare il percorso del virus nel nostro Paese è Giovanni Rezza, professore di Igiene all'Università Vita-Salute San Raffaele: «Il primo focolaio epidemico di chikungunya in Italia risale al 2007 in Romagna, poi nel 2017 un'epidemia più ampia nel Lazio e in Calabria. Quest'anno nuovi casi in Emilia e Veneto. La disponibilità di un vaccino efficace potrà essere utile non solo per chi viaggia verso aree endemiche, ma anche per contenere eventuali focolai autoctoni».

Un nuovo capitolo per la prevenzione

Il nome chikungunya deriva dalla lingua kimakonde e significa "ciò che piega", in riferimento alla postura curva causata dal dolore articolare. Oggi quel termine racconta una malattia che ha superato i confini geografici e che, complice il cambiamento climatico, rischia di diventare endemica in nuove aree del pianeta.

L'arrivo del primo vaccino rappresenta, in questo contesto, non solo un progresso scientifico, ma anche un passo verso una nuova consapevolezza: che la salute dei viaggiatori e quella del territorio sono ormai due facce della stessa medaglia.

Servizio Patologie e inclusione

Epilessia e scuola tra stigma e terapie: quali passi seguire per una reale inclusione

Pregiudizi, disinformazione e carenza di protocolli condivisi di sorveglianza e intervento: le raccomandazioni degli esperti per migliorare la vita di bambini e adolescenti e la gestione della malattia in classe

*di Carlo Andrea Galimberti *, Oriano Mecarelli ***

24 ottobre 2025

Immaginate di avere dieci anni e di temere che una crisi epilettica in classe vi faccia sentire diversi dagli altri, osservati, giudicati. È la realtà quotidiana di molti bambini e adolescenti con epilessia: non è soltanto la malattia a limitarli, ma soprattutto la paura e la scarsa conoscenza della malattia tra coloro che li circondano.

Le «sfide» a scuola

La scuola rappresenta il luogo in cui ogni bambino costruisce il proprio futuro e dovrebbe essere sempre uno spazio di crescita, inclusione e condivisione. Eppure, per un bambino o un adolescente con epilessia, il percorso scolastico può trasformarsi in una sfida in cui la malattia in sé ha spesso un ruolo secondario rispetto ai pregiudizi, alla disinformazione e alla carenza di protocolli condivisi di sorveglianza e di intervento.

La maggior parte delle forme di epilessia non compromette la capacità di apprendere. I ragazzi che ne soffrono studiano, crescono e partecipano alla vita scolastica al pari dei loro coetanei.

Le difficoltà non derivano quindi dalla patologia in sé, ma da fattori collaterali: la gestione delle crisi quando si verificano in classe, la somministrazione dei farmaci in orario scolastico, la paura e la scarsa conoscenza della malattia da parte di insegnanti e compagni. A volte, anche le famiglie, oscillando tra iperprotezione e reticenza nel comunicare la diagnosi, rischiano di ostacolare la trasmissione di informazioni utili e di creare ulteriore isolamento.

Garantire un inserimento sereno e sicuro significa costruire una rete di collaborazione tra le famiglie, la scuola, e gli specialisti e le strutture sanitarie che si occupano della cura. Non basta la buona volontà dei singoli: serve un impegno strutturato, riconosciuto e sostenuto dalle Istituzioni.

I farmaci in classe

Le problematiche scolastiche per gli studenti con epilessia possono essere ricondotte principalmente agli ambiti sia clinici che organizzativi e socio-culturali.

Va innanzitutto sottolineato che dal punto di vista clinico solo alcune forme severe di epilessia incidono sullo sviluppo cognitivo o relazionale, ma è vero che talvolta le difficoltà derivano dagli effetti collaterali dei farmaci, che possono influenzare attenzione e memoria, soprattutto se c'è necessità di assumerli in politerapia.

Per la somministrazione dei farmaci in ambiente scolastico mancano normative aggiornate che ne prevedano l'obbligatorietà, soprattutto riguardo la gestione delle emergenze, così come non è prevista una formazione specifica per gli insegnanti e gli operatori scolastici sulle caratteristiche delle diverse forme di Epilessia e le loro implicazioni in età evolutiva.

Il timore più grande per gli insegnanti è quello di non saper gestire una crisi epilettica in classe, ed è la disinformazione a generare ansia e insicurezza, con il rischio che l'alunno venga ipercontrollato, limitato o persino emarginato.

Lo stigma

Infine, l'epilessia continua a rappresentare uno stigma, con conseguenti pregiudizi e paure che alimentano discriminazioni e isolamento. Gli alunni che soffrono di epilessia sono anche a rischio di comportamenti di bullismo da parte dei compagni, con conseguenze pesanti sull'autostima e sulla costituzione di una solida identità psico-fisica.

Se i primi pregiudizi emergono già nella scuola primaria, è nell'adolescenza che la convivenza con l'epilessia diventa ancora più complessa. I ragazzi vivono le crisi come un ulteriore segno di fragilità, un fattore che li differenzia dai coetanei, con il rischio di visioni pessimistiche del futuro. Per questo è fondamentale garantire sostegno psicologico e un ambiente scolastico informato e accogliente.

Normative e applicazione

Le Raccomandazioni ministeriali del 2005, cui poi hanno fatto seguito protocolli regionali specifici e talvolta diversi tra loro, non prevedono per gli insegnanti e gli operatori scolastici l'obbligo di garantire entro l'orario scolastico la somministrazione dei farmaci anti crisi, che debbono essere assunti con regolarità e talvolta essere somministrati in condizioni di emergenza per la gestione delle crisi in classe. Questo non significa che nel nostro Paese non ci sia "buona volontà" da parte del personale scolastico ad affrontare il problema, ma trattandosi di raccomandazioni non vincolanti esse potrebbero anche rimanere inapplicate. È necessario quindi compiere un salto di qualità, con la promozione di protocolli nazionali chiari e uniformi, che assicurino formazione al personale scolastico e serenità alle famiglie.

Le iniziative Lice

Con l'obiettivo di trasformare le barriere in opportunità, creando una cultura scolastica più inclusiva, Lice e Fondazione Lice promuovono da anni progetti di sensibilizzazione e formazione rivolti al mondo della scuola. In particolare, ricordiamo il Progetto "A scuola di Epilessia", piattaforma digitale gratuita che dal 2019 al 2021 ha formato oltre 700 insegnanti e raggiunto più di 30.000 studenti, sfruttando la didattica online. Da allora nel sito di Lice e di Fondazione Lice sono stati inseriti video didattici e altro materiale utile agli insegnanti e consultabili liberamente. L'organizzazione Lice conta inoltre sulla presenza di rappresentanti in tutte le Regioni italiane, che sono sempre disponibili a fornire materiale informativo alle scuole che ne fanno richiesta e ad organizzare eventi formativi per gli insegnanti, sia in presenza che attraverso webinar online. Infine, sul canale Facebook di Fondazione Epilessia Lice vengono regolarmente postati commenti e avvisi utili per il personale scolastico.

Ogni studente ha diritto al suo banco e ad imparare e crescere insieme agli altri. Per questo Lice e Fondazione Lice continueranno a collaborare con insegnanti e Istituzioni affinché la scuola italiana diventi davvero un luogo di inclusione, capace di accogliere senza discriminazioni e senza paure.

** Presidente Lice*

*** Presidente Fondazione Lice*



Servizio Odontoiatria

Impianti dentali, il sorriso torna prima grazie a cellule staminali e gel biologici

Lo sviluppo di terapie rigenerative innovative ha portato oggi ad approcci mininvasivi che velocizzano la maturazione dell'innesto riducendo i tempi di guarigione dalla parodontite fino a 5 mesi per inserire un impianto

*di Francesco Cairo *, Raffaele Cavalcanti ***

24 ottobre 2025

L'odontoiatria rigenerativa è in costante e rapida crescita con una spesa che in Italia si attesta oggi su circa 92 milioni di euro l'anno e che entro 5 anni si stima raggiungerà quasi 138 milioni. Un'espansione guidata dalla crescente domanda di impianti dentali legata all'invecchiamento della popolazione con circa 10 milioni di interventi in Italia, dalla crescente richiesta di procedure mininvasive e dai progressi della ricerca mai così avanzata.

Lo stato dell'arte

La parodontite è una malattia molto diffusa nella popolazione adulta e, se non trattata, può portare al riassorbimento dell'osso e alla ritrazione della gengiva, con conseguente perdita dei denti. Le terapie parodontali chirurgiche consentono di rigenerare i tessuti andati perduti grazie all'utilizzo di vari biomateriali che vengono posizionati all'interno di un'area di "difetto" per aumentare il volume o rigenerare la quantità di osso e gengiva persi, in genere per la sostituzione con un impianto di un dente mancante, a seguito di traumi o parodontite. Il materiale di innesto può essere prelevato dal paziente stesso oppure avere origine animale o sintetica, con evoluzioni sempre più biocompatibili e sicure per il paziente.

Gli interventi di rigenerazione si eseguono generalmente in ambito ambulatoriale e anestesia locale, con un decorso operatorio piuttosto semplice. Tuttavia, il processo di guarigione a livello osseo dura diversi mesi e, qualora la rigenerazione sia stata fatta al fine del successivo impianto, questo potrà essere posizionato dopo un periodo che va dai 4 ai 12 mesi.

Gli approcci mininvasivi

Lo sviluppo di terapie rigenerative innovative ha portato oggi ad approcci mininvasivi che velocizzano la maturazione dell'innesto riducendo i tempi di guarigione fino a 5 mesi, in base alla risposta individuale. Le procedure rigenerative innovative oggi aprono orizzonti inimmaginabili fino a 10 anni fa. Fino a cinque mesi in meno di attesa per la formazione di nuovo osso andato perduto, abbattendo i tempi di guarigione, che in media vanno dai 4 ai 12 mesi, per inserire un impianto.

Ora è possibile sfruttando "fattori di crescita" presenti nelle cellule staminali ricavate dalla polpa dei denti estratti, nelle piastrine e in gel contenenti proteine e acido ialuronico in grado di stimolare lo sviluppo naturale di nuovo tessuto osseo e gengivale in tutto e per tutto uguali a quelli

circostanti nativi. La terapia con cellule staminali derivate dalla polpa dei denti estratti è tra i trattamenti più avanzati per rigenerare osso e gengive, consentendo una ricrescita “naturale” dei tessuti con risultati clinici eccellenti e minore impiego di tessuto prelevato dal paziente stesso. Anche le iniziative governative, tra cui l'ampliamento della copertura tramite il servizio sanitario nazionale e i finanziamenti per la ricerca su biomateriali stanno sostenendo la crescita in questo campo.

Un'altra promettente procedura rigenerativa e minimamente invasiva, altamente efficace è il trattamento con piastrine estratte dal plasma del paziente, di gravi riassorbimenti ossei. Questa tecnica impiega sostanze che stimolano le cellule residue attorno alla radice del dente e che si attivano a riformare i tessuti persi. Per favorire la rigenerazione degli innesti esistono anche nuove molecole. Si tratta di gel contenenti proteine derivate dalla matrice dello smalto dentale e più recentemente da polinucleotidi e acido ialuronico, in grado di favorire la crescita combinando le loro proprietà. Da un lato l'acido ialuronico crea un ambiente idratato, attira fattori di crescita e ha un effetto antibatterico, dall'altro, i nucleotidi favoriscono un ambiente trofico e protettivo per la riparazione e la crescita cellulare promuovendo una guarigione più rapida.

Nei pesci le nuove frontiere

Diversi studi, soprattutto italiani e coreani, stanno infine esplorando l'azione rigenerativa ossea di un particolare polinucleotide, chiamato Pdrn, derivato dal Dna purificato di pesci, tra cui trota e salmone. Molti studi in vitro, su modelli animali e trial clinici hanno mostrato capacità del Pdrn di promuovere angiogenesi, ridurre l'infiammazione e stimolare la proliferazione dei fibroblasti, se iniettato localmente in associazione a biomateriali. Il Pdrn è un promettente coadiuvante e le prime prove cliniche sono incoraggianti ma limitate: serviranno ulteriori studi e follow-up a lungo termine per validarne l'efficacia.

** Presidente Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (Sidp)*

*** Vicepresidente Sidp*



Servizio Dottore, ma è vero che

Cibo e depressione, l'alimentazione influisce anche sull'umore?

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

24 ottobre 2025

“Mangia che ti passa” suggerivano le nonne quando l'umore non era proprio al top. Ed è un classico delle commedie romantiche vedere la protagonista, quasi sempre giovane e donna, intenta ad affogare i dispiaceri in un barattolone gigante di gelato o di crema al cioccolato. Eppure, al di là del sollievo momentaneo, sul lungo periodo è vero il contrario: molti studi suggeriscono infatti un'associazione tra lo stile di vita e la salute mentale, con particolare attenzione ai possibili collegamenti tra le abitudini alimentari e il rischio di depressione. Uno studio internazionale chiamato ALIMENTAL – condotto su oltre 15.000 individui in vari Paesi del mondo – ha osservato che tra i giovani adulti di entrambi i sessi il consumo di cibi ultraprocesati si accompagna a un rischio di depressione maggiore aumentato. Il rischio è invece nettamente inferiore in uomini e donne di oltre 55 anni che si attengono a una sana alimentazione, ricca di frutta e verdura.

Ma è vero che chi mangia meglio è meno depresso?

Varie indagini, tra cui quella precedentemente citata, suggeriscono che le persone più attente a condurre una vita sana, oltre ai vantaggi sul piano fisico, ne riportano anche su quello psicologico e mentale; viceversa, tra chi segue lo schema alimentare tipico dei Paesi occidentali ad alto reddito, in genere più ricco di cibi ultraprocesati, grassi animali, sale, dolci e bevande zuccherate, il rischio di sviluppare sintomi depressivi o di ricevere una vera e propria diagnosi di depressione appare più alto. Ma le variabili in gioco, come si può intuire, sono tante. Si sono ipotizzati vari possibili meccanismi per spiegare la relazione esistente tra dieta e salute mentale. Il primo è mediato dal fatto che un'alimentazione scorretta favorisce sovrappeso e obesità. L'accumulo di tessuto adiposo può influire sulla salute attraverso meccanismi immunologici e aumentando lo stato infiammatorio dell'organismo, che a sua volta si ritiene possa favorire, oltre a malattie cardiovascolari e diabete, anche la depressione. L'eccesso ponderale, tuttavia, può facilitare l'insorgenza di sintomi depressivi anche attraverso meccanismi psicosociali, come isolamento, stigma e senso di inadeguatezza, che spesso alimentano un circolo vizioso che comprende anche una maggiore sedentarietà. Il sovrappeso, infatti, può disincentivare proprio quell'attività fisica, che, oltre a contribuire a un migliore equilibrio energetico, è a sua volta capace di migliorare l'umore. In una dieta poco sana possono poi scarseggiare alcune vitamine, aminoacidi e minerali fondamentali, tra l'altro, anche per la salute del cervello.

Ma è vero che c'è un asse tra intestino e cervello?

Tra i meccanismi biologici, l'attenzione è però puntata soprattutto sul ruolo del microbiota intestinale, fondamentale nel cosiddetto “asse” che sembra legare intestino e cervello. Sappiamo infatti che gli stili di vita occidentali favoriscono un impoverimento e uno squilibrio tra le diverse

componenti del microbiota intestinale, una condizione che ancora non sappiamo diagnosticare con esattezza, ma che è comunemente chiamata “disbiosi”. Viceversa, anche grazie alla ricchezza di fibre, quando si segue una sana alimentazione il microbiota è arricchito da molte diverse specie di batteri, lieviti e altri microrganismi, che convivono pacificamente e con mutuo vantaggio con l'organismo umano. Si ritiene che un microbiota sano produca sostanze capaci di influire positivamente sull'attività cerebrale e per questo le sue alterazioni sono chiamate in causa in relazione a malattie del sistema nervoso centrale e ai disturbi dell'umore. La prova che il legame tra intestino e cervello dipende spesso dal microbiota deriva da moltissimi studi come quello recentemente condotto in Germania, e pubblicato sulla rivista JAMA Psychiatry, che punta il dito sulle bevande zuccherate: soprattutto tra le donne, chi beveva più bibite aveva un leggero aumento del rischio di depressione maggiore, che andava di pari passo con un incremento dei batteri intestinali del genere Eggerthella. In mezzo a tantissime pubblicazioni di qualità e forza variabile, i dati a conferma di questi meccanismi sono molti, ma tuttavia non ancora abbastanza solidi da poter quantificare il peso dell'alimentazione nello sviluppo dei disturbi depressivi, né se sia possibile puntare sulla dieta per alleviarli. Anche perché è difficile affermare con certezza che, quando si osserva un'associazione, sia l'alimentazione a causare i disturbi depressivi e non viceversa.

Come sappiamo che non sia la depressione a far mangiare male?

Osservare che tra le persone con una diagnosi di depressione sono più frequenti abitudini alimentari meno sane non significa che sia il cibo ad abbassare il tono dell'umore. È probabile che in molti casi sia anzi il contrario: una persona che soffre di depressione spesso non è in grado di andare a scegliersi cibi freschi per prepararli in casa, né presta particolare attenzione al suo aspetto, non è interessata alla propria salute e tanto meno quindi alla qualità di quel che mangia. Spesso alla depressione si associa la mancanza di piacere derivante dal cibo, oltre che da tutto il resto (anedonia), che si traduce in una mancanza di appetito, a cui si tende a ovviare con alimenti pronti, surgelati o precotti. Nei casi meno gravi, è comune cercare consolazione in quelli che non a caso chiamiamo “comfort food”, che pochi identificano con verdure a foglia verde. Questo tipo di lettura della relazione tra cibo e depressione suggerirebbe una “causalità inversa”, cioè un rapporto tra causa ed effetto capovolto rispetto a quello atteso. Alcuni dei dati raccolti fin qui spingerebbero in questa direzione, per esempio quando emergono dagli studi differenze di genere spiegabili con differenze socioculturali e di ruoli sociali rispetto alla preparazione del cibo tra uomini e donne. A oggi gli esperti non escludono quindi che errori di questo tipo possano gravare almeno in parte sulla qualità e affidabilità delle conclusioni. Ma il campo di ricerca è aperto e interessante, e nei prossimi anni potrebbe aprire nuove prospettive di prevenzione e cura.

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



Servizio L'analisi

Ora solare oppure ora legale? Le risposte tra risparmio energetico e benessere delle persone

Dalla qualità del “dormire” ai ritmi biologici, ecco cosa emerge da quarant’anni di ricerche sul cambiamento di orario in una revisione condotta dal Centro di Medicina del sonno dell’Ircs Neuromed

*di Andrea Romigi **

24 ottobre 2025

L’ora legale è stata introdotta all’inizio del Novecento con un obiettivo apparentemente semplice: risparmiare energia sfruttando meglio la luce naturale. Da allora è diventata una consuetudine per oltre settanta Paesi, adottata in nome dell’efficienza e del benessere collettivo. Eppure, con il passare del tempo, l’attenzione si è spostata sempre più dagli aspetti economici a quelli sanitari, e oggi si discute se questo spostamento delle lancette non comporti, almeno per alcuni, più svantaggi che benefici.

Lo studio

La nostra revisione, condotta dal Centro di Medicina del Sonno dell’Ircs Neuromed in collaborazione con l’Università di Pavia, la Fondazione Mondino, il Consiglio nazionale delle ricerche, l’Università Uninettuno e l’Università di Genova, pubblicata sulla rivista *Sleep Medicine Reviews*, ha permesso di riunire e analizzare criticamente gli studi condotti negli ultimi quarant’anni sull’impatto dell’ora legale. Lo scopo era valutare se le transizioni stagionali (in particolare quella primaverile, quando si spostano in avanti le lancette) influenzino davvero il sonno, la vigilanza e la salute in generale.

Gli effetti

Dall’esame dei ventisette lavori inclusi emerge una tendenza chiara. Il passaggio all’ora legale determina una riduzione della durata del sonno e un aumento della sua frammentazione. Questo si traduce in una maggiore sonnolenza diurna e, in alcuni casi, in un calo dell’attenzione e della concentrazione. Gli effetti risultano più evidenti nei cronotipi serali, i cosiddetti “gufi”, le persone che tendono ad addormentarsi e svegliarsi più tardi, ma anche negli adolescenti e nei lavoratori a turni, categorie già di per sé più vulnerabili alle alterazioni del ritmo circadiano.

La letteratura scientifica riporta anche un incremento, nelle settimane successive alla transizione primaverile, di eventi cardiovascolari e incidenti stradali. Non si tratta di effetti drammatici in termini assoluti, ma di segnali coerenti con l’idea che il nostro organismo fatichi a sincronizzarsi con un orario artificiale. Il disallineamento tra l’orologio biologico interno, quello solare e quello sociale, infatti, non si esaurisce nei giorni immediatamente successivi al cambio: può protrarsi per settimane, a volte per mesi, influenzando la qualità del sonno e la regolazione ormonale.

Anche la permanenza nell'ora legale, cioè l'adozione di un orario spostato in avanti per tutto l'anno, non sembra rappresentare una soluzione migliore. Le evidenze raccolte indicano che questa condizione mantiene un costante disallineamento tra i cicli luce-buio naturali e le nostre abitudini quotidiane, con possibili ripercussioni sul metabolismo, sull'umore e sul rendimento cognitivo. L'ora solare, invece, appare più fisiologica e coerente con i ritmi circadiani umani.

Continuiamo a studiare

Il quadro tracciato dalle ricerche disponibili, pur eterogenee per metodi e campioni, è piuttosto solido. I cambi stagionali, soprattutto quello primaverile, hanno effetti misurabili sul sonno e sulla vigilanza. La mancanza di studi basati sull'uso della polisonnografia, la tecnica di riferimento per l'analisi dei segnali elettrici del sonno, indica però la necessità di ricerche più sistematiche e standardizzate, che consentano di comprendere meglio l'impatto a lungo termine di questi spostamenti sull'equilibrio biologico e psicologico delle persone.

Esistono naturalmente anche limiti metodologici: molti studi sono stati condotti su campioni ridotti o con strumenti di valutazione molto eterogenei, il che rende complesso quantificare l'effetto reale dell'ora legale in termini numerici. Tuttavia, la coerenza delle osservazioni fornisce un'indicazione importante, che merita di essere considerata nei processi decisionali.

Risparmi modesti

Rimane infine la questione economica, che è all'origine stessa dell'ora legale. Le analisi più recenti mostrano che il risparmio energetico oggi è assai modesto: raramente supera lo 0,5% dei consumi annuali e, in alcune regioni, può addirittura trasformarsi in un aumento dei costi, a causa dell'uso prolungato dei sistemi di climatizzazione. È quindi legittimo domandarsi se un vantaggio così marginale possa giustificare gli effetti, pur lievi, che la variazione dell'orario comporta sulla salute e sul benessere.

La revisione delle evidenze scientifiche non fornisce a oggi motivi per mantenere l'ora legale, né tantomeno per renderla permanente. Al contrario, suggerisce che l'ora solare rappresenti la condizione più coerente con i nostri ritmi biologici. Le politiche legate al tempo, spesso considerate un aspetto tecnico o amministrativo, dovrebbero invece tener conto della fisiologia umana: un'ora in più di luce serale può sembrare un vantaggio, ma non sempre è in armonia con la nostra natura.

** Irccs Neuromed*



Servizio L'iniziativa dell'ateneo

Dall'arte alla cura del paziente: alla Statale di Milano l'agorà della psicologia aperta ai cittadini

Dal 4 novembre previsto un ciclo di sei incontri: tra gli ospiti lo psicoterapeuta Massimo Recalcati, la regista Andrée Ruth Shammah, il medico Marco Venturino, il filosofo Massimo Cacciari e il saggista Vittorio Lingiardi.

*di Marina Brambilla**

24 ottobre 2025

Per la prima volta l'Università Statale di Milano promuove un progetto sui temi della psicologia dedicato alla cittadinanza, l'Agorà della psicologia. Realizzato in collaborazione con il DIPO, Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia, l'iniziativa prevede un ciclo di sei incontri che si terranno a partire dal 4 novembre presso il nostro ateneo, replicando il concept della “polis greca”, una piazza aperta dove i cittadini possano ampliare le proprie conoscenze e coltivare il dialogo. Un'iniziativa che evidenzia quanto la psicologia rappresenti oggi un ambito prioritario per l'Università: abbiamo infatti lanciato due nuovi corsi di laurea magistrale, in Psicologia in sanità e in Neuropsicologia clinica e sperimentale, che insieme alla triennale aperta nel 2024 in Scienze Psicologiche per la prevenzione e la cura – che ha ottenuto più di 1000 richieste di iscrizione – vanno a completare l'offerta formativa.

Gli appuntamenti di Agorà vedranno la presenza di alcune tra le più importanti voci del panorama culturale italiano: lo psicoterapeuta Massimo Recalcati, la regista Andrée Ruth Shammah, il medico e scrittore Marco Venturino, il filosofo Massimo Cacciari, il saggista Vittorio Lingiardi. Attraverso sensibilità culturale e rigore scientifico sarà possibile approfondire temi che spaziano dalle emozioni (l'amore, il dolore, il desiderio) all'arte, il teatro, l'esperienza fisica del corpo e la cura del paziente. Gli incontri si protrarranno con cadenza mensile – a esclusione del mese di aprile – fino a maggio 2026. Abbiamo presentato ufficialmente il progetto questa mattina, in occasione di una conferenza stampa. L'Agorà di psicologia rappresenta in maniera esemplare il paradigma del nostro mandato istituzionale, cioè sviluppare nuova conoscenza per migliorare la vita delle persone, declinando il valore della riflessione scientifica e dei diversi saperi anche in linguaggio culturale, in azione civile, capace di cogliere i bisogni del nostro tempo e di parlare a tutti. La nostra iniziativa vuole essere una proposta per ricostruire il valore del ritrovarsi insieme e per riflettere su aspetti fondamentali della nostra esistenza, sulle nostre emozioni. Come ha commentato Gabriella Pravettoni – Professoressa di Psicologia delle Decisioni all'Università degli Studi di Milano, delegata dalla Rettore per la formazione psicologica di Ateneo e Direttrice della divisione di psiconcologia dello IEO – l'Università è, da sempre, il cuore pulsante della cultura in città: insegnare resta la sua missione primaria, ma crediamo che gli insegnamenti debbano andare oltre la cattedra, interrogando l'animo umano e contribuendo alla sua crescita con una ricchezza non solo intellettuale, ma anche umana e spirituale e con un forte impatto civico.

Con l'Agorà abbiamo voluto creare per la prima volta un momento di confronto aperto a tutti per riflettere insieme. Parleremo di emozioni, amore, dolore e cura: temi che fanno parte della vita di ciascuno. Il calendario degli incontri prevede, oltre agli appuntamenti 'frontali', uno spettacolo teatrale, perché siamo convinti della capacità dell'arte di offrire punti di vista nuovi per raccontare e comprendere la mente umana. Il percorso unirà voci diverse, rendendo questa disciplina più vicina e accessibile. Vogliamo che l'Agorà diventi uno spazio aperto, inclusivo, dove si possa imparare anche dal dialogo con il pubblico e crescere con il tempo per diventare sempre più una presenza strutturata tra gli eventi culturali nazionali. Come ha sottolineato Gianluca Vago, Direttore del Dipo (Dipartimento di Oncologia ed Emato-oncologia dell'Università degli Studi di Milano), l'Agorà è un'iniziativa ambiziosa che evidenzia quanto la psicologia sia diventata un tema centrale per la Statale. Nasce infatti in un momento importante per l'Ateneo, che amplia la propria offerta formativa in ambito psicologico. Oggi vogliamo che l'interesse e la curiosità dei giovani professionisti si concentrino non solo sulla cura del corpo, ma anche della mente, soprattutto nel contesto medico-clinico, in cui lo stato psicologico del paziente ha un peso importante anche nell'approccio alle cure, nell'aderenza alle terapie e, in parte, nei risultati ottenuti.

Il colloquio

Francesco morì di tumore, il medico del metodo Hamer: «Curavo i conflitti interiori»

I genitori a processo. Penzo: «Non sconsigliai la chemio»

di **Luca Mastrantonio**

Non si processano le idee, ma le persone. Infatti, il processo ai genitori di Francesco Gianello, morto nel 2024 a 14 anni per un tumore osseo, imputati di omicidio con dolo eventuale perché secondo il pm Paolo Fietta hanno ritardato diagnosi e cure del figlio, non è un processo alle idee di Hamer. Anche se i due si sono affidati alla sua teoria, che non cura, ma fa morire di illusioni, sensi di colpa e dolore, perché riconduce tutto a traumi psico-biologici da risolvere senza chirurgia né terapie farmacologiche.

Quello che inizierà il 20 gennaio 2026 a Vicenza non è neanche un processo a chi fa soldi con queste idee. I seguaci di Hamer coinvolti non sono imputati, saranno tra i testimoni. Sono la coppia di terapisti che hanno ospitato Francesco in un centro toscano: Pierre Pellizzari e Immacolata Quaranta, che propon-

gono «l'auto-guarigione di Hamer». E il dottor Matteo Penzo, che su Hamer ha fondato una «Scuola del sintomo» e propone seminari in Veneto e a Milano: per 3 o 4 incontri servono tra i 400 e i 600 euro, per tutto il corso, duemila euro. Penzo, ex dirigente Asl ed ex anestesista, assicura che i corsi portano crediti Ecm (sarà convocato dall'ordine dei medici, con cui aveva già avuto problemi).

Il *Corriere della Sera* l'ha contattato in merito alle accuse rivoltegli da Luigi Gianello e Martina Binotto (assistiti dagli avvocati Lino e Jacopo Roetta), che in una precedente intervista hanno sostenuto di non aver seguito il protocollo individuato dal Rizzoli di Bologna, dove a Francesco è stato diagnosticato un osteosarcoma ed era stata prescritta una biopsia, proprio a causa dei consigli di Penzo.

Il dottor Penzo ci ha confermato di averli assistiti al telefono e di averli ricevuti nel suo studio a Padova. Nega di averli invitati a non fare la biopsia o la chemio: «Era una loro scelta, anzi, alla fine hanno pure fatto la chemio, non

capisco di cosa sono imputati». Nega di averli mandati da Pellizzari e Quaranta: «Quello è solo un centro di agriturismo, dove mangiare bene e stare a contatto con la natura».

Sulla situazione di Francesco, aggiunge: «Era arrivato con una lesione bronchiale, oltre a quella femorale». Di fronte a una diagnosi così, osteosarcoma e lesioni ai polmoni, lui si è messo a lavorare sull'umore: «Non è che gli dici "sei fregato", devi dire "dai che ce la fai, vedrai che vai avanti". E per questo mi diceva "parlare con te mi dà speranza, mi dà vita". Con Francesco, da solo, ci ho parlato per vedere se in qualche modo si potessero sistemare i conflitti, e lui potesse affrontare la qualsivoglia in maniera serena».

La qualsivoglia, per Penzo, è «la chemio o non la chemio, la Di Bella, o l'acido ascorbico (vitamina C, ndr), per la parte fisica ognuno faccia ciò che vuole, io mi occupo di aspetti psico-emotivi, per me la guarigione è il ritorno ad un sé coscienziale da cui ci siamo allontanati nevroticamente».

L'importate, è affrontare la qualsivoglia risolvendo i conflitti: «Se devi affrontare un esame importante e ci vai con la morosa che ti ha appena lasciato, il mio consiglio è sistemare la cosa con la morosa. Se uno è felice, centrato su di sé, le cellule non impazziscono».

Quale era il problema di Francesco? «Collegata all'osso articolare», dice Penzo, «è l'incapacità biologica nel fare qualcosa». I genitori di Francesco, seguendo lo schema, hanno pensato a problemi con la squadra di calcio, a scuola e con il padre, per il rendimento scolastico. «No, sono cose molto più pesanti», dice con tono compassionevole. «Spero di non doverle rivelare», aggiunge con tono meno compassionevole.

La scheda



● Matteo Penzo (foto), medico, è ex anestesista e ex dirigente Asl

● Ha fondato una «Scuola del sintomo» ispirata all'«autoguarigione» teorizzata dal discusso medico Ryke Geerd Hamer

Il decesso nel 2024



Inchiesta Francesco Gianello, morto a 14 anni per tumore: si indaga per omicidio con dolo eventuale

L'accusa

Secondo i medici del Rizzoli di Bologna fu lui a dire di non seguire le linee dell'ospedale



Lotta al tumore del seno, il “Magna Grecia Awards” al professor Franceschini

IL RICONOSCIMENTO

La scienza che diventa conforto, la chirurgia che si eleva ad arte della speranza. È il filo conduttore che ha portato il professor Gianluca Franceschini, ordinario di chirurgia generale e direttore del Centro di Senologia del Policlinico Gemelli, a vincere il prestigioso premio Magna Grecia Awards Étoile 2025. «Questo riconoscimento rappresenta il frutto di un lavoro di squadra portato avanti da tutti i medici del Centro di Senologia del Policlinico Gemelli, dove ogni giorno uniamo ricerca, cura e umanità per sostenere le donne che affrontano il tumore della mammella e attraversano un momento di grande fragilità affidandosi a noi» – afferma il professore.

La cerimonia di premiazione si è svolta nella suggestiva cornice pugliese del teatro comunale di Massafra, in occasione della serata “Kairos Mundi”. Il momento della consegna del premio ha suscitato grande emozione, raccontando al pubblico una storia di scienza, passione e umanità, a dimostrazione che la Medicina, quando guidata dalla dedizione etica, può riscrivere il futuro di chi soffre. «Al Gemelli operiamo circa 1.400 casi ogni anno e siamo il primo centro nel Lazio per la cura dei tumori del seno – spiega Franceschini. Oltre alle terapie tradizionali come la chirurgia, radioterapia, terapie ormonali e chemioterapia, offriamo alle pazienti terapie complementari validate scientificamente: supporto psicologico, consulenze nutrizionali, fisioterapia, arteterapia e musicoterapia. Il nostro obiettivo è accompagnare le pazienti non solo durante la malattia, dove la fragilità è più

forte, ma anche nel percorso successivo di recupero e benessere. Lo facciamo attraverso un approccio umano e personalizzato, ricercando un sostegno su misura per ogni paziente. Questo premio significa per noi un importante riconoscimento e un forte stimolo a proseguire con impegno e grande senso di responsabilità nel nostro lavoro».

Lucia Oggianu

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A sinistra il professor Franceschini, durante la consegna del Premio



Regionali in vista, un'indagine tecnica sulla sanità diventa un caso politico

Un'indagine tecnica che si trasforma in un caso politico. E' quanto sta accadendo dopo la pubblicazione della quarta indagine nazionale sulle reti tempo-dipendenti da parte dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, presentata lo scorso 22 ottobre e riferita ai dati 2023. Dallo studio emergeva un quadro di eccellenza per diverse regioni italiane, ma a sorprendere più di tutte è stata la Campania, che risultava ai vertici in tutte le reti analizzate – cardiologica, ictus e trauma – al pari di regioni tradizionalmente forti come Liguria, Toscana, Veneto e Marche.

Un risultato subito rilanciato dai media e dalla stessa Regione Campania, guidata da Vincenzo De Luca, che in una nota aveva esultato: "La classifica pubblicata dall'Agenas conferma che la Regione Campania è un modello di organizzazione e pianificazione nel campo della sanità. Un altro livello di assoluta eccellenza raggiunto nonostante 12 mila dipendenti in meno e il taglio di 200 milioni nel riparto del fondo sanitario nazionale".

Un messaggio che, a un mese dalle elezioni regionali, non poteva certo passare inosservato. E infatti, le reazioni non si sono fatte attendere. La prima a scuotere l'ambien-

te sarebbe stata Maria Rosaria Campitiello, direttore del dipartimento della Prevenzione del ministero della Salute, ma soprattutto moglie di Edmondo Cirielli, candidato del centrodestra alla presidenza della Regione Campania. A irritarsi, però, non sarebbe stata solo lei: anche Arianna Meloni, figura di spicco nel partito della premier, avrebbe espresso con toni accesi il proprio disappunto per il "tempismo" e l'uso dei dati da parte di Agenas. Nel mirino è così finito Americo Cicchetti, che, dopo essere stato estromesso dal ministero della Salute, ricopre attualmente il ruolo di commissario straordinario dell'Agenas. Travolto, pare, da una fitta rete di pressioni e critiche, Cicchetti nel giro di ventiquattro ore ha dovuto correre ai ripari. L'Agenzia ha infatti diffuso una nota ufficiale nella quale si precisava che: "Le notizie di stampa apparse in queste ore rispetto all'indicazione della Regione Campania quale prima nelle Reti tempo-dipendenti secondo la classifica pubblicata dall'Agenas non rispecchiano quanto presentato dall'Agenzia". E non finisce qui. Il mattino seguente, lo stesso Cicchetti, in un'intervista a Libero, ha ulteriormente ridimensionato i risultati campani, ten-

ci diffusi dalla Regione.

Dietro la polemica, però, potrebbe celarsi ben più di una semplice disputa elettorale. Secondo indiscrezioni, il vero nodo riguarderebbe un gioco di equilibri interni al ministero della Salute – e, più in generale, a Fratelli d'Italia. Il "sogno mostruosamente proibito" del duo Cirielli-Campitiello sarebbe infatti il seguente: in caso di vittoria di Cirielli in Campania, sfruttare il successo elettorale per ottenere a Roma una promozione per Campitiello, facendola balzare in pole position per il ruolo di viceministro alla Salute. Un incarico già predisposto con un decreto approvato lo scorso luglio in Consiglio dei ministri, ma da allora ancora vacante. Un piano che, se andasse in porto, stroncherebbe le ambizioni dell'attuale sottosegretario Marcello Gemmato, alimentando nuove tensioni tra le correnti interne del partito di Giorgia Meloni.

Tra dati sanitari, ambizioni politiche e manovre di potere, resta poi sullo sfondo l'inquietante interrogativo: quanto pesano le ingerenze politiche anche su questioni squisitamente tecniche?

