

15 giugno 2026

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Largo della Sanità Militare, 60
00184 Roma
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343





DIFENDIAMO L'EUROPA VALLEVERDE

la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



Rspettacoli Anderson: De Sica è alla base del cinema

di ARIANNA FINOS a pagina 32

Rsport Nba, vincono i Knicks e New York ritrova il cuore

di GABRIELE ROMAGNOLI a pagina 19



Lunedì 15 giugno 2026

Anno 33 - N° 23

Oggi con

Affari&Finanza

In Italia € 1,90

Iran-Usa, c'è l'accordo di pace

L'annuncio del premier pakistano: cessazione immediata di tutte le operazioni militari, venerdì 19 giugno la firma a Ginevra. Subito dopo riaprirà senza pedaggi Hormuz. Trump: che il petrolio scorra. Crolla il prezzo. Oggi vertice del G7 a Evian

L'accordo di pace tra Iran e Stati Uniti è stato raggiunto. La firma sarà venerdì in Svizzera. L'annuncio dato dal premier pakistano. Trump ha annunciato la riapertura di Hormuz, oggi il vertice G7 a Evian. di BRERA, CIRIACO, COLARUSSO, DI FEO, GINORI, LOMBARDI e MASTROLILLI da pagina 2 a pagina 9

Ma gli Stati Uniti sempre più soli

di PAOLO GENTILONI

Il Donald Trump che stasera arriva al G7 di Evian non è certo un presidente vittorioso. L'accordo concordato tra Washington e Teheran è stato raggiunto e sarà firmato venerdì in Svizzera. Nei mercati era subito prevalso l'ottimismo, con il prezzo del Brent sotto i 90 dollari e le Borse in rialzo: scommettevano sulla riapertura dello stretto di Hormuz. Ma col passare delle ore tra i governi è prevalsa una certa prudenza. In fondo tra due paesi che si combattono da decenni sarà siglato solo un Memorandum d'intesa, una sorta di cornice che rinvia a successivi negoziati alcune delle questioni più delicate tra cui il futuro dell'uranio arricchito e delle sanzioni. continua a pagina 16



A Bologna l'incontro tra Schlein e Prodi

Festa record con 55mila in tre giorni

I SERVIZI

alle pagine 10, 14, 26, 27 e 29



"Abbiamo avuto una bella conversazione bolognese veramente ampia abbiamo parlato di tutto, perfino di Vannacci". Romano Prodi racconta le ore trascorse con la segretaria del Pd Elly Schlein. "Serve lo spirito riformista più voci, una coalizione"

di ELEONORA CAPELLI a pagina 15

Meloni-editori è scontro sul patentino antifascista

Frases choc di Vannacci: il femminicidio non esiste

I SERVIZI

da pagina 10 a pagina 13

La remigrazione del generale nero

di CONCITA DE GREGORIO

Federico ha 18 anni appena compiuti, lo incontro in una bellissima biblioteca di Puglia, la Rendella di Monopoli: prepara il suo esame. Viene a studiare qui perché a casa sua non c'è wifi e fa troppo caldo. E poi perché qui ci sono tutti i libri che gli servono e gli amici, così nelle pause si sta insieme. Vuole fare il magistrato, dice, "perché la giustizia è la cosa più importante. Certo insieme alla salute e alla scuola, a pagina 16

Advertisement for SUSTENIUM PLUS 50+ with VITAMINA B12 and MAGNESIO. Includes image of the product box and a glass of orange juice.

F1, Hamilton trionfa con la Ferrari

Lewis Hamilton festeggia la vittoria nel Gran premio di Barcellona



La vittoria a Barcellona dopo due anni di digiuno Ritirati Antonelli e Leclerc

dalla nostra inviata

ALESSANDRA RETICO MONTMELÒ

Lewis is back. «Grazie a tutti. Mi avete ricordato chi sono». Quell'Hamilton lì, il combattente, l'uomo felice di correre e dare lezioni di velocità. A 41 anni, dopo 7 titoli, il campione è tornato. alle pagine 34 e 35

CORRIERE DELLA SERA

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

150 ANNI
DEL LUNEDÌ

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



Il biohacking
Da James a CR7,
diventare immortali
di Laura Cuppini e Simone Golia
a pagina 29



Dori Ghezzi
«Battisti mi disse:
Fabrizio ti amerà»
di Giovanna Cavalli
a pagina 31



Il presidente festeggia gli 80 anni dopo aver strigliato Netanyahu per l'attacco su Beirut. Il regime: li abbiamo costretti all'intesa
Trump: «C'è l'accordo con l'Iran»

La firma in Svizzera venerdì. L'annuncio della riapertura di Hormuz: «Petroliere accendete i motori»

TUTTI AL G7
OK, E POI?

di Paolo Valentino

Che Emmanuel Macron sappia cosa significhi ricevere con fasto e opulenza, è acclarato. Per il suo G7 a Evian-les-Bains, il presidente francese ha scelto infatti il leggendario Hotel Royal, l'albergo dei sovrani incastonato tra le Alpi e il Lago Lemano. Di più, conoscendone il debole per le accoglienze regali, il capo dell'Eliseo ha voluto anche rendere un doppio omaggio a Donald Trump, che ieri è riuscito a celebrare i suoi 80 anni con l'annuncio dell'accordo con l'Iran, invitandolo mercoledì a cena nella Reggia di Versailles, la stessa dove Benjamin Franklin, 290 anni fa, rendeva visita a Luigi XVI per sollecitare l'appoggio finanziario e militare del Re di Francia alla Rivoluzione americana. Ma per quanti sforzi faccia Macron per rendere spettacolare e mediatico l'evento, quello che si apre oggi nella storica località termale in Alta Savoia è solo un pallido simulacro del G7 d'antan, un vertice di rilevanza traballante che sembra ormai tenuto in piedi unicamente dalla forza dell'abitudine. Né cambia molto il fatto che il presidente francese, come altri che l'hanno preceduto alla guida del G7, abbia ampliato la lista degli osservatori, invitando anche leader di Paesi emergenti, dall'India al Brasile, dalle monarchie del Golfo al Kenya, alla Corea del Sud, nel tentativo di dare maggior rappresentatività e autorevolezza al forum.
continua a pagina 34

di Davide Frattini e Grete Privitera

Fato sospeso, ma alla fine l'accordo arriva. E venerdì sarà siglato in Svizzera. A dame notizia su X, ieri prima di mezzanotte, il leader pakistano Sharif. Cessazione immediata e permanente delle operazioni militari su tutti i fronti, compreso il Libano. Nel pomeriggio, Trump aveva attaccato il premier israeliano: «Netanyahu non ha un c... di giudizio, non doveva bombardare Beirut. Ha scombuscolato tutto e ha ritardato la firma». E infatti mentre Donald festeggiava l'80esimo compleanno, l'Iran minacciava di avere il dito sul grilletto. Poi l'intesa.
da pagina 2 a pagina 9 Mazza, Montefiori

GIANNELLI



VENEZIA. LA CONFESSIONE DEL RAGAZZO
La lite per i soldi, il coltello:
17enne uccide la zia
e getta il corpo nel canale

di Antonella Gasparini
e Andrea Pasqualetto
a pagina 21

MILANO. LA PISTA DELLA APP DI INCONTRI

L'interprete assassinato
con una statua del Buddha
La caccia alle impronte

di Cesare Giuzzi
a pagina 23

Barcelona Il primo trionfo del pilota sulla Rossa

La Ferrari torna a vincere
Hamilton piange e promette:
«Non finisce qui»



La gioia e la commozione di Lewis Hamilton, 41 anni, 106 vittorie in F1, ieri la prima in Ferrari

Daniele Sparisci e Giorgio Terruzzi alle pagine 42 e 43

LA FIERA PIÙ LIBRI PIÙ LIBERI

Meloni e il caso
del «patentino
antifascista»:
così è censura

di Paolo Conti

Per partecipare alla fiera «Più libri più liberi» le case editrici dovranno avere il «patentino antifascista». La premier Meloni posta su X: «Questa è censura».
alle pagine 10 e 11

STRATEGIA SINISTRA

Più libertà
(non meno)

di Antonio Polito

Lo dico da antifascista (sottoscrivo preventivamente il modulo, vediamo se questo mi dà diritto di parola) come si contrasta, come si frena questa fosca ondata di populismo xenofobo di destra?
continua a pagina 11

BUFERA SUL GENERALE

Femminicidio,
Vannacci choc:
«Non esiste»

di Marco Cremonesi

Vannacci all'assemblea di Fm: il femminicidio non esiste, è un omicidio come tutti gli altri. E bufera.
alle pagine 12 e 13

DATAROM

Gli evasori,
ladri di futuro

di Milena Gabanelli

Dal 2015 l'evasione in Italia è di almeno 100 miliardi l'anno. I finti poveri ottengono bonus e tolgono risorse ai veri poveri.
a pagina 17

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Le civiltà sono sistemi educativi che danno forma all'umano che sogna, distillandola in particolare nei riti di passaggio, su tutti quello dall'infanzia all'età adulta. Guardiamo allora al nostro «esame di maturità» per capire chi siamo e cosa vogliamo per i nostri ragazzi. Giovedì inizia l'ennesimo nuovo (cambiare tutto per non cambiare niente?) esame di maturità. Detto «di Stato» nella riforma Berlinguer (fine anni 90), l'esame ora (ri-)diventa «di maturità». Sostantivo o sostanza? La parola «maturità» per «licenza liceale» circolava informalmente già dopo l'Unità d'Italia, ma Gentile, nella riforma del 1923, la scelse ufficialmente. Nel suo rigido sistema l'esame di maturità era molto selettivo (in sedi e con com-

Raccolta punti



missioni esterne) e predittivo: solo chi lo superava avrebbe avuto accesso all'università, ad alcune professioni e ai concorsi. Il ministero ha ripristinato la dicitura «esame di maturità» per dare più protagonismo al participio presente (lo Studente) che al participio passato (lo Stato). Ma essendo docente dal 2000, di maturità o di Stato che sia, chiedo: serve ancora un esame che sminuisce tutti (più del 99%)? O è solo un rito di passaggio svuotato di significato e riempito di ansia superflua, che regge solo perché il titolo ha valore legale (il famoso «pezzo di carta»)? Perché non lo aboliamo o non lo rendiamo veramente «di maturità»?
Che cosa succede altrove?
continua a pagina 27

Advertisement for SUN68 featuring a tennis racket, a tennis ball, and a tennis bag. Text includes 'SUN68' and 'SUN68.COM'.

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ
Vinted punta alla Borsa
l'usato vale 8 miliardi

GIOVANNI TURI — PAGINA 25



L'AGRICOLTURA
Bolla del vino in Piemonte
crolla il prezzo dell'uva

ANDREA ROSSI — PAGINA 20



LA TECNOLOGIA
L'invasione dei data center
la rivolta dei residenti

NICCOLÒ ZANCAN — PAGINA 21

1,90 € • II ANNO 160 II N. 159 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, DCG - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 15 GIUGNO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



L'ANNUNCIO DEL PAKISTAN DOPO UNA GIORNATA SEGNATA DAI RAID ISRAELIANI SU BEIRUT. IL TYCOON OGGI A G7, CENA CON MACRON

Trump-Iran, c'è l'accordo

Stop alle operazioni anche in Libano, riapre Hormuz. Ira Netanyahu: i nostri interessi in pericolo

L'ANALISI

Ma Bibi insegue
la guerra perenne

ALESSIA MELCANGI

Ora che il Pakistan ha annunciato che un'intesa è stata raggiunta, forse a Washington non bisognerà più aggiornare il conteggio delle volte in cui Donald Trump ha detto che l'accordo con l'Iran era ormai a portata di mano. Fino all'annuncio arrivato nella notte, quel numero ha rischiato di crescere ancora non solo per le reticenze di parte della nomenclatura iraniana o per la fragilità di un'intesa costruita tra nucleare, sanzioni e Hormuz, ma per l'azione del più stretto alleato degli Stati Uniti: Benjamin Netanyahu. La scena, ormai, ha qualcosa di ricorrente. — PAGINA 3

IL REPORTAGE

“Noi, tra la macerie
del Libano straziato”

GIULIA DELLA MICHELINA

«Israele ha cercato di fare di tutto per impedire un accordo tra l'Iran e gli Stati Uniti». Secondo Hussein, 40enne originario di Nabatiyah ma sfollato a Beirut, la tempestiva dell'attacco lanciato ieri da Tel Aviv sulla periferia meridionale della capitale non è affatto casuale. Nel primo pomeriggio l'esercito israeliano ha preso di mira la zona di Ghobery, uccidendo tre persone (tra cui due donne) e ferendone 16, secondo il ministero della Sanità libanese. L'attacco è arrivato senza avvertimento. — PAGINA 4

IL CASO

L'America distratta
dal cielo sopra Musk

DI LUCIO GIAMMARIA — PAGINA 8

TRIONFO FERRARIA BARCELONA, ANTONELLI COSTRETTO AL RITIRO



AP PHOTO (3) / ASSANIMORISKI

Rosso Hamilton

JACOPO D'ORSI — PAGINE 34 E 35

MONDIALI

Il calcio stravolto
dal modello basket

GIULIA ZONCA

A un certo punto, non ben definito, tra gara 5 della finale Nba a San Antonio, Texas e Brasile-Marocco, prima sfida vibrante dei Mondiali di calcio a East Rutherford, New Jersey, i due sport hanno mostrato la stessa scansione. — PAGINE 36 E 37

IL COMMENTO

La sporea dozzina
sfida la democrazia

FABRIZIA GIULIANI — PAGINA 29

IL SONDAGGIO

La patrimoniale
spacca l'Italia
Si da uno su due
Ceto medio scettico

ALESSANDRA GHISLERI

È favorevole
alla patrimoniale?

	Da un anno	Da due anni	Da tre anni	Da quattro anni
Favorevole	48,1	23,0	55,9	45,2
Contrario	31,2	52,3	21,7	21,6
Non sa / non risponde	20,7	18,7	12,4	13,2

Fonte: Day Numbers

Un italiano su due si dichiara favorevole all'introduzione di una tassa patrimoniale sui grandi patrimoni, a condizione che il gettito venga destinato al finanziamento dei servizi pubblici. E quanto emerge dai dati raccolti da Only Numbers dove il 48,1% degli intervistati guarda con favore a questa ipotesi. — PAGINA 13

BARBERA, CECCARELLI, LOMBARDO
SIMONI, SIRI, TRINCHI

Il Pakistan annuncia l'intesa tra Washington e Teheran. Cessate il fuoco immediato su tutti i fronti, Libano compreso. La firma dell'accordo avverrà il 19 giugno in Svizzera. "L'intesa è completa. Hormuz riapre senza pedaggi. Le navi accendono i motori. Che il petrolio scorra" ha scritto ieri sera su Truth il presidente americano Donald Trump, a poche ore dall'inizio dei festeggiamenti per il suo 80esimo compleanno. Sullo sfondo resta il malumore di Israele che proprio ieri è tornato a bombardare Beirut in un crescendo di minacce incrociate. — PAGINE 2-11

La guerra degli Stati
delegata ai privati

GIOVANNI DEL LUNA — PAGINA 28

MELONI PROVA A FERMARE IL GENERALE: LEGGE ELETTORALE RINVIATA

“Il femminicidio non esiste” Nuova bufera su Vannacci

BRAVETTI, CAPURSO, D'AUTILIA

Nessun Ventennio, nessun fascismo. Gli uomini di Roberto Vannacci, tra di loro, si chiameranno pure camerati, ma quel che desiderano davvero è un ritorno agli anni Settanta, gli anni dell'infanzia del generale. Il frutto della loro macchina del tempo è nel programma di governo di Futuro nazionale. Una serie di proposte con cui pare si voglia buttare al macero cinquant'anni di progressi giuridici. — PAGINE 14 E 15

IL DIBATTITO

Quando l'ideologia
soffoca il pensiero

CHIARA SARACENO — PAGINA 28



LE IDEE

La radicalizzazione
comincia dalle parole

CATERINA SOFFICI — PAGINA 29

IL RACCONTO

Quel poliziotto ribelle
che mi ha regalato il futuro

ERMAL META

Quella donna era molto schiva, non si fidava di nessuno. Cercava di sopravvivere sopra le macerie lasciate dalla dittatura in un paese raziato dai lupi. La paura era il suo make-up quotidiano. Un giorno, per strada, uno sconosciuto la avvicina. «Ho sentito dire delle cose», le bisbiglia. — PAGINA 22



LA STORIA

La rivoluzione immobile
del busto di Lenin

MAURIZIO MAGGIANI



D'omio, quanto vorrei avere una fede, una salda e sincera fede. Se confidare in un dio è troppa cosa, bramerei almeno alla fede in un'idea, meglio se declinata in ideale, e fidente volgermi al suo portatore, al suo testimone, al suo profeta. Una fede incarnata che mi conduca oltre questa valle di orrori. — PAGINA 23

Sono arrivati i nuovi formati di
PASTA ALL'UOVO
Takeaway 250g



FONTANETO
www.fontaneto.com



FONTANETO
www.fontaneto.com



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 148 - N° 181
Settimanale di Roma - L. 48/7094 art. 1 (1) 033 891

NAZIONALE



Lunedì 15 Giugno 2026 • S. Germana

IL MERIDIANO

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

ROSSI DI FELICITÀ
Trionfo di Hamilton
La Ferrari festeggia
dopo 595 giorni
Costa e Ursicino nello Sport



Il commento
L'ITALIA
CHE VINCE
Piero Mei

«Grazie Ferrari! Mi avete fatto ricordare chi sono!» (...) Continua a pag. 23

17 gol della Germania
Ancelotti sotto
accusa dopo
il pari del Brasile
Angeloni, Lengua, Mauro nello Sport



L'editoriale/1
I NUOVI
IMPERIALISMI
E L'EUROPA
DIVISA

Paolo Pombeni

È una settimana impegnativa per l'Europa e per l'Italia quella che si apre: prima la riunione del G7 con la presenza di Trump, poi in chiusura il Consiglio Europeo. I temi sul tavolo sono molti e bene o male saranno affrontati, ma chiaramente il nucleo, di cui non si sa quanto e come se ne discuterà, sono due: la situazione in Medio Oriente con l'appendice della guerra in Ucraina e l'allargamento della Ue, dove torna in campo la questione della guerra russa contro Kiev. Fino a poco fa sembrato che Trump (...)
Continua a pag. 23

L'editoriale/2
LA POLITICA
TRA VALORI
INTERESSI
E IDENTITÀ

Luca Diotallevi

La politica si può guardare da davanti e allora si vedono destra, centro e sinistra. Oppure si può guardare di lato e si vede dell'altro. Destra e sinistra si sovrappongono con tutte le loro gradazioni e ciò che invece appare sono tipi di comunicazione politica molto diversi tra di loro. Ci sono messaggi politici che parlano agli interessi, messaggi politici che parlano di valori, messaggi politici che reclamano identità. In quantità non troppo diverse di ciascuno dei tre tipi di comunicazione politica troviamo tracce al centro, a destra e a sinistra.
Continua a pag. 23

LE BOMBE SUL LIBANO FRENANO LA FIRMA DELL'INTESA USA-IRAN

Raid di Israele, slitta l'accordo

► Trump furioso contro Netanyahu: «Non doveva attaccare a un passo dalla pace, non ha giudizio»
Teheran: abbiamo il dito sul grilletto. Ma il tycoon rilancia: l'ok a brevissimo. Oggi via al G7

ROMA Israele bombarda il Libano emette a rischio la tregua Usa-Iran: Trump furioso.

Becchi, Paura, Vita e l'analisi di Andrew Spannaus alle pag. 4 e 5

Roma, gli ultimi 15 vetturini accettano l'offerta di una licenza taxi. Un irriducibile rifiuta e blocca tutto



Via le botticelle

Ma una resiste

Botticelle in attesa vicino al Colosseo
Spagnoli a pag. 15

LA FINE DI UNA BARBARIE

Gianluca Perino

Togliere le "botticelle" dalle strade del Centro storico di Roma è un'operazione che andava fatta già da tempo. Non solo per dare un colpo a questo fenomeno kitsch, che nulla (...)
Continua a pag. 23

Prodi vede Schlein. Conte: sicurezza al centro
Meloni e il caso Più libri più liberi
«Patente antifascista è censura»
Vannacci contro tutti, è polemica
Pigliautle alle pag. 7, 8 e 9

Il commento
IL GENERALE
ARMA DELLA
SINISTRA
Mario Ajello a pag. 7

Le misure per attrarre i giovani nel nuovo contratto
Statali, più ferie per i neoassunti
e la riduzione dei turni di lavoro
Bisozzi, Pira e il focus sul piano di assunzioni nella Pa di Andrea Bassi alle pag. 2 e 3

Al vaglio tutte le auto nei pressi della struttura la notte della scomparsa
Il papà delle sorelline:
denuncio la casa famiglia
senza di loro non vivo più
Paglia a pag. 10



Il pranzo con la mamma, la giornata con gli affetti più cari
Stasi, la prima domenica di libertà
Giuseco a pag. 13

A Venezia



Un 17enne uccide
la zia per l'eredità
«Spinta nel fiume»

SAN STINO DI LIVIGNA (VE) A 17 anni uccide la zia per l'eredità. «I, ho spinta in canicola nel fiume». Venezia, il giovane confessa: prima la lite, poi le coltellate. Il corpo della prof 53enne trasportato per vie del paese.
Tamiello a pag. 12



Il Segno di LUCA

SAGITTARIO
PIÙ DISPONIBILE

La Luna Nuova della notte scorsa ti fa dono di tutto il suo potenziale per migliorare le relazioni, rendendoti disponibile, attento, intenzionato ad andare veramente verso l'altra persona e a trovare il migliore accordo possibile. Ma non è tutto, la configurazione favorisce il consolidamento della relazione, mettendoti a disposizione tutti gli ingredienti necessari per farla durare nel tempo. Il tuo amore ha il sostegno delle stelle.
MANTRA DEL GIORNO
Il dolore può diventare un alleato.

L'oroscopo a pag. 23

* Tante e molti quotidiani (non accreditati separatamente): nella provincia di Padova, L'Espresso, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia e 1,30 la domenica su Tuttosport. E 1,40 in Abruzzo, il Messaggero - Giornale dello Sport. Stadio E 1,40 nel Molise, il Messaggero - Primo Piano. Roma E 1,50 nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport. Stadio E 1,50. "Fioriporta al Mare" - E 0,90 (Roma)

■ **LA RIFORMA NEGATA** Il docente della Cattolica: rilancio urgente

«Sanità, dopo lo stop un'intesa trasversale o assistenza nel baratro»

di **ETTORE MAUTONE**

Il ko della riforma della medicina generale - andata al tappeto nelle fasi preliminari del suo iter istituzionale, per i colpi bassi sferrati dalla stessa maggioranza politica di cui il ministro della Salute Orazio Schillaci è espressione tecnica - «è il sintomo di un grave rischio regressivo del governo in un ambito cruciale della vita delle famiglie, che segna un restringimento degli spazi di agibilità di una riforma profonda quanto necessaria della struttura complessiva del Servizio sanitario nazionale nel nostro Paese». Così Walter Ricciardi, professore ordinario di Igiene alla Cattolica di Roma e grande esperto di sanità pubblica.

Cosa ha fatto naufragare la riforma della medicina generale?

«È solo la punta di un iceberg posta al crocevia tra le resistenze dei medici, i colpi bassi all'interno della stessa maggioranza e tra le varie anime del ministero della Salute, alcune molto sensibili ai richiami sindacali in un momento in cui l'esigenza più sentita sarebbe quella di una riforma vera, strutturale del Servizio sanitario nazionale che mostra tutti i suoi anni».

Cosa bisognerebbe fare invece?

«Recuperare uno spirito costituyente e replicare il modello che fu attuato per la fondazione della sanità pubblica nel 1978».

Come farlo?

«Unendo tutte le forze di maggioranza e opposizione, coinvolgendo tutti gli attori della sanità pubblica del nostro Paese e così procedere a un disegno di riforma profonda e realmente in grado di sciogliere i nodi del sistema, agendo sulle leve dell'innovazione alle luce dei mutati scenari demografici che rendono obsoleto un modello di cura a centralità ospedaliera».

Quali sono i nodi da sciogliere?

«I nodi sono demografici, con la denatalità che è sempre più un problema per la tenuta sociale ed economica del nostro Paese, ed epidemiologici, a fronte della prevalenza di malati cronici e anziani. Un solo dato: 25 milioni di cittadini italiani sono malati cronici, con una patologia che non guarisce, e 15 milioni sono affetti da comorbidità, con almeno due affezioni che necessitano di cure a lungo termine. E poi c'è la questione del personale che pesa sul sistema».

In che termini?

«Medici, infermieri, tecnici e operatori sono in numero insufficiente, concentrati in maniera disomogenea nei vari asset di cura. La dirigenza è scarsamente remunerata. I medici sono demotivati e in tanti sottoposti nelle prime linee ospedaliere a turni massacranti che li spingono in burnout. Pesa un obsoleto modello ospedalocentrico, un'assistenza territoriale insufficiente, garantita da un'organizzazione non più attuale che genera ospedali affollati, prestazioni inappropriate, liste di attesa, migrazione sanitaria e una mancata presa in carico dei bisogni dei pazienti. Problemi che i pazienti fragili patiranno sempre più anche alla luce dei cambiamenti climatici in atto».

La riforma è quindi un'occa-



sione mancata?

«Si ma da anni. Il Pnrr ha garantito grandi finanziamenti per attuare sostanziali riforme in tutti i campi, Salute compresa. Ci ritroviamo invece, al termine di questa partita, con riforme al palo in quasi tutti i settori».

Cosa andrebbe fatto?

«Un nuovo Patto della Salute capace di unire tutte le forze politiche. Quella sul governo della salute è una partita in cui ci giochiamo la tenuta del Paese e la sua sostenibilità. Abbiamo da fronteggiare già tutti i problemi della recessione economica, delle guerre e non possiamo non riformare il settore da cui dipende la salute dei cittadini. Bisogna essere tutti d'accordo a non forzare la mano sui tempi ma tutti do-

vrebbero poi sedersi attorno al tavolo per una riforma strutturale, pensata, profonda, condivisa».

E cosa accade se questo progetto di innovazione non si concretizzerà

da qui ai prossimi uno o due anni?

«Il sistema rischia di collassare: tutti continueranno ad andare ai pronto soccorso che continueranno ad essere intasati, lunghe liste di attesa, fughe dei professionisti più validi e dei giovani verso il privato, e cure migliori garantite solo a chi se le potrà permettere. Esattamente il contrario dello spirito della sanità pubblica disegnata nel 1978. Case e ospedali di comuni-

tà senza personale e senza una integrazione vera con la rete ospedaliera saranno solo contenitori vuoti o espressione di cure inadeguate al posto di un sistema a complessità crescente, secondo un gradiente di fabbisogni assistenziali da soddisfare».

I medici di medicina generale che ruolo devono avere?

«L'Italia è l'unico Paese insieme alla Gran Bretagna in cui sono contrattisti privati, nel Nord Europa sono impiegati in un rapporto che valorizza entrambi gli aspetti, la dipendenza e la contrattualistica, senza oppressioni nella subordinazione organizzativa. Serve un

quadro comune di riferimento. Se non lo facciamo restano liberi professionisti in un quadro non governato».

Gli altri tasselli della riforma?

«Riguardano il riordino dell'asset ospedaliero da integrare realmente con le cure territoriali attraverso l'uso degli strumenti digitali sia in fase di accesso che di dimissioni protette. Queste ultime devono poter contare su accessi domiciliari da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari in grado di trasformare realmente il domicilio nel primo luogo di cura con un ricorso sapiente dalla televisita e alla telemedicina, con largo spazio alle professioni di supporto al confine tra bisogni sanitari e necessità sociosanitarie».

IL PUNTO DEBOLE

«Negli ospedali personale stressato insufficiente e sottopagato. Necessario il filtro sul territorio»

LO SCENARIO

«La popolazione invecchia e ci sono più malati cronici. Serve un progetto ampio e condiviso come nel 1978»



DATI AGENAS

Schillaci: «Liste d'attesa oggi ridotte»

■ «L'abbattimento delle liste d'attesa è uno dei provvedimenti sui quali questo governo ha messo la faccia andando a sfatare un argomento del quale si parla da vent'anni e nessuno ha mai avuto il coraggio di fare qualcosa in concreto. Due anni fa abbiamo fatto la legge, meno di un mese fa è stata presentata la piattaforma Agenas. Sentivo dire dall'opposizione che le liste d'attesa si sono allungate, ma questa è una balla».

Ieri mattina a Cagliari il ministro della Salute, Orazio Schillaci, nel suo intervento all'iniziativa "Spazio Salute - Politica e società civile a confronto", dedicata ai temi della sanità, del welfare e delle politiche pubbliche, in

merito alle critiche del centrosinistra al governo Meloni. Schillaci ha puntualizzato che in precedenza sulle liste d'attesa «prima della nostra legge, non c'era nessun mezzo di monitoraggio, per dire quanto tempo ci volesse. Era aneddótico il fatto che ci volesse un anno. Oggi noi abbiamo uno strumento serio», ha scandito, «che ci dice quanto e come le singole prestazioni mancano nelle singole Asl. Tra l'altro, è ancora più stupefacente per me sentir dire queste parole, che oggi sono le liste d'attesa più alte di una volta, quando nell'ultimo monitoraggio fatto da Agenas con i dati presentati, noi abbiamo 16 regioni su 21 d'Italia che nel 2026 hanno mi-

gliorato, nel primo semestre, le prestazioni delle liste d'attesa rispetto al 2025».

«Abbiamo un 20% in più di prestazioni fatte, abbiamo 1.000 ospedali che hanno incrementato le liste d'attesa, su base nazionale abbiamo l'81% delle prestazioni che sono fatte nei tempi. Qualcosa in più andrà fatto, ma oggi c'è una legge chiara e per chi la applica, funziona».



SPERANZA: C'ERA INTESA

Sanità: medicina
territoriale addio,
riforma affossata

DI BENEDETTO, GARATTINI
E MANTOVANI A PAG. 10 - 11

IL DOSSIER • La medicina territoriale non c'è più

SANITÀ, CRONACA DI UNA RIFORMA AFFOSSATA

» Linda Di Benedetto

Il 10 giugno, durante un incontro tecnico con gli assessori regionali alla Sanità, il capo di gabinetto del ministero della Salute Marco Mattei ha annunciato il ritiro della riforma della medicina territoriale, sostituendola con un obbligo orario inserito direttamente nel contratto dei medici. La decisione ha di fatto accantonato il progetto su cui il ministro Orazio Schillaci aveva lavorato nei mesi precedenti insieme alle Regioni e ha provocato forti reazioni, in particolare da parte di Guido Bertolaso, assessore al Welfare della Lombardia che aveva contribuito direttamente alla sua elaborazione. Nei giorni successivi, per evitare che la situazione precipitasse, la Fimmg (il principale sindacato dei medici di famiglia) ha teso una mano al ministero, dichiarandosi disponibile a trattare una soluzione d'emergenza per non sfiorare le scadenze del Pnrr. Dietro i proclami, però, la realtà è ben diversa. Per salvare le Case della Comunità a pochi giorni dalla scadenza del Pnrr, il ministero ha dovuto improvvisare una soluzione raffazzonata dell'ultimo minuto: inserire l'obbligatorietà di quattro ore settimanali (inizialmente erano sei) nell'Accordo collettivo nazionale (Acn) dei medici di

famiglia con una retribuzione aggiuntiva di circa 640 euro mensili (38,76 l'ora).

LA "TOPPA" rischia di fare molti più danni del buco. È l'ultima spiaggia per riempire le strutture finanziate dal piano europeo ma a conti fatti, quasi nessun medico potrà o vorrà metterci piede. Secondo le ipotesi attualmente in discussione, dall'obbligo di prestare ore aggiuntive per le Asl sarebbero esclusi i medici che superano i 1.500 assistiti. Una clausola che finisce per svuotare il provvedimento dall'interno, come spiega Giancarlo D'Onghia, medico di famiglia che opera nella Casa della Comunità di Castelfranco Emilia, nel Modenese. "In teoria, se un medico ha più di 1.500 pazienti non deve prestare ore extra per l'Asl. Ma in Italia la stragrande maggioranza dei medici di medicina generale è ampiamente sopra il massimale (1.800). Chi resta fuori da questo obbligo? Solo i nuovi medici, quelli che hanno preso la convenzione da poco e che magari iniziano con 100 pazienti. Tuttavia, i nuovi assistiti vengono rivalutati ogni tre mesi e la soglia dei 1.500 si raggiunge facilmente nel giro di sei o nove mesi. A quel punto, anche i giovani sono fuori dall'impegno orario extra". D'Onghia fotografa anche la

realtà quotidiana di molti medici di famiglia: "Io ho più di 1.800 pazienti e il mio lavoro mi impegna già tra le 10 e le 12 ore al giorno, dal lunedì al venerdì. Pochi giorni fa sono entrato alle 6.45 e sono uscito alle 18.30. Aggiungere sei ore obbligatorie è una follia. Se ci obbligano, molti colleghi vicini alla pensione molleranno tutto dall'oggi al domani. C'è già una fuga pazzesca verso l'estero, e verso le scuole di specializzazione per lasciare la medicina generale".

La verità è che, dopo il no dei sindacati dei medici di famiglia e l'indicazione arrivata da Palazzo Chigi di evitare scontri a meno di un anno dalle elezioni, il confronto si è progressivamente ridotto a una misura tampone. La vicenda ha così inevitabilmente assunto una forte dimensione politica. Il ministro Schillaci aveva investito personalmente sulla riforma, anche se con quattro anni di ritardo, ma nel momento decisivo il sostegno della maggioranza è venuto meno. A rendere ancora più accidentato il percorso è stata l'opposizione dei sindacati della medicina generale, in particolare della Fimmg, che fin dall'inizio ha



contrastato l'ipotesi della cosiddetta "dipendenza residuale", ovvero la possibilità per una parte dei medici di operare nelle Case di Comunità come dipendenti su base volontaria del Servizio sanitario nazionale. Sul tavolo c'era anche una questione meno visibile ma altrettanto delicata. L'Enpam, la cassa previdenziale dei medici e degli odontoiatri liberi professionisti, gestisce un patrimonio superiore ai 27 miliardi di euro; ha fatto 700 milioni di utili nel 2025. Sebbene la riforma non intervenisse direttamente sull'ente, l'apertura alla dipendenza è stata percepita da molti come il primo passo di una trasformazione destinata a incidere sugli equilibri previdenziali e contributivi. I medici dipendenti, infatti, versano i contributi all'Inps, non al colosso privato. E l'Enpam è di fatto in mano ai medici di famiglia, come anche l'Ordine.

Nel frattempo lo stop alla riforma ha alimentato le polemiche

che dell'opposizione. Ma il segnale politicamente più significativo è arrivato dal centro-sinistra. Alcune Regioni che avevano sostenuto la riforma, a partire dalla Lombardia, hanno contestato apertamente la decisione del governo e il presidente della Regione Lombardia, Attilio Fontana, ha espresso una critica durissima: "Era una strada necessaria. L'inizio di quella che avrebbe potuto essere una grande riforma della sanità. Mi dispiace che condizionamenti di varia natura abbiano impedito di cogliere questa opportunità. Ritengo che la decisione di ritirarla sia stata quantomeno affrettata. Ora il governo dovrà spiegare come intende farla funzionare".

DAL CANTO SUO il ministro Schillaci, continua tuttavia a sostenere la necessità di una risposta nazionale. "Abbiamo il dovere, come governo - è il ragionamento che fa con i suoi - di dare risposte nazionali a un

tema nazionale. E una sanità più vicina è un problema che riguarda tutti i cittadini. I pronto soccorso sono ingolfati di codici bianchi, i pazienti vanno su ChatGpt perché non hanno il medico di base o non lo trovano. I giovani scappano da una professione con poche garanzie. Singoli accordi si possono fare, ma rischiano di produrre, ancora una volta, ricette diverse a seconda del Cap. La sanità non può dipendere da dove nasci. È un diritto costituzionale".

Resta poi il nodo delle risorse economiche. Per ora non ci sarebbero le coperture finanziarie per le retribuzioni aggiuntive promesse ai medici, che sono 38 mila per un totale nell'ordine di poco meno di 300 milioni annui. Franco Zaffini, presidente della commissione Sanità del Senato, sta ipotizzando anche di detassarli come incentivi, abbassando l'aliquota al 5%, con ulteriori

oneri. L'ipotesi di utilizzare almeno una *tantum* risorse del Pnrr è allo studio ma apre un ulteriore fronte di polemica: i fondi europei erano destinati alla realizzazione delle strutture e non al finanziamento del personale. La prospettiva ha già messo in allarme i medici ospedalieri, alle prese con carenze di organico, stipendi bassi e difficoltà organizzative. Così a pochi giorni dalla scadenza fissata dal Pnrr, il timore è che gran parte delle Case della Comunità restino senza personale sufficiente, certificando l'incapacità del governo Meloni di trasformare i finanziamenti europei in servizi sanitari realmente operativi. Un epilogo che *il Fatto Quotidiano* aveva anticipato già da tempo, raccontando le profonde resistenze politiche e sindacali che avrebbero finito per affossare il progetto.

**TROPPI "NO",
LO STOP DA
PALAZZO CHIGI**

IL 10 GIUGNO la riforma della medicina territoriale voluta dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, è stata di fatto ritirata dal governo dopo essere stata contestata da tutte le parti. Le rimostranze dei sindacati dei medici di famiglia, sulle barricate perché non coinvolti dal ministro, hanno trovato terreno fertile tra le fila della maggioranza. Prima i dubbi di Forza Italia, poi il forte pressing della Lega. Alla fine la premier Meloni ha dovuto prenderne atto

Case di comunità Abbandonato il piano originario, il governo vuole un obbligo orario nel contratto dei medici, per 640 € al mese: una topa peggiore del buco

LE REAZIONI



**MARCELLO
GEMMATO (FDI)**

Le case di comunità saranno aperte nei tempi previsti



**ORAZIO
SCHILLACI**

Con le case di comunità troveremo una quadra. Sono un presidio fondamentale per modernizzare la nostra sanità. È una rivoluzione alla quale non possiamo tirarci indietro. Credo che nessuno si tirerà indietro.



**FRANCESCO
BOCCIA (PD)**

Sembra di ascoltare un ministro appena arrivato, non chi ha avuto il compito di guidare per quasi quattro anni il Ssn. La verità è che la destra arriva a fine legislatura senza una strategia per la sanità pubblica.



**MARIOLINA
CASTELLONE (M5S)**

Ancora una volta prevalgono i veti, le resistenze corporative e gli interessi organizzati, mentre i cittadini continuano a fare i conti con servizi insufficienti.



L'INTERVISTA

Roberto Speranza L'ex ministro

“Lo scontro è stato un errore, io avevo cercato l'accordo”

» **Alessandro Mantovani**

Roberto Speranza, lei era il ministro della Salute che nel 2022 concepì le Case di comunità nella riforma della sanità territoriale, di cui tutti dopo il Covid avevano compreso la necessità. Ora rischiano di ritrovarsi senza medici con l'ennesimo naufragio della riforma della medicina di famiglia. Chi ha sbagliato?

Sulla riforma, sul dm 77 che ho firmato, c'è consenso largo. Le ragioni di Schillaci e delle Regioni partono di là. È la lezione della pandemia, la necessità di rafforzare l'assistenza territoriale, la prossimità, perché gli ospedali, da soli, non bastano.

Chi ha sbagliato?

Molte Case e Ospedali di comunità stanno partendo, mi auguro il più possibile entro il 2026. Il tema del personale esiste, ma la gestione di questo momento è stata infelice. Si è deciso di non coinvolgere i medici di medicina generale, di non sedersi al tavolo con loro. Si è deciso di non coinvolgere i medici di medicina generale, di non sedersi al tavolo con loro. Io l'avevo fatto e avevo la disponibilità della Fimmg (il primo sindacato dei medici di famiglia, ndr), dell'Ordine e delle Regioni. Non c'è stata retromarcia, è caduto il governo Draghi.

Draghi se avesse voluto avrebbe fatto la riforma.

No, alla seduta in cui l'ha annunciata è caduto il governo. Per me il tema non è se il medico di medicina generale debba essere libero professionista o dipendente: è la sconnessione tra lui e il resto del Servizio sanitario nazionale. La

strada della dipendenza è estrema ed è sgradita ai più perché si perde il rapporto fiduciario tra paziente e medico. Noi avevamo confermato la libera professione, ma con una quota significativa di ore a disposizione del distretto. Alcuni accordi regionali, come in Emilia-Romagna, dicono questo.

Schillaci col decreto voleva mandarli per tot ore nelle Case di comunità.

Non mi piace un decreto che modifichi un contratto, è questione di cultura del lavoro.

Milena Gabanelli racconta da anni la corporazione dei medici di famiglia, che con la Fimmg gestisce anche parte della formazione e di fatto controlla l'Enpam, l'ente previdenziale dei medici privati che ha 27 miliardi di patrimonio. Difendono lo status quo e nella destra cantano.

La Fimmg rappresenta la maggioranza dei medici di famiglia. Nel 2022 aveva dato l'ok al nostro impianto. Serve portare i medici nelle Case di comunità ma con il consenso, non con lo scontro. Penso che ci si arriverà. Non ridurrei tutto a logiche corporative.

Spesso guadagnano più degli ospedalieri e lavorano meno.

Se il medico lo fai bene lavori giorno e notte. Anche la domenica e a Ferragosto.

Chi paga per curarsi camperà 100 anni e chi aspetta le liste d'attesa 70, a Torino come ricordava Vittorio Agnoletto la speranza di vita scende di 4 anni tra centro e periferia.

Non è anche responsabilità del centrosinistra lo



strapotere dei privati?

Gli anni del governo giallo-rosso sono stati quelli di principale investimento nel Ssn, avevamo portato la spesa al 7,4% del Pil in valore assoluto, in pochi mesi, da 2629 euro a persona a 3225. Mi sono illuso che dopo la durezza della pandemia avremmo imparato, ma usciti dall'emergenza la spesa sanitaria sul Pil è ricrollata poco sopra il 6%. Il Ssn è a un millimetro dal cambio di modello: senza stravolgere l'art. 32 della Costituzione e la legge 833/1978 di Tina Anselmi, stiamo passando dall'universalità a un

modello mutualistico e privatistico. Papa Francesco, nei giorni del Covid, diceva: 'Peggio della crisi c'è solo il rischio di sprecarla'. L'abbiamo sprecata.

Una nuova generazione ha riempito le piazze per Gaza e ha fatto vincere il No al referendum, ma alle elezioni non vota. Cosa ha fatto il centrosinistra per questi giovani?

Ha fatto bene nella battaglia del referendum e nell'intercettare la spinta per Gaza e per il popolo palestinese. Ma dopo la vittoria sul

referendum c'è ancora la necessità di rendere protagonista questa energia nuova e non l'abbiamo fatto finora, ci siamo chiusi in una discussione su di noi: chi guida, le primarie. Dobbiamo parlare dei problemi veri. Tra questi c'è il principio che dinanzi al diritto alla salute, come dice l'art. 32 della Costituzione, non possono prevalere le logiche del profitto e del mercato.

Dopo il Covid
c'era consenso,
poi si sono scelte
altre strade.
Ora l'universalità
del Ssn è a rischio



IL LIBRO DI AGNOLETTO

Ecco perché il mercato nuoce (anche) alla salute

» **Silvio Garattini**

“Mettere al centro la salute e non la malattia” è la base da cui parte il libro di Vittorio Agnoletto (...). Il Ssn ha reso possibile per noi italiani una durata di vita fra le più lunghe del mondo. Tuttavia se consideriamo ciò che è importante, la durata di vita sana, ci ritroviamo molto indietro nella classifica internazionale perché abbiamo dieci-quindici anni di malattie spesso multiple nel periodo più avanzato della vita. Come mai? La risposta potrebbe sembrare paradossale: “Perché la medici-

na ha puntato essenzialmente alle cure”, certamente facendo molti progressi, ma al tempo stesso creando il grande mercato della medicina che, come tutti i mercati, vuole crescere. E per crescere, ad esempio, abbassa i livelli di normalità di alcuni parametri “surrogati” come la pressione arteriosa, la glicemia, la colesterolemia; pratica in alcuni casi giustificata, ma generalizzata per aumentare i consumi. (...).

Come ripete spesso nel libro Agnoletto, si vuole na-

scondere al pubblico che la maggior parte delle malattie non piovono dal cielo, ma sono evitabili. 4,5 milioni di diabetici di tipo due sono evitabili. Il quaranta per cento dei tumori è evitabile, eppure muoiono in Italia 180 mila persone ogni anno per tumore. Il mercato vuole nascondere ciò che teme di più: la “prevenzione” che, come spiega bene Agnoletto, si basa sulle buone abitudini di vita. Non fumare, non bere alcol, non utilizzare droghe, mantenere un’alimentazione varia e moderata e un buon esercizio fisico per evitare sovrappeso e obesità, almeno sette ore di sonno, mantenere attività sociali. E poi effettuare le vaccinazioni, partecipare agli screening per valutare precocemente la presenza di tu-

mori. La salute non dipende solo da noi ma anche dalla capacità di rimuovere fattori di rischio da parte della comunità. Mantenere condizioni accettabili di clima attraverso la forestazione; rimuovere le fonti di inquinamento determinate dalla motorizzazione, dalle fonti energetiche, dalle attività industriali, dagli alleamenti intensivi. (...). Rimettere al centro della medicina la salute attraverso la prevenzione richiede una rivoluzione culturale, perché mantenere la salute è in conflitto di interesse con il mercato.

**Fondatore e presidente dell'Istituto Mario Negri*



Servizio Cantiere Ssn

Case di comunità, oltre al rebus medici resta da sciogliere il nodo infermieri

L'ingaggio degli infermieri di famiglia e comunità è appeso al riconoscimento giuridico e contrattuale di questa figura, ancora tutta da definire

di Stefano Simonetti

12 giugno 2026

In vista della imminente data di scadenza per l'attivazione delle Case della Comunità finanziate dal Pnrr, si stanno manifestando tutte le criticità connesse alle risorse umane indispensabili per la effettiva operatività delle nuove strutture ed evitare che le CdC si rivelino scatole vuote. Il primo grande problema è quello dei medici necessari ma la soluzione è strettamente legata alle vicende della riforma della Medicina generale proposta dal ministro della Salute. Peraltro una altra tematica è altrettanto strategica, quella dell'assunzione o reperimento degli infermieri di famiglia o comunità, i cosiddetti "IfoC".

L'identikit

In questa sede si proverà a fare il punto sullo stato dell'arte e, in particolare, sulle caratteristiche giuridiche e contrattuali degli IFoC. Infatti, una prima domanda è d'obbligo: chi è l'infermiere di famiglia o comunità? Gli equivoci e i punti irrisolti sono numerosi e basti pensare che addirittura sul piano semantico non esiste omogeneità e chiarezza, visto che gli atti ufficiali parlano di IFoC, ma molte aziende li chiamano IFeC, con un singolare utilizzo indistinto delle due congiunzioni.

Le origini

Una delle prime apparizioni sul campo risale alla Regione Toscana che, con la delibera di Giunta n. 597 del 4 giugno 2018, ha indicato il quadro di riferimento, la definizione, le caratteristiche del modello, le responsabilità, le funzioni e le competenze nonché il relativo percorso formativo per la nuova figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (Ifc). Successivamente, nella fase iniziale della pandemia, il decreto legge 34/2020 (decreto "Rilancio") ha previsto all'art. 1, comma 5, una sorta di anticipazione della istituzione formale della figura dell'infermiere di famiglia (e comunità) per la quale – a prescindere da modelli organizzativi regionali già in atto, come in Toscana - era allora pendente il Ddl A.S. 1346, primo firmatario Marinello, che intendeva istituire la figura ma collocandola inequivocabilmente tra i convenzionati accanto a medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. La scelta provvisoria per il 2020 è stata quella di utilizzare forme di "lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa" con un parametro di riferimento alla popolazione. Dal 2021 sembra però che il legislatore abbia deciso per il rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato alle dipendenze della azienda sanitaria. Il ricorso a forme di lavoro autonomo è ormai sostanzialmente vietato nel pubblico impiego e la norma del decreto "Rilancio" le prevedeva, infatti, solo eccezionalmente per il 2020.

La natura giuridica

Attualmente il riferimento al decreto legge 34/2020 come fonte legislativa è quantomeno fuori contesto, perché ha introdotto la funzione di cui si parla senza specificare nulla sulla natura giuridica della “figura”, nemmeno se si trattava di lavoro subordinato o libero professionale, senza contare che era contestualizzata allo stato di emergenza. In seguito, il Dm 77/2022 nel paragrafo 6 dell'allegato 1 ripete pedissequamente le caratteristiche, le competenze e gli standard del IFoC, ma insiste a non definirne la natura giuridica, continuando a chiamarlo “figura professionale di riferimento”. Il problema è proprio il termine “figura” che non vuol dire niente perché la professione o il profilo professionale secondo il Ccnl resta sempre quello di infermiere tout court.

Le stesse Linee di indirizzo dell'Agenas non hanno precisato “chi” è l'IFoC ma solo “cosa” fa e “dove” lo fa. Nell'ordinamento professionale della Sanità esistono attualmente 31 professioni sanitarie, 3 operatori di interesse sanitario e 4 mestieri residuali riconducibili alle arti ausiliarie delle professioni sanitarie. Le nuove professioni o profili sono istituiti con la procedura di cui all'art. 5 della legge 43/2006. La dizione “infermiere di famiglia” non costituisce una professione o un profilo autonomo bensì una specializzazione dell'infermiere o dell'infermiere pediatrico che si acquisisce con un master di I livello ai sensi dell'art. 6, comma 3, della citata legge 43/2006. Da pochi giorni (27 maggio) è entrato in vigore il decreto del Mur che ha istituito la laurea magistrale clinica in “Scienze infermieristiche su cure primarie e infermieristica di famiglia e comunità”.

Chiarimenti affidati al contratto

Per essere ancora più chiari, va sottolineato che negli ultimi tre contratti collettivi del 2018, 2022 e 2025 non viene mai citato l'IFoC. Di conseguenza, le aziende sanitarie territoriali che assumono oggi questi professionisti non possono che inquadrarli come infermieri e la loro specificità sul campo in relazione alla sanità territoriale può essere riconosciuta e circoscritta soltanto nell'ambito del sistema degli incarichi. A tale proposito, sembra che l'IFoC risponda in pieno a quanto previsto dal Ccnl del 27.10.2025 relativamente all'incarico di “professionista specialista” (art. 21, comma 3, a2). Il problema, tuttavia, è che i neoassunti acquisiscono automaticamente l'incarico base che è generalista e non prevede la tripartizione riservata agli incarichi di complessità media ed elevata, cioè specialista, esperto, funzione professionale. Questo è un punto nodale che il tavolo negoziale dovrebbe affrontare e la circostanza che le trattative sono in corso – il 26 maggio si è tenuta presso l'Aran la quarta riunione – offre una imperdibile occasione per scrivere qualcosa di concreto e finalizzato sull'IFoC.

L'EVENTO «SPAZIO SALUTE» DI FRATELLI D'ITALIA

La responsabile della segreteria politica di Fdl ricorda quanto siano cresciute le risorse rispetto al 2022

Arianna Meloni: «Fondo sanitario da 143 miliardi»

••• Le risorse sottratte alla sanità dal Superbonus, il rafforzamento del Fondo sanitario nazionale e la centralità della persona nei percorsi di cura. Sono questi i tre temi posti al centro dell'intervento di Arianna Meloni alla manifestazione "Spazio Salute", organizzata da Fratelli d'Italia a Cagliari.

Dal palco dell'evento, la responsabile della segreteria politica e adesioni del partito ha rivendicato l'azione del governo in materia sanitaria, sostenendo che ulteriori risultati sarebbero stati possibili senza il peso dei costi del Superbonus introdotto dal M5S. «Se non avessimo sperperato 200 miliardi per ristrutturare ville e casali, oggi avremmo potuto fare ancora molto di più», ha affermato. Meloni ha poi evidenziato l'incremento delle risorse destinate alla sanità pubblica: «Il nostro Fondo sanitario nazionale raggiunge i 143 miliardi, 17 mi-

liardi in più rispetto al 2022», ai quali ha aggiunto gli investimenti derivanti dai fondi di coesione e dalla revisione del Pnrr destinati, tra l'altro, alla riqualificazione degli ospedali nel Mezzogiorno e nelle Isole. Accanto ai numeri, Arianna Meloni ha richiamato la necessità di mantenere al centro del sistema sanitario la dimensione umana. «Prima dei numeri, prima degli sprechi e prima dell'organizzazione, esistono le persone», ha detto, sottolineando come «l'umanizzazione della cura» e la dignità del paziente debbano rappresentare il pilastro dell'assistenza sanitaria.

I temi della sanità si sono intrecciati con quelli emersi dai lavori della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Covid. Il capogruppo di Fratelli d'Italia al Senato, Lucio Malan, ha ricordato come dalle audizioni sia emersa l'assenza, durante la pandemia, di un piano pandemico ag-

giornato. Secondo il senatore, il nuovo piano approvato dal governo consentirà una gestione più efficace di eventuali future emergenze. Malan ha inoltre puntato l'attenzione sulle spese sostenute nel periodo pandemico, definendo «inaccettabile» la secrezione di alcuni atti e sostenendo che vi siano stati soggetti che «hanno approfittato» dell'emergenza per ottenere vantaggi economici.

Sulla stessa linea Alice Buonguerreri, capogruppo di FdI nella Commissione Covid, secondo la quale dalle testimonianze raccolte stanno emergendo elementi che richiedono ulteriori verifiche. L'obiettivo, ha spiegato, è accertare se alcune vicende relative all'assegnazione di commesse pubbliche siano state semplici coincidenze o il segnale di possibili condizionamenti durante la fase più critica della pandemia.

A chiudere la seconda giornata di "Spazio Salute" è stato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, il quale ha difeso il lavoro svolto dal governo. «In quattro anni abbiamo fatto tante cose», ha dichiarato, criticando chi si limita a contestare l'entità delle risorse stanziare senza avanzare proposte alternative. Schillaci ha inoltre rilanciato la riforma della medicina territoriale, indicando come necessario un percorso universitario specialistico per i medici di famiglia, e ha respinto le critiche sulle liste d'attesa («è una palla che si sono allungate», ha detto), sostenendo che i dati mostrano un miglioramento delle prestazioni in gran parte delle regioni italiane.

LUI. FRA.



Orazio Schillaci
Ministro
della Salute



Tumore al seno: 60mila casi all'anno ma mancano 2mila chirurghi (e non c'è la scuola di specializzazione)

a cura di **Maria Sorbi**

Il tumore al seno è una delle emergenze sanitarie più incisive del nostro Paese e i numeri sono in aumento: stiamo parlando di 60mila nuovi casi all'anno. Eppure mancano 2mila chirurghi specializzati in senologia. E questo significa: attese più lunghe e una risposta che non sempre è quella che le pazienti si meritano. Non solo: la carenza di personale in alcune aree spinge i pazienti a spostarsi per ricevere le cure adeguate, o costringe i chirurghi a migrare da un ospedale all'altro per sopperire alle mancanze del territorio.

SOLO SEI MESI

Come mai così tanti pazienti e così pochi medici? Perché non esiste una scuola di specializzazione dedicata alla senologia. I giovani medici quindi per formarsi possono contare su un modulo

opzionale di sei mesi all'interno della chirurgia generale, oppure si iscrivono a master e esperienze all'estero. Dove spesso rimangono. «Sei mesi opzionali non bastano per una disciplina complessa che coinvolge più specialità» sostiene la deputata della Lega Tiziana

Nisini che si è fatta promotrice della proposta di legge per istituire una scuola di specializzazione in chirurgia generale a indirizzo senologico. Ad oggi solo una parte dei centri italiani tratta il volume minimo raccomandato di casi all'anno ma - lo impongono i numeri - è più che mai necessario garantire una risposta adeguata alla richiesta di cure.

Il nodo è duplice: da un lato la necessità di rafforzare la rete dei Centri di senologia, indicata dal Piano oncologico nazionale 2023-2027 come modello di efficienza. Dall'altro la mancanza di un percorso universitario strutturato che prepari i chirurghi destinati a lavorare in quelle équipe multidisciplinari. Senza formazio-

ne stabile, anche la rete rischia di indebolirsi. La proposta prevede che i ministeri dell'Università e della Salute definiscano profili formativi e percorsi didattici entro 90 giorni dall'approvazione della legge. Il testo contiene anche una clausola «finanziaria»: non nuovi costi per lo Stato, ma una riorganizzazione della formazione.

LA MAPPA DEI CENTRI

Ad oggi in Italia non esiste una legge unica, ma una rete di accordi Stato-Regioni (tra cui l'Intesa del 2014) e direttive del Ministero della Salute. Queste normative impongono alle strutture di conformarsi agli standard europei di Eusoma (certificazione per la cura del tumore al seno) con regole e soglie precise per i centri di senologia: ogni centro deve trattare almeno 150 nuovi casi di tumore maligno

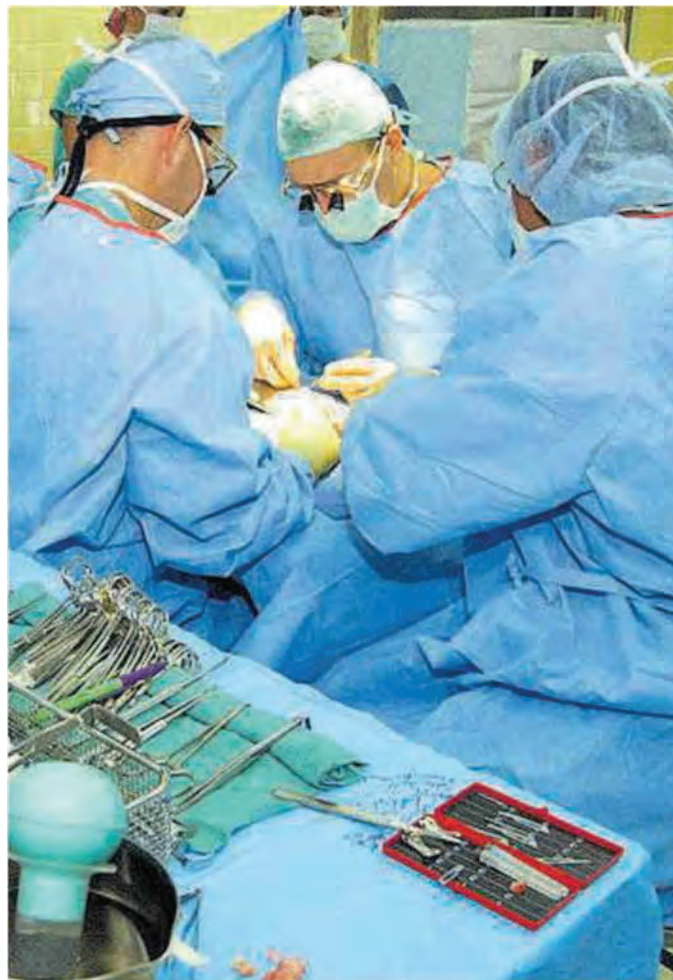


all'anno (minimo standard di garanzia per la qualità delle cure). È previsto un centro ogni 250mila abitanti. Nel centro deve essere sempre presente un'equipe dedicata formata da almeno 6 figure specializzate: radiologo, chirurgo senologo, patologo, oncologo, radioterapista e data manager.

I centri devono garantire supporto genetico, psiconcologia e percorsi di riabilitazione post-operatoria. A dichiarare «una priorità assoluta» la lotta al cancro è lo stesso ministro alla Salute

Orazio Schillaci che, nella legge di bilancio 2026 (approvata a fine 2025), ha voluto dedicare 200 milioni di euro per migliorare la diagnosi precoce dei tumori e la ricerca oncologica. A gennaio 2026 è entrata in vigore la legge 106, che potenzia le tutele per lavoratori pubblici e privati con malattie oncologiche, croniche o invalidanti.

Il piano oncologico 2023-27: è urgente dare cure uniformi ovunque



SALA OPERATORIA Mancano chirurghi specializzati in oncologia senologica. I casi e le liste d'attesa invece sono in continuo aumento





Servizio L'analisi

Autonomia differenziata in sanità: «riforma al buio» in cui l'equità rischia

Cittadini esposti alla frammentazione di diritti a fronte di un quadro "profondamente incerto" sulle cure essenziali: Salutequità bocchia gli schemi d'intesa tra Governo e Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto

di Redazione Salute

12 giugno 2026

«A oggi mancano le condizioni necessarie e sufficienti per poter far avanzare il processo di approvazione degli schemi di intese preliminari per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia nella materia "tutela della salute - coordinamento della finanza pubblica"». Tonino Aceti, presidente di Salutequità, "laboratorio italiano" per l'analisi dell'andamento e dell'attuazione delle politiche sanitarie e sociali e per la loro innovazione, con particolare riguardo ai principi dell'equità, ha illustrato l'analisi durante l'audizione alla commissione Affari Costituzionali della Camera dei Deputati sugli schemi di intesa preliminare tra il Governo della Repubblica italiana e le Regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto, per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia.

Troppe incertezze

Aceti ha spiegato che il quadro disegnato dalle intese «è profondamente incerto riguardo agli attuali Lep- Lea a causa della farraginosità e lentezza del meccanismo di aggiornamento e per l'annullamento da parte del Tar Lazio del Decreto tariffe e la mancanza del nuovo Decreto, per l'assenza di reali costi e fabbisogni standard, per l'attuale sistema di riparto e allocazione delle risorse tra le Regioni che è iniquo, per l'inadeguatezza del sistema di verifica e controllo dei Lea, cioè di tutti quegli aspetti posti alla base del ragionamento sull'attribuzione di autonomia differenziata».

I dubbi sulle "conseguenze"

Inoltre, secondo Salutequità, l'assenza di una valutazione indipendente sull'impatto della maggiore autonomia delle quattro Regioni (Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto) che l'hanno richiesta riguardo alla sua neutralità di effetti per lo Stato e le altre Regioni che non hanno richiesto invece l'autonomia differenziata, in termini economici-finanziari e quindi sul loro equilibrio di bilancio, di mobilità sanitaria di cittadini-professionisti sanitari-erogatori, di garanzia dell'equità di accesso alle cure su tutto il territorio nazionale e di rispetto uniforme dei diritti dei pazienti, rende tutta l'operazione una "riforma al buio".

Manca una valutazione indipendente

La posizione dell'Associazione nasce dalla constatazione che manca una valutazione indipendente, basata su dati e analisi oggettive, sull'impatto che una maggiore autonomia delle quattro Regioni

potrebbe avere oltre che al loro interno, anche sullo Stato e sulle altre Regioni che non hanno richiesto autonomia differenziata, con effetti sulla sostenibilità dei servizi sanitari regionali, sui principi di equità e solidarietà del SSN, su quello dell'unità della Repubblica, configurando il rischio di un regionalismo asimmetrico di tipo competitivo, anziché solidale e cooperativo, anche alla luce dell'assenza di misure perequative, a partire da quella dell'attuazione del Fondo perequativo.

Non sono stati approfonditi i possibili effetti economico-finanziari, né quelli relativi alla mobilità sanitaria di cittadini e professionisti, né tantomeno le conseguenze sull'equità di accesso alle cure e sul rispetto uniforme dei diritti dei pazienti su tutto il territorio nazionale.

«Procedere senza queste valutazioni – sottolinea Aceti - significa esporsi al rischio di una riforma i cui effetti reali non sono noti né governabili».

I nodi Lep e Lea

Un altro elemento di criticità riguarda la definizione dei Livelli Essenziali di Prestazione (Lep) e dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea). «Gli attuali Lea che risalgono al 2017- spiega Aceti - sono ormai datati e non rispondono più ai bisogni attuali della popolazione, né sono allineati con l'evoluzione epidemiologica e tecnologica. A complicare ulteriormente il quadro, le recenti sentenze del Tar Lazio hanno lasciato il Ssn in una situazione di profonda incertezza rispetto ai diritti realmente esigibili dai cittadini. Lo Stato dovrebbe emanare un nuovo decreto, ma l'iter appare complesso e incerto nei tempi, aggravando la precarietà normativa».

Costi e fabbisogni standard

La questione dei costi e dei fabbisogni standard rappresenta un ulteriore nodo irrisolto. Attualmente, la determinazione di questi parametri si basa quasi solo su dati storici e su negoziazioni politiche, senza una metodologia oggettiva che tenga conto dei reali bisogni della popolazione, dell'innovazione tecnologica, della povertà sanitaria o delle caratteristiche epidemiologiche dei territori. Anche l'Istat ha evidenziato come il sistema di allocazione delle risorse non sia proporzionale ai bisogni, ad esempio nel caso della multi-cronicità, dove non si osserva una correlazione tra finanziamento e prevalenza di patologie croniche.

Secondo Salutequità, sul fronte della garanzia dei Lea, il Nuovo Sistema di Garanzia (Nsg) rappresenta un passo avanti rispetto al passato, ma resta ancora troppo parziale. Gli indicatori utilizzati sono pochi e non coprono aspetti fondamentali come il personale sanitario, i tempi di attesa al pronto soccorso, l'accesso all'innovazione tecnologica. I dati più recenti mostrano una situazione disomogenea tra le Regioni, con otto di queste risultate inadempienti, tra cui la Liguria, una di quelle che richiedono l'autonomia differenziata.

«Questo scenario – afferma Aceti - mette in discussione la possibilità di garantire un accesso uniforme ed equo alle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale, minando i principi di uguaglianza e unità della Repubblica».

Rischio drenaggio risorse

Le disposizioni che consentirebbero alle Regioni autonome di individuare tariffe di rimborso e di remunerazione differenti, di destinare risorse aggiuntive al personale o per incrementare le prestazioni e di riallocare economie su altri ambiti di spesa sanitaria rischiano, secondo Salutequità, di aumentare la competitività dei servizi sanitari regionali più forti. In assenza di misure perequative, questo potrebbe generare un vero e proprio drenaggio di pazienti, personale e risorse dalle Regioni più deboli, accentuando gli squilibri sia a livello di bilancio che di qualità e quantità dell'offerta sanitaria.

Inoltre, mancano sistemi di monitoraggio e controllo sugli effetti dell'istituzione di fondi sanitari integrativi e sulle nuove modalità di gestione delle risorse. Non sono previsti strumenti specifici per valutare l'impatto di queste innovazioni sull'equità, sulla qualità e sulla sicurezza dell'offerta sanitaria pubblica. Anche la composizione della Commissione paritetica Stato-Regione dovrebbe essere rivista, includendo componenti esterni e indipendenti per evitare rischi di autoreferenzialità.

Quadro troppo fragile

«La durata e l'efficacia delle intese – aggiunge Aceti - non possono essere subordinate solo al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e alla corretta erogazione dei Lea nelle Regioni che la richiedono, ma devono garantire anche la neutralità degli effetti per lo Stato e per le altre Regioni. È necessario prevedere sistemi di monitoraggio e verifica indipendenti, che possano valutare in modo trasparente e oggettivo l'impatto della riforma su tutti i soggetti coinvolti».

Salutequità ritiene quindi che l'attuale quadro normativo e operativo sia troppo incerto e fragile per consentire l'avanzamento degli schemi di intesa sull'autonomia differenziata in sanità. L'assenza di valutazioni indipendenti, la mancanza di criteri oggettivi per la definizione dei costi e dei fabbisogni, l'inadeguatezza dei sistemi di verifica e controllo, e il rischio di accentuare le disuguaglianze territoriali rappresentano criticità insormontabili.

«Procedere in queste condizioni – conclude Aceti - significherebbe mettere a rischio i principi di equità, solidarietà e unità che sono alla base del Servizio sanitario nazionale, esponendo i cittadini a una pericolosa frammentazione dei diritti e delle opportunità di cura».



Servizio Il fenomeno in crescita

La Cina nuova meta del turismo sanitario: cure innovative salva-vita a metà prezzo

Sempre più pazienti e con patologie gravi si rivolgono agli ospedali della Repubblica Popolare per accedere a terapie come la CAR-T risparmiando anche il 90% rispetto a Stati Uniti e Australia.

di Gianluca Dotti

13 giugno 2026

Nel 2018 i medici avevano stimato per Stuart Lye, un cittadino neozelandese di 58 anni, tre mesi di vita a causa di un mieloma. Anni di chemioterapia, trapianti di cellule staminali e nuovi farmaci avevano prolungato la sopravvivenza senza fermare la malattia, ma le opzioni terapeutiche in Nuova Zelanda si erano esaurite. Le immunoterapie CAR-T non erano disponibili commercialmente nel paese, e le sperimentazioni in corso non coprivano il suo tipo di tumore: un trattamento sarebbe costato di fatto oltre 350mila dollari australiani (più di 200mila euro). Un altro paziente neozelandese, trattato in Cina, mise Lye in contatto con un ospedale di Shanghai, e nel 2025 insieme alla moglie decise di partire: sette settimane in clinica portarono il tumore sotto controllo, con un costo complessivo di circa 65mila dollari.

La nuova rotta sanitaria: la Cina

La storia di Lye non è un caso isolato, ma sta facendo il giro del mondo in questi giorni ed è l'emblema di una trasformazione più ampia che riguarda l'intero sistema globale della salute. Per decenni il turismo sanitario ha seguito rotte ben definite e a basso rischio clinico: cure dentistiche in Croazia o Ungheria, chirurgia estetica e fertilità in Thailandia, Corea del Sud o Malesia. La Cina si sta ritagliando un posto diverso in questo panorama, rivolgendosi a pazienti oncologici spesso senza alternative terapeutiche nel proprio paese, che si spostano per trattamenti salvavita altrove inaccessibili o ancora sperimentali. Il driver è duplice: da un lato i costi, che possono essere anche un decimo rispetto a Stati Uniti o Australia, dall'altro la disponibilità immediata di terapie che altrove restano confinate a sperimentazioni cliniche con criteri di accesso più rigorosi e dunque ristretti.

I prezzi molto più accessibili

Negli Stati Uniti una singola infusione CAR-T (con le cellule immunitarie del paziente ingegnerizzate in laboratorio per riconoscere e attaccare specifiche cellule tumorali) può costare tra 300mila e 475mila dollari, secondo i dati dell'American Cancer Society. In Cina lo stesso trattamento è valutato tra 150mila e 180mila dollari, e potrebbe scendere ulteriormente: l'autorità regolatoria del paese ha recentemente accettato una domanda di commercializzazione per una terapia con un prezzo inferiore a 300mila yuan, circa 44mila dollari. Il numero di terapie CAR-T approvate in Cina ha già raggiunto quota sette, alla pari con gli Stati Uniti, dove la tecnica è stata

sviluppata originariamente, e la Repubblica Popolare guida oggi il mondo per numero di sperimentazioni cliniche dedicate a questo tipo di terapia.

La Cina compete con gli Usa sui farmaci innovativi

Il differenziale di prezzo, e di disponibilità, riflette una caratteristica più ampia del panorama sanitario. Nel 2024 la Cina ha raggiunto gli Stati Uniti per numero di farmaci sperimentali entrati in fase di test clinico, completando però i test stessi con una velocità da due a cinque volte superiore rispetto a Stati Uniti e Unione Europea. Molte di queste tecnologie risultano però troppo avanzate per le possibilità economiche del sistema sanitario nazionale e dei pazienti locali, che spesso non dispongono di una copertura assicurativa per trattamenti di questo tipo. Il risultato è una capacità terapeutica disponibile che gli ospedali internazionali del paese stanno iniziando a offrire a pazienti provenienti dall'estero: SinoUnited Health, struttura sanitaria di Shanghai, ha accolto già almeno trenta pazienti stranieri per terapie CAR-T da quando ha trattato il primo caso, alla fine del 2024.

Il turismo medico cresce a 126 miliardi entro il 2035

Il mercato globale del turismo medico è stimato attualmente attorno ai 34 miliardi di dollari, con una crescita prevista fino a 126 miliardi entro il 2035. Il segmento cinese, secondo le stime, passerà da 1,3 a 3,4 miliardi di dollari nello stesso periodo, una crescita proporzionalmente superiore alla media globale che riflette proprio questo posizionamento su terapie ad alto valore clinico. Il trend non si limita alla CAR-T: la Cina ha realizzato per prima una serie di interventi all'avanguardia destinati a patologie gravi. Nel 2024 i medici cinesi hanno utilizzato una terapia cellulare sviluppata internamente per trattare bambini affetti da una malattia autoimmune cronica, il lupus eritematoso sistemico. Nel 2025 è stato eseguito in Asia il primo trapianto di rene cross-specie, da animale a essere umano. E quest'anno, a marzo, la Cina è diventata il primo paese al mondo ad approvare per uso commerciale un impianto cerebrale destinato a persone con lesioni del midollo spinale.

I possibili rischi

La crescita del turismo sanitario verso la Cina porta con sé interrogativi legati alla sicurezza dei pazienti. Permettere a persone in condizioni critiche di partecipare a sperimentazioni cliniche, pagando di tasca propria, aumenta il rischio che alcune strutture privilegino il profitto sulla sicurezza. Un timore alimentato da un precedente nel 2016, quando uno studente morì dopo aver speso oltre 200mila yuan per una terapia cellulare sperimentale contro un raro tumore dei tessuti. A maggio le autorità cinesi hanno introdotto un nuovo quadro normativo che vieta agli ospedali di far pagare ai pazienti i costi legati alla ricerca clinica, consentendo però la commercializzazione di alcune procedure avanzate – tra cui terapie cellulari, interfacce cervello-computer e xenotrapianti – senza il passaggio attraverso la canonica registrazione dei farmaci.

MEDICI DELLA SANITÀ PRIVATA CONTRO IL DL LAVORO

I medici dipendenti della sanità privata accreditata attaccano il decreto Lavoro. A guidare la protesta sono Cimop e Cimo-Fesmed, che definiscono il provvedimento «una vergogna istituzionale» e chiedono una correzione del testo durante l'esame al Senato.

Al centro delle contestazioni c'è l'esclusione dalle tutele previste dal decreto per i lavoratori dei comparti con contratto collettivo nazionale scaduto. Una scelta che le due organizzazioni giudicano particolarmente grave nel caso della sanità privata accreditata, dove il rinnovo contrattuale manca da oltre vent'anni.

«La maggioranza di governo ha scelto ancora una volta di ignorare migliaia di medici dipendenti della sanità privata accreditata», si legge nella nota diffusa dalle associazioni, «cancellandoli di fatto dal perimetro delle tutele previste dal decreto Lavoro, adottato dalla Camera dei deputati, per chi lavora con un contratto nazionale scaduto. Si tratta di una scelta incomprensibile e di una discriminazione inac-

cettabile, considerato che parliamo di professionisti il cui contratto collettivo è scaduto da oltre vent'anni: una situazione senza eguali nel mondo del lavoro italiano». Secondo Guido Quici, presidente della Federazione Cimo-Fesmed, cui aderisce anche Cimop «Il messaggio che arriva è devastante. Per questi medici vent'anni di attesa non valgono nulla. È l'ennesimo tradimento nei confronti di una categoria che ha sostenuto il sistema sanitario anche nelle fasi più difficili, spesso con condizioni economiche e contrattuali indegne del ruolo ricoperto».

Le associazioni chiedono, quindi, un intervento correttivo durante il passaggio del provvedimento in Senato.



IL MEDICO CHE SERVE CON L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

La professione nel futuro sarà davvero avanzata solo se saprà restare profondamente umana

di **Marco Confalonieri***

Quando mi sono laureato, più di 40 fa, mi regalarono una borsa da medico. Dentro c'erano sfigmomanometro, fonendoscopio, siringhe, qualche farmaco. Sembrava che lì ci fosse quasi tutto ciò che serviva per esercitare la professione. In realtà, già allora la medicina stava cambiando. Le tecnologie di imaging stavano trasformando la diagnosi.

Oggi il cambiamento è ancora più profondo. I progressi della medicina non nascono più solo dai medici, ma anche da biologi, ingegneri, fisici, informatici, esperti di dati, studiosi di etica e dagli stessi pazienti. Per secoli il buon medico è stato identificato con chi sapeva riconoscere i segni della malattia, fare una diagnosi e scegliere una cura. Nell'era

dell'intelligenza artificiale (AI) questo resta necessario, ma non basta più. Gli algoritmi leggono immagini, integrano dati biologici, calcolano rischi, suggeriscono percorsi.

La domanda decisiva, allora, non è se l'AI sostituirà il medico. È un'altra: la formazione medica, così come è ancora pensata, prepara il medico a vivere in una medicina prodotta da molti saperi e attraversata dall'AI? Il curriculum tradizionale resta indispensabile, ma è spesso costruito come una sequenza lineare di saperi separati: prima scienze di base, poi organi, cliniche, infine tirocinio. La medicina contemporanea, però, non procede più così.

Nasce dall'intreccio tra clinica, imaging, biologia molecolare, statistica, bioinformatica, ingegneria, scienza dei dati, organizzazione sanitaria ed etica. La recente scomparsa di Edgar Morin ci ricorda una lezione essenziale: comprende-

re la realtà non significa spezzarla in frammenti sempre più piccoli, ma imparare a collegare ciò che è separato. Applicato alla medicina, questo vuol dire formare medici capaci di pensare la complessità: un organo e una persona, un biomarcatore e una storia di vita, un algoritmo e una decisione clinica, un dato e il suo contesto.

Non basta aggiungere un corso di AI all'ultimo anno. Serve una cultura ibrida dall'inizio: anatomia insieme a imaging e modellazione tridimensionale; fisiologia insieme a segnali biologici e sensori; patologia insieme a biologia computazionale; clinica insieme a decisione probabilistica; etica insieme a dati, privacy e responsabilità algoritmica. Il medico non dovrà diventare informatico ma capire quando l'AI aiuta, quando sbaglia, amplifica un pregiudizio o rischia di ridurre il paziente a un profilo probabilistico.

Dovrà saper dialogare con

l'algoritmo, ma anche con il paziente, con il data scientist, la famiglia; la statistica, e l'incertezza. In questo senso, il pensiero di Morin incontra le preoccupazioni espresse da Leone XIV in Magnifica Humanitas: l'AI deve restare al servizio della persona, non trasformare l'uomo in una sequenza di dati o la cura in una procedura automatizzata. La medicina del futuro sarà davvero avanzata solo se saprà restare profondamente umana.

**Direttore Pneumologia,
Ospedale Univ. Trieste*

**La formazione
dei nuovi dottori
va ripensata per non
trasformare l'uomo
in una sequenza di dati
o la cura in una
procedura automatizzata**



DIRITTI

Oltre 278mila
biotestamenti
Resta il divario
fra Nord e Sud

Maglione e Mazzei — a pag. 9

Testamenti biologici verso quota 300mila Divario Nord-Sud

Il punto. Censite dall'associazione Coscioni le dichiarazioni anticipate di trattamento depositate in 6.601 Comuni: crescita del 18% sul 2023

Pagina a cura di

**Valentina Maglione
Bianca Lucia Mazzei**

Sono oltre 278mila i testamenti biologici censiti dall'associazione Luca Coscioni in 6.601 Comuni italiani, con un aumento del 18% rispetto al 2023. È stata la legge 219/2017 a disciplinare la dichiarazione anticipata di trattamento (Dat, anche detta testamento biologico) con cui è possibile decidere in anticipo a quali terapie e trattamenti sanitari si vuole – o non si vuole – essere sottoposti nel caso in cui non si sia più in grado di esprimere le proprie scelte a causa di malattie o lesioni invalidanti (in alcuni Comuni erano stati istituiti registri anche in precedenza).

In media è stata quindi redatta una Dat ogni 166 abitanti maggiorenni, ma si tratta di un rapporto non uniforme sul territorio: il testamento biologico è più diffuso al Nord e nei centri di medie dimensioni.

Le norme

In base alla legge 219/2017, in vigore dal 31 gennaio 2018, le Dat possono essere redatte da ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere, «in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi». Con il docu-

mento (redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata o scrittura privata consegnata all'ufficio dello stato civile del Comune o presso le strutture sanitarie) si esprimono le proprie volontà sui trattamenti sanitari (incluse la nutrizione e l'idratazione artificiale) e il consenso o il rifiuto di accertamenti diagnostici e scelte terapeutiche. È anche possibile indicare un fiduciario, che rappresenti chi redige le Dat nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie.

Prima di esprimere le proprie scelte, la legge consiglia di acquisire «adeguate informazioni mediche» sulle conseguenze. Tutta la legge, peraltro, promuove il diritto alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione, mettendo al centro il consenso informato del paziente.

I dati

Alla rilevazione effettuata dall'associazione Coscioni nel 2026 hanno risposto 4.821 Comuni mentre altri 1.780 avevano aderito alle indagini precedenti. La mappatura copre quindi l'83,5% degli enti locali: non include però, oltre alle Dat registrate nei Comuni che non hanno mai risposto o non hanno aggiornato i dati al 2025, anche le Dat depositate presso notai, strutture sanitarie e uffici consolari.

Fotografa comunque una situazione territoriale molto diversificata. Il testamento biologico è più diffuso nelle Regioni del Nord-Est (una Dat ogni 133 abitanti maggiorenni) e in quelle del Nord-Ovest (una ogni 142). Nelle Regioni del Centro si scende invece a una Dat ogni 194 over 18 e in quelle del Sud a una ogni 217.

Tutti al Nord anche i capoluoghi di provincia con più testamenti biologici: a Bolzano c'è una Dat ogni 60 abitanti, a Varese una ogni 71 e a Cuneo una ogni 83. All'estremo opposto i capoluoghi del Sud: a Caserta c'è una Dat ogni 749 maggiorenni, a Benevento una ogni 730 e a Latina una ogni 691.

A pesare è anche la dimensione degli enti locali. Il ricorso al testamento biologico è più limitato nei Comuni sotto i cinquemila abitanti (una Dat ogni 195 residenti) mentre

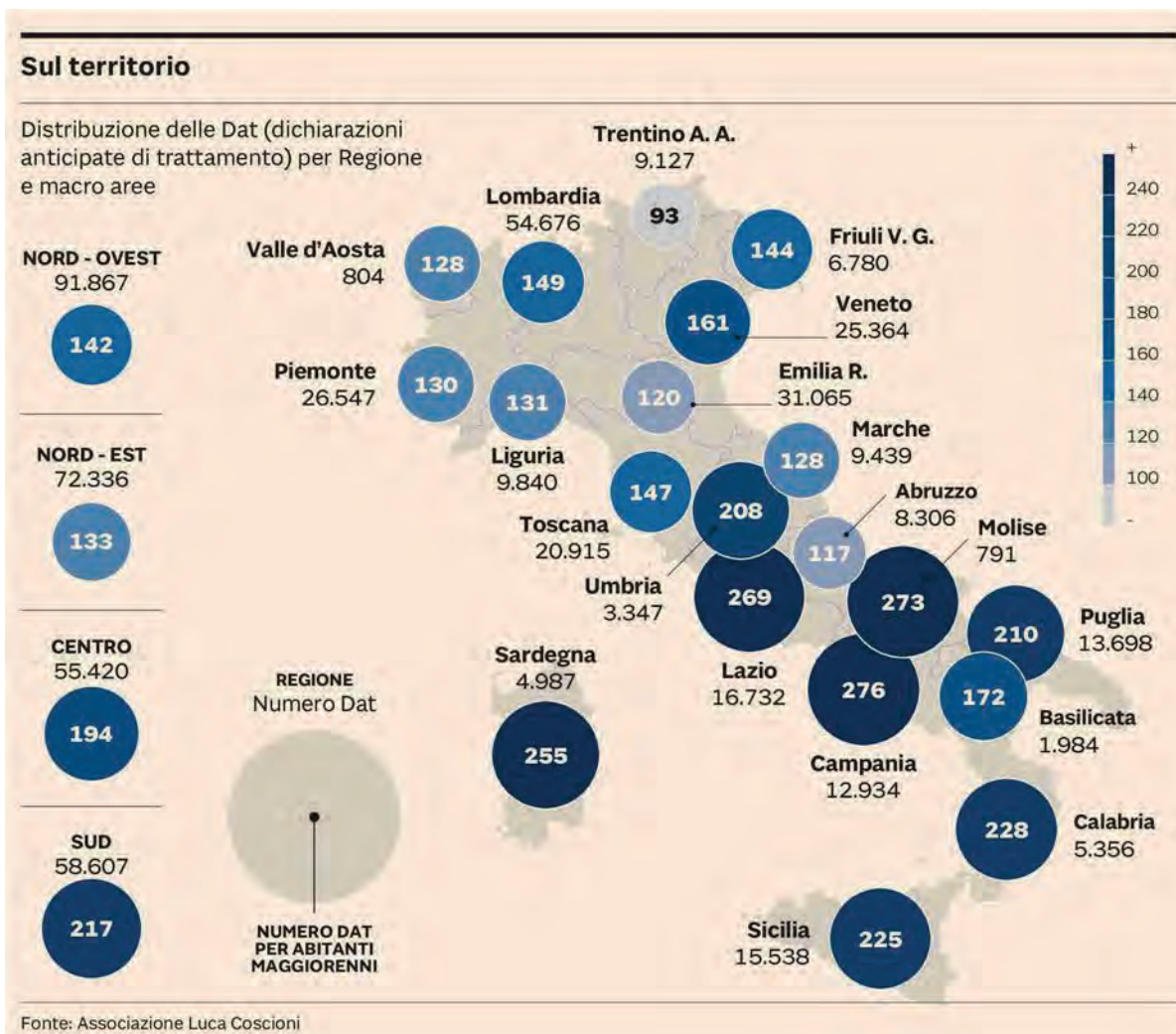


crece in quelli tra 250mila e 500mila abitanti (una Dat ogni 144). «Da sette anni il popolo italiano non viene informato sul diritto, che esiste, a scegliere le modalità del proprio fine vita – dice Marco Caputo tesoriere dell'associazione Luca Coscioni –. La situazione sta migliorando ma troppo lentamente e solo grazie all'attività di organizza-

zioni come la nostra e di poche altre. Ma i risultati ci spingono a insistere con più determinazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Diffusione più limitata nelle Regioni meridionali e negli enti locali sotto i 5mila abitanti



Stallo per la legge sul fine vita

L'esame in Parlamento

È tutto in salita il cammino della disciplina legislativa sul suicidio medicalmente assistito, più volte sollecitata dalla Consulta. Il 3 giugno l'Aula del Senato ha approvato la richiesta di sospensiva presentata da FdI sul disegno di legge Bazoli. L'esame è tornato in Commissione sul testo della maggioranza. Un tentativo di mediazione è arrivato dagli

emendamenti presentati da Forza Italia ma le posizioni restano distanti. I punti più controversi riguardano l'esclusione dai Lep (livelli essenziali di prestazione) e il coinvolgimento del Ssn. In assenza di una legge, si applicano i criteri di non punibilità fissati dalla Corte costituzionale.



«Scegliamo la vita, sempre» In marcia a difesa di un diritto

CHIARA DI BENEDETTO

Roma

Migliaia di famiglie, ragazzi, anziani, sacerdoti e consacrate sono scese in piazza ieri a Roma per prendere parte all'annuale Manifestazione per la Vita, appuntamento che riunisce associazioni *pro-life* provenienti da tutta Italia. «La difesa della vita, dal concepimento alla morte naturale»: è stato questo il motto dei quasi 20mila manifestanti che hanno percorso la città da piazza della Repubblica fino alla basilica di San Giovanni in Laterano.

«Noi vogliamo tenere alta l'attenzione sulla tutela del diritto alla vita che è il diritto fondamentale, come ha ricordato pochi giorni fa papa Leone XIV - ha spiegato Massimo Gandolfini, portavoce del Family Day, tra gli animatori dell'iniziativa -. Vediamo che questo diritto è gravemente ferito e attaccato da norme che vanno esattamente in direzione opposta, a partire dalla legge 194 sull'aborto e dalla proposta di legge per la legalizzazione del suicidio assistito». In merito alle polemiche sulla concomitanza della manifestazione con il corteo pro-remigrazione e con l'assemblea costituente di Futuro nazionale a Roma, Gandolfini ha voluto precisare che «noi non abbiamo nulla a che fare con loro, siamo qui per difendere la vita». A poche ore dall'inizio del corteo, un gruppo di contestatrici aveva tappezzato il palco allestito in piazza della Repubblica con adesivi che recitavano «"Pro vita & famiglia" fuori dalla nostra vita».

Maria Rachele Ruii, portavoce dell'associazione Pro Vita e Famiglia, anche lei tra i promotori della Manifestazione, ha rimarcato che «in un mondo in cui c'è tanta disperazione, e i giovani sono sempre più affaticati, noi vogliamo testimoniare insieme a tantissime

mamme, papà, nonni, bambini, che se l'Italia vuole ripartire deve farlo da questa speranza che guarda all'altro come qualcuno da custodire».

Il presidente della Pontificia Accademia per la Vita, monsignor Renzo Pegoraro in un messaggio alla Manifestazione ha sottolineato che «è importante che si elevi la nostra testimonianza nello scegliere la vita debole. Da quella nascente custodita nel grembo materno a quella che si sta aprendo all'eternità in un letto di ospedale». Pegoraro ha poi citato il recente discorso di Leone XIV al Parlamento spagnolo: «Può dirsi pienamente giusta una comunità che lascia nell'ombra il bambino non ancora nato, l'anziano,

il malato, chi soffre in silenzio? La difesa della vita umana è una meta di civiltà».

Il presidente della Camera dei deputati, Lorenzo Fontana, ha sottolineato in un messaggio agli organizzatori che «la salvaguardia dell'esistenza umana, in ogni sua fase, interroga nel profondo le nostre coscienze e chiama in causa le Istituzioni ad assicurare rispetto, dignità e supporto, soprattutto ai più fragili. In questa prospettiva, scegliere la vita significa promuovere una cultura che si oppone alla logica della selezione e della marginalità». Dal mondo dello spettacolo,

anche Andrea Bocelli ha inviato la sua testimonianza ai manifestanti: «Esistono non quattro ma cinque operazioni matematiche, e la quinta non si studia a scuola: è la cooperazione e nasce sempre con un ge-

sto d'amore. Io l'ho imparata prima ancora di nascere. Mia madre, a cui i medici scongiurarono di portare avanti la gravidanza, scelse di fidarsi della vita e di non sottrarsi. Devo tutto a quella scelta».

Il corteo ha unito anime e associazioni provenienti da tutto il Paese: «Noi siamo qui per difendere i diritti di chi non ha voce», ha spiegato Federica, 54 anni, da Sutri. Per Margherita, 21 anni, da Anzio, «i bambini nel grembo della madre hanno un diritto pari a quello dei bambini fuori dal grembo, e noi siamo qui per testimoniare per loro». E per Matteo, 15 anni, dalla provincia di Brescia, «bisogna proteggere la vita per il futuro di tutti».

A scandire la giornata numerose testimonianze, come quella di Sonia, da Lumezzane, che pochi anni fa ha perso la figlia Alessia, affetta da una rara malattia: «Ci ha lasciati poco dopo la prima elementare, eppure i suoi compagni, che in questi giorni hanno finito la quinta, continuano a nominarla come se non se ne fosse mai andata. L'avevano eletta persino rappresentante di classe. Se una bambina che non poteva parlare, camminare, vedere o mangiare da sola, ha saputo trasmettere così tanto amore, questa è la dimostrazione che la vita è perfetta anche quando sembra imperfetta». Toccante il racconto dei genitori della piccola Chiara Maria: «Si è addormentata ieri sera, dopo aver vissuto sette ore in questo mondo, regalandoci un amore senza paura. Noi siamo lieti perché certi che veglierà su di noi e su tutti coloro che l'hanno amata, anche se solo per un istante».



Aiuto al suicidio, malati ammessi nel giudizio della Consulta

La Corte costituzionale ha ammesso otto malati affetti da patologie irreversibili nel giudizio di legittimità in cui il 23 giugno sarà chiamata a esprimersi su una questione di costituzionalità sollevata dal Tribunale

di Bologna sul fine vita: al centro l'articolo 580 del Codice penale (aiuto al suicidio) nella parte in cui – secondo le precedenti sentenze della Corte – richiede la dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale tra i requisiti di non

punibilità per chi lo aiuta a suicidarsi. Gli otto pazienti ritengono che il suicidio assistito sia contro la loro dignità e la tutela integrale della loro vita.



Farmaci equivalenti, la nuova sfida europea

Tra dipendenza asiatica e costi industriali questi prodotti sono diventati il banco di prova della strategia Ue sulla sicurezza sanitaria

Sibilla Di Palma

Le tensioni geopolitiche, la pressione sui costi energetici e logistici, la crescente competizione globale per attrarre investimenti e produzione, ma anche la forte dipendenza esterna per i principi attivi - oggi in larga parte provenienti da Cina e India - stanno spingendo la farmaceutica europea davanti a una nuova sfida industriale. Dopo anni di delocalizzazione produttiva, Bruxelles prova ora a rafforzare la resilienza della filiera e a ridurre la dipendenza dall'Asia per medicinali essenziali e principi attivi, mentre i governi cercano di mettere in sicurezza uno dei settori più strategici per l'economia e la salute pubblica.

La farmaceutica italiana continua intanto a crescere. Nel 2025 l'export del settore ha superato i 69 miliardi di euro, mentre la produzione ha raggiunto quota 74 miliardi. Gli occupati sono saliti a 72.200, in aumento del 2% rispetto all'anno precedente, con una presenza femminile pari al 45% della forza lavoro e superiore al 50% nelle attività di ricerca e sviluppo. Gli investimenti hanno superato i 4 miliardi di euro, destinati soprattutto a impianti ad alta tecnologia e ricerca e sviluppo, con oltre 800 milioni dedicati alla ricerca clinica nelle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Dentro questa trasformazione, i farmaci equivalenti stanno assumendo un ruolo sempre più strategico per garantire continuità terapeutica, accesso alle cure e maggiore stabilità delle forniture farmaceuti-

che. L'Europa rappresenta oggi il principale polo mondiale nella produzione di farmaci equivalenti. Secondo l'Osservatorio Nomisma 2025 sul sistema dei farmaci equivalenti in Italia, nel 2023 il fatturato complessivo delle imprese europee del settore ha superato i 20 miliardi di euro, con una crescita superiore al 10% su base annua. Italia e Germania guidano il mercato continentale, generando insieme oltre il 40% del fatturato complessivo.

Il modello italiano si distingue per una presenza diffusa di aziende di medie e piccole dimensioni, che negli ultimi anni hanno rafforzato struttura industriale e capacità competitiva. I ricavi medi delle imprese produttrici di equivalenti sono passati da 51 milioni di euro nel 2019 a 68 milioni nel 2023, mentre l'occupazione media è salita da 103 a 118 addetti. A 30 anni dalla loro introduzione, i farmaci equivalenti coprono in Italia circa il 30-32% del mercato in termini di volumi e il 21-22% a valori, secondo i dati Aifa. Una quota ancora lontana da quella dei principali Paesi europei, dove il ricorso ai generici è molto più diffuso.

A frenare la crescita continuano a essere soprattutto fattori culturali e percettivi. La resistenza dei pazienti resta elevata e il farmaco di marca continua a essere considerato, in molti casi, più affidabile o appropriato rispetto all'equivalente, nonostante i generici siano sottoposti agli stessi controlli di qualità, sicurezza ed efficacia.

L'ottava edizione del rapporto sul ruolo della farmacia, realizzato da Cittadinanzattiva in collaborazione

con Federfarma, che ha coinvolto quasi duemila farmacisti e oltre mille cittadini, evidenzia come la domanda di farmaci equivalenti resti sostanzialmente stabile (sei su dieci li chiedono) e i più informati in materia sono quelli che ne consumano di più, ovvero i pazienti con malattie croniche. I giovani, pur utilizzando meno i farmaci, mostrano una maggiore apertura e una minore resistenza culturale verso quelli equivalenti. Quando li scelgono, lo fanno sia per fiducia nei confronti del farmacista con cui ne parlano e sia per risparmiare, motivazione principale per sei su dieci tra coloro che li acquistano.

Al di là delle dinamiche di mercato, il tema dei farmaci equivalenti si inserisce oggi in una riflessione più ampia sulla sicurezza sanitaria europea e sulla capacità del continente di garantire l'approvvigionamento dei medicinali essenziali.

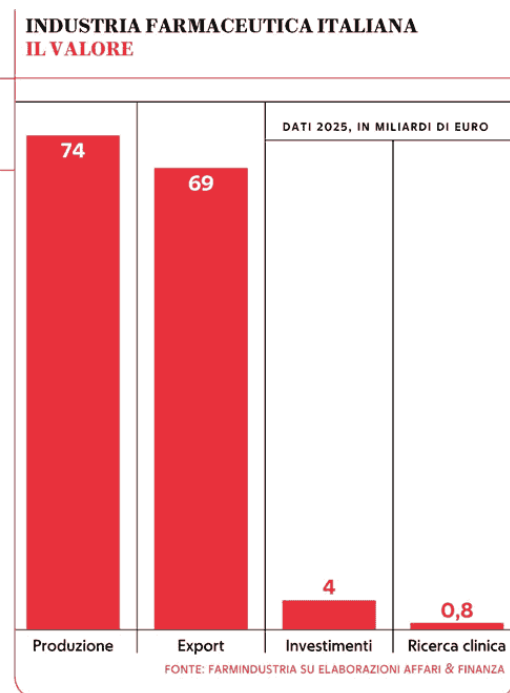
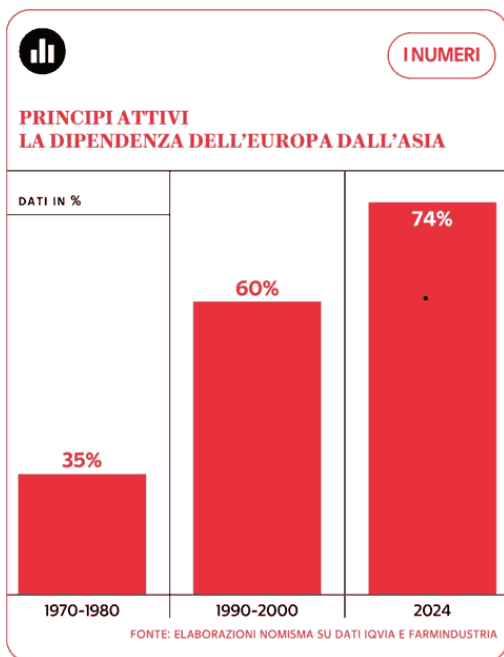
Proprio da questa consapevolezza nasce il Critical Medicines Act, piano con cui la Commissione europea punta a rafforzare l'autonomia strategica del continente sui medicinali essenziali. L'obiettivo è ridurre la dipendenza esterna per principi attivi e farmaci critici, prevenire le carenze e rafforzare la capacità produttiva europea dopo gli shock vissuti negli ultimi anni, dalla pande-



mia alle crisi geopolitiche e logistiche. La ratio del piano europeo è chiara: il farmaco non può più essere considerato soltanto una commodity globale acquistabile al prezzo più basso, ma un asset strategico da proteggere al pari dell'energia o delle tecnologie critiche. Per questo Bruxelles punta a costruire una politica industriale della salute fondata su resilienza, sicurezza degli approvvigionamenti e capacità manifatturiera.

La realizzazione di questi obiettivi, tuttavia, non è priva di ostacoli. Oltre alla dipendenza dall'Asia per principi attivi e componenti strategiche, l'Europa deve confrontarsi

con alcuni limiti strutturali che incidono sulla competitività delle sue filiere produttive. Tra questi figurano sistemi di prezzo che faticano a recepire l'aumento dei costi industriali, procedure di acquisto pubbliche ancora fortemente orientate al criterio del prezzo più basso e una progressiva concentrazione della produzione su un numero ristretto di operatori.



FOCUS

**LA SANITÀ DI PROSSIMITÀ
SEMPRE PIÙ CENTRALE**

Le farmacie rafforzano il proprio ruolo nella sanità territoriale. A confermarlo è il rapporto Censis-Federfarma "La farmacia nella sanità di prossimità", secondo cui otto cittadini su dieci considerano le farmacie punti di riferimento essenziali per le comunità locali, mentre il 90,5% dichiara di fidarsi delle indicazioni del farmacista. Per il 76% degli italiani la farmacia svolge oggi una funzione sociosanitaria vera e propria, capace di alleggerire la pressione su ospedali e Asl. Non a caso il 93% degli intervistati apprezza la possibilità di ritirare in farmacia medicinali prima disponibili solo nelle strutture ospedaliere, riducendo tempi di attesa e spostamenti. Cresce anche il consenso verso la "farmacia dei servizi", anche se i cittadini chiedono un ulteriore ampliamento delle prestazioni disponibili.



L'OPINIONE

A frenare la crescita sono i fattori culturali. La resistenza dei pazienti resta elevata e il farmaco di marca continua a essere considerato, in molti casi, più affidabile



L'ANALISI

Italia, si può fare certamente di più

Nella Penisola sono il 30% dei volumi, contro il 60% della media europea. Zagaria (Egualia): «Gli equivalenti non possono essere considerati soltanto una leva di risparmio: sono essenziali per la sicurezza sanitaria»

In Italia i farmaci equivalenti continuano a occupare una posizione ancora limitata rispetto al resto d'Europa. Mentre nei principali Paesi europei rappresentano oltre il 60% dei volumi dispensati, nella Penisola la quota si ferma intorno al 30%. Un divario che pesa non soltanto sui conti del Servizio sanitario nazionale, ma anche sulle tasche dei cittadini.

«La bassa diffusione degli equivalenti resta una delle principali criticità del mercato farmaceutico italiano», osserva Riccardo Zagaria, presidente di Egualia, l'associazione che rappresenta i produttori di farmaci equivalenti e biosimilari. «Il farmaco equivalente continua a essere percepito come un prodotto a basso costo, una visione riduttiva che non ne valorizza il contributo alla sostenibilità del sistema sanitario».

Le differenze territoriali rappresentano una delle manifestazioni più evidenti di questa situazione. Le province autonome di Trento e Bolzano registrano i livelli più elevati di utilizzo dei farmaci equivalenti, mentre in fondo alla classifica si collocano diverse regioni del Mezzogiorno, con la Basilicata che presenta i tassi più bassi. «È una differenza che conferma quanto il tema sia ancora influenzato da fattori culturali e da una conoscenza non sempre adeguata delle opportunità offerte da questi farmaci», osserva Zagaria. Il risultato è che milioni di cittadini continuano a sostenere costi aggiuntivi che potrebbero essere evitati. «Ogni anno gli italiani spendono cir-

ca un miliardo di euro per coprire la differenza di prezzo tra farmaci equivalenti e medicinali di marca. Una maggiore diffusione degli equivalenti consentirebbe di ridurre significativamente questo esborso», evidenzia Zagaria. «Per questo stiamo lavorando insieme alle istituzioni per promuovere campagne di comunicazione rivolte sia ai pazienti sia agli operatori sanitari».

Secondo il presidente di Egualia, i farmaci equivalenti rappresentano un elemento essenziale della sicurezza sanitaria: «Una filiera industriale forte, radicata in Europa e capace di investire sul territorio, è indispensabile per garantire continuità delle forniture e capacità di risposta nelle situazioni di emergenza».

La questione non riguarda soltanto la capacità di affrontare eventuali emergenze, ma anche la sostenibilità del sistema sanitario nel lungo periodo. Il tema assume un'importanza ancora maggiore alla luce delle dinamiche demografiche. L'aumento dell'aspettativa di vita e la crescita della popolazione anziana comporteranno infatti un incremento delle patologie croniche e della domanda di assistenza sanitaria. «La maggiore longevità è una conquista straordinaria della ricerca e della medicina, ma richiede anche sistemi sanitari in grado di sostenere una domanda crescente di cure».

In questo scenario, il contributo dell'industria degli equivalenti e dei biosimilari assume un valore sempre più strategico. L'Italia è infatti tra i principali produttori farmaceu-

tici europei. «Abbiamo competenze, capacità produttiva e know-how riconosciuti a livello internazionale. Dobbiamo però creare le condizioni affinché questa filiera possa continuare a crescere e a investire nel Paese e in Europa», avverte Zagaria.

Per il presidente di Egualia, il futuro del settore passa anche dall'evoluzione del quadro normativo. A livello europeo la revisione della legislazione farmaceutica procede nella direzione di valorizzare il ruolo di equivalenti e biosimilari, favorendo una maggiore competitività tra le imprese e contribuendo alla sostenibilità dei sistemi sanitari. I progressi sul fronte europeo rischiano però di perdere efficacia se non accompagnati da misure coerenti anche a livello nazionale. «Guardiamo con preoccupazione alle ipotesi di revisione del prontuario che rischiano di colpire proprio le classi di farmaci già caratterizzate da prezzi molto contenuti», osserva Zagaria.

Tra i temi più sentiti dal settore figura anche la revisione del sistema del payback farmaceutico. «Quest'ultimo era nato come strumento di controllo della spesa, ma negli anni si è trasformato in un meccanismo che riduce la prevedibilità economica per le imprese», spiega il presidente di Egualia. «Per i produttori di equivalenti il problema è an-



cora più evidente perché operiamo già in un contesto caratterizzato da gare pubbliche aggiudicate al massimo ribasso. Di fatto ci troviamo a subire una doppia penalizzazione».

Secondo Zagaria, è fondamentale riuscire a costruire una visione industriale di lungo respiro. «Servono informazione e un'alleanza sempre più stretta tra istituzioni e industria per rafforzare un settore strategico come quello dei farmaci equivalenti

in un contesto in cui Europa e Italia restano ancora fortemente dipendenti dall'Asia per la produzione di molti principi attivi. Solo così sarà possibile costruire una filiera farmaceutica capace di garantire sostenibilità, sicurezza delle forniture e accesso alle cure per le generazioni future». - s.d.p.

30%

La quota dispensata degli equivalenti in Italia si ferma al 30% (60% in Ue)

SALE LA SPESA PER I FARMACI

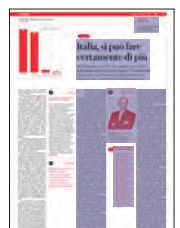
La spesa farmaceutica italiana continua a crescere, riflettendo sia l'invecchiamento della popolazione sia la crescente disponibilità di terapie innovative. Secondo i dati presentati dal Foss, il Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani, nel 2025 la spesa complessiva per i farmaci ha raggiunto i 25 miliardi di euro, con un aumento del 15% rispetto al 2023, pari a circa tre miliardi in più. Il 28% della spesa resta a carico delle famiglie, mentre il prezzo dei farmaci in Italia continua a essere mediamente inferiore rispetto a quello di molti altri Paesi europei.



I PROTAGONISTI



RICCARDO ZAGARIA
Presidente di Egualea: "Il farmaco equivalente è percepito come un prodotto a basso costo ma è una visione riduttiva"



Crimini farmaceutici online

Farmaci contraffatti per sesso e bellezza «Li acquistano anche i giovanissimi»

Domenico Di Giorgio (Aifa): «Assumere un medicinale senza motivo espone a gravi rischi»
I furti milionari di anti tumorali dalle farmacie ospedaliere e il fenomeno delle finte ricette

di **Rita Bartolomei**
ROMA



Farmaci per le prestazioni sessuali, per dimagrire o per i ritocchi estetici, come il botulino. Ma anche dopanti, per lo sport. Sono queste, soprattutto, le categorie che non passano mai di moda nel mercato illegale. Domenico Di Giorgio, dirigente dell'ufficio impegnato nel contrasto al crimine farmaceutico per l'Aifa, si occupa di crimine farmaceutico da oltre vent'anni. Quasi uno 007 del settore.

Ricorda: «C'è stato un periodo in cui trovavamo mix arditi e molto pericolosi dei principi attivi nei prodotti per le performances sessuali. Chi va a cercare questi medicinali non lo fa per scopi terapeutici ma per finalità diciamo così ricreative».

Con quali conseguenze?

«Assumere un medicinale senza motivo e senza la guida di un medico genera effetti collaterali gravi. Ed è capitato a Padova. Una giovane donna credeva di aver acquistato su Internet un dimagrante iniettabile: invece ha ricevuto insulina rietichettata ed è finita in coma. Abbiamo avuto anche casi di chi ha assunto prodotti per la disfunzione erettile, che hanno potenzialmente effetti collaterali sui cardiopatici. Quelle persone hanno riportato danni pesanti alla salute».

Si rischia di morire?

«Diciamo così: in generale chi acquista da questi canali si espone a effetti collaterali gravi. Bisogna chiedersi se ne valga la pena. Aggiungo che spesso a comprare prodotti per la disfunzione erettile su Internet sono ragazzi che non ne avrebbero assolutamente bisogno. Alla fine pesano i modelli sociali. Per tanti anni abbiamo avuto la sibutramina, che si trova ancora oggi, anche se è stata ritirata dal mercato perché è pericolosa. Addirittura in Inghilterra c'è chi è morto assumendo prodotti che contenevano il dinitrofenolo, principio attivo che è stato usato anche per dimagrire ma ha un profilo di sicurezza talmente negativo da essere molto pericoloso».

I criminali si buttano a capofitto dove c'è guadagno.

«Ed è successo nel 2017 con i prodotti per l'epatite C. C'erano picchi di domanda non soddisfatta, questa volta per scopi terapeutici. Quei farmaci erano poco accessibili sul mercato, erano rimborsati solo a certe categorie di pazienti».

Così le organizzazioni hanno fiutato l'affare.

«Mentre nel 2020 girava ogni sorta di rimedio miracoloso contro il Covid, in assenza di un prodotto sicuro».

L'acquisto su Internet dei medicinali per la sfera sessuale insegue anche un'impossibile discredito?

«Sicuramente c'è una certa percezione di privacy fittizia: se lo compro in Rete, si pensa, la gente non lo sa. Il problema, come dicevo, è che se lo procurano anche persone che non ne avrebbero proprio bisogno».

Vale anche per la bellezza fai da te.

«Resta una grande domanda non soddisfatta di farmaci dimagranti iniettabili, negli ultimi anni abbiamo avuto tantissimi casi di acquisti illegali pericolosi. Ma rischiano molto anche i ragazzi che comprano su Internet gli steroidi per la palestra. Alla fine, ogni volta, passa il concetto che per qualsiasi cosa c'è una scorciatoia».

Cosa spinge i giovanissimi a cercare i farmaci per le disfunzioni sessuali?

«Alla base c'è il timore di un fallimento, in generale l'idea che potrebbe andare male. Un fenomeno di lungo corso. Ricordo sequestri che risalgono a più di 10 anni fa, in qualche locale si trovavano prodotti psicoattivi insieme a questi. Il ragazzo che va in discoteca si prende la pasticcia e si porta dietro anche la compressa per la disfunzione erettile. Come Aifa anni fa abbiamo curato una campagna di comunicazione proprio su questo con la youtuber Cesca, i messaggi erano mirati agli adolescenti. I giovani hanno una grande manualità nella ricerca su Internet ma sopravvalutano la loro competenza. Tutti questi fenomeni sono legati a una sottostima dei rischi reali. Alla base c'è l'idea che se so come comprarlo e non mi faccio fregare i soldi, quello che mi arriva è sicuramente una cosa che va bene. Ma non è così, purtroppo. Soprattutto sui prodotti dimagranti iniettabili».

(Intervista completa sul sito www.quotidiano.net)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nell'archivio dei tumori alla ricerca della terapia “Il motore è la generosità”

Trent'anni di attività per l'Istituto Candiolo che ogni anno eroga oltre un milione di prestazioni: “Nella genetica c'è la chiave”

LA STORIA
di **MAURIZIO CROSETTI**
CANDIOLO (TORINO)

Questa parola, cancro, da guardare negli occhi. Senza paura di sillabarla e scomporla nelle sue parti, perché questo accade nei 41 laboratori di ricerca dell'Istituto di Candiolo: qui dentro il cancro viene studiato, “ri-prodotto” e “coltivato” in una sorta di archivio dei tumori. Si chiama oncologia di precisione e si svolge nella Biobanca, cioè l'archivio biologico dove i tessuti tumorali donati dai pazienti diventano il terreno di studio e di confine perché questa parola, cancro, un giorno sia solo un vocabolo curabile tra i molti. Ma curabile lo è già, tantissimo.

La Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro è stata fondata da Allegra Agnelli nel 1986 ed è, dunque, una splendida quarantenne. E da trent'anni esiste l'Istituto di Candiolo, l'ospedale diverso dagli altri perché qui si fanno, insieme, cura e ricerca. Studiosi italiani, che si erano aggiunti ai tanti in fuga verso laboratori, centri di ricerca e università straniere, sono diventati cervelli di ritorno e oggi for-

mano una schiera di 314 persone, età media inferiore ai 35 anni: i cavalieri che faranno l'impresa, presto o tardi.

«Questa cosa di cui ci occupiamo è la vita», quasi sussurra la professoressa Anna Sapino, direttrice scientifica di Candiolo. Cammina nei corridoi color pastello, tono dominante il celeste. Molte, tra le persone che incrociamo, sorridono. Oltre le ampie vetrate, una distesa di alberi e prati e, sullo sfondo, le montagne. Siamo ai margini del Parco di Stupinigi tra cervi, alodole e cinghiali. Un istituto privato, ma in totale convenzione pubblica: ogni anno si erogano 1 milione e 200 mila prestazioni ambulatoriali, e i ricoverati sono quasi 6 mila e 500. Tutti sicuri di essere nel posto giusto, in attesa di qualcosa che è già ampiamente cominciato: la cura, il prendersi cura. E, un giorno, la fine del cancro.

Per raccontare Candiolo si potrebbe cominciare da una macchina spaziale, la Tomotherapy, ovvero la grande svolta nella radioterapia: qui ne esistono due (vengono dagli Usa, e ognuna costa 3 milioni e mezzo di euro), e sono macchine che dimezzano i tempi della “radio”, dai 10 ai 15 minuti per seduta dentro il tubo, contro i 25/30 minuti tradizionali. Inoltre, la capacità di mira è enormemente superiore: si punta quasi all'infinitesimale delle cellule cancerose e le

si colpisce, perché non tornino più.

Ma è la ricerca l'aspetto più sorprendente di Candiolo, compresi i laboratori di ematologia trasfuzionale che hanno lo scopo di personalizzare il più possibile approccio, ricerca e cura, dal momento che i tumori sono diversissimi tra loro. Si chiama Oncolab è il nuovo cuore di Candiolo (che è anche un cantiere in continuo ampliamento), tre piani con altri 15 laboratori all'avanguardia mondiale. Altro concetto essenziale è “ricerca genomica”: «La chiave di volta è la genetica», spiega la professoressa Sapino. «Le risposte che cerchiamo si trovano nel sistema ereditario». E fa davvero impressione sapere che qui vengono creati degli avatar, cioè organoidi derivati dalle cellule malate e fatti crescere come modelli di studio. Giovani ricercatori con gli occhi al microscopio sono, in realtà, chini sul futuro in movimento, gli stanno andando incontro di corsa e lo raggiungeranno.

«Il motore di tutto è la generosi-



tà», racconta Gianmarco Sala, direttore della Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro. «Dal 1986 abbiamo avuto oltre 300 mila donatori, e nel 2025 siamo arrivati alla cifra complessiva di oltre 27 milioni di euro tra coloro che firmano per il 5 per mille nella dichiarazione dei redditi, imprese, istituzioni ed eventi organizzati per la raccolta fondi. Anche i lasciti testamentari pesano, visto che il numero è in costante aumento».

Ci sono i testimonial come Jan-nik Sinner, coinvolto nel progetto durante le Atp Finals e grande amico di Candiolo. «Noi siamo una squadra e una famiglia», spiega Allegra Agnelli, presidentessa della Fondazione. «Questo è un Istituto fatto dalle persone per le persone, un grande lavoro collettivo, pieno di passione, perché qui

si dà proprio tutto. Forse, l'aspetto più significativo sono i tanti ricercatori tornati dall'estero per lavorare con noi e rendere l'Italia un'eccellenza a livello internazionale».

Per ogni euro donato, 90 centesimi vanno alla cura e alla ricerca, senza alcuna dispersione. Questa è una città abitata da quasi mille persone, la folla che lavora a Candiolo in un silenzio quasi irreali e bellissimo: il primo impatto è il firmamento colorato di Ugo Nespolo, all'ingresso, dove comincia il viaggio. «La ricerca ispira la cura, e la cura ispira la ricerca» è il mantra da quarant'anni: dal 2016 al 2023 sono stati investiti più di 100 milioni di euro per fare di Candiolo uno dei grandi motori dell'oncologia italiana. Per assistere chi ce la farà, ma anche chi è alla fine del percorso: per loro è stato creato

l'Hospice Monviso, non una resa ma la cura per il tempo che resta. Perché è tutto un grande mistero, la vita da difendere come la vita da accompagnare al suo epilogo. «Quando viene sera, il tempo qui assume una dimensione che è difficile spiegare a parole», dice la professoressa Sapino. Ma il tramonto, sebbene non privo di dolcezza, scende ogni volta un po' più tardi. Lo rischiara una luce fortissima.

Allegra Agnelli: "Tanti studiosi tornano dall'estero per lavorare con noi"

I NUMERI

1986

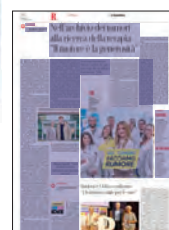
La nascita
Nasce nel 1986 la Fondazione piemontese per la ricerca sul cancro, dopo dieci anni arriva l'istituto Candiolo che fa cura e ricerca

6.500

I ricoveri
Ogni anno vengono ricoverate quasi 6500 persone mentre le prestazioni ambulatoriali erogate sono un milione e 200mila



Cristina Chiabotto con alcuni medici durante una campagna sul tumore



STUDIO 'NATURE HEALTH'

L'alcol, anche se è poco, ci fa male (lo dice la scienza)

◉ MARGOTTINI
A PAG. 15



L'ANALISI Sessant'anni di studi su "Nature Health"

L'alcol, pure poco, fa male: parola di ricerca scientifica

» Laura Margottini

Anche un modico consumo di alcol è associato a un aumento del rischio di cancro e malattie del fegato. Dieci grammi di etanolo al giorno – l'equivalente di una lattina di birra, di un bicchiere di vino o di uno shot di superalcolico – sono collegati a un rischio elevato di tumori della faringe, colon-retto, mammella, esofago, fegato, pancreas, prostata e altre malattie. Lo evidenzia uno studio pubblicato il 1° giugno su *Nature Health*, prestigiosa rivista scientifica. Gli autori ritengono che tali rischi debbano essere resi trasparenti al consumatore nelle etichette degli alcolici come avviene, ad esempio, per le sigarette.

Non è decisamente la linea del nostro governo. La premier Giorgia Meloni ha di recente dichiarato che il governo "continuerà a contrastare ogni tentativo di demonizzazione con etichette allarmi-

stiche" quando si tratta di vino, ha scritto in una lettera diretta a Riccardo Cotarella, presidente dell'Associazione Enologi Enotecnici Italiani (Assoenologi), in apertura del 79° Congresso Nazionale dell'associazione lo scorso 28 maggio. "Il vino è un elemento cardine della dieta mediterranea e tale deve rimanere", ha aggiunto, "nel quadro di un consumo consapevole e responsabile". Sulla stessa linea il ministro dell'Agricoltura Francesco Lollobrigida, che lo scorso marzo, al convegno di Assoenologi "Il vino e i giovani", ha definito posizioni scientifiche simili "un attacco di una parte della comunità scientifica al vino".

PER GLI SCIENZIATI, il punto non è quale sia la bevanda, ma la presenza di alcol. "Non esiste una dose minima sicura", ha spiegato al *Fatto* Xiaochen Dai, coordinatore dello studio dell'In-

stitute for Health Metrics and Evaluation, Università di Washington (Usa). La conclusione è in linea con quelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (Iarc), che classifica l'alcol nel Gruppo 1 delle sostanze cancerogene, per cui cioè esistono prove certe di cancerogenicità nell'uomo. Quando da un consumo basso si passa a moderato, l'aumento del rischio per il tumore della faringe sale a 105%, della laringe a +49%, cirrosi e altre malattie epatiche croniche +40%; pancreatite, tumore del colon-retto, labbra e cavi-



tà orale +22%; dell'esofago 15%, del seno 12%. Sono i risultati che emergono dall'analisi di 843 studi sui danni da alcol pubblicati in sessant'anni, dal 1963 al 2023.

Governo e associazioni di categoria invocano invece un consumo "moderato e consapevole" per il vino, parlando anche di benefici per la salute di un bicchiere a pasto. Non spiegano però cosa sia per loro "moderato" e perché danno importanza alla "consapevolezza", ma poi si oppongono agli strumenti per favorirla. Per Ettore Prandini, presidente di Coldiretti, le etichette sanitarie sui rischi certificati per la salute rappresentano una "follia ideologica" priva di fondamento scientifico perché "non distinguono tra consumo consapevole e abuso." L'opposto di ciò che dicono gli autori dello studio, Oms e Iarc.

LA QUESTIONE di riportare rischi per la salute e ingredienti, inclusi additivi chimici e allergeni, riguarda sia il diritto all'informazione che la possibilità di valutare il rischio individuale, proprio per acquisire maggiore consapevolezza. Chi ha una predisposizione familiare o una precedente diagnosi, ad esempio di cancro al seno o colon-retto, potrebbe non

saper valutare quanto consumi anche modesti possano incidere sul proprio profilo di rischio.

Cotarella, presidente di Assoenologi, ha spesso criticato sia gli studi che evidenziano i rischi dell'alcol quando applicati al vino, sia i media che li riportano "danneggiando l'intero comparto vinicolo". Non a caso Assoenologi organizza iniziative che puntano a rafforzare la cultura del vino tra i giovani, ritenuti dall'associazione sempre più distanti dal vino e attratti da altre bevande alcoliche, come i superalcolici. "I giovani bevono sempre meno vino", ha detto lo scorso 28 maggio, parlando del futuro del comparto e ricordando un'epoca in cui il vino era "parte naturale della vita familiare italiana" e la moderazione si apprendeva in famiglia: "Oggi prevale un approccio proibizionistico che rischia di ottenere l'effetto contrario".

Secondo i dati epidemiologici nazionali dell'Istituto Superiore di Sanità, l'Italia invece registra una delle maggiori crescite dei consumi di alcol in Europa rispetto al 2016 (+13%). L'aumento riguarda soprattutto il consumo di vino (+17,5%) e birra (+19,6%), e specialmente tra i giovani, mentre i consumi

di superalcolici sono diminuiti del 33%, il calo più marcato tra tutti i Paesi europei, si legge nel Rapporto IStisan di aprile 2026 sul consumo di alcol.

LE ATTUALI LINEE GUIDA del ministero della Salute considerano a basso rischio un consumo fino a una unità alcolica al giorno per le donne (12 grammi di alcol) e fino a due per gli uomini (24 grammi). "Già con un bicchiere al giorno osserviamo un aumento del rischio per alcuni dei tumori che causano il maggior numero di morti premature nel mondo", spiega invece Xiaochen Dai: per questo "le linee guida dovrebbero basarsi sull'insieme delle evidenze scientifiche disponibili, evitando soglie prive di solide basi empiriche e promuovendo messaggi chiari sui rischi per la salute".

Per il vino, l'obbligo di indicare tutti gli ingredienti è entrato in vigore solo nel 2023. La normativa europea consente però di riportarli attraverso un minuscolo codice QR in etichetta, consultabile online tramite *smartphone*. Per birra e superalcolici, invece, non esiste ancora un obbligo analogo.

"Le evidenze mostrano che un'etichettatura chiara e visi-

bile modifica nel tempo i comportamenti di consumo, soprattutto tra i giovani e per chi acquista per la prima volta", spiega al Fatto Irene Mosqueira, direttrice di Policy e Salute pubblica dell'Associazione europea per lo studio del fegato (EASL): "La condizione essenziale è che l'informazione sia riportata chiaramente sull'etichetta di tutti gli alcolici e non nascosta dietro un codice QR".

Secondo lo studio di *Nature Health*, peraltro, un basso consumo di alcol è associato anche a una lieve riduzione del rischio di diabete di tipo 2, Alzheimer, cardiopatie ischemiche e ictus.

Effetti che però vanno controllati con i rischi oncologici e per altre patologie: "È un malinteso interpretare un'associazione statistica tra consumo moderato e minore rischio di alcune malattie come prova che un certo consumo di alcol sia benefico. Il nostro studio non supporta questa interpretazione", concludono gli autori.

I risultati Il consumo aumenta il rischio di tumori e altre malattie. La proposta: etichette come per le sigarette. Meloni e soci: "Mai"



Un piccolo grande aiuto per il cervello

Sostenibili e ricche di nutrienti, secondo gli studi le uova non aumentano il colesterolo cattivo.

Da alimento ingiustamente demonizzato a prezioso alleato della salute. Nuovi studi suggeriscono che consumare uova con regolarità potrebbe ridurre il rischio di Alzheimer, grazie a un mix unico di proteine, vitamine e colina

di *Eliana Liotta*

E possibile che mangiare uova protegga il cervello. Era emerso già nei laboratori di ricerca e ora un lavoro ampio, appena pubblicato su *The Journal of Nutrition*, prova a quantificare i benefici: consumarne da due a quattro alla settimana ridurrebbe del 20 per cento il rischio di sviluppare l'Alzheimer.

Di certo, c'è che le uova sono un tesoro di nutrienti e una delle fonti proteiche più salutari, economiche, versatili e sostenibili. In Italia si continua a essere diffidenti, pensando all'ipercolesterolemia. Il dubbio è legittimo, perché il tuorlo contiene 200-210 milligrammi di colesterolo, tre volte più di una salsiccia. Solo che il colesterolo assimilato attraverso gli alimenti concorre per una quota di circa un quinto ai li-

velli totali nel sangue, mentre i quattro quinti sono prodotti dal corpo stesso.

Ed è proprio questa fabbricazione endogena che viene accresciuta da una dieta debordante di grassi saturi e trans, quindi a base di carne rossa, formaggi grassi e stagionati, salumi, burro, patatine fritte e alimenti ultra-processati.

Un uovo, invece, ha appena 1,6 grammi di grassi saturi (contro i 5-8 di un etto di costata).

Colesterolo? Uova assolve

Ad aver liquidato ogni divieto sul colesterolo alimentare sono le nuove raccomandazioni della Società italiana di nutrizione umana (Sinu). Prima l'apporto giornaliero massimo consigliato era di 300 milligrammi, ma nelle linee guida del 2025 non più.

Come si legge, è stato eliminato quel limite «alla luce degli studi e delle relative meta-analisi che hanno evidenziato la scarsa importanza relativa dell'assunzione di colesterolo rispetto a quella dei grassi saturi».

Ormai è chiaro che non c'è relazione tra un consumo normale di tuorli e innalzamento del colesterolo Ldl, cioè delle lipoproteine a bassa densità che causano l'accumulo di placche nelle arterie.

Le uova sono state riabilitate e,



tra i loro vantaggi, ci sono quelli per il cervello. Non che esista una prova diretta di causa-effetto nella ricerca recente. Lo studio è osservazionale, registra dati e fenomeni descrivendo come, su un campione di persone, emerge un'associazione tra il consumo di uova e la diminuzione dell'incidenza di Alzheimer.

Vale, com'è ovvio, anche l'alimentazione nel suo insieme. I partecipanti erano 39.498 Avventisti del settimo giorno, seguiti per circa 15 anni: i protestanti del gruppo religioso nato a metà Ottocento negli Stati Uniti vengono monitorati spesso nella ricerca nutrizionale perché molti di loro seguono stili di vita salutari. Gli stessi ricercatori che li hanno presi in esame lavorano alla Loma Linda University, un'università privata californiana che rientra nel sistema educativo della chiesa Avventista.

I nutrienti per i neuroni

Fatte queste premesse, va riconosciuto che un uovo contiene nutrienti fondamentali per il funzionamento e la protezione del cervello. Intanto apporta oltre 6 grammi di proteine, una quantità che gli esperti considerano elevata in rapporto alle 70 calorie. Conta anche la qualità. Le proteine, i mattoni del nostro corpo (neuroni inclusi), sono composte da varie combinazioni di venti amminoacidi, nove dei quali devono essere assunti attraverso l'alimentazione. Le uova li contengono tutti e nove, il che le rende una fonte proteica completa. In particolare, tra gli amminoacidi c'è il triptofano, che serve per sin-

tetizzare la serotonina, detta molecola del buonumore, e la melatonina, che induce al sonno.

Se le proteine sono concentrate soprattutto negli albumi, gli altri nutrienti si trovano nel tuorlo. Spiccano le vitamine B9 (o folati) e la B12 (o cobalamina). In un lavoro del 2025 (su *Scientific Reports*), i ricercatori hanno notato che livelli plasmatici più bassi delle vitamine del gruppo B sono associati a un rischio maggiore di deterioramento cognitivo, mentre quelli più elevati mostrano un effetto protettivo.

Il tuorlo dà anche vitamina D, che agisce in più aree cerebrali, tanto che un suo deficit può compromettere l'attenzione, la memoria e l'apprendimento, come mostrano studi convergenti. È vero che la vitamina D è prodotta soprattutto dalla nostra pelle esposta ai raggi solari, ma attraverso il cibo se ne assimila comunque il 10-20 per cento del necessario.

L'elogio delle uova prosegue con i minerali che forniscono: lo zinco, dalle proprietà antiossidanti, e il ferro, che viene impiegato per la sintesi della serotonina e delle sostanze chiave del sistema di ricompensa: la dopamina, che ci spinge a desiderare qualcosa, e gli oppioidi, che ci inondano di piacere.

Alimento sostenibile

E la vecchia storia che le uova facciano male al fegato? Non solo non ha fondamento, ma tuorlo e albume regalano sostanze utili per il buon funzionamento delle cellule epatiche, come la metionina e la colina, la cui carenza

può favorire l'accumulo di grasso (steatosi epatica). Tra l'altro la colina, di cui le uova sono una miniera, è importante per il controllo muscolare, il metabolismo, il sistema nervoso, l'umore e la memoria.

Non ha senso demonizzare un alimento che fa parte da millenni della dieta umana. Sostenibile per giunta. Il totale dei gas a effetto serra, climalteranti, che derivano dalla produzione di uova è un pochino più alto rispetto ai legumi ma molto più basso della carne

di manzo. In altri termini, se le uova sostituissero in parte bistecche e insaccati, potrebbero essere tra i cibi che contribuiscono a frenare le emissioni (e il conseguente riscaldamento globale) legate al sistema alimentare.

Per rispetto degli animali, si dovrebbero scartare le confezioni che segnalano la provenienza da galline in gabbia. È il codice impresso sul guscio a dare una serie di informazioni: il numero all'inizio si riferisce al tipo di allevamento, a cominciare dallo 0 che indica quello biologico fino al 3, il peggiore. **io**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Bianchi (Avis)

«Autosufficienti sul plasma La vera sfida dell'Italia»

Il presidente dell'associazione nella giornata mondiale dei volontari sangue: «Negli Usa è un business a pagamento. Difendiamo il valore del dono»

di **Maddalena De Franchis**

ROMA

«**Oggi più** che mai è necessario difendere il dono». È un'esortazione a suo modo rivoluzionaria, quella scandita da Oscar Bianchi, presidente nazionale Avis, nella Giornata del donatore di sangue, celebrata oggi in tutto il mondo. Ancor più potente in un'epoca dominata, dice lui, «dai tentativi di sfruttamento commerciale del dono»: se, in Italia, la scelta di donare è volontaria e non remunerata, non è così in altri Paesi, come negli Usa, il più grande mercato di plasma a pagamento. Ecco perché la giornata internazionale del donatore diventa opportunità per «fermarci a riflettere sul valore della donazione volontaria e sul suo essere risorsa preziosa per il Ssn».

Bianchi, Avis contribuisce al 76% del fabbisogno trasfusionale italiano garantendo, così, l'autosufficienza di sangue del Paese. Non basta già così?

«No, perché la disponibilità di sangue, quando ce n'è bisogno, non è mai scontata. Il motivo è semplice: sebbene scienza e tec-

nologia abbiano fatto passi da gigante, nessuno è ancora riuscito a riprodurre sangue e plasma in laboratorio. Sono liquidi insostituibili. Dunque, oggi la priorità è investire nell'autosufficienza nazionale di plasma».

Perché è così importante che l'Italia raggiunga l'autosufficienza proprio sul plasma?

«Il plasma è fondamentale per la produzione dei farmaci plasmaderivati, impiegati nel trattamento di immunodeficienze e altre malattie rare del sistema immunitario, di gravi disturbi della coagulazione come l'emofilia, di alcune malattie neurologiche e autoimmuni, delle patologie del fegato e nel trattamento di pazienti con gravi ustioni (basti ricordare l'emergenza-plasma esplosa a seguito dell'incendio di Crans-Montana, ndr)».

E in che modo oggi il nostro Paese riesce a coprire il gap?

«Ricorrendo all'importazione dall'estero, in primis dagli Stati Uniti, di farmaci plasmaderivati. Un gap che costa alla sanità italiana 300 milioni di euro all'anno: per questo chiediamo già da tempo al governo di investire nella capacità produttiva di plasma».

Cosa significa?

«Significa potenziare la filiera nazionale della donazione, da una parte, ampliando le infrastrutture necessarie per la separazione degli emocomponenti (plasma, piastrine e globuli rossi), dall'altra, sostenendo gli operatori sanitari (medici e infermieri), al fine di garantire una diffusione il più possibile capillare dei servizi trasfusionali».

Cos'altro chiedete al governo?

«Di aiutarci a diffondere la cultura del dono: dietro ogni trasfusione c'è una cultura, uno stile di vita, una forma di cittadinanza attiva che consiste nel farsi carico della salute degli altri, anche se non si conoscono. Oggi più che mai, lo ribadiamo: donare sangue non è un business. È il più alto esempio di solidarietà civile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Oscar Bianchi, bergamasco, 53 anni, è presidente nazionale di Avis, Associazione volontari italiani sangue





Servizio Dottore, ma è vero che

Donare il sangue fa bene anche a chi dona?

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

12 giugno 2026

In Italia sono circa 1,67 milioni i volontari che ogni anno donano sangue e plasma. Nel 2024 le donazioni sono state oltre 3 milioni, consentendo di trasfondere circa 640.000 pazienti e di trattare con medicinali plasmaderivati migliaia di persone ogni giorno. La donazione è gratuita, anonima e volontaria. L'utilità di questo gesto per chi riceve il sangue è fuori discussione: per molti pazienti non esiste alternativa. Ma chi dona lo fa spesso anche nella convinzione, alimentata da articoli di giornale o dal passaparola, di ricavarne un beneficio diretto per la propria salute. È davvero così? Vediamo cosa dicono le evidenze scientifiche.

Donare il sangue mi fa davvero star meglio?

In parte sì, ma non per le ragioni che si sentono dire più spesso. Il beneficio più concreto e documentato è di natura preventiva: ogni volta che si dona il sangue si viene sottoposti a una serie di controlli gratuiti. Prima della donazione si misura la pressione arteriosa, si valuta il livello di emoglobina nel sangue e si compila un questionario sullo stato di salute; a volte viene eseguito anche un elettrocardiogramma. Sul campione prelevato vengono poi eseguiti esami del sangue completi, tra cui emocromo, marcatori per HIV, epatiti B e C, sifilide e, per i donatori periodici, anche colesterolo, trigliceridi, creatinina e ferritina. Si tratta di un vero e proprio check-up che può rivelare condizioni di cui il donatore non era a conoscenza. In questo senso, la donazione è anche un'occasione di medicina preventiva. Di questi controlli e della sicurezza della procedura per il donatore abbiamo parlato nella scheda "Tutti possiamo donare il sangue?" , e della differenza tra donazione di sangue e donazione di plasma nella scheda "Donare il plasma è importante quanto donare il sangue intero?".

Un altro aspetto rilevato in alcuni studi osservazionali riguarda il benessere psicologico: molti donatori riferiscono una sensazione di soddisfazione legata al gesto di aiutare gli altri, un effetto documentato più in generale nel volontariato.

Donare il sangue fa bene al cuore. È vero?

Questa è una delle affermazioni più diffuse, ma le prove scientifiche disponibili non permettono di confermarlo. Le ipotesi biologiche alla base sono due. La prima è che donare sangue regolarmente riduca le riserve di ferro nell'organismo: il ferro in eccesso contribuirebbe alla formazione di molecole dannose per le pareti delle arterie, favorendo nel tempo la comparsa di placche. La seconda è che la donazione riduca la densità del sangue, rendendolo più fluido e meno incline a formare coaguli pericolosi. Attraverso uno di questi due meccanismi, o entrambi, la donazione potrebbe abbassare il rischio di infarto e ictus.

Una revisione sistematica pubblicata nel 2022 ha analizzato 44 studi sull'argomento. Tra quelli di qualità più alta, la maggior parte ha effettivamente riportato un effetto protettivo della donazione sul sistema cardiovascolare. Gli autori avvertono però che questi risultati potrebbero essere distorti dal così detto "effetto del donatore sano": per poter donare occorre superare ogni volta una selezione medica; quindi, i donatori sono per definizione persone già in buona salute, ed è difficile distinguere il beneficio reale della donazione da quello che già esisteva prima di iniziare a donare. La qualità complessiva delle prove disponibili è quindi ritenuta insufficiente per trarre conclusioni definitive, e gli autori concludono ribadendo la necessità di condurre studi randomizzati e controllati di maggiore qualità su questo argomento.

Ci sono limiti da rispettare per tutelare la salute del donatore?

La donazione è sicura, ma non è priva di effetti sul corpo, soprattutto se si dona regolarmente. Ogni donazione di sangue intero comporta una perdita stimata di circa 200-300 mg di ferro. Chi dona frequentemente, soprattutto le donne in età fertile, può andare incontro a una riduzione delle riserve di ferro nell'organismo, una condizione che può manifestarsi con stanchezza, capogiri e difficoltà di concentrazione.

Una revisione sistematica del 2026, commissionata dall'OMS per aggiornare le proprie linee guida, ha analizzato i tre studi randomizzati disponibili sull'argomento e ha confermato che donare con intervalli più brevi di quelli raccomandati tende a ridurre i livelli di emoglobina e di ferritina e ad aumentare il rischio di stanchezza, capogiri e gambe senza riposo, soprattutto negli uomini. Anche rispettare l'intervallo minimo raccomandato di 12 settimane per gli uomini non è sempre sufficiente a ripristinare completamente le riserve di ferro. Gli autori sottolineano però che la certezza complessiva delle prove disponibili resta bassa, e auspicano studi randomizzati di maggiore qualità e durata.

Proprio per proteggere i donatori, la normativa italiana prevede un massimo di quattro donazioni di sangue intero l'anno per gli uomini e per le donne non in età fertile, e di due per le donne in età fertile, con un intervallo minimo di tre mesi tra un prelievo e l'altro. Prima di ogni donazione viene verificato il livello di emoglobina: se risulta troppo basso, la donazione non viene effettuata. La revisione Cochrane sull'integrazione di ferro nei donatori di sangue ha confermato che assumere ferro per bocca riduce il rischio di carenza, ma potrebbe associarsi a effetti collaterali gastrointestinali.

Chi vuole donare regolarmente fa dunque bene a seguire le indicazioni del medico del centro trasfusionale e a segnalare eventuali sintomi di stanchezza insolita tra una donazione e l'altra.

Allora conviene donare o no?

Donare il sangue è un gesto di grande utilità collettiva: il sangue è un farmaco salvavita che non può essere prodotto in laboratorio e per il quale non esistono alternative. Dal punto di vista della salute individuale del donatore, il beneficio più certo è quello dei controlli periodici gratuiti, che permettono di monitorare il proprio stato di salute nel tempo. I presunti vantaggi cardiovascolari non sono al momento supportati da prove solide, e chi decide di donare dovrebbe farlo per le ragioni giuste: aiutare gli altri, non come strategia di prevenzione personale. La donazione è sicura se avviene nel rispetto delle indicazioni mediche e degli intervalli previsti dalla normativa. Per sapere se si è idonei e come comportarsi in presenza di patologie o terapie in corso, è importante rivolgersi al proprio medico di medicina generale. Per gli appelli di richiesta sangue urgente sui social, invece, rimandiamo alla scheda "Gli appelli con richieste di sangue possono non essere affidabili?".

Leggi la scheda integrale sul sito [dottoremaeveroche](http://dottoremaeveroche.it) di Fnomceo

Servizio Medici e tecnologia

Neurologia, così l'AI dà una mano per cure su misura e diagnosi precoce

L'intelligenza artificiale potrà incidere sulla neurologia solo se sapremo governarla, validarla e inserirla in un modello in cui tecnologia e responsabilità clinica procedano insieme

*di Tommaso Bocci **

12 giugno 2026

Sono trascorsi diversi secoli da quando Omero nell'Iliade suggerì una brillante definizione ante litteram di intelligenza artificiale e "machine learning", raccontando nel libro di esseri umanoidi costruiti da Efesto per servire gli dèi, capaci di imparare, prendere decisioni e correggere errori interni.

Da allora molto è cambiato. Le basi computazionali dell'intelligenza artificiale sono presenti dalla seconda metà del Novecento, ciò che oggi rende l'IA centrale è la necessità di organizzare, sistematizzare e comprendere una mole di dati non sempre interpretabile con strumenti tradizionali. Con lo sviluppo delle neuroimmagini, il cervello è diventato leggibile attraverso milioni di pixel, byte e segnali.

Il ruolo dell'AI

Perché l'intelligenza artificiale è così importante in neurologia? Da alcuni anni, soprattutto per malattie come Parkinson e Alzheimer, assistiamo a uno scenario auspicabile e complesso: abbiamo più informazioni, ma non sempre siamo in grado di gestirle. L'IA può leggere grandi quantità di dati, riconoscere pattern, monitorare i pazienti attraverso sensori indossabili e costruire modelli predittivi utili alle decisioni cliniche. Ma pone anche una domanda: come usare questi strumenti senza indebolire la responsabilità del medico e la relazione con il paziente?

Possibilità e sfide attorno a cui si è sviluppata, al 65° Congresso nazionale SNO – Scienze Neurologiche Ospedaliere, la sessione "Intelligenza artificiale nelle neuroscienze", all'Università Mediterranea di Reggio Calabria. Clinici, ricercatori ed esperti di etica hanno discusso il passaggio dell'AI "dal letto al cloud", dalla pratica neurologica quotidiana alle grandi reti cooperative di analisi dei dati.

Il "caso" Parkinson

Per il Parkinson ad esempio negli ultimi anni tre innovazioni hanno trasformato la stimolazione cerebrale profonda, o Deep Brain Stimulation: gli elettrodi direzionali, il Brain Sensing e la stimolazione cerebrale adattativa. La DBS consiste nello stimolare elettricamente un piccolo nucleo, il subtalamo, centrale nella complessa circuiteria che genera e sostiene la malattia.

Gli elettrodi oggi sono sempre più sofisticati: i contatti di stimolazione, più piccoli e numerosi, permettono di orientare meglio la corrente, risparmiare batteria e ridurre eventi avversi. Ma una maggiore precisione moltiplica anche le possibili combinazioni. Spesso, le seppur accurate conoscenze mediche e anatomiche del neurologo e del neurochirurgo non bastano per individuare i parametri migliori per il singolo paziente.

Il Brain Sensing ha aggiunto un ulteriore livello di complessità: dopo anni di sperimentazioni, siamo riusciti a registrare la "voce" del subtalamo e di altri attori della malattia, identificando frequenze cerebrali correlate ai sintomi. Questo ha aperto la strada a dispositivi capaci di suggerire quali contatti attivare o, nella stimolazione adattativa, di modificare in tempo reale alcuni parametri in base alla contingenza.

Tutto ciò ha migliorato il nostro lavoro? Solo in parte. Perché all'aumentare delle informazioni aumenta anche l'entropia del sistema: non sempre sappiamo se ciò che registriamo sia rumore, causa o effetto della malattia, o un epifenomeno di processi che ancora sfuggono alla nostra comprensione. Studi recenti mostrano che le frequenze specifiche di malattia non sono presenti ovunque, non compaiono in tutti i pazienti e i due emisferi cerebrali possono rispondere in modo differente.

I dispositivi indossabili

A questi dati si aggiungono quelli dei dispositivi indossabili, che registrano velocità e ampiezza dei movimenti, e quelli ottenibili con tecniche meno invasive, come l'elettroencefalogramma di superficie. In prospettiva, sensori e segnali cerebrali potranno contribuire a diagnosi più precoci e trattamenti sempre più personalizzati, ritagliati sul singolo paziente come una camicia di sartoria.

Alla base di un corretto impiego dell'intelligenza artificiale resta però la conoscenza del mezzo. La formazione è indispensabile: per questo a Milano abbiamo introdotto, tra i primi in Italia, un corso specifico sull'intelligenza artificiale nelle professioni sanitarie. Innovazioni di questa portata devono essere accessibili e comprese, non riservate a pochi.

Il controllo delle informazioni prodotte dall'IA deve sempre prevedere un passaggio umano. L'intelligenza artificiale potrà incidere sulla neurologia, ma solo se sapremo governarla, validarla e inserirla in un modello di cura in cui tecnologia e responsabilità clinica procedano insieme.

** Neurologo SNO, Dirigente Medico ASST Santi Paolo e Carlo, Professore Associato in Neurologia presso Università degli Studi di Milano Statale*

Servizio Ricerca

Arterie sempre giovani e meno rischi d'infarto? Missione possibile con l'enzima CD38

La senescenza cellulare agevola la rottura delle placche e favorisce lo sviluppo di trombosi in chi fa trattamenti antitumorali: allo studio farmaci mirati

di Federico Mereta

12 giugno 2026

Si sa. A volte i trattamenti per combattere il cancro, pur essendo irrinunciabili, possono avere effetti indesiderati a carico di cuore ed arterie. Conseguenza: aumentano i rischi di eventi cardio e cerebrovascolari. Il problema è che fino a qualche tempo fa capire davvero cosa accade nell'imperscrutabilità delle vie molecolari e biochimiche dell'organismo tanto da peggiorare il profilo di rischio in questi casi era praticamente impossibile. Ora però si è accesa una lampadina. A far sperare di poter dire "eureka" è una ricerca che ha individuato un nuovo percorso invisibile che contribuisce a spiegare come le alterazioni nel flusso del sangue possano favorire il formarsi di placche aterosclerotiche instabili, più pronte a rompersi e quindi ad occludere con il loro contenuto un'arteria, portando ad infarto ed ictus. Tutto passerebbe attraverso la riduzione dei livelli di proteine protettive nelle cellule dei vasi sanguigni, con conseguente attivazione di un particolare enzima della senescenza, chiamato CD38. Sarebbe questo, alla fine, a danneggiare la parete delle arterie a facilitare la trombosi. A dirlo è lo studio degli esperti dell'Università del Texas - MD Anderson Cancer Center, apparso su *Circulation Research*. Oltre ad aiutare la comprensione di meccanismi di senescenza cellulare delle unità sane legati alle cure antitumorali, lo studio indica prospettive di terapia farmacologica per limitare l'infiammazione e l'invecchiamento cellulare, con possibile effetto "gerovital" per le cellule delle arterie.

Le placche diventano pericolose

La ricerca, coordinata da Sivareddy Kotla e Jun-ichi Abe, ha preso in esame le cellule senescenti. Queste unità dell'organismo, pur essendo sottoposte a intenso stress per l'azione di alcuni farmaci antitumorali, non riescono più a moltiplicarsi ma non muoiono. Soprattutto, perdono proteine regolatrici chiave, chiamate LATS1/2. Il processo porta quindi ad attivare l'enzima CD38, che riprogramma il modo in cui queste cellule utilizzano l'energia e le rende più instabili. Risultato: cresce l'infiammazione della parete arteriosa, la placca si fa meno "sicura" e si possono verificare più facilmente ostruzioni da rottura della lesione aterosclerotica con blocco della circolazione del sangue. "I nostri risultati forniscono un collegamento meccanicistico finora sconosciuto tra senescenza e trombosi, che aiuta a spiegare perché alcune placche possono improvvisamente diventare pericolose – è il commento di Kotla in una nota -. Comprendere come le cellule che invecchiano riorganizzano l'ambiente circostante e innescano l'instabilità della placca è essenziale per lo sviluppo di strategie terapeutiche in grado di ridurre il rischio di gravi eventi cardiovascolari".

Dal laboratorio alla terapia

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

I ricercatori hanno studiato le cellule endoteliali, quelle che si trovano internamente sulle arterie, vedendo che si modificano dopo aver “perduto” le proteine LATS1/2, che normalmente mantengono il benessere delle unità cellulari sane. Non solo: oltre all’invecchiamento cellulare, all’instabilità di placca e all’infiammazione, gli studiosi hanno dimostrato che le cellule che invecchiano precocemente portano ad aumentare i valori di CD38. In modelli sperimentali si è visto che questo meccanismo può portare a riprogrammare il metabolismo e le fonti di energia della cellula: che quindi deve consumare più energia e di conseguenza arriva ad innescare l’infiammazione. così la placca si destabilizza. Importante è rilevare che inibendo CD38 si sono invertiti gli effetti sia in vitro che in vivo. Insomma: seppur a livello sperimentale, si è visto che anche in tessuti di placche aterosclerotiche umane accade questo. Il che porta a pensare che esista una connessione “nuova” tra i modelli di flusso sanguigno, il metabolismo cellulare e le malattie vascolari. Come segnala Abe, “ci auguriamo che questo lavoro apra nuove strade per prevenire la progressione della placca e le complicanze trombotiche”.

Le prospettive future

Sia chiaro: siamo solo all’inizio. Ma va comunque detto che esistono già alcuni inibitori del CD38 per la cura di alcune forme tumorali. Per cui si può pensare ad una più semplice esplorazione di trattamenti mirati a questo target, per puntare a stabilizzare le placche, limitare l’infiammazione e controllare il rischio infarto ed ictus. “Siamo sempre alla ricerca di comprendere meglio i meccanismi per cui i nostri vasi si ammalano di aterosclerosi spesso oltre i livelli di colesterolo – commenta Stefano Carugo, ordinario di Cardiologia e direttore della Cardiologia del Policlinico di Milano -. Questo studio sembra intercettare un meccanismo particolare dove bloccando l’enzima CD38 possiamo salvare le nostre arterie stabilizzando le placche aterosclerotiche. Per ora si parla di modelli sperimentali, ma la ricerca sembra assai interessante con possibili risultati clinici assai importanti”. Per la cronaca, CD38 è un enzima complesso che esercita un ruolo chiave nella regolazione del metabolismo cellulare e del calcio ed è un bersaglio terapeutico fondamentale nel trattamento di alcuni tumori del sangue come il mieloma multiplo.



Servizio L'azienda biomedicale

Theras compie 15 anni e guarda a diabete, dolore cronico e controllo del peso

I piani di espansione e le acquisizioni e un progetto che unisce sport e sensibilizzazione sul diabete di tipo 1 e sulle patologie croniche

di Redazione Salute

12 giugno 2026

Theras, l'azienda biomedicale italiana fondata nel 2011 a Salsomaggiore Terme, si prepara a festeggiare i primi 15 anni. E per celebrare l'anniversario è pronta ad annunciare "Theras for Sport con Alice Degradi". Un progetto che unisce sport e sensibilizzazione sul diabete di tipo 1 e sulle patologie croniche. L'iniziativa, che prenderà il via a Salsomaggiore con il torneo volley femminile under 16 del prossimo 13 giugno, nasce con l'obiettivo di coinvolgere le nuove generazioni attraverso il linguaggio dello sport, promuovendo consapevolezza, inclusione e attenzione alla salute tramite il coinvolgimento di Alice Degradi, pallavolista professionista con diabete tipo 1.

I numeri della crescita dell'azienda

A quindici anni dalla fondazione, Theras prosegue la propria crescita e guarda a ricavi consolidati di oltre 290 milioni di euro nel 2026. Il gruppo, attivo nel settore medtech, ha registrato nel 2024 ricavi per 131 milioni di euro, grazie al piano di sviluppo 2020-2030 basato su operazioni di M&A, ampliamento dei segmenti terapeutici e una graduale espansione internazionale. La recente acquisizione di Pic Solution, proietta Theras a una crescita prevista di circa l'87%. I dati consolidati relativi al 2025 saranno presentati ufficialmente nel corso dell'estate. Fondata nel 2011 a Salsomaggiore Terme con un team di tre persone, Theras è cresciuta fino a contare oggi oltre 300 dipendenti, un portafoglio di 150 tecnologie, 101 progetti di sviluppo in corso e 27 brevetti, all'interno di uno dei principali distretti europei del biomedicale, quello italiano, riconosciuto per la concentrazione di competenze e innovazione.

Lo sviluppo futuro e le acquisizioni

Il piano di sviluppo al 2030 ha puntato su tre direttrici principali: rafforzamento nei segmenti del diabete, del dolore cronico e del controllo del peso, ampliamento del portafoglio prodotti, diversificazione dei canali e crescita attraverso acquisizioni mirate. Accanto allo sviluppo dimensionale, l'azienda ha avviato un percorso di managerializzazione e ha consolidato una struttura organizzativa in grado di sostenere l'espansione. Un passaggio decisivo nel percorso del Gruppo è stato rappresentato dalle operazioni di M&A. Prima con l'acquisizione di una quota di partecipazione in Gelesis, azienda italiana produttrice di un dispositivo medico per la perdita di peso, con l'obiettivo di rendere accessibile anche l'innovazione che nasce dal suolo italiano. Poi con l'acquisizione di PIC Solution, marchio storico italiano, presente in oltre 11.000 farmacie, che ha rafforzato il posizionamento dell'azienda e aperto un accesso diretto al mercato del medical

selfcare, con una diversificazione dei canali e l'ingresso nei mercati esteri. L'espansione guarda in particolare all'Europa. persone ogni giorno.

Il Ceo: «Paziente al centro con un ecosistema di soluzioni concrete»

«Il nostro percorso nasce da una visione chiara: mettere il paziente al centro e costruire intorno a lui un ecosistema di soluzioni concrete», afferma Federico Ferrari, CEO del Gruppo. «Oggi Theras è una realtà solida e in crescita, ma soprattutto è un progetto collettivo che unisce competenze, tecnologia e ascolto. È un'azienda in cui le persone si riconoscono e partecipano attivamente, ed è anche per questo che il quindicesimo anniversario è particolarmente sentito all'interno del gruppo. Nei prossimi anni vogliamo accelerare ulteriormente la crescita, rafforzare l'integrazione tra le diverse aree terapeutiche e rendere le nostre soluzioni sempre più accessibili e capaci di generare un impatto reale nella vita delle persone.»

Domenico Zuccarella

“Vivo nella sofferenza e chiedo di poter morire Lo Stato smetta di ignorare le mia scelta”

Lombardo, 59 anni, è malato di sclerosi multipla dal 2009 e muove solo tre dita di una mano: “Serve una legge”

L'INTERVISTA
ELISA FORTE

Domenico muove solo tre dita della mano sinistra. Da sette mesi chiede di poter morire. Nessuno gli risponde. «Si metta nei nostri panni», gli ha detto lo psichiatra. Lui ha risposto: «Fate voi una, di giornata come le mie». Lo hanno incontrato sei volte. Lo hanno rigirato come un calzino - psichiatra, psicologo, neurologo, medico legale, anestesista, specialista cure palliative - per stabilire se sia abbastanza lucido per decidere di voler morire. Poi, dal 23 marzo, più niente.

Domenico Zuccarella, 59 anni, è di Giussano, faceva l'imbianchino. Dal 2009 la sclerosi multipla lo ha preso pezzo per pezzo. Viene imboccato, vive - tra sofferenze indicibili - tra letto e carrozzina. L'8 novembre 2025 ha chiesto all'Asst (Azienda Socio-Sanitaria Territoriale) Ovest Milanese di Legnano di verificare se possiede i requisiti per il suicidio medicalmente assistito. Sette mesi dopo, nessuna risposta. Eppure le linee guida dell'assessore lombardo al Welfare Guido Bertolaso fissano il tempo massimo del Collegio di valutazione per concludere l'iter: 145 giorni, quasi cinque mesi. Termine già scaduto. Le indicazioni operative della Regione Lombardia chiedono di agire «in un'ottica di tutela della dignità della persona e di minimizzazione delle sofferenze». L'Asso-

ciazione Luca Coscioni ha diffidato l'azienda. Lui aspetta, tra dolori ormai intollerabili. Lo abbiamo incontrato insieme al suo amministratore di sostegno, Stefano Galli - «un mio amico da quarant'anni» - e al fiduciario Giorgio Longoni.

Domenico, partiamo da lei: chi era prima della malattia, e come è entrata nella sua vita?

«Facevo l'imbianchino, vivevo a Giussano, ero single. Una vita normale, come tutti. La sclerosi è arrivata per caso, nel 2009: mi cedevano i piedi, mal di schiena, dolori sparsi. All'inizio non ci fai caso. Invece ha galoppato. Dopo un anno andavo con le stampelle, poi la carrozzina. Tre anni fa mi sono bloccato del tutto».

Com'è una sua giornata, oggi?

«Brutta. Non mi piace per niente. Muovo tre dita della mano sinistra, alzo il braccio di appena cinque centimetri. Mi imboccano. Mi tirano giù dal letto verso le undici, alle due torno a letto, mi rialzano alle sei e mezza per la cena. Ogni due giorni mi svuotano l'intestino. Prendo una valanga di medicine: per la malattia, per i dolori, per il trigemino, e gli anti-coagulanti per non rischiare un'altra trombosi polmonare. Questa malattia non torna indietro».

Quando e come ha deciso di chiedere il suicidio medicalmente assistito?

«L'Associazione Coscioni l'ho conosciuta dopo la mia decisione. Io volevo già farla finita: troppi dolori, non mi muovevo più. Un amico conosceva Cappato, l'ha in-

terpellato, e ci siamo affidati a loro per gli iter amministrativi e per la consulenza legale. Sono sempre in ascolto, puntuali, presenti».

Poi cosa è successo? Quante volte ha incontrato i medici della Commissione?

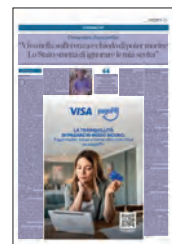
«Sei volte. Mi hanno incontrato, interrogato, visitato. Prima un medico legale e uno psichiatra, per la capacità di intendere e di volere: positiva. Poi una commissione di sei persone, c'erano anche uno psicologo e un neurologo. Tra plenarie e colloqui, sempre le stesse domande. Spesso spiazzanti. “Come ti senti se c'è il sole?”, “Se piove?”, “Quando vengono gli amici?” Cose così. Mi sono sentito preso in giro. Mai accolto per quello che sono, per le mie reali intenzioni, per le sofferenze che ho addosso».

Cosa è successo nell'ultimo incontro, il 23 marzo?

«Mi sono lamentato per i tempi. È il loro primo caso, si vedeva che non sapevano cosa fare e prendevano tempo. Il fatto che non ci sia una legge chiara sul fine vita non li aiuta».

Da quel giorno, silenzio. Che spiegazione si è dato?

«Di aver parlato a vuoto. Io ero un numero, una pratica da sbrigare. Per la risposta siamo già fuori tempo. E io continuo a soffrire».



LA STAMPA

Che ruolo ha avuto l'Associazione Luca Coscioni?

«Senza di loro sarei solo. Il collegio legale, coordinato dall'avvocata Filomena Gallo, ha inviato all'azienda una messa in mora e una diffida ad adempiere: chiudete subito la verifica. L'azienda prende tempo e non risponde».

Chi le sta vicino in questo periodo?

«Gli amici. Sono quello che riceve più visite: oggi a pranzo siamo in cinque o sei. Non mi hanno mai lasciato. Vivo in una residenza per disabili; il Comune di Giussano, dove

abitavo, ha sempre aiutato a pagare la retta. Conforta. Ma non toglie il dolore».

C'è un momento, di questi incontri, che le è rimasto addosso?

«Sì. A un certo punto uno psichiatra mi ha detto di mettermi nei loro panni. Io. Che faccio una giornata così. Devo mettermi nei panni di chi deve decidere se posso morire. Gli ho risposto: "fatene voi una, di giornata come le mie"».

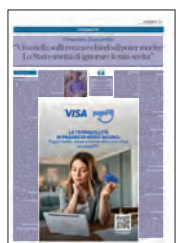
Cosa vuol dire, adesso, a chi tiene ferma la sua pratica?

«Rispondetemi. Soffro troppo, davvero tanto, non

so più come dirlo. Dipendo dagli altri per tutto. Per mangiare. Per lavarmi. Per alzarmi dal letto. Per fare una telefonata. Perfino per andare in bagno. Mettetevi voi nei miei panni, per una sola giornata. Poi lasciatemi andare». —

Domenico Zuccarella
ex imbianchino

L'associazione
Coscioni
l'ho conosciuta
dopo aver preso la
mia decisione. Sono
presenti, in ascolto



IL MINISTRO DELLA SALUTE

Guido Filippi / PAGINA 17

Schillaci: «Liguria ok
su liste di attesa
e Case della comunità»

Schillaci promuove la Liguria «Bene le Case della comunità»

Il ministro della Salute oggi a Genova: «Già aperte 32 strutture, potenziata la sanità territoriale»

Guido Filippi

«**L**a Liguria ha raggiunto l'obiettivo di 32 Case della comunità già aperte: è un traguardo apprezzabile e dimostra che quando si lavora bene, come ha fatto il presidente Bucci con la fattiva collaborazione dell'assessore Nicolò, i risultati ci sono; così si riesce ad ottenere un adeguato potenziamento della sanità territoriale».

Il ministro della Salute Orazio Schillaci promuove la Liguria su uno dei temi più attuali e al centro delle polemiche politiche. Stamattina dalle 10 sarà a Genova per partecipare, ai Magazzini del Cotone, alla due giorni organizzata da Motore Sanità e Telenord: in calendario due giorni di incontri e dibattiti sulla gestione e sull'organizzazione, oltre alla riunione, organizzata dalla Liguria, della Commissione Sanità della Conferenza delle Regioni. Faranno gli onori di casa il presidente della Regione Marco Bucci, l'assessore alla Sanità Massimo Nicolò e il direttore generale Paolo Bordon. Tra gli invitati il sottosegretario alla presidenza del Consiglio con delega all'Innovazione tecnologica Ales-

sio Butti e il presidente del Consiglio Superiore di Sanità Alberto Siracusano.

Si parlerà di progetti, di intelligenza artificiale, di anziani e ovviamente anche di lista d'attesa. Schillaci dà un voto alto alla Liguria, prendendo spunto dall'ultimo report nazionale di Agenas, il braccio operativo del ministero della Salute che valuta l'attività delle aziende sanitarie e ospedaliere. «I dati Agenas certificano un netto miglioramento della Liguria nella gestione delle liste d'attesa. Nel primo quadrimestre 2026 la percentuale dei tempi rispettati per le visite specialistiche è passata dal 58% all'83,1%, mentre per gli esami diagnostici si è saliti dal 67,7% all'86,3%».

Preferisce non entrare nel dettaglio del quadro ligure dove, comunque, ci sono sempre situazioni di difficoltà con tempi d'attesa per alcune visite specialistiche - dermatologia e oculistica per fare due esempi - che si avvicinano ai dodici mesi, così come, soprattutto nello spezzino e nell'imperiese, gli appuntamenti per Tac e Risonanze magnetiche sfiorano l'anno. Il ministro, finito al centro delle polemiche per la bocciatura, da parte delle governo, della "sua" ri-

forma sul ruolo dei medici di famiglia, si fermerà a Genova per alcune ore; definisce la Liguria «un esempio chiaro di come, applicando correttamente le misure adottate dal governo Meloni, le regioni sono nelle condizioni di dare, nei tempi giusti, risposte valide alle esigenze di salute dei cittadini».

Anche oggi, come sabato a Cagliari dove ha partecipato a un appuntamento organizzato da Fratelli d'Italia, farà il punto sulle Case della comunità: «Raggiungeremo il target nei tempi previsti, ossia entro la scadenza del Pnrr fissata al 30 giugno. Non possiamo accontentarci di adempiere al target Ue, ma vogliamo che al centro di questa operazione ci siano gli operatori sanitari». Ha ribadito che il Piano sanitario nazionale sarà presentato alle Regioni prima dell'estate.

Sulle Case della comunità, Schillaci ha ricordato che lo stanziamento del Pnrr «è stato pensato solo per infrastrutture, ma bisogna pensare anche a chi an-



drà a lavorarci. Serve una medicina di prossimità che curi le persone e, posto che il Servizio sanitario nazionale deve restare fedele ai valori fondanti del 1978, garantendo gratuità e universalismo delle cure, dobbiamo considerare che abbiamo una popolazione che invecchia: bisogna garantire che vivano di più e meglio. È necessaria una politica che si basi sulla prevenzione. Vorrei che da subito il Servizio sanitario nazionale si occupasse di far sì che gli italiani non si ammalinno».

Per questo «La medicina territoriale è fondamentale. La riforma della sanità territoriale va fatta congiuntamente da governo, Regioni e operatori sanitari: non possiamo non collaborare con gli attori principali che sul fronte a erogare prestazioni per i pazienti. Le Case della comunità devono essere il motore di una modernizzazione del Servizio sanitario nazionale. Cedo che abbiamo fatto tanto, ancora di più dobbiamo fare, però dobbiamo cambiare, dobbiamo avere il coraggio di

cambiare. Questo è un governo che ha il coraggio di aver cambiato tante cose. La sanità va cambiata perché è cambiato il mondo e noi abbiamo delle idee precise su questo, su come modernizzare la sanità». —

ORAZIO SCHILLACI
MINISTRO DELLA SALUTE

Quando si lavora bene, come hanno fatto il presidente Bucci e l'assessore Nicoló, i risultati ci sono

I dati Agenas certificano un netto miglioramento della Liguria nella gestione delle liste d'attesa



Da sinistra: il ministro Orazio Schillaci, il deputato Matteo Rosso e il presidente Marco Bucci



La sanità in crisi “La nostra ricetta per le liste d’attesa”

di **EMILIANO PRETTO**
→ a pagina 5



L'INTERVISTA

Leodori “Rocca bocciato sulle case di Comunità va data forza al territorio”

di **EMILIANO PRETTO**

La propaganda del governatore Rocca cerca di mascherare la realtà. La verità è che nel Lazio le liste di attesa sono peggiorate, i cittadini rinunciano alle cure e le Case di comunità non hanno personale». Daniele Leodori, segretario regionale del Pd, appena uscito dall’iniziativa “Salute: persone, territori, diritti - Accanto alle persone, dentro le fragilità”, un confronto promosso al Centro studi Persone e salute dei dem, fa il punto sul tema e parla del laboratorio permanente di controproposta sulla sanità del Partito democratico.

Segretario, la sintesi emersa al termine di questo incontro è che secondo il Pd la sanità è in peggioramento. È così?

«Purtroppo sì, e basta leggere i dati di enti indipendenti per capirlo. Il Lazio ha una spesa sanitaria pro

capite tra le più alte d’Italia, ma

secondo l’Istat il 12% dei cittadini della nostra regione rinuncia alle cure. La seconda percentuale più alta del Paese contro una media nazionale del 7,6%. Nel Lazio, poi, la spesa sanitaria pubblica pro capite si attesta intorno a 852 Euro contro una media nazionale di 730. Tuttavia, a causa del sotto finanziamento pubblico, ogni famiglia in Italia affronta una spesa propria di ulteriori 1.480 Euro medi anni. Nel Lazio si arriva a quasi a 2.000 euro».

Come va con le liste d’attesa?

«C’è carenza di personale e le liste d’attesa sono sempre più lunghe. Al di là della propaganda del presidente Rocca che continua a parlare di visite nei tempi diverse inchieste giornalistiche hanno messo in evidenza come sia facile

interpretare i numeri in maniera diversa. I cittadini sanno benissimo quale è la realtà».

La Regione, però, in questi anni ha aperto molte Case di Comunità per dare alternative.

«Si ma dopo le inaugurazioni basta recarsi in una qualsiasi Casa di comunità per capire bene come queste siano inutilizzate o sotto utilizzate. Secondo i dati dell’osservatorio Gimbe solo il 7%



ha un servizio attivo contro la media nazionale di quasi il 30%».

Il centrodestra nazionale aveva predisposto una riforma dei medici di base per aiutare le Case di comunità ad avere più personale. Poi però la stessa destra l'ha bocciata.

«La destra fa la doppia parte in commedia. Hanno proposto la riforma e l'hanno affossata. Al di là del merito del contenuto è una cosa assolutamente inaccettabile. Lo sa lo stesso Rocca che risulta molto arrabbiato per la situazione visto che il Lazio, assieme ad altre due Regioni, è stato l'alfiere di questa riforma alla conferenza

Stato-Regioni».

Quali sono le proposte del Pd?

«Il nostro nuovo laboratorio lavorerà nei prossimi 12 mesi con professionisti, cittadini e amministratori su sei tavoli su disagio precoce, invecchiamento, professioni, territorio, donne e medicina di genere, e infine ricerca. Al centro ci sarà il rafforzamento della sanità territoriale e delle Case della comunità».

Una, quella sul disagio psicologico, l'avete appena presentata. Di che si tratta?

«È una proposta di iniziativa popolare che ha raccolto quasi 15 mila firme e che ha l'obiettivo di

porre al centro dell'agenda il tema del disagio psicologico soprattutto tra giovani e adolescenti. Questo perché il 50% dei disturbi psichici ha origine prima dei 18 anni e nel Lazio ne soffrono in varie forme 1,5 milioni di persone. Bisogna intervenire».

Il 12% dei cittadini rinuncia alle cure. Lavoreremo a delle controproposte come già fatto con il disagio psicologico

I NUMERI

12%

Addio cure

La percentuale di cittadini che secondo l'Istat nel Lazio rinuncia a curarsi

7%

Le strutture

Le case della Comunità che secondo l'osservatorio Gimbe hanno un servizio attivo



Il segretario regionale del Partito democratico, Daniele Leodori



Giornata del donatore: Gemelli in prima linea per incentivare i prelievi

LA CAMPAGNA

L'ansia e il timore di sentirsi male durante il prelievo del sangue, ma anche una comunicazione spesso incentrata sull'emergenza e sull'allarme. Sono fattori che spesso frenano i potenziali donatori di sangue dal compiere il primo passo. Per questo, in occasione della Giornata mondiale del donatore di sangue, che ricorre oggi, il Policlinico Gemelli prova a cambiare prospettiva e a raccontare la donazione in modo diverso, con l'obiettivo di avvicinare quante più persone possibile.

Nasce così una nuova campagna all'insegna dell'empatia e del-

la positività. L'obiettivo è ribaltarne la narrazione: «Il sangue non è simbolo di malattia, ma carburante della quotidianità», si legge in una nota. Donare, infatti, «non significa semplicemente riempire una sacca, ma restituire a qualcuno la propria normalità: correre, ridere, abbracciare i propri cari». Al fianco della Fondazione Policlinico Gemelli Irccs, in questa iniziativa c'è il Gruppo donatori di sangue Francesco Olgiati Odv.

I NUMERI

La necessità di nuove donazioni, però, resta concreta. «Ogni anno i pazienti del Policlinico Gemelli vengono trasfusi con oltre 20mila unità di globuli rossi, 4mila concentrati piastrinici e 4mila unità di plasma», spiega il professor Nicola Piccirillo, direttore

della Uoc di Emotrasfusione del Gemelli. Nel 2025 sono state registrate 10.225 donazioni di sangue intero e 716 donazioni in aferesi. Nei primi quattro mesi del 2026, invece, si contano già 3.726 donazioni di sangue intero e 173 in aferesi, che hanno consentito di trasfondere oltre 6.800 unità di emazie e più di 1.400 concentrati piastrinici. «Nonostante questi numeri, circa il 50% delle unità di globuli rossi utilizzate dal Gemelli proviene da altri centri trasfusionali, anche fuori regione», osserva Piccirillo. Un dato che conferma quanto il bisogno di sangue resti costante.

C.R.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**POLICLINICO: DONAZIONI
IN AUMENTO
MA IL FABBISOGNO
DI GLOBULI ROSSI
E PLASMA RESTA
SEMPRE ALTO**



Nuova campagna del Policlinico Gemelli, all'insegna dell'empatia e della positività, per incentivare le donazioni di sangue



Sanità

Autismo,
il progetto
del Lazio
1° in Italia

All'inizio, in tutta la Regione, erano solo quattro i centri polivalenti per i giovani adulti con spettro autistico. Erano un esperimento, un modo per continuare a tenere una luce accesa su questi ragazzi e queste ragazze che dopo aver terminato le scuole superiori «si espongono al rischio della perdita delle competenze ac-

quisite», come si legge nel Piano regionale per l'autismo varato dalla giunta Rocca un anno fa. Ora quei centri da 4 diventano 10, uno per ogni Asl territoriale che opera nel Lazio. L'investimento iniziale da 2 milioni di euro diventa più che doppio: 5 milioni.

a pag. 37

Autismo, in arrivo 10 nuovi centri «Formeranno una rete regionale»

► Il progetto del Lazio per assistere e formare giovani e adulti si è classificato al 1° posto nel contest della pubblica amministrazione. L'assessore Maselli: «Investimento da 5 milioni»

IL PROVVEDIMENTO

All'inizio, in tutta la Regione, erano solo quattro i centri polivalenti per i giovani adulti con spettro autistico. Erano un esperimento, un modo per continuare a tenere una luce accesa su questi ragazzi e queste ragazze che dopo aver terminato le scuole superiori «si espongono al rischio della perdita delle competenze acquisite», come si legge nel Piano regionale per l'autismo varato dalla giunta Rocca un anno fa. Il primo testo regionale che guida le famiglie all'accesso e la tipologia di servizi disponibili.

Ora quei centri da 4 diventano 10, uno per ogni Asl territoriale che opera nel Lazio. L'investimento iniziale da 2 milioni di euro diventa più che doppio: 5 milioni di euro. La sperimentazione continua, dunque. «Le famiglie mi hanno detto che questi centri hanno cambiato loro la vita e così mi sono convinto a rafforzare la rete socio-sanitaria di supporto che include E così l'assessore si è convinto a rafforzare questa rete aumentando i centri», racconta l'assessore all'inclusione sociale e servizi alla perso-

na della Regione Lazio, Massimiliano Maselli. «Indipendenza abitativa e opportunità lavorative, i giovani adulti autistici hanno bisogno di questo», sottolinea. E i dieci centri diurni da 25 posti l'uno hanno questa missione fino al 2028. «Ma la vera sfida sarà dal 2029 in poi, e cioè rendere questi centri strutturali, finanziati con fondi regionali e non più solo con fondi europei come ora», spiega Maselli.

Per capire l'importanza di un luogo come questo dove i ragazzi fanno sport, laboratori artistici, agricoltura sociale, formazione lavorativa e tanto altro, basta leggere la lettera di una mamma, il suo sollievo e la sua preoccupazione se il centro dovesse chiudere.

EQUILIBRIO

«La nostra vita è complicata, camminiamo su un filo e ogni momento dobbiamo saper fare scelte giuste per mantenerci in equilibrio». Nella lettera che abbiamo potuto consultare si parla di quanto sia vitale per un ragazzo autistico imparare a gestire il denaro, per esempio. Lo è per

tutti, si dirà. Ma queste persone spesso collezionano altre forme di disabilità che rendono tutto un po' più complicato. Epilessia, ritardo cognitivo, Adhd, disturbi specifici dell'apprendimento, compromissione del linguaggio, problemi di comportamento. Le diagnosi di autismo sono in aumento. Quando finisce la scuola si spegne la luce. Un centro polivalente come questo rappresenta una possibilità di non spegnersi per la famiglia e di non spegnere il giovane grazie a «una visione bio-psico-sociale della disabilità». Dall'affettività al lavoro, dall'acquisizione di sicurezza all'autonomia. Non un approccio solo sanitario, insom-



ma. Innovativo, infatti, anche il coinvolgimento del terzo settore che per partecipare al bando doveva scrivere un progetto in partenariato con l'Asl. Sono arrivate 28 proposte, le prime dieci daranno forma ai centri.

Il progetto ha vinto il primo premio nell'ambito dell'area tematica "Innovazione sociale, inclusione, fragilità" del contest "PA OK! Insieme per creare valore pubblico", promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica e realizzato da Formez, con il contributo scientifico della SDA Bocconi School of Management. E, soprattutto, va avanti.

La Regione ha pubblicato le

graduatorie finali per l'avviso "Centri polivalenti 2.0 per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico e altre disabilità con bisogni complessi", così da poter dare continuità a questo percorso nato nel 2022.

«Il progetto è stato rafforzato con elementi innovativi, come l'uso delle nuove tecnologie, un più stretto raccordo con scuole, università e centri per l'impiego, visto l'abbassamento a 16 anni dell'età dei beneficiari. In questo modo verrà favorita la transizione all'età adulta, oltre che l'inclusione lavorativa e sociale e la promozione di start-up produttive che vedano oc-

cupati giovani e adulti con autismo», dice Maselli che lo illustrerà anche agli Stati generali della disabilità, a Rimini dal 24 al 26 giugno.

Stefania Piras

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PIANO DELLA REGIONE DOPO IL SUCCESSO DELL'ESPERIMENTO: LE STRUTTURE SARANNO OPERATIVE IN OGNI ASL TERRITORIALE



Il piano della Regione prevede un centro per ogni Asl territoriale



NAPOLI

Medici sospesi per la morte di Domenico

Il gip sostiene che due chirurghi dell'ospedale Monaldi abbiano falsificato il referto operatorio del trapianto di cuore

ANTONIO AVERAIMO

Napoli

Non avrebbero solamente causato di fatto la morte del piccolo Domenico Caliendo, decidendo di effettuare un trapianto con un cuore inservibile, ma avrebbero anche attestato il falso, cercando di insabbiare quanto era avvenuto in sala operatoria. È questa la motivazione con cui il gip del tribunale di Napoli, Mario Sorrentino, ha disposto rispettivamente 12 e 7 mesi di interdizione dalla professione per il cardiocirurgo Guido Oppido e la sua vice Emma Bergonzoni, entrambi in servizio presso l'ospedale Monaldi del capoluogo campano, che impiantarono un organo "bruciato" dal ghiaccio secco sul corpo del bambino napoletano di due anni e mezzo. Il bimbo, affetto da una grave cardiopatia, dopo l'intervento è stato tenuto in vita per 60 giorni dai macchinari ed è infine morto il 21 febbraio scorso. L'accusa, per i due medici, è di falso materiale e ideologico in concorso in relazione alla compilazione della cartella clinica. Accolte dal giudice, quindi, le richieste del pm Giuseppe Tittaferante e del procuratore aggiunto Antonio Ricci, che hanno coordinato le indagini condotte dai carabinieri del Nas. Sulla base degli accertamenti degli investigatori, Oppido e Bergonzoni avrebbero modificato l'orario dell'inizio delle operazioni preliminari al trapianto all'interno del referto. In particolare, avrebbero affermato di aver eseguito, nei giorni successivi all'intervento, cannula-

zione e circolazione extracorporea nel momento in cui l'équipe che si era occupata dell'espianto - avvenuto a Bolzano - aveva raggiunto il Monaldi. Tuttavia, le indagini dimostrano l'esatto contrario secondo il gip, ovvero che le azioni che precedono il trapianto vero e proprio erano piuttosto iniziate prima dell'arrivo dei colleghi dall'Alto Adige, compromettendolo di fatto. La misura interdittiva adottata, spiega il giudice nell'ordinanza, è finalizzata a impedire «la perpetrazione di ulteriori illeciti della stessa specie». Il gip sottolinea in particolare la tendenza, da parte di Oppido, a imporre al proprio staff una propria versione dei fatti dell'intervento fallito, e la mancata comunicazione del suo esito infausto ai familiari del piccolo Domenico nelle settimane successive. Non si tratta di particolari di poco conto: se si fosse aspettato l'arrivo del cuore, ci si sarebbe accorti della sua inservibilità e non si sarebbe proceduto al trapianto. È proprio questo il punto che dovranno chiarire le indagini: perché si è deciso di procedere subito, in seguito all'"ok cuore" inviato dall'équipe proveniente da Bolzano mentre era in viaggio, evidentemente ignara del cuore "bruciato" che stava trasportando? Nei giorni scorsi, intanto, si è concluso l'incidente probatorio disposto dal gip sull'organo trapiantato e su quello originario del bambino, che aveva reso necessario un trapianto per garantirne la sopravvivenza. Per la morte del bimbo napoletano, oltre ai due medici interdetti dal gip, sono indagate altre cinque persone con l'accusa di omicidio colposo.



I funerali del bimbo di due anni e mezzo morto a febbraio



L'ANALISI

Sanità in crisi
e il solito gioco
allo scaricabarile

di NICOLA ROSATO

La Puglia ha ricevuto per l'esercizio sanitario 2025 un finanziamento di circa 8,8 miliardi di euro. La gestione si è chiusa con un disavanzo di 350 milioni, ossia il 3,97 per cento circa del finanziamento. C'è, non dico un economista, ma una sola per-

sona di buon senso che possa affermare con assoluta certezza che non vi siano margini di miglioramento.

A PAGINA 30 >>

CRISI DELLA SANITÀ PUGLIESE NESSUNO PUÒ FUGGIRE DALLE PROPRIE RESPONSABILITÀ

di NICOLA ROSATO

La Puglia ha ricevuto per l'esercizio sanitario 2025 un finanziamento di circa 8,8 miliardi di euro. La gestione si è chiusa con un disavanzo di 350 milioni, ossia il 3,97 per cento circa del finanziamento. C'è, non dico un economista, ma una sola persona di buon senso che possa affermare con assoluta certezza che non vi siano margini di miglioramento dell'efficienza operativa delle dieci aziende sanitarie per annullare quel circa 4 per cento di disavanzo, a parità di servizi erogati? È questo il punto che rende il *refrain* di chi addebita al definanziamento statale gli squilibri del bilancio sanitario pugliese un argomento debole logicamente e fattualmente.

È una fuga dalla responsabilità di ben amministrare ciò di cui si dispone e riecheggia la vecchia idea del riformismo fondato sulla spesa corrente, da evitare sempre ma certamente non consentito ad un Paese a bassa crescita economica, come è l'Italia da anni.

Definanziamento del SSN e disavanzi pugliesi sono su due piani diversi. L'affanno del SSN nel garantire la copertura universale dell'assistenza pubblica è problema generale, legato alle necessità di riallineare la pianificazione ferma dal 2008 ai bisogni nel frattempo profondamente cambiati e di rimodellare l'intero sistema di sicurezza sociale per trovare lo spazio che serve ad allargare la spesa sanitaria. Il fatto, invece, che la Puglia abbia negli ultimi anni migliorato i livelli di assistenza ma spenda molto di più di regioni che hanno un servizio di gran lunga migliore è chiaramente problema di altra natura, di gestione non buona dell'efficienza della rete di

offerta delle dieci aziende sanitarie.

La giunta regionale deve tenere separate le due questioni se vuole veramente lavorare al risanamento del sistema. Deve individuare rapidamente le cause per le quali il SSR non riesce a garantire una performance uniforme a quella di altre regioni a parità di finanziamento e applicare i correttivi che permetteranno gradualmente di eliminare le addizionali fiscali.

A distanza di sei mesi dall'accertamento dell'esistenza dell'ingente disavanzo (che in verità il controllo trimestrale dei bilanci avrebbe dovuto segnalare ben prima della chiusura dell'esercizio finanziario a dicembre 2025) la giunta, però, non dà segnali di aver preso di petto la situazione. E questo non può che allarmare i cittadini, essendo concreta la preoccupazione che il 2026 replichi, più o meno, la frana del 2025 provocata di lunghi anni di inerzia di fronte a evidenti e persistenti segnali di *défaillance* economica. E, per essere sinceri fino in fondo, la preoccupazione non è attenuata dalla reazione protestataria, ma ste-



rile di contenuti propositivi, dei gruppi consiliari di minoranza.

Si è enfatizzato che la giunta abbia definito gli obiettivi di mandato delle direzioni generali delle aziende sanitarie tra cui spicca la salvaguardia dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale delle aziende, mettendo in atto «azioni di revisione della struttura dei costi operativi» senza penalizzare i livelli di servizio. Ma nella stessa deliberazione (n.638/2026) questa disposizione – che sembra conferire larga autonomia imprenditoriale alle direzioni generali – è poi ovviamente subordinata a future direttive della giunta coerenti col Piano per il recupero del disavanzo sanitario. Quindi, è il piano di rientro la chiave di volta del risanamento, perché dovrà tracciare i confini delle azioni di revisione della struttura dei costi demandata alle direzioni generali.

Non è agevole dall'esterno indicare le inefficienze da aggredire e correggere. Ma ripercorrendo le notizie più e meno recenti di cronaca, è possibile qualche indicazione. Le sette società Sanità Service, per esempio, sono sovrastrutture burocratiche inutili che vanno abolite; per quanto pomposamente e fumosamente in un loro sito web la missione sia definita, in lingua inglese, «servizi di supporto strumentale dinamico per la sanità pubblica

attraverso la fornitura interna», in realtà non fanno nulla che non possa essere fatto direttamente dagli uffici delle aziende sanitarie.

Anche i consultori familiari possono essere ridimensionati perché per essi vale il giudizio che l'Istituto superiore di sanità esprime in generale: «analizzando le risorse disponibili, si ha la netta percezione che la loro applicazione non sia appropriata: ognuno fa quello che ritiene di fare, senza preoccuparsi più di tanto di verificare efficacia e impatto di sanità pubblica». Abbiamo anche letto della moltiplicazione nelle aziende di dipartimenti che non svolgono alcuna reale funzione di coordinamento di processi lavorativi e di impiego delle risorse. Non sono pochi i dubbi che scorporare l'Ospedaletto dei bambini dal policlinico per creare un'azienda autonoma nuova sia un'operazione necessaria ed utile. Piuttosto, andrebbe fatta una riflessione sulla possibilità di affidare i due IRCCS di Bari e Castellana Grotte ad un'unica direzione generale e scientifica, ad un unico comitato di indirizzo e verifica, ad un unico collegio di revisione contabile, ad un'unica struttura amministrativa, ferme restando le rispettive missioni e sedi.

Già queste poche cose genererebbero risparmi milionari, senza interferire negativamente sull'offerta di prestazioni ai cittadini e,

anzi, ampliandola. Tuttavia risolutive potranno essere soltanto sia le azioni di controllo rigoroso delle attività di supporto tecnico-amministrativo, sia le azioni di riordino delle strutture e delle procedure di core service, con la finalità univoca di riportare in equilibrio costi di capacità impegnati e livelli di produttività. Di questo infatti si tratta quando si parla di programmi per regolarizzare liste e tempi di attesa e per evitare migrazioni per curarsi fuori regione.

La regione dispone di dati e informazioni analitiche ricchissime per questa operazione di riequilibrio. Ma l'operazione risuscirà bene tecnicamente se non sarà lesinato l'ingrediente fondamentale: la decisione politica che sgombri il sentiero da resistenze e pressioni corporative o campanilistiche.

