

24 novembre 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

Infermieri per enti Uneba e Aris: a Bari “Samaritanus Care”

Pubblicato il: 21/11/2025

Si presenta a Bari “Samaritanus Care”, l’iniziativa di Fondazione Samaritanus per portare infermieri stranieri, già formati, nelle strutture sociosanitarie e sanitarie associate a **Aris** e Uneba.

Martedì 9 dicembre alle 15 presentazione di Samaritanus Care con il saluto iniziale, tra gli altri, di mons. Franco Moscone, referente per il Servizio della Carità e della Salute della Conferenza Episcopale Pugliese e la relazione di don Massimo Angelelli, direttore dell’Ufficio nazionale della Pastorale della salute della Cei.

Partecipazione gratuita, ma bisogna prenotare contattando Uneba Puglia a unebapuglia@gmail.com. Fondazione Samaritanus è frutto della collaborazione tra Uneba e Aris, sotto l’egida della Pastorale della Salute della Cei.



Unione nazionale
istituzioni
e iniziative
di assistenza
sociale



FONDAZIONE
SAMARITANUS



UFFICIO NAZIONALE
PER LA PASTORALE
DELLA SALUTE
della Conferenza Episcopale Italiana



ARIS
ASSOCIAZIONE RELIGIOSA
ISTITUTI SOCIO SANITARI

SAMARITANUS CARE

INFERMIERI PRONTI E DISPONIBILI
PER ASSOCIATI ARIS ED UNEBA

La Fondazione Samaritanus Care
è frutto di un'alleanza tra:

- Aris e Uneba, le due maggiori associazioni di categoria delle strutture dei settori sanitario e sociosanitario cattoliche e di ispirazione cristiana, con centinaia di enti non profit iscritti in tutta Italia
- Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Italiana, che ha promosso e patrocinato il Progetto

con la finalità istituzionale di agevolare l'inserimento di infermieri professionali laureati stranieri nelle strutture sanitarie e sociosanitarie associate ad Aris o Uneba.

Scopo dell'incontro
è quello di presentare le modalità di lavoro della Fondazione, in tutte le sue fasi, ed indicare ai destinatari le procedure da adottare per inserire da subito in organico nuove figure infermieristiche già pronte per essere avviate a lavoro.

MODERA
Avv. Giuseppe Guaricci
*Consigliere Nazionale Uneba
e membro del Comitato Esecutivo*

SALUTI ISTITUZIONALI
Dott. Pierangelo A. Pugliese
*Presidente Regionale Uneba Puglia
e Commissario Basilicata*
Sac. Don Domenico Laddaga
Presidente Regionale ARIS Puglia
S.E. Rev.ma Mons. Franco Moscone
*Arcivescovo di Manfredonia-Vieste-San Giovanni Rotondo
Referente per il Servizio della carità e della salute
della Conferenza Episcopale Pugliese*

RELATORE
Sac. Don Massimo Angelelli
*Direttore dell'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
della Conferenza Episcopale Italiana*

Bari - 9 dicembre 2025 - ore 15:00
Centro Congressi Excelsior
Via Giulio Petroni, 15
(un minuto a piedi dalla stazione centrale)

Partecipazione gratuita previa prenotazione all'indirizzo unebapuglia@gmail.com

CORRIERE DELLA SERA

RCS

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

DEL LUNEDÌ

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

Buona Spesa, Italia!



Milano, addio a Vanoni
Cinquemila in coda
per salutare Ornella
di **Guglielmini, Sarfatti**
e **Vesitini** alle pagine 12 e 13



Parla Desyrée Amato
«Mamma e sorella:
così lui, l'ex, le uccise»
di **Fulvio Fiano**
a pagina 19



Buona Spesa, Italia!

L'incontro a Ginevra e le trattative. Il giallo sul testo americano. Salvini attacca ancora: niente soldi a Kiev se si pagano le ville

Ucraina, il piano dell'Europa

Le controproposte su Nato, soldati e confini. Rubio: vertice produttivo. Meloni sente Trump

L'INTERESSE È COMUNE

di **Angelo Panebianco**

Il linguaggio diplomatico, sempre creativo, definisce l'inizio di «dialogo» il piano Putin-Trump (la firma è di Trump, ma le impronte digitali sono di Putin) sull'Ucraina. Era tutto già scritto. Altro che imprevedibilità di Trump. Dell'Ucraina, e dell'Europa tutta, a lui e al movimento politico che lo ha portato alla presidenza non importa nulla. Se il prenda pure Putin, se ci tiene. Trump ha chiarito a parole già in campagna elettorale, e lo ha dimostrato coi fatti fin dall'inizio della sua presidenza, quali siano le sue priorità.

continua a pagina 30

RIMOZIONI PERICOLOSE

di **Beppe Severgnini**

Ieri, a Ginevra, Ucraina e Unione Europea hanno provato a sondare l'insondabile America di Donald Trump, che sui rapporti con Mosca ha già cambiato idea più volte. Ma è bastato che, nei giorni scorsi, emergessero i dettagli del «piano di pace Usa in 28 punti» — vago e contraddittorio, non è chiaro neppure chi lo abbia redatto — per spaccare l'Italia in due. Da una parte, quelli per cui si dovrebbe accettare tutto, pur di mettere fine alla guerra; la sottoimmissione dell'Ucraina, un'Europa umiliata, un Putin impunito e imbalanzato.

continua a pagina 30

di **Mara Gergolet**

La voce dell'Europa sulla trattativa di pace. Partendo da una prima bozza, troppo distante dal piano presentato da Russia e Stati Uniti, i leader europei ieri riuniti a Ginevra hanno elaborato una mediazione. Hanno preso i 28 punti «choc» e per ognuno hanno fatto una controproposta. Chiedono di eliminare i riferimenti alla non espansione della Nato, di innalzare a 800 mila il limite delle truppe di Kiev, che l'impegno a non avere soldati alleati in Ucraina valga solo «in tempo di pace», e avvisano che in caso di attacco russo scatterebbe la «risposta militare». Meloni sente Trump.

di **Fubini, Galluzzo, Sarcina**

GIANNELLI

INTERVISTA A PIANTEDOSI
«Piazze violente
Non cederemo
a nessun ricatto»di **Florenza Sarzanini**

Il ministro Piantedosi risponde al sindaco di Bologna: «Non cediamo ai ricatti dei violenti, quello era un attacco antisemita».

a pagina 11

Sport Gli Azzurri trionfano senza Sinner. Calcio, la Roma è sola in testa



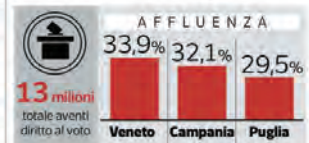
Matteo Berrettini e gli Azzurri del tennis abbracciano Flavio Cobolli



I compagni abbracciano Maignan dopo il rigore parato a Çalhanoğlu

La terza Davis consecutiva
Italia superpotenza del tennisdi **Panatta e Piccardi**
alle pagine 36 e 37Inter sprecona e sfortunata
Pulisic-Maignan: sogno Milandi **Colombo, Condò, Passerini, Stoppini e Tomaselli**
alle pagine 38, 39 e 41

Elezioni Oggi urne aperte fino alle 15

Le regioni al voto,
crolla l'affluenza
La sfida dei partiti

13 milioni
totale aventi diritto al voto

Urne chiuse oggi alle 15, poi la sfida per le Regionali in Veneto, Campania e Puglia si tradurrà in verdetto. Intanto, sono sempre meno quelli che votano.

alle pagine 8 e 9

DATAROOM

Perché 6,3 miliardi
non bastano alla Sanitàdi **Milena Gabanelli e Simona Ravizza**

Nel 2026 la Sanità avrà 6,3 miliardi in più, un record. Ma dopo 15 anni di fondi ridotti l'aumento non copre i bisogni. Ecco perché e quanto serve.

a pagina 23

Il personaggio Mara Venier si racconta
«Il dolore per il figlio
perso con Arbore»di **Aldo Cazzullo e Roberta Scorrane**

L'amicizia da ragazza con Patty Pravo e Gabriella Ferri, l'amore per Jerry Calà, gelosissimo, il matrimonio felice con Nicola Carraro, le interviste tv in America, il provino con Tinto Brass, il «grandissimo dolore» per il figlio perduto con Renzo Arbore: Mara Venier si confida al Corriere.

alle pagine 28 e 29

IL CONVEGNO AL SENATO E LA POLEMICA

La Russa: «Pasolini?
Non è della sinistra»di **Paola Di Caro**

a pagina 10

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**

Il 42% dei ragazzi tra i 15 e i 19 anni chiede aiuto all'Al in momenti di tristezza, solitudine, ansia, o consigli su scelte, relazioni, sentimenti (dati appena presentati da Save the children nella XVI edizione dell'Atlante dell'Infanzia a rischio in Italia). Che cosa dicono queste statistiche? Che l'educazione artificiale ha rimpiazzato quella sentimentale. Ricordate l'educazione civica, confinata nell'ora di storia? Data l'ignoranza sul tema, da qualche anno è diventata trasversale a tutte le discipline con un suo monte ore e un voto. La insegniamo tutti perché non è una materia come le altre, le precede: il «civico» (diritti e doveri) abbraccia tutta la vita di un «animale politico». E anche se si riceve un voto a parte in civica, la vera qualifica è il «comporta-

La scuola degli amanti



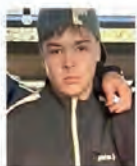
mento» (un tempo «condotta», nella pagella elementare di mia madre addirittura «gentilezza», a ogni epoca le sue sfumature): come ti rapporti con il mondo? Se non raggiungi la sufficienza non passi, anche se eccelli nel resto. La chiamiamo «educazione» perché coinvolge tutta la persona: sta alla vita come il respiro. Le educazioni (logico-matematica, linguistica, artistica, motoria...) sono infatti forme culturali permanenti e necessarie a proteggere la vita e a permetterle di svilupparsi. L'uomo non è solo animale «politico» ma anche «prolifico», ha e dà la vita, necessita quindi di un'educazione sessuale e affettiva. Quale aspetto totale della vita protegge e sviluppa questa educazione? È la scuola che fa?

continua a pagina 27

Bayernland
La ricca gamma Senza Lattosio, tutto il gusto del buon latte bavarese, in tanti formati, adatti a tutti.

IL DELITTO
Sparare in faccia a 15 anni
nella Napoli a mano armata

MANUELA GALLETTA, TITTI MARRONE — PAGINA 17



IL PERSONAGGIO
Addio a Maurizio Sella
il banchiere gentiluomo

CLAUDIA LUISE, SALVATORE ROSSI — PAGINE 22 E 23



LE IDEE
Accoglienza e sicurezza
se la scuola è impreparata

GIANNI OLIVA — PAGINA 29

1.90€ II ANNO 159 II N. 324 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCG-TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 24 NOVEMBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

UCRAINA, SPUNTA UNA PROPOSTA ALTERNATIVA DI 24 PUNTI. LA PREMIER: ANDIAMO A VEDERE SE PUTIN BLUFFA. TENSIONI ALLA CASA BIANCA

Europa-Usa, spinta per la pace

Rubio: "A Ginevra colloqui produttivi". Meloni: "Un contropiano? Partiamo da Trump, vuole trattare"

IL COMMENTO

Ma è tutto nelle mani
del volubile Trump

STEFANO STEFANINI

Donald Trump ha ragione. Gli ucraini e gli europei precipitatisi a Ginevra per contrastare i punti chiave del suo piano di pace per l'Ucraina — cessione territoriale, semi smilitarizzazione delle forze ucraine, garanzie internazionali all'acqua di rosa — esordiscono dandogli ragione. «Lavoriamo sul piano Trump», dicevano, mentre usciva un «piano europeo» che mostra quanta distanza li separi. I colloqui di Ginevra l'avrebbero ravvicinata. Vedremo se e quanto. Siamo entrati in fase di fitta diplomazia. Ma il punto di partenza rimane lo stesso: il presidente americano ha sempre ragione. Ha pienamente ragione quando dice che è ora di finirla col bagno di sangue, quantunque lo preoccupi molto meno altrove, vedi Sudan. Ma il Sudan è in Africa — sorvoliamo come chiamò l'intero continente nel 2018. In Ucraina, basterebbe che vi mettesse fine chi l'ha iniziato (e subito): Vladimir Putin. — PAGINA 29

L'ANALISI

Il cerchio di Donald
tra falchi e colombe

NATHALIE TOCCI

Il piano russo per l'Ucraina, le faide interne all'amministrazione Trump e i negoziati a Ginevra: come collegare i punti delle ultime caotiche giornate nella guerra russo-ucraina? Due premesse e due scenari possibili. Parto dalle premesse: il piano in 28 punti è stato redatto a Mosca, con qualche contenuto a Washington, secondo il manuale dell'arte della manipolazione del Cremlino. — PAGINA 5

**BRESOLIN, LOMBARDO, MAFETANO
SEMPRINI, SIMONI**

Ufficialmente da ieri esiste un contro-piano europeo sulla pace in Ucraina, anticipato dai media inglesi. Va subito precisato un aspetto, però, per evitare interpretazioni fuorvianti circolate per qualche ora. Secondo l'agenzia Reuters che ha pubblicato integralmente il testo, si tratta di 28 punti, esattamente lo stesso numero della proposta di Donald Trump, e hanno una natura emendativa. Questo vuol dire che il piano americano è la base di partenza, come ripetono da 72 ore tutti i leader. — PAGINE 2-5

IL SONDAGGIO

Ue troppo lenta
per 6 italiani su 10

ALESSANDRA GHISLERI

Il ritorno di Trump alla Casa Bianca ha segnato uno spartiacque nella politica internazionale; in parte ce lo si aspettava, tuttavia non in queste dimensioni. Non solo per l'inevitabile ricalibratura delle priorità statunitensi, ma perché sta costringendo tutti — Europa in testa — a ridefinire il proprio posto nel mondo. — PAGINA 6

IL MEDIO ORIENTE

Bibi e gli impuniti
della Cisgiordania

FRANCESCA MANNOCCHI

Nel cuore della Cisgiordania, nella notte fra il 12 e il 13 novembre 2025, gruppi di coloni israeliani hanno fatto irruzione nel villaggio di Deir Istiya. Sono entrati nel cortile della moschea Hajja Hamida, hanno cosperso di benzina il pavimento della sala di preghiera e gli hanno dato fuoco. — PAGINA 8

L'ITALIA SENZA SINNER VINCE LA TERZA COPPA DAVIS DI FILA. TRIPLETE RIUSCITO SOLO AGLI STATI UNITI

La Storia siamo noi

STEFANO SEMERARO — PAGINE 34 E 35



C'è l'oro nella scia di Jannik

VINCENZO SANTOPADRE — PAGINA 34

La Valanga dello sport azzurro

GIULIA ZONCA — PAGINA 35

La squadra italiana di tennis alza la Coppa Davis, la terza consecutiva conquistata dagli Azzurri

PAGINE 34 E 35

VERSO IL 25 NOVEMBRE

Nei centri
anti violenza
tra paghe da fame
vittorie e sconfitte

MELANIA PETRIELLO



Squilla il telefono. Di continuo, a tutte le ore. Nei centri anti violenza, nelle case rifugio, al numero verde, persino sulle linee private, il tempo è scandito da quel suono. — PAGINE 10 E 11

LA PRESIDENTE DELLA CRUI

“Io, discriminata
anche da reatrice”

ELISAFORTE

«Da studentessa e fino ad oggi per fortuna non ho subito violenze fisiche, ma discriminazioni sì. Pensi che quando 4 anni fa mi sono candidata a reatrice all'Università di Ferrara qualche collega ha avuto il coraggio di dire "non so se riuscirò a votare una donna"» racconta Laura Ramaciotti. — PAGINA 11

LA STORIA

Naima, la rinascita
dopo i lager libici

DONMATTIA FERRARI

Non abbiamo trattenuto le lacrime quando abbiamo ricevuto la foto che ritrae David Yambio e Naima Jamal, insieme, sorridenti. Avevamo parlato di Naima su *La Stampa* del 7 gennaio 2025 e raccontato che la giovane, 20 anni, era originaria di Oromia, regione dell'Etiopia colpita da guerra e siccità. — PAGINA 14

DENTAL FEEL
PROFESSIONISTI DEL BENESSERE DENTALE
RICHIEDI ORA LA TUA VISITA.
WWW.DENTALFEEL.IT
D.S. Dott. Armando Ferraro

IL TORINO FILM FESTIVAL
Bisset: “Sarò sempre
la donna della domenica”
FULVIA CAPRARA
«Sono felicissima di essere qui e di condividere le sensazioni legate all'esperienza della *Donna della domenica*. Non ero mai stata a Torino prima delle riprese, ricordo di essermi rimasta colpita». Per Jacqueline Bisset un giorno di applausi ma anche di parole controcorrente.
LEVANTES KEZICH, SILIPO — PAGINE 32 E 33

IL DIBATTITO
Vanoni, Kessler e la morte
da naturale a culturale
VITO MANCUSO
Ogni giorno leggiamo della morte di qualcuno: è la logica della notizia, e la morte fa sempre notizia. Però ci sono alcune morti che ci toccano più di altre perché riguardano persone che hanno accompagnato a lungo il nostro cammino e ora che non ci sono più anche una parte di noi se ne va. — PAGINA 19

Frattoni
RUBINETTI DAL 1958



€ 1,40* ANNO 147 - N° 324
Sped. in A.P. 03/33/0103 come L. 60/709 art. 1 (J) 03/33/01

Il Messaggero

NAZIONALE



51725
8 9771129 622404

Lunedì 24 Novembre 2025 • S. Flora di Cordova

IL MERIDIO

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

Vanoni, oggi i funerali
C'è tutta Milano
in coda per salutare
la divina Ornella

Marzi a pag. 18



Spagna battuta a Bologna
Italtennis padrona
e per il terzo anno
la Davis è azzurra

Martucci e Urbani nello Sport



E Sinner si complimenta
Berrettini leader
Cobolli gladiatore
vittoria romana

Servizi nello Sport

Il nuovo Tuf
LE REGOLE
MODERNE
E LE IMPRESE
IN AFFANNO

Giuseppe Vegas

Semplificazione e collaborazione. Queste le parole d'ordine enunciate dal sottosegretario all'Economia Federico Freni nella sua audizione alle commissioni Giustizia e Finanze riunite di Camera e Senato sulla riforma del Testo Unico della Finanza (il TUF per gli addetti ai lavori), su cui il Parlamento è chiamato ad esprimere il proprio parere. Obiettivi che saranno perseguiti grazie alla preannunciata disponibilità dell'esecutivo di tener conto delle valutazioni di deputati e senatori. Ma andiamo con ordine. La "legge capitali" del 2024 aveva lo scopo di "rinfrescare" alcune parti della "legge Draghi" del 1998, il Tuf appunto, sulle quali si sono manifestati, dopo diciassette anni di grandi cambiamenti nei mercati mondiali, più visibili i segni del tempo. Le nuove norme sono state elaborate da una commissione ministeriale e ora attendono la validazione da parte del Parlamento. Come sempre accade, e tanto più in un settore così delicato, non mancano opinioni divergenti. Ma bene fa il governo a preoccuparsi di ascoltare ogni suggerimento, dato che si tratta di una materia molto importante, perché dalla soluzione giuridica di molte questioni può dipendere il successo o meno del mercato finanziario nazionale. Indispensabile dunque evitare passi falsi. Intendiamoci, non si tratta di una questione di bandiera, ma di un tema che ha diretti riflessi su due campi, tra di loro uniti, seppur contrapposti: l'attrattività del mercato interno rispetto agli investimenti interni ed esteri, e l'adeguata remuneratività per i capitali investiti. Senza coniugare efficacemente i due corni del problema (...)

Continua a pag. 21

Ucraina, cambia il piano Usa

► Summit a Ginevra: più soldati e garanzie a Kiev. Rubio ottimista: accordo possibile entro giovedì
Meloni sente Trump: «Dobbiamo fermare gli attacchi alle centrali. Vediamo il bluff russo»

Ajello, Bechis, Evangelisti, Sabadin e Vita da pag. 2 a pag. 4

Circolare agli uffici: stop anche agli antivirus

Stretta dell'Agenzia della cybersicurezza
«Vietato usare software russi nella Pa»

Andrea Bulleri

La nuova circolare dell'Agenzia Cyber ordina alla Pa di non usare software legati alla Russia. Il divieto colpisce soprat-



tutto l'antivirus Kaspersky e altre aziende ritenute vicine al Cremlino. Gli uffici pubblici dovranno certificare l'assenza di componenti russi nei sistemi informatici. A pag. 5

Regole più blande

PRIVACY E IA.
LA DEBOLEZZA
DALL'EUROPA

Guido Boffo

Icritici lo considerano il più grande arretramento dell'Europa sui diritti negli ultimi anni (...)

Continua a pag. 21

Con lo "spoofing" usate le linee delle caserme

Numeri e volti delle Forze dell'Ordine
per la truffa online a giovani e anziani

Laura Pace

Le nuove truffe digitali in Italia usano numeri e identità delle forze dell'ordine per ingannare giovani e anziani.



ni: dallo spoofing, che clona i numeri di carabinieri e banche, al phishing, fino ai profili WhatsApp costruiti con foto rubate alla polizia. A pag. 14

A Cremona 3-1 dei giallorossi. Olimpico deserto, ma la Lazio vince



L'Inter perde, la Roma è prima da sola

Segna anche Ferguson: festa Roma dopo la vittoria sulla Cremonese per 3-1

Nello Sport

Opzione Donna, proroga di un anno e sì all'allargamento

► Pensioni, l'emendamento di Fdi nella Manovra
Tempo fino al 31 dicembre per maturare i requisiti

ROMA Il governo proroga l'opzione donna al 31 dicembre 2025, permettendo alle lavoratrici di maturare i requisiti per la pensione anticipata per un altro anno. La platea si amplia: non solo licenziate o dipendenti da aziende in crisi, ma anche disoccupate dopo dimissioni, risoluzioni consensuali o scadenze di contratti. Vengono estesi anche i tempi per la scuola e conformati altri emendamenti della maggioranza sulla misura.

Di Branco e Rosana
A pag. 8

Verso il 25 novembre

Chat, negozi e metro
per denunciare
la violenza di genere

MILANO La violenza contro le donne resta un fenomeno vasto e sommerso. Il contrasto alla violenza entra ormai nei luoghi di tutti i giorni: negozi, farmacie, chat scolastiche, palestre e servizi territoriali. Cominetti a pag. 10

Minacce alla giudice



Famiglia del bosco,
il padre: «Domenica
tremenda da solo»

Federica Pozzi

Insulti e minacce contro la giudice che ha firmato l'allontanamento dei tre bambini dalla "famiglia nel bosco". A pag. 13
Paglia a pag. 13

SPADA

BLACK FRIDAY

-50%

spadaroma.com

Il Segno di LUCA

ARIETE
NUOVE OPPORTUNITA'

La Luna sembra davvero intenzionata a pungolarci, come per stanarci e obbligarci a uscire dal rifugio delle tue abitudini. Nel lavoro emergono delle opportunità che sicuramente saranno di tuo interesse e che soprattutto hanno la virtù di mettere in movimento un'importante carica di vitalità ed entusiasmo. In realtà si tratta solo di fare il primo passo, il resto viene da sé e con tanta vivacità potrebbe diventare quasi un turbine.

MANTRA DEL GIORNO
Quel che è nascosto acquista senso.

© RIFORMAZIONE ROSSA/ITALIA

L'oroscopo a pag. 21

* Tardem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Padova, L'Espresso, il Messaggero, il Nuovo Quotidiano di Puglia e 1,20. La domenica con l'Espresso € 1,40. In Abruzzo il Messaggero • Corriere dello Sport • Strada € 1,40. Nel Molise il Messaggero • Primo Piano • Molise € 1,50. Nella provincia di Bari, l'Espresso, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport • Strada € 1,50. "Vocabolario Romanesco" • € 9,90 (Roma)

Perché 6,3 miliardi non bastano alla Sanità

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

Nel 2026 la Sanità avrà 6,3 miliardi in più, un record. Ma dopo 15 anni di fondi ridotti l'aumento non copre i bisogni. Ecco perché e quanto serve. a pagina 23

Soldi alla Sanità, perché non bastano?

NEL 2026 IL SERVIZIO SANITARIO AVRÀ 6,3 MILIARDI IN PIÙ, UN RECORD
MA DOPO 15 ANNI DI FONDI RIDOTTI L'AUMENTO NON COPRE I BISOGNI
QUANTO SERVE PER STIPENDI, ASSUNZIONI, MENO CURE A PAGAMENTO

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

Dopo almeno 15 anni di sotto finanziamento della Sanità, nel 2026 il Servizio sanitario nazionale avrà a disposizione 6,3 miliardi in più. È la somma di due Leggi di bilancio: quella del 2025 per 3,9 miliardi, e quella del 2026 per 2,4. Si tratta dell'aumento più alto mai registrato in valore assoluto. Ma basterà? La domanda s'impone perché la situazione sta sfuggendo di mano. Il 10% di italiani oggi rinuncia alle cure per motivi economici, mentre le visite specialistiche (una su due) e gli esami diagnostici (uno su tre) vengono pagati di tasca nostra per oltre 10 miliardi l'anno, a causa delle inaffrontabili liste d'attesa. In un anno ci sono state le dimissioni di 2.000 medici e 2.750 infermieri. I medici di famiglia sono sempre meno, anche perché le loro borse di studio valgono meno della metà di quelle ospedaliere.

Prendiamo allora parametri oggettivi per vedere cosa serve e quanto stanziare la Legge di bilancio. Su *Corriere.it* tutti i documenti.

Regioni: un buco da 1 miliardo

Partiamo dai conti delle Regioni. Nel 2024 per mantenere gli attuali livelli di assistenza sanitaria le Regioni hanno speso 1,5 miliardi di euro in più rispetto a quanto hanno ricevuto dallo Stato: un buco quasi triplicato rispetto al 2023. Non sono rimaste indenni neanche le Regioni che tradizionalmente garantiscono una buona qualità delle cure mantenendo i conti in equili-

brio, come la Toscana, che ha un buco di bilancio per 267,2 milioni, l'Emilia-Romagna per 194,2, il Piemonte per 180,6, la Liguria per 98,3 e l'Umbria per 33,9. La Legge di bilancio 2026 non prevede fondi dedicati, però la revisione al rialzo delle tariffe di rimborso per le prestazioni erogate dagli ospedali, una volta a regime, probabilmente ridurrà lo squilibrio di circa 500 milioni. Quindi all'appello manca ancora 1 miliardo.

Medici in fuga

Passiamo ora al personale sanitario. Per capire se i soldi stanziati bastano davvero, non ha senso partire dagli stipendi che medici e infermieri mettono in tasca oggi perché scontano i ritardi dei rinnovi contrattuali. Il riferimento corretto sono i fondi già stanziati nelle ultime due Leggi di bilancio. È da lì che arriveranno gli aumenti previsti dai nuovi contratti: quello 2022-2024 per i medici è stato firmato il 19 novembre 2025; e ora si apriranno le trattative per quello del 2025-2027 sia per i medici



sia per gli infermieri. Tutti i calcoli si basano su stipendi lordi mensili (13 mensilità), con valori medi e arrotondati. Con il contratto 2022-2024 lo stipendio di un medico con 5-15 anni di anzianità avrà un aumento di 461 euro portando la busta paga a 6.766 euro lordi al mese. Un confronto con i Paesi che continuano ad attrarre professionisti italiani mostra, a parità di potere d'acquisto, che in Germania i medici guadagnano in media il 36% in più, in Belgio il 21%, nel Regno Unito il 18%. Però la Legge di bilancio 2026 aggiunge altri incrementi mensili: 235 euro di indennità medica, più 385 euro legati al rinnovo del contratto 2025-2027 (stima Aran). Con questi aumenti lo stipendio previsto nel 2027 sale a 7.386 euro, circa il 9% in più rispetto a oggi. Ma non è ancora sufficiente a colmare il divario con gli altri Paesi. Basti pensare che solo un ulteriore aumento dell'1% — pari a 74 euro al mese per ciascuno dei 127.344 medici — costa 125 milioni l'anno.

Infermieri sottopagati

Lo stipendio medio degli infermieri è di 2.500 euro lordi al mese. È uno dei più bassi fra i Paesi Ocse: il 22% in meno rispetto alla media internazionale. Per allinearsi servirebbero 557 euro in più ogni mese. La Legge di bilancio 2026 copre solo una parte di questo gap: 123 euro al mese di indennità infermieristica; 138 euro al mese dal rinnovo del contratto 2025-2027 (sempre secondo le previsioni dell'Aran). In totale fanno 261 euro, cioè meno della metà di quanto servirebbe. Restano scoperti 296 euro al mese per ciascuno dei 277.000 infermieri. L'ammancio complessivo supera il miliardo.

Ma il problema non è solo lo stipendio. Per colmare la carenza di 60.000 infermieri, con un costo pro capite di 50.000 euro annui, sono necessari 3 miliardi di euro. Un piano di assunzioni quadriennale richiederebbe 750 milioni solo nel 2026. La Legge di bilancio stanziava 300 milioni per l'assunzione di 6.000 infermieri. L'ammancio per il primo anno è di 450 milioni.

Il paradosso delle borse di studio

Le borse di studio per formare i medici di Medicina generale valgono 11.600 euro l'anno, meno della metà di quelle per le specialità ospedaliere (26.000). Uniformare le 2.600 borse richiede 37,4 milioni.

Una tassa occulta da 10 miliardi

Infine le prestazioni pagate dai cittadini: in un anno spendiamo di tasca nostra 6,9 miliardi per le visite specialistiche e 3,7 miliardi per gli esami diagnostici. Riportare nel Servizio sanitario nazionale anche solo la metà di queste prestazioni richiede 3,2 miliardi. Un costo calcolato applicando le tariffe pubbliche, che sono circa il 40% in

meno di quelle private. Per aumentare l'attività dentro il Servizio sanitario, ovviamente, servirebbero anche più medici. La Legge di bilancio stanziava 150 milioni per assumere 900 professionisti. È una quota troppo bassa per sostenere un trasferimento così ampio dal privato al pubblico.

Un miliardo a rischio

Va poi considerato il Pnrr. Con la fine del Piano sarà necessario trovare un miliardo di euro per l'assistenza sanitaria domiciliare ai non autosufficienti, altrimenti si dovrà tagliare dalle risorse esistenti.

Sommando tutte le voci, in totale al Servizio sanitario nazionale mancano 6,8 miliardi, per colmare la distanza tra il fabbisogno stimato e le risorse effettivamente stanziare. In pratica, sarebbe servito il doppio dei soldi messi. Tutti questi conti sono stati elaborati da *Dataroom* a partire da dati ufficiali raccolti, anche in precedenti inchieste, confrontandosi con l'Aran, il sindacato Nursind, l'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità del Cergas-Bocconi e con esperti del settore come Nerina Dirindin (Università di Torino) e Angelo Mastrillo (Università di Bologna). Sappiamo che trovare 6,8 miliardi da un anno all'altro è un'operazione difficile, ma nulla impedisce una programmazione pluriennale che, nell'arco di tre-quattro anni, porti a stanziare davvero le risorse necessarie, accompagnate dalle riforme indispensabili per spenderle bene. Una volontà che al momento non sembra all'orizzonte. E tanto meno quella di utilizzare almeno i soldi disponibili per migliorare l'assistenza ai cittadini.

Dove vanno i soldi

L'Ufficio parlamentare di bilancio evidenzia come una parte importante delle risorse della manovra finisca a diversi «portatori di interessi». Tra cui: 630 milioni vanno alle aziende farmaceutiche e ai produttori di dispositivi medici per ridurre la quota che avrebbero dovuto restituire allo Stato quando la spesa supera i limiti fissati. In altre parole: Big Pharma deve restituirci dei soldi, ma gli scontiamo 630 milioni; oltre 1 miliardo in tre anni serve ad aumentare le tariffe riconosciute agli ospedali per ricoveri e riabilitazione, e una parte consistente — almeno 300-400 milioni — finirà al settore privato; 123 milioni l'anno vengono assegnati alle strutture private accreditate per aiutare gli ospedali pubblici a smaltire le liste d'attesa. Eppure i dati mostrano che i privati, negli anni, non hanno aumentato



le prestazioni in convenzione, ma hanno invece continuato a privilegiare la ben più remunerativa attività a pagamento.

Dataroom@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

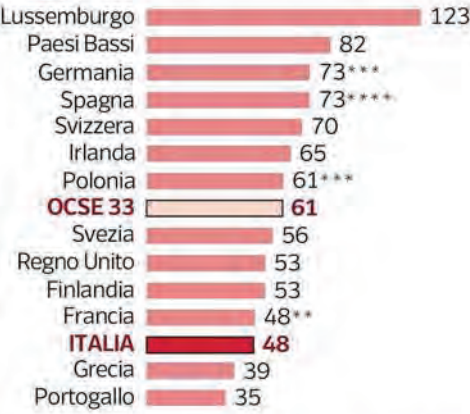
La retribuzione (migliaia di \$, a parità di potere di acquisto)



MEDICI



INFERMIERI



Fonte: Health at a Glance 2025 OECD Indicators. Dati 2023; *2020, **2021, ***2022, ****2024. Infografica: Cristina Pirola

Cosa c'è, cosa manca



Regioni

Legge di Bilancio
500 milioni

Quello che manca
1 miliardo



Stipendio medici

235 € al mese di indennità medica
385 € al mese (rinnovo del contratto 2025-2027)

125 milioni l'anno per un aumento dell'1%



Stipendio infermieri

123 € al mese di indennità infermieristica
138 € al mese (rinnovo del contratto 2025-2027)

oltre 1 miliardo di euro



Organico infermieri

300 milioni per 6.000 infermieri

450 milioni ogni anno per 4 anni



Borse di studio MMG

Non prevede nulla

37,4 milioni



Visite ed esami a pagamento

3,2 miliardi



Non autosufficienti

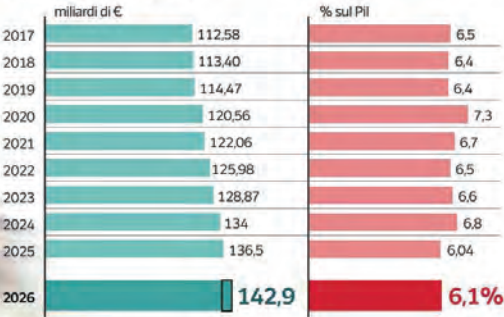
Non prevede nulla

1 miliardo

Fonte: Elaborazione Dataroom



I finanziamenti alla Sanità



+6,3 miliardi €

(3,9 Legge di Bilancio 2025 + 2,4 Legge di Bilancio 2026)

Fonte: Agnias



L'Italia sempre più un Paese per vecchi Servizio Sanitario nazionale in affanno

Il divario col Nord si allarga: solo il 3% delle strutture territoriali del Pnrr è operativo

● L'attuale situazione della Sanità italiana è stata analizzata a lungo negli ultimi mesi, mettendo in evidenza un quadro critico: il Servizio sanitario nazionale soffre di problemi strutturali, sia acuti sia cronici, che incidono direttamente sulla salute di milioni di cittadini.

Con una popolazione sempre più anziana – oltre il 35% degli italiani ha più di 64 anni, quota destinata a crescere – diventa difficile, senza interventi mirati, garantire cure efficaci per le patologie croniche tipiche dell'età avanzata.

Il defianziamento del sistema pubblico pesa come un macigno: cresce la spesa sanitaria privata delle famiglie, arrivata a 41 miliardi di euro, cui si aggiungono circa 6 miliardi di spesa "intermedia" non coperta dal SSN (dati Istat 2025).

Parallelamente, l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza resta profondamente disomogenea. Nonostante gli aggiornamenti dei LEA del 2024, la valutazione nazionale continua a basarsi sugli standard del 1998: un paradosso che evidenzia ritardi normativi e un divario sempre più marcato tra Nord e Sud.

Le Regioni meridionali e il Lazio applicano tra il 58% e il 72% dei LEA, contro percentuali più alte – ma comunque non ottimali – delle Regioni settentrionali. Le aree più ricche riescono inoltre a finanziare servizi integrativi utilizzando risorse aggiuntive, possibilità preclusa ai territori in piano di rientro, dove bilanciano fragili e tetti di spesa impediscono l'aggiornamento dell'offerta sanitaria.

Il divario emerge nettamente anche nella prevenzione: nel Sud e nel Lazio la partecipazione agli screening oncologici per mammella, colon-retto e cervice uterina è molto più bassa rispetto al Nord, con adesioni comprese tra il 21% e il 40% (Rapporto ONS 2024). Valori subottimali si registrano anche per le vaccinazioni anti-HPV, con evidenti ripercussioni sulla salute pubblica.

Non sorprende, dunque, che la mobilità sanitaria confermi una fuga verso le Regioni più attrezzate: Lombar-

dia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana registrano i saldi attivi più alti, mentre Lazio, Puglia, Sicilia, Calabria e Campania mostrano deficit tra i 200 e i 300 milioni (Agenas 2022).

Migliaia di famiglie sono costrette a spostarsi per ricevere cure adeguate, con costi economici e sociali rilevanti.

Alcune Regioni stanno valutando limiti ai ricoveri provenienti dal Sud, mentre altre – come la Calabria – provano a rafforzare la propria rete ospedaliera costruendo nuovi poli e avviando collaborazioni interregionali.

Nel 2024, 5,8 milioni di italiani (il 9,9% della popolazione) hanno rinunciato a visite o cure: un dato che colpisce soprattutto il Centro-Sud, dove il 11,4% dei cittadini non accede ai servizi né pubblici né privati per motivi economici, contro l'8,4% del Nord (Istat).

Preoccupante anche il divario nell'aspettativa di vita: si passa dagli 84,7 anni della Provincia di Trento agli 81,7 della Campania, tre anni di differenza che riflettono profonde disuguaglianze nelle condizioni di prevenzione, cura e assistenza (Istat 2025).

A complicare ulteriormente il quadro c'è l'attuazione del PNRR: solo il 3% delle Case di Comunità previste risulta pienamente operativo, con punte dello 0-3% nelle Regioni meridionali per mancanza di personale medico e infermieristico. Allo stesso modo, pochissimi cittadini hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico, con percentuali che nel Sud oscillano tra l'1% e l'8%.

Questi elementi – aumento della spesa privata, rinuncia alle cure, mobilità crescente – richiedono una riforma strutturale condivisa, un nuovo patto politico e sociale che rilanci la sanità pubblica e garantisca a tutti i cittadini pari accesso ai servizi, come previsto dall'articolo 32 della Costituzione.

Preoccupa invece la direzione delle proposte in discussione: il progres-

sivo spostamento dall'assistenza integrativa verso modelli di sanità sostitutiva rischia di ridimensionare ulteriormente il ruolo del SSN a favore di fondi e assicurazioni, con un'impostazione sempre più neoliberista.

Diventa quindi indispensabile un aumento stabile del finanziamento pubblico, come richiesto da istituzioni nazionali e internazionali – dalla Corte dei Conti all'OMS, fino a Eurostat. Servono riforme che rafforzino il personale sanitario, oggi attratto dal privato e dall'estero, e che facilitino l'accesso alle innovazioni farmacologiche e tecnologiche, riducendo le enormi differenze territoriali. Occorre anche ripensare l'organizzazione dei servizi territoriali, potenziando telemedicina, ricerca clinica avanzata e nuove competenze professionali.

Le Regioni del Sud restano l'area più fragile e più esposta, con rischi concreti per la tenuta stessa dei servizi essenziali. Un parziale argine arriva dalla Corte Costituzionale che, con la sentenza 192/2024, ha fermato la proposta di Autonomia Differenziata per la parte più critica legata ai LEA. Ma restano aperti numerosi interrogativi, soprattutto alla luce delle nuove pre-intese tra Governo e alcune Regioni del Nord, che rischiano di ampliare ulteriormente le disuguaglianze nell'accesso alla salute.

L'Italia è dunque davanti a un bivio: o rilanciare con decisione il suo Servizio sanitario nazionale, o assistere a un progressivo indebolimento del suo pilastro più prezioso, quello che dovrebbe garantire equità e tutela a ogni cittadino, ovunque viva.

Francesco Cognetti

Coordinatore Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari



LA STIMA Riflettere sul danno sanitario trasforma il problema in responsabilità collettiva

Violenza e salute, ferite che costano

Molestie e abusi domestici costano all'Ue circa 366 miliardi di euro all'anno

di **MARIA FRANCESCA ASTORINO**

Per anni la violenza contro le donne è stata raccontata soprattutto come una questione morale, sociale e di diritti. Giustamente. Ma c'è un'altra chiave di lettura che troppo spesso resta nell'ombra: quella finanziaria.

Mettere in conto il danno significa trasformare il problema in una responsabilità collettiva, misurabile e, soprattutto, affrontabile con politiche pubbliche e scelte aziendali. È particolarmente importante mostrare quanto la violenza costi in termini monetari con una particolare attenzione ai costi sanitari, che sono spesso i più alti e i più sottovalutati.

A livello comunitario, un'analisi dell'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE) ha stimato che la violenza di genere costa all'Unione circa 366 miliardi di euro all'anno: una cifra che comprende costi diretti come quelli sanitari e giudiziari e costi indiretti come la perdita di produttività.

In Italia, stime consolidate citate in indagini nazionali parlano di una voce complessiva che si aggira intorno ai 16,7 miliardi di euro l'anno per la violenza domestica: un numero che può suonare immateriale fino a quando non si spiega cosa include e soprattutto, quanto pesa sulla salute delle vittime. Nel dettaglio, i costi sanitari non sono solo le medicazioni o le radiografie dopo un'aggressione fisica. Sono anche centinaia di migliaia di ore di terapia psicologica, consulti psichiatrici, farmaci per depressione e ansia, percorsi di riabilitazione, ricadute croniche su malattie metaboliche e cardiovascolari, effetti sulla salute riproduttiva e assistenza ostetrica complicata.

Studi recenti che utilizzano registri sanitari nazionali mostrano come le vittime di violenza abbiano consumi di servizi sanitari nettamente superiori rispetto a chi non ha subito violenza. La prima tappa del costo sanitario è spesso il pronto soccorso. Ferite, fratture, contusioni e traumi cranici richiedono accertamenti, eventuali interventi chirurgici, degenze o consumi diagnostici intensi. Una singola presa in carico per trauma può comportare costi immediati

elevati; i servizi di emergenza sono voci di spesa onerose per il sistema sanitario e, quando la presa in carico termina senza un percorso integra-

to, è probabile che la vittima torni più volte, moltiplicando i costi.

Il capitolo più pesante, e il più sottovalutato, riguarda la salute mentale. Disturbi da stress post-traumatico (PTSD), depressione maggiore, ansia generalizzata, disturbi del sonno e uso di sostanze sono condizioni frequentemente associate a esperienze di violenza. La cura di queste condizioni richiede cicli prolungati di psicoterapia, prestazioni psichiatriche e, talvolta, farmacoterapia continuativa. Studi che collegano

polizia e registri sanitari mostrano costi sanitari incrementali attribuibili alla violenza anche nei cinque anni successivi all'evento.

La violenza aumenta poi il rischio di condizioni croniche che hanno un costo sanitario enorme: malattie cardiovascolari, diabete, problemi gastrointestinali, malattie autoimmuni e disordini legati allo stress. La letteratura scientifica mo-

stra che le donne esposte a violenza presentano un eccesso di consumo di servizi sanitari anche per problemi apparentemente non correlati: lo stress cronico altera il funzionamento immunitario e metabolico. Tradotto: prevenzione e presa in carico iniziale possono evitare cure lunghe e costose in seguito. La violenza incide, come detto, anche sulla salute riproduttiva: complicazioni in gravi-



danza, aborto spontaneo, parto pretermine, bassi pesi alla nascita e maggiore rischio di depressione post-partum sono associati a storie di abuso. Questi eventi richiedono percorsi di cura specialistica, ricoveri, terapie neonatali e follow-up prolungati. Le ricadute si estendono ai neonati, che possono necessitare di maggiori cure sanitarie e sostegno educativo nel tempo, aumentando ulteriormente i costi sociali.

Gli ospedali non possono curare solo la ferita fisica: servono percorsi integrati che colleghino pronto soccorso, salute mentale, servizi sociali e case rifugio. Quando questo non avviene, si moltiplicano visite ricorrenti, ricadute e ricoveri che pesano sulla spesa. Un modello efficace riduce i tempi di presa in carico, evita duplicazioni e tiene insieme protezione sanitaria e protezione legale.

Investire nell'integrazione può ridurre i costi a valle. La medicina di base e i servizi territoriali rappresentano il secondo fronte di spesa: visite multiple dal medico di famiglia, prescrizioni, visite specialistiche, interventi del pediatra per figli esposti. Il coinvolgimento precoce del territorio è fondamentale: screening, formazione dei medici e percorsi di riferimento ben definiti riducono il ricorso all'urgenza e facilitano l'uscita dal circuito della violenza. È anche una strategia economica: la cura territoriale è mediamente meno costosa dell'ospedalizzazione. A rimetterci sono anche i datori di lavoro. Le aziende pagano indirettamente la violenza attraverso assenze, turnover e perdita di talento. Offrire supporto sanitario (convenzioni per psicoterapia, permessi retribuiti per cure, piani di welfare coerenti) non è soltanto un gesto etico: è una strategia per ridurre costi operativi e mantenere capitale umano.

Inoltre, inserire indicatori sulle assenze per violenza nei report ESG rende l'argomento rilevante per in-

vestitori attenti alla sostenibilità sociale. Mettere la salute al centro della lotta contro la violenza non è un approccio compassionevole o puramente simbolico: è una strategia economica. Ridurre la prevalenza della violenza, migliorare la presa in carico sanitaria e integrare i servizi

comporta costi iniziali ma produce risparmi significativi in termini di visite, ricoveri e malattie croniche evitate. Non basta aspettare che siano solo le politiche sociali ad

abbattere questi costi, la società deve muoversi per migliorare la vita delle persone coinvolte adottando percorsi di educazione affettiva che hanno la virtù di intervenire prima che i danni si accumulino.

*Fondamentale
il coinvolgimento
del territorio specie
per la formazione*

*Centinaia di migliaia
di ore di terapia
psicologica, consulti
psichiatrici, farmaci*

*In Italia, la violenza
domestica costa
16,7 miliardi di euro
l'anno per le cure*



Una visita in pronto soccorso da parte di una giovane donna vittima di abusi



Assistenza

IL CAREGIVER CONQUISTA UN RUOLO: IN ARRIVO LEGGE E RISORSE

di **Serena Uccello**

—a pagina 8



Il caregiver diventerà un lavoro: sblocco per il riconoscimento

Welfare familiare. Dopo l'inserimento in manovra dei fondi, in arrivo un Ddl che stabilisce compenso e ruolo. L'opposizione: risorse esigue

Serena Uccello

A singhiozzo e con un percorso a ostacoli, che però ora sembra avviarsi verso una risoluzione. È il riconoscimento della figura dei “caregiver”, ovvero di quei 7 milioni di persone che assistono quotidianamente oltre 4 milioni di soggetti disabili e non autosufficienti. Dopo l'inserimento nel Ddl di Bilancio di un articolo (il 53) che prevede un «Fondo per le iniziative legislative a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare», nei giorni scorsi la ministra per la Disabilità, Alessandra Locatelli, ha annunciato un disegno di legge ad hoc. Attual-

mente, infatti, non esiste una legge nazionale che riconosca e tuteli il ruolo dei caregiver. Più presente invece è stata la politica locale con 12 Regioni che si sono attivate per normare questa figura. Nel complesso nessuna svolta finora risolutiva, fatta eccezione per la legge 205/2017 e un fondo dedicato nel 2020 per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare, con stanziamenti che, hanno lamentato le associazioni, sono sempre rimasti insufficienti rispetto ai reali bisogni.

La legge di Bilancio

Nel dettaglio, l'articolo 53 della manovra – ora al Senato per l'approva-

zione in prima lettura – prevede risorse pari a 1,15 milioni per il 2026 e a 207 milioni dal 2027, per finanziare «iniziative legislative a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare». Si tratta di risorse che all'indomani della presentazione del Ddl di Bilancio sono state bollate come esigue, in relazione ai bisogni di una platea così ampia, sia da Loredana Ligabue, segretaria di Carer, sia da Isabella Mori, responsabile tutela di



Cittadinanzattiva. Il punto di partenza della critica si focalizza sul fatto che quotidianamente i caregiver con la loro presenza si fanno carico e risolvono le carenze strutturali del sistema pubblico, generando un valore economico tra il 2,5 e il 3% del Pil italiano con la loro attività di sostegno e cura. Nel mirino, inoltre, vista la formulazione dell'articolo, anche la mancata definizione sull'allocatione delle risorse e sulla destinazione.

Il disegno di legge

A fare chiarezza è intervenuta la ministra della Disabilità, Alessandra Locatelli, che nei giorni scorsi ha annunciato la svolta attesa, ovvero la presentazione di un disegno di legge il cui iter inizierà a gennaio, dopo l'approvazione della manovra, con la presentazione in Consiglio dei ministri. Il testo fissa la definizione di "caregiver" familiare che è «la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile o del convivente di fatto», oppure «di un parente o di un affine entro il secondo grado» o «di un parente entro il terzo grado».

Inoltre, introduce un sistema di tutele differenziate distinguendo tra: a) caregiver familiare prevalente con un carico assistenziale uguale o superiore a 91 ore settimanali convivente con una persona in condizione di non

autosufficienza; b) caregiver familiare convivente con la persona assistita con un carico di assistenza uguale o superiore a 30 ore e inferiore a 91 ore settimanali; c) caregiver familiare non convivente con la persona assistita con un carico di assistenza uguale o superiore a 30 ore settimanali; d) caregiver familiare convivente o non convivente con la persona assistita con un carico di assistenza uguale o superiore a dieci ore settimanali e inferiore a 30 ore settimanali.

Infine, la norma determina un sostegno di tipo economico per chi ha una soglia Isee pari a 15mila euro, che non svolga un'attività lavorativa o, nel caso in cui lo faccia, non ne ricavi un reddito superiore a 3mila euro lordi annui. All'inizio l'importo trimestrale sarà fino a 1.200 euro.

È qui entrano in gioco la copertura dei 207 milioni prevista dal Ddl di Bilancio (per quanto l'intenzione è quella di fissare la copertura a 257 milioni, utilizzando 50 milioni dal Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità), ma anche le critiche. Per la ministra, intervenuta sul tema durante il question time alla Camera il 19 novembre, la copertura di 207 milioni è «un punto di partenza, su cui lavorare insieme perché da dieci anni le famiglie stanno aspettando». In effetti negli ultimi dieci anni «sono state presentate una trentina di

proposte di legge sui caregiver che non hanno visto la luce».

Al momento però, l'impianto del testo non convince l'opposizione. Secondo Davide Faraone, vicepresidente di Italia Viva e firmatario in passato di uno di quei trenta testi citati, «serve un salto di qualità nell'assistenza».

Il nodo per Faraone è il riconoscimento giuridico di questa figura: «Non si tratta di dare un reddito di povertà a chi assiste»; un passo avanti sulla strada del riconoscimento, in questo caso, economico sarebbe stato dare anche «la possibilità di accumulare dei contributi previdenziali».

Un'altra questione che divide è il coinvolgimento delle associazioni perché se la ministra definisce il Ddl «il frutto del lavoro di un Tavolo di più di 50 soggetti tra famiglie, associazioni, enti del territorio, sindacati», Marco Furfaro, deputato Pd e capogruppo in commissione Affari sociali dice invece che «il piano sui caregiver dell'esecutivo non è condiviso con le associazioni che vengono ulteriormente umiliate» dal momento che «ci vorranno 91 ore di cura a settimana, 400 ore al mese per avere un contributo su base Isee limitatissima».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Verso una norma
«Percorso tracciato,
dopo anni di attesa
ora diamo risposta»



«Oggi abbiamo un testo condiviso da cui partire e una copertura finanziaria certa. Grazie alle risorse stanziare, possiamo proseguire»

ALESSANDRA LOCATELLI Ministra per le Disabilità

Il disegno di legge annunciato lega il possibile compenso alla soglia Isee e alle ore di assistenza

L'IDENTIKIT

L'età media

Hanno un'età media di 25 anni e sono impegnati dalle 7 alle 35 ore a settimana. A dirlo è l'indagine "Impressions of Humanity" realizzata da Eikon Strategic Consulting Italia Società Benefit, presentata lo scorso settembre 2025. Lo studio, svolto in 17 regioni, ha coinvolto un campione di 115 giovani tra i 18 e i 30 anni. Metà (46%) si colloca nella fascia 26-30 anni. La seconda fascia più rappresentata (41%) comprende i 21-25enni, mentre i 18-20enni sono il 13% del campione

Le caratteristiche

Il 58% degli intervistati ha un lavoro, il 35% studia. Il carico di lavoro è rilevante: il 72% dedica quotidianamente da una a cinque ore all'assistenza. Il 59% assiste da oltre un anno, con il 32% impegnato da più di 3 anni

Le motivazioni

Il 55% dei caregiver dichiara di dedicarsi all'assistenza «per

affetto», tuttavia 8 su 10 chiedono un riconoscimento sociale e istituzionale del proprio ruolo. I principali destinatari dell'assistenza sono i nonni (42%), seguono i genitori (30%)

Le patologie assistite

Prevalgono le malattie croniche (34%), seguite da disabilità fisiche (30%) e cognitive (26%). Inciso il peso delle patologie psichiatriche (21%) e delle malattie degenerative (21%), in entrambi i casi si tratta di malattie che richiedono competenze specifiche oltre che impattare sul caregiver con un carico emotivo particolarmente intenso

Le patologie di cui soffrono

Secondo una survey dell'Istituto superiore di sanità (Iss), a cui hanno risposto 2033 persone (83% donne): quattro caregiver su dieci (41%) hanno sviluppato malattie croniche che prima non avevano e tra questi il 66% ha riportato l'insorgenza di più di una patologia



La platea.

In Italia sono circa 7 milioni le persone che si occupano a tempo pieno o parziale di un familiare disabile o sofferente per una patologia cronica



L'analisi

DIAGNOSI E TERAPIE FATTE CON L'AI: CHI RISPONDE PER GLI ERRORI

di **Sara Calì** e **Maurizio Hazan**

La possibilità di impiegare l'intelligenza artificiale nell'ambito sanitario – disciplinata dalla legge 132/2025 – apre scenari straordinari per la cura, la diagnosi e la gestione dei dati clinici. Il che modifica anche i tradizionali profili di rischio, imponendo un ripensamento degli attuali assetti organizzativi e un adattamento al nuovo contesto digitale dei principi di sicurezza delle cure e di responsabilità sanitaria declinati dalla legge 24/2017 (legge Gelli).

In particolare, l'articolo 7 della legge 132/2025 mira a incentivare l'uso dei software di Ai in quanto idonei a offrire un contributo al miglioramento del sistema sanitario, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle malattie (comma 1). L'utilizzo deve avvenire nel rispetto dei diritti, delle libertà e degli interessi della persona, anche in materia di protezione dei dati personali, avendo cura di non selezionare e condizionare l'accesso alle prestazioni sanitarie secondo criteri discriminatori (comma 2). Viene ribadito il principio antropocentrico – già sancito dall'articolo 14 dell'Ai Act – che esclude la prevaricazione della macchina imponendo il controllo e la supervisione umana nei sistemi ad alto rischio. Ciò, nel sistema sanitario, si traduce nella qualificazione dei sistemi di intelligenza artificiale come mezzi di supporto – e mai di sostituzione – «nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e scelta terapeutica»: la decisione finale resta «impregiudicata» e sempre rimessa agli esercenti la professione medica (comma 5).

Questi ultimi continueranno a rispondere, in base all'articolo 7 della legge 24/2017, in via extracontrattuale, se ausiliari di struttura, o in via contrattuale, se attivi su propri pazienti. Certo, nel valutare la loro responsabilità, nel caso di evento avverso a seguito di una diagnosi o di una cura fatte con il supporto dell'Ai, si dovrà tenere conto della correttezza o meno delle risultanze digitali e della difficoltà per i professionisti di sindacarne, in taluni casi, l'attendibilità. Siccome la legge incoraggia l'impiego dell'Ai in quanto strumento che migliora la qualità e l'efficienza delle cure, il medico non dovrebbe essere di regola chiamato a riesaminare le risultanze o validare il funzionamento della tecnologia, ma piuttosto a valutarle tenendo conto del caso concreto, decidendo di volta in volta la migliore indicazione terapeutica.

L'eventuale malfunzionamento del sistema, in coerenza con la legge 24/2017, non dovrebbe mai ricadere sul medico ausiliario di struttura, la cui responsabilità è sempre per colpa (in base all'articolo 2043 del Codice civile). Diverso il discorso per il libero professionista, che ha un rapporto contrattuale con il paziente, e soprattutto per la struttura, nell'ambito del «contratto di ospitalità»: in quanto custodi e utilizzatori dell'intelligenza artificiale dovranno attivarsi affinché i sistemi utilizzati in ambito sanitario e i dati impiegati siano «affidabili, periodicamente verificati e aggiornati al fine di minimizzare il rischio di errori e migliorare la sicurezza dei pazienti» (articolo 7, comma 6, legge 132/2025). Ciò impatta sulle responsabilità organizzative e sul rischio sanitario della struttura e delle sue cariche apicali.

Discorso a parte riguarda i produttori dei sistemi di Ai, che

certamente potranno entrare nella catena delle varie responsabilità implicate in caso danno a terzi (direttamente o in via di regresso).

Il paziente resta al centro del sistema e ha diritto a essere informato sull'impiego dell'Ai (comma 3), ma la legge non fa espresso riferimento alla necessità di un consenso. È ragionevole ritenere che l'informativa sia resa in uno con le altre informazioni previste dalla legge 219/2017 in materia di consenso informato. In assenza di una previsione di legge si può prendere spunto dal parere espresso nel 2020 dal Comitato nazionale per la bioetica, secondo il quale il paziente dovrebbe essere reso edotto del fatto che l'intervento diagnostico o terapeutico si avvalga dell'Ai e, se del caso, che tale intervento possa rientrare in una fase di sperimentazione o validazione e che vi siano rischi e limiti connessi all'utilizzo di queste tecnologie. Peralto, la violazione dell'obbligo di informativa, da sola e in assenza di un danno alla salute, non dovrebbe integrare una ragione di pregiudizio per il paziente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Di regola il medico non dovrebbe riesaminare i risultati ma solo valutarli in base al caso concreto



Medici senza tutele

PAOLORUSSO
ROMA

Medici in rivolta contro l'emendamento presentato dalla maggioranza in manovra che, di fatto, li esporrebbe di nuovo alle richieste di risarcimento, anche per danno lieve, sia dei pazienti che delle aziende pubbliche o private per cui lavorano. Il dietrofront rispetto alla legge delega sullo scudo penale presentata a settembre dal governo è un emendamento presentato da Michaela Biancofiore di Noi Moderati, in serata ricusato dallo stesso gruppo («siamo assolutamente contrari») ma indicativo dell'andamento ondivago della maggioranza sul tema, visto che già ad agosto la premier aveva imposto un momentaneo stop allo scudo penale proposto dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, contrario invece all'emendamento. Ma le titubanze interne anche al governo erano e sono dettate dal timore che la norma possa essere letta come una limitazione del diritto al risarcimento degli assistiti, che invece non viene in alcun modo intaccato, perché l'ombrello protettivo non preclude la possibilità di ricorrere in sede civile.

Solo che oggi come oggi a risponderne in solido sono alla fine le aziende sanitarie e anche sul piano penale la responsabilità scatta solo per

colpa grave. «Mentre con l'emendamento Biancofiore si ritornerebbe alla situazione ante legge Gelli-Bianco del 2017 sulla responsabilità medica, che prevedeva un rapporto contrattuale diretto tra paziente e medico, il che esprimeva quest'ultimo alle richieste di risarcimento non solo del paziente ma anche dell'azienda pubblica e privata, nel caso in cui non fosse lo stesso medico a fatturare direttamente la prestazione», spiega il vicepresidente dell'Ordine dei medici, Antonio Magi. «Se dovesse passare la proposta – aggiunge – la prescrizione tornerebbe poi da 5 a 10 anni e non sarebbe più il paziente a dover dimostrare di aver subito il danno, ma il medico. Così saremmo costretti di nuovo a doverci assicurare tutti, con costi che arrivano fino a 15 mila euro. Per me che ho uno stipendio di 3.300 euro significherebbe toglierne 1.200: credo che rimarremmo in pochi a lavorare ancora per il servizio pubblico».

La protesta di Magi è anche quella dei sindacati dei medici ospedalieri. Anaa Asso-med e Cimo hanno infatti espresso «sgomento e indignazione di fronte all'improvviso tentativo della maggioranza parlamentare di peggiorare drasticamente il quadro della responsabilità professionale

del personale sanitario». L'emendamento alla manovra, proseguono, «incredibilmente segnalato come prioritario dalla maggioranza, prevede infatti che "l'esercente la professione sanitaria... risponde in via principale del proprio operato a titolo di responsabilità contrattuale ai sensi dell'articolo 1218 del codice civile". Inoltre, la responsabilità della struttura diventa sussidiaria, confinata a pochi casi, mentre il medico torna a essere il primo bersaglio, perseguibile senza tenere in considerazione la graduazione della colpa, con il rischio che le strutture possano perfino rivaleersi su di lui per i risarcimenti». Per i sindacati sarebbe «un inaccettabile ritorno al passato, che riporta il Paese all'epoca della caccia al medico».

A chiedere il ritiro dell'emendamento, «che riporterebbe la materia indietro di anni luce», è anche la Federazione nazionale degli Ordini provinciali dei medici, la FNOMCeO. «Siamo al paradosso – afferma il presidente Filippo Anelli – per cui, mentre da un lato il governo si impegna sullo scudo penale e sulla revisione organica della materia per restituire serenità al medico, dall'altro, con un singolo emendamento, si vuole far diventare il medico il principale bersaglio delle richieste di risarcimento, sollevando le strutture. Rischiamo



una fuga in massa dei medici e del personale sanitario verso altri Paesi». Biancofiore, dal canto suo si difende, parla di una norma «a favore sia dei medici che dei cittadini» e segnala la necessità di «provare anche ad interpretare l'esasperazione di quei cittadini che sono, ahimè, rimasti vittime di errori clamorosi causati da medici sprovveduti».

Ma i camici bianchi bacchet-

tano il governo anche sul flop dei test di medicina: «Ce lo aspettavamo perché con il semestre propedeutico aperto a tutti – afferma Magi – era chiaro che le Università non sarebbero riuscite a gestire l'impatto di 50 mila candidati che hanno affollato le aule». —

Medici in sala operatoria

Magi (Ordine dei medici): «Costretti ad assicurarci con costi fino a 15 mila euro»
Schillaci contrario
È un passo indietro rispetto allo scudo penale che ha proposto

S I punti

1 L'emendamento
La norma proposta da Michaela Biancofiore (Civici d'Italia - Noi Moderati) prevede che, in caso di danni ai pazienti, la responsabilità civile passa dall'azienda sanitaria ai medici

2 Il disconoscimento
Noi Moderati si è detto contrario all'emendamento. Biancofiore presiede un gruppo parlamentare composto da diverse forze politiche di cui fa parte anche Nm

3 La legge Gelli-Bianco
È il provvedimento che nel 2017 ha reso extracontrattuale la responsabilità civile del personale sanitario, limitandola soltanto al dolo e alla colpa grave

S Così su La Stampa



Sul nostro giornale del 3 agosto le anticipazioni sullo scudo penale per i medici, provvedimento portato avanti dal governo nei mesi scorsi. A voler introdurre la misura proprio il ministro Schillaci: cancellate tutte le responsabilità dei camici bianchi tranne quelle gravi

Un emendamento alla manovra presentato da Biancofiore prevede che i dottori paghino per i danni causati ai pazienti. Associazioni in rivolta: "Si rischia la fuga dal sistema sanitario"



S Così su La Stampa



Sul nostro giornale del 3 agosto le anticipazioni sullo scudo penale per i medici, provvedimento portato avanti dal governo nei mesi scorsi. A voler introdurre la misura proprio il ministro Schillaci: cancellate tutte le responsabilità dei camici bianchi tranne quelle gravi



Sanità

Responsabilità dei medici, la maggioranza si spacca

Emendamento segnalato
che fa rispondere i dottori
dei danni subiti dai pazienti

Marzio Bartoloni

Scoppia un caso Sanità anche dentro la maggioranza con Noi moderati che bocciano l'emendamento segnalato alla manovra a firma della "collega" Micaela Biancofiore (Civici d'Italia - Noi Moderati) che fa ricadere la responsabilità civile in caso di danni ai pazienti direttamente sul medico, anziché primariamente sulla struttura sanitaria. Una modifica che ha subito acceso la polemica e la protesta anche da parte del mondo medico. Così «si tornerebbe indietro anni luce», ha detto tra gli altri il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnomceo) Filippo Anelli, mentre per le organizzazioni sindacali si tratta di un «vergognoso attacco frontale alla categoria». E che ha anche il sapore della beffa visto che il Governo ha da poco varato una nor-

ma per assicurare lo scudo penale per i camici bianchi (l'esclusione cioè della punibilità dei medici se non in caso di dolo e colpa grave).

L'emendamento in questione prevede che «l'esercente la professione sanitaria che, nell'esercizio dell'attività svolta all'interno di una struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, cagiona un danno al paziente, risponde in via principale del proprio operato a titolo di responsabilità contrattuale». La struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, risponde solo nei casi in cui «non abbia assicurato un'adeguata organizzazione del servizio sanitario e assistenziale» o «non abbia fornito al personale sanitario dispositivi e attrezzature idonei allo svolgimento delle attività» o non possieda addirittura le autorizzazioni sanitarie all'esercizio dell'attività.

Dure critiche all'emendamento Biancofiore da Avs, Italia Viva e come detto anche da Noi Moderati («Siamo assolutamente contrari all'emendamento sulla responsabilità diretta dei medici per i danni ai pazienti», afferma il responsabile Sanità Andrea Costa). La Biancofiore però si difende: «Il mio emendamento è in favore di medici e cittadini» e invita i sindacati a «provare anche ad interpretare l'esasperazione di quei cittadini che sono, ahimè, rimasti vittime di errori clamorosi causati da medici sprovveduti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GLI EMENDAMENTI ALLA MANOVRA

Medici responsabili dei danni ai pazienti I sindacati insorgono: «È una vergogna»

Proposta di Noi Moderati. FdI rilancia sulla previdenza

■ La manovra entra nel vivo e a catalizzare l'attenzione, più dei numeri, è un emendamento destinato a rimettere mano in profondità all'equilibrio tra strutture sanitarie e personale medico. La proposta, firmata dalla deputata di Noi Moderati Micaela Biancofiore, punta a far ricadere la responsabilità civile in caso di danni ai pazienti direttamente sul medico anziché primariamente sull'azienda sanitaria. La reazione della categoria è stata immediata: per il presidente della Fnomceo Filippo Anelli, «si tornerebbe indietro anni luce», mentre i sindacati parlano di un «vergognoso attacco frontale alla categoria».

L'emendamento stabilisce che «l'esercente la professione sanitaria che, nell'esercizio dell'attività svolta all'interno di una struttura sanitaria o socio-sanitaria, pubblica o privata, cagiona un danno al paziente risponde in via principale del proprio operato a titolo di responsabilità contrattuale», mentre la struttura sarebbe chiamata in causa solo qualora «non abbia assicurato un'adeguata organizzazione del servizio sanitario e assistenziale» o «non abbia fornito al personale sanitario dispositivi e attrezzature idonei allo svolgimento delle attività» o non possieda le autorizzazioni necessarie all'esercizio dell'attività. Un ribaltamento di prospettiva che, secondo Anelli, «vuole far diventare il medico il principale bersaglio delle richieste di risarcimento, sollevando le strutture, con il rischio di «una fuga in massa dei medici e

del personale sanitario verso altri Paesi». Duro anche il fronte sindacale: Anao Assomed e Cimo-Fesmed accusano il governo di voler demolire l'impianto della legge Gelli-Bianco e parlano di un emendamento che riporta il Paese «all'epoca della caccia al medico».

Sul fronte più strettamente economico, la manovra continua a muoversi tra aggiustamenti e tensioni politiche. FdI rilancia su previdenza e lavoro proponendo la proroga di Opzione donna al 31 dicembre 2025, con un allargamento della platea che includerebbe anche le lavoratrici rimaste disoccupate dopo dimissioni o scadenza del contratto a termine. Sempre dallo stesso fronte arriva la proposta di consentire il riscatto dei periodi di stage post-laurea, fino a due anni, per i lavoratori senza contributi precedenti al 1996.

Intanto, si riaccende lo scontro tra Lega e Forza Italia sulla tassazione delle banche: Matteo Salvini insiste per un ulteriore aumento dell'Irap per istituti con grandi fatturati, sostenendo che «le banche finiranno l'anno con 50 miliardi di guadagni, non penso che mezzo Irap in più rovinerà le loro feste di Natale o di Capodanno», mentre Forza Italia frena e chiede un nuovo confronto con l'Abi, ricordando che il primo aumento era «figlio di una interlocuzione» e ribadendo la contrarietà del partito alle tasse sugli extra-profitti.

Sullo scacchiere delle partecipate, un emendamento firmato

da Romeo e Gasparri esclude i compensi percepiti nelle società quotate dal conteggio del tetto alle retribuzioni nelle partecipate non quotate, permettendo così l'incumulabilità senza penalizzazioni per chi opera in entrambe le realtà.

A orchestrare il lavoro di sintesi è il viceministro dell'Economia Maurizio Leo, che ricorda che «i saldi devono rimanere invariati perché è una cosa fondamentale: è un segnale di serietà del governo» e spiega che si è lavorato su circa 400 emendamenti concentrandosi sulla selezione di quelli prioritari. Sul fronte dell'iperammortamento Leo aggiunge che «speriamo si possa creare» un'estensione triennale, pur ritenendo realistico lavorare su un biennale; infine, a proposito di una possibile reintroduzione della Tobin Tax, afferma che «personalmente manterrei la situazione attuale».

Infine, sul versante normativo, il governo valuta un intervento sul Golden Power per recepire rapidamente i rilievi dell'Ue, tramite decreto o inserimento diretto nella legge di Bilancio, soluzione su cui Palazzo Chigi lavora da mesi.

GDeF

Nuovo confronto Lega-Forza Italia sull'ipotesi di aumento dell'Irap per le banche. Il viceministro Leo: «Fondamentale che i saldi restino invariati»



Costa (Noi Moderati)

«Un errore incolpare i medici»

Francesco Curridori

■ «Siamo fermamente contrari all'emendamento presentato dalla senatrice Michaela Biancofiore che, peraltro, non è di Noi Moderati». Andrea Costa, responsabile Salute di Noi Moderati ed esperto in strategie di attuazione del Pnrr-Missione presso il ministero guidato da Orazio Schillaci, prende le distanze dall'emendamento alla legge di bilancio sulla responsabilità civile dei medici presentato dalla senatrice Michaela Biancofiore.

Perché siete così contra-

ri?

«Questo emendamento ci farebbe tornare indietro rispetto alla legge Gelli che per quanto riguarda la responsabilità aveva previsto un percorso valido ancora oggi. Per il futuro, dobbiamo aumentare la tutela del nostro personale sanitario perché dobbiamo creare le condizioni affinché i nostri medici, i nostri infermieri operino nelle condizioni migliori».

Quali sono le vostre proposte sul tema?

«Proponiamo un percorso previsto nella riforma delle professioni sanitarie che tuteli di più medici e infermieri che oggi si trovano ad operare in condizioni di difficoltà, basti pensare alle aggressioni nei pronto soccorso e nei reparti».

Quali le priorità del settore medico-infermieristico?

«Siamo convinti che ci sia bisogno di rafforzare il rapporto di fiducia tra cittadino, paziente e medico. Quell'emendamento, poi, aumenterebbe il ricorso dei medici alla cosiddetta medi-

cina difensiva e del relativo aumento degli esami prescritti anche quando non necessari che certamente non ci aiuterebbe a risolvere il problema delle liste d'attesa. La vera soluzione è continuare il percorso avviato dal governo che prevede nuove assunzioni e un aumento delle retribuzioni».

Il governo, però, ha decisamente aumentato i fondi per il settore. O no?

«Questo governo, dal punto di vista degli investimenti in sanità, ha decisamente invertito la rotta. Anche i fondi del Pnrr vanno in questa direzione, rafforzando la medicina del territorio».



Modifica

Diciamo
no alla
responsabilità
civile
per i camici



Medici contro l'aumento delle responsabilità civili

Da una parte lo scudo penale dei medici, dall'altra l'aumento delle loro responsabilità civili. È questo il paradosso che si realizzerebbe nel caso venisse approvato l'emendamento alla manovra avanzato da Michaela Biancofiore (Noi moderati), rientrato tra quelli segnalati. La proposta, infatti, prevede che l'esercente la professione sanitaria risponda in via principale del proprio operato a titolo di responsabilità contrattuale, superando la ormai famosa legge Gelli-Bianco, mentre solo pochi mesi fa è stata approvata la norma sullo scudo penale per la categoria.

Un cortocircuito messo in evidenza dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici e dei chirurghi (Fnomceo), apertamente contraria alla proposta: «l'emendamento, oltre a essere evidentemente inconferente con la manovra, cancellerebbe con un colpo di spugna tutta la legislazione degli ultimi dieci anni, riportando le lancette indietro, a prima della legge Gelli-Bianco, che risale al 2017», le parole di Filippo Anelli, presidente della Fnomceo.

La legge Gelli-Bianco, aggiunge il presidente, «aveva finalmente reso extracontrattuale la responsabilità civile del personale sanitario, limitandolo alla sola

colpa grave. Ora, l'emendamento 69.0.25, che è tra gli emendamenti segnalati come prioritari, prevede che l'esercente la professione sanitaria risponda in via principale del proprio operato a titolo di responsabilità contrattuale, mentre la responsabilità della struttura in cui opera diventa sussidiaria, limitata a pochi casi marginali e, anche in questi, può comunque rivaleersi sul medico. Siamo al paradosso – conclude Anelli – per cui, mentre da un lato il governo si impegna sullo scudo penale e sulla revisione organica della materia partendo dai lavori della Commissione D'Ippolito, per restituire serenità al medico, dall'altro, con un singolo emendamento, si vuole far diventare il medico il principale bersaglio delle richieste di risarcimento, sollevando le strutture. Chiediamo pertanto il ritiro immediato dell'emendamento, se non vogliamo che tutte le strutture si trasformino in cattedrali nel deserto, svuotate da una fuga in massa dei medici e del personale sanitario verso altri Paesi».

— © Riproduzione riservata — ■





Servizio Manovra

Spunta la responsabilità diretta dei medici per i danni ai pazienti, insorgono i camici bianchi

La struttura sanitaria pubblica o privata risponde solo nei casi in cui non abbia assicurato un'adeguata organizzazione o i dispositivi e le attrezzature necessarie ai medici

di Marzio Bartoloni

21 novembre 2025

Far ricadere la responsabilità civile in caso di danni ai paziente direttamente sul medico, anziché primariamente sulla struttura sanitaria. E' ciò a cui punta un emendamento alla manovra a firma Micaela Biancofiore, che rientra tra quelli segnalati, e che ha subito acceso la polemica e la protesta da parte del mondo medico. Così "si tornerebbe indietro anni luce" afferma il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnomceo) Filippo Anelli, mentre per le organizzazioni sindacali si tratta di un "vergognoso attacco frontale alla categoria". Si difende Biancofiore: "Il mio emendamento è in favore di medici e cittadini" e invita i sindacati dei camici bianchi a "provare anche ad interpretare l'exasperazione di quei cittadini che sono, ahimè, rimasti vittime di errori clamorosi causati da medici sprovveduti".

Cosa prevede l'emendamento segnalato alla manovra

L'emendamento in questione prevede che «l'esercente la professione sanitaria che, nell'esercizio dell'attività svolta all'interno di una struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, cagiona un danno al paziente, risponde in via principale del proprio operato a titolo di responsabilità contrattuale». La struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, risponde solo nei casi in cui «non abbia assicurato un'adeguata organizzazione del servizio sanitario e assistenziale» o «non abbia fornito al personale sanitario dispositivi e attrezzature idonei allo svolgimento delle attività» o non possieda addirittura le autorizzazioni sanitarie all'esercizio dell'attività. Questo emendamento, è la richiesta di Anelli, "va ritirato immediatamente, perché riporterebbe la materia indietro di anni luce, cancellando con un colpo di spugna tutta la legislazione degli ultimi dieci, riportando le lancette indietro, a prima della Legge Gelli-Bianco, che risale al 2017". In questo modo, incalza, "si vuole far diventare il medico il principale bersaglio delle richieste di risarcimento, sollevando le strutture". Il rischio è "una fuga in massa dei medici e del personale sanitario verso altri Paesi".

Le critiche dei camici bianchi e la difesa della modifica

Netto il giudizio dei sindacati medici Anaao Assomed e Federazione Cimo-Fesmed: "Mentre da un lato il Governo promette lo scudo penale per garantire tutele e permettere a medici e professionisti sanitari di lavorare con un minimo di serenità, dall'altro si tenta di compiere un gravissimo colpo di mano, provando a demolire l'impianto della legge Gelli-Bianco. Siamo di fronte a un emendamento vergognoso, che riporta il Paese all'epoca della caccia al medico". "Ancora una volta

si vogliono colpire i medici per assolvere le eventuali responsabilità organizzative e gestionali delle Aziende” afferma la Fp Cgil. Dure critiche all'emendamento Biancofiore anche da Noi Moderati, Avs, Italia Viva. In un comunicato serale, Biancofiore chiarisce la propria posizione - sottolineando che l'emendamento è “a favore sia dei medici sia dei cittadini” - e invita i sindacati a “provare anche ad interpretare l'esasperazione di quei cittadini che sono, ahimè, rimasti vittime di errori clamorosi causati da medici sprovveduti”. “Per fortuna - afferma - una parte minimale che non deve incidere sulla credibilità e affidabilità della stragrande maggioranza. A chi, per esempio, è stato asportato il rene sano o è stata operata una gamba invece che l'altra o peggio è stato operato senza che vi fosse necessità, cosa rispondiamo? Come giustificano i sindacati? La risposta sensata - conclude - dovrebbe essere per loro 'la responsabilità è dell'ospedale dove è accaduto il tragico errore?'”.

LEGGE DI BILANCIO

La Salute stoppa
le nuove regole
sui medici
Confronto aperto
sugli ultimi nodi

Marzio Bartoloni — a pag. 2

Ultimi nodi manovra: verso il vertice Medici, non si cambia

La legge di bilancio

Inizia settimana decisiva.
Sulla responsabilità medica
no di Schillaci a modifiche

Dopo 24 ore di polemiche arriva il no deciso del ministro della Salute Orazio Schillaci all'emendamento alla manovra che modifica la disciplina della responsabilità professionale dei medici. La modifica a firma della senatrice Biancofiore - tra i segnalati della maggioranza - puntava a reintrodurre la responsabilità civile in caso di danni ai pazienti direttamente sul medico, anziché primariamente sulla struttura sanitaria. Il ministero della Salute «esprimerà parere contrario. L'attuale normativa garantisce una tutela adeguata, integrata peraltro dalla recente norma sulla colpa grave, e non si ritiene utile né opportuno introdurre una modifica che di fatto andrebbe in senso opposto a quanto fin qui proposto dal Ministro Schillaci sulla colpa medica», avverte una nota diffusa ieri dal dicastero.

Intanto a poco più di un mese dalla deadline del 31 dicembre, il termine entro il quale la legge di bilancio deve avere l'ok di entrambe le Camere pena l'esercizio provvisorio, è arrivato il momento

di stringere sulle modifiche al testo approvato a metà ottobre. C'è attesa per il nuovo vertice di maggioranza sulla manovra, che potrebbe essere mercoledì o giovedì, al rientro della premier Giorgia Meloni dal G20 in Sudafrica. La riunione servirà a definire gli ultimi ritocchi alla Legge di Bilancio e trovare un accordo definitivo sugli emendamenti bandiera dei partiti di governo ma nell'ottica che i «saldi devono rimanere invariati».

Tra i nodi da sciogliere al prossimo vertice a Palazzo Chigi restano, in particolare, quelli sugli affitti brevi e sulle banche. Sugli affitti brevi «credo si arriverà a una soluzione che lascerà la situazione così com'è», ha detto il vicepresidente Antonio Tajani. «Magari si potrà forse ridurre il numero degli immobili dopo i quali si innalzerà la tassazione. Oggi sono cinque e potrebbero arrivare a tre, però è importante che non aumenti la tassa», ha spiegato il leader di Fi. Anche la Lega chiede di cancellare l'aumento al 26%, previsto dalla manovra, e mantenere l'aliquota

corrente al 21% per il primo immobile. Sul contributo delle banche, invece, i due partiti si spaccano. «Il tema banche per noi è chiuso e non lo apriamo più, il punto di equilibrio trovato soddisfa noi e tutta la maggioranza di governo», ha detto Alessandro Cattaneo, responsabile Dipartimenti di Forza Italia, sottolineando che «le tasse si tolgono, non si mettono». La Lega con un emendamento chiede invece di aumentare di un ulteriore 0,5% l'Irap per le banche portandolo a 2,5 punti, facendo pagare solo una franchigia di 500mila euro alle banche medio-piccole, con un attivo fino a 30 miliardi.



Sul fronte fisco insiste la Cgil: «Senza neutralizzare il fiscal drag, indicizzando l'Irpef all'inflazione, il Governo non aiuta la cosiddetta classe media, ma ne favorisce, anzi ne determina l'impoverimento». Secondo i calcoli dell'ufficio economia del sindacato, il drenaggio accumulato dai salari tra i 28mila e i 50mila euro lordi nel triennio 2023-2025 va da un minimo di circa 1,9 mila euro a un massimo di

oltre 3,6 mila euro: la manovra di bilancio 2026 garantirà a queste fasce di reddito, attraverso la riduzione della seconda aliquota Irpef dal 35% al 33%, un beneficio tra o

e 440 euro l'anno. Per esempio, un reddito di 30mila euro lordi annui ha subito nel triennio 2023-2025 un drenaggio fiscale di 2.807 euro e riceverà dalla riduzione della seconda aliquota Irpef un beneficio di appena 40 euro all'anno. Nel caso di 35mila euro lordi annui, a fronte di un drenaggio di 3.340 euro ci saranno benefici per solo 140 euro all'anno. Infine, per un reddito di 40mila euro lordi annui, il drenaggio ammonta a 3.639 euro contro un beneficio di soltanto 240 euro all'anno.

— **Mar.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tra i nodi da sciogliere al prossimo vertice restano, in particolare, quelli sugli affitti brevi e sulle banche

IL TIMING

Manovra agli ultimi nodi

A poco più di un mese dalla deadline del 31 dicembre, il termine entro il quale la legge di bilancio deve avere l'ok di entrambe le Camere pena l'esercizio provvisorio, è arrivato il momento di stringere sulle modifiche al testo approvato a metà ottobre. Tra i nodi da sciogliere al prossimo vertice a Palazzo Chigi restano, in particolare, quelli sugli affitti brevi e sulle banche. Attesa per il nuovo vertice di maggioranza sulla manovra, che potrebbe essere mercoledì o giovedì, al rientro della premier dal G20 in Sudafrica. La riunione servirà a definire gli ultimi ritocchi alla Legge di Bilancio e trovare un accordo definitivo sugli emendamenti 'bandiera' dei partiti di governo ma nell'ottica che i «saldi devono rimanere invariati»



Lo stop di Schillaci. No del ministro della Salute a modifiche sulla responsabilità



Liste di attesa, il grande bluff: 18 mesi di nulla

SANITÀ PUBBLICA
» Alessandro Mantovani

C'è il paziente oncologico pugliese che dovrebbe aspettare un anno per la Tac e allora paga 320 euro, l'associazione Abaco di Napoli legata al sindacato Usb che fa le diffide alle Asl e spesso ottiene che gli appuntamenti siano anticipati, agende di prenotazione chiuse (così non c'è ritardo) perfino nell'Emilia-Romagna un tempo virtuosa. Ci ha sbattuto il naso l'ex sindaco di Parma, Pietro Vignali: "Nessuna data, neanche fra un anno, due anni, tre anni", spiega a *Report*, che stasera torna sullo scandalo delle liste d'attesa della sanità pubblica ambulatoriale.

La trasmissione di Rai3 ci presenta almeno alcuni dei dati, che rimangono incredibilmente segreti - su richiesta delle Regioni (vedi "Sanità: inciucio Fdi-Pd per insabbiare il flop sulle liste d'attesa", *Il Fatto* 4 settembre 2025) - a un anno e

mezzo dal decreto 73/2024 con cui Giorgia Meloni annunciava una svolta epocale alla vigilia delle Europee. La Regione messa peggio, secondo i dati di gennaio-settembre 2025 consegnati a *Report* da un funzionario ministeriale, è la Puglia, dove oggi e domani fino alle 15 si vota. Rilevate 390 criticità per i ritardi delle visite: quelle urgenti erogate nei tempi previsti sono solo il 27%, le brevi il 25% le differibili il 28%. Seguono Lazio (190 criticità) e Campania (185). La Puglia ha il record anche sugli esami, 264 criticità, seguono Emilia-Romagna (153) e Piemonte (148).

Al Policlinico di Bari visite cardiologiche richieste a dieci giorni sono fissate a oltre sei mesi. Raffaele Piemontese, vicepresidente e assessore alla Sanità, chiede scusa e poi spiega che gli mancano i cardiologi e che ci sono troppe "richieste inappropriate".

Nel Lazio, al di là di qualche miglioramento, è noto il *maquillage* propagandistico: il presidente Francesco Rocca vanta il 96% di prestazioni nei tempi previsti solo perché scorpora dal monitoraggio, legalmente, i casi in cui il paziente ri-

fiuta la prima offerta, che però nel Lazio sono l'88-90% del totale contro una media nazionale attorno al 40%, quindi il record di Rocca si calcola solo sul 10-12% ("Trucco del Lazio per cancellare le liste d'attesa. Rissa nella destra tra il ministero e la Regione", *Il Fatto* 15 novembre 2025). Nel Lazio c'è solo il 40% delle visite a dieci giorni nei tempi previsti, solo il 27,6% delle differibili, solo il 60% delle programmabili. Poi ci sono i trucchetti della Campania, dove pure si vota. Il presidente uscente Vincenzo De Luca proclama grandi successi, ma per *Report* è "un disastro". Dilagano le prescrizioni P (programmabile, 120 giorni): al 79% (visite) e al 93% (esami) contro il 38 e il 51% nazionali. Attese anche di oltre un anno. Ora *Report* scopre che spesso sono annotati rifiuti della prima offerta smentiti dagli interessati. De Luca minaccia querele.

Il decreto 73/2024

prevedeva una piattaforma nazionale per consentire a tutti di conoscere i tempi di attesa e un organismo ministeriale chiamato ad agire al posto delle Regioni inadempienti. Non ci sono neanche i dati

pubblici, anzi solo Lazio e Basilicata li mandano al ministero senza elaborarli; figuriamoci l'organismo di controllo. Il ministro Orazio Schillaci promette di pubblicare i dati e annunciare assunzioni. Ma intanto crescono sanità privata, *intramoenia* e rinuncia alle cure. I soldi stanziati dal governo se ne andranno per lo più in farmaci.

I NUMERI
LA PUGLIA È
LA PEGGIORE
MALE LAZIO
E CAMPANIA



L'INDAGINE

Pronto soccorso a rischio: «Dimezzati in un caso su quattro»

GIULIO ISOLA

Nel silenzio che spesso avvolge i corridoi d'attesa, l'emergenza che attraversa i pronto soccorso italiani prende forma con cifre allarmanti. Sono numeri che raccontano da soli la fragilità di un sistema che continua a reggere, ma a fatica, e che da gennaio 2026 rischia di entrare in una nuova zona d'ombra. L'indagine diffusa ieri dalla Società italiana di medicina d'emergenza urgenza (Simeu) scatta una fotografia nitida: già nel giro di due mesi un pronto soccorso su quattro avrà meno della metà dei medici necessari. In alcuni casi, la percentuale scenderà sotto il 25%.

Il campione è ridotto, ma rappresentativo. Cinquanta strutture, dodici per cento del totale nazionale, oltre 2,3 milioni di accessi annui. Abbastanza per intuire dove stia andando l'intero sistema. Un Pronto soccorso su 4 (il 26%) avrà presto meno del 50%

dell'organico previsto, il 39% avrà un numero di medici in servizio tra il 50% e il 75% del necessario mentre nel 4% delle strutture l'organico medico sarà inferiore al 25% del necessario. Solo il 31% delle strutture vedrà una copertura dell'organico superiore al 75%, mentre il 100% è raggiunto molto raramente. I direttori dei dipartimenti chiamati a rispondere conoscono bene la causa di questa lunga, lenta erosione. La scadenza dei contratti con le società di servizi e la fine delle forme di collaborazione nate durante la pandemia stanno restringendo ulteriormente un margine già risicato. Alcuni dei professionisti su cui si è fatto affidamento negli anni più duri stanno per uscire di scena senza che nuove leve siano pronte a subentrare. Non è una sorpresa, semmai il risultato prevedibile di una catena di scelte rinviate.

A parlare è anche la frustrazione di chi guida le strutture. Alessandro Riccardi, presidente Simeu, osserva come il lieve miglioramento rispetto agli anni scorsi sia insufficiente a invertire la rotta. La crisi del personale resta il punto più vulnerabile dell'em-

genza urgenza, l'elemento che condiziona tutto il resto: i tempi di attesa, la qualità delle cure, la tenuta psicologica degli operatori. Senza una strategia stabile, ciò che rimane sono soluzioni tampone. Turni aggiuntivi, contratti esterni, innesti temporanei che permettono di arrivare a fine mese ma non di progettare l'anno successivo. Il racconto che emerge non ha toni drammatici, eppure non concede spiragli consolatori. Dentro quei dati c'è la realtà quotidiana dei reparti che assorbono il peso più immediato del sistema sanitario. C'è il medico che prolunga il turno, lo specializzando che impara correndo, il direttore che distribuisce presenze come si distribuiscono risorse in tempo di scarsità. «In mancanza di soluzioni strutturali per il prossimo futuro – evidenzia Riccardi – si conferma la necessità di ricorrere a misure tampone come prestazioni aggiuntive e reclutamento di professionisti con modalità contrattuali esterne alla dipendenza dal Ssn».

Secondo l'analisi della Simeu, a partire da gennaio solo un terzo delle strutture avrà una copertura dell'organico superiore al 75 per cento





Servizio L'allarme

Pronto soccorso in affanno sul personale, ma è boom di disagio giovanile e codici rosa

Patologie psichiatriche e violenza sulle donne le nuove emergenze con l'allarme sull'autolesionismo e l'abuso di sostanze tra i minori mentre le prospettive per il 2026 vedono gli organici in ulteriore sofferenza con l'addio ai gettonisti

di Barbara Gobbi

21 novembre 2025

Cure psichiatriche in urgenza per 350mila pazienti l'anno con ben il 10% delle consulenze richieste per minori e un totale di circa 250mila codici rosa che approdano nei Pronto soccorso italiani. Dove si prevede che anche nel 2026 il personale continuerà a scarseggiare o a essere addirittura merce rara, tanto che solo un terzo delle strutture riuscirà da gennaio in poi - con il venir meno tra l'altro dei contratti con le cooperative dei gettonisti disposto per legge - a coprire oltre il 75% degli organici mentre un altro terzo disporrà di meno della metà dell'organico previsto.

L'indagine Simeu

È drammatica la fotografia dei Pronto soccorso italiani scattata dall'ultima survey realizzata dalla Società italiana di medicina d'Emergenza Urgenza (Simeu), riunita a Roma per l'Accademia dei direttori. Dove si parla di tecnicismi, certo, ma anche di vita quotidiana, perché è in queste strutture che approda gran parte del malessere non solo sanitario della società. Incluso il disagio psichiatrico galoppante e le vittime scampate alla violenza domestica.

A scattare una "istantanea" di carenze ed emergenze è l'indagine-flash condotta su un campione di strutture di medicina di Emergenza-Urgenza del Servizio sanitario nazionale: hanno risposto circa 50 Pronto soccorso selezionati corrispondenti per numero di centri e quantità di accessi nel 2024 (oltre 2,3 milioni) al 12% del totale nazionale, tra Dea di II livello, di I livello e strutture semplici di Pronto soccorso.

Organici sott'acqua

I dati andranno ulteriormente raffinati ma quel che emerge è una fotografia già molto significativa: secondo i direttori di struttura, da gennaio 2026 potrebbe arrivare un'ennesima "gelata" sul personale non solo per l'addio progressivo ai gettonisti ma anche per la possibile scadenza di contratti ancora in piedi dal Covid. E allora si prevede che solo un 31% delle strutture vedrà un organico superiore al 75% ma il 100% sarà una chimera e questa è in ogni caso la proiezione più rosea. Ben più pesanti sono le stime di un 26% di centri che dovrà far fronte all'assistenza e ai bisogni più svariati dei cittadini con meno del 50% dell'organico, che in un 4% dei casi sarà addirittura inferiore al 25% del necessario. Un quarto, appena. Il 39% dei centri - e il dato vista la condizione di sofferenza attuale è considerato paradossalmente quasi "buono" - avrà un numero di medici in servizio tra il 50% e il 75%.

«Questi dati - sottolinea il Presidente nazionale Simeu Alessandro Riccardi – pur in lieve miglioramento rispetto agli anni precedenti, confermano come la crisi del personale medico continui a rappresentare un elemento fortemente problematico nel sistema dell'emergenza urgenza. In mancanza della messa in campo di altre soluzioni per il prossimo futuro, si conferma la necessità di ricorrere a soluzioni-tampone, quali prestazioni aggiuntive e reclutamento di professionisti con modalità contrattuali esterne alla dipendenza dal Ssn».

La psiche in codice rosso

Il numero delle consulenze psichiatriche richieste nell'attività di Pronto soccorso è in crescita: nel campione esaminato da Simeu si attesta a 40.000 per il 2024, pari a quasi il 2% degli accessi di Pronto soccorso. Proiettando la rilevazione-spot sul dato nazionale si ottiene una necessità di interventi psichiatrici in urgenza pari a circa 350.000 all'anno.

Secondo Fabio De Iaco, Responsabile dell'Accademia dei direttori Simeu, «per quanto riguarda le urgenze psichiatriche il primo dato da sottolineare è che nel 54% delle strutture è presente una guardia attiva specialistica, in grado intervenire tempestivamente, mentre nel 33% è possibile una reperibilità specialistica e nel 13% non è previsto alcun intervento psichiatrico. Il dato ripropone una questione nota ma irrisolta, relativa all'evidente peso crescente del disagio e della patologia psichiatrica che si deve confrontare con un'insufficienza delle risorse specialistiche».

Allarme adolescenti

De Iaco accende i riflettori in particolare sugli adolescenti: «Un tema nel tema e che per noi sta diventando drammatico. Il 61% delle strutture non ha alcuna possibilità di ricovero per un adolescente e questa percentuale dà conto da un lato della scarsità dei posti letto denunciata da anni dai neuropsichiatri dell'infanzia, dall'altro che sempre più di frequente ci troviamo davanti ad atti di autolesionismo tra sostanze, armi da taglio e tranquillanti. Questi ragazzi poi non trovano, una volta dimessi, una risposta sul territorio e l'emergenza cresce. Va detto che il quadro che risulta dai dati è poi decisamente sottostimato rispetto alla realtà: molto spesso per i ragazzi non si richiede la consulenza psichiatrica o si allontanano in altro modo. È un iceberg quello che arriva da noi e del resto come ci dice la letteratura mondiale il Pronto soccorso è la principale porta di accesso al Servizio sanitario nazionale per gli adolescenti».

Il dato generale che emerge dalla survey mostra che mentre il 67% delle strutture che ha partecipato all'indagine ha a disposizione all'interno dell'ospedale un reparto di degenza psichiatrica, la possibilità di ricoverare un paziente di età inferiore ai 18 anni con problemi comportamentali scende al 39%.

I codici rosa

Le pazienti registrate nel 2024 con codice rosa sono poco più di 3000: un dato stabile negli ultimi anni, dal 2022 in poi, e la proiezione sul 2025 conferma la stessa tendenza. Proiettato sul totale nazionale si ottiene un numero di circa 250.000 codici rosa nei Pronto soccorso: «Un indice drammatico», commenta De Iaco. «Il tema non è tanto l'accertamento della lesione quanto la presa in carico sociosanitaria a cui non possiamo fare fronte, tanto più con questi organici - prosegue -: quando nel cuore della notte arriva una signora maltrattata con tre bambini piccoli che non può rientrare a casa, non hai nessuno che ti dia una mano per le prime 24-36 ore. Ci troviamo, nell'urgenza, a dover cercare un posto per offrire un ricovero sicuro a queste persone. Il Pronto soccorso purtroppo non è nelle condizioni di far fronte a queste situazioni, nell'attesa che i servizi sociali si attivino. Non possiamo ospitare una famiglia intera, ma è quello che ci capita di fare soprattutto nel weekend o di notte».

La conferma di questo scenario arriva da Antonella Cocorocchio, Responsabile Area infermieristica Simeu. «Quello della violenza contro le donne è un dato che andrà confermato anche attraverso altre rilevazioni: è però importante - spiega - sottolineare come il Codice Rosa in Pronto Soccorso costituisca un'evenienza per la quale la parte clinica rappresenta solo una parte dell'impegno necessario, spesso neppure prevalente. Le implicazioni di natura assistenziale che i codici rosa impongono, per esempio con la necessità di identificare rifugi per le vittime che devono essere allontanate da contesti pericolosi, frequentemente anche in presenza di bambini, impongono ai Pronto Soccorso compiti per i quali, a fronte della massima disponibilità degli operatori, spesso le risorse programmate sono insufficienti».

A COSA SERVIRANNO I CENTO MILIONI PER LE DEMENZE?

La cifra prevista dalla Legge di Bilancio è notevole ma occorre una visione strategica per il problema

di **Michele Farina**

E chi li aveva mai visti, in Italia, 100 milioni di euro all'anno per le persone con demenza? Incredibile ma vero: sono lì, previsti nero su bianco dalla bozza della Legge di Bilancio 2026 al vaglio del Parlamento, accanto ai 285 milioni dedicati alla salute mentale da qui al 2029. Quante cose si possono fare con 100 milioni? Quanti centri diurni, quanta musicoterapia, quanti neuropsicologi, quanta assistenza domiciliare, quanti sorrisi in più? Pensare che il Fondo per le demenze approvato nel 2023 ne prevede per l'anno prossimo appena 15, ovvero 12,5 euro a persona. Cento milioni annui sono un passo avanti, finalmente si vede che la politica comincia a capire l'entità del problema: 1,2 mi-

lioni di persone con demenza, più 900 mila con decadimento cognitivo, più 4 milioni di familiari coinvolti in una malattia che costa 23,6 miliardi all'anno (per il 63% a carico delle famiglie). Invece no, è tutto un miraggio contabile: nella relazione tecnica alla Legge di Bilancio è specificato che quei 100 milioni saranno «destinati alle regioni, al fine di tenere conto delle conseguenze in termini finanziari derivanti da alcuni arresti giurisprudenziali della Corte di Cassazione».

Il riferimento, dice mestamente Nicola Vanacore, responsabile dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità, è alla questione delle rette nelle Rsa, alle molte sentenze (soprattutto in Lombardia e Veneto) che danno ragione ai familiari quando si rivolgono alla magistratura per ottenere il rimborso delle spese sostenute per il mantenimento dei malati di demenza nelle strutture residenziali.

Anche di questo si discuterà al XVIII Convegno «I centri per i disturbi cognitivi e le demenze e la gestione integrata della demenza», che si terrà all'Istituto Superiore di Sanità il 27 e 28 novembre. Si parlerà dei nuovi farmaci disponibili dalla primavera prossima, di cui beneficerà una ristretta cerchia di malati (circa il 10%) nelle fasi molto iniziali della malattia: il Sistema Sanitario li passerà gratuitamente (costo per paziente 15-20 mila euro all'anno). Il contenzioso sulle rette in Rsa e l'arrivo dei nuovi farmaci monopolizzano l'attenzione della politica e degli addetti ai lavori. Sono questioni importanti, ma entrambe riguardano poche, pochissime persone. La stragrande maggioranza di quel 10% della popolazione (6 milioni di italiani) alle prese con una forma di demenza sarà ancora una volta tagliata fuori, e i miglioramenti di vita dovrà continuare a cercarsi da sola. Eppure, dice

Vanacore, in questi anni i saperi sulla demenza e sulla cura hanno fatto molti progressi. «Sappiamo quello che si può fare, ci dobbiamo organizzare, abbiamo bisogno di risorse in più e di un finanziamento strutturale del Piano Nazionale delle Demenze, attualmente non finanziato, perché c'è la possibilità concreta di migliorare la qualità di vita delle persone». Risorse in più: anche senza arrivare al miliardo e 400 milioni messo in campo dalla Francia per il suo piano demenze. Vogliamo cominciare da 100 milioni (però) veri?

La maggioranza dei sei milioni di italiani coinvolti dal problema rischia di non beneficiare concretamente dell'investimento





Servizio Cipomo Day

Oncologia: oltre metà degli ospedali è senza supporto territoriale

Troppi ritardi su case e ospedali di comunità previsti dal Pnrr: investire anche sulla digitalizzazione e sviluppare team multiprofessionali

di Monica Giordano, Silvana Leo, Cinzia Ortega, Giuseppina Sarobba e Paolo Tralongo***

21 novembre 2025

Promuovere una visione organica e continua del percorso oncologico; estendere e replicare i modelli organizzativi che già funzionano; ridurre la variabilità territoriale attraverso politiche regionali coerenti; rendere strutturali digitalizzazione, telemedicina e presa in carico domiciliare.

Sono questi i quattro punti che, secondo noi oncologi del CIPOMO, possono davvero accelerare l'integrazione tra ospedale e territorio e garantire una continuità di cura più solida per i pazienti.

I ritardi accumulati da case e ospedali di comunità

Queste priorità sono state al centro del nostro CIPOMO Day 2025, che si è svolto il 21 novembre e che ha messo in evidenza ancora una volta la distanza tra la programmazione prevista dal DM 77 e la reale operatività dei servizi territoriali. I dati Agenas lo mostrano con chiarezza: poco più di 300 Case della Comunità pienamente funzionanti su oltre 1.200 previste, meno di un terzo degli Ospedali di Comunità realmente attivi, e circa il 60% delle Centrali Operative Territoriali operative. Questo significa che oltre metà degli ospedali italiani continua a muoversi senza un adeguato supporto territoriale, con effetti concreti sulla qualità e sulla sicurezza della presa in carico.

Nel corso della giornata abbiamo ribadito come l'evoluzione demografica, l'aumento della popolazione anziana e la crescente cronicizzazione della malattia oncologica richiedano modelli assistenziali diversi da quelli tradizionali. Follow-up, gestione delle tossicità, terapie di supporto: molti di questi interventi potrebbero essere garantiti nei nuovi setting territoriali previsti dal DM 77, liberando risorse ospedaliere e migliorando la qualità di vita dei pazienti. Perché ciò avvenga, però, serve una rete realmente funzionante, interoperabile e capace di dialogare con la medicina generale.

Le opportunità offerte da digitale e terapie più flessibili

La presa in carico oncologica, oggi, si sviluppa sempre meno dentro le mura ospedaliere e sempre più nei contesti ambulatoriali, territoriali e domiciliari. Le nuove terapie orali e sottocutanee consentono un'organizzazione più flessibile, mentre gli strumenti digitali e la telemedicina – ancora troppo poco utilizzati – potrebbero semplificare il coordinamento tra specialisti e medicina generale, ridurre gli spostamenti dei pazienti e migliorare lo scambio di informazioni tra professionisti.

Uno dei punti critici messi in luce dal CIPOMO Day riguarda le profonde differenze regionali: nel Sud e nelle aree interne l'attuazione del DM 77 risulta in ritardo di 12-18 mesi, con ricadute evidenti sulla capacità dei servizi sanitari di rispondere ai bisogni reali delle persone. Per questo riteniamo urgente rafforzare il ruolo delle politiche regionali nel creare reti più solide, omogenee e realmente operative.

La sostenibilità del sistema passa anche da qui: investire sulla digitalizzazione, sviluppare team multiprofessionali realmente integrati, e completare l'attuazione dei servizi territoriali previsti dal PNRR. Il CIPOMO Day 2025 ha voluto essere non solo un momento di analisi, ma una presa di posizione chiara: l'integrazione ospedale–territorio non è più un'opzione, ma una condizione imprescindibile per un'oncologia moderna, sostenibile e centrata sui pazienti.

**Responsabili scientifiche Cipomo Day*

***Presidente Cipomo*

IL CASO DELLE PROVE TRUCCATE

Dopo le verifiche dei verbali entro il 3 dicembre gli esiti degli esami sulla piattaforma University. Per il 2° appello iscrizioni fino al 6 dicembre

Il ministro Bernini: «I test sono validi Annuleremo solo i compiti dei furbetti»

... Gli oltre 50 mila aspiranti medici che hanno sostenuto il primo appello dopo il «semestre aperto» - la nuova modalità di accesso ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria e Medicina veterinaria - non dovranno ripetere l'esame. Dopo il caos scoppiato per l'episodio di alcune foto della prova circolate sui social mentre l'esame era ancora in corso, il Ministro dell'Università e della Ricerca Anna Maria Bernini è intervenuta a fare chiarezza sulle conseguenze di quanto accaduto. I test di Medicina «sono validi. Risaliremo ai furbetti e annuleremo i loro compiti tramite il codice identificativo della prova», ha spiega-

to.

Dunque, ora al via alla verifica dei verbali. Del resto, la Crui, Conferenza dei Rettori delle Università italiane, ha fatto sapere di aver già intrapreso «una ricognizione sulle immagini dei compiti apparse su web per individuare i responsabili», precisando comunque che «il numero di irregolarità rimane marginale».

Entro il 3 dicembre sarà pubblicato sulla piattaforma University l'esito degli esami e ogni studente avrà 48 ore di tempo per accettare il risultato ottenuto oppure per rifiutarlo. Il 10 dicembre è, invece, previsto il secondo appello nazionale degli esami degli insegnamenti. Le iscrizioni si sono aperte il

21 novembre, il giorno dopo il primo appello. Sarà possibile iscriversi fino alle

ore 23.59 del prossimo 6 dicembre. I risultati arriveranno entro il 23 dicembre. Tre le prove, riguardanti le materie obbligatorie del semestre aperto. Gli studenti potranno decidere quanti esami sostenere - uno, due o tutti e tre - in base alla propria preparazione e disponibilità.

VAL. CON.



Anna Maria Bernini
Il ministro
dell'Università
e della Ricerca



MEDICINA, IL SEMESTRE FILTRO E LA RIVOLUZIONE RIMASTA AL PALO

EUGENIA TOGNOTTI



E così, alla sua primissima prova, quella che doveva essere «una rivoluzione copernicana» (per citare una delle iperboli a cui abbiamo fatto l'abitudine con questo governo) ha mostrato tutte le sue crepe e le sue storture. E questo al di là del caos amministrativo e della pubblicazione dei test sul web denunciata in queste ore. La mobilitazione è partita dopo gli esami di quello che viene chiamato impropriamente «semestre filtro» (in realtà trattasi di un trimestre, ma dirlo sembrava,

come dire? – «brutto»): su iniziativa dell'Unione degli Universitari, che ha coinvolto anche Cgil e Rete studenti medi, è stato organizzato un presidio davanti al Mur. Contemporaneamente sono arrivate azioni di protesta diffuse, annunci di diricorsi – collettivi e territoriali – su anomalie e irregolarità; denunce su criticità riscontrate in vari atenei e disparità varie, a cominciare dagli obblighi di frequenza diversi da ateneo ad ateneo. Per continuare con la mancanza di uniformità degli esami, e le condizioni materiali che non assicurano pari opportunità e via denunciando.

More solito è partita subito l'accusa di una presunta politicizzazione della protesta, denunciata sui social dal ministro dell'Università e della Ricerca, Anna Maria Bernini. Suona come una risposta, matura e consapevole, questa ferma sentenza dell'Udu: «Il semestre filtro nuoce alla salute del sistema for-

mativo e degli studenti». Cherimanda a una presa di coscienza dei futuri camici bianchi sulla necessità di una partecipazione attiva all'organizzazione del loro apprendimento. Perché, qui e ora, la grande questione, cruciale, ineludibile, è propria questa. La formazione del medico contemporaneo non implica solo conoscenza del corpo umano, la sua normalità e patologia, l'arte di ricondurre l'individuo malato a uno stato di salute, di prevenire le malattie e la loro diffusione. Ma anche un insieme di nuove competenze che comprendono i problemi etici a cui è necessario prepararsi adeguatamente, attraverso la creazione di adeguate condizioni materiali e organizzative.

Se il buon giorno si vede dal mattino, come si dice, quello che è emerso questi giorni – sull'andamento dei corsi e sul caos degli obblighi di frequenza in varie Università – non promette niente di buono. Non è così – seguendo corsi a distanza – che formeremo medici migliori

e professionisti sanitari all'altezza: occorre aumentare i finanziamenti pubblici, del tutto insufficienti; rafforzare le infrastrutture degli atenei; incrementare il numero di docenti e ricercatori; eliminare le disuguaglianze tra Nord e Sud, dove gli atenei più piccoli versano in condizioni finanziarie più difficili. Non si possono fare le nozze con i fichi secchi, si sa.

In mancanza di «aggiustamenti» da parte dei decisori politici, con la tanto strombazzata riforma – che doveva superare il numero chiuso e liberare gli studenti e le loro famiglie da ansie e incertezze – finiremo per perdere quello che era un vanto: la qualità dell'offerta formativa, all'altezza della tradizione di un Paese come il nostro, con la sua lunga e ricca storia, prevalentemente svolta all'interno di università pubbliche e che, con l'Università di Bologna – XI secolo – contende a quella francese di Montpellier il primato della più antica Università del mondo occidentale. —



La salute un lusso in mezzo mondo

Negli Stati in via di sviluppo restano sempre meno risorse a disposizione per ospedali, personale e terapie. La spesa sanitaria pro capite è di soli 17 dollari all'anno, a fronte di un minimo necessario stimato di circa 60 dollari. Imbarazzante il paragone con i Paesi Ocse: qui la media per la spesa sanita-

per cento dei Paesi a basso reddito rischiano di ritrovarsi con risorse anche inferiori rispetto al 2024.

Alfieri a pagina 8

ria è di 5.967 dollari pro capite. Guardando al 2030, la prospettiva diventa ancora più severa. Oltre l'80

BANCA MONDIALE Nei Paesi meno sviluppati la spesa pro capite è di 17 dollari



La voragine di salute dei Paesi fragili: appena 17 dollari a testa per la sanità

PAOLO M. ALFIERI

Appena 17 dollari pro capite per la spesa sanitaria, rispetto al minimo necessario stimato in oltre il triplo, circa 60 dollari all'anno. È quanto possono permettersi oggi i Paesi in via di sviluppo per curare le proprie comunità, tra costi in aumento e una crisi del debito che sot-

trae risorse cruciali ai servizi di base. Imbarazzante il paragone con i Paesi Ocse: qui la media per la spesa sanitaria è di 5.967 dollari pro capite, con l'Italia a quota 5.164 dollari per abitante. Per le economie fragili anche le prospettive future non sono incoraggianti: i 17 dollari annui stimati da un nuovo studio di Banca mondiale sono infatti relativi al 2024 e sommano spesa governativa e aiuti dall'estero, ma non tengono ancora conto dei drastici tagli alla cooperazione attuati quest'anno da molti Paesi donatori, Stati Uniti in testa.

Tempi duri, durissimi, insomma,

in un mondo in cui le disuguaglianze rischiano di allargarsi ancora di più. La nuova analisi offre una lente ampia su un passaggio

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



storico. I Paesi a basso e medio-basso reddito si trovano sospesi in un momento di grande incer-

tezza: devono continuare a investire in sanità mentre l'economia globale, appena uscita dalla sequenza di choc legati alla pandemia e all'invasione russa dell'Ucraina, si confronta ora con tensioni commerciali crescenti e mutamenti geopolitici che ridisegnano priorità e flussi finanziari. In questo clima instabile, il crollo degli aiuti allo sviluppo pesa come un macigno. Proprio mentre lo scenario macroeconomico sembrava avviarsi a una prudente normalizzazione, il 2024 ha visto una contrazione senza precedenti della cooperazione sanitaria, che in molti Paesi copriva una quota non marginale dei bilanci. Il confronto con le soglie individuate da Banca mondiale restituisce la dimensione dell'emergenza. Nei Paesi più poveri, in gran parte Stati africani, servirebbero 60 dollari pro capite, ma la realtà ne concede meno di un terzo. Nei Paesi a reddito medio-basso, tra cui giganti demografici come India e Nigeria, i 47 dollari di spesa sanitaria annua per abitante si misurano contro un fabbisogno minimo di 90 dollari. È una distanza che non riguarda solo i numeri e che si traduce in esseri umani non assistiti, diagnosi mancate, famiglie costrette a vendere be-

ni essenziali per pagare un intervento o, più spesso, a rinunciare del tutto alle cure. Guardando al 2030, la prospettiva diventa ancora più severa. Oltre l'80 per cento dei Paesi a basso reddito e il 40 per cento di quelli a reddito medio-basso rischiano di ritrovarsi con risorse complessive anche inferiori rispetto al 2024. È un sentiero che allontana gli obiettivi di copertura sanitaria universale e prosciuga il margine per costruire sistemi di cura resilienti. Una traiettoria che, se non invertita, rischia di consolidare un'asimmetria globale ormai insostenibile. Il risultato è un mosaico di fragilità. La crescita economica di molti di questi Stati resta debole, i debiti pubblici assorbono fette sempre più ampie delle entrate e gli sforzi per rafforzare la raccolta fiscale procedono con lentezza. In molti governi la salute perde terreno nelle gerarchie di spesa e il combinarsi di stagnazione interna, pagamento del debito e aiuti in calo erode la capacità di finanziare servizi essenziali. Il paradosso è evidente: proprio quando servirebbe un'accelerazione, le risorse arretrano. Le conseguenze sono tangibili nelle cliniche prive di forniture, nei programmi vaccinali che faticano a raggiungere le aree rurali, nei reparti di maternità dove il personale ridotto tenta di compensare carenze strutturali diventate croniche.

Banca mondiale, tuttavia, indica che esiste ancora uno spazio di

manovra. Le riforme suggerite puntano a usare meglio ciò che già c'è, concentrando gli investimenti sulla sanità di base e riducendo le inefficienze nell'esecuzione dei bilanci. In un Paese su tre, inoltre, ci sarebbe margine per aumentare la quota di spesa pubblica destinata alla salute senza compromettere altri settori.

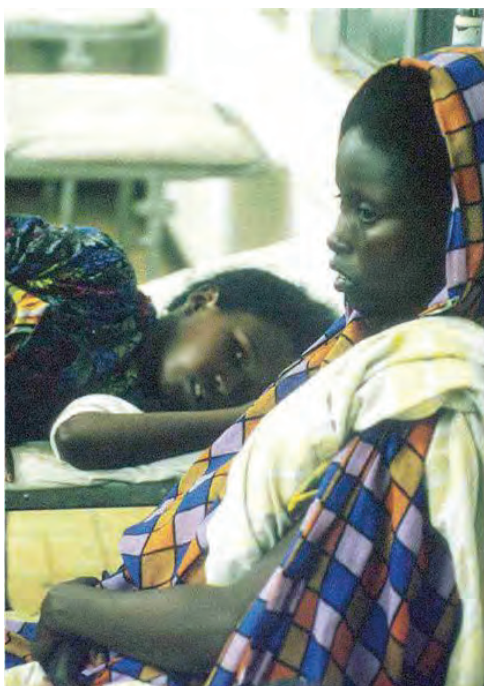
Il passo più ambizioso riguarda però le riforme macro-fiscali: liberare risorse oggi bloccate in sussidi inefficaci, rafforzare la capacità fiscale interna, accompagnare la crescita con scelte più lungimiranti. Il 6 dicembre a Tokyo il Forum sulla copertura sanitaria universale riunirà leader e istituzioni chiamati a una verifica collettiva delle promesse fatte. Sarà l'occasione per capire se il mondo intende davvero percorrere la strada più difficile ma necessaria: ricostruire un patto globale sulla salute che non lasci indietro i Paesi più esposti e restituisca credibilità all'impegno per un futuro più equo.

Secondo i dati di Banca mondiale, nelle economie più deboli servirebbero oltre il triplo dei fondi attuali, ma nel 2030 in oltre l'80% di quei contesti la situazione è destinata a peggiorare

Medici con l'Africa celebra oggi a Padova i suoi 75 anni di attività a supporto dei sistemi sanitari di nove Stati africani. Il direttore don Dante Carraro: «Costruiamo insieme un pezzo di futuro»

DIRITTI

Tra costi in aumento, crisi del debito e tagli degli aiuti, negli Stati in via di sviluppo restano sempre meno risorse a disposizione per ospedali, personale e terapie



Pazienti in un ospedale a Mogadiscio, in Somalia



L'ORGANIZZAZIONE ITALIANA CUAMM

Reparti maternità, visite e formazione: «Così curiamo fino all'ultimo miglio»

Da 75 anni al fianco di mamme e bambini, da 75 anni al fianco di un'Africa destabilizzata da lotte geopolitiche, crisi del debito e tagli agli aiuti, ma sempre «concentrandoci su quel pezzetto di bene che ci viene chiesto di fare, senza lasciarci travolgere dalle circostanze». L'organizzazione Medici con l'Africa Cuamm festeggia oggi a Padova 75 anni di attività, in un evento in cui è prevista la partecipazione anche del presidente della Repubblica Sergio Mattarella e durante il quale verrà rilanciato l'impegno, la cura e la passione per le comunità africane. Nove i Paesi del continente in cui l'organizzazione sanitaria è impegnata a «crescere il futuro», con numeri importanti: 2,4 milioni di pazienti assistiti, oltre 273mila parti, più di mezzo milione di visite pre-natali, con un occhio importante, da sempre, sulla formazione degli operatori locali e sull'accompagnamento dei sistemi sanitari locali. Non progetti spot, insomma, ma una vicinanza di lungo periodo nei contesti in cui si è coinvolti.

«Certo negli ultimi 6-7 anni la situazione della cooperazione si è fatta più complicata, le nostre fatiche sono più grandi – evidenzia ad *Avvenire* don Dante Carraro, cardiologo, direttore e «anima» dell'organizzazione -. Prima il Covid, poi la guerra in Ucraina, Gaza, la mazzata dei tagli di Usaid verso l'Africa, che ha affossato il contributo che veniva dato a questi Paesi. Senza contare gli effetti crescenti dei cambiamenti climatici, come abbiamo visto con i cicloni in Mozambico. Tutto ciò rende molto fragile il sistema della cooperazione e il multilateralismo. Credo però con forza che se riusciamo a raccontare bene il buono che viene fatto e l'impegno dei tanti desiderosi di essere parte di una comunità più grande, allora impegnarsi per i Paesi più

deboli continuerà ad avere senso». «Il presidente Mattarella – sottolinea don Dante – una volta ci ha detto: «Dobbiamo costruire un continente verticale, con in mezzo il Mediterraneo, un continente unico», imparando a ragionare insieme. È quello che noi proviamo a fare». La Repubblica Centrafricana, da dove don Dante è appena rientrato, è oggi uno dei fronti più delicati. Qui il Cuamm è entrato nel 2018, sulla scia di una visita di papa Francesco che aveva cambiato tutto. «Francesco è andato lì contro ogni aspettativa – ricorda il direttore del Cuamm -. Entrato al Complexe Pédiatrique, il grande ospedale pediatrico della capitale Bangui, ha visto i bambini malnutriti per terra. Tornato a Roma, ha chiamato la presidente del Bambin Gesù, Mariella Enoc, le ha affidato tre milioni di euro e ha chiesto di costruire un reparto vero. Lei ci ha coinvolto e abbiamo capito subito il dramma di un Paese povero in tutto: umanamente, professionalmente, istituzionalmente. Nel 2018 c'erano solo due pediatri per 190 posti letto. È tuttora l'unico ospedale pediatrico del Centrafrica».

Il lavoro quotidiano è una corsa a ostacoli. «Bambini gravi che necessitano di interventi chirurgici, diabetici scompensati, polmoniti importanti. Abbiamo rimesso ordine nella farmacia, che assorbe il 30% dei costi di un ospedale. Ci vogliono anni per vedere i cambiamenti, cinque, otto, a volte di più. E resta il tema della sostenibilità: il Paese potrà permettersi tutto questo? Nonostante ciò, i risultati parlano: «Settantamila visite ambulatoriali l'anno scorso, 4mila ricoveri pediatrici, una terapia intensiva con 24 posti sempre pieni. Il problema è che i bambini arrivano tardi: molti muoiono in periferia. Un bambino con malaria cerebrale, se lo ricoveri in tempo, lo salvi». Proprio la periferia è il secondo fron-

te. Bossangoa, nove ore da Bangui, è un mondo esposto e fragile. «Un'area abitata da 260mila persone, una sala operatoria con pochissimo, mortalità materna altissima. Tre anni fa abbiamo iniziato una supervisione, poi abbiamo deciso di restare anche qui – spiega don Dante -. Abbiamo mandato due medici, Enzo e Ottavia. E ci siamo concentrati sull'accessibilità alle cure, con moto-ambulanze da 125 cc che costano 2.500 euro. Grazie all'associazione «In moto con l'Africa», i cui soci si autotassano nelle gite domenicali, ne abbiamo acquistate dieci. Ragazzi formati raggiungono i centri sanitari periferici e portano in ospedale le mamme che rischiano parti complicati».

A Bossangoa è stata ora inaugurata anche una nuova maternità. «Quella precedente era inconcepibile. Ora, grazie ai donatori e alla cooperazione italiana, possiamo salvare delle vite. Le autorità locali hanno riconosciuto i risultati e il ministro ci ha chiesto di aprire una scuola per ostetriche, in una regione da un 1,5 milioni di abitanti». La formazione resta il cuore pulsante. «Nei nove Paesi e nei ventuno ospedali dove siamo presenti abbiamo cinque scuole per ostetriche e infermieri. L'anno scorso abbiamo formato 4.300 operatori. Sono loro la forza del futuro. Nei loro canti, nei loro balli, c'è la gioia di ciò che queste comunità vogliono costruire».

Paolo M. Alfieri



IL DIBATTITO

Vanoni, Kessler e la morte da naturale a culturale

VITO MANCUSO

Ogni giorno leggiamo della morte di qualcuno: è la logica della notizia, e la morte fa sempre notizia. Però ci sono alcune morti che ci toccano più di altre perché riguardano persone che hanno accompagnato a lungo il nostro cammino e ora che non ci sono più anche una parte di noi se ne va. - PAGINA 19



Per dire addio

La fine delle gemelle Kessler e quella della Vanoni sono state diverse: una "culturale" l'altra naturale. In Italia serve una legge che permetta di scegliere sugli ultimi giorni

IL COMMENTO

VITO MANCUSO



Ogni giorno leggiamo della morte di qualcuno: è la logica della notizia, e la morte fa sempre notizia. Però ci sono alcune morti che ci toc-

cano più di altre perché riguardano persone che hanno accompagnato a lungo il nostro cammino, il loro volto e la loro voce ci erano noti dall'infanzia e ora che non ci sono

più anche una parte di noi se ne va: la loro morte ci riguarda nel senso forte del termine "ri-guardare", cioè guardare con attenzione, quasi scrutare. La fine delle gemelle Kes-



slere e di Ornella Vanoni appartengono a questa categoria.

Si è trattato però di due morti del tutto diverse: la prima programmata, la seconda arrivata all'improvviso; la prima decisa, la seconda subita. Si può dire che la morte di Ornella Vanoni è stata naturale, nel senso che lei se ne è andata quando la natura, o il destino, o Dio, hanno voluto. La morte di Alice e di Ellen Kessler, invece, è stata del tutto diversa e per questo richiede un altro aggettivo: non più naturale, bensì culturale. Sì, si è trattato di una morte culturale.

La cultura nasce ogni volta che si attivano l'intelligenza e la libertà. Per esempio all'inizio gli uomini si limitavano a raccogliere i frutti della terra, poi un giorno qualcuno capì che la terra si poteva coltivare

e da questa coltivazione nacque l'agri-coltura, termine che da subito rimanda a cultura in quanto condivide la medesima radice tratta dal verbo latino "colo" (da cui cultus, che, prima di "culto", significa "coltivazione"). Ma non solo la terra, anche la vita si può coltivare, anche di essa si può scegliere di non limitarsi a raccogliere i frutti prodotti spontaneamente ma di farne spuntare di nuovi: e infatti tutte le espressioni culturali quali l'arte, la scienza, la religione manifestano questa libera volontà di coltivazione, dato che nessuna di esse è naturale. Oggi gli esseri umani giungono a esercitare la loro intelligenza e la loro libertà producendo cultura anche sull'inizio e sulla fine della vi-

ta. Per quanto concerne l'inizio, si va dalla contraccezione al progetto "Preventive" finalizzato a prevenire le malattie genetiche (di cui dava notizia una decina di giorni fa questo giornale). Per quanto concerne la fine, il suicidio medicalmente assistito cui hanno fatto ricorso le gemelle Kessler ha segnato probabilmente il vertice mediatico della morte culturale in quanto scelta libera e responsabile.

Oggi in Italia, a differenza della gran parte dei paesi europei, manca ancora una legge nazionale sul fine-vita, quindi non è possibile esercitare completamente la propria autodeterminazione sulla modalità della propria morte. Forse qualcuno non ne sente il bisogno, forse qualcuno ne ha paura, né sono pochi a pensare che la legge non vi sia a causa dell'opposizione della Chiesa e dei politici a lei sensibili. Ma non c'è sondaggio che non attesti la volontà della gran parte degli italiani di poter avere il diritto di scegliere come andarsene, o in modo naturale o in modo culturale, in ogni caso liberamente scelto.

Ma proprio a causa del fatto che la principale opposizione al suicidio assistito proviene dalla Chiesa (fino a questo giudizio del vescovo Giovanni Pappalardo sulle gemelle Kessler: «Come dovevano essere piene di ricordi ma anche come dovevano essere vuote, vuote di amicizie, di speranza, di attesa. Tutto alle spalle e nulla davanti»), credo sia opportuno un breve commento filosofico-teologico.

La cultura nasce
ogni volta
che si attivano
l'intelligenza e la libertà

La questione del fine-vita si determina considerando con onestà intellettuale "il fine" della vita: è cioè il fine, inteso come scopo, a disciplinare la fine, intesa come cessazione.

E qual è il fine della vita? Ognuno lo determina da sé: sulla questione più importante ci ritroviamo irrimediabilmente divisi. Persino all'interno della propria famiglia. Ed è sempre stato così: da sempre gli esseri umani si dividono sul senso che danno alla vita. Per alcuni le sofferenze non costituiscono un motivo per andarsene, ma al contrario le ritengono occasione di purificazione, di espiazione, di sacrificio. Sono sentimenti nobili, e se qualcuno pensasse che lo Stato non debba investire risorse e posti letto per permettere a chi lo desidera di vivere così la propria fine, sarebbe da condannare in quanto irrispettoso della libertà. Lo stesso, però, vale per chi volesse costringere a questa accettazione della sofferenza anche chi non vi rintraccia nessun disegno e nessuno scopo e intende solo farla cessare.

Io sono giunto alla conclusione che, a chi voglia davvero esercitare l'amore del prossimo, una cosa si imponga: il rispetto. È quello che insegna la Bibbia che non condanna mai i suicidi nei diversi casi che riporta, neppure Giuda. Anzi un suicida, Sansone, viene perfino ricordato dal Nuovo Testamento tra i padri della fede. Nel discorso della montagna Gesù disse "non giudicare", e se c'è una situazione nella quale hanno senso

A chi voglia davvero
esercitare l'amore
del prossimo, una cosa
si impone: il rispetto

tali parole, questa è il momento in cui un essere umano sceglie di porre fine alla sua vita.

Il compito della politica è di dare una legge ai cittadini in modo che possa essere la legge di tutti, così che a ciascuno sia concesso di vivere la propria morte in conformità ai principi che ne hanno guidato la vita. Occorre far sì che ogni persona possa vivere l'ultimo decisivo momento dell'esistenza in modo conforme al suo credo e ai suoi valori: è questa la vera dignità. E in questa prospettiva ricordo le seguenti parole del cardinal Martini: «È importante riconoscere che la prosecuzione della vita umana fisica non è di per sé il principio primo e assoluto. Sopra di esso sta quello della dignità umana, dignità che nella visione cristiana e di molte religioni comporta una apertura alla vita eterna che Dio promette all'uomo. Possiamo dire che sta qui la definitiva dignità della persona... La vita fisica va dunque rispettata e difesa, ma non è il valore supremo e assoluto». Qual è invece il valore supremo e assoluto? È la dignità della vita che si compie come libertà di poter decidere di sé, perché anche la scelta della morte naturale (quale spero di poter vivere io) è chiamata a diventare una morte culturale, cioè libera e consapevole. Ed è proprio per questo che è necessario dare quanto prima ai cittadini italiani una legge che li rispetti nella loro libertà. —



Due sistemi giuridici e il valore della vita, della disabilità e della mancanza di perfezione

IL CASO KESSLER TRA GERMANIA E ITALIA: QUEI “PALETTI” CHE SONO FONDAMENTI NELLA NOSTRA COSTITUZIONE


RICCARDO MENSUALI

Il suicidio delle gemelle Kessler ha ridato vigore al dibattito sull'opportunità o meno, anche in Italia, di una legge sul fine vita. Non fosse altro perché le due ballerine avevano lavorato per la televisione italiana nel ventennio 1960-1980, e non c'è boomer che non le ricordi, con una immagine del tutto opposta a quelle con cui sono rientrate oggi tristemente all'attenzione della cronaca. Il malinconico episodio vale, innanzi tutto, una prima riflessione sulla diversità – in tema di suicidio assistito – tra il sistema giuridico tedesco e quello italiano. Che va messo ben a fuoco, dato che in Italia siamo in fase di ius cunctandum. Sia da noi che in Germania, le fonti principali (al momento) del diritto sul fine vita sono due sentenze delle rispettive Corti costituzionali. In entrambe, le Corti si concentrano sugli effetti della punibilità dell'assistenza al suicidio. La sentenza della Corte tedesca espande largamente la non punibilità, non richiamando specificamente alcuno dei requisiti e delle modalità cui la Corte italiana ha subordinato la non perseguibilità della condotta dell'assistente all'atto suicidario, rendendo non punibile l'esercizio “professionale” dell'assistenza al suicidio, precedentemente vietata alla sezione 217 del Codice penale tedesco. Il divieto dell'esercizio “commerciale-professionale” dell'aiuto al suicidio, vietato nella sezione 217 del Codice

penale, ad avviso della Corte, rendeva praticamente impossibile, per le persone che lo avessero richiesto, beneficiare dell'assistenza al suicidio fornita da imprese specializzate. Infatti, prima della sentenza del 2020, la sezione 217 prevedeva una pena nei confronti di «chiunque, con l'intenzione di aiutare un'altra persona a suicidarsi, fornisca, procuri o organizzi l'opportunità per tale persona di farlo come servizio professionalizzato». Questa disposizione è stata annullata. Da qua, la possibilità delle gemelle Kessler di procedere e rivolgersi a una apposita associazione dedicata, medici che lavorano in regime ambulatoriale o ospedaliero, e avvocati specializzati nel fine vita. Per il legislatore italiano pare di importante rilievo il confronto, essenziale, tra la pronuncia 242/2019 della Consulta e i paragrafi 340 e 341 della sentenza tedesca in base ai quali, in virtù del riconoscimento costituzionale del diritto al suicidio – che include semplicemente ogni motivo alla base della decisione di un individuo di suicidarsi –, è «vietato subordinare l'ammissibilità del suicidio assistito a criteri oggettivi, quale la presenza di una malattia incurabile o fatale». L'unica raccomandazione dei giudici tedeschi è che, a seconda delle circostanze, possano essere richiesti requisiti diversi per dimostrare la serietà e la permanenza in capo al soggetto di una volontà di suicidio. In sintesi estrema: in Germania basta e avanza la libera e attuale espressione della volontà di suicidarsi, sen-

za quelli che con termine spregiati-vo e banale vengono in Italia chiamati “paletti”. Al contrario, la sentenza della nostra Consulta del 2019 (e le seguenti che l'hanno integrata) non implica tanto l'obbligo – ritenuto da qualcuno cinico e poco pietoso – di confini che svuoterebbero un presunto diritto a morire ma salvaguardano il primario interesse alla più autentica e profonda libertà. Che è quella dei Paesi civili e liberali di dare valore alla vita non “nonostante” la sua fragilità e la malattia, ma proprio per questo, e soprattutto nel momento della debolezza. La nostra Costituzione, unico faro per la Consulta ma anche del legislatore, tutela e difende anche la fragilità. I “paletti” non stanno da nessuna parte, né tanto meno in una presunta eccessiva creatività di giurisprudenza costituzionale. Sono, al contrario, fondamenti e fari ineludibili, frutto di un consenso largo e profondo che, nell'intenzione dei padri costituenti, poneva al centro il valore della vita di ogni cittadino. A partire da visioni diverse, in un arricchimento reciproco e indelebile. Valore della vita non è solo valore dell'efficienza, della vitalità, della salute. O di alcuni desideri. È anche valore della lotta a fianco del debole. Valore della disabilità, della mancanza della perfezione, del limite. È, dunque, auspicabile che il legislatore italiano reinterpreti con la libertà che gli è propria i valori sottostanti a una pronuncia costituzionale che è di gran lunga più attenta alla salvaguardia della persona e della sua libertà di

quanto non abbiano fatto i colleghi d'oltralpe. Insinuare l'idea che “basta la volontà” assomiglia al tanto moderno “basta l'emozione, l'amore, basta il desiderio”. Si potrebbe facilmente aprire una deriva scivolosa e pericolosa verso un ampliamento incontrollabile della platea di chi potrebbe accedere all'assistenza al morire. La Costituzione italiana è un felice intreccio tra il riconoscimento dei diritti a realizzare progetti e desideri e la responsabilità dei doveri ad aiutare a realizzare anche le aspirazioni dei più fragili: anch'essi desideri e progetti di vita. Al momento, in Italia la risposta al “desidero morire” è “debbo prima prendermi cura”. Che la sentenza 242 lo rammenti pare un fatto di enorme civiltà. Giuridica, e non solo.



Influenzati e vaccinati

I casi di influenza sono in aumento e la circolazione del virus si è diffusa, quest'anno, con largo anticipo rispetto alle stagioni precedenti. C'entrano l'abbassamento improvviso delle temperature e una nuova variante. Per questo, l'invito a vaccinarsi da parte degli esperti è più sollecito che in passato. Numeri di **Lorena Evangelista**

7,91

L'incidenza delle infezioni respiratorie è stata di 7,91 persone su mille assistiti, secondo l'ultimo rapporto RespiVirNet dell'Istituto superiore di Sanità (pubblicato il 21 novembre e relativo alla settimana tra il 10 e il 16 novembre). I nuovi casi registrati in una sola settimana sono stati circa 435 mila.

0-4 anni

E' la fascia d'età più colpita, nella quale si registrano 25,7 casi su mille assistiti. Sono infatti soprattutto i bambini – assieme ad anziani e a soggetti

immunodepressi – a dover essere vaccinati con maggiore tempestività, secondo l'Istituto superiore di Sanità.

• • • •

3-4

Quest'anno l'aumento dei casi di influenza si è verificato – non solo in Italia ma in tutti i paesi dell'Unione europea – con un anticipo di 3-4 settimane rispetto alle due stagioni precedenti.

• • • •

A (H3N2)

Così è denominato il nuovo ceppo influenzale, che ha iniziato a diffondersi di recente e sta guidando la rapida circolazione del virus quest'anno. Lo ha spiegato il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc), che immagina una stagione influenzale più grave che in passato – e che ancora non ha rag-

giunto il picco, previsto per la fine dell'anno.

19,6 per cento

Sulla popolazione generale italiana, la copertura delle vaccinazioni anti-influenzali nella stagione 2024/2025 è stata del 19,6 per cento. I dati del Ministero della Salute, pubblicati il 29 agosto 2025, rilevano un lieve aumento rispetto alla stagione precedente, durante la quale si era registrata una copertura del 18,9 per cento.

0,8

La copertura è invece diminuita di 0,8 punti se si guarda alla fascia degli over 65: nella stagione 2024/2025 si è vaccinato il 52,5 per cento della popolazione, contro un 53,5 per cento nel 2023/2024



Donare il cordone ombelicale è un gesto che salva le vite ma ancora in pochi lo fanno

● Meno del 3% delle coppie italiane sceglie di donare il sangue del cordone ombelicale (Sco). I dati raccolti nel Rapporto banche Sco 2024 del Centro nazionale sangue, diffusi in occasione della Giornata mondiale del sangue cordonale, mostrano che questo gesto altruistico è ancora poco diffuso sul territorio nazionale. Sono state 8.189 le donazioni nel 2024. In crescita rispetto alle 7.456 registrate nel 2023, ma sempre poche rispetto al numero di parti avvenuti, nelle strutture adibite alla raccolta, complessivamente 282.815. In sostanza solo il 2,9% delle coppie o delle madri che aveva questa possibilità ha deciso di donare il sangue del cordone ombelicale.

La donazione di sangue da cordone ombelicale è una procedura sicura per la mamma e per il nascituro e permette di raccogliere un tipo di sangue ricco di cellule staminali e che, proprio per questo, è al centro di consolidate terapie salvavita per la cura di numerose e gravi malattie del sangue congenite e acquisite. Più

recentemente, sono nati molti filoni di ricerca innovativi orientati a possibili impieghi alternativi per le unità non idonee al trapianto. Tali impieghi comprendono: la produzione di globuli rossi per il trattamento dell'anemia nei neonati pretermine o l'utilizzo di gel ottenuti da piastrine di cordone le cui proprietà rigenerative hanno un ampio ambito di applicazione in dermatologia ed oftalmologia.

«Il sangue da cordone ombelicale è una risorsa preziosa per la salute di tantissimi pazienti – commenta il direttore del Centro nazionale sangue, Luciana Teofili – e ancora di più potranno essere in futuro, quando i nuovi filoni di ricerca si trasformeranno in terapie consolidate. Eppure, sono ancora in poche le coppie o le madri che scelgono di portare avanti questo gesto dall'ampio valore solidaristico».



In futuro la comunicazione umana potrebbe passare direttamente dai neuroni a uno schermo: senza aprire bocca
Gli Stati Uniti hanno autorizzato il test del dispositivo impiantabile Paradromics su persone con disabilità motoria

Il microchip nel cervello per parlare con la mente

IL FENOMENO

NEW YORK

In una serata di novembre al Pioneer Works di Brooklyn, Yann LeCun, guru indiscusso dell'intelligenza artificiale, sta spiegando come le reti neurali artificiali siano la base per tutto quello che oggi sappiamo di intelligenza artificiale: LeCun le ha studiate e testate a partire dagli anni '90 e oggi, a 65 anni, si prepara a lasciare Meta per fondare la sua startup: «Le reti neuronali sono strutture ricche, semplificate, in molti modi. Ma alcuni dei principi fondamentali sono simili a quelli del nostro cervello. Anche se in realtà non lo sappiamo davvero, perché non conosciamo ancora il vero algoritmo del cervello, per così dire, o il metodo con cui si organizza e impara».

IL BIVIO

Il lavoro di LeCun ha permesso a decine di altri scienziati di sviluppare le tecnologie per arrivare a studi come quelli di Neuralink di Elon Musk, che per prima ha portato nel mondo reale una pratica, quella dell'impianto di microchip nel cervello, che fino a pochi anni fa era confinata alle speculazioni scientifiche o al biohacking. Ora ci troviamo a un bivio che potrebbe portarci verso la nuova frontiera dei chip impiantabili, dove tecnologia e biologia umana si fondono e si integrano. Oltre ai 12 impianti di Neuralink, le autorità statunitensi hanno appena autorizzato il test sugli esseri umani di un chip cerebrale impiantabile firmato Paradromics, una startup di Austin che promette di ridare la possibilità di parlare a pazienti affetti da

paralisi: permette di recuperare questa capacità attraverso l'impianto di un microchip delle dimensioni di un bottone. Attraverso un'interfaccia grafica, il sistema consente di trasformare i segnali del cervello restituendo la capacità di comunicare (tramite testo o voce sintetica). Dopo la prima sperimentazione, la startup chiederà alla Food and Drug Administration (FDA) di ampliare la sua ricerca aprendola a nuovi pazienti. Tutto era iniziato qualche mese fa all'Università del Michigan, con un intervento su un paziente già sottoposto a un'operazione per curare l'epilessia. Nel corso della procedura, la tecnologia dell'azienda è stata impiantata e poi rimossa dal cervello in circa venti minuti. A differenza di quanto spesso si immagina, le interfacce cervello-computer pensate per il recupero della parola non leggono i pensieri delle persone. Il loro funzionamento si basa invece sulla decodifica dei segnali elettrici prodotti dalla corteccia motoria del cervello, l'area che controlla i movimenti muscolari necessari per parlare.

L'APPRENDIMENTO

Quando un paziente tenta di pronunciare una frase (anche se fisicamente non riesce a muovere la bocca o la lingua) il cervello continua comunque a generare gli stessi impulsi che precedono il linguaggio. Il dispositivo li registra e, grazie a un algoritmo di intelligenza artificiale, impara a riconoscere e tradurre quei modelli di attività neuronale in testo o voce sintetizzata. Per questo è fondamentale la velocità di lettura e la precisione degli elettrodi: in questo modo le persone con impianto sono in grado di sostenere una conversazione in tempo reale a

una velocità definita normale, ovvero di 60 parole per minuto. Negli Stati Uniti proseguono le sperimentazioni promosse da un numero limitato di aziende private, tra cui Neuralink, Synchron, Precision Neuroscience e Cognixion, per un settore che potrebbe toccare un valore di 400 miliardi di dollari nei prossimi anni, secondo le stime di Morgan Stanley. Allo stesso tempo anche la Cina ha inserito le neurotecnologie tra le priorità strategiche nazionali e sostiene con miliardi di investimenti imprese come StairMed e NeuroXess, intenzionate a competere con i grandi gruppi americani in un settore che unisce ricerca medica, IA e geopolitica.

LE DIMENSIONI

Nell'estate del 2024, attraverso un impianto cerebrale, StairMed ha permesso a un uomo privo di arti di giocare ai videogiochi. Gli impianti prodotti dal gruppo con sede a Shanghai sarebbero più piccoli di un quinto rispetto a quelli di Neuralink e userebbero un materiale più soffice e meno invasivo. Ma la grande differenza negli impianti è fatta dal metodo con cui vengono inseriti nel cervello:



Neuralink e StairMed prevedono operazioni molto complesse che coinvolgono anche le ossa del cranio, mentre aziende americane come Synchron, che dall'Australia si è stabilita a Brooklyn, stanno sviluppando chip molto più piccoli che possono essere impiantati come uno stent attraverso la vena giu-

gulare ottenendo risultati molto simili.

Angelo Paura

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le domande

1 A COSA SERVONO I CHIP CEREBRALI?

A ripristinare funzioni come la parola, traducendo i segnali cerebrali in testo o voce sintetica

2 COSA SVILUPPA PARADROMICS?

Un chip cerebrale che aiuta persone paralizzate a comunicare, trasformando l'attività neurale in linguaggio

3 CHI INVESTE IN NEUROTECNOLOGIA?

Stati Uniti e Cina, con startup come Neuralink, Synchron, StairMed e NeuroXess

ANCHE LA CINA ACCELERA PECHINO STA SOSTENENDO AZIENDE COME STAIRMED E NEUROXESS CON RICERCHE CHE FONDONO MEDICINA E INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Il microchip impiantabile, grande quanto un bottone, della Paradromics. Più in alto, foto generata con l'Ia (Freepik)



“Guiderò il Cern dopo Gianotti per capire i misteri dell’universo”

Il fisico britannico Thomson prenderà il testimone a gennaio: “Dal bosone di Higgs domande ancora senza risposta”

dal nostro corrispondente

ANTONELLO GUERRERA

LONDRA

È stato il primo a laurearsi in famiglia. Ora diventerà il nuovo direttore generale del Cern di Ginevra, il più grande laboratorio di fisica del mondo che studia l’universo. «Non vedo l’ora», dice l’inglese Mark Thomson, nato 59 anni fa a Brighton, fisico delle particelle e professore a Cambridge, che da inizio 2026 prenderà il testimone dall’italiana Fabiola Gianotti dopo dieci anni e dopo la scoperta, nel 2012, del Bosone di Higgs: una particella ancora misteriosa ma che ha permesso alla materia di cui siamo fatti di formarsi nell’universo primordiale.

Contento, professor Thomson?

«Sono entusiasta. Gestiremo l’acceleratore di particelle Large hadron collider (Lhc, che ha permesso la scoperta del Bosone di Higgs, ndr) fino a giugno 2026, poi passeremo a sua versione ancora più avanzata, che ci fornirà dieci volte più dati. Ma il top sarà approvare il progetto di un nuovo straordinario acceleratore, ancora più potente, il Future circular collider (Fcc). L’obiettivo è metterlo in funzione dopo il 2040, per studiare in dettaglio il bosone di Higgs e scrutare maggiormente nella materia oscura. Visto che dell’universo ancora conosciamo soltanto il cinque per cento».

L’Fcc però è molto costoso, e paesi come la Germania sono scettici sull’investimento.

«Sono dubbi legittimi: serviranno almeno 16 miliardi di euro. Ma sono ottimista e assolutamente convinto che il Fcc sia la cosa giusta per il Cern e per il futuro della scienza. Ci permetterà scoperte sulla nostra origine cui altrimenti non potremmo mai

arrivare. Ma c’è un altro motivo per cui il Fcc è vitale».

Quale?

«La fisica delle particelle, grazie al Cern, è uno dei pochi ambiti scientifici in cui l’Europa è leader mondiale. Abbiamo sbaragliato anche gli Stati Uniti. Non dobbiamo sprecare questo tesoro».

Cos’altro potremmo scoprire dell’universo nei prossimi anni?

«Oggi conosciamo già tanto: la sua struttura su larga scala, il Big Bang, come si sono formate le galassie. Ma perché l’universo è fatto come lo osserviamo? Ecco che emergono moltissime domande. Sembra esserci la materia oscura là fuori, ma non sappiamo affatto cosa sia. Perciò abbiamo bisogno di acceleratori sempre più avanzati. Con quella mole enorme di dati, potremmo iniziare a vedere segnali, tracce della materia oscura. E poi dobbiamo indagare a fondo il bosone di Higgs, fondamentale nel determinare la natura dell’Universo: l’abbiamo scoperto, ma ancora dobbiamo ancora capire cos’è».

Che impatto possono avere gli studi del Cern sulla vita quotidiana?

«Siamo guidati dalla scienza - non dal mercato - e sviluppiamo tecnologie che oggi non esistono. Tecnologie che, col tempo, finiscono per avere un impatto enorme sulla società. Faccio due esempi. Uno: il trattamento di tumori molto complessi. Oggi abbiamo la cosiddetta *adroterapia*, che utilizza fasci di particelle per colpire tumori difficili da trattare e che non esisterebbe senza acceleratori».

E il secondo?

«Grazie agli acceleratori di

particelle, oggi comprendiamo la struttura delle proteine e della biologia a un livello impossibile prima. Comprendere la struttura delle proteine è fondamentale per la scoperta di nuovi farmaci. E poi con il Fcc si lavorerà su nuove e rivoluzionarie tecnologie di magneti ad alto campo, con applicazioni enormi in molti settori: dai futuri reattori a fusione alla trasmissione di energia».

E che impatto può avere l’intelligenza artificiale nel vostro lavoro?

«Al Cern usiamo da decenni quella che oggi chiamiamo IA. I nostri dati sono estremamente complessi, con moltissimi parametri. E ciò che l’intelligenza artificiale sa fare molto bene è trovare *pattern*, strutture, in dati decisamente complicati. Per me, l’IA è uno strumento per capire meglio l’universo. Ma non conosciamo le conseguenze a lungo termine sulla società».

Com’è nata la sua passione per la fisica?

«Lessi un libro sulla fisica delle particelle a 13 o 14 anni. Lo trovai interessante, ma anche molto frustrante, perché non spiegava le cose nel modo in cui avrei voluto, e non rispondeva alle mie domande. Fu lì che nacque il desiderio di saperne di più, di capire davvero come funziona l’universo».

Ha parlato con Gianotti?

«Certo, regolarmente. Siamo molto allineati. Entrambi pensiamo che sia la scienza a dirci cosa fare. E



quella di Fabiola è la direzione da seguire».

Pensa che abbia fatto un buon lavoro?

«Direi straordinario. Dal Future circular collider allo Science gateway, che è la vetrina pubblica del Cern e accoglie centinaia di migliaia di visitatori. È fantastico».

Però non ci saranno italiani nel direttorato del Cern sotto la sua gestione: è la prima volta.

«C'è un processo di selezione e devo attenermi a quello. Abbiamo comunque un chief information officer italiano (Enrica Porcari, ndr), ruolo inedito e significativo. E tra i capi dipartimento, l'Italia è

molto ben rappresentata. Ma quando i ruoli sono pochi e hai venticinque Stati membri, non c'è alcuna garanzia. Detto ciò, la comunità scientifica italiana resta fortissima nella fisica delle particelle e da sempre è un punto di riferimento».

Pensa che la Brexit abbia danneggiato la scienza e la ricerca nel Regno Unito?

«Non è stata un bene, questo è certo. Almeno, ora il Regno Unito è rientrato nel programma europeo Horizon. Non poteva esserci decisione migliore».

Lo studio delle particelle
è uno dei pochi ambiti
scientifici in cui l'Europa
è leader mondiale
Non dobbiamo sprecare
questo tesoro



Mark Thomson, 59 anni, sarà il nuovo direttore generale del Cern

SU REPUBBLICA

L'intervista alla scienziata italiana



Gianotti "Addio al Cern dopo dieci anni di bosoni mi aspetta il pianoforte"

La direttrice del Cern, Fabiola Gianotti, prima scienziata a guidare il laboratorio di fisica più grande del mondo, ha tracciato il bilancio dei suoi dieci anni nel numero di sabato di Repubblica: "Ora torno padrona del mio tempo"

FABRICE COFFRINI / AFP



Una nuova generazione di tecnologie neuro-cyborg

Scienza. Dalla medicina al potenziamento umano si ampliano gli orizzonti della ricerca per gli impianti cerebrali bio-compatibili

Roberto Manzocco

La letteratura cyberpunk degli anni Ottanta ci ha abituati all'idea di impianti cerebrali in grado di conferire ai loro utenti capacità eccezionali, come l'apprendimento rapido di una nuova lingua o di un'arte marziale tramite semplice download diretto nel cervello. L'idea è che, se è vero – e non tutti sono d'accordo – che il cervello è paragonabile a un computer, allora dovrebbe essere possibile installare aggiornamenti come si fa con quest'ultimo. Fantascienza, appunto, ma non così lontana dalla realtà: in anni recenti abbiamo assistito infatti a passi avanti importanti nel campo degli impianti neurali e più in generale delle neurotecnologie, un settore che si è impegnato notevolmente ad aggirare i problemi tipici degli dispositivi di vecchia generazione. La tecnologia in genere non va molto d'accordo con l'ambiente umido, caldo e mutevole del corpo umano; se inserita in esso, dopo un po' può smettere di funzionare o causare addirittura una reazione del sistema immunitario, che non la riconosce. Ora però, in vari laboratori di tutto il mondo, una nuova "elettronica vivente" sta nascendo, dispositivi fatti di materiali biocompatibili che si piegano, si muovono e pure crescono assieme a nervi e muscoli, aprendo così le porte a impianti cerebrali capaci di fondersi con cellule e tessuti. Jia Liu e i suoi colleghi di Harvard hanno ad esempio creato un fi-

lo per elettrodi microscopico soffice e resistentissimo; il dispositivo di Liu può inoltre accogliere un numero di elettrodi per filo cento volte maggiore di quello di Neuralink, aumentando così notevolmente i dati cerebrali raccolti. Rylie Green, dell'Imperial College di Londra, ha creato un dispositivo ibrido – finalizzato a trattare epilessia e Parkinson – che contiene neuroni viventi, i quali possono poi connettersi ai neuroni del cervello del paziente. All'università di Cambridge George Malliaras ha "mascherato" il suo dispositivo utilizzando un idrogel con cellule staminali, permettendogli di sfuggire al sistema immunitario e fondersi con i tessuti circostanti. Scopo finale: riparare in modo stabile nervi tagliati o danneggiati, curando così la paralisi degli arti e permettendo di trasmettere sensazioni sia a partire da un arto vero, sia da una protesi high-tech. E Alan Mardinly e la sua start up Usa Science Corporation mirano direttamente a usare un dispositivo bio-ibrido per riparare il cervello, restituendo vista, capacità di movimento e parola a chi le ha perse. Tale dispositivo dovrebbe essere in grado di generare milioni di connessioni con il sistema nervoso, contro le migliaia dei dispositivi attuali. Nel frattempo, all'Università della Pennsylvania, Kacy Cullen ha sviluppato un dispositivo composto da neuroni geneticamente manipolati e un'impalcatura di idrogel; per lo studioso tali microtessuti neurali ingegnerizzati potrebbero essere

usati per espandere le capacità computazionali del cervello umano, agguinzando così nuovi livelli di elaborazione delle informazioni, potenziando così memoria e apprendimento. Per il momento Cullen punta però ad utilizzare la sua invenzione nella cura del Parkinson. E il progresso non riguarda solo i materiali biocompatibili. Sunwoo Lee e il suo team della Cornell University sono riusciti a creare un micro-impianto cerebrale piccolissimo che, innestato nel cervello di un topo, può trasmettere via wireless informazioni sul funzionamento del sistema nervoso per un periodo molto lungo. Lo strumento misura 300 per 70 milionesimi di metro e, a differenza degli impianti attuali per la *deep brain stimulation*, non interagisce pericolosamente con la macchina per la risonanza magnetica, per cui il suo funzionamento potrebbe essere monitorato con tale procedura. La compagnia Usa Synchron, fondata a New York da Tom Oxley, si prepara ad accelerare i trial e poi il lancio del sistema Stentrode Bci. Scopo finale della start up – sostenuta da Bill



Gates e Jeff Bezos e in collaborazione con Apple – è quello di rendere le persone paralizzate in grado di far funzionare un iPhone o un iPad con il pensiero, decodificando quest'ultimo in tempo reale tramite l'AI. E gli impianti neurali del futuro potrebbero evitare del tutto il bisogno di un intervento chirurgico per il loro inserimento: Deblina Sarkar, Shubham Yadav e il loro team del MIT hanno sviluppato impianti microscopici capaci di navigare nel flusso sanguigno e raggiungere il cervello. Tale tecnologia – battezzata dai suoi inventori "circolatronica", potrebbe essere usata per la neuromodulazione, ad esempio per combattere

l'infiammazione cerebrale, condizione alla base di diverse patologie del cervello. Le applicazioni pratiche dell'"impiantistica cerebrale" sono già tra noi: Jaimie Henderson e il suo team delle Università di Stanford, Rice e Brown hanno creato BrainGate2, un dispositivo che ha consentito a un paziente di pilotare un drone virtuale con il pensiero; un team dell'Università della California (a Davis) ha creato un impianto che ha permesso a un paziente affetto da Sla di parlare e cantare; Qiao-sheng Zhang e i colleghi della New York University hanno sviluppato un impianto capace – nei topi – di

identificare ed eliminare il dolore. Non sappiamo se ci aspetti un futuro di neuro-cyborg potenziati, ma certo le applicazioni terapeutiche sono molto vicine.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

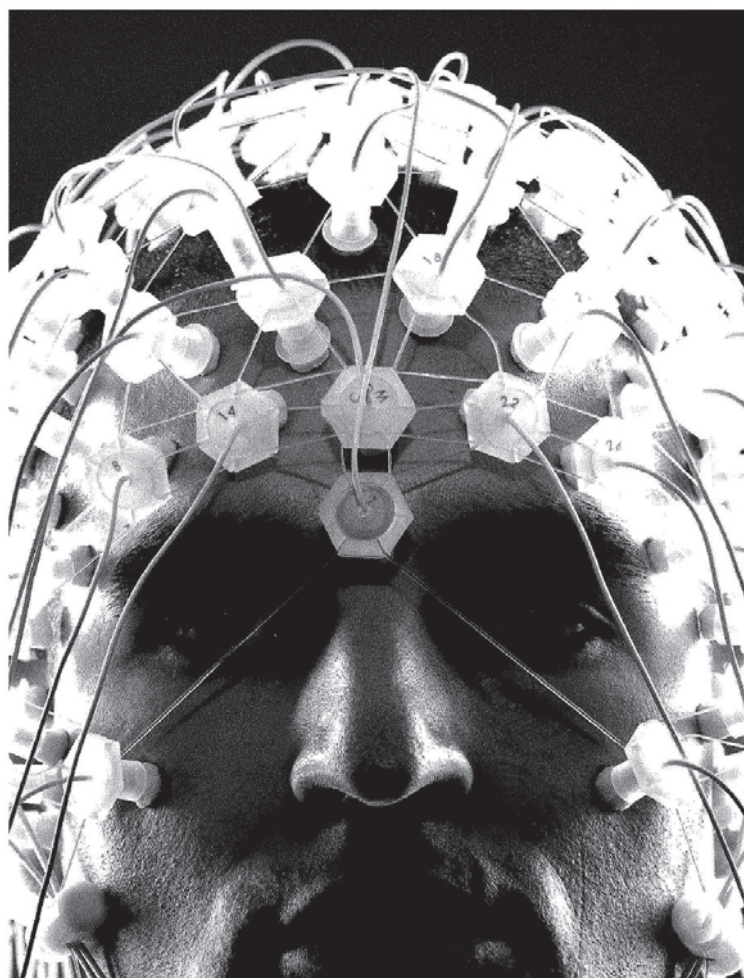


FIBRA DI CARBONIO

È stato inaugurato nei giorni scorsi a Fiorenzuola il Mae Museum, il primo museo d'Europa dedicato alla fibra di carbonio, firmato dagli architetti Carlo

Ratti e Italo Rota. È nato per tutelare e valorizzare gli archivi tecnici di Montefibre, Snia ed Eni, che raccontano la storia italiana della fibra acrilica e della sua evoluzione in fibra di carbonio.

Si sta sviluppando un'elettronica vivente con materiali che si piegano e crescono con muscoli e nervi



Comunicazione. La trasmissione di informazioni in futuro non avverrà solo con elettrodi (come nella foto) ma attraverso impianti cerebrali in grado di trasmettere wireless



Dispositivi impiantabili, verso un Registro unico

Un registro per garantire un sistema organico e omogeneo di raccolta, monitoraggio e valutazione dei dati relativi ai dispositivi medici impiantabili utilizzati nel territorio nazionale. Il Consiglio dei ministri del 20 novembre scorso, su proposta del Ministro della salute Orazio Schillaci, ha approvato, in esame preliminare, un disegno di legge volto all'istituzione del Registro Unico Nazionale dei Dispositivi Medici Impiantabili (RUNDMI). Nello specifico, spiega una nota di Palazzo Chigi, il registro consentirà tra l'altro il monitoraggio clinico del soggetto sottoposto ad impianto garantendone la rintracciabilità. Spazio a una sezione corrispondente al Registro nazionale degli impianti protesici mammari.

-----© Riproduzione riservata-----■





Servizio L'appello

I pazienti che vivono con una diagnosi di cancro "devono sottoporsi a 5 vaccinazioni"

Arriva a Pisa la nuova edizione della campagna contro l'"esitazione vaccinale". Gli specialisti raccomandano l'anti-pneumococcica, l'antinfluenzale e quelle contro l'Herpes Zoster, HPV e Covid-19

21 novembre 2025

Solo in Toscana 200mila uomini e donne vivono con una diagnosi di tumore. In Regione i nuovi casi di cancro l'anno ammontano a oltre 25mila e sei pazienti su dieci sono vivi a cinque anni, dall'inizio della malattia. E proprio dal convegno sulla Vaccinazione nel Paziente Oncologico che è tenuto presso l'Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana arriva un messaggio per tutte queste persone e cioè il fatto che dovrebbero sottoporsi a cinque vaccinazioni: l'anti-pneumococcica, l'antinfluenzale, l'anti Herpes Zoster, l'anti-HPV e quella contro il Covid-19. Le immunizzazioni sono infatti ormai fondamentali nel percorso di cura e possono difendere il paziente da pericolose infezioni. Il convegno è stato promosso da Fondazione AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) che ha avviato quest'anno la nuova edizione dell'omonima campagna nazionale. E' infatti partito un tour in 10 Regioni in cui sono organizzati incontri con oncologi medici, associazioni pazienti e altre figure del team multidisciplinare oncologico. La tappa toscana del progetto è stata resa possibile con la sponsorizzazione non condizionante di GlaxoSmithKline.

"Il malato oncologico a causa della patologia e delle successive terapie è molto suscettibile ad alcune infezioni - sottolinea Carmelo Bengala, Direttore, UOC Oncologia Medica 1, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana -. Attraverso le immunizzazioni, riusciamo a proteggerlo da agenti patogeni pericolosi e da gravi malattie a volte anche fatali. E' questo il caso dell'Herpes Zoster il cui rischio d'infezione aumenta del 40% in presenza di un tumore solido. Anche l'influenza stagionale o la polmonite pneumococcica possono avere conseguenze molto negative e causare addirittura un ricovero ospedaliero per complicanze. I vaccini sono presidi sanitari sicuri e che determinano grandi e indiscutibili benefici. Come AIOM siamo stati una delle prime Società Scientifiche al mondo a pubblicare delle Linee Guida specifiche in cui indichiamo tempistiche e modalità di somministrazione dei vaccini". "Il paziente oncologico presenta esigenze particolari - aggiunge Caterina Rizzo, Professore ordinario di Igiene generale e applicata presso il Dipartimento di Ricerca traslazionale e delle nuove tecnologie in Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa -. A seconda del tipo di terapia in corso, è opportuno valutare se anticipare o posticipare la vaccinazione, utilizzando i vaccini più appropriati. Anche i pazienti non più in trattamento attivo, ma in follow-up, devono continuare a proteggersi. Purtroppo, osserviamo talvolta una certa esitazione vaccinale da parte dei pazienti o dei caregiver, legata a timori infondati su possibili effetti collaterali o sul rischio che la vaccinazione possa interferire con le terapie oncologiche. È importante rassicurare e informare correttamente: i benefici superano ampiamente ogni rischio percepito".

“Pazienti e caregiver devono essere rassicurati dal personale medico-sanitario - conclude Gianni Amunni, Coordinatore scientifico di ISPRO -. Le vaccinazioni devono essere sempre accompagnate da adeguati interventi di informazione e comunicazione. Per favorire le immunizzazioni l'ambulatorio vaccinale dovrebbe essere attivo nelle stesse strutture sanitarie dove il malato già riceve i trattamenti. Le vaccinazioni sono un fondamentale strumento di prevenzione primaria di molte malattie, tra cui proprio alcune forme di cancro. Da tempo abbiamo capito anche l'importanza che rivestono all'interno dell'assistenza medico-sanitaria che dobbiamo fornire ai pazienti oncologici”. La Vaccinazione nel Paziente Oncologico è stata lanciata lo scorso aprile da Fondazione AIOM per promuovere il valore delle vaccinazioni tra i malati di tumore. Oltre al tour in 10 Regioni prevede la diffusione di opuscoli, un portale informativo (vaccininelpazienteoncologico.it), spot di sensibilizzazione e attività sui social media.

Servizio L'infezione

Papilloma virus: 8 adulti su 10 infettati una volta nella vita, ma meno di metà giovani si vaccina

Ogni anno in Italia il papilloma virus provoca 7.500 neoplasie. La trasmissione avviene nel 95% dei casi attraverso i rapporti intimi

di Francesca Indraccolo

22 novembre 2025

Circa l'80% delle persone sessualmente attive ha contratto, almeno una volta nella vita, l'infezione da HPV (Human Papilloma Virus). Ne sono stati individuati circa 200 ceppi, alcune dei quali sono oncogeni, possono quindi causare tumori del collo dell'utero, del cavo orofaringeo, del distretto testa-collo e del tratto ano-genitale. Ogni anno in Italia il papilloma virus provoca 7.500 neoplasie. La trasmissione avviene nel 95% dei casi attraverso i rapporti intimi, anche se esiste una quota di contagio riconducibile ad altre modalità, seppur residuali, con cui si viene a contatto con l'agente patogeno, ad esempio, se si fa utilizzo di bagni pubblici. E' un problema che riguarda la salute di donne e uomini che richiede un approccio multidisciplinare, una maggiore sensibilizzazione sulla vaccinazione disponibile per gli adolescenti e sull'accesso allo screening, riservato al momento solo alla popolazione femminile, come è emerso durante la tavola rotonda "Specchi clinici - HPV: riconoscere, includere, intervenire", svoltasi al Senato nei giorni scorsi con la partecipazione delle principali società scientifiche di settore e di pazienti, specialisti e ricercatori.

"Per molti anni – spiega il professor Vittorio Unfer, presidente EGOI e docente di Ostetricia all'Università UniCamillus – International University of Health and Medical Sciences - l'infezione da HPV è stata associata esclusivamente al cancro del collo dell'utero. Invece, la scienza ha provato che anche gli uomini possono sviluppare condilomi oltre a lesioni precancerose e carcinomi del pene, dell'ano e del cavo orale, anch'essi HPV-correlati, rispettivamente nel 50%, 88% e 26-30% dei casi". Uomini e donne, dunque, possono essere per i rispettivi partner un serbatoio di infezione.

La circolazione del virus negli uomini

Uno studio italiano, pubblicato a fine 2024 sulla rivista scientifica Urology, ha evidenziato che il 56% dei maschi italiani risulta positivo all'HPV. Di questi il 20% presenta l'infezione a livello del cavo orale e il 13% a livello anale. Per tutelare la salute dei più giovani esiste una vaccinazione anti-HPV nona valente – contro i nove tipi di papilloma virus umano più diffusi che possono causare tumori. "E' una risorsa di comprovata efficacia nella prevenzione delle lesioni precancerose e dei tumori correlati. La somministrazione è raccomandata in età preadolescenziale, idealmente dagli 11 anni, prima del potenziale contatto con il virus. È fondamentale intensificare le attività di informazione e sensibilizzazione rivolte ai giovani e alle loro famiglie", sottolinea il professor Unfer. Su questo fondamentale strumento di prevenzione e protezione la comunità scientifica auspica un cambio di passo per arrivare agli obiettivi di copertura raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dal Piano Vaccinale Nazionale.

Il calo delle vaccinazioni

“La vaccinazione contro l'HPV – aggiunge Unfer - ha subito un calo drastico durante la pandemia. Solo nel 2023 si ritorna ai livelli di copertura vaccinale pre-Covid: il 45,39% nelle ragazze che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione (coorte 2011 nel 2023). Nel 2024 il trend si conferma in aumento: il 51,18% delle ragazze che compivano 12 anni nel 2024, ovvero il 5,79% in più rispetto al 2023”. Per i ragazzi si osserva lo stesso andamento. Quindi, un calo drastico nell'anno 2022 e un ritorno ai livelli di copertura vaccinale pre-Covid: 39,35% nei ragazzi della coorte più giovane (2011), che compivano 12 anni nel 2023. Nel 2024 continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti, con copertura del 44,65% nella coorte più giovane (2012). “Nonostante questo recupero, tuttavia, a oggi nessuna coorte raggiunge l'obiettivo di copertura del 95% previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale”, specifica il ginecologo.

Quando il papilloma virus è potenzialmente pericoloso e cosa fare

Nella maggior parte dei casi, l'infezione viene eliminata dal sistema immunitario. Quando, però, il virus resta nell'organismo per oltre 12 mesi, si parla di persistenza, una condizione finora studiata principalmente nelle donne. “Questo passaggio è cruciale perché la persistenza, che nelle donne si manifesta nel 10-15% dei casi, è il principale fattore di rischio per lo sviluppo di lesioni precancerose e, nel tempo, di tumori del collo dell'utero o altri distretti che l'HPV colpisce”. Le linee guida nell'infezione persistente con positività a un ceppo ad alto rischio raccomandano l'invio a un controllo di secondo livello con la colposcopia. “Se non viene riscontrata nessuna lesione o una lesione di basso grado - LSIL o CIN1-, si rinvia a controllo a 12 mesi”, spiega Unfer.

Lo screening per le donne

In Italia è in vigore un programma di screening gratuito del tumore del collo che prevede due esami specifici a seconda dell'età. Con il PAP test si ricercano le alterazioni morfologiche delle cellule cervicali, con l'HPV test, invece, il DNA del virus. “È in fase di implementazione un terzo percorso per cui le donne vaccinate vengono inviate direttamente a eseguire l'HPV test a 30 anni. In Italia, nel 2024 è stata registrata un'adesione al programma di screening del 42% sul totale della popolazione avente diritto”, ricorda il professore. Per gli uomini non è previsto nulla di simile neanche nei contesti più a rischio o tra partner di donne positive. E questo nonostante i test siano semplici da eseguire, a basso costo e non invasivi. “Non si ricerca il virus, non si monitora l'uretra con tamponi uretrali e quindi non si valuta il rischio oncogeno maschile”, conclude Unfer.



Servizio La nuova frontiera

Trapianto record: cuore viaggia da Atene a Torino per 1.600 chilometri senza mai smettere di battere

Il ricevente è un uomo di 65 anni affetto da una grave cardiomiopatia dilatativa post-infartuale in attesa del trapianto da circa un anno

di Marzio Bartoloni

23 novembre 2025

Per la prima volta un cuore da Atene viene trapiantato a 1600 km di distanza senza mai interrompere il suo battito, nell'ospedale Molinette di Torino. Un cuore da trapiantare che è stato tenuto battente non solo durante il trasporto, ma anche durante l'impianto nel paziente. Il caso è stato gestito a Torino dall'ospedale Molinette, i cui responsabili parlano di "superamento di una nuova frontiera". L'organo, prelevato da una donatrice ad Atene non è stato più fermato, per un totale di 8 ore fra viaggio e operazione. "Una rivoluzione che permette di superare la barriera del tempo" affermano alla Città della Salute. Il ricevente è un uomo di 65 anni affetto da una grave cardiomiopatia dilatativa post-infartuale in attesa del trapianto da circa un anno. "Una volta di più - ha commentato Federico Riboldi, assessore alla Sanità della Regione Piemonte - il Sistema Trapianti della Regione Piemonte si conferma ai vertici italiani ed europei con un trapianto di cuore di eccezionale difficoltà tecnico-organizzativa.

Una rivoluzione che supera la barriera del tempo

Si tratta di un tipo di trapianto innovativo rispetto al quale l'Italia ha fatto da apripista: il primo trapianto al mondo di cuore sempre battente, dal prelievo all'impianto, è stato infatti eseguito lo scorso anno nell'Azienda ospedaliera di Padova. Ma qui c'è la grande novità che il cuore che poi sarebbe stato trapiantato nelle sale operatorie della Cardiocirurgia (diretta dal professor Mauro Rinaldi) del Centro Trapianti di Cuore e di Polmone dell'ospedale Molinette della Città della Salute e della Scienza di Torino, ha ripreso a battere a 1600 km di distanza, quella che separa Torino e Atene, e non è più stato fermato neanche durante il suo impianto nel torace del ricevente, per un totale di 8 ore. Una "rivoluzione", appunto, che permette di superare la barriera del tempo perché il cuore è artificialmente perfuso durante tutte le fasi del trapianto (trasporto e impianto) senza soffrire per l'ischemia legata alla mancanza di sangue (di solito l'organo ha un tempo massimo di ischemia di 4 ore per essere trapiantato).

Come è funzionato il prelievo

Una donatrice greca in un ospedale di Atene viene segnalata dal Centro Nazionale Trapianti, diretto da Giuseppe Feltrin, e dal Centro Regionale Trapianti del Piemonte, diretto da Federico Genzano Besso, al Centro di Trapianto di Cuore della Città della Salute e della Scienza di Torino, diretto dal professor Mauro Rinaldi. Un'équipe prelievo delle Molinette, formata da Erika Simonato, da Matteo Marro, dal professor Andrea Costamagna e dalla dottoressa Domitilla Di Lorenzo, partita da Torino nel tardo pomeriggio raggiunge la Grecia con un jet privato. A

STAMPA LOCALE CENTRO NORD

mezzanotte inizia il prelievo. Il cuore viene prelevato e, dopo essere stato alloggiato in una macchina che permette di ripristinare la sua perfusione durante il trasporto (Ocs Heart, Transmedics) viene fatto ripartire. Il cuore ricomincia a battere nella macchina di perfusione ad Atene e trasportato in questo stato (battente) a Torino. Nel frattempo un paziente di 65 anni, affetto da una grave cardiomiopatia dilatativa post-infartuale in attesa del trapianto da circa un anno, viene portato nella sala operatoria della cardiocirurgia e preparato a ricevere il trapianto.

Il trapianto e il decorso

Il cuore arriva in sala operatoria battendo nella macchina di perfusione per circa sei ore. Il ricevente è in circolazione extracorporea e il suo vecchio cuore malandato è già stato espantato. A differenza della pratica abituale, il cuore da trapiantare non viene fermato, ma viene collegato alla circolazione extracorporea che sta mantenendo in vita il paziente. In questo modo il cuore nuovo può essere staccato dalla macchina di perfusione usata per il trasporto mantenendo la perfusione stessa e il battito cardiaco. Il trapianto eseguito dal professor Massimo Boffini, dal professor Antonino Loforte e dalla dottoressa Barbara Parrella, coadiuvati dall'anestesista dottoressa Rosetta Lobreglio, viene condotto con il cuore che batte naturalmente, prima sorretto dalle mani dei chirurghi e infine nella sua posizione naturale, ovvero nel cavo pericardico del paziente. Il decorso post-trapianto si è svolto in maniera regolare e il paziente è stato trasferito dalla Terapia Intensiva (coordinata dalla dottoressa Anna Trompeo) al reparto di degenza ordinaria della Cardiocirurgia dopo pochi giorni. "Una storia a lieto fine che ancora una volta diventa esempio delle eccellenze della nostra Città della Salute e della Scienza a livello europeo e del valore dei nostri operatori", ha evidenziato il direttore generale Cdss Livio Tranchida.



Servizio Medicina

Asti, sospetto caso di febbre emorragica di Marburg

Un uomo di 81 anni di ritorno a un viaggio in Etiopia ha accusato sintomi riconducibili alla malattia ed è stato posto in isolamento

21 novembre 2025

Un sospetto caso di febbre emorragica di Marburg è stato ricoverato all'ospedale Cardinal Massaia di Asti, con febbre e sintomi gastrointestinali. Si tratta di un anziano di 81 anni, residente in provincia di Asti, che si è presentato stamattina al pronto soccorso, di ritorno da un viaggio in Etiopia dove ha visitato un'area in cui sono stati segnalati focolai di febbre emorragica.

Il paziente, secondo quanto appreso dalla struttura sanitaria, è stato preso in carico nel reparto di Malattie infettive, che lo monitora. I prelievi ematologici sono già stati inviati all'ospedale Spallanzani di Roma per la verifica.

L'uomo era ed è rimasto stabile dal punto di vista clinico, ma considerato l'itinerario del viaggio e i sintomi presentati, a tutela della sua incolumità e a scopo di prevenzione, la direzione medica di presidio ha immediatamente attivato tutte le misure precauzionali e di isolamento, evitando quindi qualsiasi contatto con altri pazienti

È stata attivata inoltre la catena di allerta locale con il Sisp (Servizio di igiene e di sanità pubblica), regionale con il Dirmei (Dipartimento interaziendale funzionale a valenza regionale per le malattie ed emergenze infettive) e nazionale con lo Spallanzani. Nel caso di conferma della diagnosi il paziente verrà trasferito in una struttura con le misure di sicurezza idonee.

TOSCANA La vittoria di una donna di 55 anni

Il tribunale ordina al Cnr il macchinario di fine vita

Scarcella a pagina 19



FIRENZE L'ordine del giudice per la 55enne che non può assumere il farmaco da sola. Gallo (associazione Coscioni): «È corsa contro il tempo»

Suicidio assistito di una donna paralizzata Il Cnr realizzerà il macchinario per l'iniezione

«Sono grata al giudice di Firenze, ma la stanchezza e la sofferenza hanno superato ogni limite umano. Pronta a ricevere aiuto a morire tramite un'azione di disobbedienza civile». Libera, 55 anni, è paralizzata dal collo in giù. Conseguenza permanente della sclerosi multipla. Da tempo combatte per difendere la sua decisione: vuole porre fine alle sue sofferenze. E avrebbe potuto farlo già il mese scorso, ma il dispositivo necessario a consentire, tramite comando oculare, l'infusione endovenosa del farmaco per il fine vita, ancora non c'è. Il tribunale di Firenze, che ad ottobre scorso le aveva riconosciuto il diritto di morire, oggi cerca di accelerare i tempi il più possibile ordinando all'USL Toscana nord-ovest di avviare immediatamente la procedura.

A realizzare e a fornire a Libera la tecnologia adeguata sarà il Cnr. Il Consiglio nazionale delle ricerche è stato individuato dagli avvocati della donna, coordinati dall'Associazione Luca Coscioni, dopo che l'azienda ospedaliera aveva sollevato enormi difficoltà nel reperire il macchinario. Nessuna delle aziende che inizialmente si erano rese disponibili, lo ha pro-

dotto. È qui che entra in gioco il Cnr. Chiamato in causa per superare l'impasse, il Consiglio ha risposto 'presente', dichiarandosi in grado di sviluppare un dispositivo idoneo alle esigenze e, soprattutto, alle condizioni fisiche ormai compromesse di Libera. Ipotizzando anche «tempi rapidi», che per loro significa dai 2 ai 4 mesi.

Da qui la decisione del giudice fiorentino di ordinare alla USL Toscana nord-ovest di avviare immediatamente la procedura e di sostenerne i costi. Il Cnr, dal canto suo, è stato nominato ausiliario dell'autorità giudiziaria, ricevendo mandato diretto a predisporre e fornire la tecnologia all'azienda sanitaria entro 90 giorni. Una finestra temporale che però per Libera è troppo ampia. Altri tre mesi di attesa, per lei che aspetta già da un po'. «Avevo chiesto solo che la mia volontà fosse rispettata e che un medico potesse essere autorizzato a intervenire su mia richiesta - dichiara la donna -. Invece, la Consulta ha rimandato la decisione al giudice di Firenze, costringendo a ripetere indagini già svolte e nuovi passaggi burocratici su dispositivi che esistono, ma che le aziende non adattano per la mia situazione. Ogni rinvio è un tempo che io passo nella sofferenza. Per questo, se in tempi brevissimi non riceverò la strumentazione necessaria sono pronta a ricevere l'aiuto a morire: un atto pubblico, nonviolento e trasparente».

«**Libera** oggi è in reale pericolo - commenta Filomena Gallo, coordinatrice del collegio di difesa di Libera e segretaria nazionale dell'associazione Coscioni -, potrebbe andare incontro a una morte improvvisa e atroce. Stiamo valutando tutte le soluzioni nel rispetto della legge. È una corsa contro il tempo».

Teresa Scarcella

Filomena Gallo,
segretaria
dell'associazione
Coscioni
che assiste
Libera e
coordina il suo
collegio di difesa



Contrasto alle epidemie “Infettivologi nelle Asl”

di **CLEMENTE PISTILLI**

In un mondo che cambia, sempre più interconnesso, è necessario costruire un nuovo modello di gestione delle malattie infettive. Con un'attenzione particolare ai fragili. E magari partendo dalla presenza degli infettivologi nelle case della salute e nelle Asl. Questo il tema portante del congresso della Società italiana di malattie infettive e tropicali del Lazio aperto ieri presso il centro congressi dell'università Cattolica e che si concluderà oggi.

Gli ospedali non bastano più. «Occorre uscire all'esterno dei nostri reparti e ambulatori di malattie infettive, per avere un dialogo e una relazione con il territorio. Questo può

garantirlo quello che definirei un infettivologo del territorio che, immaginiamo, possa e debba essere presente nelle case della salute e nelle Asl per migliorare la gestione di tematiche come l'antimicrobico-resistenza, le infezioni a trasmissione sessuale e l'insorgenza di possibili epidemie», specifica Gianpiero D'Ofizi, direttore dell'unità di malattie infettive epatologia dello Spallanzani. Non ci si può più far trovare impreparati come è avvenuto con il Covid, come evidenziato da Carlo Torti, direttore della unità di clinica del-

le malattie infettive del Gemelli.

Ieri è stato quindi approfondito il tema dell'Hiv. «Il mondo dell'infettivologia negli ultimi tempi ha fatto notevoli progressi e sull'Aids si arriverà a farmaci da somministrare non più di due volte l'anno», ha affermato il direttore scientifico Massi-

mo Andreoni. «Nel mondo ci sono circa 40 milioni di persone Hiv positive e non tutte hanno accesso alla terapia antivirale. Occorre lavorare sul sommerso», gli fa eco la collega Gabriella d'Ettorre. «È importante rendere i giovani consapevoli di cosa sono l'Hiv e le infezioni a trasmissione sessuale e spiegare loro come proteggersi», aggiunge Valentina Mazzotta, infettivologa dello Spallanzani. Oggi spazio all'analisi anche sulla West Nile nel Lazio e sulle nuove strategie vaccinali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**I lavori
del congresso
della Società
italiana
di malattie
infettive
e tropicali
del Lazio**



Fine vita: il governo blocca la legge sarda

A pochi giorni dalla morte delle gemelle Kessler in Germania, che ha riaperto il dibattito sulla legge sul fine vita anche in Italia, il Consiglio dei ministri ha deciso di impugnare la legge della Sardegna che a metà settembre ha normato le procedure e tempi per l'assistenza sanitaria al suicidio medicalmente assistito. Si tratta della secondo ricorso alla Corte Costituzionale del governo Meloni che, nel maggio scorso, aveva bloccato la

legge della Toscana nata sempre sotto la spinta dell'Associazione Coscioni che ha raccolto le firme per chiedere che si legiferi sull'argomento, come sostenuto anche dalla stessa Consulta. Tuttavia per il governo la legge sarda presenta «plurimi profili di illegittimità». Non solo. Il Cdm ritiene che «la prospettiva di regolamentare il fine vita, nel silenzio del legislatore statale, attraverso l'esercizio della iniziativa legislativa regionale

in materia di tutela della salute, è passibile di censure». Secondo Antonio Brandi, presidente di Pro Vita & Famiglia onlus, «come nel caso della legge della Toscana, anche la legge sarda viola palesemente le competenze esclusive dello Stato e soprattutto è una norma disumana che spinge malati, fragili e persone disperate a uccidersi anziché moltiplicare cure e servizi socio-assistenziali per aiutarli». Nel partito sardo della premier l'attenzione si

sposta «sull'ennesima impugnazione nei confronti di una legge della Giunta Todde e del campo largo», accusati, in questo senso, di essere dei «collezionisti» di ricorsi. «Il centrosinistra spreca tempo prezioso in provvedimenti inutili e potenzialmente dannosi, soprattutto in questo caso perché dall'applicazione del suicidio assistito non si può certamente tornare indietro», rimarca Corrado Meloni, consigliere regionale Fdi.





Servizio Assistenza

Sardegna: rinnovato l'accordo integrativo per la pediatria di libera scelta

E' la quarta regione dopo Puglia, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia, a condurre al traguardo un'intesa che non vedeva la luce da 16 anni

di Davide Madeddu

21 novembre 2025

Rinnovato dopo 16 anni, in Sardegna, l'accordo integrativo regionale per la pediatria di libera scelta. Il via libera con la firma, nella sede dell'assessorato regionale della Sanità, alla presenza dell'assessore regionale Armando Bartolazzi e dei rappresentanti delle sigle di categoria Fimp e Sispe. Il documento aggiorna in modo organico la disciplina dei rapporti tra il Servizio sanitario regionale e i pediatri dell'isola. La Sardegna diventa così la quarta regione italiana, dopo Puglia, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia, a portare a compimento il rinnovo dell'accordo, ponendosi tra i territori più avanzati nel rafforzamento dell'assistenza pediatrica territoriale.

Soddisfatti sindacati dei pediatri

«Dopo sedici anni, la Sardegna compie un passo decisivo - dice l'assessore alla Sanità, Armando Bartolazzi -: ridare centralità alla pediatria significa investire sul futuro dei nostri bambini, rafforzare la prevenzione e dare risposte più vicine e più rapide alle famiglie. Questo accordo è un risultato frutto di ascolto, confronto e responsabilità comune». A guardare positivamente la firma anche le organizzazioni sindacali, soprattutto dopo la lunga attesa. «Con questo accordo – commentano i rappresentanti delle sigle firmatarie – restituiamo alla pediatria il suo ruolo, rafforzando il legame tra la professione e il territorio e garantendo una migliore tutela della salute dei bambini sardi».

Presa in carico sempre più efficace

Il nuovo accordo introduce innovazioni per garantire una presa in carico sempre più efficace dei bambini e delle loro famiglie. Si va dal potenziamento dei bilanci di salute e dei programmi di sorveglianza del neurosviluppo al rafforzamento delle prestazioni di particolare impegno professionale, che consentono diagnosi più rapide e una significativa riduzione degli accessi inappropriati al pronto soccorso. Inoltre è prevista la revisione dei criteri per carenze assistenziali e zone disagiate; una maggiore integrazione informatica e organizzativa attraverso le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Ultimo, ma non meno importante, come sottolineano dall'assessorato, la «valorizzazione del ruolo del pediatra nella continuità assistenziale e nei percorsi di prevenzione».

«Con la firma dell'AIR, la Regione Sardegna compie un ulteriore passo nella modernizzazione dell'assistenza territoriale - conclude l'assessore -, in linea con gli indirizzi nazionali e con l'obiettivo di garantire qualità, continuità e uniformità delle cure pediatriche su tutto il territorio».

STAMPA LOCALE SUD E ISOLE