

15 settembre 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

15/09/2025

L'INIZIATIVA SINDACALE

Carenze di personale Stato di agitazione alla Rsa Carlo Steeb

«Nei reparti ci sono due Oss a turno, ne servirebbero sei»
Faro acceso anche sui diversi contratti applicati

LIDO

Ennesimo stato di agitazione, alla casa di riposo Carlo Steeb del Lido, tra dumping contrattuale, degrado dello stabile e carenza di personale. A lanciare l'iniziativa sindacale, Cisl Fp e Uil Fpl, dopo l'ultima assemblea con i lavoratori, in cui è emerso tutto il loro malcontento. La prossima settimana i sindacati si incontreranno con il prefetto per discutere il da farsi. «Registriamo una grave e persistente carenza di organico che incide negativamente sulla qualità del servizio e sulle condizioni di lavoro», dicono Carlo Alzetta (Cisl Fp) e Federica Bonaldo (Uil fpl). Carenza che, già due anni fa, aveva imposto a Codess, cooperativa che gestisce la struttu-

ra, di rallentare gli ingressi, dal momento in cui si rischiava il venire meno degli standard regionali, secondo cui a un certo numero di ospiti deve corrispondere un certo numero di operatori. «Nei reparti ci sono quotidianamente due operatori

sociosanitari», spiega Bonaldo, «con circa 24 anziani non autosufficienti in carico, servirebbero almeno sei operatori sociosanitari in più».

Non solo, al centro delle istanze di lavoratori e sindacati, anche lo stato dell'edificio che ospita la casa di riposo degli Alberoni. «Si trova in condizioni critiche, aggravate dalla mancanza di investimenti. L'ultimo intervento significativo – incalzano i rappresentanti dei lavoratori – risale a oltre dieci anni fa, in occasione del crollo del tetto della chiesa.

Attualmente si registrano infiltrazioni d'acqua e un intero piano risulta chiuso per motivi di sicurezza. È urgente un piano di ristrutturazione che garantisca condizioni dignitose e sicure per gli ospiti e per il personale».

Si pone, poi, un problema di dumping contrattuale: alla Carlo Steeb, a parità di mansioni, gli operatori percepiscono stipendi diversi poiché vengono applicati tre contratti diversi, Aris, Aiop e quello delle cooperative. «Dovrebbe essere applicato l'Aris sanità privata per tutti, l'Aiop non è un contratto di lavoro ma un contratto di povertà», fa presente Alzetta, «l'applicazione di contratti meno favorevoli ai nuovi assunti rende la struttura poco attrattiva, favorendo un turn over continuo che mette a rischio la continuità e l'efficacia del servizio. Questo problema

è aggravato dalla specificità insulare della struttura e dall'alto costo della vita, insostenibile per operatori che hanno uno stipendio molto basso». —

M.D.



Il Carlo Steeb al Lido

UE ASSOPITA
VALLEVERDEFondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

la Repubblica



VALLEVERDE



DOMANI IN REGALO

Intelligenza artificiale
Domani e mercoledì
secondo e terzo volume

Report

Il Milan batte il Bologna
gol dell'eterno Modricdi ANDREA SERENI
a pagina 30Lunedì
15 settembre 2025

Anno 32 - N° 36

Oggi con AffariFinanza e libro
Intelligenza Artificiale per lo studio 1

in Italia € 1,90

I tank assediano Gaza

Israele schiera centinaia di carri armati per invadere Gaza City. Già fuggiti 300mila abitanti
Il segretario di Stato Usa Rubio con Netanyahu al Muro del pianto. Spagna, scontri alla Vueltadalla nostra inviata
GABRIELLA COLARUSSO

La strategia era chiara: abbattere fino all'ultimo palazzo ancora in piedi, costringere gli abitanti alla fuga, stringere l'assedio e poi entrare con le truppe a Gaza City. L'aviazione israeliana si è occupata del primo atto: cancellare lo skyline della città.

alle pagine 2 e 3

Leone XIV: "Troppi divari di reddito guardate Musk così siamo nei guai"

di IACOPO SCARAMUZZI

alle pagine 10 e 11
con un servizio di OCCORSIO

Il papa festeggia il compleanno

L'Ucraina reagisce ai droni di Putin colpita raffineria e treni distrutti

dal nostro inviato PAOLO BRERA

alle pagine 4 e 5
con i servizi di DI FEO e LOMBARDI

Fermiamo la violenza delle parole

di CONCITA DE GREGORIO

Quindi di nuovo tutta la questione è la biografia. Chi è, questo sconosciuto ventenne dello Utah che ha sparato a Charlie Kirk, attivista tanto caro a Donald Trump. Presto, presto. Dateci notizie sulla sua famiglia, le abitudini, i poster in cameretta, la musica dei suoi pomeriggi, i successi o insuccessi scolastici, le frustrazioni, le smanie, la sua posizione esatta nella griglia della battaglia navale globale così che lo possiamo iscrivere a una squadra o all'altra. A un ambiente, almeno. A una colonia, a una tribù. Così che possiamo assegnare la colpa: dicitci subito chi è questa volta il nemico perché si possa invocare per lui, per loro, la "pena di morte" ha chiesto il presidente biondo, la forca, il rogo. Dove "mandare l'Fbi a sfondare qualche porta", ha detto Steve Bannon. Sfondare qualche porta. Ma sì. È facile così. Sono sempre gli altri, i mostri i pazzi gli assassini.

a pagina 12

Schlein sfida Meloni: "Noi uniti vi batteremo"

dalla nostra inviata
GIOVANNA VITALE

Forza e buon vento! urla Elly Schlein dal palco della festa nazionale dell'Unità ai due parlamentari dem imbarcati sulla Flottilla. Un augurio a sorpresa, lanciato in collegamento dal cuore della pianura padana, che la segretaria del Pd sembra rivolgere innanzitutto a sé stessa, a una coalizione progressista che non è mai stata più larga e unita di così: capace alle prossime elezioni di assestare una spallata al governo e portare lontano.

alle pagine 8 e 9
con i servizi di CIRIACO e GIOVARA

L'INTERVISTA
di ANTONELLO GUERRERA

Scott Turow: "L'omicidio di Kirk figlio dell'estremismo istigato dalla destra"

alle pagine 6 e 7
con un servizio di MASSIMO BASILE

ATLETICA

di EMANUELA AUDISIO

Jacobs e Tamperi eliminati a Tokyo la gloria e la caduta

Sayonara, Marcell. No banzai per Gimbo. Nessun SuperSunday. Alle 13 italiane Tamperi smette di volare, alle 13,47 Jacobs smette di correre (forse per sempre). L'Italian Job non c'è più. Se ai Giochi di Tokyo in 11 minuti si erano presi il mondo, adesso in 47 lo lasciano.

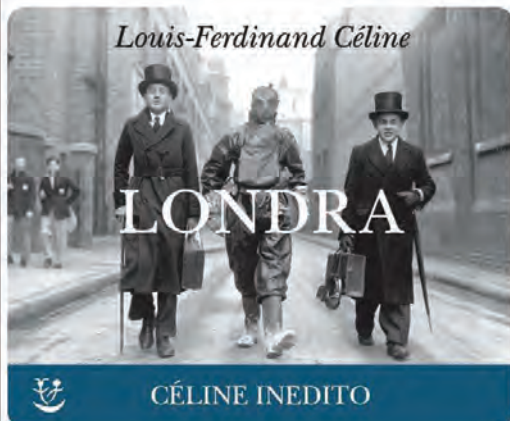
a pagina 26

Se la scuola non è tutta da buttare

di MASSIMO RECALCATI

La caratteristica di fondo di una mente democratica è quella di non fare dipendere il giudizio sul contenuto di una opinione da chi la sostiene. In un dibattito epistemologico degli anni Settanta era ciò che spingeva Althusser a separare nettamente la scienza dall'ideologia. Nel nostro Paese questa condizione è spesso disattesa, soprattutto se ciò concerne il dibattito politico e le sue fazioni. È il caso di alcuni dei provvedimenti annunciati dal nostro ministro dell'Istruzione e del merito Giuseppe Valditara, segnatamente quelli che valorizzano il voto in condotta, vietano l'uso degli smartphone in aula e reintroducono l'apprendimento a memoria delle poesie. La reazione a questi provvedimenti è stata tanto immediata quanto rigidamente binaria.

a pagina 22



Louis-Ferdinand Céline

LONDRA



CÉLINE INEDITO

CORRIERE DELLA SERA

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**il Tempo delle Donne**
Festival, gran finale
con Laura Pausini
La270ra
alle pagine 30 e 31**Mondiale**
Jacobs, Tamberi:
la Tokyo perduta
di **Marco Bonarrigo**
e **Gaia Piccardi** a pagina 48**VALLEVERDE**

L'allarme del Colle

**ALZARE
LA VOCE
(INSIEME)**di **Carlo Verdelli**

Gia adesso è il Capo di Stato più longevo della nostra Repubblica, eletto la prima volta nel 2015, confermato nel 2022, fine mandato nel 2029. Una personalità politica che ha conquistato credibilità internazionale anche in ragione della coerenza rispetto ai valori cardine dell'Occidente e del modo fermo ma pacato in cui si è sempre speso per difenderli. Non parla tanto, il Presidente Mattarella, specie in questo 2025 così cupo e minaccioso, e comunque senza mai rinunciare alla cautela che è un suo tratto distintivo. Qualche giorno fa, da Labiana, ha però dismesso i toni prudenti e ha speso parole nettissime contro chi ci sta mettendo in pericolo. Droni russi avevano appena violato lo spazio aereo della Polonia (succederà di lì a poco anche sulla Romania) e Israele si era spinta a bombardare il Qatar, 1.800 chilometri di distanza, per colpire dei leader di Hamas. Condannando con esplicita durezza entrambe le azioni, Mattarella le collega e le trasforma in un allarme rosso: «Ci si muove ormai su un crinale. Il mondo rischia di scivolare nel baratro come nel 1914. Nessuno allora voleva far scoppiare la Guerra mondiale ma l'imprudenza dei comportamenti provoca prospettive gravi». E ancora, mirando con maggiore precisione, denuncia come inaccettabile il massacro di Gaza e l'intenzione di ammettere parte della Cisgiordania («rendendo impossibile una soluzione politica in quella regione, a vantaggio anche della sicurezza di Israele»).

continua a pagina 34

GIANNELLI

IL RIENTRÒ A SCUOLA

LA CLASSE POLITICA

Offensiva in territorio russo: colpite la raffineria di Karshi e le ferrovie. Zelensky: sono le sanzioni più efficaci

Kiev attacca: raid e sabotaggi

Un drone di Mosca «sconfina» in Romania. La Ue: minaccia alla sicurezza

di **Lorenzo Cremonesi**
e **Marta Serafini**

Nella solita notte di attacchi dei droni di Mosca in Ucraina, con la Polonia di nuovo in allarme e uno sconvolgimento russo in Romania, l'esercito di Kiev colpisce una delle più importanti raffinerie e due linee ferroviarie russe nella regione di San Pietroburgo. Raid strategici per azzoppare l'armata di Mosca.

da pagina 2 a pagina 5

TIMOTHY SNYDER**«Trump pensa solo ai soldi Putin lo usa»**di **Federico Fubini**

«**T**rumpp vuole solo fare soldi, non pensa di certo agli interessi degli Stati Uniti — dice lo storico Timothy Snyder —. Se guardiamo alla sua carriera, tutta ben documentata, non c'è un momento in cui abbia pensato al bene degli Usa». E Putin? «Mosca è debole, ma sa bluffare».

alle pagine 2 e 3

La festa per i 70 anni Leone cita Musk: troppa disuguaglianza



Durante l'Angelus in piazza San Pietro i fedeli festeggiano i 70 anni compiuti da papa Leone XIV

**Il Papa, la prima intervista
«Democrazie non perfette»**di **Elise Ann Allen**

Nel giorno del suo settantesimo compleanno esce la prima intervista di Leone XIV. Riflessioni sui limiti della democrazia e sul tema della pace. Il Papa sottolinea anche il divario tra chi ha troppo e chi niente.

a pagina 15

A SULMONA**Gli abusi, i video:
una dodicenne
ricattata per mesi
da due ragazzi**di **Agostino Gramigna**

Avrebbero abusato per due anni di una bambina che oggi ne ha compiuti 12 di anni. E avrebbero filmato le violenze per ricattarla e costringerla al silenzio, salvo poi rilanciare i video nella chat degli amici di Sulmona. Giovani anche i due aguzzini ora in cella, ora upo ha 18 anni e l'altro 14. «È finito l'incubo», ha detto la vittima.

a pagina 20

DATAROOM
**Dazi sui farmaci
I costi e i rischi**di **Milena Gabanelli**

Ifarmaci non sono vino o scarpe, dove puoi sempre scegliere il prodotto che costa meno. Se sei ammalato e ti serve una specifica medicina, i dazi mettono a rischio la salute. Ecco chi paga il conto della scelta di Trump di recedere, dopo 30 anni, dagli accordi wto sui medicinali.

a pagina 17

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**

In questi giorni in cui inauguravo l'anno con una nuova classe di quattordicenni ho incontrato tre ex-alunni, guarda caso tre tornate di maturità: 30, 25 e 20 anni. Questi incontri mi hanno fatto riflettere sull'unità di misura che segna il tempo di noi insegnanti: il lustro, cinque anni, dal primo di superiori alla maturità. Un lasso di tempo che sembra segnare anche i cambi di generazione. Se prima si contavano in quarti o quinti di secolo ora le generazioni paiono mutare ogni lustro, tanto che lo stesso studente ventenne, raccontandomi un episodio di interazione con alcuni quindicenni, si diceva profondamente diverso da loro alla stessa età. Ma di che cambiamento parliamo? Che cosa cambia e che cosa rimane

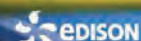
**Non cambi mai**

uguale? E noi che re(s)istiamo in cattedra che cosa abbiamo da dire o da dare a ragazzi che mutano così rapidamente? Alla domanda che mi viene rivolta spesso: come sono i ragazzi di oggi? Rispondo: come sempre, come te e me alla loro età. La risposta spiazza, convinti come siamo che l'unico tempo esistente sia quello lineare e dettato dall'accelerazione del progresso. Allora, parlando di «lustr» (dal latino lavare: la lustratio era il rito di purificazione della città dai mali che nell'antica Roma avveniva ogni cinque anni), provo a «illustare» (pultre: rendere chiaro) qualche punto oscuro del rapido divenire che rende più evidente ciò che invece non cambia mai.

continua a pagina 22

**Futuro
in corso.**

Da oltre 140 anni,
siamo impegnati per il progresso
e la sicurezza energetica del Paese.
Anche adesso, anche qui.



Diventiamo l'energia che cambia tutto.

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ

Cagni: "L'Europa crei i suoi colossi hi-tech"

GIUSEPPE BOTTERO - PAGINA 26



IL CASO

Festa per il bimbo autistico ma il lieto fine non ci sarà

GIANLUCA NICOLETTI - PAGINA 29

LA CULTURA

Quarant'anni senza Calvino. La leggerezza era illusoria

DARIO VOLTOLINI - PAGINE 30 E 31



190€ II ANNO 159 II N. 254 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, D.C.B. - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 15 SETTEMBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

CENTINAIA DI TANK ISRAELIANI AL CONFINO. VERTICE DI NETANYAHU SUGLI OSTAGGI. ABBRACCIO CON RUBIO AL MURO DEL PIANTO

Le ultime ore di Gaza

Tensione Ue-Russia dopo i droni in Romania. E Kiev colpisce un raffineria a 1500 chilometri dal fronte

L'ANALISI

L'ipotesi due Stati su un binario morto

FRANCESCA MANNOCCHI

Venerdì l'Assemblea Generale dell'Onu ha votato a larga maggioranza l'approvazione di una dichiarazione che delinea «passi tangibili, vincolanti e irreversibili verso una soluzione a due Stati tra israeliani e palestinesi. Una dichiarazione che precede di pochi giorni l'incontro dei leader mondiali del 22 settembre, in cui Gran Bretagna, Francia, Canada, Australia e Belgio dovrebbero riconoscere formalmente uno Stato palestinese». - PAGINA 3

IL SONDAGGIO

Si alla Palestina da 4 italiani su 10

ALESSANDRA GHISLERI

C'è una guerra a migliaia di chilometri da noi che divide profondamente l'opinione pubblica italiana: è quella in corso a Gaza. E se i numeri di un recente sondaggio firmato Only Numbers ci dicono molto sulla percezione della crisi in Medio Oriente, ci raccontano ancora di più su chi siamo noi, oggi, come Paese. Il 63,8% degli italiani ritiene la situazione «gravissima». Una maggioranza netta con al suo interno fratture profonde. Tra chi si schiera a sinistra l'allarme è pressoché totale: quasi il 90% definisce la crisi senza precedenti. Sul fronte opposto, tra i sostenitori dei partiti di governo, il termometro emotivo è più tiepido, più cauto. - PAGINA 5

Io nel tunnel di K. orfana dei miei diritti

JUDITH BUTLER - PAGINA 28

AMABILE, MAGRI, PACI

Il silenzio che avvolge la visita a Gerusalemme del Segretario di Stato Usa, Marc Rubio, sembra confezionato appositamente per far risuonare più forti le parole del premier israeliano Benjamin Netanyahu: «L'alleanza israelo-americana è forte e durevole quanto le pietre del Muro Occidentale che abbiamo appena toccato». - PAGINE 2-4

LA POLITICA

Schlein avvisa Meloni "Uniti vi batteremo"

FRANCESCA SCHIANCHI

«Unità unità unità», invoca tre volte la segretaria del Pd Elly Schlein. Dentro al partito e con le altre forze politiche di opposizione: è il suo mantra. - PAGINA 15

L'ECONOMIA

Quei giovani insicuri ignorati dallo Stato

CHIARA SARACENO

Perennemente sotto giudizio di un qualche tribunale pubblico e spiato: così sembrano sentirsi molti adolescenti e giovani alle soglie dell'età adulta. - PAGINA 17

IMPRESA GRANATA, A ROMA UN SUPER SIMEONE

Toro capitale

GIANLUCA ODDENINO



Il Toro batte la Roma con un gol di Simeone - PAGINE 34 E 35

DELUSIONE AZZURRA A TOKYO: JACOBS E TAMBERIKO

Flop mondiale

GIULIA ZONCA



Jacobs (foto) e Tamberik eliminati a Tokyo - PAGINE 29 E 37

LE IDEE

L'odio dilaga. È una malattia da combattere come il cancro

VITOMANCUSO



Odio: sembra questa la condizione del cuore e della mente della politica mondiale e nazionale, e siccome la politica è la cartina di tornasole della società, la conclusione è che siamo destinati a sprofondare. - PAGINA 13

IL RACCONTO

Chi ha paura di Bella Ciao

MAURIZIO MAGGIANI

Perché non la facciamo finita una volta per tutte e mettiamo finalmente fuori legge *Bella Ciao*? Vietato cantarla, vietato trascriverla, vietato citarne più di tre parole, una mattina mi son svegliato non è punibile per ovvi motivi di consuetudine, vietato farne colonna sonora di audiovisivi e videogame, vietato incidere sulle pallottole di qualsiasi calibro superiore al 4,5 che tanto lì non c'è posto per scriverci niente, imporre l'aggravante per chi incita al canto collettivo, al sedizioso mormorio del coro a bocca chiusa. E mettere fine a questa canora fabbrica d'odio che sta devastando questo nostro mondo che con tanta fatica la generosità delle destre unite ha edificato sulla pacifica convivenza, sul sereno dibattere di idee diverse e financo opposte? - PAGINA 12

LA STORIA

Il laboratorio tra i ghiacci sul massiccio del Rosa

ENRICO CAMANNI

Fu certamente colto da visionarietà chi immaginò e progettò un rifugio sulla Punta Gnifetti, 4554 metri, una delle vette più alte delle Alpi, perché da lassù non si va da nessuna parte e si è spesso flagellati da venti a cento chilometri orari, con temperature che possono scendere decine di gradi sotto zero. - PAGINA 20

L'INTERVISTA

Calligaris: solo a 70 anni ho scoperto il vero amore

STEFANO MANCINI

Il virus tropicale che spaventa Verona

LAURA BERLINGHIERI

Il paziente zero - che ha "trasportato" il virus a Verona dall'estero - non è stato individuato. - PAGINA 19

SENTIRSI A CASA, OVUNQUE

IL SALONE DEL CAMPER
CARAVAN ACCESSORI PERCORSI E METE
13-21 Settembre 2025

Salvatore del camper a | salone del camper | Salaparuta | Segugi nei F&S in

ACQUISTA SUBITO IL TUO PROGRESSO AL SALONE SU salonecampers.it

FIRENZE-PADMA

Pnrr flop Sanità

La Cgil: "Speso solo il 34,4% dei fondi". Investimenti fermi a 6,6 miliardi
Il Piano scade tra un anno, ma per completare i progetti ne servono cinque

PAOLO BARONI
ROMA

La progettazione e i lavori di buona parte degli Ospedali e delle Case di comunità previsti dal Pnrr sono così in ritardo che serviranno altri 5-6 anni prima di vederli completati, ben oltre quindi la scadenza tassativa del Piano fissata ad agosto 2026. Stando all'ultima rilevazione del sistema Regis, mentre per la Missione 6 dedicata alla salute a tutto giugno è stato speso il 34,4% dei fondi disponibili (6,6 miliardi su 19,3, di cui 14,5 garantiti dall'Europa) realizzando appena il 38,2% dei 10.100 progetti previsti, la situazione della costruzione delle nuove Case della Comunità e dei nuovi Ospedali di comunità è ben peggiore.

«La situazione è particolarmente preoccupante e incerta» denuncia la Cgil che attraverso l'Area Stato sociale e diritti ha realizzato un nuovo report che *la Stampa* è in grado di anticipare e che certifica come troppi progetti procedano a rilento, con ritardi nell'esecuzione dei lavori o ancora fermi alla fase di progettazione. «Siamo a 9 mesi dalla scadenza del Pnrr e la Missione Salute rischia di rimanere inattuata. Una situazione vergognosa che di questo passo porterà al non raggiungimento degli obiettivi, significhe-

rà una perdita delle risorse e si tradurrà in una mancata risposta per le persone. Un altro segnale evidente dell'interesse a incentivare il mercato privato della salute del governo Meloni», commenta la segretaria confederale della Cgil Daniela Barbaresi.

Scorrendo i dati si vede che per l'investimento M6-C1.01 «Case della Comunità e presa in carico della persona» su 1.415 progetti finanziati (valore 2,8 miliardi di euro) a giugno risultavano effettuati pagamenti per 486,1 milioni, dunque, a pochi mesi dalla scadenza, è stato speso solo il 17,1% dei fondi disponibili dal 12,4% di marzo ed il 9,2% di fine 2024. «Con questo andamento, ci vorranno almeno 5 anni per terminare le opere» sottolinea il report Cgil.

Dei progetti finanziati per questo tipo di strutture chiamate a fare da punto di riferimento per l'assistenza socio-sanitaria di base ne risultano completati appena 50, il 3,5% del totale: 20 sono in Lombardia, 8 in Liguria ed Emilia Romagna, 6 in Veneto, zero in Piemonte e Valle d'Aosta come in altre 9 regioni. Le situazioni più allarmanti si fotografano in Molise (dove i pagamenti effettuati sono fermi all'1,6% dei finanziamenti complessivi), in Sardegna (7,2%), Campania (7,8%) e Calabria (9,4%). In nessuna regione i pagamenti hanno superato la metà dei fi-

nanziamenti.

Non meno critica risulta la situazione degli Ospedali di Comunità, le strutture sanitarie a prevalente gestione infermieristica, fondamentali per garantire le cure intermedie e la continuità assistenziale soprattutto nel passaggio dall'ospedale al ritorno a casa dei pazienti. In questo caso con 1,3 miliardi di euro sono stati finanziati 428 progetti e di questi solo 14 sono completati (appena 4 quelli collaudati). Anche in questo ambito preoccupano i ritardi accumulati: a giugno risultavano pagamenti effettuati per soli 190,1 milioni di euro, pari al 15,1% dei fondi, rispetto all'11% di marzo ed il 7,9% di fine 2024. Dei progetti finanziati, ne risultano completati solo 14, pari al 3,3% del totale. In questo caso, con questo ritmo, ci vorranno almeno 6 anni per terminare tutto, calcola il sindacato. Le regioni con i maggiori ritardi sono il Molise (dove i pagamenti effettuati sono fermi all'1,7% dei finanziamenti complessivi), la Provincia Autonoma di Bolzano (3,9%), la Sardegna (6,2%), la Basilicata (6,4%), il Lazio al 6,5% e il Piemonte al 15,6%. A parte la



Valle d'Aosta (dove i pagamenti toccano l'80,9% dei finanziamenti) in nessuna regione le spese superano il 30% dei fondi disponibili.

Ma non basta perché anche i 198 interventi del programma «Verso un ospedale sicuro e sostenibile» segnano il passo: sono appena 28 quelli completati. A fronte di uno stanziamento di 1,6 miliardi (compresi 888,5 milioni di fondi Pnrr) risultano pagamenti per appena 385 milioni (24,1%). I maggiori ritardi in questo caso si registrano in Calabria (pagamenti all'1,2%), Molise (1,5%), Basilicata (1,9%) e Sardegna (6,3%). Solo in 3 regioni i pagamenti superano la metà dei finanziamenti: Provincia Autonoma di Bolzano

(92,3%), Umbria (55,3%) e Valle d'Aosta (52,8%).

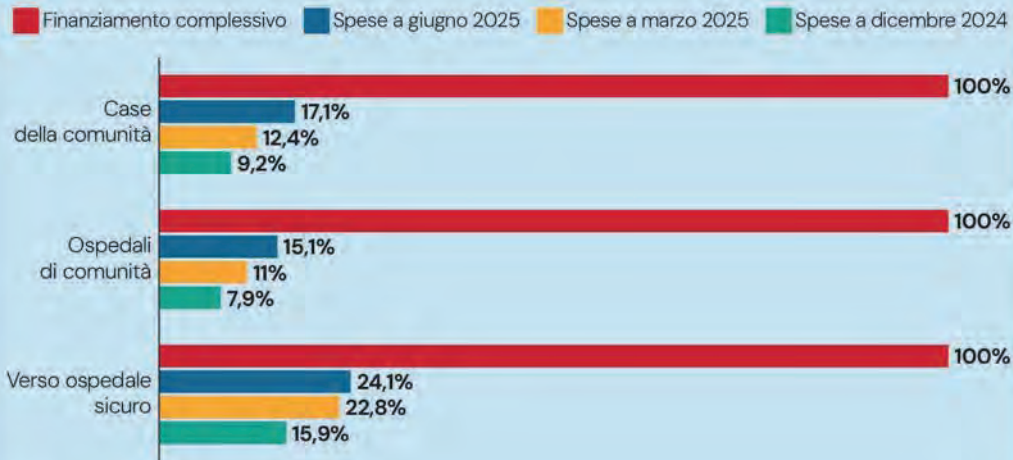
«Nella propaganda del governo e di alcune Regioni l'attuazione del Pnrr andrebbe a gonfie vele, ma i numeri lo smentiscono clamorosamente. E forte il rischio che gli investimenti previsti nella Missione 6 vengano restituiti al mittente o riorientati verso altri obiettivi, magari a favore dell'industria bellica», sostiene Barbaresi secondo la quale «dalla riforma dell'assistenza territoriale, con l'apertura di una rete di strutture pubbliche per dare risposte alle persone, aggredendo anche l'odioso problema delle liste d'attesa, passa la capacità del sistema di implementare la prevenzione, evitare i ricoveri inappropriati e le lunghe attese nel pronto soccorso, ga-

rantire la presa in carico delle persone». Quindi Barbaresi conclude: «Siamo all'ultima chiamata per essere smentiti: occorre uno scatto straordinario per evitare il fallimento di un'occasione irripetibile, e per questo proseguirà la nostra mobilitazione per difendere e rilanciare il Servizio sanitario». —

La situazione più complicata riguarda gli Ospedali e le Case di comunità

LA FOTOGRAFIA

Andamento delle spese effettuate in % sui finanziamenti totali



Fonte: CGIL dati ReGiS

Withub



FORZA ITALIA

Tajani: «Nuovo piano per la sanità»

■ «Non siamo favorevoli a tasse sugli extraprofitti, che sono cose del regime comunista». Così il vicepremier forzista e segretario «azzurro» ha risposto a una domanda sulla Legge di Bilancio a margine della tre giorni dei Giovani del partito, che si è svolta a San Benedetto del Tronto (Ascoli Piceno). «Pensiamo invece che le banche o comunque le altre imprese», ha sottolineato Tajani, «devono pagare le tasse e devono dare un contributo allo Stato e ai cittadini in base

alle loro possibilità. Questo si può fare con un dialogo e non con la minaccia». Poi Tajani ha fatto sapere che Forza Italia «è già in stato avanzato per far sì che il Paese possa avere un nuovo piano sanitario nazionale. La sanità va migliorata» ha affermato, «la sinistra per troppi anni ha prodotto guasti. Oggi il mondo è cambiato, sono cambiate anche le malattie, perché venti-trent'anni fa non si parlava di salute mentale, ad esempio. Dobbiamo

investire nella ricerca e nell'innovazione».



IL MINISTRO AL "FATTO"

Schillaci: "Rifarei tutto sui vaccini
E l'obbligo resta"

◉ SALVINI A PAG. 13



IL COLLOQUIO • Orazio Schillaci Ministro della Salute

"Io sono un tecnico: sui no-vax rifarei tutto. E l'obbligo resta"

» **Giacomo Salvini**

Giovedì pomeriggio, interno Camera. In un corridoio laterale di Montecitorio appare il ministro della Salute, Orazio Schillaci. Gessato marrone, passo rapido, al suo fianco il portavoce Giovanni Miele. Ha appena finito di ascoltare l'informativa in aula del collega di governo, il ministro degli Esteri Antonio Tajani, e si sta incamminando verso Palazzo Chigi per il Consiglio dei ministri. Saluta e sorride, Schillaci, anch'ese è il ministro più attenzionato del governo Meloni. Addirittura sulla graticola da ferragosto per la decisione di azzerare la commissione consultiva sui vaccini per la presenza di due medici scettici sui sieri. Una scelta che ha fatto irritare non poco la presidente del Consiglio Giorgia Meloni, diversi ministri e gli stessi vertici di Fratelli d'Italia e della Le-

ga. Schillaci in queste settimane è restato in silenzio, evitando qualsiasi richiesta di spiegazione pubblica, disertando anche il meeting di Comunione e Liberazione a Rimini per schivare polemiche e domande scomode. Parla per la prima volta con *Il Fatto*.

PUR MANIFESTANDO serenità, il titolare della Salute ci tiene a dire come la pensa. A spiegare. A difendere la sua posizione. Ministro, si sente tranquillo al suo posto? "Io sono tranquillissimo, in questo momento". Poi la prima frecciata ai colleghi di Fratelli d'Italia: "La sanità non dovrebbe essere politicizzata, la sanità è dei cittadini...", aggiunge convinto da docente di Medicina nucleare ed ex rettore dell'Università Tor Vergata.

Nelle settimane scorse, mentre montava la protesta di Fratelli d'Italia e della Lega nei suoi confronti, Schillaci ha potuto contare sulla protezione del presidente della Repubblica Sergio Mattarella, e non è un caso che il ministro confermi di non essere un politico. Rivendica la sua natura di tecnico? "Sì - continua con *il Fatto* - io sono un professore universitario. D'altronde, la salute è un problema di tutti e andrebbe tolto dall'agone politico", ripete Schillaci per chiedere di evitare



“qualsiasi strumentalizzazione”. Nei giorni scorsi, Palazzo Chigi ha commissionato un sondaggio per chiedere agli italiani quali fossero le loro priorità e paure e il ministro ci tiene a far sapere che, secondo lui, la salute sarà “una delle cose che interessa di più alla gente”.

Al di là dei principi, però, resta il grande elefante nella stanza: la commissione consultiva sui vaccini prima nominata e poi revocata, dopo una raccolta firme di scienziati ed esperti, per la presenza di due no-vax. Tornando indietro, rifarebbe tutto? “Sì – conferma Schillaci – ma devo dire che è stata una cosa un po’ montata: quella è una commissione che non è mia, è di un dipartimento del ministero, e negli anni passati non è stata neanche convocata”.

La revoca ha fatto imbucare i vertici di Fratelli d’I-

talia, ma Schillaci fa capire che non ha intenzione di ricostituirla: “Adesso vediamo... si possono fare altre cose rispetto alla commissione. Ma ripeto: era un organo consultivo di un dipartimento, e non del ministro, che non era mai stato convocato”. Come dire: ha avuto più importanza del dovuto. Sicuramente i due scienziati scettici sui vaccini, Eugenio Serravalle e Paolo Bellavite, non saranno rinominati: “No, la commissione è stata revocata. Non è una commissione così importante, anche se non si faceva...”.

Certo, però la premier Giorgia Meloni ha fatto filtrare la sua irritazione per una decisione, quella di revocare la commissione, “non concordata”. Sente ancora la fiducia della presidente del Consiglio? “Sì”, risponde secco Schillaci senza aggiungere mezza parola in più. Ma ci sono stati anche distinguo di altri ministri importanti, a partire da Francesco Lollobrigida, anche se poi è stata fatta marcia indietro qualche giorno do-

po: “Ci tengo a ripeterlo, la sanità è una cosa importante, il nostro Servizio Sanitario Nazionale è un’eccellenza del nostro Paese e andrebbe preservato anche per i tanti che lavorano in condizioni complesse. E quindi va tenuto fuori dall’agone politico al di là di come la si pensi”. Meloni però ha detto che il governo è sempre stato “pluralista” e “aperto al confronto”, anche sui vaccini.

E QUI ARRIVA la seconda freccia, ancora più esplicita, di Schillaci: “Io rispetto tutte le opinioni, ma il mondo scientifico ha delle regole. Devono parlare di vaccini solo gli esperti del tema. Io queste due persone (i due medici del Nitag, ndr) nemmeno le conoscevo, non sono un esperto neanche io di vaccini”. Certo, però, Schillaci pensa che su vaccini e salute sia meglio “non fare campagna elettorale”.

E come lo spiega agli alleati della Lega che, dopo il caso, hanno proposto di modificare la legge Lorenzin per rimettere in discussione l’obbligo vaccinale? “Questo ar-

gomento non è nel programma del centrodestra. La riforma della legge Lorenzin non c’è, non me ne ha mai parlato nessuno e non è all’ordine del giorno”. Un ultimo colpo, duro, stavolta al partito di Matteo Salvini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

No alla sanità politicizzata, Meloni si fida La ‘Lorenzin’ non si tocca

LA COMMISSIONE AZZERATA CONTRO LEGA-FDI

IL MINISTRO della Salute, Orazio Schillaci, è stato sulla graticola a cavallo di ferragosto per la vicenda della commissione consultiva del ministero della Salute sui vaccini in cui erano stati nominati due scienziati scettici sui sieri. Dopo la protesta e un appello firmato da decine di esperti, Schillaci ha deciso di revocare l’intera commissione. Una scelta che ha provocato il disappunto della presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, che ha fatto trapelare la sua irritazione, perché la scelta non era “concordata” e perché Fdi è “per il pluralismo e il confronto”. Per la prima volta Schillaci parla dopo l’episodio.



Nodo vaccini
Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, al centro della polemica sui vaccini ANSA



«Vaccini, l'obbligo resterà»

► Il ministro della Salute, Schillaci: «La sanità non va politicizzata. Sul comitato rifarei tutto. Ho sempre sentito la fiducia di Meloni». Piano di immunizzazione per anziani e meningite

ROMA Il ministro della Salute Orazio Schillaci a *Il Messaggero*: «Vaccini, l'obbligo resterà».

Bechis, Carbone e Evangelisti alle pag. 6 e 7



Il colloquio **Orazio Schillaci**

«No alla sanità politicizzata. L'obbligo di vaccino resta. Il comitato? Rifarei tutto»

► Il ministro rompe il silenzio dopo il caso "Nitag": «Non mi sento sfiduciato da Meloni, di immunizzazioni parlino gli esperti. Il pluralismo? La scienza ha le sue regole»

Non ritratta, anzi rilancia. È un booster: «Il comitato sui vaccini? Certo, rifarei tutto». Montecitorio, giovedì pomeriggio. Orazio Schillaci affretta il passo mentre scende le scale. Quasi passa inosservato mentre una folla circonda il vicepremier Antonio Tajani in Transatlantico nel giorno dello scontro frontale governo-opposizioni sulla guerra a Gaza. Inafferrabile da un mese, il ministro della Salute non si presenta a eventi pubblici da quando è finito al centro di un vero e proprio caso politico nel governo. La scelta di azzerare la commissione sui vaccini "Nitag" del ministero per la presenza di due medici considerati "no-vax" ha fatto infuriare metà centrodestra e soprattutto la presidente del Consiglio Giorgia Meloni. Da allora, non una dichiarazione del ministro-professore, già rettore di Tor Vergata. Rompe il silenzio con *Il Messaggero*.

IL CASO DEI NO VAX

«Io sono tranquillissimo, vediam

mo che succede. Non mi sento sfiduciato dalla premier» sorride Schillaci mentre si avvia all'uscita, addosso un gessato beige. Gli chiediamo se ha avuto ripensamenti su quel passo indietro che ha messo sulla graticola politica il ministero di Lungotevere Ripa. Ovvero l'esclusione de-facto dall'organo consultivo sui vaccini dei medici "no-vax" Eugenio Serravalle e Paolo Bellavite (entrambi negano di esserlo).

Neanche un po', risponde lui a domanda. Cortesissimo. «Sì, lo rifarei. Quella commissione a dire il vero non è mia, negli anni passati non era stata mai convocata». Pausa. «Non conosco di persona questi due medici. So solo che di vaccini e vaccinazione devono parlare i medici esperti di questa materia». Altro che dietrofront. Pensare che a Palazzo Chigi, da Meloni e Salvini in giù, sono tanti a vederla diversamente. Quando Schillaci ha azzerato la commissione da lui stessa nominata lasciando a casa i camici bianchi scettici sulle immunizzazioni so-

lo Forza Italia si è lanciata in un sonoro applauso. Come un pezzo delle opposizioni. Poi un fiume di distinguo. In casa. A partire da Meloni che non ha usato mezzi termini con i suoi. Una revoca «non concordata», lo sfogo a caldo della leader riportato da questo giornale. Fratelli d'Italia e il governo - la linea - credono «nel pluralismo e nel confronto». Perfino Francesco Lollobrigida, ministro amico e nume tutelare del professore a capo della Sanità italiana, ha avuto da ridire. Insistiamo con Schillaci: ministro, perché allontanare i medici no-vax dalla Commissione? E il pluralismo? «Ven-



go dal mondo scientifico e quel mondo ha le sue regole» risponde caustico. Insomma sui vaccini non si scherza. Né si dovrebbe fare troppa politica, dice ancora il ministro che rivendica la sua natura di professore prestato al palazzo. «Sì, sono un tecnico, un professore universitario» scandisce appoggiandosi alla ringhiera. Di qui allarga il discorso. «Vede, la salute è un patrimonio da preservare, andrebbe tolta dall'agone politico. Abbiamo uno straordinario servizio sanitario nazionale, al netto delle tante difficoltà di chi ci lavora ce lo invidiano nel resto del mondo, la salute è il tema che più interessa alle persone». E allora ministro? «Allora la sanità è di tutti, è anzitutto dei cittadini e non dovrebbe essere politicizzata».

Pensare che nell'agone politico la sanità ci è entrata eccome. Di nuovo. Prendi la Lega e Matteo Salvini che hanno colto la palla al balzo dell'affaire "Nitag" per rilanciare un'antica battaglia del Carroccio. Ovvero la crociata contro l'obbligo vaccinale per i minori previsto dalla legge Lorenzin. Morbillo, tetano, poliomelite, sono dieci le immunizzazioni a cui gli under-16, per legge, non possono sottrarsi. Nei giorni di passione del ministero, a metà agosto, era stato proprio il vicepremier e segretario leghista ad aprire un nuovo fronte. «Dirsi dubbiosi sull'obbligo vaccinale, che non c'è nella maggior parte dei Paesi eu-

ropei, non penso sia antiscientifico, penso sia di buonsenso». Segui stoccata al dicastero di Schillaci, dopo una difesa d'ufficio: «Lì qualcosa non va...». Mentre risale a inizio settembre un documento interno di Fratelli d'Italia che invita i pm a indagare sulle responsabilità del ministro Speranza e del Cts, ai tempi della pandemia del Covid, su eventuali pressioni per somministrare vaccini «anche al di sotto i 60 anni di età, nonostante le evidenze scientifiche suggerissero di procedere altrimenti». Ma la campagna sanitaria è trasversale e vede in trincea anche il campo largo a sinistra. Sulle case di comunità, le liste d'attesa, i vaccini appunto.

«NON SI TOCCA LA LORENZIN»

Torniamo a Schillaci, sulle scale interne della Camera. Ministro, rivedrete la legge Lorenzin? Insomma l'obbligo vaccinale resta? «Rivedere l'obbligo? Non esiste. Non è nel programma del centrodestra e nessuno me ne ha mai parlato. Ognuno ha le sue idee ma questa cosa non è all'ordine del giorno». Più chiaro di così. Calpesta a grandi falcate il tappeto rosso di Montecitorio. È atteso a Palazzo Chigi per il Consiglio dei ministri. «Vedete, io ci vado in Cdm, altrocché» scherza il ministro-retore. Un po' segnato, forse, da questo mese sull'altalena. Il caso vaccini che scoppia a Ferragosto, i rimbrotti anche durissimi da parte della maggioranza. E al ministe-

ro la trincea di Schillaci, convinto di restare a fare il suo lavoro. Ce n'è fin troppo. Dalle liste di attesa allo "scudo" dei medici approvato in una versione soft dal governo, dopo non pochi ripensamenti, il menù sanitario del centrodestra a Palazzo Chigi è ricchissimo.

Schillaci ha la fama del mite, rivendica con orgoglio la natura di "tecnico", una vita tra cattedra e corsia. Dicono sia molto stimato dal presidente della Repubblica. Profilo basso. Bassissimo nell'ultimo mese per sfuggire alle polemiche e ai riflettori. Prima il forfait al Meeting di Rimini, dov'era atteso da un esercito di telecamere. Dunque tre settimane di ordinaria amministrazione, casa-lavoro, zero sortite stampa. Fino ad oggi.

Sente ancora la fiducia del vertice. Se non l'ha già fatto, Meloni lo vedrà a breve per sgombrare il campo: per qualsiasi decisione, specie su temi delicati e di impatto elettorale come le vaccinazioni, serve un avallo politico dall'alto. Il professore però non ritratta. Reintegrare Serravalle e Bellavite nel comitato? «Ma no, non è una commissione così importante» minimizza allargando un sorriso. Saluta e corre via. Il Cdm lo attende. «E scrivetelo: io ci vado sempre in Cdm».

Francesco Bechis

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IO SONO UN TECNICO
UN PROFESSORE
UNIVERSITARIO
QUEI DUE MEDICI
NEMMENO LI CONOSCO
DI PERSONA**

**LA SALUTE È DI TUTTI
E ANDREBBE TOLTA
DALL'AGONE DEI PARTITI
ABBIAMO UNO
STRAORDINARIO
SERVIZIO SANITARIO**

**IN CDM CI VADO
SEMPRE, SCRIVETELO
LA LEGGE LORENZIN
SULL'OBLIGO
VACCINALE
NON SI TOCCA**



L'allarme su malattie croniche e cancro «Un paziente su due abbandona le cure»

IL FOCUS

ROMA Malattie Croniche e Cancro: un paziente su due abbandona le cure. Un dato allarmante che risuona come un grido d'allarme dal convegno nazionale organizzato da Foce (ConFederazione degli Oncologi, Cardiologi e Ematologi) "Aderenza terapeutica nei pazienti cronici e oncologici" dove gli esperti lanciano un messaggio chiaro: non rispettare le terapie può costare la vita. «Una immotivata sospensione o riduzione delle cure si traduce in una minore efficacia delle stesse», avverte il presidente Foce Francesco Cognetti. Ma il problema non riguarda solo la salute pubblica. L'assunzione non corretta o incostan-

te dei farmaci ha forti ripercussioni anche da un punto di vista socio-economico. In Europa comporta una spesa annua di oltre 125 miliardi di euro per ricoveri ospedalieri o ambulatoriali o per la somministrazione di altre cure.

L'IMPATTO ECONOMICO

In Italia l'impatto economico è stimato in 16 miliardi di costi diretti e 5 miliardi di spese indirette all'anno. Si tratta di un problema noto da tempo nel trattamento di patologie croniche molto diffuse come quelle cardiovascolari e me-

taboliche ma che si sta drammaticamente diffondendo anche in oncologia medica dove, la complessità dei trattamenti e i loro effetti collaterali, possono rendere più difficile per un paziente mantenere una corretta aderenza alle cure. A discutere dell'emergenza, tra i luminari, anche Graziano Onder, direttore scientifico della Società Europea di Geriatria e Dario Manfellotto, presidente della Fondazione FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti). «Il cancro – dice ancora Cognetti – è ancora percepito come una malattia molto grave e potenzialmente letale e questo può influenzare il decorso dei trattamenti sia in modo positivo che negativo. Per esempio il tumore del colon-retto è uno dei più diffusi in Italia e fa registrare ogni anno più di 48mila casi sia maschili che femminili. Il tasso di non aderenza alle terapie supera oltre il 40% ed è causato da molti fattori clinici-psicologici oltre che sociali. Al momento, anche per la fase metastatica della malattia, esistono dei farmaci orali molto efficaci e "comodi". Possono essere assunti anche a domicilio e sono in grado di migliorare la sopravvivenza. È però fondamentale rispettare tutte le modalità di assunzione indicate dagli specialisti medici. Per favorire l'aderenza alle terapie è necessario un approccio personalizzato e soprattutto multidisciplinare». Coinvolgendo infatti più specialisti come

oncologi, chirurghi, radioterapisti, infermieri e psicologi, è possibile elaborare strategie anche di comunicazione per sensibilizzare malati e caregiver. L'oncologo spiega che in tutte le malattie, sia croniche che acute, le cause che influenzano la mancata aderenza possono essere innumerevoli. «I pazienti possono dimenticarsi della pillola oppure non prenderla per timore di possibili effetti collaterali o di pesanti controindicazioni» spiega il presidente Foce. Tuttavia possono esserci alla base anche ragioni più complesse che riguardano, per esempio, una scarsa comunicazione tra gli operatori sanitari e i pazienti. Compito del medico, per l'oncologo, deve essere sempre fornire informazioni semplici e comprensibili. Deve poi coinvolgere il malato nelle decisioni riguardanti i farmaci semplificando i regimi terapeutici e sostenendolo lungo tutto il percorso terapeutico. Va insomma realizzata un'alleanza terapeutica centrata sulla persona ben sapendo che, l'aderenza alle cure, è l'unica arma che il paziente ha per vivere meglio e più a lungo.

Barbara Carbone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

COGNETTI (FOCE):
«UN'IMMOTIVATA
SOSPENSIONE O
RIDUZIONE RENDE
INEFFICACI
LE TERAPIE»



Francesco Cognetti



Palazzo Chigi e la classifica degli ospedali: «Bambino Gesù al vertice, un orgoglio»

IL RICONOSCIMENTO

ROMA Un pizzico di orgoglio. E pure la soddisfazione di vedere numerose strutture italiane tra le eccellenze mondiali della sanità. A cominciare dal Bambino Gesù e dal Policlinico Gemelli, entrambe con base nella Capitale. Non si fa attendere la reazione di Palazzo Chigi dopo la pubblicazione della classifica "World's Best Specialized Hospitals 2026", stilata dal settimanale statunitense Newsweek in collaborazione con la società di ricerca Statista. Una rilevazione nella quale l'ospedale pediatrico romano svetta al sesto posto al mondo (e primo in Italia) per la pediatria. «Una notizia che inorgoglisce – è il commento che arriva dalla presidenza del Consiglio – e attesta la qualità della nostra sanità. Una qualità confermata dalla presenza di ben 41 posizioni italiane tra le migliori strutture specializzate a livello internazionale, tra cui il Policlinico Gemelli di Roma, al terzo posto per la ginecologia, l'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) e l'Istituto nazionale dei tumori, entram-

bi di Milano, nell'oncologia». C'è una sanità italiana dell'eccellenza insomma, rimarcano da Palazzo Chigi, quasi a voler rispedire al mittente gli attacchi che più o meno quotidianamente l'opposizione rivolge al governo sul declino della sanità pubblica e la volontà di «smantellarla» in favore dei privati.

«Considerando – prosegue la nota di Chigi – anche i quattro ospedali pediatrici italiani tra i 50 migliori al mondo (gli altri sono: Istituto Giannina Gaslini di Genova, Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi - ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano, A.S.T. Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino), la graduatoria riconosce in particolare un modello di cura nel senso più pieno del termine, che unisce alla professionalità medica, clinica e scientifica una particolare empatia, un profondo coinvolgimento umano».

LA DICHIARAZIONE

Un modello che il governo si è già mosso per tutelare, spiega ancora il comunicato di Palazzo Chigi. Non a caso, si legge, «la Presidenza del Consiglio nel 2024 ha sottoscritto una Dichiarazione di Intenti, riconoscendo proprio il livello di assoluta eccellenza dell'Ospedale Bambino Gesù nel campo dell'assi-

stenza sanitaria pediatrica e della ricerca biomedica a livello nazionale e internazionale».

Per stilare le classifiche, è stato coinvolto un panel di esperti formato da medici e giornalisti scientifici, che hanno valutato oltre 2.300 strutture di dodici discipline specialistiche in 28 Paesi del mondo. La valutazione interpella migliaia di professionisti sanitari e tiene conto di certificazioni internazionali, accreditamenti e dei risultati del Patient Reported Outcome Measures (PROMs), che valutano la percezione dei pazienti. Un ranking a tutto tondo, che fa della classifica una delle più accreditate a livello internazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL GOVERNO PLAUDE ALLA VALUTAZIONE INTERNAZIONALE DI NEWSWEEK: «ATTESTA LA QUALITÀ DELLA NOSTRA SANITÀ»



La terapia intensiva pediatrica dell'ospedale Bambino Gesù



SUPERATA LA GUARDIA MEDICA

Visite in casa comunità

Una nuova continuità assistenziale superando il concetto di guardia medica, presa in carico dei pazienti cronici e fragili, supporto all'assistenza domiciliare e segnalazione ai servizi territoriali, assistenza medica a turisti, studenti fuori sede e cittadini non residenti.

Sono queste alcune delle novità previste nelle Linee guida di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità, in attuazione del Decreto del Ministero della salute n. 77/2022 e dall'Accordo Collettivo Nazionale, siglato con l'ACN lo scorso 4 aprile 2024, in materia di disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale relativo al triennio 2019 - 2021.

Il documento, approvato lo scorso 9 settembre in sede di Conferenza delle Regioni, intende ridefinire il modello dell'assistenza territoriale in Italia, con l'obiettivo di renderla più accessibile, continua e orientata alla prossimità anche attraverso la figura dei medici e di altre figure professionali.

Nello specifico, le Case della Comunità diventeranno il luogo di riferimento dell'assistenza territoriale poiché saranno strutture fisiche riconoscibili, facilmente accessibili e collegate con ospedali di comunità, consultori, ambulatori, farma-

cie, centrali operative e servizi sociali. All'interno di esse opereranno i medici, che verranno inseriti in équipe multiprofessionali, con il compito di: condividere informazioni e piani di cura dei pazienti attraverso strumenti come il Fascicolo Sanitario Elettronico e le piattaforme di telemedicina; fornire assistenza sanitaria, attività di primo livello diagnostico, interventi volti a promuovere la prevenzione e rilasceranno certificazioni, prescrizioni e proposte di ricovero.

Inoltre, con le nuove disposizioni, avranno una maggiore flessibilità oraria in maniera tale da garantire una presenza più capillare sul territorio; infatti è previsto che i medici dovranno garantire la loro presenza 24 ore al giorno nelle Case di Comunità Hub, cioè quelle strutture con una più ampia dotazione di servizi, e 12 ore al giorno nelle Case di Comunità Spok, cioè quelle strutture più piccole sotto il profilo dimensionale ma più diffuse sul territorio in quanto focalizzate sulla vicinanza al cittadino e un accesso più rapido all'assistenza primaria.

Pasquale Quaranta





Servizio Cantiere Ssn

Medici di famiglia nelle case di comunità: ecco i servizi h24 per urgenze e malati cronici

Dalle visite extra ospedale alla cura dei pazienti fragili: le istruzioni operative delle Regioni per i camici bianchi da ingaggiare nella piccola diagnostica e nella telemedicina per garantire continuità assistenziale e coprire i buchi nell'assistenza

di Barbara Gobbi

12 settembre 2025

Dipendenti dal servizio sanitario nazionale o battitori liberi, come sono oggi? Il destino dei medici di famiglia, in ballo da anni con alterne fortune e tifoserie nel dibattito politico nazionale e negli scenari sanitari, resta ancora incerto e di sicuro non vedrà la luce prima della prossima tornata elettorale nelle regioni. Essendo un tema caldissimo, capace di spostare molti voti per l'ampio bacino non solo di assistiti che ogni Mmg, così li chiamano, porta con sé insieme al consenso indiscusso di cui generalmente gode tra i propri assistiti.

Quel che è certo è però che i nuovi medici di famiglia che assumeranno l'incarico nel ruolo unico a partire dal 2025 andranno a lavorare nelle case di comunità, che sono il perno della riorganizzazione delle cure sul territorio prevista dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). Se ne parla da anni e ora è un nuovo documento delle regioni - pensato per rendere omogenei i criteri su scala nazionale - a prevedere un'attività "a regime misto": sia negli studi sia nelle case di comunità con le tempistiche dettate dall'azienda sanitaria di riferimento, a scalare in base al numero di assistiti in ambulatorio. In ogni caso, prestando la propria attività nell'ottica di una continuità assistenziale h24 o h12 che dovrebbe garantire ai cittadini la "copertura" totale delle esigenze di salute, inclusa la piccola diagnostica dagli ecografi agli Ecg. E operando anche grazie alla telemedicina in piena integrazione con gli altri attori sanitari, dagli infermieri agli psicologi agli specialisti.

Cure sul territorio a un bivio

Del resto, lo ha detto e ridetto più volte lo stesso ministro della Salute Orazio Schillaci. E lo ha ribadito anche nell'ultima apparizione in Tv: «Non possiamo pensare di avviare la medicina territoriale senza il supporto e l'ausilio dei medici di medicina generale. Dovranno sicuramente passare una parte del loro orario all'interno delle case di comunità». Il contraltare è rendere la professione, tra le più colpite dalla "desertificazione" della sanità pubblica, decisamente più attrattiva e per questo anche per i medici di famiglia scatterà la specializzazione con tanto di borsa di studio finalmente allineata a quella dei giovani dottori ospedalieri.

Le linee guida delle Regioni

Ma quale saranno impegno e ruolo dei Mmg nelle case di comunità? A dare concretezza a quanto fino a oggi è rimasto sulla carta dopo le indicazioni tracciate dal decreto ministeriale 77 del 2022

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

che ormai tre anni fa ha riscritto le cure territoriali secondo Pnrr, è appunto il documento approvato dalla Conferenza delle Regioni con le Linee di indirizzo sull'attività oraria che i medici del “ruolo unico” di assistenza primaria dovranno prestare nelle case di comunità hub e spoke, per la verità ancora lontane dall'essere pienamente realizzate e operative. Ma sono uno dei nodi della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso, quando saranno a regime, si prospettano come “luoghi di vita” della comunità locale di un territorio. Centri sanitari facilmente identificabili, in connessione con le aggregazioni funzionali territoriali (Aft) dei medici di famiglia, con gli ospedali per acuti, i poliambulatori e i consultori, gli ospedali di comunità, le centrali operative territoriali per lo smistamento degli interventi e degli operatori, la Centrale operativa del numero unico 116117, l'Unità di continuità assistenziale, le farmacie dei servizi, i Punti unici di accesso e i servizi sociali il terzo settore.

Ma soprattutto, secondo le Linee guida delle Regioni le Unità complesse di cure primarie (Uccp) previste dagli ultimi accordi collettivi della Medicina convenzionata dovranno “trovare collocazione fisica prioritariamente nelle case di comunità hub, mentre i medici delle più semplici Aft si raccorderanno alle Uccp di riferimento, occupandosi come sentinelle e anche in collegamento con gli altri servizi e con gli ospedali la presa in carico della cronicità così come del disagio giovanile.

Gli orari

Il documento delle regioni prevede che dal 2025 (in linea con l'Accordo collettivo nazionale dell'aprile 2024), tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria dovranno esercitare sia l'attività per i propri assistiti con l'apertura di uno studio sia dedicarsi alle prestazioni orarie assegnate dall'azienda, con progressivo decalage del monte ore al crescere del numero delle scelte degli assistiti. Una soluzione che secondo le Linee guida delle Regioni «apre a soluzioni organizzative che aumentino la capacità assistenziale sia in qualità che in quantità» riducendo la discontinuità dell'assistenza.

Nelle case di comunità hub il personale medico sarà presente h24 e 7 giorni su 7 mentre nelle Cdc spoke l'orario si riduce ad h12 sei giorni su sette. Una capillarità di servizio promessa al cittadino dalla programmazione regionale (per l'attività nelle case di comunità) e nei singoli ambulatori, particolarmente preziosi nelle aree interne e rurali. Sarà l'azienda ad assegnare ai medici del ruolo unico le sedi di attività a prestazione oraria nelle Cdc così come i turni di servizio.

La parola-chiave anche per le cure pediatriche è continuità assistenziale: le prestazioni nelle fasce orarie notturna, di sabato e nei festivi, sono organizzate sempre dall'azienda sanitaria tenendo conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici e dei pediatri di libera scelta, ma anche delle caratteristiche demografiche e della geografia del territorio.

Le cure in emergenza

Le sedi della continuità assistenziale (ex guardia medica) d'ora in poi vengono integrate nella casa di comunità per i bisogni di cura non “differibili”, garantendo l'assistenza h24 in collegamento con la Centrale operativa territoriale, la Centrale operativa 116117 e la centrale 112-numero unico emergenze.

Nelle case di comunità per le persone che accedano spontaneamente o inviate dal numero d'emergenza 116117 o anche da medici del ruolo unico e pediatri di famiglia, l'attività dei medici viene svolta “per bisogni non differibili” e comprende: visite mediche anche con strumentazione di piccola diagnostica, gestione e supporto alla presa in carico di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, sulla base di protocolli aziendali, visite occasionali, assistenza a turisti e a studenti fuori sede, a cittadini non residenti.

Non tutte le casistiche saranno accolte: tra i criteri di esclusione elencati nelle Linee guida, i casi di dolore toracico, cefalea intensa e inusuale, politrauma, deficit neurologico acuto e perdita di conoscenza.

La cura dei cronici

I medici del ruolo unico di assistenza primaria lavorano nelle Cdc anche in attività orientate alla presa in carico della cronicità e di persone con fragilità, in integrazione con gli infermieri e specialisti, per attività programmate che mirano a monitorare il paziente anche per limitare gli accessi in ospedale e al Pronto soccorso.

Poi ci sono le attività di sanità pubblica e di promozione della salute, attraverso medicina d'iniziativa e di presa in carico dei pazienti attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni su programmazione aziendale e regionale. Attività mirate a diffondere la prevenzione così da “ridurre la domanda assistenziale e il carico di malattia nella popolazione”.

Servizio L'intervento

Dai libri al cinema: ecco perché può e deve cambiare l'immaginario intorno all'infermiere

Il caso positivo del film “Ultimo turno”, una riflessione cinematografica molto realistica appena uscita nelle sale italiane sull'essere infermieri in una società occidentale sempre più anziana

di Silvestro Giannantonio Pio Lattarulo***

13 settembre 2025

L'abito fa il monaco? Il vecchio adagio per il quale l'immagine che una persona, un professionista, offre di sé, possa essere giudicata irrilevante rispetto ai contenuti che questi esprime, lascia perplessi nel momento in cui dalla superficie ci si spinge in profondità. Quel decoro e immagine professionale che la compagine infermieristica fatica ancora duramente a conquistare, tanto all'interno dell'enclave professionale, quanto all'esterno, lo dimostra ed è confermata dalla percezione dai contorni sbiaditi che la società ne rivela.

L'immaginario che emerge dai libri

“Non ho mai ricevuto tanti messaggi, al massimo un paio a settimana, qualcuno di passaggio a Milano o Cristina, una paffuta ragazza di Martina che a Milano studia per diventare infermiera e con cui sono andato un paio di volte ai party del giovedì sera”. “Perché si studia per imparare a fare un'iniezione?”. “Molto più che per rimanere tale e quale” (“È proibito amare” di Mario Desiati). Nonostante vi sia profonda confusione nell'immaginario della società circa il ruolo, le competenze e il percorso di studi che le professioni infermieristiche intraprendono, gli scrittori paiono tutti avere, in proposito, idee molto chiare. Il fatto è che il termine infermiere nel racconto include tutti coloro che non sono eletti al rango di medico. Tutti, ma proprio tutti. Parrebbe quasi necessario poi, per molti scrittori, descrivere una certa corporeità per gli infermieri, sottendendo l'indispensabile requisito della fisicità per svolgere un “mestiere” che richiede braccia possenti e talvolta qualche capacità cognitiva.

“L'infermiera Maria, comunque, sembrava esattamente l'infermiera Maria. Grassa e materna, allegra e ciarlona, ciabattava negli zoccoli di gomma e, parlando a voce sempre troppo alta, faceva subito sembrare normale quella situazione orribile” (“Gli occhi di Sara” di Maurizio De Giovanni). Se l'immaginario soverchia l'immagine, il problema diviene ancor maggiormente rilevante e genera confusione e fraintendimento, contribuendo in qualche misura a rendere ancor più concreta la scarsa attrattività verso le professioni infermieristiche. Dalle scene televisive o letterarie americane emerge poi, a confondere il tutto, la figura del paramedic (peraltro né medico e neppure infermiere, ma figura tecnica), e per i traduttori italiani la scelta della terminologia da utilizzare non è mai stata un arzigogolo, dato l'utilizzo a mani basse del vocabolo “paramedici”.

La rappresentazione dell'infermiere tra grande cinema, piccolo schermo e serie tv

Ma non di sola carta vive la rappresentazione mediatica degli infermieri e, soprattutto, delle infermiere. Il cinema e la televisione hanno attinto a piene mani dal mondo sanitario per connotare - positivamente o negativamente - una serie di personaggi passati alla storia. Personalità talvolta così forti da far quasi dimenticare la professione che svolgevano.

La co-protagonista del celebre Qualcuno volò sul nido del cuculo, insieme all'immenso Jack Nicholson, era l'infermiera Mildred Ratched, figura che incarna il concetto di autorità rigida e disumanizzante. Un personaggio che recentemente ha vissuto di vita propria grazie alla serie tv Netflix intitolata, appunto, Ratched, che racconta le origini di Mildred, un'infermiera che nel 1947 arriva nella California del Nord con la speranza di poter lavorare in un prestigioso ospedale psichiatrico dove si svolgono esperimenti nuovi (e inquietanti) sulla mente umana.

Agli antipodi di questa rappresentazione algida, la saga animati simbolo degli anni Ottanta di Candy Candy, un'orfana che diventa infermiera a Chicago durante la Guerra, personaggio forte e determinato, che affronta numerose sfide personali e professionali con coraggio e resilienza. Una serie che ha avuto un grande impatto culturale e che ha contribuito a formare l'immagine degli infermieri per molte persone e che ha ispirato a molti giovani a considerare la professione come scelta di vita.

Negli stessi anni – sembra incredibile ma è così – tra la perfida Mildred e l'amorevole Candy, in Italia si staglia lo stereotipo dell'infermiera sexy, portato in auge dal filone delle commedie pecorecce, realizzate a basso costo, con un canovaccio sempre simile a sé stesso, con la macchina da presa che spiava dal buco della serratura di ospedali e caserme. Nulla di strano, dunque, se agli albori degli anni Novanta, Antonio Ricci, s'inventa l'infermiera-sexy Angela Cavagna per allietare le edizioni di Striscia la notizia, ben prima del fenomeno-veline.

Il caso “L'ultimo turno”: una riflessione cinematografica realistica

Di tutt'altro spessore, e siamo all'oggi, la riflessione cinematografica molto solida e realistica appena uscita nelle sale italiane sull'essere infermieri in una società occidentale sempre più anziana, patologica, assediata da malesseri fisici e morali. Il problema non è la nostra professione, sono le circostanze è il titolo del saggio-romanzo della giovane infermiera tedesca Madeline Calvelage da cui prende le mosse il film L'ultimo turno, di Petra Volpe, unico caso di lungometraggio autoriale interamente dedicato alla professione infermieristica, dal primo all'ultimo fotogramma. È un film girato a Zurigo, con un cast e una produzione svizzero-tedesca. Non si può prescindere però dall'ambientazione elvetica. Quegli ospedali pulitissimi, silenziosi, ordinati, ipertecnologici vengono spesso descritti come “La Mecca” per gli infermieri di tutta Europa, per via di una migliore organizzazione del lavoro e per gli stipendi dal valore doppio rispetto alla media, ad esempio, italiana. Circostanze favorevoli, che non leniscono le sofferenze di una professione. E l'incedere documentaristico del film descrive benissimo le dinamiche, interne ed esterne, di un duro turno di lavoro notturno. E stavolta non c'è spazio per scommesse, scherzi o sculettamenti. Arrivati ai titoli di coda, l'empatia del pubblico è sicuramente tutta dalla sua parte, malgrado la sua corsa continua contro il tempo le faccia commettere anche dei gravi errori. Ma non si empatizza con gli infermieri per pietà, per compassione, per atteggiamento caritatevole. Le frasi e i dati che la regista porta in evidenza dopo l'ultima struggente inquadratura non lasciano spazio a dubbi: il problema degli infermieri è il problema di una intera collettività.

Una piccola storia che contiene un enorme interrogativo posto a ciascuno di noi: è giusto che le professioni di cura siano così poco raccontate e valorizzate, in un mondo che avrà sempre più bisogno di loro?

** Giornalista responsabile della comunicazione della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche*

WELFARE 6.300 coperti

Bonus psicologo al via da domani, 32mila firme per ampliarlo

ELISA CAMPISI

In Italia circa 850mila persone sono in carico ai servizi psichiatrici pubblici, ma alcuni segnali mostrano che il bisogno che resta sommerso e senza una risposta è ancora tanto: tra questi c'è il gran numero di richieste attese per il bonus psicologo, per il quale si può fare domanda dal 15 settembre al

14 novembre. Si stima che 400mila persone con i requisiti necessari ne faranno richiesta, ma le risorse stanziate per il 2025, 9,5 milioni di euro, saranno sufficienti ad aiutare solo circa 6.300 persone. Così è partita una raccolta di firme per ampliare la platea dei beneficiari. Già raggiunte 32mila firme.

a pagina 11

In 400mila per il bonus psicologo Ma lo avranno soltanto in 6.300

ELISA CAMPISI

In Italia circa 850mila persone sono in carico ai servizi psichiatrici pubblici, ma alcuni segnali mostrano che il bisogno che resta sommerso e senza una risposta è ancora tanto: tra questi c'è il gran numero di richieste attese per il bonus psicologo, per il quale si può fare domanda dal 15 settembre al 14 novembre. Si stima che 400mila persone con i requisiti necessari ne faranno richiesta, ma le risorse stanziate per il 2025, 9,5 milioni di euro, saranno sufficienti ad aiutare solo circa 6.300 persone. «Troppe poche e per troppo poco tempo», sintetizza Michela Di Trani, docente della Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università La Sapienza e tra i fondatori dell'associazione Pubblica che ha lanciato la campagna «Diritto a stare bene» con l'obiettivo di raccogliere entro il 10 dicembre le 50 mila firme per una proposta di legge di iniziativa popolare che punta ad allargare il bonus

al 100% dei richiedenti che ne hanno diritto e a superare i limiti di questa misura istituendo un sistema psicologico pubblico integrato nel Servizio Sanitario. La salute mentale, avverte la professoressa, è diventata una delle questioni più urgenti, non solo per i casi che sfociano in patologie, come la depressione, ma anche per tutti quei disagi che se trattati tempestivamente possono prevenire esiti peggiori. Il bonus, per chi riesce ad accedervi, prevede una copertura fino a 50 euro a seduta per un massimo di 1.500 euro agli Isee più bassi, e a scalare per quelli più alti, ma non oltre i 50mila euro di reddito. La misura, dunque, pur rappresentando un segnale importante, mostra limiti strutturali. «Permette di iniziare un percorso, ma non lo copre interamente - sottolinea Di Trani -. Inoltre, si concentra solo sulla psicoterapia, mentre ci sono molte altre situazioni nella vita di ciascuno, a scuola e al lavoro,

che a volte richiedono un sostegno psicologico diverso». Proprio per superare queste criticità è nata la proposta di legge di iniziativa popolare. L'obiettivo è creare un Dipartimento di psicologia accessibile a tutti, accanto a quello di salute mentale che già esiste ma si occupa principalmente dei casi psichiatrici. Inoltre, la legge garantirebbe gli psicologi nei luoghi di vita quotidiana: scuole, ospedali, carceri, società sportive, lavoro: «Questo dipartimento permetterebbe di prendere in carico persone che hanno disagi psichici più lievi e quindi di prevenire anche l'insorgere di disturbi più gravi». La salute mentale del paziente verrebbe curata a tutto tondo, un po' come già avviene per quella del corpo attraverso il medico di base. «Non vogliamo al-



tri sportelli a cui le persone devono decidere di rivolgersi, ma garantire la presenza stabile di figure di supporto - chiarisce invece Francesco Maesano, giornalista e anche lui coordinatore della campagna -. La nostra proposta richiede una spesa di 3,3 miliardi di euro, ma molti di questi vengono già spesi. Noi proponiamo di metterli a sistema». Per Maesano, dopotutto, non si tratta di spendere ma di investire: «È assodato che quello nella psicologia è un investimento conveniente. Per esempio, dopo l'istituzione del bonus l'Ordine degli psicologi ha promosso un rapporto che dimostra come per ogni euro che è stato investito nella misura, quindi in psicologia, ne sono rientrati 11 solo in ore lavorative recuperate dall'Inps, ossia in produttività». Tra i benefici economici per il Paese, il coordinatore ricorda poi quanto emerso da un'analisi dell'Università La Sapienza sui dati di 3.400 utenti: «Chi ha intrapreso un percorso di suppor-

to psicologico di almeno sei mesi ha dichiarato una riduzione nell'utilizzo di prestazioni sanitarie. Gli accessi al pronto soccorso sono diminuiti del 50%, gli esami del 15% e le visite specialistiche del 10%». Al di là della convenienza, secondo i coordinatori della campagna è evidente che il tema della salute mentale è molto sentito dalla popolazione italiana e il grande slancio con cui procede la raccolta firme ne è un sintomo. Partita il 10 giugno è arrivata in questi giorni al giro di boa, nonostante le ferie agostane, con oltre 32mila sottoscrizioni. «Non ci aspettavamo un'affluenza così alta - racconta la professoressa Di Trani -. Inoltre, abbiamo lanciato sui nostri canali la richiesta di volontari che ci aiutassero nella diffusione della campagna e oggi contiamo 700 attivisti in tutta Italia, persone comuni che dedicano tempo ed energie a questa causa. È un fenomeno che dimostra come il tema tocchi tut-

ti». Significativa è anche la composizione dei comitati locali che la campagna ha attivato in diverse regioni. «Quasi la totalità dei responsabili dei comitati territoriali è donna. Così come la maggioranza delle firme raccolte finora sono di donne e under 27», spiega Maesano. Un dato in linea con le richieste di aiuto, che dimostra ulteriormente sia il crescente disagio giovanile che la maggiore richiesta di benessere psicologico da parte delle nuove generazioni. Maesano e Di Trani sono entrambi fiduciosi sulla possibilità di raggiungere il traguardo delle 50mila firme, ma poi la palla passerà al Parlamento. I segnali raccolti finora sono incoraggianti. «Abbiamo trovato un interesse trasversale - osserva Maesano -. Alla nostra conferenza stampa c'era la viceministra del Lavoro e delle Politiche Sociali, Maria Teresa Bellucci, ma anche esponenti di Partito Democratico, Movimento 5 Stel-

le e Azione». La sfida è trasformare la salute mentale da emergenza a diritto garantito. «Oggi - ricorda Di Trani - se non hai una patologia conclamata difficilmente ricevi supporto. Ma la vita ci mette di fronte a difficoltà che non sono malattie: diventare genitori, affrontare i problemi al lavoro, invecchiare... Perché la sanità pubblica non dovrebbe occuparsene?». Il cammino legislativo sarà lungo, ma la mobilitazione ha già ottenuto un primo risultato: ha dato voce a una domanda diffusa di benessere psicologico. «Considerato lo stigma su questo tema, raggiungere le 50mila firme sarebbe già un gran risultato, ma speriamo di andare anche oltre perché ogni firma in più conta e ci aiuterà ad avere maggiore peso - conclude Maesano -. La salute psicologica deve diventare esigibile da tutti, come quella fisica».

SALUTE

C'è tempo fino al 14 novembre per fare richiesta, ma le risorse sono scarse: la proposta di legge punta a superarne i limiti creando un sistema per tutti. Già raccolte 32mila firme

Il quadro complicato di un'emergenza sommersa

3,3 miliardi

Gli euro necessari per applicare la proposta di legge di iniziativa popolare

850 mila

Persone in carico ai servizi di salute mentale pubblici con disturbi di varie gravità

400 mila

Domande attese per il bonus psicologo, ma i 9,5 milioni stanziati sono per pochi

3

Il numero minimo di psicologi garantiti ogni 100 detenuti dalla proposta di legge



Come gestire il rientro dei feriti? Anche l'Italia lavora a un piano sugli ospedali

Gli scenari di guerra

Dopo Francia e Germania
il ministero della Salute
prepara una strategia

Marzio Bartoloni

«Definire una strategia sulla resilienza in campo sanitario» anche di fronte a «scenari di crisi come ad esempio in caso di attivazione degli articoli 3 e 5 del Patto Atlantico». Dopo Francia e Germania anche l'Italia comincia ad attivarsi di fronte a possibili scenari (per ora estremi) di guerra in Europa - tornati in modo preoccupante alla ribalta con lo sconfinamento dei droni russi in Polonia dei giorni scorsi - con strategie che riguardano gli aspetti sanitari di un conflitto militare e cioè il coinvolgimento della rete ospedaliera nel caso a esempio della gestione del rientro di soldati feriti.

Per ora il piano non è stato ancora scritto, ma se n'è cominciato a parlare al Tavolo tecnico appositamente costituito al ministero della Salute che da giugno si è riunito un paio di volte. Su questa delicata materia la regia spetta a Palazzo Chigi (in particolare il sottosegretario Alfredo Mantovano) e al ministero della Difesa. Ma sul fronte sanitario è già in campo anche il ministero della Salute che con un apposito decreto firmato a fine aprile scorso dal ministro Orazio Schillaci ha istituito presso l'ufficio di gabinetto un «Tavolo permanente in materia di resilienza di soggetti critici» composto di dieci membri.

Il decreto (che attua il Dlgs 134/2024 a sua volta in attuazione di una direttiva europea) prevede che tra i compiti del Tavolo tecnico ci sia anche quello di «definire una strategia sulla resilienza in campo sanitario che stabilisca ruoli e responsabilità dell'insieme degli organi, istituzioni ed enti coinvolti nella predisposizione di piani e misure di preparedness & response per la gestione di emergenze sanitarie su vasta scala». Il decreto fa anche due esempi concreti e cioè «eventi C.R.B.N. (Chimici, radiologici, biologici e nucleari)» o anche - è il caso che più si lega all'attualità - «scenari di crisi come ad esempio in caso di attivazione degli articoli 3 e 5 del Patto Atlantico». Il primo articolo in particolare impegna i Paesi della Nato a sviluppare le loro capacità di resistere a un attacco armato attraverso lo sviluppo delle proprie risorse e la reciproca assistenza, mantenendo così una continua e effettiva autodifesa. Mentre l'articolo 5 è la chiave del sistema di difesa collettiva e stabilisce che un attacco armato contro uno o più Paesi dell'Alleanza in Europa o Nord America è considerato un attacco contro tutti, portando all'assistenza reciproca, anche con l'uso della forza, per ripristinare la sicurezza.

Dalle prime riunioni è emerso che la Nato richieda specifici requisiti per

l'assistenza sanitaria nei Paesi membri (chiamati «Minimum operational requirements») e si è discusso di un ipotetico scenario di «host nation support» in tre fasi: dalla preparazione per l'arrivo delle truppe, alla mobilità all'interno del Paese fino appunto alla partecipazione a fasi attive di combattimento all'estero con il possibile rientro di feriti. Su questi primi elementi potrebbe essere dunque costruito il piano italiano da attivare nella nostra rete ospedaliera in caso appunto si verificasse lo scenario limite di un conflitto militare.

Intanto, come detto, Francia e Germania si sono già attivati: con una circolare il ministero della Salute francese ha comunicato alle agenzie regionali della sanità sul territorio di preparare l'installazione, in caso di necessità, di strutture sanitarie in collaborazione con il ministero della Difesa, affinché gli ospedali civili possano prepararsi a un eventuale afflusso importante di militari feriti. In Germania è stato presentato un piano con lo stesso scopo: preparare gli ospedali all'eventualità di un conflitto su larga scala in Europa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il piano
di resilienza
in campo
sanitario
in caso di
attivazione del
Patto Atlantico**



Servizio Scenari di guerra

Anche l'Italia lavora a un piano per gli ospedali in caso di attacco militare

Attivato al ministero della Salute un tavolo per lavorare a una strategia sulla resilienza in campo sanitario in caso di attivazione del Trattato della Nato

di Marzio Bartoloni

12 settembre 2025

Il conflitto Ucraina-Russia e i sussulti che si propagano - l'ultimo i droni abbattuti in Polonia - fino a un possibile allargamento all'intera Europa delle ostilità militari con un coinvolgimento della Nato, hanno cominciato a mettere in allarme i Paesi europei anche sul fronte della preparazione della rete ospedaliera nel caso dello scenario peggiore o cioè quello di un attacco militare. Francia e Germania hanno già iniziato a mettere a punto le loro strategie nell'accogliere i soldati feriti. Ma anche l'Italia ha iniziato a muovere i primi passi: è stato istituito un tavolo tecnico al ministero della Salute che si è già riunito un paio di volte e sono cominciate le prime interlocuzioni per una "strategia sulla resilienza in campo sanitario" in caso di attivazione del Trattato della Nato che si basa su tre fasi che va dall'arrivo delle truppe al rientro dei feriti.

Le iniziative di Francia e Germania per la rete ospedaliera

Come detto nelle settimane scorse Francia e la Germania hanno avviato una strategia sulla preparazione delle reti ospedaliere nell'accogliere soldati feriti. Una circolare del ministero della Salute francese ha comunicato alle agenzie regionali della sanità sul territorio di preparare l'installazione, in caso di necessità, di strutture sanitarie in collaborazione con il ministero della Difesa, affinché - viene riportato dal settimanale *Le Canard Enchaîné* - gli ospedali civili possano prepararsi a un eventuale afflusso importante di militari feriti. In Germania è stato presentato un piano con lo stesso scopo: preparare gli ospedali all'eventualità di un conflitto su larga scala in Europa. In Germania è stato presentato un piano con lo stesso scopo: preparare gli ospedali all'eventualità di un conflitto su larga scala in Europa. E in Italia? Su questo fronte c'è una regia tra Palazzo Chigi (in particolare il sottosegretario Alfredo Mantovano) e il ministero della Difesa. Ma sul fronte sanitario è già in campo anche il ministero della Salute che con un apposito decreto di aprile scorso ha istituito presso l'ufficio di gabinetto un Tavolo permanente in materia di resilienza di soggetti critici composto di dieci membri che si è riunito una prima volta a inizio giugno e poi una decina di giorni fa.

Il tavolo al ministero della Salute e la strategia di resilienza

Il decreto (che attua il Dlgs 134/2024 a sua volta in attuazione di una direttiva europea) prevede che tra i compiti del Tavolo tecnico ci sia anche quello di "definire una strategia sulla resilienza in campo sanitario che stabilisca ruoli e responsabilità dell'insieme degli organi, istituzioni ed enti coinvolti nella predisposizione di piani e misure di preparedness & response per la gestione di emergenze sanitarie su vasta scala". Il decreto fa anche due esempi concreti e cioè eventi C.R.B.N.

(Chimici, radiologici, biologici e nucleari)” o anche - è il caso che più si lega all'attualità - “scenari di crisi come ad esempio in caso di attivazione degli articoli 3 e 5 del Patto Atlantico”. Il primo in particolare impegna i Paesi della Nato a sviluppare le loro capacità di resistere a un attacco armato attraverso lo sviluppo delle proprie risorse e la reciproca assistenza, mantenendo così una continua e effettiva autodifesa. Mentre l'articolo 5 è la chiave del sistema di difesa collettiva e stabilisce che un attacco armato contro uno o più Paesi dell'Alleanza in Europa o Nord America è considerato un attacco contro tutti, portando all'assistenza reciproca, anche con l'uso della forza, per ripristinare la sicurezza.

Il possibile scenario in tre fasi

Tra le finalità di questo tavolo costituito al ministero della Salute c'è anche quella di “rafforzare la collaborazione civile-militare in campo sanitario” a esempio “promuovendo percorsi formativi comuni ed esercitazioni congiunte o definendo piani operativi e linee guida condivise per la gestione della catena di comando durante eventi catastrofici”, avverte ancora il testo del decreto istitutivo. In questo senso dalle prime riunioni è emerso come la Nato richieda specifici requisiti per l'assistenza sanitaria nei Paesi membri (chiamati “Minimum operational requirements”) che gli ospedali italiani sono sicuramente in grado di assicurare. Inoltre si è cominciato a discutere di un ipotetico scenario di “host nation support” con mobilità militare in tre fasi: dalla preparazione per l'arrivo delle truppe, alla mobilità all'interno del Paese fino appunto alla partecipazione a fasi attive di combattimento all'estero con il possibile rientro di feriti. Su questi primi elementi potrebbe essere costruito il piano italiano da attivare nella nostra rete ospedaliera in caso appunto si verificasse lo scenario limite di un conflitto militare.



Dazi sui farmaci I costi e i rischi

di **Milena Gabanelli**

I farmaci non sono vino o scarpe, dove puoi sempre scegliere il prodotto che costa meno. Se sei ammalato e ti serve una specifica medicina, i dazi mettono a rischio la salute. Ecco chi paga il conto

della scelta di Trump di recedere, dopo 30 anni, dagli accordi wto sui medicinali.

a pagina 17

Dazi Usa sui farmaci Minaccia alla salute

DOPO 30 ANNI TRUMP RECEDE DAGLI IMPEGNI WTO SUI MEDICINALI
LA DECISIONE PUÒ PORTARE A CARENZE DI FORNITURE MONDIALI
QUAL È IL VERO SCOPO DELLA MISURA E CHI ALLA FINE PAGA IL CONTO

di **Milena Gabanelli**

Un farmaco non è uguale a un paio di scarpe, una bottiglia di vino o un'automobile, dove puoi sempre scegliere il prodotto che costa meno. Se sei malato e ti serve proprio quel farmaco specifico, o lo compri, o non ti curi. Per questo nel 1995, con l'accordo sulle regole mondiali del commercio, Stati Uniti, Unione europea, Macao, Giappone, Canada, Svizzera e Norvegia si impegnano ad azzerare i dazi sui farmaci. Oggi Trump si tira indietro e dà la colpa all'Europa: «I sistemi sanitari pubblici della Ue ottengono prezzi bassi dalle case farmaceutiche, grazie agli alti margini che fanno sul mercato americano. Stiamo sussidiando il socialismo altrui e quindi bisogna applicare dazi punitivi».

Usa-Ue prezzi a confronto

Le multinazionali farmaceutiche sono sia americane sia europee, ma gli stessi farmaci quando li vendono sul mercato Usa, secondo l'Istituto di ricerca Rand, costano fino al 422% in più.

Esempio simbolo: l'immunoterapico oncologico Keytruda, prodotto dall'americana Merck in Irlanda. Un trattamento annuale negli Stati Uniti costa circa 191 mila dollari a paziente, in Francia circa 91 mila euro, in Italia fra gli 80 e i 90 mila euro. Insulina: far-

maco salvavita sintetizzato dall'americana Eli Lilly, dalla danese Novo Nordisk e dalla francese Sanofi. Fino al 2023 il prezzo di listino era sui 300 dollari. Da un paio d'anni il prezzo è sceso a 66 dollari, e a 35 dollari per chi rientra nel programma sanitario per anziani e disabili Medicare. In Italia e Ue è attorno ai 10/20 euro. Il 90% delle prescrizioni negli Usa è per i generici, che in media hanno prezzi del 33% più bassi rispetto ai Paesi Ue, ma poi al banco il paziente americano paga enormemente di più. Prendiamo l'Atorvastatina (cura del colesterolo), 30 capsule: dai 60 ai 120 dollari. La stessa confezione in Italia costa meno di 8 euro. Il Pantoprazolo (cura la gastrite), terapia da un mese: 174 dollari prezzo di listino, in Italia 11 euro. Il Metoprololo (beta-bloccante): 15-35



dollari e non è sempre reperibile ovunque, in Italia 2,95 euro.

Perché questa differenza?

In Europa sono le agenzie governative a negoziare i prezzi, e i farmaci di fascia A sono in larga parte a carico dei Servizi sanitari nazionali. Negli Usa invece sono i produttori a fissare i listini, e la catena di fornitura è gestita dagli intermediari (Pbm), che negoziano prezzi e condizioni per conto delle assicurazioni, gestiscono i formulari e le richieste di rimborso. Secondo l'indagine Antitrust gonfiano i prezzi lungo la filiera. E alla fine il cittadino quanto paga? Dipende dal tipo di assicurazione che ha stipulato. E chi non è assicurato paga per intero. Il problema dunque non è dell'Europa, ma interno al sistema sanitario americano. Lo stesso discorso vale per i dispositivi medici (pacemaker, impianti cardiaci, sistema robotico, Tac, Risonanze magnetiche, ecc.): i produttori sono sia americani (Medtronic, Abbott, Intuitive Surgical) sia europei (Philips, Siemens, ecc.), ma gli ospedali americani pagano più caro rispetto a quelli europei, che invece passano per le gare pubbliche d'acquisto. In sostanza, come per i farmaci, quando le aziende vendono nei due mercati si adeguano ai rispettivi sistemi sanitari. E se negli Stati Uniti le aziende fanno profitti immensi proprio perché manca il controllo pubblico, sul mercato europeo non ci perdono: ogni anno realizzano guadagni a doppia cifra. Sarebbe utile per il presidente Trump riflettere su un dato: l'aspettativa di vita negli Usa è di 78,4 anni, la media Europea è di 81,5 anni, in Italia 83,4. Invece dal suo punto di vista una raddrizzata al sistema sanitario si fa prima di tutto con i dazi.

Ordine esecutivo e minacce

A maggio 2025 la Casa Bianca con un ordine esecutivo rilancia l'idea del prezzo «Nazione più favorita»: in sostanza chiede che negli Usa il prezzo dei farmaci sia ancorato al prezzo più basso praticato nei Paesi Ocse comparabili. A fine luglio Trump invia lettere ufficiali ai Ceo di 17 multinazionali farmaceutiche: trasferite la produzione negli Usa per evitare i dazi, collaborate con il governo Usa per aumentare in prezzi nella Ue, e sui nuovi farmaci non offrite prezzi migliori ad altri Paesi rispetto agli Usa.

Chi produce cosa

Multinazionali statunitensi come Pfizer, Johnson & Johnson, Eli Lilly, Merck, Bristol-Myers Squibb e AbbVie da anni hanno impianti anche in Europa (Irlanda, Belgio, Germania, Spagna e Italia). Pfizer Italia produce antibiotici a Catania, e ad Ascoli Piceno farmaci antivirali, antinfiammatori e oncologici poi esportati in tutto il mondo (Usa inclusi). Eli Lilly gestisce a Sesto Fiorentino uno dei più grandi impianti biotech per la produzione di insulina: il 98% esportato nel mondo, fra cui gli Usa. La britannica-svedese AstraZeneca ha 11 siti di produzione negli

Stati Uniti, la francese Sanofi ha stabilimenti negli Usa, come pure le svizzere Novartis e Roche.

Nel 2024 i farmaci sono stati la prima voce dell'export Ue verso gli Usa, per un totale di 127 miliardi di dollari, di cui oltre 10 prodotti da stabilimenti italiani. Mentre l'import dagli Usa pesa per 45,9 miliardi.

Secondo l'industria, i farmaci coperti da brevetto tendono a essere prodotti in pochi siti globali (Europa o Usa) poiché replicare gli impianti su due continenti sarebbe inefficiente.

Arrivano i dazi

Ad agosto l'accordo Usa-Ue fissa un tetto del 15% sui dazi per i farmaci di marca e i dispositivi esportati negli Usa. Un'analisi di *Jefferies* stima per l'industria farmaceutica costi annui aggiuntivi tra 13 e 19 miliardi di dollari: in parte saranno ammortizzati grazie agli alti margini sul mercato Usa, e in parte scaricati sui consumatori americani. L'entrata a regime di questo 15% dipenderà dall'esito dell'indagine Usa della «Sezione 232» su farmaci e componenti. Quindi una data certa non c'è.

Nel frattempo Trump ha ventilato barriere molto più alte (fino al 250%) se nei prossimi mesi le aziende non presenteranno piani di produzione sul territorio americano. Lo hanno già fatto: Roche per 50 miliardi di dollari, Novartis per 23 miliardi, Sanofi per 20 miliardi, Merck per 1 miliardo, e pure Eli Lilly e Johnson & Johnson.

Il vero obiettivo

A fronte di investimenti enormi e costi del lavoro più alti rispetto all'Europa, venderanno poi agli americani a prezzi più bassi?

Gli addetti ai lavori rispondono «no». Nel breve-medio termine le aziende cercheranno eventualmente di ottimizzare: produrre in Usa per gli Usa, in Europa per l'Europa.

Un dirigente d'industria sostiene che il tema dei prezzi sarebbe solo fumo negli occhi: il vero obiettivo di Trump è quello di spostare posti di lavoro e gettito fiscale dalla Ue negli Usa.

Chi paga il conto?

Qualora le aziende decidessero di trasferire linee di produzione dagli stabilimenti Ue negli Stati Uniti per evitare dazi, i prezzi dei farmaci per i pazienti europei cambierebbero? No, e per due ragioni.

1) Nella Ue i prezzi sono fissati da regole e negoziazioni nazionali (Aifa in Italia, Ceps in Francia, BfArM in Germania, ecc.), e i Servizi sanitari nazionali rifiutano aumenti



non giustificati dal valore terapeutico.

2) Bruxelles ha deciso di non applicare barriere ritorsive sui medicinali importati dagli Usa, proprio per non impattare sul sistema pubblico.

Alla fine dunque l'onere ricade sui pazienti americani, che avranno polizze più care o minor accesso alle cure. Ma in realtà siamo tutti a rischio perché l'amministrazione Usa sta considerando dazi sui principi attivi prodotti da Cina e India, e da cui Europa e Usa dipendono largamente. Le associa-

zioni di settore e analisti indipendenti avvertono: tariffe doganali estese porteranno lungo tutta la filiera inevitabili ritardi e carenze per terapie essenziali, oncologiche incluse.

Per dirla con le parole di Douglas Irwin, lo stimato professore di economia del Dartmouth College: «Abbiamo un presidente del XX secolo in un'economia del XXI secolo che vuole riportarci al XIX secolo».

Dataroom@corriere.it

+422%

Prezzo di listino dei farmaci negli Usa rispetto agli altri Paesi avanzati

Fonte: Rand

Esempi

Keytruda

Immunoterapico oncologico
Merck (Usa)



Prezzo di listino

trattamento:

Usa	191.000 \$
Francia	91.000 €
Italia	80-90.000 €

Insulina

Farmaco per i diabetici



Usa	66 \$
Ue	10-20 €

Eli Lilly (Usa), Novo Nordisk (Dk), Sanofi (Fr)

Generici

Atorvastatina

Cura del colesterolo



Usa	60-120 \$
Italia	7,96 €

Pantoprazolo

Per la gastrite



terapia da 1 mese:

Usa	174 \$
Italia	10,94 €

Metoprololo

Beta-bloccante



Usa	15-35 \$
Italia	2,95 €

Chi fissa il prezzo



Usa

Produttori e intermediari

Il cittadino paga in base alla propria assicurazione. Senza si paga per intero



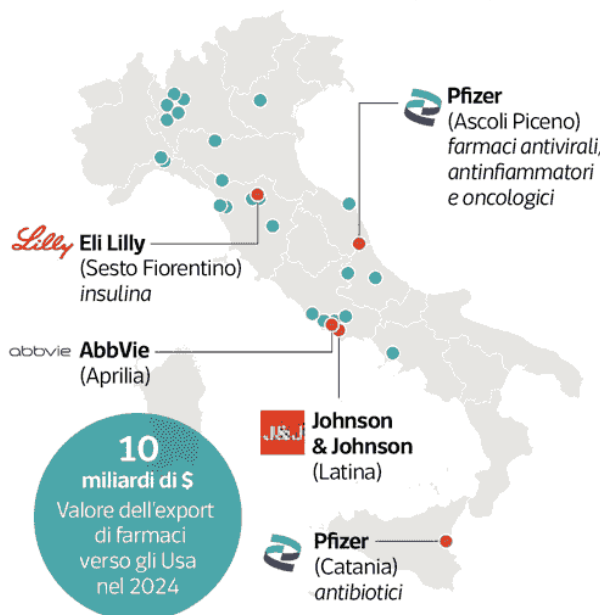
Europa

I governi negoziano con i produttori

I farmaci di fascia A sono a carico dei servizi sanitari nazionali

Produzione in Italia

● aziende Usa ● multinazionali italiane (Fab13*)



10

miliardi di \$
Valore dell'export di farmaci verso gli Usa nel 2024

*Alfasigma, Abiogen Pharma, Angelini Pharma, Chiesi Farmaceutici, Dompé Farmaceutici, I.B.N. Savio, Italfarmaco, Kedrion, Menarini, Molteni, Neopharmed Gentili, Recordati, Zambon

Fonte: Fondazione Edison su dati Farmindustria

Piani di investimento negli Usa

AZIENDE AMERICANE



Eli Lilly



Johnson & Johnson



Pfizer



Merck
1 miliardo

AZIENDE EUROPEE



Roche (Svi)
50 miliardi



Novartis (Svi)
23 miliardi



AstraZeneca (Uk)



Sanofi (Fra)
20 miliardi

Infografica di Cristina Pirolì

DATAROOM



Corriere.it

Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism



Una rete per l'Alzheimer anche Prodi in marcia: «Non si fa abbastanza»

Cesena, oltre all'ex premier presente il cardinale Zuppi

di **Alfio Sciacca**

I sedici chilometri della maratona li ha coperti agevolmente. Nessuna sorpresa, vista la sua invidiabile condizione fisica. Romano Prodi aveva il pettorale 4.052. E questo dice tutto della partecipazione alla quattordicesima edizione della maratona per i diritti delle persone con Alzheimer. Alla partenza erano circa seimila.

«Ogni anno il numero aumenta — dice l'ex premier —. Seimila sono veramente tanti. C'erano famiglie intere, giovani, bambini. Con una rappresentanza femminile più numerosa di quella maschile. Chi marciava velocemente, chi se la prendeva comoda. Un enorme serpentone di maglie verdi. Una sorta di tavola collettiva in movimento. Chiamati di persone in marcia per sensibilizzare».

La maratona non è infatti una scampagnata, ma un modo per richiamare l'attenzione sulla cura e l'assistenza alle

persone con Alzheimer e demenza. «Purtroppo in Italia non si fa abbastanza, anche perché il problema aumenta molto velocemente — osserva Prodi —. Parliamo di patologie che non si affrontano solo dal punto di vista sanitario, ma anche relazionale. Quindi tocca aspetti che riguardano il sociale».

Per questo alla marcia che ogni anno parte da Cesena la «Fondazione Maratona Alzheimer» affianca i «Caffè Alzheimer». Ormai sono 81 sparsi in sedici regioni d'Italia. Luoghi di aggregazione dove oltre alla cura i pazienti e le loro famiglie riescono a trovare delle isole di socialità.

«Il problema non può essere lasciato solo ai medici — insiste Prodi —. I «caffè» sono fondamentali per la gestione di una patologia sempre più complicata da affrontare». In tal senso l'ex presidente del consiglio non lesina critiche al nostro sistema sanitario. «Ogni giorno sento persone che mi raccontano di aver richiesto una prestazione sanitaria e hanno tempi di attesa di mesi o anni. Ma questa è angoscia. Il sistema sanitario

non deve solo curare, deve prendersi cura delle persone. Penso che ormai questo sia diventato il problema numero

uno del nostro Paese». «Purtroppo — aggiunge — il sistema sanitario nazionale lo vedo molto trascurato. Di fronte all'angoscia crescente della gente non c'è una risposta crescente. Da economista aggiungo che rispetto ad altri Paesi l'Italia è ancora su livelli di spesa molto bassi. Inoltre bisognerebbe organizzare la sanità in sintonia con i grandi cambiamenti che ci sono stati. Oggi la medicina preventiva non può più essere quella di 30 anni fa. Inoltre la medicina di base continua a essere organizzata in modo del tutto individuale e non tiene conto di questi cambiamenti. E se la medicina di base si indebolisce tutto viene scaricato sugli ospedali e di conseguenza i ritardi aumentano».

Alla partenza ieri c'erano anche il sindaco di Cesena Enzo Lattuca, il vescovo Giuseppe Caiazzo e il cardinale Matteo Zuppi che ha dato il via alla maratona. Per Romano Prodi è stata la sua prima volta. Una partecipazione che è an-

che un tributo alla memoria della moglie Flavia che faceva parte del comitato scientifico della «Fondazione Maratona Alzheimer». Con i suoi 86 anni è stato anche un testimonial di come affrontare l'età che avanza. «Bisogna essere anche fortunati — scherza —. In ogni caso io non ho mai smesso con l'attività fisica: attualmente ogni due giorni faccio otto chilometri. Una buona condizione fisica sicuramente aiuta a prevenire molte patologie. Ma bisogna cominciare da bambini, facendo capire che non si tratta di un sacrificio, ma di un'abitudine molto divertente».

La vicenda

● Sono stati circa seimila i partecipanti alla maratona per i diritti delle persone con Alzheimer

● La manifestazione organizzata dalla «Fondazione Maratona Alzheimer» è giunta alla sua quattordicesima edizione

● Tra i partecipanti alla maratona anche l'ex premier Romano Prodi che ha coperto tutti i 16 chilometri del percorso

● A dare il via alla marcia è stato il presidente della Cei, il cardinale Matteo Zuppi

Il tributo



LA MOGLIE

La partecipazione di Prodi alla maratona di ieri è stato anche un tributo alla memoria della moglie, scomparsa nel 2023. Flavia Franzoni (foto) era molto impegnata su questi temi ed è stata componente del comitato scientifico della «Fondazione Maratona Alzheimer»



In marcia

L'ex premier Romano Prodi, 86 anni, ieri mattina alla maratona per i diritti delle persone ammalate di Alzheimer



Il Mit Media Lab ha appena presentato AlterEgo, un dispositivo indossabile basato sulla "subvocalizzazione". Il sistema decifra i segnali dei muscoli facciali comunicando con i computer senza bisogno di voce o schermo

Dialogare senza parole con la telepatia digitale

IL PROGETTO

Nel romanzo di fantascienza del 1952 *The Demolished Man* (*L'uomo distrutto*), l'umanità ha scoperto che alcuni uomini e donne sono in grado di leggere il pensiero e comunicare senza l'uso del linguaggio. I telepati fanno parte di una lega regolata da principi morali con l'obiettivo di proteggere l'umanità.

LE RICERCHE

È interessante notare come negli stessi anni diversi scienziati abbiano fatto ricerche sulla «verbalizzazione interna» o «subvocalizzazione», l'insieme di micromovimenti dei muscoli facciali e della laringe che facciamo per esempio quando leggiamo nella nostra mente a voce molto bassa. Ora il perfezionamento della subvocalizzazione è alla base di AlterEgo, un progetto appena presentato da un piccolo gruppo di ricercatori del Mit Media Lab, il centro di ricerca del Massachusetts Institute of Technology che si occupa di design e tecnologia.

La demo è stata presentata nel corso di un Ted Talk dal suo inventore, il ricercatore Arnav Kapur: permette agli utenti di dialogare con un computer e di avere risposte dallo stesso dispositivo, facendo domande e dando comandi in grado di gestire la macchina, attraverso l'uso di un dispositivo esterno fissato alla mandibola.

«L'idea alla base di tutto questo era creare un dispositivo di intelligenza aumentata», spiega Arnav Kapur, dottorando al Mit Media Lab e responsabile dello sviluppo del nuovo sistema. «Ci

siamo chiesti: possiamo immaginare una piattaforma computazionale più interna, che unisca uomo e macchina in qualche modo e che funzioni come un'estensione interna della nostra stessa cognizione?». Lo studio, guidato dalla professoressa Patti Maes, è iniziato partendo dall'idea che non possiamo vivere senza gli smartphone ma che questi dispositivi disturbano molto la nostra percezione della realtà, obbligandoci a guardare uno schermo invece di guardare con i nostri occhi quello che succede all'esterno. «Se voglio cercare qualcosa di rilevante per una conversazione che sto avendo, devo trovare il mio telefono, digitare il codice di accesso, aprire un'app e digitare una parola chiave, e il tutto richiede che io sposti completamente l'attenzione dall'ambiente circostante e dalle persone con cui mi trovo al telefono stesso. Quindi, io e i miei studenti sperimentiamo da molto tempo nuovi fattori di forma e nuovi tipi di esperienza che consentano alle persone di continuare a beneficiare di tutte le meravigliose conoscenze e servizi che questi dispositivi ci offrono, ma di farlo in un modo che permetta loro di rimanere nel presente», sostiene Maes.

L'INTERAZIONE

Inoltre questa tecnologia potrebbe avere almeno due aree di sviluppo: da una parte ridare alle persone con disturbi del linguaggio la possibilità di tornare a parlare, dall'altra aprire la strada a nuove interfacce che vadano oltre il mouse e la nostra dipendenza dagli schermi, per esempio il dialogo diretto tra utenti o l'interazione con i dispositivi attraverso l'intelligenza artificiale. Come dicevamo la «magia» di AlterEgo sta nella

subvocalizzazione, visto che il dispositivo non legge la mente ma riesce a decifrare i segnali mandati dal cervello ai muscoli facciali e della laringe. E, assicura Kapur, la tecnologia e il dispositivo sono studiati solo per rispondere a queste frequenze: il dispositivo può solo leggere quello che l'utente decide di vocalizzare e non quello che sta pensando. In questo momento, spiegano dal MIT Media Lab, la precisione di AlterEgo è vicina al 90%, ma le possibilità di miglioramento aumentano con l'allenamento del modello.

LE PROSPETTIVE

L'idea di Kapur potrebbe dare risultati interessanti ed essere meno invasiva di altri dispositivi sul mercato, come per esempio quelli sviluppati da Neuralink, che necessitano dell'impianto di un microchip nel cervello, o quelli di Synchron, la startup che permette di inserire un micro computer sotto forma di stent nelle arterie vicine al cervello.

Entrambi i metodi sono molto invasivi e pongono domande etiche e rischi per i pazienti che si sottopongono all'operazione.

Oltre ai possibili impieghi in



medicina, Kapur crede che AlterEgo possa rappresentare una soluzione a un futuro senza smartphone, una possibilità su cui lavorano da tempo diverse startup: recentemente OpenAI ha annunciato una partnership con Jony Ive promettendo di presentare un nuovo dispositivo nei primi mesi del 2026 che potrebbe, a quasi 20 anni dalla

presentazione del primo iPhone, rivoluzionare di nuovo il modo in cui comunichiamo.

Angelo Paura

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le domande

1 È UNA LETTURA DEL PENSIERO?

No, il dispositivo può decifrare solo ciò che l'utente decide di vocalizzare, non può leggere nella mente

2 QUALE GRADO DI PRECISIONE HA?

Ad oggi la precisione è vicina al 90%, secondo i ricercatori, ma con l'allenamento del modello i risultati saranno migliori

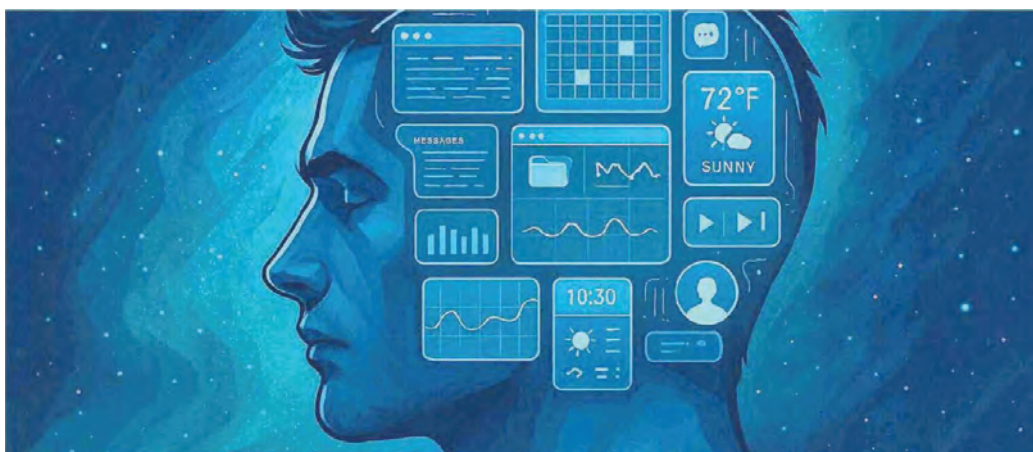
3 PUÒ AVERE USI MEDICI?

Sì, a chi ha disturbi di linguaggio potrebbe presto restituire anche la possibilità di tornare a parlare

ARNAV KAPUR, IDEATORE DEL PROGETTO: «POTREMO ACCEDERE A CONOSCENZE E SERVIZI SENZA DOVER PRENDERE IN MANO LO SMARTPHONE»

Qui sopra, Arnav Kapur, ideatore del dispositivo. In alto, un uomo in connessione con il pc

(Immagine Freepik)



DISCLAIMER

ULTIME AVVERTENZE PRIMA DELLA RIVOLUZIONE

RICERCA E SALUTE
A SIENA NASCONO
I VACCINI DEL FUTURO

Il 17 settembre dall'Università toscana prende il via il tour in dieci tappe organizzato dal Corriere della Sera e Cineca dedicato all'intelligenza artificiale. Sul palco l'economista Carlo Cottarelli, il professore Rino Rappuoli, la prorettrice vicaria Donata Medagliani e il vignettista Emilio Giannelli

di RICCARDO LUNA

Le vie dell'intelligenza artificiale sono infinite ma per arrivare all'università di Siena — da dove il 17 settembre prende il via «Disclaimer. Ultime avvertenze prima della rivoluzione», il tour in dieci tappe del Corriere della Sera e del Cineca — il percorso è stato piuttosto breve. Un centinaio di chilometri separa infatti l'ateneo da Pistoia dove 68 anni fa è nato Marco Gori. Dal 1995 Gori dirige il laboratorio che ha contribuito a fondare: il Siena Artificial Intelligence Lab (SAI-LAB). E in questi trenta anni si è imposto per lavori di ricerca, partecipazione a conferenze e lancio di startup. Anche a livello internazionale dove è considerato uno dei pionieri delle Graph Neural Networks, ossia le reti neurali artificiali progettate per elaborare e analizzare dati strutturati come grafi.

Le visioni

Nel suo percorso tra l'altro ha incontrato quelli che sono considerati i padrini dell'AI. Yoshua Bengio per esempio lo ha incontrato durante un dottorato in Canada alla McGill e poi hanno scritto assieme un articolo scientifico già nel 1989: erano anni duri per chi si occupava di intelligenza artificiale, il cosiddetto inverno dell'AI, e in pochi credevano che un giorno questa strada ci avrebbe portato fin qui. Fra questi c'era Yann LeCun, oggi a capo dell'AI di Meta che proprio a Siena ha ricevuto una laurea honoris causa il 3 luglio 2023. Quel giorno LeCun, che nel dibattito fra apocalittici e integrati sta dalla parte degli ottimisti, disse: «Abbiamo sistemi che ci battono a scacchi e a poker. Abbiamo sistemi che possono superare con agilità l'esame di abilitazione e rispondere a domande molto complicate recuperando informazioni da qualsiasi fonte.

Ma non abbiamo un sistema in grado di sparecchiare la tavola o caricare la lavastoviglie. Due cose che qualsiasi bambino di 10 anni può imparare in 10 minuti». E nel discorso di accettazione avvertì che la ricerca ci porterà allo sviluppo di sistemi che supereranno di gran lunga quelli basati su schemi generativi, come ChatGpt.

A Siena lo hanno preso sul serio e il team di Gori sta lavorando a un nuovo tipo di AI. Racconta Gori: «Lanceremo presto



un nuovo social network, stiamo costruendo una rete *peer to peer* in cui nessuno ha in mano i tuoi dati. Rispetto a social come BlueSky e Mastodon noi ci mettiamo l'AI, agenti intelligenti che localmente sorvegliano le risorse rispettando la privacy».

Questo per dire che nell'ateneo guidato dal rettore Roberto Di Pietra l'AI è di casa e pervade corsi e progetti che a volte escono dall'ambito accademico.

Il più importante fra questi è l'European Vaccines Hub for Pandemic Readiness (EVH), in pratica il centro vaccinale che dovrebbe prepararci a rispondere alla prossima epidemia. È finanziato dall'Unione europea con un contributo quadriennale di oltre 100 milioni di euro e lo guida uno dei massimi esperti del settore, Rino Rappuoli, che lo ha ideato già nel 2009 assieme alla professoressa Donata Medaglini, prorettrice vicaria dell'università e coordinatrice scientifica dell'hub.

Ospiti

I due saranno sul palco il 17 settembre nell'evento principale che sarà aperto dall'economista Carlo Cottarelli — che ha conseguito la laurea proprio a Siena nel 1977 — e ad Emilio Giannelli, senese e da oltre 30 anni fumettista del *Corriere della Sera*. Il dibattito sarà l'occasione per approfondire il rapporto fra vaccini e intelligenza artificiale. Quello della salute e in particolare quello dei nuovi farmaci, è un settore su cui c'è ampio consenso sul fatto che l'AI avrà un impatto positivo.

Nota in proposito Giuseppe Sandonato, AI Leader di EY, fra i partner di Disclaimer: «L'AI sta trasformando il settore farmaceutico e lo conferma il fatto che negli ultimi dodici mesi abbiamo assistito a una crescita degli investimenti in questo settore superiore al 55%. AI e machine learning sono ormai fondamentali nella ricerca di nuovi farmaci, nell'ottimizzazione della struttu-

ra molecolare e negli studi predittivi sull'efficacia per ridurre i tempi di sperimentazione». Tra i partner di Disclaimer presenti a Siena c'è anche Intesa Sanpaolo che, attraverso Elisa Zambito Marsala, responsabile Education Ecosystem and Global Value Programs, sottolinea che «è fondamentale sviluppare ecosistemi virtuosi che coinvolgano istituzioni, mondo accademico, imprese e anche i media per stimolare una maggiore consapevolezza nei giovani studenti sui principali trend trasformativi e le competenze chiave richieste da un mercato del lavoro in continua e rapida trasformazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Atenei
Roberto Di Pietra
è rettore
dell'Università di Siena



Il progetto
Mercoledì a Siena la prima tappa di «Disclaimer», ideato da Corriere e Cineca con Intesa Sanpaolo, Cisco, EY, Almaviva, Umana, Unioncamere. Il tour proseguirà a Bari il 25 settembre



L'Italia che non si protegge: «Rischi per giovani e anziani»

► I dati preoccupano gli esperti: solo il 52,5% degli over 65 si è vaccinato contro l'influenza. Il ministero si mobilita: «Spinta alla campagna per i fragili». A rilento anche i richiami anti-meningococco per gli adolescenti

IL CASO

ROMA Solo il 52,5 per cento degli over 65 in Italia si è vaccinato contro l'influenza nello scorso inverno. «E questo è un problema - osserva l'infettivologo Massimo Andreoni - perché il tipo di virus influenzale che sta arrivando in Australia si è dimostrato decisamente insidioso perché ha causato molti casi e ricoveri». Anche al Ministero della Salute, al di là della bufera causata dallo scioglimento del comitato consultivo sui vaccini deciso da Orazio Schillaci, c'è la convinzione che serva un cambio di rotta.

OBIETTIVI

Lo ha detto apertamente Maria Rosaria Campitiello, capo del Dipartimento Prevenzione, Ricerca ed Emergenze sanitarie, che ha spiegato: «Tra le persone con oltre 65 anni di età non abbiamo una convincente adesione alle campagne vaccinali antinfluenzali. I dati mostrano un calo, ma è nostro dovere proteggere i fragili e gli anziani che rappresentano una parte importante della nostra nazione e come ministero della Salute - e il ministro Schillaci lo ha detto a più riprese - dobbiamo proteggerli e quindi

dobbiamo dare una spinta sull'acceleratore per le campagne vaccinali, in particolare per l'antinfluenzale». Ci sono altri numeri a preoccupare e sono stati diffusi dall'Istituto superiore di sanità: «Nella stagione 2024-2025 in Italia, 601 persone sono state ricoverate in terapia intensiva per l'influenza stagionale, e tra queste 134 sono decedute». Questo è un numero legato solo ai morti intercettati dagli ospedali, le stime indicano in almeno 8.000 i decessi per influenza e le sue complicanze ogni anno in Ita-

lia. Il professore Andreoni, che è anche direttore scientifico della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit) e membro del Consiglio superiore di sanità, osserva: «In Australia sono circolati soprattutto due tipi di virus influenzali: l'A-H1N1 e il B Victoria. Di solito ciò che succede in quel Paese è l'anticipazione di quanto avverrà in Italia. Teniamo conto che nello scorso inverno abbiamo avuto 16 milioni di persone contagiate dall'influenza. Dunque, dobbiamo assolutamente alzare la percentuale di anziani e

fragili protetti: la percentuale del 52,5 per cento è insufficiente, l'ideale sarebbe arrivare al 90 per cento. Tra l'altro, sta circolando molto anche il Covid, in particolare la variante Stratus, dunque sarebbe importante immunizzarsi contro entrambi i virus. Per l'influenza, la distribuzione dei vaccini non è ancora cominciata, ma non bisogna aspettare troppo, perché comunque passano quindici giorni prima che il vaccino faccia effetto». Al di là delle polemiche politiche, anche nel centrodestra c'è chi dimostra sensibilità al tema dell'importanza delle vaccinazioni. Ad esempio il governatore della Liguria, Marco Bucci, ieri ha dichiarato: «Invito tutti a vaccinarsi contro l'influenza. Io lo faccio da cinque anni, e ho visto i risultati. Quest'anno l'influenza è particolarmente aggressiva. La vaccinazione comincerà fra due settimane, e sarà disponibile per tutti».

Dal Ministero della Salute è arrivata anche un'altra affermazione a favore di un potenziamento della campagna vaccinale, quasi a spazzare via le scorie del pasticciaccio del comitato consultivo in cui erano stati inseriti due esperti considerati molto tiepidi nei confronti dello strumento dei vaccini. Parole sempre della direttrice del Dipartimento prevenzione, Maria Rosaria

Campitiello: «Per quanto riguarda il richiamo della vaccinazione anti-meningococco B per adolescenti nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale (Pnvp) stiamo facendo una riflessione: l'obiettivo principale è proteggere gli adolescenti. Per

un'azione sana e solida dobbiamo costruire un dialogo aperto con famiglie, adolescenti e scuole. Dobbiamo far riprendere la fiducia nelle vaccinazioni, poiché dopo la pandemia da Covid abbiamo registrato una certa "stanchezza" verso le immunizzazioni. Per questo è necessario un dialogo trasparente, basato sui dati». La settimana scorsa si è parlato molto del caso di un bambino di 3 anni, in Puglia, morto proprio per il meningococco. Non era stato vaccinato. In un convegno è stato spiegato che «nel 2017 l'Italia ha introdotto la vaccinazione contro la meningite da meningococco B nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale per l'età pediatrica. Oggi la copertura nei bambini resta lontana dall'obiettivo ministeriale del 90 per cento, fermandosi attorno all'80, con alcune regioni sotto al 70. Inoltre, la protezione tende a ridursi nel tempo». «Il punto è proprio questo - osserva Andreoni - il bambino viene vaccinato al terzo, quinto e quindicesimo mese di vita. Ma il meningococco colpisce anche gli adolescenti, quando però l'effetto del vaccino si è affievolito. Sarebbe importante iniziare una campagna di richiami per questa fascia di età».

Mauro Evangelisti

**MARIA ROSARIA
CAMPITIELLO
(CAPO PREVENZIONE):
«È NECESSARIO
SUPERARE LA
SFIDUCIA POST-COVID»**



C'è un test salvavita, ma non si fa ovunque

Nello screening neonatale esteso in Italia non sono inserite alcune malattie genetiche, persino fatali, per le quali oggi esistono terapie

di **Maria Giovanna Faiella**

Può capitare a qualsiasi coppia che attende un figlio: il bambino nasce con una malattia genetica invalidante o persino fatale, che però oggi si può curare, ma non può beneficiare della terapia perché non ha ricevuto una diagnosi tempestiva, tramite un test che si fa nelle prime ore di vita. Era successo due anni fa al piccolo Ettore, colpito da Sma 1 (Atrofia muscolare spinale), principale causa genetica di morte infantile: nell'ospedale in cui era nato non si eseguiva lo screening neonatale per la Sma e, non avendo ricevuto in tempo i trattamenti oggi disponibili, il piccolo non ce l'ha fatta.

Anche a Gioia, che oggi ha tre anni, è stata diagnosticata in ritardo un'altra gravissima malattia genetica, la leucodistrofia metacromatica (Mld), che oggi si può individuare con un test alla nascita e curare, prima della comparsa dei sintomi, con la terapia genica.

Per chi ha perso una figlia a soli 8 anni a causa della Mld e non vuole che accada ad altri, come Guido De Barros, papà

di Sofia scomparsa nel 2017: «È inammissibile che oggi esista una terapia efficace che fa la differenza tra una vita normale (o quasi) e una vita di sofferenza e disabilità se non si riesca a garantirne l'accesso tempestivo perché non si fa lo screening neonatale. Il diritto alla diagnosi precoce, quindi alla cura, non può dipendere dalla Regione o persino dall'ospedale in cui si nasce» dice De Barros, presidente dell'Associazione Voa Voa-Amici di Sofia. Attualmente lo screening neonatale per la Mld è offerto gratuitamente in Toscana, prima Regione in Italia che, dopo aver chiuso anticipatamente un progetto pilota triennale, lo scorso agosto ha aggiunto i test per la diagnosi della Mld e di altre sette malattie rare nel pannello regionale delle malattie da testare con lo Sne (Screening neonatale esteso). Il test per la Mld, poi, si fa, con un progetto pilota dal 2024, in alcuni punti nascita della Lombardia.

Intanto, l'Associazione prosegue la battaglia perché lo Sne si faccia in ogni Regione e in tutti gli ospedali. «Per

esempio, in Norvegia lo Sne per la Mld è stato inserito nella lista di malattie da testare a livello nazionale, senza alcuna fase di sperimentazione — chiosa De Barros —. I tempi sono maturi pure da noi perché lo Sne per malattie oggi curabili rientri al più presto nei Livelli essenziali di assistenza (Lea)». Anche se la Legge di Bilancio 2019 ha stabilito la revisione «almeno biennale» della lista di malattie da testare tramite Sne, in base all'evoluzione delle evidenze scientifiche, il panel ufficiale è fermo al 2017, in attesa dell'aggiornamento dei Lea (si veda box in alto). «La procedura di aggiornamento è lenta e farraginosa, non al passo con le novità terapeutiche» sottolinea Annalisa Scopinaro, presidente di Uniamo-Federazione Italiana Malattie Rare. Qualche esempio: «A giugno 2021 il Gruppo di lavoro sullo Sne presso il ministero della Salute aveva dato parere positivo all'inserimento della Sma e di un'altra decina di malattie rare nel panel ufficiale delle patologie da testare; però, dopo quattro anni, ancora si fanno i test sol-

tanto nelle Regioni che hanno avviato progetti pilota per lo screening di una o più di queste malattie». C'è di più. Osserva Scopinaro: «Ci sono state ulteriori novità per altre malattie rare come la Mld, non inserita tra le nuove patologie da testare con l'aggiornamento dei Lea. Per questo proponiamo che, quando è disponibile un trattamento innovativo per una malattia, che può essere individuata con lo Sne, siano attivati progetti pilota nelle Regioni, con un coordinamento nazionale e un fondo dedicato. Va rivista poi, nel medio periodo, la procedura per l'ampliamento del panel Sne, sganciandola dall'aggiornamento dei Lea».

Adeguamento

La lista delle condizioni nel test va aggiornata in base alle evidenze scientifiche



Il Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026 stabilisce la necessità di «garantire il tempestivo ampliamento del pannello di patologie oggetto di screening neonatale»



Organoidi: che cosa sono e a che cosa servono

Nell'ultimo decennio lo sviluppo di questi organi in miniatura ha allargato gli orizzonti sia nella ricerca di base sia nella comprensione e nella cura di diverse patologie

di **Ruggiero Corcella**

Immaginate di avere su un vetrino un pezzetto di intestino, di polmone o di cuore in miniatura. Non un modellino di plastica, ma un tessuto vivo, fatto di cellule umane che si organizzano da sole, crescono in 3D e si comportano in modo sorprendentemente simile all'organo vero. Sono gli organoidi, piccoli «laboratori tascabili» che aiutano i ricercatori a capire le malattie e i medici a scegliere cure più adatte ai pazienti.

Grazie all'evoluzione delle tecniche di manipolazione delle cellule staminali (come le cellule staminali pluripotenti indotte - iPSC) e all'introduzione di nuove tecnologie (come la stampa 3D), oggi la ricerca ha a disposizione diversi modelli di organi umani: tra cui fegato, intestino, stomaco, reni, pancreas, cuore, tiroide, retina, ghiandole mammarie, ovaio e, infine, cervello.

Nell'ultimo decennio lo sviluppo di questi organoidi ha allargato gli orizzonti di studio, sia per quanto riguarda la ricerca di base sui processi fondamentali della biologia sia per quello che concerne la possibilità di capire meglio diverse patologie e trovare una terapia efficace. Gli organoidi sono stati utilizzati per lo studio delle malattie cardiovascolari, del cancro ma anche, ad esempio, per lo studio delle conseguenze delle infezioni virali sui polmoni: inutile ricordare l'impatto che

ha avuto il Sars-CoV-2 su questo organo.

Definizioni

Ma cosa sono gli organoidi? «Sono dei mini organi, delle "pallette" (a volte piene, a volte cave) di cellule che contengono una mini popolazione di cellule specializzate e staminali simili in proporzioni all'organo in questione. Le dimensioni partono dai 300 micron (un milionesimo di metro) e possono crescere fino a qualche millimetro anche se

con la crescita si ha il problema della mancanza di vascolarizzazione che li può rendere con un nucleo centrale necrotico», risponde Lorenzo Moroni, direttore del Merl Institute for Technology-Inspired Regenerative Medicine, professore di Biofabrication for Regenerative Medicine, Complex Tissue Regeneration Department, Università di Maastricht.

Per sgombrare il campo dagli equivoci, occorre sottolineare che gli organoidi non sono organi in provetta. «Vanno bene per studiare comportamenti biologici in fase di sviluppo di un dato organo, ma non possono replicare un organo adulto», spiega Moroni. Gli organoidi hanno diverse funzioni: «Servono a studiare fasi di sviluppo di un certo organo, possibili inizi di una data malattia o condizione genetica, meccanismi biologici che ne stanno alla base, ed eventuali possibili target terapeutici».

E hanno anche un processo di «assemblaggio» particolare. «Tramite condizioni in cui le cellule non sono in aderenza alla piastra di coltura e quindi iniziano ad aderire tra di loro facendo un self-as-

sembly e creando le "pallette". A seconda dei segnali biochimici mescolati nel terreno di coltura si indirizzano in uno specifico tipo o altro. Sono regolati dai segnali biochimici, nel mezzo di coltura. Da stimoli meccanici e stimoli elettrici in alcuni casi specifici (neuro o cardio, ad es.)».

Quali sono i vantaggi di questa tecnologia? «A differenza di quanto avviene con l'uso delle cellule staminali embrionali, vi sono questioni etiche di minore entità. Inoltre, le iPSC possono essere prodotte a partire da cellule di ogni singolo individuo, situazione ideale sia per la terapia, perché così non provocano rigetto, sia per lo studio di come si generano le malattie cardiache. Questo è vero soprattutto per quelle che hanno una base genetica, perché è possibile ottenere cardiomiociti che hanno lo stesso patrimonio genetico del paziente da studiare», spiega Massimiliano Gnecci, professore di Cardiologia presso l'Università di Pavia e direttore della Cardiologia Traslationale dell'Irccs Policlinico San Matteo.

Nell'ultimo decennio, gli organoidi sono diventati un obiettivo importante nella ricerca biomedica. Questi organi semplificati, coltivati in laboratorio, possono imitare



aspetti importanti della biologia umana, fungendo da strumento accessibile e potente per studiare malattie e testare farmaci.

I problemi irrisolti

Tuttavia, replicare le complesse disposizioni e reti di vasi sanguigni presenti negli organi reali rimane un ostacolo importante. Così come quello della loro innervazione. Ma sul fronte della ricerca si stanno raggiungendo risultati notevoli e tre studi pubblicati a giugno su *Nature Biomedical Engineering*, *Cell* e *Nature* hanno descritto la creazione di organoidi epatici, polmonari e cardiaci con autentici vasi sanguigni.

E non è finita. Il 20 agosto scorso, su *Nature Communi-*

cations, il team di scienziati statunitensi del Sanford Stem Cell Institute del professor Alysson Muotri (UC San Diego) ha ottenuto un risultato sbalorditivo: un robot a quattro zampe è stato guidato grazie a mini-cervelli coltivati in laboratorio e stimolati con la luce attraverso il grafene.

Gli organoidi collegati al sistema ricevevano segnali dal robot, ogni volta che questo incontrava un ostacolo. Nel giro di meno di 50 millisecondi, gli organoidi generavano una risposta elettrica che portava il robot a cambiare direzione.

Fu proprio il gruppo di Muotri nel 2019, a pubblicare su *Stem Cells* un articolo che riportava la prima creazione di organoidi la cui attività elettrica cerebrale era parago-

nabile a quella di un feto tra le 12 e le 13 settimane di età.

Un risultato che ha evidenziato l'urgenza di affrontare il tema, anche sotto l'aspetto etico (si veda box in alto).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



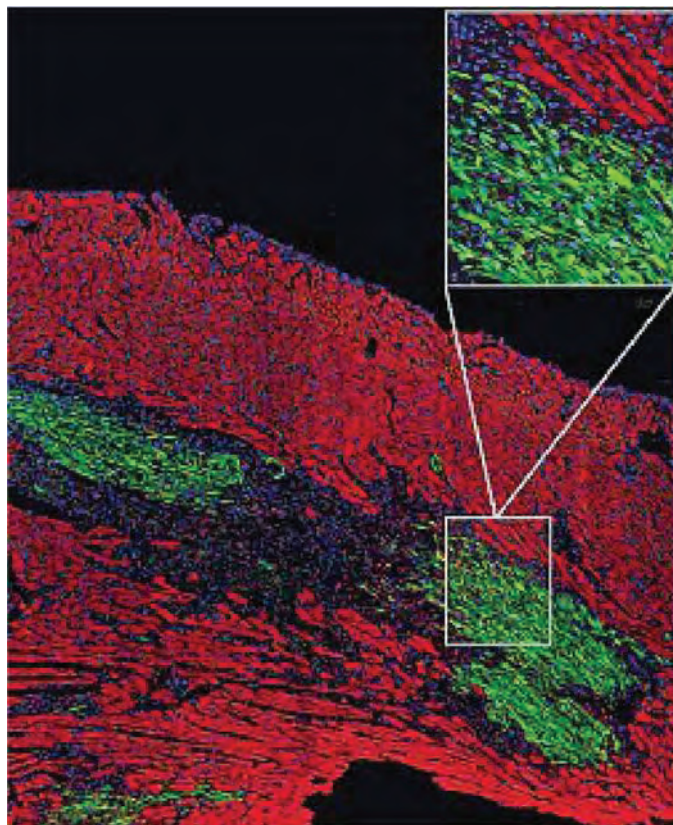
Permettono di indagare comportamenti biologici in fase di sviluppo di un dato organo. Ma non sono un organo adulto

Il progetto

● Organoidi creati da cellule staminali del liquido amniotico, raccolte nello stadio finale della gravidanza, potrebbero diventare il nuovo strumento per la diagnosi prenatale per stabilire lo stato di salute di un bambino fino dallo stadio fetale.

● È il filone di ricerca avviato dagli italiani Mattia Gerli, Giuseppe Calà e Paolo de Coppi, dell'University College e del Great Ormond Street Hospital di Londra.

● Dopo i primi risultati positivi di uno studio su 12 donne in gravidanza, pubblicati su *Nature Medicine*, ora i ricercatori hanno creato un protocollo, descritto su *Nature protocols*, in collaborazione con l'Ospedale Bambino Gesù di Roma,



Cellule mesenchimali stromali attecchite in zona infartuale (Foto: per gentile concessione Struttura di Cardiologia traslazionale - Fondazione Irccs Policlinico San Matteo di Pavia)



Il report Unicef**Bambini obesi
allarme mondiale
«Uno su 10 rischia»****Vittorio Sabadin**

Unicef, il dossier choc: più bimbi obesi di quanti soffrono la fame. L'indagine su 190 Paesi. *A pag. 14*



Unicef, il dossier choc nel mondo è obeso un bambino su dieci

IL FENOMENO

ROMA I bambini obesi e in sovrappeso sono per la prima volta nel mondo più numerosi di quelli che soffrono la fame. Sembra una bella notizia, ma non lo è. Il rapporto dell'Unicef «Feeding Profit: How Food Environments are Failing Children» considera questa tendenza un grave pericolo: milioni di bambini ingrassano perché mangiano cibo spazzatura al quale sono stati aggiunti zuccheri, sale e coloranti per renderli più appetitosi. L'indagine ha preso in esame la situazione di 190 paesi (non c'è l'Italia) e ha scoperto che il 9,2% dei giovani tra i cinque e i 19 anni è sottopeso, mentre il 9,4% è obeso. Nel 2000 il 13% era troppo magro e solo il 3% era troppo grasso.

Che cosa è successo in questi 25 anni? Un dirigente della Coca-Cola ha detto una volta che tutte le

grandi fortune sono state create grazie a sostanze che creano dipendenza. Si riferiva alla caffeina e allo zucchero della sua bevanda, ma oggi la dipendenza viene creata per tanti altri alimenti e persino per i prodotti digitali che gli adulti divorano in streaming. I bambini sono le vittime principali di queste assuefazioni.

IL LUOGHI

L'obesità, rileva l'Unicef, è più alta nei paesi delle isole del Pacifico, dove c'è stato «un passaggio dalle diete tradizionali al cibo a basso costo e ad alta densità energetica che viene importato». Nello stato insulare di Niue, il 38% dei giovani tra i cinque e i 19 anni è obeso, il 37% nelle Isole Cook. Ma non si deve concluderne che questo sia solo un problema dei paesi poveri. Il fenomeno è largamente diffuso an-

che tra quelli a medio ed alto reddito, come il Cile (27%), gli Stati Uniti (21%) e gli Emirati Arabi Uniti (21%).

La colpa, denuncia il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, è «dei moderni punti vendita, dei negozi di alimentari online e delle app per la consegna di cibo». Gli alimenti che contengono sostanze ultra-elaborate (Upf) includono biscotti, cereali, torte, bevande gas-



sate, piatti pronti che sono stati sottoposti a processi industriali con l'aggiunta di coloranti, emulsionanti, dolcificanti, grassi e aromi. Lo scopo di questi trattamenti è quello di renderli particolarmente graditi al palato e di farli acquistare di nuovo. Gli alimenti Upf, scrivono i ricercatori dell'Unicef, «dominano i negozi e le scuole» e sono fortemente promossi ai bambini e ai genitori nei programmi di intrattenimento: è quasi impossibile evitarli, diventano in breve un obbligo inconscio invece che una scelta personale e responsabile.

ICOSTI

I cibi processati industrialmente sono più economici degli alimenti freschi e questo spiega perché quando il reddito di una famiglia diminuisce, i suoi componenti tendono spesso a ingrassare. Nei paesi ad alto reddito, i bambini che nascono in famiglie più povere, afferma il rapporto, hanno maggiori probabilità di vivere in deserti alimentari (aree prive di cibo sano) o paludi alimentari (aree sature di

cibo malsano). Le famiglie nelle quali non si cucina più aumentano di numero e il cibo viene preso direttamente dal frigorifero o dal forno a microonde. Fino a qualche anno fa solo la denutrizione era considerata dalle organizzazioni internazionali un'emergenza da combattere, ma ora, dice l'Unicef,

bisogna che diventi un'emergenza anche l'obesità infantile, perché è strettamente collegata a rischi futuri di malattie cardiache, diabete e cancro.

LE CONSEGUENZE

Nomathemba Chandiwana, direttrice scientifica della Desmond Tutu Health Foundation di Città del Capo, in Sudafrica, lo ha confermato: «Spesso pensiamo alla malnutrizione solo come sottopeso o arresto della crescita, ma l'obesità ha le stesse conseguenze a lungo termine. Circa un bambino su otto è in sovrappeso o obeso, mentre uno su quattro è rachitico. Questo doppio fardello sta plasmando la salute di una generazione».

«Quando parliamo di malnutrizione – ha detto Catherine Russell, direttrice dell'agenzia dell'Onu – non stiamo più parlando solo di bambini sottopeso. L'obesità è una preoccupazione crescente. Gli alimenti ultra-elaborati stanno sostituendo sempre più frutta, verdura e proteine in un momento in cui la nutrizione svolge un ruolo fonda-

mentale nella crescita, nello sviluppo cognitivo e nella salute mentale dei bambini».

L'Unicef invita i governi ad agire, con restrizioni alla vendita, con etichette che denunciano i contenuti nocivi, con le tasse e la negazione di sussidi, con il divieto di distribuire cibo spazzatura nelle scuole. Le multinazionali del cibo sono potenti e sono in grado di influenzare le scelte della politica, ma la lotta con quelle del tabacco è stata ormai quasi vinta. Si è dimostrato che si può fare, e bisognerebbe farlo ancora.

Vittorio Sabin

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA COLPA È DEGLI
ALIMENTI COMPOSTI
DA SOSTANZE ULTRA
ELABORATE CHE
COSTANO MENO DI
QUELLI FRESCHI**



Servizio Medicina di genere

Quando il cuore batte per due: la gravidanza svela i rischi nascosti nelle donne

Secondo uno studio il rischio d'infarto cresce fino a cinque volte oltre i 35 anni. Al Gise Women di Salerno gli esperti chiedono più ricerca e diagnosi

di Francesca Cerati

12 settembre 2025

Il cuore di una donna, durante la gravidanza, lavora il doppio. Con l'avvicinarsi del terzo trimestre il volume di sangue può crescere fino al 60% e il cuore accelera il battito per sostenere la vita che si forma. Nella maggior parte dei casi questa straordinaria macchina resiste senza problemi, ma non sempre. È proprio in gravidanza che si svela la fragilità nascosta del cuore femminile, soprattutto se l'età è avanzata o se sono presenti patologie croniche.

Il pericolo cresce con l'età materna

Uno studio condotto dalla NYU School of Medicine, e pubblicato su Mayo Clinic Proceedings, ha analizzato quasi 50 milioni di nascite negli Stati Uniti tra il 2002 e il 2014. I risultati sono netti: le donne tra i 35 e i 39 anni hanno un rischio fino a cinque volte più alto di infarto durante o dopo la gravidanza rispetto alle ventenni, e il pericolo sale ulteriormente dopo i 40. «La gravidanza è un banco di prova che può svelare patologie latenti o peggiorare quelle già presenti», spiegano gli autori. Non si tratta di allarmismo, ma di consapevolezza: la tendenza a posticipare la maternità ha reso questi dati sempre più rilevanti.

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte per le donne, con circa 124mila casi all'anno. La malattia coronarica colpisce una donna su nove tra i 45 e i 64 anni e addirittura una su tre dopo i 65. La mortalità è alta, persino superiore a quella del tumore al seno. Numeri che si riflettono in gran parte del mondo occidentale, a conferma di un problema globale che non risparmia nessuno.

Ma la fragilità del cuore femminile non si limita alla gravidanza. Ci sono forme di sofferenza invisibili, difficili da diagnosticare con i test tradizionali: ischemia senza coronaropatia ostruttiva, infarto senza lesioni evidenti, dissezioni spontanee delle arterie coronarie. Molte donne presentano dolore toracico o affaticamento, ma l'angiografia non rivela ostruzioni significative. In realtà si tratta di disfunzioni dei piccoli vasi, spasmi coronarici, anomalie sottili che spesso non vengono riconosciute in tempo. «Il 50-70% delle pazienti con sintomi aspecifici e malattia coronarica non significativa all'angiografia è donna», spiega Simona Pierini della Società italiana di cardiologia interventistica (Gise). Eppure, la consapevolezza resta scarsa.

Gravidanza e rischio a lungo termine

Anche la storia riproduttiva, al di là del parto in sé, è un campanello d'allarme per il futuro. Uno studio norvegese pubblicato lo scorso anno ha mostrato che complicanze come preeclampsia, parti

prematuri o neonati di basso peso predicono un rischio cardiovascolare più alto anche decenni dopo. In altre parole, ciò che accade in gravidanza lascia tracce durature sul cuore e sui vasi sanguigni della madre.

A Salerno, il Gise Women che si apre oggi affronta proprio queste sfide, focalizzandosi sulle sfide di genere nella pratica clinica. Gli specialisti richiamano l'urgenza di colmare il divario tra uomini e donne, non solo in termini di diagnosi e cure ma anche di ricerca scientifica. Le donne sono sottorappresentate negli studi clinici, spesso sottotrattate e diagnosticate tardi. «Il nostro obiettivo è accendere i riflettori sulle disparità di genere», sottolinea Francesco Saia, presidente Gise.

Dalla consapevolezza all'azione

Il messaggio che arriva da Salerno è chiaro: il cuore delle donne ha specificità che vanno riconosciute e rispettate. Dalla gravidanza alla menopausa, fino all'età avanzata, è necessario ascoltare i segnali sottili, non ridurre i sintomi a semplici disturbi e garantire strumenti diagnostici capaci di cogliere l'invisibile. Solo così il cuore femminile smetterà di essere fragile per diventare finalmente protetto.



Servizio Lo studio su Lancet

Guerra ai superbatteri: l'Italia avanza nella corsa ai nuovi antibiotici

La ricerca evidenzia una recente stima secondo cui 11 milioni di vite potrebbero essere salvate entro il 2050 con una pipeline migliorata di farmaci antimicrobici

di Redazione Salute

12 settembre 2025

I superbatteri e la loro resistenza alle terapie rappresentano una delle sfide dei sistemi sanitari a livello globale. Il G7 Salute ospitato dall'Italia ad Ancona a ottobre 2024 ha scommesso su questa sfida, e il nostro Paese con il ministro della Salute Orazio Schillaci si è fatto promotore di strategie e piani ad hoc contro l'antimicrobicoresistenza. Ora uno studio pubblicato su 'The Lancet eClinicalMedicine' ha analizzato il contributo economico dei Paesi del G7 e dell'Unione europea all'innovazione nel campo degli antibiotici, con particolare attenzione agli strumenti cosiddetti 'pull' e 'push', pensati per sostenere economicamente lo sviluppo di nuovi farmaci antibatterici e scelti proprio dal ministero della Salute per aiutare lo sviluppo di nuove armi contro i superbug. Con l'Italia che si piazza tra i Paesi ora di punta nella corsa verso nuovi efficaci e preziosi antibiotici.

Lo studio su Lancet e le 11 milioni di vite da salvare

La ricerca evidenzia una recente stima secondo cui 11 milioni di vite potrebbero essere salvate entro il 2050 con una pipeline migliorata di farmaci antimicrobici mirati ai batteri Gram-negativi. Lo studio su Lancet parte dal fatto che oggi lo sviluppo di nuovi antibiotici è per l'industria farmaceutica un comparto non attrattivo, e servono strumenti - economici ma non solo - che possano supportare l'innovazione nel settore. Gli autori hanno cercato di capire se i principali Paesi ad alto reddito stiano contribuendo in modo equo, in base alla loro capacità economica, a sostenere la ricerca e lo sviluppo di antibiotici. Il lavoro ha esaminato i dati annuali sui ricavi e sui volumi degli antibiotici (due in particolare, cefiderocol e ceftazidime-avibactam), per stimare se i Paesi del gruppo G7 più quelli dell'Ue a 27 stiano realizzando investimenti nel campo. In particolare, lo studio ha identificato una soglia di ricavi equa per ciascun Paese, proporzionale al Pil, e l'ha confrontata con i ricavi delle aziende effettivamente generati dalla vendita dei due antibiotici considerati rappresentativi. L'analisi si è basata sui dati di vendita raccolti da Iqvia tra il 2015 e il 2024, e ha preso in considerazione tre possibili scenari: basso, intermedio e alto, con il valore intermedio fissato a circa 363 milioni di dollari l'anno per ciascun farmaco (valore aggiornato all'inflazione).

Italia e Inghilterra con i migliori risultati

Nel complesso, il gruppo G7 e Ue a 27 "non ha raggiunto gli obiettivi cumulativi di medio termine - osservano i ricercatori - Il Regno Unito ha raggiunto gli obiettivi annuali di medio termine grazie ad un suo programma specifico di 'abbonamento' agli antibiotici (le aziende

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

ricevono un pagamento fisso annuo, indipendente dal numero di dosi vendute). L'Italia ha raggiunto gli obiettivi di medio termine per un maggiore utilizzo dei farmaci, dovuto a un contesto epidemiologico caratterizzato da una maggiore diffusione di ceppi resistenti, e in più per lo sviluppo di nuove politiche di rimborso e in particolare l'istituzione di un Fondo nazionale per gli antibiotici 'orfani', approvato nel 2025 con una dotazione di 100 milioni di euro all'anno. Gli incentivi 'pull' per gli antibatterici tedeschi, francesi e giapponesi non hanno raggiunto gli obiettivi di medio termine. Nessun membro del G7 ha raggiunto gli obiettivi di fascia alta con gli attuali prezzi o i volumi". In conclusione, "un incentivo 'pull' di garanzia dei ricavi per le aziende, progettato per integrare i ricavi di mercato, potrebbe sostenere l'innovazione e accelerare l'accesso senza dipendere dai prezzi o volumi più elevati. I progressi nel Regno Unito e in Italia dimostrano che il raggiungimento degli obiettivi di 'equa condivisione' è realizzabile in diversi contesti nazionali", conclude lo studio.

Rasi: l'Italia ha scelto strada giusta nella ricerca e sviluppo

"Lo studio su 'Lancet' dimostra che l'Italia ha fatto la scelta giusta nella strategia per incentivare la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici, vista anche la nostra situazione non felicissima per quanto riguarda l'antimicrobico resistenza. Il nostro modello può essere preso ad esempio e se più paesi seguiranno la nostra strada ci sarà la massa critica per favorire il ritorno di investimenti dell'industria su nuovi antibiotici", avverte Guido Rasi, professore di Microbiologia all'Università Tor Vergata di Roma e già direttore generale di Ema (l'Agenzia europea dei medicinali), intervenendo sullo studio pubblicato su 'The Lancet eClinicalMedicine' che ha analizzato il contributo economico dei Paesi del G7 e dell'Unione europea all'innovazione nel campo degli antibiotici, con particolare attenzione agli strumenti cosiddetti 'pull' e 'push', e l'Italia si è dimostrata tra i migliori paesi Ue.



Servizio Infezioni

Sanità, ecco perché la sepsi fa un morto ogni tre secondi

Colpisce ogni anno 48,9 milioni di persone nel mondo, e con oltre 11 milioni di decessi rappresenta il 20% della mortalità globale

di Redazione Salute

13 settembre 2025

La sepsi, sindrome clinica grave causata da una risposta disfunzionale dell'organismo a un'infezione, colpisce ogni anno 48,9 milioni di persone nel mondo, e con oltre 11 milioni di decessi (1 persona ogni 3 secondi circa) rappresenta il 20% della mortalità globale. Per questo l'Istituto nazionale per le malattie infettive 'Lazzaro Spallanzani' Irccs di Roma aderisce anche quest'anno al World Sepsis Day (13 settembre), rinnovando così il proprio impegno nella lotta contro la sepsi.

Il 13 settembre è il World Sepsis Day

Questa giornata, promossa dalla Global Sepsis Alliance (Gsa) - ricorda l'Inmi - ha l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni su una delle principali cause di morte nel mondo. La Global Sepsis Agenda 2030 mira a prevenire 12 milioni di nuovi casi e salvare 2 milioni di vite nei prossimi 5 anni. Lo Spallanzani contribuisce attivamente a questo obiettivo attraverso la ricerca, la formazione e la promozione di protocolli innovativi. La sepsi, sostengono le esperte dell'Inmi, è "una sfida trasversale che richiede una risposta integrata: dalla prevenzione alla diagnosi precoce, dalla terapia tempestiva alle cure intensive e alla riabilitazione post-sepsi. L'istituto invita tutti gli attori della salute pubblica, i media e la società civile a unirsi in questo sforzo globale per salvare milioni di vite".

Cosa è la sepsi e la mortalità in Italia

La sepsi è una delle condizioni mediche più insidiose: nasce da una infezione, ma può evolvere in modo rapido e grave, fino a determinare insufficienze d'organo, shock settico e avere un decorso fatale. Nel mondo colpisce fino a 50 milioni di persone all'anno e causa globalmente circa 11 milioni di decessi: una vera emergenza sanitaria anche in Italia, dove la mortalità rimane elevata, con tassi stimati tra il 25% e il 40%. E' l'allarme lanciato da Aop Health, azienda globale pioniera nelle terapie integrate per le malattie rare e la terapia intensiva, alla vigilia del World Sepsis Day, che si celebra il 13 settembre con lo scopo di sensibilizzare l'opinione pubblica sulla gravità di questa patologia, spesso poco conosciuta. Secondo uno studio condotto in Italia - riporta una nota della società - il numero dei decessi che riportano la sepsi come causa unica o associata è passato da circa 19mila nel 2003 a oltre 49mila nel 2015, pari a un aumento dal 3% all'8% di tutti gli esiti fatali registrati. Un dato che, secondo il Libro bianco realizzato dall'Osservatorio nazionale sull'antimicrobico resistenza (Onsar), è arrivato a toccare punte di 70mila vittime nel 2020.

Numeri di enorme impatto che confermano la necessità di riconoscere la sepsi non solo come una sfida clinica, ma anche come una priorità di sanità pubblica.

I sintomi

In occasione della Giornata mondiale della sepsi, è importante ricordarne l'impatto e i sintomi, variabili e spesso aspecifici, che rendono difficile la diagnosi precoce. Proprio la rapidità nella diagnosi e la tempestività nell'intervento terapeutico sono gli elementi determinanti per migliorare l'esito clinico. Numerose le infezioni batteriche, virali o fungine, che possono evolvere in sepsi; ad esempio, quelle alle vie respiratorie - come influenza o Covid-19 - o alle vie urinarie. La sepsi riguarda non solo i pazienti ospedalizzati, soggetti alle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (Ica), ma può colpire anche fuori dal contesto ospedaliero. Potenzialmente può interessare chiunque, tuttavia risultano più esposti i pazienti che hanno subito un recente ricovero o intervento chirurgico, pazienti immunocompromessi o con comorbidità, le persone anziane e i bambini al di sotto dell'anno di età. "Febbre alta, respirazione accelerata con violenti brividi e uno stato di confusione sono sintomi che dovrebbero far scattare il sospetto di diagnosi di sepsi. Ma se questi segnali non vengono interpretati correttamente, la finestra di tempo per intervenire si restringe drasticamente - avverte Massimo Girardis, ordinario di Anestesia e terapia intensiva presso l'università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e direttore del Dipartimento di Anestesia e terapia intensiva del Policlinico universitario di Modena - La formazione del personale sanitario e la consapevolezza dei cittadini sono parti essenziali di una strategia efficace contro la sepsi. Sapere cosa cercare può salvare vite".



Servizio Staff sanitari

Da Sinner alla Paolini la corsa degli sportivi (anche Jacobs) verso la chiropratica

Cresce la richiesta di professionisti abilitati in Italia con l'obiettivo di evitare gli infortuni, prolungare le carriere e, soprattutto, migliorare le performance

di Roberto Ceccarelli

12 settembre 2025

Sono in netto aumento le richieste delle società sportive per inserire negli staff tecnici la figura del chiropratico. Anche a seguito del successo di sportivi olimpionici come Marcell Jacobs nel cui team sanitario c'era il chiropratico Renaud Dejean, l'Associazione italiana chiropratici (Aic) ha rilevato negli ultimi anni un crescente numero richieste da parte di società sportive, sia agonistiche, sia dilettantistiche, per avere informazioni sui professionisti abilitati in Italia. Il fine comune? Evitare gli infortuni, prolungare le carriere sportive e, soprattutto, migliorare le loro performance in ambiti dove il peso dell'atleta si misura sempre più spesso con ingenti risorse economiche impegnate.

I chiropratici italiani ai World Games 2025 di Chengdu

Lo scorso agosto una delegazione di chiropratici sportivi italiani ha partecipato ai World Games a Chengdu, in Cina. La Renita Rasmann, Fabrizio Marino Patrick Murugan hanno rappresentato l'Italia della professione nel team sanitario internazionale formato da 50 colleghi di dieci paesi e supportando 4.500 atleti di 110 nazioni. Solo pochi giorni prima, sempre i chiropratici italiani con la milanese Luisanna Ciuti avevano fatto scuola al 32° Congresso Internazionale Isokinetic tenutosi in Spagna allo Stadio Civitas Metropolitano di Madrid, dove erano riuniti oltre 2.500 professionisti da 80 Paesi, per affrontare i temi centrali come la prevenzione degli infortuni, la biomeccanica applicata e l'evoluzione delle tecniche riabilitative.

“Il legame tra sport e chiropratica, è profondo – commenta John Williams, presidente dell'Aic - contribuisce alla prevenzione degli infortuni, al mantenimento delle condizioni di salute ottimali degli atleti, ma anche alla cura delle disfunzioni che garantiscono una più rapida ripresa a seguito di eventi infortunistici. Oggi anche in Italia le maggiori squadre calcistiche del campionato nazionale hanno in organico un chiropratico, come pure le più importanti società sportive di basket, atletica, fino al canottaggio e allo sci alpino”.

E sono proprio quelle discipline sportive che richiedono il contatto con attrezzature non biologiche (racchette, sci, pesi, ecc...) ad attrarre i campioni che cercano di far leva su un mix di concezione filosofica dell'atleta e misurazioni delle performance fisiche con apparecchiature all'avanguardia.

I casi celebri: quando filosofia e scienza lavorano sulla performance

Atleti del calibro di Jannik Sinner, Milos Raonic e Jasmine Paolini nel tennis, o glorie dello sci alpino come Alberto Tomba, Deborah Compagnoni e Federica Brignone, hanno in comune la

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

consulenza di Alfio Caronti, chiropratico attivo a Como, che con i suoi 40 anni di esperienza e un'attività pubblicistica alle spalle, ha provato con successo a far superare loro quei “blocchi nascosti” che possono fare la differenza. “Anche piccoli aggiustamenti posturali servono a cambiare in meglio intere carriere sportive. Quando un atleta trova la sua centratura posturale, migliora la performance cambiando il suo modo di percepire il campo, l'avversario, la fatica – spiega Caronti - Il fisico dell'atleta è sottoposto a uno stress senza eguali e nell'attività sportiva ogni squilibrio posturale diventa immediatamente visibile, trasformandosi facilmente in calo di performance, infortuni ricorrenti o in limiti apparentemente inspiegabili. Dunque il corpo parla prima della voce. Basta osservare come uno sportivo cammina dopo una gara vinta o persa per cogliere quanto emozioni e movimento siano intrecciati”.

Dal Milan Lab alle olimpiadi, gli albori e le nuove frontiere

La storia della chiropratica nello sport in Italia è costellata da sperimentazioni pionieristiche in campo biomedico e collaborazioni ad alti livelli. Fin dagli anni ottanta i chiropratici attivi in Italia svilupparono modelli di prevenzione anti infortunistica sportiva. Tra questi Jean-Pierre Meersseman, il quale, da coordinatore sanitario dell'AC Milan, arrivò a fondare il MilanLab, centro medico innovativo ideato per la prevenzione, la cura e il mantenimento delle condizioni di salute ottimali dei calciatori a livello agonistico. L'esperienza del MilanLab segnò la nascita di un innovativo protocollo di prevenzione degli infortuni, una sorta di caposcuola che faceva leva su approfonditi test medici giornalieri elaborati con strumenti all'avanguardia ideati in collaborazione con multinazionali hi-tech come Microsoft e del mondo accademico internazionale, dal MIT (Massachusetts Institute of Technology) al Politecnico di Milano fino all'Ospedale San Raffaele e all'Università Cattolica di Lovanio, in Belgio.

“L'atleta usa il suo corpo spesso in modo più spinto a volte più estremo di un non atleta. La struttura fisica umana segue delle regole biomeccaniche che dipendono dalla qualità dei tessuti che la compongono e di come si organizzano l'uno con l'altro – spiega il chiropratico Renaud Dejean, che ha seguito, tra gli altri, il campione olimpico Marcell Jacobs e che è stato nel team sanitario del CONI negli ultimi due appuntamenti olimpici –. Uno dei ruoli del chiropratico è di migliorare la condizione di omeostasi, di ottimizzare cioè la fisiologia dell'organismo grazie all'analisi della colonna vertebrale e al suo aggiustamento. Quindi come ogni essere umano, ogni atleta per poter esprimersi al meglio ha bisogno di essere controllato e aggiustato regolarmente da un chiropratico”.

Come funziona la chiropratica sportiva in Italia e nel mondo

Fondata a Londra nel 1987, la FICS (Federazione Internazionale di Chiropratica dello Sport) è il punto di riferimento per la chiropratica sportiva a livello mondiale. Riconosciuta dal World Federation of Chiropractic (l'unico interlocutore dell'Organizzazione mondiale della sanità per la professione chiropratica), è un membro della GAISF (Global Association of Intl Sports Federations) ed ICSSPE (International Council of Sports Science and Physical Education).

“In Italia esiste uno speciale organismo in seno all'Associazione Italiana Chiropratici che esiste dal 1994 - afferma Gino Campanelli, responsabile del CICS (Comitato Italiano di Chiropratica Sportiva). Tale comitato rappresenta il “perno” del coordinamento fra l'AIC, la FICS e le varie organizzazioni sportive nazionali dei singoli paesi. Il CICS è riconosciuto dalla Federazione Internazionale di Chiropratica Sportiva (FICS), alla quale possono operare esclusivamente Dottori Chiropratici laureati secondo gli standard internazionali, ovvero, in possesso di una laurea magistrale di almeno cinque anni. I membri di tale comitato sono tenuti a rispettare lo statuto e il codice deontologico dell'Associazione”.



Servizio Lombardia

Ortopedia, il Pronto soccorso del “Pini” fiore all’occhiello di Milano e di tutta l’Italia

La struttura realizzata in tempi record grazie a un investimento di 2,2 milioni di euro finanziato dal Pnrr e approvato da Regione Lombardia rappresenta un'eccellenza da 50mila prestazioni l'anno incluso l'ambito pediatrico

*di Pietro Simone Randelli **

12 settembre 2025

Con l'inaugurazione del nuovo Pronto soccorso dell'Ospedale Gaetano Pini di Milano, la sanità lombarda e italiana compiono un passo decisivo verso un modello di cura più moderno, sicuro ed efficiente. La struttura, realizzata in tempi record grazie a un investimento di 2,2 milioni di euro finanziato dal Pnrr e approvato da Regione Lombardia, rappresenta un'eccellenza non solo per la città ma per l'intero sistema ospedaliero nazionale: con 50mila prestazioni l'anno - vuol dire che un milanese su 20 ogni anno ha accesso al Pronto soccorso - rappresenta un punto di riferimento per l'ortopedia e la traumatologia in tutta la Lombardia, anche in ambito pediatrico con 400 interventi l'anno per fratture.

Le nuove sfide

Il Pini rafforza così il proprio ruolo in un momento in cui la domanda di salute cresce, mentre la qualità dell'assistenza deve confrontarsi con nuove sfide organizzative e tecnologiche, e questo è stato possibile grazie al grande lavoro del provveditore Claudio di Benedetto, che è riuscito, nonostante difficoltà tecniche e burocratiche legate a un'operazione così importante, a far ristrutturare in due mesi in modo radicale un Pronto Soccorso nevralgico per la salute dei milanesi.

La ristrutturazione ha avuto obiettivi chiari: migliorare l'accoglienza dei pazienti e garantire maggiore comfort. Ne sono un esempio l'ampliamento e la riorganizzazione delle aree di triage e delle sale visita, la creazione di una “camera calda” per la presa in carico dei pazienti in condizioni di sicurezza e la separazione degli accessi tra pedoni e mezzi di soccorso.

Cambia il paradigma di cura

Non si tratta solo di un investimento edilizio o tecnologico, ma di un vero cambio di paradigma: gli spazi diventano parte integrante del processo di cura. L'umanizzazione dell'assistenza, che ha guidato la riqualificazione, è un fattore determinante per la qualità delle prestazioni e per la soddisfazione dei cittadini e il tutto grazie alla regia della direttrice generale Paola Lattuada che ha avviato un profondo progetto di ristrutturazione dell'Istituto, assicurandoci anche l'avvio di una terapia subintensiva da 12 posti letto che avverrà nell'arco di qualche mese.

Il contesto

Il nuovo Pronto soccorso del Pini si inserisce in un programma più ampio di riordino della rete ospedaliera lombarda, che prevede interventi analoghi su altri presidi strategici della città di Milano – dal San Carlo al Policlinico, da Niguarda al Macedonio Melloni, fino al Fatebenefratelli. È una visione complessiva che mette al centro la rapidità di intervento, la sicurezza delle cure e la vicinanza al territorio.

La ristrutturazione dell'Istituto Ortopedico Gaetano Pini riveste un ruolo cardine nella medicina italiana collaborando in particolare all'attività formativa e scientifica della Siot, Società italiana di Ortopedia e Traumatologia.

Investire nella sanità pubblica significa rafforzare il capitale umano, valorizzare la ricerca, migliorare l'accessibilità e garantire cure tempestive e di qualità. È un impegno che riguarda tutti noi, medici, istituzioni e cittadini, perché il futuro della salute si costruisce con infrastrutture moderne, professionalità competenti e un sistema che sappia rispondere ai bisogni reali della popolazione.

L'identikit del Pini

L'Azienda socio sanitaria territoriale Gaetano Pini-Cto, punto di riferimento per l'ortopedia, la riabilitazione specialistica, la reumatologia e la neurologia (Parkinson e Parkinsonismi), a livello nazionale, comprende a Milano tre presidi ospedalieri: il Gaetano Pini, il Cto e il Polo riabilitativo Fanny Finzi Ottolenghi. L'Asst Gaetano Pini-CTO – evoluzione della Scuola Ortopedica milanese nata nel 1874 - è specializzata in patologie e traumi dell'apparato muscolo-scheletrico, reumatologia e fisiatria. L'Azienda accoglie ogni anno più di 800.000 utenti e i suoi specialisti lavorano con le più sofisticate tecniche di imaging, attraverso sale operatorie sia convenzionali sia dotate delle ultime tecnologie. L'Asst Gaetano Pini-Cto è centro erogatore per la presa in carico dei pazienti cronici nell'ambito delle patologie reumatologiche e della Malattia di Parkinson.

** Direttore scientifico della Clinica ortopedica dell'Istituto Gaetano Pini, Presidente della Società italiana di Ortopedia e Traumatologia (Siot), Ordinario di Ortopedia presso l'Università di Milano*



Servizio Verso le Olimpiadi

Milano-Cortina 2026: così oltre lo sport la sanità pubblica si prepara a ospitare i Giochi

Il maxi-evento invernale si preannuncia come una grande opportunità per rafforzare il Servizio sanitario nazionale e l'assistenza sui territori coinvolti lasciando un'eredità di strutture e competenze basata su un modello di intervento integrato

*di Davide Croce *, Diana Bianchedi * Giuseppe Massazza ****

12 settembre 2025

I Giochi Olimpici invernali di Milano-Cortina 2026 rappresentano un'occasione unica per rafforzare il Servizio sanitario nazionale e quello delle quattro regioni e Province coinvolte, con impatti che si estenderanno oltre la durata dei Giochi.

Questa eredità (legacy) si articola su due piani complementari: uno materiale, costituito da infrastrutture e tecnologie, e uno immateriale, incentrato sulle competenze e motivazioni dei singoli, sulla cultura della prevenzione e sui valori OneHealth. Se il primo è immediatamente visibile, il secondo costituisce la vera scommessa per il futuro dei grandi eventi non solo sportivi e della sanità pubblica.

Investimenti concreti per il territorio

L'impronta tangibile dei Giochi si traduce in un potenziamento mirato delle infrastrutture sanitarie, con un importante impegno delle Regioni/Province. I pilastri di questa trasformazione sono i servizi sanitari regionali con i quattro Regional Medical Officer: Alberto Zoli, direttore generale di Asst Niguarda per la Lombardia, Paolo Rosi responsabile 118 per la Regione Veneto, Vito Raccanelli professore di medicina interna all'Università di Trento per la Provincia di Trento e Mark Kauffman responsabile 118 per la provincia di Bolzano.

Poli ospedalieri rafforzati

L'Ospedale Niguarda di Milano, gli ospedali di Belluno e Verona, l'ospedale di Trento e l'ospedale di Bolzano sono stati designati come centri nevralgici dell'assistenza ospedaliera per i Giochi Olimpici. Ognuno di questi ha preparato il proprio Pronto soccorso, i reparti di diagnostica avanzata e alcuni letti di degenza specialistici per un'assistenza mirata. Ma non solo i grandi ospedali: il presidio Morelli di Sondalo, così come Cortina, Brunico e Cavalese, si evolveranno in centri di eccellenza per la medicina sportiva, l'ortopedia e la cura dei pazienti complessi, adeguandosi a una domanda sanitaria in evoluzione. Il rafforzamento aiuta alla riduzione delle liste di attesa.

Nei villaggi olimpici saranno allestiti poliambulatori temporanei. Al termine della manifestazione, queste strutture avranno una nuova vita: si trasformeranno in Case della comunità oppure andranno ad arricchire l'offerta sanitaria territoriale, in alcuni casi in territori isolati almeno dal punto di vista sanitario.

Sistema di emergenza avanzato e modelli di coordinamento

La rete di soccorso sarà potenziata durante i Giochi con nuovi mezzi specifici come motoslitte e quad cingolati che resteranno in loco. Il coinvolgimento delle reti di volontariato e l'integrazione tra protezione civile ed emergenza sanitaria costituiranno un importante modello operativo di coordinamento anche per altri grandi eventi futuri, facilmente replicabile in tutte le regioni.

Questo complesso investimento infrastrutturale e organizzativo lascerà un'impronta concreta nei sistemi sanitari regionali non solo per il periodo dei Giochi, ma per l'intero orizzonte futuro.

Legacy immateriale: la vera sfida per il futuro

Se le infrastrutture costituiscono l'ossatura, la legacy immateriale è l'anima del progetto post-olimpico. È qui che si gioca la partita più importante per un'eredità significativa, soprattutto nella formazione del capitale umano e nello sviluppo delle capacità gestionali.

Una nuova generazione di manager della sanità

L'organizzazione sanitaria di un evento di portata mondiale come le Olimpiadi rappresenta un'immensa palestra formativa. La necessità di allestire e gestire servizi complessi, attivi 24 ore su 24, in scenari ad alta pressione e secondo standard internazionali, impone un salto di qualità a livello organizzativo. Il personale medico, infermieristico, tecnico e volontario coinvolto sarà esposto a protocolli rigorosi, a una programmazione meticolosa e alla gestione di flussi imponenti di atleti, media e spettatori.

Questa esperienza non si esaurisce con la cerimonia di chiusura. Al contrario, è destinata a forgiare una nuova generazione di professionisti e manager della sanità. L'esposizione a standard e modelli organizzativi internazionali e la necessità di operare secondo una programmazione impeccabile doteranno queste figure di competenze preziose in: Project Management in ambito complesso; Crisis Management e Risk Assessment; OneHealth, con particolare attenzione alla collaborazione interdisciplinare e internazionale.

L'allestimento, il reclutamento di personale e la gestione di servizi sanitari d'alta complessità (24 ore su 24, in scenari ad alta pressione) forniscono all'intero sistema sanitario nuove competenze organizzative da trasferire anche nella gestione ordinaria o in contesti di emergenza.

Questi professionisti, una volta rientrati nella gestione quotidiana, potranno diventare agenti di cambiamento, portando con sé un metodo di lavoro basato sulla ricerca di efficienza in un ambito di programmazione.

Cultura della salute e inclusione sociale

Accanto alla formazione di manager, la legacy immateriale si nutre di una rinnovata cultura della salute e della prevenzione. La Fondazione Milano Cortina 2026 sta già promuovendo attivamente campagne per incentivare l'attività fisica e il benessere, comprese iniziative dedicate alla salute mentale che rafforzano il legame tra sport, prevenzione e inclusione sociale.

La prevenzione vive inoltre una fase di approccio OneHealth basato sulla salute che verrà assicurata nei sei villaggi olimpici (ad esempio, per quanto riguarda acqua e alimenti).

Le Olimpiadi e le Paralimpiadi diventano così una leva per un cambiamento culturale profondo, e l'Italia ospita le prime olimpiadi diffuse che permettono un ampliamento di scenario della legacy materiale e immateriale lasciata dai giochi olimpici.

Un modello integrato per il futuro

In sintesi, la legacy sanitaria di Milano-Cortina 2026 si configura come un modello di intervento integrato. Le nuove infrastrutture (materiali) forniranno gli strumenti, ma saranno le competenze (immateriali) a garantirne un uso efficace e sostenibile nel tempo. L'eredità più preziosa che i Giochi lasceranno alla sanità non sarà solo negli edifici, ma nelle persone: professionisti competenti e manager preparati, pronti a guidare il sistema sanitario regionale verso un futuro di maggiore efficienza, resilienza e inclusione.

** Università Carlo Cattaneo LIUC e Fondazione Milano Cortina 2026** Fondazione Milano Cortina 2026*** Università di Torino e Fondazione Milano Cortina 2026*

Il tesoro della salute

Da Ivrea e Vercelli, così il Piemonte è diventato un hub farmaceutico per l'Europa
 "Siamo la nicchia del Biotech e della cura, la nostra forza è essere un distretto"

SARA TIRRITO
 TORINO

Tra le Alpi e le colline, il Piemonte ha saputo trasformarsi in un hub di innovazione di livello europeo per pharma e biotecnologie. Una nicchia quasi nascosta che ha attirato colossi della farmaceutica e, con essi, talenti da tutto il mondo. Produzione di farmaci, dispositivi medici, laboratori per la diagnostica avanzata, e tutto quello che compone il grande insieme della "salute".

Si distingue in biotech, big pharma, distribuzione e altri piccoli rivoli che, in sintesi, rientrano nelle Scienze della vita. Calcolarne l'impatto esatto è difficile ma il comparto ha vissuto uno sviluppo ininterrotto dal 2018 al 2024, con esportazioni cresciute a ritmo costante del 37%, secondo gli ultimi dati Ires, solo per il comparto chimico-farmaceutico piemontese. Circa 959 milioni di export nel 2024 stando ai dati del centro studi di Intesa Sanpaolo e 10 mila addetti in totale secondo Ceipiemonte. «La nostra Regione, pur avendo un numero esiguo di centri rispetto alla Lombardia, ha costruito un ecosistema virtuoso capace di competere sui mercati internazionali», spiega la professoressa Fiorella Altruda, membro del cda di Bioindustry Park e presidente del centro di Biotecnologie molecolari. Uno dei perni del

comparto ruota proprio attorno al Bioindustry Park di Ivrea, nato alla fine degli anni '90 con una governance pubblico-privata (rispettivamente al 69% e al 31%) che unisce produzione e ricerca. «Abbiamo cercato di coniugare capacità industriale a interesse generale - spiega Andrea Gremmo, site manager del parco -, creando un ponte tra ricerca e industria e garantendo l'attrazione di aziende e investimenti a favore dello sviluppo del territorio». Bracco, Novartis, Siemens, Merck. Tutte queste multinazionali hanno oggi un

avamposto a Colletterto Giacosa e Pavone Canavese, alle porte di Ivrea, dove nasce il distretto. «Il fatto stesso che queste aziende fossero in Piemonte ha permesso di attrarre giovani talenti e far crescere gli investimenti», spiega Altruda. Un effetto calamita che ha portato per esempio Advanced Accelerator Applications, start-up innovativa fondata nel 2002 come spin-off del Cern a quotarsi al Nasdaq nel 2015 per poi essere acquisita da Novartis nel 2018. «Nel nostro polo, grandi aziende e centri di ricerca del pharma operano a fianco di pmi, startup, istituzioni ed enti di formazione», dice Gremmo. Oggi l'ecosistema nel settore della salute in Piemonte conta circa 700 attori ed è coordinato dal polo di Innovazione regionale bioP-med, con oltre 90 associati tra università, grandi imprese, startup e pmi innovative. I settori spaziano dal farmaceutico al biomedicale per arrivare al diagnostico e al digitale. «Anche l'area piemontese dei trapianti è internazionalmente riconosciuta», dice Altruda.

Tra i simboli di crescita la Cell Factory dell'Università di Torino, autorizzata dall'Aifa nel 2017, che permette di «passare dalla ricerca alla produzione di farmaci cellulari o cellule ingegnerizzate». Il dialogo con l'accademia è cruciale: gli incubatori (2i3T e I3P) e le università formano «ricercatori ben formati al «technology transfer», spiega la professoressa. Passaggio fondamentale per il successo delle startup. Un esempio viene da Novacos ImmunoTherapeutics, uno spin-off dell'Università del Piemonte orientale e oggi guidata da ex manager del gruppo Novartis.

«Lavoriamo a molecole intelligenti per la regolazione dell'inibizione di tumori e abbiamo ricevuto l'approvazione di due brevetti in Ue, Usa, Canada e Cina», spiega Giovanni Cerutti, presidente e direttore generale di Novacos. Un legame che sottolineano anche i big dell'industria: «Il nostro stabilimento di Ivrea -



spiega Valentino Confalone, ad di Novartis Italia – lavora su radiofarmaci che rappresentano l'ultima frontiera della medicina nucleare di precisione in oncologia, e sono destinati a tutto il mondo». A segnare il passo da sempre è anche Diasorin, nata nel 1969 a Saluggia, in provincia di Vercelli, e oggi tra i più importanti player al mondo per l'industria della salute. Specializzata in diagnostica molecolare e immunodiagnostica, oggi l'azienda fattura circa 1,2 miliardi e ha circa 3mila dipendenti nel mondo. «Con il Piemonte abbiamo un rapporto strutturale - spiega il gruppo - collabo-

riamo con gli atenei e gli ospedali: questo accelera il time-to-market dei test di specialità e sostiene la pipeline».

Ad aggiungere un tassello importante di sviluppo è il comparto dei dispositivi medici, che tra Piemonte e Liguria, comprende circa 3mila aziende. «È il settore di cui vediamo l'espansione a vista d'occhio - spiega Antonio Conto di ChemSafe -. La nostra azienda si occupa degli aspetti regolatori e fattura 4 milioni all'anno. Da Parella, nel Canavese, arriva anche in America e Cina». È anche la collocazione che agevola la dimensione internazionale. «Il Piemonte ha una posizione geografica che la rende facilmente in contatto con la Francia e con il nord Europa». Una posizione geografica privilegiata che, unita alle com-

petenze e agli investimenti in corso, finisce per consolidare il Piemonte come punto di riferimento europeo per l'innovazione biotecnologica. «Con la sua tradizione industriale e innovativa - dice Fabio Faltoni, presidente di Confindustria dispositivi medici -, il Nord Ovest deve essere protagonista di crescita per il settore e per il futuro del Paese». —

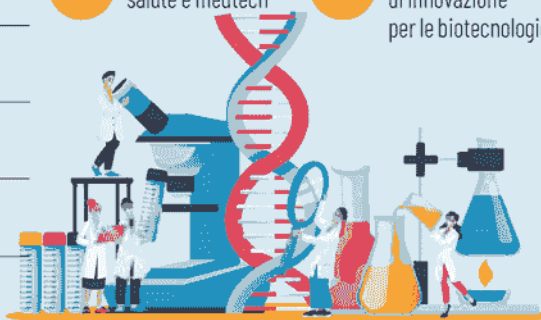
I DATI CHIAVE

Il settore salute e benessere in Piemonte

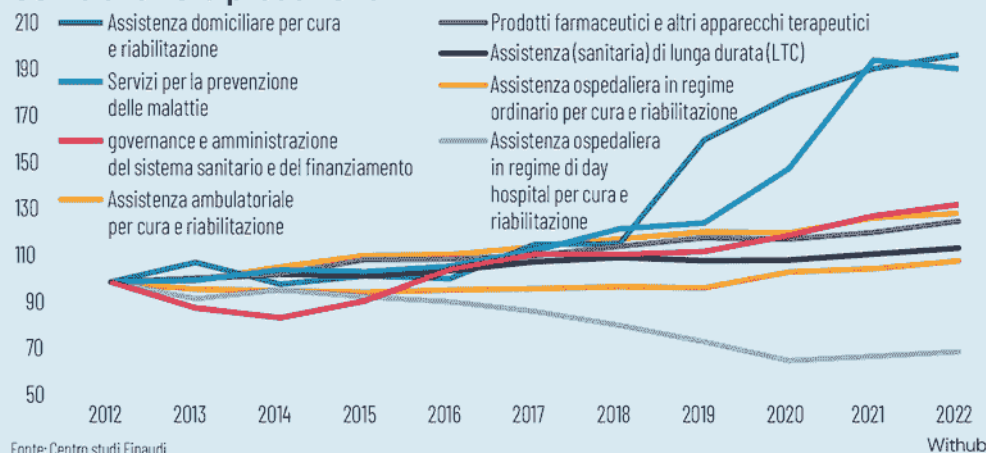
- 5°** Regione italiana per numero di imprese attive nel campo delle biotecnologie
- 56** Le aziende biotech
- 400** Le imprese nel settore scienze della vita
- 10 mila** Gli addetti
- 1** Parco Scientifico per le biotecnologie e 3 Incubatori

Fonte: Ceipiemonte

- 250** Imprese nei settori salute e medtech
- 1** Polo di Innovazione per le biotecnologie



Come evolve la produzione



Fonte: Centro studi Einaudi

Sul territorio le sedi di Diasorin, Merck, Novartis: «Questo attrae talenti e crea sviluppo»

69%

La quota pubblica del Bioindustry Park, il polo di produzione per il pharma in Piemonte

37%

Il tasso di crescita del comparto chimico-farmaceutico nel 2018-2024 secondo Ires



Fiorella Altruda
Professore emerito all'Università di Torino Guida il centro di Biotecnologie molecolari



Valentino Confalone
Addi Novartis Italia, che in Piemonte ha un polo di medicina nucleare di precisione in oncologia



**Già 46 contagiati, via
alle disinfestazioni**

Virus chikungunya, allerta nel Veronese

■ Cresce l'allarme per il virus Chikungunya nel Veronese con i casi di contagio che continuano a salire e una disinfestazione a tappeto organizzata dalle autorità. I contagi sono saliti a quota 46 con preoccupazione anche per le ripercussioni sugli eventi pubblici, a cominciare da sagre e feste di paese. Sono state già tre quelle annullate o sospese a causa del focolaio che si è allargato a macchia di leopardo, coinvolgendo il capoluogo, la Valpolicella, ma anche Affi e Isola della Scala, dove si è registrato l'ultimo caso di infezione. Un episo-

dio limitato, affrontato subito con tutte le precauzioni, attivando gli interventi di disinfestazione, ma che proietta timori sulla Fiera del Riso, la grande rassegna gastronomica che sarà inaugurata venerdì prossimo, 19 settembre, e che fino al 12 ottobre attende oltre 300mila visitatori dall'Italia e dall'estero. Un eventuale focolaio potrebbe pregiudicare, almeno in parte, lo svolgimento della rassegna.

Interventi di bonifica anche a Verona e nelle altre località dove si sono registrati i contagi anche se dal Dipartimento

Prevenzione del Veneto è stato confermato che quella Veronese è l'unica provincia finora colpita dal virus. Attenzione alta, anche se solo per 2 dei 46 contagiati è stato necessario il ricovero in ospedale.

Gli esperti della Regione stanno ancora cercando di chiarire l'origine del focolaio, perché è stato accertato che si tratta di tutti casi autotoni e non a causa di reduci da viaggi all'estero in zone considerate a rischio. Si spera anche nel meteo, con il calo delle temperature che ridurrebbe l'attività dei focolai. Mentre continuano i trattamenti antilarvali e

di disinfestazione per debellare le temibili zanzare che veicolano il virus. Secondo l'ultimo bollettino dell'Istituto superiore di Sanità, in Italia dall'1 gennaio al 9 settembre 2025 risultano 208 casi confermati di Chikungunya: 41 casi associati a viaggi all'estero e 167 casi autoctoni, a essere colpite sono persone con una età media di 60 anni, il 47% di sesso maschile. Nessun decesso è stato registrato.



IL CASO DELLA NEONATA DI TESTACCIO

L'ostetrica: «La bimba quando è nata già non si muoveva»

«Quando la bimba è nata già non si muoveva». Emergono nuovi dettagli sulla tragedia della piccola Matilde, morta durante il parto nella casa maternità «Il Nido» di via Marmorata, a Testaccio, nel pomeriggio di venerdì scorso. A fornire le prime informazioni su quello che stava accadendo è stata l'ostetrica presente in quel momento, erano le 14.30 circa, Francesca I., già sentita dalla polizia. È stata lei a chia-

mare il 112. Oggi in Procura l'informativa della polizia: potrebbero esserci i primi indagati per omicidio colposo. a pagina 5

Neonata deceduta a Testaccio «Dopo il parto non si muoveva» L'ostetrica che ha dato l'allarme. Oggi l'informativa in Procura

«Quando la bimba è nata già non si muoveva». Emergono nuovi dettagli sulla tragedia della piccola Matilde, deceduta durante il parto nella casa maternità «Il Nido» di via Marmorata, a Testaccio, nel primo pomeriggio di venerdì scorso. A fornire le prime informazioni su quello che stava accadendo è stata l'ostetrica presente in quel momento, erano le 14.30 circa, Francesca I., che è stata sentita dalla polizia. Nel centro che organizza da anni parti naturali come fossero in casa e non «medicalizzati», autorizzato dalla Asl secondo le linee guida della Regione, c'era anche un medico. Dopo un primo tentativo di rianimazione è stata proprio l'ostetrica a chiamare il 112 per richiedere ambulanza e auto-

medica dell'Ares 118 arrivate circa 15 minuti dopo. Anche il personale sanitario ha tentato manovre di rianimazione della piccola, appena partorita da una donna di 37 anni, ora ricoverata in ospedale, assistita dal marito, di 48, che ha successivamente chiamato la polizia.

Il decesso della neonata è stato dichiarato alle 15.25, dopo quasi un'ora di tentativi di salvare la piccola e la polizia invece è stata chiamata alle 15.40. Le indagini dovranno stabilire ora se ci siano state responsabilità da parte della titolare del centro, Valeria Barchiesi, dell'ostetrica e del medico presenti al parto nella morte della bambina. Oggi in Procura la polizia potrebbe consegnare l'informativa sull'accaduto e potrebbe essere

aperto un fascicolo per omicidio colposo con i primi indagati. Del resto «Il Nido» è già stato sequestrato nella serata di venerdì scorso, dopo un lungo sopralluogo effettuato dalla polizia, anche con la Scientifica. Le autorizzazioni sarebbero in regola, ma bisognerà ora fare luce sulla tempistica del parto e della scoperta che la bimba non si muoveva, se prima fossero stati effettuati tutti gli accertamenti e le analisi previsti dal protocollo. Anche per chiarire questi punti la Procura ha disposto l'autopsia prevista per i prossimi giorni, mentre non è escluso un altro sopralluogo nella casa maternità per verificare le condizioni di igiene e sicurezza per le puerpere.

R.Fr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

● Oggi informativa in Procura sul decesso della bimba nata nella casa maternità «Il Nido»

● A breve potrebbero esserci i primi indagati



Casa maternità «Il Nido» sequestrato (Stefanelli LaPresse)



La bimba muore dopo il parto Sequestrata la Casa-Maternità

►La tragedia a "Il Nido" di Testaccio dove si partorisce seguendo solo metodi naturali

Era nata da appena quindici minuti la piccola quando avrebbe mostrato i primi segni di sofferenza. Poi la situazione nella Casa Maternità "Il Nido", l'appartamento in zona Testaccio dove la mamma della bimba era stata assistita durante il parto, è precipitata fino al drammatico epilogo. Il papà della neonata ha chiamato i soccorsi, ma i sanitari del 118 non hanno potuto che constata-

re il decesso della piccola causato, secondo una prima ipotesi, per un arresto cardiocircolatorio. La polizia ha proceduto con il sequestro dell'appartamento dell'associazione e la denuncia.

Savelli a pag. 30

Tragedia a Testaccio



Bimba muore dopo il parto nella Casa della maternità Sigilli all'appartamento

►La piccola in arresto cardiaco poco dopo la nascita, l'autopsia dovrà chiarire le cause
Sequestrata la struttura, denunciate per omicidio colposo la direttrice e l'ostetrica

IL CASO

Era nata da appena quindici minuti la piccola quando avrebbe mostrato i primi segni di sofferenza. Poi la situazione nella Casa Maternità "Il Nido", l'appartamento in un condominio di Testaccio dove la mamma della bimba era stata assistita durante il parto, è precipitata fino al drammatico epilogo. Il papà della neonata ha chiamato i soccorsi e i sanitari del 118 sono subito

intervenuti ma non hanno potuto che constatare il decesso della piccola causato, secondo una prima ipotesi, per un arresto cardiocircolatorio. La mamma, in stato di choc, è stata poi trasferita al pronto soccorso dell'ospedale Isola Tiberina. La polizia ha proceduto con il sequestro dell'appartamento dell'associazione e la denuncia, con l'accusa di omicidio colposo, per la direttrice

della struttura e l'ostetrica che ha seguito i neo genitori durante il parto.

I RILIEVI

Le indagini della polizia venerdì



poco dopo le 15 sono partite da qui per far luce sul parto avvenuto nella struttura extra ospedaliera e terminato con la morte della neonata. Una squadra della polizia Scientifica ha eseguito verifiche ed esami scientifici nell'appartamento di via Marmorata per accertare che tutte le procedure previste nei parti assistiti (e in ambiente domestico) siano state rispettate. Nello specifico sono stati eseguiti rilievi nelle stanze parto e nella vasca per il parto in acqua. Quindi sono stati analizzati gli strumenti medici e quelli specifici per il travaglio. Secondo i primi risultati, non sarebbero state riscontrate anomalie o irregolarità ma sono stati richiesti test ad hoc i cui risultati sono attesi domani. Allo stesso tempo, sono in corso approfondimenti sulla struttura e sull'associazione - attiva dal 1989 - e che riproduce, appunto, l'ambiente domestico per accompagnare le donne e le coppie durante la gravidanza e il parto, adottando un approccio non medicalizzato.

I SOCCORSI

«Durante il parto non ci sono stati problemi. La piccola però è nata e pochi minuti dopo, ci siamo

accorti che qualcosa non andava e che non rispondeva più agli stimoli» ha riferito agli agenti ancora sconvolto il papà. Gli agenti al termine dei rilievi scientifici hanno sequestrato la struttura (l'appartamento) di via Marmorata dove nelle prossime ore potrebbero essere eseguiti ulteriori accertamenti. Mentre la salma della neonata è stata trasferita al policlinico Umberto I dove nelle prossime ore il medico legale procederà con l'autopsia. I test clinici saranno determinanti per accertare l'arresto cardiocircolatorio e le cause delle complicazioni che hanno poi portato al decesso della piccola. Restano in-

fatti ancora molti i punti da chiarire sulla drammatica vicenda. Ecco perché gli investigatori si stanno concentrando sulla ricostruzione di quanto avvenuto nella casa della maternità di via Marmorata. Nelle prossime verrà ascoltata l'ostetrica scelta dalla neomamma per essere seguita per la nascita imminente della bimba. Le indagini della polizia viaggiano ora su un doppio binario: da una parte, accertare che siano state garantite assistenza e cure sia alla piccola che al genitore durante il travaglio, nelle fasi del parto e in quelle subito suc-

cessive. Dall'altra invece, stabilire l'efficienza della catena dei soccorsi quando la piccola ha mostrato i primi segni di sofferenza. Sono già in corso le verifiche sulla casa della maternità e sull'equipe medica messa a disposizione della famiglia travolta dal dramma. Si tratta infatti di una struttura extra ospedaliera privata in cui devono essere comunque assicurate norme di sicurezza e standard igienico-sanitari. Gli investigatori stanno inoltre verificando anche i tempi di intervento. In sostanza, se siano state rispettate tutte le procedure previste dal personale presente durante il parto in caso di emergenza. La testimonianza dei neogenitori e dell'ostetrica sarà quindi determinante per la ricostruzione di quei drammatici minuti.

Flaminia Savelli

IL PAPÀ: «ERA ANDATO TUTTO BENE, POI HA SMESSO DI RISPONDERE AGLI STIMOLI». LA MAMMA SOTTO CHOC ALL'ISOLA TIBERINA



La Casa Maternità di via Marmorata, a Testaccio



«L'intervista Herbert Valensise

«Se la madre avesse scelto un ospedale ci sarebbero state più chance di salvarla»

La morte della neonata, avvenuta pochi istanti dopo il parto nella casa della maternità di Testaccio, è una tragedia che lascia spazio a numerosi interrogativi. Primo fra tutti: se la piccola fosse venuta alla luce in ospedale sarebbe ancora viva? «Difficile stabilirlo ma, certamente, avrebbe avuto più chances di salvezza». Ne è convinto Herbert Valensise, professore ordinario di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università di Roma Tor Vergata e responsabile di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico Casilino Roma.

Professore, perché tante donne decidono di partorire nelle case della maternità invece che in ospedale?

«Lo fanno per una scelta naturalista, per vivere il parto come un momento intimo, casalingo e familiare. Ma è chiaro che qualora sorga un problema alla mamma o al bambino la situazione può precipitare. Quando la bimba è nata non c'era un neonatologo ne sono state utilizzate le normali strumentazioni ospedaliere grazie alle quali avrebbero potuto presagire una sofferenza neonatale».

Il suo consiglio è di partorire sempre in ospedale?

«Assolutamente sì. Solo in una struttura ospedaliera si può affrontare l'emergenza o l'imprevi-

sto. Durante un parto gli eventi imprevisti sono tanti. Da una sofferenza fetale a una infezione intra amniotica a una posizione anomala del feto. I rischi partorendo in una casa della maternità sono tanti sia per la mamma che per il bambino. Infatti le regioni che, in condizioni particolari, autorizzano queste strutture prevedono che le stesse siano in collegamento con l'ospedale più vicino».

Partorire, al giorno d'oggi, è pericoloso?

«Per il bambino il parto è l'evento più rischioso di tutta la vita. E non esistono parti a rischio zero. La percentuale aumenta in base a vari fattori quali età della mamma, obesità, diabete, ricorso alla procreazione assistita etc. Diciamo che nella popolazione a basso rischio abbiamo una incidenza di dover fare un cesareo d'urgenza intorno all'8-10%. Percentuale che sale tra la popolazione a medio o alto rischio».

A che età bisognerebbe concepire un figlio per ridurre i rischi?

«Il periodo ideale è tra i 25 e i 35 anni. Tanto più la mamma è grande quanto più il suo fisico farà fatica ad adattarsi alla gravidanza che è come una prova da sforzo in quanto aumenta il lavoro del cuore e dei reni. Più alta è l'età, più è probabile che insorgano anche

diabete, pressione alta e rischio del distacco della placenta».

Crede che i rischi legati al parto, in Italia, siano sottovalutati?

«In realtà l'organizzazione italiana è molto rigida: hanno fatto chiudere i punti nascita che fanno meno di 500 parti all'anno tranne in casi particolari tipo nelle isolate località di montagna. La volontà è proprio quella di far confluire le nascite negli ospedali più grandi, meglio attrezzati e dove c'è una maggiore abitudine alla gestione dell'emergenza».

Perché, nonostante tragedie come questa, alcune ostetriche sostengono con forza la sicurezza del parto nelle case della maternità?

«Per soldi chiaramente. Non può esserci altra spiegazione. È evidente che un'ostetrica in ospedale non potrebbe mai avere i guadagni e l'autonomia che ha in una casa della maternità. Ma a rischiare sono le mamme e i neonati».

Barbara Carbone

IL PROFESSORE DI TOR VERGATA: TROPPI RISCHI, MEGLIO CHE SIA SEMPRE PRESENTE UN NEONATOLOGO



Il reparto di Neonatologia e nella foto piccola Herbert Valensise, professore di Ginecologia e Ostetricia a Tor Vergata



Cosa sono

Dal travaglio allo yoga le pratiche alternative alla nascita in reparto

Le Case Maternità sono strutture extra ospedaliere riconosciute dalla Regione Lazio, che trattano parto a domicilio in centro nascita ed in casa maternità. A Roma sono diversi i centri che offrono la possibilità di vivere il parto ricreando un ambiente domestico.

a pag. 31

Tragedia a Testaccio



Yoga, corsi e degenza in coppia viaggio nelle cliniche alternative

►Regolarmente riconosciute, le Case Maternità puntano sulla dimensione domestica della gravidanza. Una mamma: «Riceviamo l'anima dei nostri figli, non solo il corpo»

IL FOCUS

«Non posso rispondere» ripete la direttrice mentre ci accompagna fuori dalla sede della Casa Maternità "Il Nido" di Testaccio. Per poi lasciarsi andare: «Da oltre 30 anni seguiamo le mamme, i papà e i bambini. Le indagini chiariranno tutto» conclude. Intanto ancora ieri mattina la sede di via Marmorata della struttura dove venerdì pomeriggio si è consumata la tragedia, era operativa. La polizia infatti ha sequestrato l'appartamento, nello stesso condominio, dove ormai dagli anni '90 l'associazione assiste mamme e famiglie. Si tratta di una delle più conosciute nella Capitale che offre non solo l'assistenza durante le fasi finali della gravidanza. Ma una serie di attività: Yoga per bimbi, corsi pre-parto

e per allattamento. E poi ancora: spazi di condivisione per le neomamme dove possono confrontarsi e supportarsi quindi, classi di nido per i piccoli. Come spiegano nella presentazione le responsabili: «Un luogo di sicurezza e intimità» si legge: «Dal 1989 l'associazione Il Nido opera nell'ambito della maternità e della salute per affermare una cultura della nascita che ponga al centro la donna e la sua famiglia, nel rispetto dell'unicità e della globalità della persona. Il Nido con la Casa Maternità ha voluto creare un luogo in cui si possa seguire attraverso il principio di "continuità dell'assistenza" l'intero percorso della maternità».

IL PERCORSO

Le Case Maternità sono struttu-

re che trattano il parto a domicilio in centro nascita ed in casa maternità. Strutture extra ospedaliere dunque, regolarmente riconosciute dalla Regione Lazio che fissa regole e requisiti minimi. Nel caso specifico, la vicinanza a una struttura ospedaliera e la presenza di due ostetri-

che (iscritte all'albo). Quindi la presenza di strumenti per il pri-



mo soccorso e medicinali di base.

Nella Capitale sono diversi i centri attivi che offrono ai genitori la possibilità di vivere il parto ricreando un ambiente domestico. «Un luogo» spiega la titolare di una Casa Maternità aperta nel 2017 nel quartiere Laurentino «dove vengono svolte attività e corsi nell'ambito materno infantile, si seguono le gravidanze e rappresenta anche il luogo della nascita, dotato di sala parto e di una stanza per la degenza della coppia». Pure in questo caso, alle famiglie si offrono percorsi e attività per supportare non solo i bimbi nelle prime fasi dopo la nascita. «Partorire in modo intimo e sicuro - spiegano i titolari - la sua gestione e conduzione avviene principalmente da un team selezionato di Ostetriche che, seguendo le linee guida dell'Oms e Nazionali, e lavorando secondo i principi della continuità assistenziale, ac-

compagnano ed assistono le donne e le famiglie dal concepimento fino ai primi anni di vita del bambino». Anche nella Casa Maternità al Laurentino sono quindi diversi i corsi offerti: il corso preparto, il corso di autosvezzamento, il corso di Baby nuoto, primo soccorso pediatrico, il corso di Yoga in gravidanza e post parto, e tanto altro ancora.

LE MAMME

«Ho partorito in Casa Maternità perché avevo bisogno di un luogo

sicuro e rispettoso delle nostre esigenze» racconta una neomamma che si è rivolta alla Casa Maternità di Boccea: «Volevo che mia figlia e io fossimo le protagoniste, avere un'intimità - dice ancora la neomamma

mostrando la piccola di pochi giorni - volevo essere seguita dalla mia ostetrica e volevo ricevere non solo il corpo di mia figlia, ma anche la sua anima. Scegliere la Casa Maternità è scegliere un luogo dove sentirsi sicuri e rispettati. Si tratta di una risposta - dice ancora - ai nostri bisogni di mamme».

Fla. Sav.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I REQUISITI MINIMI
SONO LA VICINANZA
A UN NOSOCOMIO
E LA PRESENZA
DI ALMENO
DUE OSTETRICHE**

**MOLTI DI QUESTI CENTRI
SONO DOTATI ANCHE
DI UN NIDO PER NON
SPEZZARE IL LEGAME
CON LE FAMIGLIE DOPO
L'ARRIVO DEL PICCOLO**

I PUNTI

1 La preparazione all'evento

Il primo aspetto su cui intervengono le Case Maternità è la preparazione con corsi pre-parto e di allattamento ma anche con lo yoga per il benessere psico-fisico

2 La centralità del confronto

Grande importanza viene data al confronto tra le future mamme, con la creazione di spazi appositi in cui i futuri genitori possano aprirsi e supportarsi

3 Si diventa genitori in due

Esporre le proprie ansie o imparare a legare la fascia per portare a spasso i piccoli: non sono cose che riguardano solo le madri. Da qui il coinvolgimento dei padri

4 Il legame anche dopo la nascita

Il percorso continua anche dopo l'arrivo di una figlia o di un figlio. Per questo molte strutture attivano anche dei nidi: il legame con le famiglie non si spezza

