

**23 giugno 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**



## Sociosanitario, associazioni datoriali e sindacati: puntare a contratto unico - Accade Ora

20/06/2025  
Redazione-web

Torino, 20 giu. (askanews) – Compie i primi passi di un cammino lungo ma tracciato il contratto unico per il settore sociosanitario. Cioè la proposta, portata avanti da Uneba ([www.uneba.it](http://www.uneba.it)), voce del non profit di radici cristiane, di un contratto che possa applicarsi alle centinaia di migliaia di lavoratrici e lavoratori dell'assistenza a anziani non autosufficienti ed altre fragilità. Oggi invece nel sociosanitario si applicano una decina di contratti differenti, uno per ciascuna associazione datoriale. È quanto emerso dalla tavola rotonda “Verso il Ccnl unitario del comparto sociosanitario”, organizzata da Uneba a Torino venerdì 20 giugno nel suo convegno “Il lavoro tra professionalità e valore etico della cura”.

“Nei prossimi 2-3 anni dobbiamo iniziare a ottenere qualcosa riguardo al contratto unico – ha detto il segretario nazionale Uneba, Alessandro Baccelli -. Avere uno strumento di lavoro simile per tutte le diverse realtà potrebbe sicuramente essere una soluzione. Propongo di partire, per il contratto unico, dagli articoli che nei vari contratti sono simili o quasi identici”.

Ma per arrivare a un contratto unico, che sostenga adeguatamente i lavoratori di questo settore destinato a espandersi, visto l'invecchiamento della popolazione, resta il grande problema della carenza di risorse pubbliche. Ha detto il presidente di Uneba Piemonte, Amedeo Prevete: “Serve corresponsabilità: sindacati e associazioni datoriali. dobbiamo andare tutti assieme dalle Regioni a chiedere risorse. Altrimenti non ci saranno risorse per remunerare il contratto”.

“Il contratto unico è una necessità strategica non più rinviabile per dare visibilità e peso al settore sociosanitario”, ha affermato Daniele Massa della Diaconia Valdese. Per Antonio Vargiu di Uiltucs, “dobbiamo organizzare da subito l'interlocuzione con Stato e Regioni”. Sulla stessa linea padre Francesco Ciccimarra di Agidae: “Dobbiamo aprire un tavolo per chiedere di alzare le tariffe”.

“Con Uneba abbiamo fatto un rinnovo di contratto epocale – ha sottolineato Pietro Bardoscia di Uil Fpl -. Il contratto Uneba a regime è migliorativo per i lavoratori e sarà contratto di riferimento per il settore. Garantiamo a Uneba che daremo supporto nel dialogo con le Regioni per il miglioramento delle rette”.

“Crediamo nel contratto unico, ma prima bisogna rinnovare i contratti scaduti nel settore sociosanitario”, ha aggiunto dal canto suo Aurora Blanca di Cisl Fisascat. “Dobbiamo puntare a

livellare i (compensi) tabellari – ha evidenziato Franco Berardi di Cisl Fp – “Così sarà più facile andare a esigerne i costi (da Stato e Regioni)”. “Un vantaggio del contratto unico è che ostacolerebbe la concorrenza al ribasso”, ha rimarcato Giancarlo D’Errico di Anffas.

“Nulla osta al contratto unico, ma finché non vengono definite tariffe per i servizi in base ai costi reali di produzione non si può. Questa è la nostra preconditione”, ha frenato Michele Assandri di Anaste.

“Il contratto unico è un’idea che si sta facendo strada- riconosce padre Virginio Bebbber per aris- Sono, però, particolarmente preoccupato per la situazione dei centri di riabilitazione”.



Advertisement

**SANITA' PRIVATA, DE RANGO (CIMOP): "RAFFORZARE DIALOGO CON PARTI DATORIALI E ISTITUZIONI, SAREMO REGISTI DELLA PROFESSIONE DI DOMANI MA NESSUNO SVILISCA I LAVORATORI"**

Advertisement

*L'occasione è il meeting dal titolo "Responsabilità professionale, previdenza complementare e contratti applicati ai medici in sanità privata accreditata: analisi e orientamenti", che si è svolto oggi a Roma, con 16 relatori intervenuti e 4 panel.*

Roma, 21 giugno 2025 – “CIMOP è soggetto in grado di far sedere al tavolo della sanità privata tutti i soggetti coinvolti, per riflettere e dialogare su contratti, professioni, pazienti con l’obiettivo di trovare soluzioni e non disattendere le istanze dei lavoratori”. Così il Segretario Nazionale della CIMOP (Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata), dott.ssa **Carmela De Rango**, in occasione del meeting dal titolo “Responsabilità professionale, previdenza complementare e contratti applicati ai medici in sanità privata accreditata: analisi e orientamenti”, che si è svolto oggi a Roma.

Secondo De Rango i 16 relatori intervenuti in 4 panel hanno avuto il merito di toccare tutti gli aspetti più salienti di una sanità in continua evoluzione, sia dal punto di vista normativo che organizzativo. “Si è trattato di un momento di confronto interdisciplinare che ha messo al centro la figura del professionista sanitario, con particolare riferimento alla sua responsabilità giuridica, alla tutela previdenziale e alla contrattualistica. La presenza di soggetti istituzionali come i vertici di **Aris**, **Aiop**, **Caimop**, oltre a esperti certificati del settore, ha conferito a questo seminario un altissimo valore sia come momento di confronto costruttivo con i professionisti della sanità privata, sia come segnale da lanciare all’esterno. CIMOP infatti ritiene che senza un’adeguata presa di coscienza delle esigenze dei lavoratori non sarà possibile costruire la sanità di domani, che va programmata già oggi, con scienza e coscienza, per non svilire un patrimonio valoriale e materiale oggettivo che si chiama lavoratori”.

Infine le richieste ai decisori: “Ci auguriamo che si possa attivare in maniera permanente una consulta presso il Ministero della Sanità, al fine di poter mettere assieme le esigenze di tutte le parti in causa ed evitare impasse o incomprensioni. Siamo in questo senso molto fiduciosi, anche in virtù della disponibilità al dialogo più volte manifestata dal ministro Orazio Schillaci”.

[www.cimop.it](http://www.cimop.it)





**L'INCHIESTA**  
Cosa resta dei bonus casa dimezzate le agevolazioni

GLAUCO BISSO - PAGINA 26



**IL DIBATTITO**  
Smartphone in classe meglio educare che vietare

FRANCESCO PROFUMO - PAGINA 29



**IL LIBRO**  
La mia Torino "Filmopolis" da Calvino ai palazzi magici

ALESSANDRA COMAZZI - PAGINA 31

1,90€ II ANNO 159 II N.171 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1 DCGE - TO II WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

LUNEDÌ 23 GIUGNO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



**BOMBARDATI I SITI NUCLEARI IN IRAN. DUBBI SULLA DISTRUZIONE DEGLI OBIETTIVI. TEHERAN COLPISCE TEL AVIV**

**IL COMMENTO**

Le promesse tradite del tycoon pacifista e l'ombra del patto con Putin su Kiev

STEFANO STEFANINI



Voleva tirar fuori l'America dalle «guerre che non finiscono mai» in Medio Oriente. Da ieri Donald Trump è il presidente che ha iniziato la guerra alla quale si sono sottratti otto predecessori, lui compreso (Carter, Reagan, GH Bush, Clinton, GW Bush, Obama, Trump al primo mandato, Biden), il conflitto diretto la Repubblica Islamica dell'Iran. Il regime teocratico esordì nel 1979 con un manifesto anti-Usa e anti-Israele, subito tradotto in azione con la presa in ostaggio del personale dell'ambasciata americana a Teheran. La ruggine si è solo inspessita col tempo. Niente scontro diretto con Teheran, tuttavia, persino quando lo zelo neocon di GW Bush voleva arifare il Medio Oriente.

Non ha dunque torto Benjamin Netanyahu nel dire che con l'intervento in Iran Donald Trump passerà alla storia. Non come aveva promesso ai suoi elettori («niente più guerre»). - PAGINA 4

**INTERVISTA**

L'ex capo del Mossad "Attenti alla Cina"

FRANCESCA MANNOCCHI

A parlare, dalla sua casa a Nord di Tel Aviv, non è un cittadino qualunque, ma Efraim Halevy, 90 anni, 40 passati nel Mossad, i servizi segreti israeliani. - PAGINA 9

## La Guerra di Trump

MAGRI, SEMPRINI, SIMONI



Se il popolo Maga non ci sta

SIMONA FORTI - PAGINA 17

La situation room alla Donald

SIMONA SIRI - PAGINA 16

Il presidente americano Donald Trump nella Situation Room segue il bombardamento sull'Iran. - PAGINE 2-9

**LA CASA BIANCA HA AVVISATO SOLO STARMER. IL VIMINALE: ALLARME ATTACCHI TERRORISTICI**

## Ue e Italia spiazzate: frenare l'escalation

MARCO BRESOLIN

L'attacco americano all'Iran ha colto di sorpresa le cancellerie europee, impegnate fino a 30 ore prima con l'Iran per trovare una soluzione diplomatica. - PAGINA 13

**LA TELEFONATA**

Schlein a Meloni "Prendi le distanze"

CARRATELLI, DIMATTEO - PAGINE 14-15

**L'ANALISI**

Se ora ai sovranisti resta l'imbarazzo

FLAVIA PERINA - PAGINA 26

**IL RACCONTO**

La rabbia iraniana "Ci vendicheremo" A rischio la rotta del petrolio

DELEO, GORIA



Dopo che i B-2 hanno sganciato le loro bombe, il presidente iraniano Pezeshkian ha replicato che l'attacco «dimostra che gli Usa sono il principale sostenitore della belligeranza di Israele». - PAGINE 4 E 6

**LA TESTIMONIANZA**

Il pianista Bahrami "Sfida tra bugiardi"

DANILO COCCARELLI

«Un atto vile, da condannare». Ramin Bahrami lo definisce così l'attacco degli Stati Uniti all'Iran, suo Paese natale, con la voce rotta dalla preoccupazione per le condizioni di sua madre, che a 89 anni è rimasta bloccata a Teheran e non può rientrare in Germania. «È partita il 4 giugno per raggiungere mio fratello ma adesso non riesce a ripartire», afferma il pianista iraniano naturalizzato italiano. - PAGINA 7

**LE IDEE**

Le nuove paure del mondo ferito

ANNA FOA

Questa nuova fase del conflitto tra Israele e l'Iran apre anche a nuove paure e a nuove incertezze. In Israele, sembra al momento prevalere la soddisfazione. - PAGINA 25

**WYDZASCONFITTO A FILADELFA (4-1). DOPPIETTA DEL TURCO. BIANCONERI AGLI OTTAVI**

## Yildiz formato mondiale e la Juve va

NICOLABALICE

Una stella con la maglia a strisce bianconere. È Kenan Yıldiz, assoluto protagonista anche a Filadelfia della vittoria che porta la Juve agli ottavi del Mondiale per Club: suo il cross deviato in rete da Boutouil, suo lo splendido gol che vale il raddoppio, ovviamente sulla perla che permette ai bianconeri di archiviare la pratica. - PAGINE 34 E 35



**IL PERSONAGGIO**

Casella: io, la telepatia Edda Ciano e Baudò

FILIPPO BATTAGLIA

Sulla carta d'identità di Giuseppe Casella Mariolo, in arte Giuscas, c'è scritto "artista". Così: artista. Ma che significa? - PAGINA 23

**ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo**

www.barbieriantiquariato.it  
Tel. 348 3582502





**Il ministro della Pa: «Sui premi si cambia»**

## Zangrillo: «Sanità e ministeri: possibili subito nuovi aumenti»

Andrea Bassi

«**P**er Sanità e ministeri subito nuovi aumenti. Sui premi si cambia». Così il ministro per la Pubblica amministrazione Paolo Zangrillo in una intervista a *Il Messaggero*: «Già disponibili 11

miliardi per il prossimo triennio, pronto a partire con le trattative dopo l'estate». E ancora: «Nel prossimo consiglio dei ministri nuovo passaggio per il ddl sul merito, prevediamo bonus massimi solo al 30% dei dipen-

denti. L'obiettivo è approvarlo entro l'anno».

A pag. 13



**L'intervista** Paolo Zangrillo

# «Per Sanità e ministeri subito nuovi aumenti Sui premi si cambia»

► Il ministro per la Pubblica amministrazione: «Già disponibili 11 miliardi per il prossimo triennio, pronto a partire con le trattative dopo l'estate»

**P**aolo Zangrillo, ministro per la Pubblica amministrazione, si dice «particolarmente soddisfatto». Pochi giorni fa è stato sottoscritto il contratto preliminare della Sanità. Aumenti medi del 7 per cento per quasi 600 mila tra infermieri, tecnici di laboratorio e personale amministrativo, con punte di 520 euro al mese per chi lavora nei pronto soccorso. «È un contratto importante», spiega Zangrillo, «sia da un punto di vista salariale, ma anche dal punto di vista normativo». Quali sono le innovazioni più rilevanti?

«È stata prestata una grande attenzione verso il personale di pronto soccorso soggetto sempre più spesso ad aggressioni. Il contratto approvato prevede il gratuito patrocinio legale, la possibilità per le aziende di costituirsi parte civile, il supporto psicologico. Tutte richieste avanzate anche da quei sindacati che non hanno firmato». Si riferisce a Cgil e Uil. L'accordo è

stato raggiunto perché un piccolo sindacato, NuringUp, ha deciso di firmare, mandando in mino-



ranza il fronte del no?

«Ho sempre considerato la posizione di Cgil e Uil inspiegabile».

**Inspiegabile?**

«Sì, l'unica spiegazione possibile è la volontà di trasferire sul tavolo negoziale una posizione di tipo politico. Ma direi che alla fine si sono cacciati in un angolo da soli».

**Con le Funzioni centrali, la Sanità e il comparto Sicurezza e Difesa, ci sono 1,2 milioni di dipendenti pubblici che hanno un nuovo contratto. Mancano Enti locali, scuola e tutta la dirigenza. Un altro paio di milioni di persone?**

«Per Enti locali e Scuola abbiamo incontri già fissati a luglio. Anche la dirigenza è partita, ora tocca ai medici. Attendiamo l'atto di indirizzo dalle Regioni».

**Gli Enti locali sembrano essere su un binario morto. Cgil e Uil hanno la maggioranza e non sembrano intenzionate a firmare?**

«Il contratto degli Enti locali prevede aumenti che arrivano fino al 10 per cento. Abbiamo stabilito la possibilità per i Comuni in equilibrio di Bilancio, di poter aumentare il salario accessorio per riequilibrare le retribuzioni con quelle delle Funzioni centrali. Visto che anche Cgil e Uil dicono sempre che quel delta va ridotto, trovo francamente incomprensibile il loro rifiuto. Vorrei che mi raccontassero in quale altra occasione nella storia della Repubblica c'è stata la possibilità di dare incrementi di questo valore».

**Non pensa che forse a questo punto non si arriverà a una firma?**

«Non rinuncio alla possibilità di arrivare a un'intesa».

A maggio aveva detto che il

tempo che si dava per arrivare a una firma era di un mese e mezzo, poi si sarebbe andati a una erogazione unilaterale degli aumenti. Il termine scade a metà luglio.

«È il tempo che mi sono dato. Diciamo che spenderò queste settimane per arrivare a un'intesa sindacale. Proverò a coinvolgere anche l'Associazione Nazionale dei Comuni per avere un supporto di argomentazioni per centrare l'obiettivo».

**Pensa che l'Anci aiuterà?**

«Penso sia interessata quanto me ad arrivare alla firma del contratto per i dipendenti comunali».

**Poi c'è la scuola. Oltre 1,2 milioni di persone. Che tempi ci sono per arrivare all'intesa?**

«È un contratto complesso, e l'atto di indirizzo è arrivato da poco. Ma le prime interlocuzioni con i sindacati hanno evidenziato una disponibilità al dialogo».

**Il governo ha già stanziato 11 miliardi per i contratti del prossimo triennio. Sanità e Funzioni centrali hanno chiuso le intese del 2022-2024, possono partire subito nuove trattative?**

«Ci stiamo già muovendo in questa direzione. La settimana scorsa abbiamo chiuso l'accordo sui comparti con i sindacati, il primo atto per riavviare i tavoli».

**Quando arriveranno gli atti di indirizzo?**

«Dopo le ferie, alla fine di settembre. E a ottobre potremmo già iniziare le trattative, una volta che saranno certificati i dati della rappresentanza sindacale. In tempi brevi potremmo arrivare a nuovi aumenti del 2 per cento l'anno. Credo che la continuità contrattuale sia un procedimento virtuoso».

**Qualche mese fa il governo ha approvato in consiglio dei ministri un disegno di legge sul merito nel pubblico impiego.**

Se ne sono perse le tracce, che fine ha fatto?

«Il testo ha avuto un passaggio importante dieci giorni fa in conferenza unificata. Adesso sarà riapprovato al prossimo consiglio dei ministri per essere poi immediatamente trasmesso in Parlamento per l'esame».

**Il testo contiene innovazioni come il passaggio alla dirigenza dei funzionari senza il concorso e una soglia massima del 30 per cento di promozioni a pieni voti nelle valutazioni annuali. Quando entreranno in vigore queste norme?**

«L'obiettivo è di approvare il provvedimento entro la fine di quest'anno, in modo da renderlo operativo dal 2026».

**Intanto quest'anno si va verso una manovra di bilancio complicata anche dalla necessità di dover finanziare le spese per la Difesa. Un anno fa il settore pubblico fu chiamato a contribuire ai conti con un blocco parziale del turn over. Si attende sacrifici anche quest'anno?**

«Spero di no. Ma è presto per dirlo».

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**NEL PROSSIMO CONSIGLIO DEI MINISTRI NUOVO PASSAGGIO PER IL DDL SUL MERITO BONUS MASSIMI SOLO AL 30% DEI DIPENDENTI**



Il ministro per la Pubblica amministrazione Paolo Zangrillo. Dopo il contratto delle Funzioni centrali (ministeri, agenzie fiscali ed enti pubblici non economici), la settimana scorsa è stato firmato anche il contratto per la Sanità (nella tabella in basso gli aumenti decisi)



# Fisco, lavoro, famiglia, sanità: arriva il decreto legge omnibus

## Consiglio dei ministri

Stop alla sugar tax, ridotta l'Iva per l'arte. Bonus per le madri lavoratrici. Proroga al 1° gennaio 2026 dell'entrata in vigore della Sugar tax. Bonus da 480 euro alle lavoratrici madri con tre o più figli. Iva al 5% su tutta la filiera dell'arte. Rinvio al 30 giugno del termine per ottene-

re l'autorizzazione dalla Consob per operare come fornitori di servizi relativi a criptoattività. Sono solo alcune delle principali norme approvate ieri in Cdm con il decreto Omnibus. — *Servizi a pag. 4-5*

328

MILIONI PER LE PARALIMPIADI  
Stanziate per realizzare le opere necessarie all'evento

250

## EURO PER L'ISCRIZIONE

Il contributo da versare all'atto dell'iscrizione a Medicina

# La Sugar tax slitta al 1° gennaio Alle madri lavoratrici 480 euro

**DI Omnibus.** Per chi ha più di due figli 40 euro al mese per 12 da incassare in unica soluzione a dicembre. Dalla diga di Genova all'idrico per Venezia nel pacchetto infrastrutture. Superbonus 2026 ai terremotati

**Flavia Landolfi  
Giorgio Pogliotti**

Proroga al 1° gennaio 2026 dell'entrata in vigore della Sugar tax. Stanziate 180 milioni per garantire un bonus da 480 euro alle lavoratrici madri con due o più figli autonome o con un rapporto di lavoro a termine da incassare a dicembre. E un capitolo corposo che riguarda le infrastrutture a partire dalla riallocazione delle risorse per le strade passando per la diga Foranea di Genova, per finire alle infrastrutture idriche di Venezia. Proroga al 2026 per il 110% nelle zone e terremotate e rinvio del termine in scadenza il 30 giugno per ottenere l'autorizzazione dalla Consob per operare come fornitori di servizi relativi a criptoattività. C'è poi la soluzione del payback sui dispositivi medici e la norma sul piano casa per il turismo (si vedano i servizi in questa pagina e in pagina 5). Sono solo alcune

delle principali norme approvate ieri in Cdm con il decreto Omnibus.

Accolto con favore da Federalimentare, con una nota del presidente Paolo Mascarino, il rinvio della Sugar tax al 1° gennaio 2026, imposta «iniqua e inefficace che non rappresenta una soluzione ai problemi di salute pubblica». E aggiunge ne ringraziare il governo «misure di questo tipo penalizzano le imprese e si traducono in un aumento dei costi per i consumatori».

Tra le misure messe a punto dall'Economia spuntano anche 180 milioni da aggiungere ai 300 già previsti dalla Legge di Bilancio, e che portano così a 480 milioni la dote per le lavoratrici madri. Secondo quanto ha spiegato il ministro del Lavoro, Marina Calderone in conferenza stampa, lo stanziamento aggiuntivo garantirà un bonus di 40 euro al mese per 12 mesi, a valere sul 2025 che sarà corrisposto in un'unica soluzione a dicembre.

Somma totalmente esente da tasse e contributi per le lavoratrici con 2 figli e fino al decimo anno di età del secondo, con redditi fino a 40mila euro. Stesso bonus spetta alle lavoratrici con più di due figli e fino al compimento del 18esimo anno di età del figlio più piccolo, per chi ha contratti a tempo.

Ricco, come detto, il capitolo infrastrutture che, stando alla bozza del Dl entrato in Cdm, apre il decreto. Si parte con le risorse per la diga Foranea di



Genova a cui andranno in totale 142,8 milioni di euro: 50 milioni di euro per l'anno 2026 e 92,8 milioni di euro per l'anno 2027. Soldi recuperati dall'alta velocità sulla linea adriatica che vanno a integrare quelli già stanziati e servono a far partire la gara per il completamento dell'opera.

Tra le novità, anche questa attesa dal settore delle costruzioni, l'istituzione nello stato di previsione del Mef di un Fondo nazionale per la rigenerazione urbana, con una dotazione pari a 50 milioni di euro per l'anno 2025 e 30 milioni di euro per l'anno 2026: un segnale che arriva dopo anni di dibattiti sul futuro delle città e che però, su scala nazionale, non aveva risorse per camminare. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento, un decreto interministeriale (Mef-Mase-Mit-Interni) stabilirà «le modalità e i criteri di riparto del Fondo».

In un altro Fondo, questa volta per

il potenziamento delle reti metropolitane e del trasporto rapido di massa confluiscono le risorse destinate in mille rivoli ad altri capitoli di spesa di competenza del Mit. Infine Venezia: si prevede che 23 milioni delle risorse destinate alla crisi idrica nazionale siano dirottate sull'ammodernamento della rete idrica della città lagunare. Nella bozza del decreto c'è poi anche una norma sul Foi, il Fondo per le opere indifferibili sul quale, dice la norma, sono allocati i progetti lasciati per strada dal Pnrr purché aggiudicati entro il 31 dicembre, pena la revoca del finanziamento. Vengono inoltre regolate le procedure di finanziamento per i progetti "ibridi" con parte del finanziamento anche a carico del Pnrr che ha la priorità nei trasferimenti da parte delle amministrazioni ai soggetti attuatori.

Nel 2026 resta, anche se in forma molto limitata, il superbonus in alcune

zone colpite da terremoti a partire dal 24 agosto 2016 (data del terremoto in Centro Italia). Nei comuni di Abruzzo, Lazio, Marche e Umbria dove sia stato dichiarato lo stato di emergenza, anche nel 2026 ci sarà il superbonus al 110% (altrimenti in scadenza a fine 2025), ma solo nel limite di 100 milioni (pescati dai fondi stanziati per le deroghe al Dl Blocca cessioni per queste aree). Possibile utilizzare anche cessione del credito e sconto in fattura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Soddisfazione di Federalimentare per il rinvio «di un'imposta iniqua che non risolve i problemi di salute pubblica»

## Le misure

1

**LAVORATRICI MADRI**  
Nel 2025 in arrivo  
40 euro per 12 mesi

Il cdm aumenta di 180 milioni di euro le risorse per le lavoratrici madri, portando il totale a 480 milioni: l'intervento stanziato per le lavoratrici madri con due figli a carico, fino al compimento dei 10 anni del più piccolo, 40 euro al mese per 12 mesi sul 2025

2

**TERZO SETTORE**  
Stanziati 10 milioni  
per il Fondo Pmi

Arrivano 10 milioni sul Fondo di finanziamento dei progetti e di attività degli enti del terzo settore e altri 10 milioni nella sezione speciale del Fondo di Garanzia Pmi, a cui accedono gli Ets e gli enti religiosi civilmente riconosciuti.

3

**GRANDI OPERE**  
Alla diga foranea  
altri 143 milioni

Il decreto assegna 142,8 milioni di euro per il completamento dell'opera ligure, finanziata anche con fondi Pnc. In particolare sono stati assegnati 50 milioni per il 2026 e 92,8 milioni per il 2027.

4

**LA RICOSTRUZIONE**  
Ancora superbonus  
nelle zone terremotate

Nei comuni dei territori colpiti da terremoti in Abruzzo, Lazio, Marche e Umbria dal 24 agosto 2016, dove sia stato dichiarato lo stato di emergenza, anche nel 2026 ci sarà il superbonus al 110%, ma solo nel limite di 100 milioni.



**Nuovo rinvio.** Per l'imposta che colpisce le bibite



**LA VOCE DI UNEBA****Rsa, appello alle istituzioni:  
«Non lasciate soli gli ultimi»****Viana a pagina 10**

# Rsa “abbandonate” dalla politica: «Non può lasciare soli gli ultimi»

Al convegno nazionale dell'Uneba a Torino emerge malcontento per la mancanza di attenzione dei decisori nei confronti delle attività del Terzo settore impegnato nel sociale

**PAOLO VIANA***Inviato a Torino*

«È ora di finirla di farci trattare da poveretti». Il Terzo settore si sente abbandonato e spara sulla politica. A prendere la mira, al convegno Uneba su “Lavoro tra professionalità e valore etico della cura” che si è svolto nei giorni scorsi a Torino, è stato il responsabile della pastorale della salute della diocesi di Torino don Paolo Fini. Gestisce sette comunità per tossicodipendenti nella città dei santi sociali e la sua denuncia è ruvida: «Il Terzo settore viene lasciato solo e ciò vuol dire lasciar soli gli ultimi». Non sono stati meno espliciti a Torino Giuseppe Guaricci, presidente di Uneba Bari («la riforma della non autosufficienza è ferma») e Franco Massi, presidente nazionale dell'organizzazione che unisce un migliaio di Rsa. Proprio lui ha smascherato il fallimento delle politiche per l'Alzheimer: secondo alcune sentenze, la retta di un malato ricoverato in una Rsa non dev'essere a carico delle famiglie (che viceversa comparte-

cipano al costo dell'assistenza non sanitaria) ma dello Stato, se non che le Regioni dicono di non aver i soldi e nessuno rifonde le strutture, costrette dal giudice a rimborsare le famiglie.

«Sono stanco, siamo stanchi di assistere al protagonismo di giudici e avvocati d'assalto che sollecitano i familiari degli anziani affetti da demenza ad una sorte di disobbedienza civile, richiamandosi ad una interpretazione forzata di norme vigenti» ha detto Massi aprendo i lavori e rivelando perché è fallita la ricomposizione tentata da Maria Cristina Cantù al Senato. Lo si deve a «posizioni demagogiche di alcuni sindacati e di alcune associazioni di famiglie dei malati che non hanno accettato la copertura del 70% - ora è del 50% - chiedendo il 100%, ma è fallita anche per mancanza di coraggio politico di maggioranza e opposizione: bisogna

ripartire dall'emendamento Cantù».

Quando si parla di invecchiamento e salute, insomma, i buoni propositi abbondano si sprecano: welfare di comuni-

tà, inclusione, tavoli... ma poi, annotava a Torino don Fini «le amministrazioni ci fanno richieste scandalose, ossia ci chiedono di organizzare ed erogare servizi sempre più onerosi, ma senza ritoccare le tariffe che dovrebbero rimborsare agli enti accreditati. Bisogna smetterla con narrazioni puerili o in malafede».

L'ultimo aggiornamento, in Piemonte, risale a dodici anni fa, anche se il governatore Cirio, con un messaggio in video, ha rivendicato il merito di aver adeguato i valori agli indici Istat. «Briciole, rispetto all'incremento dei costi» commentava in sala don Fini. Netamente fuori bersaglio anche il video con cui il ministro Schillaci ha salutato il convegno sottolineando le opportu-



nità offerte dal Pnrr: peccato che le Rsa del piano Draghi non vedano un centesimo. Non cambia il quadro neanche il messaggio del viceministro del lavoro Maria Teresa Bellucci, per quanto assicurati che il non profit «è il volto quotidiano delle politiche sociali».

Lo scollamento tra la politica e il terzo settore impegnato nell'assistenza agli ultimi declina è il riflesso di una cultura di massa, disattenta ai bisogni se non quando diventano emergenze. Gianfranco Cattai, coordinatore di Retinopera, invita a «impattare» ma monsignor Carmine Arice, padre generale del Cottolengo spiega perché non si «trovano» i soldi per chi sta male: «Se non rispondo alla domanda

“chi è l'uomo per me” poi diventa difficile allocare risorse umane ed economiche. Si parla di inclusione per anziani e disabili, ma non c'è nessuna inclusione: bisogna parlare di diritti perché sono cittadini». Sottolinea gli appetiti del profit - «quello dell'assistenza è un mondo ghiotto per chi ne fa un business» - ma l'assunzione di responsabilità della politica rispetto ai problemi di anziani e malati provoca una convergenza.

A partire dal nodo Alzheimer: in Uneba, lo evidenziava recentemente il giurista Angelo Bianco, ammettono che se il legislatore non interviene con una normativa chiara sui servizi per chi ne soffre, il rischio è che anche il non profit non investa più in questi servizi.

Ma si discute anche di unificare i contratti del settore. Quello siglato da Uneba, rinnovato a gennaio con l'adeguamento della parte economica, trovando un equilibrio tra le richieste sindacali e quelle datoriali in un momento estremamente difficile, con i primi inchiodati dal crollo del potere d'acquisto e i secondo dall'aumento esponenziale dei costi, rappresenta 145mila lavoratori, contro gli 80mila dei dipendenti delle strutture che aderiscono alle altre otto organizzazioni datoriali del settore sociosanitario, con esclusione delle coop. Dalla tavola rotonda di ieri, è emersa la spinta verso l'unificazione dei contratti, partendo da un avvicinamento sui minimi tabellari.

## CURA E SALUTE

Piovono critiche dal mondo dell'assistenza per aver dimenticato malati, anziani e famiglie. I nodi principali sono la riforma della non autosufficienza bloccata e il caso irrisolto delle rette dell'Alzheimer

Il presidente Massi: le Regioni non rimborsano adeguatamente le tariffe di chi è ricoverato nelle strutture Arice (Cottolengo): serve una visione umana



## GIORNATA SLA

«I malati  
ci chiedono  
cure palliative»

MARCELLO RICCIUTI

Non essere abbandonati e di trovare équipe socio-sanitarie in grado di farsi carico di tutto il periodo di questo percorso. Ce lo chiedono i malati la davanti a un percorso di convivenza con la malattia e i suoi di-

sagi, fino alla fase di fine vita vero e proprio. Oggi la giornata dedicata alla Sla.

Gramolini a pagina 7

Le frontiere  
dell'umano

## «I malati chiedono cure palliative»

*Il direttore di un hospice: surreale l'enfasi sul suicidio assistito quando il Paese intero dovrebbe assicurare il suo sostegno a chi soffre. I pazienti più fragili hanno bisogno di sentirsi vivi fino in fondo, come nelle strutture. Non indeboliamo il loro diritto di essere assistiti*

MARCELLO RICCIUTI

Si sta intensificando in queste settimane il dibattito, a ogni livello, sul tema del fine vita in relazione alla possibilità di una legge sul suicidio assistito. L'accelerazione della discussione, anche parlamentare, è stata certamente indotta anche dall'attivismo dell'Associazione Coscioni e alle sue proposte di leggi regionali, che hanno avuto un primo successo nella Regione Toscana, in conseguenza del quale è avvenuto il primo caso italiano di suicidio assistito in base alle previsioni di una legge, sebbene solo regionale.

Ora si discute di una legge nazionale, diversamente interpretata tra chi naturalmente vorrebbe sancire un diritto a morire (che neanche la Corte costituzionale ha mai dichiarato) e chi vorrebbe attenersi rigorosamente ai criteri della stessa Corte, riconoscendo un perimetro di non punibilità dell'aiuto al suicidio assistito

senza promuovere un "diritto a morire", anche per evitare un far west legislativo regionale. Quello che a me pare piuttosto assente in questo dibattito, dai talk show televisivi ai giornali, fino ai partiti e al Parlamento, è il tema di che cosa davvero serve ed è richiesto dai malati e dalle loro famiglie per vivere un percorso di fine vita dignitoso, non sofferto, in cui si abbia un adeguato supporto dal Servizio sanitario nazionale, creato - ricordiamolo - nel 1978 per assicurare cure a tutti, in tutte le circostanze e in tutte le fasi di malattia.

La medicina moderna ha favorito lo sviluppo delle cure palliative proprio per rispondere alle esigenze e ai bisogni di quei malati la cui guarigione non è più possibile e per i quali si prospetta un percorso di convivenza con la malattia e i suoi disagi, fino alla fase di fine vita vero e proprio. E quali sono queste esigenze e questi bisogni? Anzitutto di non es-

sere abbandonati e di trovare équipe socio-sanitarie in grado di farsi carico di tutto il periodo di questo percorso, che può essere breve o più lungo. Questa risposta la danno proprio le cure palliative, con le varie figure professionali (dai medici agli infermieri e gli Oss, dagli psicologi agli assistenti sociali e spirituali, ai volontari), in diversi contesti di cura (anzitutto e soprattutto il domicilio, ma anche gli hospice e qualunque luogo veda presenti persone che vivono l'esperienza di una malattia inguaribile), coinvolgendo anche la comunità in uno sforzo sussidiario e solidaristico che esprime le migliori risorse di un popolo e di una nazione.

Le cure palliative, oggi diventate una vera e propria disci-



plina scientifica, con tanto di scuola di specializzazione medica, offrono la possibilità di affrontare difficili percorsi di malattia (e quali non lo sono?) con a fianco persone pronte a rispondere sempre ai bisogni che via via si manifestano, dal controllo del dolore e dei sintomi fisici che ogni malattia porta con sé al supporto psicologico che permette di trovare un nuovo equilibrio e di riconquistarlo se perduto, nella relazione con sé stessi e con gli altri, a partire dai propri familiari, cercando di dare un nuovo significato e senso alla propria vita, pur malata, e soprattutto di conservare la dignità (che non deve essere una caratteristica della morte, ma della vita!). E poi il supporto spirituale, che non è solo quello religioso ma piuttosto un accompagnamento ad aprirsi a prospettive che trascendono la fisicità, la temporalità, non negando ma accogliendo l'insopprimibile desiderio di felicità che è di ogni uomo e che la malattia e la morte vorrebbero toglierci.

Victor Frankl, psichiatra austriaco sopravvissuto a quattro campi di concentramento

nazisti, e poi fondatore della logoterapia, diceva in base alla sua esperienza, molto simile a quella di una malattia in guaribile, che «se si trova un perché si può sopportare qualsiasi cosa».

Infine, non secondario è il supporto sociale, in un tempo storico in cui l'andamento demografico è altamente sfavorevole per garantire un'adeguata assistenza ai propri cari malati, per via di famiglie sempre più nucleari, oltre che di condizioni anche relative di povertà. Perciò necessita cercare soluzioni che supportino l'assistenza alla persona, anche pensando a nuove figure professionali, e ampliare i posti letto negli hospice o in strutture dove accogliere pazienti senza un adeguato supporto familiare. A questo si aggiunge la ricchezza delle associazioni di volontariato che dappertutto supportano le cure palliative, anche garantendo attività che riempiono la vita nel periodo della malattia.

A tal proposito mi permetto di citare queste parole di S., una recente ospite del nostro hospice: «Non capisco perché restano tutti strabiliati quando

racconto che in hospice abbiamo visto un film come se fossimo al drive-in con tanto di pop corn, assistito a un concerto, passato un pomeriggio a cantare canzoni con il giradischi o partecipato a un tisana-party. C'è tanta vita in hospice, grazie a chi tutti i giorni va oltre il suo dovere».

Per questo penso talvolta che sia surreale un dibattito sul fine vita centrato solo sul suicidio assistito, quasi fosse quello che tutti aspettano, come "magnifiche sorti e progressive". Il "fine vita" (nel suo senso più ampio) va "curato" da una buona Medicina, soprattutto quella palliativa.

La vita nella malattia, e anche verso la sua fine, può essere una buona vita se riceve tutto il supporto che ho cercato di descrivere e che rappresenta anche la mia personale, lunga, esperienza professionale, nella quale tra migliaia di pazienti seguiti nessuno ha mai fatto richiesta di suicidio assistito. Il suicidio non è un bene, non va incentivato, non va garantito come un diritto, tanto meno da una legge, va scongiurato facendoci carico, come società intera e ognuno per la sua par-

te, dei bisogni degli altri, spendendo la nostra vita per quella degli altri, soprattutto quando sono nella difficoltà e nella sofferenza. Non spingiamo giù dal parapetto chi sta pensando di farlo, ma prendiamolo con noi e camminiamo insieme, dando risposte concrete ai suoi bisogni.

**Direttore Uoc  
Hospice e Cure palliative  
Azienda Ospedaliera  
San Carlo - Potenza  
Componente Comitato  
nazionale per la Bioetica**

#### IL TEMA

Cosa conta davvero per chi vive il tempo della malattia? La domanda sembra rimossa dal confronto in corso sulle regole per la morte volontaria con aiuto medico: è ora di riportarla al centro

**La denuncia del medico sulla frontiera del fine vita: nel dibattito sulla legge manca del tutto la voce delle persone inferme e dei loro familiari, che chiedono di non essere abbandonate dalla medicina e dalla società in nome di altre priorità**



# Al Sud la maglia nera per le vittime del cancro

## Il prof. Schittulli: «Le 20 sanità italiane non garantiscono l'equità e la universalità assicurate dalla Costituzione»

**NICOLA SIMONETTI**

● Pianeta cancro: In Italia, oltre 390.100 nuovi casi di tumore ogni anno (più di mille al giorno). Di questi, 214.500 sono uomini e 175.600 donne con tendenza quasi stabile rispetto agli anni precedenti. Una constatazione che preoccupa giustamente e che ha motivato, in particolare, il ministro della Salute prof. Orazio Schillaci, ad indire, per la prima volta, gli «Stati Generali della Prevenzione» che si sono tenuti, a Napoli, alla presenza del Capo dello Stato, Sergio Mattarella (presenti anche, tra gli altri, il sottosegretario Marcello Gemmato, il viceministro agli Esteri, Edmondo Cirielli, i baresi prof. Loreto Gesualdo e Vito Trojano).

La relazione del prof. Francesco Schittulli, presidente nazionale Lega Italiana lotta ai tumori (Lilt), oncologo, senologo, chirurgo presso la Mater Dei di Bari, ha aperto i lavori (tavola rotonda).

«La regionalizzazione della sanità - ha detto Schittulli - non soddisfa e non dà i vantaggi attesi. Le 20 "Sanità" non garantiscono, nella pratica vissuta in tanti anni, "l'equità e la universalità" richiesta dalla nostra Costituzione. Ci sono cittadini più e meglio curati rispetto ad altri e, tra questi ultimi, quelli che vivono al Sud. Qui il cancro miete più vittime laddove il numero di casi è inferiore rispetto a quelli registrati al Nord. La prevenzione - ha sottolineato Schittulli - è l'arma vincente a nostra disposizione, individuata,

come tale, dalla riforma sanitaria».

In Italia, la percentuale del PIL destinata alla spesa sanitaria totale è dell'8,4%, in calo di 0,6 punti percentuali rispetto al 2022: questo dato è inferiore sia alla media OCSE (9,2%) che alla media EU (9%).

Nell'Unione Europea, l'Italia si colloca alle spalle di Francia, Germania, Austria, Svezia, Belgio, Finlandia, Olanda, Portogallo, Spagna, Danimarca, Slovenia, Repubblica Slovacca, Repubblica Ceca, paesi che destinano alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra e allo stesso livello della Grecia (Gimbe).

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano destina attualmente circa il 4,5% del Fondo Sanitario Nazionale alla prevenzione. L'obiettivo, tuttavia, è di aumentare questa percentuale, portandola all'8% per allinearsi agli standard dei paesi più avanzati in ambito sanitario, secondo quanto indicato dal Ministero della Salute.

In termini di spesa pro capite, l'Italia investe circa 193,26 euro per abitante nella 213,18 euro valore inferiore rispetto alla media europea che si attesta sui 213,18 euro. In confronto, paesi come l'Austria e la Danimarca investono oltre 500 euro pro capite nella prevenzione (Wellness Foundation). La spesa sanitaria pubblica per la prevenzione ha subito anche una riduzione, con un calo del 18,6% tra il 2022 e il 2023, passando da 10 miliardi a 8 miliardi e 453 milioni (Panorama della Sanità). I numeri parlano chiaro: la spesa sanitaria totale in Italia è inferiore alla media europea, la percentuale destinata alla prevenzio-

ne è ancora più bassa e in calo. E prevenzione non eseguita equivale a maggior numero di casi di cancro, liste di attesa più lunga (per il nostro Ministero della Salute dovrebbero attese - rapportate e diagnosi e condizione personale - fra 3 e 120 giorni) più morti, intasamento di corsie, sale operatorie, ecc. Una piaga da sanare subito. Prevenzione significa far trovare sul posto i bravi vigili del Fuoco ancor prima che l'incendio (cancro) inizi.

«Inoltre - ha proseguito Schittulli - a fronte della ostentata "centralità del cittadino", si deve constatare che manca una sana campagna (anche dei social in alcuni dei quali si ritrovano, spesso, messaggi fuorvianti) che illustri - univocamente - cos'è e quanto vale la prevenzione la quale è "farmaco per non ammalarsi"».

Il programma screening non funziona a dovere. In Italia essi riguardano mammella, colon-retto, utero.

La dr Sandra Gallina, dir. gen. salute Unione Europea ha proposto di allargare gli screening a polmone e prostata. «Ma - ha detto ancora Schittulli - in Italia, per i soli tre in azione, si raggiunge appena il 60% di adesioni, peraltro, con 20 punti di differenza a scapito del Sud». I mammografi pubblici, per esempio, sono intasati e, obiettivamente, non possono rispondere, in modi e tempi idonei, alle richieste. La Regione compia una ricerca sul numero delle apparec-



chiature esistenti e, dopo aver verificato qualità e livello della possibile prestazione, con la stessa tariffa del pubblico, le utilizzi. Se ne soddisferebbero, in tal modo, i bisogni.

«In proposito - Schittulli sottolinea - corrono voci autorevoli che, in Puglia, si pensa di ridurre addirittura le convenzioni con strutture private: un'offesa anzitutto alle donne». Schittulli ha proposto di cointeressare di più i Sindaci (prima autorità sanitaria del Comune) in questo impegno per la salute.

«Il primo giugno - ha ricordato Schittulli - si è celebrato il "Na-

tional Cancer Survivors Day," giornata dedicata a celebrare i sopravvissuti al cancro, a sensibilizzare sulle sfide della sopravvivenza e a onorare coloro che stanno ancora combattendo contro la malattia».

Il 60% dei pazienti oncologici è vivo a 5 anni dalla diagnosi di cancro, con percentuali di guarigione che variano a seconda del tipo di tumore e dello stadio della malattia al momento della diagnosi. Per alcuni tumori molto diffusi, come quelli della mammella, della prostata e del testicolo, le percentuali di guarigione a 5 anni superano il 90%. Sono 4 milioni di

nostri connazionali viventi che hanno superato il cancro.

La Lega Tumori Bari-Bat, per loro, oltre alla consueta disponibilità sanitaria, riserva programmi gratuiti di yoga e Pilates per sostenerne la fisicità e la tenuta psichica.

## I NUMERI

Oltre 390.100 nuovi casi ogni anno. Di questi 214.500 sono uomini e 175.600 donne, con tendenza stabile rispetto agli anni precedenti

## LA SPERANZA

Il presidente Lilt: «Il 60% dei pazienti è vivo a 5 anni dalla diagnosi. Per mammella, prostata e testicolo, più del 90% di guarigioni a 5 anni»



**PRESIDENTE LILT Il prof. Francesco Schittulli**



## Medicina senza test

Il ministero dell'Università e della Ricerca ha annunciato che a partire da oggi e fino a fine luglio, sul sito di University saranno aperte le iscrizioni alle facoltà di Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Medicina veterinaria. Dopo la riforma promossa dalla ministra Anna Maria Bernini, a partire dall'anno accademico 2025/2026 le modalità di accesso saranno modificate, e non sarà più previsto il test d'ingresso. Numeri di **Riccardo Carlino**.

• • • •  
Gli insegnamenti chiave del "semestre aperto", che inizieranno il 1° settembre per concludersi a fine novembre. Parliamo di *Chimica e propedeutica biochimica, Fisica e Biologia*. Ciascuna materia permetterà di avere 6 crediti formativi (Cfu), per un totale di 18. In caso di superamento di tutti e tre gli esami, ma di non accesso a Medicina in base alla gradua-

*toria nazionale, i crediti saranno riconosciuti anche nell'eventualità dell'immatricolazione a un corso "affine" indicato da ogni studente al momento dell'iscrizione. Fra questi ci sono ad esempio Biotecnologie e Scienze biologiche.*

• • • •  
Il numero di appelli – il 20 novembre e il 10 dicembre – in cui gli studenti dovranno svolgere gli esami di profitto sui tre insegnamenti, ognuno dei quali varrà come voto d'esame. Diversamente, è fissata al 17 settembre la data in cui sono previste le prove di selezione per i corsi di laurea in Medicina, Odontoiatria e Medicina veterinaria erogati in lingua inglese.

• • • •  
**93**  
I quesiti complessivi di cui si comporranno i test, vale a dire 31 per ognuna delle tre materie: 15 a risposta multipla con 5

opzioni di risposta – di cui solo una corretta – e 16 a completamento. Per ogni prova si avranno a disposizione 45 minuti e per superarla è necessario totalizzare un punteggio di almeno 18 su 30. I punteggi conseguiti nei singoli esami verranno utilizzati per formare una graduatoria nazionale, che stabilirà chi potrà continuare a studiare Medicina.

• • • •  
**93**  
Il punteggio massimo complessivo per tutte e tre le prove. Per ogni risposta esatta verrà assegnato un punto, zero invece per le risposte non date e -0,25 in caso di errore.

• • • •  
**3 mila**  
Il numero di posti che dovranno aggiungersi a quelli già disponibili negli atenei italiani, secondo il *Miur*.



## Medicina, 50mila studenti in più Lezioni on line

►Dopo l'abolizione del test gli atenei corrono ai ripari: dad e aule in prestito da altre facoltà

ROMA Al via la riforma dell'accesso alla facoltà di medicina. Da domani partono le iscrizioni: se i candidati dovessero essere tanti quanti gli iscritti al test di un anno fa, ci sarebbero in aula 50mila studenti in più per i primi sei mesi. Addio quindi al test d'ingresso che, negli anni, ha scatenato polemiche e raffiche di ricorsi. E gli atenei si preparano al nuovo corso: didattica a distanza, riorganiz-

zazione delle aule e corsi mirati per preparare gli aspiranti medici agli esami del semestre filtro.

Adinolfi, Loiacono e Melina alle pag. 14 e 15

# Medicina, partono le iscrizioni Attesi 50mila studenti in più

►Al via la svolta per le università: niente più test d'ingresso, il primo semestre è aperto a tutti poi la selezione. Chi non ce la fa può ritentare altre due volte. Bernini: «Abolite le prove inutili»

### LA RIFORMA

ROMA Al via la riforma dell'accesso alla facoltà di medicina. Da domani partono le iscrizioni per gli aspiranti medici: se i candidati dovessero essere tanti quanti gli iscritti al test di un anno fa, nelle aule universitarie dovrebbero arrivare 70mila matricole, quindi 50mila in più rispetto agli anni passati. Un affollamento che però durerà solo sei mesi, perché con il secondo semestre scatterà la selezione che dovrebbe portare il numero di studenti a 25mila (grazie all'aumento di posti previsto per quest'anno dal ministero).

La novità è per certi versi epocali. Niente più test d'ingresso, quelli

che negli anni hanno scatenato polemiche e raffiche di ricorsi nei tribunali amministrativi. Ora invece tutti gli studenti potranno segnarsi liberamente a medicina, attraverso il sito [Universitaly](http://Universitaly) per l'anno accademico 2025-2026. La scadenza per iscriversi è il 25 luglio.

La riforma, voluta dalla ministra all'Università e alla ricerca Anna Maria Bernini, entra nel vivo. Non è un'abolizione del numero chiuso: i primi sei mesi di studio faranno da filtro per individuare gli aspiranti camici bianchi che potranno accedere al secondo semestre e quindi all'intero percorso di studi. Come si procede? Da domani partono le iscrizioni aperte sia a medicina sia contemporaneamente a un altro corso di studio affine, come biotecnologie, scienze biologiche e farmacia. Il contributo di

iscrizione è di 250 euro, su cui valgono gli esoneri: la somma verrà poi decurtata dalle tasse universitarie al secondo semestre, quando lo studente proseguirà con medicina o con il corso affine. Il candidato deve indicare la sede in cui vuole frequentare le lezioni durante il semestre aperto e dovrà indicare almeno 9 altre sedi alternative. A settembre si entra in aula. Tutti.



## CHI NON PASSA

«A partire dal primo di settembre - ha spiegato la ministra Bernini - le aule di tutte le università italiane per il corso di laurea in Medicina e chirurgia, odontoiatria e medicina veterinaria, si apriranno indiscriminatamente». Gli studenti che non supereranno il semestre aperto potranno ripeterlo fino a tre volte

anche non consecutive. Durante il primo semestre avranno modo di concentrarsi su tre materie fondamentali, su cui verranno poi valutati: chimica e propedeutica biochimica, fisica e biologia. Al termine del semestre aperto, ci saranno gli esami: le prove saranno uguali a livello nazionale e si svolgeranno in contemporanea, nello stesso giorno. Gli studenti avranno a disposizione due appelli: il primo il 20 novembre; il secondo il 10 dicembre.

Ogni esame prevede 31 domande per materia: 15 a risposta multipla con 5 opzioni di risposta di cui solo una corretta e 16 a completamento. Per ogni prova saranno a disposizione 45 minuti. Ogni materia assegnerà al candidato 6 crediti formativi, quindi 18 crediti che in ogni caso resteranno allo studente. Per entrare a far parte della graduatoria nazionale, i candidati dovranno aver superato tutti e tre gli esami e i punteggi conseguiti serviranno a formare la classifica: i voti saranno espressi in trentesimi con la possibilità anche della lode. Viene attribuito 1 punto per ogni risposta esatta, zero per ogni risposta non data e una penalizzazione di 0,25 per ogni risposta errata. Il punteg-

gio massimo complessivo sarà quindi 93.

Quest'anno, se si dovesse confermare il numero di partecipanti alla selezione registrato un anno fa, si alzano le possibilità di diventare medico perché probabilmente verranno aumentati i posti. La ministra Anna Maria Bernini ha chiesto infatti alle università un aumento di 3.000 studenti, e con una crescita progressiva già in corso il ministero mira ad arrivare a circa 25 mila posti in tutto. L'ampliamento arriverebbe a fronte di un maggiore finanziamento di 50 milioni di euro, di cui 30 milioni nel Fondo di finanziamento ordinario e 20 milioni fuori dal Ffo. Lo scorso anno i posti disponibili erano 20.867, circa 1200 in più sull'anno prece-

## LA MINISTRA: «SO CHE È GIÀ NATO UN MERCATO DI CORSI PER PREPARARSI ALLE VERIFICHE, LAVORIAMO PER ELIMINARLO»

dente quando la disponibilità arrivava a 19.636.

Ipotizzando che al semestre aperto si iscriva lo stesso numero di studenti che un anno fa tentò i test d'ingresso, le università potrebbero ritrovarsi con 70 mila matricole. Una mole di lavoro non indif-

ferente per gli atenei che si stanno organizzando per arrivare pronti a settembre. Di questi, circa il 35% passerebbe al secondo semestre. Intanto già da domani saranno disponibili sul sito University anche i syllabi, vale a dire i programmi di studio delle tre materie del semestre aperto: fisica, chimica e biologia, così gli studenti possono iniziare a prepararsi. «Abbiamo tolto i costosissimi e inutili test di ammissione - ha spiegato la ministra Bernini - eliminando anche l'orribile mercato della preparazione: proprio perché so che stanno fiorendo altri corsi alternativi, stiamo preparando un syllabus e saranno le stesse università a formare gli studenti». Per chi non dovesse accedere al secondo semestre, posizionandosi in basso nella classifica nazionale, sarà possibile proseguire nel corso affine con il riconoscimento di tutti i crediti conseguiti.

**Lorena Loiacono**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA SCADENZA PER FARE DOMANDA DI AMMISSIONE È IL 25 LUGLIO DA NOVEMBRE GLI ESAMI DECISIVI







Servizio Personale sanitario

## **Contratto del comparto: sei mesi di polemiche e attese per non portare a casa che «ritocchini»**

La preintesa sul Ccnl 2022-2024 arriva dopo cinque mesi surreali in cui non ci si è fatti mancare nulla, dalla minaccia governativa della dazione unilaterale alla bufala della possibile perdita delle risorse finanziarie alla fine dell'anno

*di Stefano Simonetti*

20 giugno 2025

Il Bardo avrebbe detto: molto rumore per nulla. Valeva davvero la pena di perdere sei mesi in polemiche per arrivare a un contratto dove non c'è un euro in più e le modifiche normative ottenute sono minimali e quasi impalpabili? È chiaro che le diverse posizioni emerse in questo scorcio di 2025 sono tutte legittime e ciascuno la può pensare in modo soggettivo, ma sarebbe interessante sapere cosa ne pensano del contratto siglato l'altro ieri gli altri diretti interessati, dall'infermiere trentenne con molti titoli al funzionario amministrativo che, come sempre, sta a guardare; dal personale delle altre 21 professioni sanitarie all'operatore sociosanitario che aspetta di capire cosa fa l'assistente infermiere.

### **Ritocchini per pochi**

Un primo commento a caldo sul contratto dovrebbe attingere dal vocabolario molti termini esemplificativi di quello che è accaduto. Una narrazione che ha visto in ordine sparso un profluvio di parole: soddisfazione, ostruzionismo, sconcerto, conquista, indignazione, ragionevolezza, svolta, pregiudizio, pragmatismo, massimalismo, rassegnazione, resistenze, voltafaccia, coerenza, incoerenza, opportunismo, intransigenza, realismo, svendita, umiliazione, svilimento, limature, pretestuosità. Ogni addetto ai lavori è in grado di attribuire a chi e a quale parte del contratto i termini sopra indicati. I ritocchini della mattina di mercoledì scorso sono ben poca cosa, perché alcuni sono meramente discrezionali e, quindi, di difficile esigibilità, altri sono fittizi o troppo generici; ma sono tutti, in ogni caso, rivolti a troppo pochi lavoratori per non essere definiti irrispettosi della stragrande maggioranza dei 580.000 destinatari del contratto non interessati alle "limature" finali.

### **Cinque mesi surreali**

In questi cinque mesi surreali non ci si è fatti mancare nulla, dalla minaccia governativa della dazione (sic!) unilaterale alla vera e propria bufala della possibile perdita delle risorse finanziarie alla fine dell'anno. Riguardo a quest'ultima amenità, chi l'ha prospettata non sa evidentemente che le risorse per i rinnovi contrattuali della Sanità sono a carico dei bilanci delle aziende sanitarie, dove gli importi devono essere già regolarmente accantonati. L'esproprio delle risorse finalizzate ai rinnovi per deviarle su altri impieghi può semmai essere attuato dalla legge di bilancio sul finanziamento delle amministrazioni centrali.

Vediamo, comunque, le modifiche dell'ultima ora che hanno convinto Nursing Up a cambiare idea. Gli aggiustamenti si sono concentrati su due punti: l'ampliamento della platea per le progressioni nella Elevata qualificazione – che molti si ostinano a definire la “quarta area”, quando di fatto è la quinta - e la nuova regolamentazione dei turni per il personale ultrasessantenne, dove tuttavia sono presenti le parole magiche “potrà avvenire”, nel senso che le aziende con gravi carenze organiche o problemi finanziari è molto probabile che non la concederanno.

### **Il rebus dell'entrata in vigore**

Due parole in chiusura sulla firma definitiva e sull'entrata in vigore. Si continua a parlare dell'autunno prossimo, ma la fase della integrazione dell'efficacia della ipotesi contrattuale è viziata da anni da un passaggio, a mio parere, non più dovuto, cioè quello della delibera del Consiglio dei ministri preceduta dall'onnipresente parere endoprocedimentale del Mef. Le motivazioni a supporto di quanto sopra affermato sono state trattate nell'articolo pubblicato su questo sito il 3 giugno 2024. Solo per la memoria storica, vorrei ricordare che per il Ccni dell'Area delle Funzioni locali dello scorso anno, al momento della firma, erano passati 217 giorni (sette mesi) dalla Preintesa. La procedura prescritta dall'art. 47, commi 4-7, del d.lgs. 165/2001 - quindi quella legale e non quella dovuta a una prassi consolidata, ma obsoleta – contempla il parere favorevole alla sottoscrizione definitiva da parte del Comitato di settore e la certificazione positiva sulla compatibilità dei costi da parte della Corte dei conti. L'iter potrebbe richiedere anche una trentina di giorni, sempre che, ovviamente, ci sia la volontà di fare celermente e senza gabole. Visto che il Ministro Zangrillo ha parlato di “impegno straordinario del Governo”, è venuto il momento di dimostrarlo.

E ora si spera che qualcuno non si inventi che per l'Atto di indirizzo del Comitato di settore e la conseguente formale apertura delle trattative per il rinnovo relativo al triennio 2025-2027 si debba attendere la firma definitiva di quello siglato il 18 giugno. Sarebbe del tutto pretestuoso e, al riguardo, non esistono impedimenti giuridici, tenuto anche conto che è già passato un semestre della sua durata temporale. Senza dimenticare che le due aree dirigenziali sono indietro di anni luce. Qualche sindacato ha detto ieri che ora non ci sono più alibi, ma la prassi che le trattative per la dirigenza iniziano soltanto dopo la conclusione di quelle del comparto è un'altra patologia incomprensibile del sistema di contrattazione collettiva che dimostra sempre di più le sue contraddizioni.

# Londra sceglie l'eutanasia

La Camera dei Comuni di Londra ha approvato ieri la legge che legalizza il ricorso al suicidio assistito per i malati terminali. Il testo è passato per una manciata di voti: 314 favorevoli, contro 291 contrari. Ventitré "sì" di differenza - appena 23 - faranno di Galles e Inghilterra (Scozia e Ulster restano esclusi) la nuova frontiera del "favor mortis" in Europa dopo Belgio, Paesi Bassi, Lussemburgo, Austria, Spagna e Portogallo. Sul provvedimento dovranno adesso esprimersi i Lord che, tuttavia, non hanno ampi spazi di manovra.

**Napoletano** a pagina 11

**LA LEGGE** Alla Camera dei Comuni passa per soli 23 voti il suicidio assistito



## L'eutanasia a Londra è passata per 23 voti

**ANGELA NAPOLETANO**

Londra spalanca le porte all'eutanasia. La Camera dei Comuni ha approvato ieri la legge che legalizza il ricorso al suicidio assistito per i malati terminali. Il testo, di iniziativa parlamentare, non governativa, è pas-

sato per una manciata di voti: 314 favorevoli, contro 291 contrari. Ventitré "sì" di differenza - appena 23 - faranno di Galles e Inghilterra (Scozia e Ulster restano esclusi) la nuova frontiera del "favor mortis" in Europa dopo Belgio, Pa-

esi Bassi, Lussemburgo, Austria, Spagna e Portogallo.

Sul provvedimento dovranno adesso esprimersi i Lord che, tuttavia, non hanno ampi spazi di manovra: i parlamentari "anziani", nominati e non elet-



ti, si limiteranno a certificare la volontà popolare espressa dai deputati. Il via libera non era affatto scontato. Il percorso della legge, a Westminster, è stato molto veloce (otto mesi) ma fortemente divisivo. Il fronte del «sì», capitanato dalla prima firmataria, la laburista Kim Leadbeater, ha intercettato consensi anche tra i conservatori che sono, per tradizione politica, depositari delle istanze pro-life.

A votare per il suicidio assistito si è presentato, in aula, ieri, anche il premier Keir Starmer, favorevole all'eutanasia passiva sin da quando era Procuratore della Corona. Sono però 160 i laburisti che, accogliendo l'esortazione al voto secondo coscienza, si sono espressi per il «no». Tra questi, diversi ministri e, dettaglio non secondario, la vicepremier Angela Reyner. Molti hanno cambiato idea tra una lettura e l'altra del testo, l'ultima è stata a novembre, sulla scia dei pareri di esperti e associazioni, di entrambe le parti, convocate in audizione. Intenso è stato anche il lavoro svolto, all'ultimo minuto, in aula, per cercare a suon di emendamenti di rendere la legge "passabile".

Al suicidio assistito potranno accede-

re, previo consenso di due medici e di una commissione composta da uno psichiatra, un assistente sociale e un avvocato, solo i maggiorenni, capaci di intendere e volere, con aspettative di vita di massimo sei mesi. Sono escluse, questo è il risultato di una modifica last minute, quelle motivate da disabilità o disturbi mentali (compresa l'anoressia). Garanzie sollecitate dalle associazioni di categoria.

La determinazione ad aprire all'eutanasia, già legale anche nei territori britannici dell'Isola di Man e Jersey, ha portato l'aula a impegnare il governo nell'aggiornamento del National Health Service Act del 2006 per includere il suicidio assistito tra gli scopi del Sistema Sanitario Nazionale (Nhs). Nodo che ha agitato quanti guardano con sospetto al ruolo, sempre più diretto, che lo Stato acquisirebbe nelle questioni di vita o di morte dei cittadini. Anche se la legge dovesse essere approvata entro la fine anno, l'attuazione richiederà fino a quattro anni. Non è ancora chiaro se il servizio sarà fornito direttamente dalla sanità pubblica o da operatori privati, né se sarà gratuito o a pagamento.

Il risultato dello scrutinio è stato accol-

to dalla lobby eutanasi britannica, con Humanitas Uk e Dignity in dying in prima linea, come una «vittoria storica per la compassione, la dignità e la libertà di scelta». Slogan gridati dagli attivisti che hanno atteso l'esito del voto a Parliament Square. Dall'altro lato della piazza, il mondo pro-life in allarme per i rischi legati all'applicazione di una legge «profondamente difettosa e pericolosa». Che costringe la rete degli hospice a una profonda riorganizzazione tutta da disegnare. «Siamo preoccupati per il futuro delle cure palliative – ha dichiarato l'arcivescovo John Sherrington, responsabile per le questioni di bioetica della Chiesa cattolica di Galles e Inghilterra – soprattutto perché l'esperienza suggerisce che, in assenza di protezioni esplicite, gli hospice potrebbero essere obbligati a collaborare con il suicidio assistito. Se ciò accadesse, il futuro di molte istituzioni cattoliche potrebbe essere a rischio». «Non perdiamo la speranza – ha però incoraggiato – e continuiamo a combattere».

## REGNO UNITO

L'ultima parola spetta ai Lord, ma i margini sono ristretti

L'arcivescovo Sherrington: «Non perdiamo la speranza». Tra i nodi da sciogliere il futuro degli hospice cattolici. Fronda tra i labour. Esclusi Scozia e Ulster

Sostenitori del "no" al suicidio assistito hanno manifestato per tutta la mattinata davanti alla sede del Parlamento di Westminster / *Reuter*



## Luigi Naldini

# “Addomesticiamo virus per salvare i bambini che non avevano speranza”

Il “padre” della terapia genica, direttore del San Raffaele - Telethon Institute  
“Costi enormi, ma in Italia la ricerca funziona: servono fondi e coraggio”

**L'INTERVISTA**  
**NICOLAS LOZITO**  
DIANOD'ALBA (CN)

«Abbiamo sviluppato terapie in grado di cambiare la vita a bambini destinati a morire. Ma oggi, il rischio è che la scienza resti prigioniera dei costi o dei pregiudizi di una politica sempre meno attenta alla Sanità pubblica. O troviamo il modo di sostenere queste cure, o rischiamo di perderle proprio quando funzionano davvero». Così Luigi Naldini, ieri a Diano d'Alba (Cuneo) per ritirare il premio Ancalau, riconoscimento assegnato a chi ha tracciato nuove strade (Ancalau è un termine dialettale traducibile con “osare, andare oltre”. Ricercatore, direttore dell'Istituto San Raffaele-Telethon per la Terapia Genica, il torinese Naldini è tra i pionieri mondiali della terapia genica.

Esattamente venticinque anni fa, in un articolo de La Stampa del giugno 2000, la sua intuizione veniva raccontata come “un proiettile biologico contro il cancro”. Questa “invenzione” ha cambiato la vita di migliaia di pazienti in tutto il mondo, persone nate con malattie rare, come la talassemia, o pazien-

ti oncologici.

**Professor Naldini, lei ha osato trent'anni fa, scegliendo come vettore delle sue terapie geniche un virus che faceva molta paura. Come lo spiega, oggi?**

«Ho osato quando ho deciso di smontare e rimontare un virus, l'Hiv, per trasformarlo da nemico in alleato. Non sapevamo se avrebbe funzionato, ma ci siamo lanciati: usare ciò che la natura ci dà, ovvero un virus capace di entrare a fondo nel nostro corpo, e “addomesticarlo”, usandolo così in modo diverso. Da lì è iniziata la sfida della terapia genica con vettori lentivirali».

**Com'è nata quell'idea?**

«Stavo lavorando in California, a San Diego, al Salk Institute, in un laboratorio dove tutto sembrava possibile. Volevamo trovare un modo per portare istruzioni corrette dentro le cellule. Se il Dna è il libro mastro che dà le istruzioni alle cellule del corpo, cercavamo una sorta di tipografo capace di correggere l'errore di stampa. Al Salk Institute, sopra i nostri laboratori, c'erano colleghi che studiavano l'Hiv: era il virus più efficiente nel farlo. Lì ho avuto l'intuizione: svuotarlo, renderlo innocuo, e usarlo per trasportare geni sani. Un cavallo di Troia».

**E oggi è un metodo clinico approvato.**

«Sì. Oggi al San Raffaele - Telethon Institute abbiamo trattato quasi 180 pazienti a Milano con malattie genetiche dove bastano pochissimi errori nel Dna per causare condizioni gravissime, a volte mortali. I pazienti curati nel mondo sono oltre 1500. Alcune terapie sono diventate farmaci che hanno dato speranza a famiglie che l'avevano persa. Ma soprattutto, ci sono bambini che oggi vanno a scuola, giocano, vivono. È la medicina che riscrive la vita».

**Come si spiega a un genitore che l'Hiv, virus temutissimo, può salvare loro figlio?**

«Serve trasparenza. Spieghiamo che si tratta di un virus modificato, non è più pericoloso. Ma il rischio zero non esiste. Per questo, si comincia quando non ci sono alternative. I genitori capiscono subito».

**Quanto costa una terapia così?**

«Tanto. Alcune arrivano a co-



stare milioni di euro, o almeno centinaia di migliaia. Ma dobbiamo guardare oltre: se curi una persona una volta per tutta la vita, risparmiamo decenni di cure, a volte cure palliative. Il problema è che i nostri sistemi sanitari non sono progettati per spalmare il costo nel tempo. È un nodo sociale, non solo scientifico».

**La terapia genica ha fatto passi avanti anche per i tumori. A che punto siamo?**

«Oggi usiamo la terapia genica per l'immunoterapia: insegnare ai linfociti a riconoscere e attaccare il tumore. Funziona bene nei tumori del sangue, ha salvato decine di migliaia di pazienti. La sfida ora è affrontare quelli solidi, più difficili da penetrare e combattere».

**Il sistema sanitario italiano può sostenere tutto ciò?**

«Ha dei limiti, ma anche grandi potenzialità. Rispetto agli Stati Uniti abbiamo avuto più spazio per sperimentare, più sinergia tra clinica e ricerca. L'Italia può ancora essere un luogo in cui la scienza cresce. Ma serve una visione politica a lungo termine».

**Lei ha avuto a che fare con chi è diffidente verso la scienza. Come risponde?**

«Provo a essere trasparente. Dietro ogni sperimentazione c'è una malattia vera, un bambino malato, una famiglia che chiede una possibilità. Chi lavora nella scienza sa quanto è difficile arrivare a una terapia: i vaccini a RNA, usati per il Covid, per esempio, sono stati un risultato

straordinario. Serve fiducia. E spirito critico, ma verso le fonti sbagliate».

**Cosa direbbe a un giovane o una giovane che vuole fare ricerca?**

«Prima di tutto: coltiva la passione. E verifica che sia vera, che sia il motore di una vita. Poi: cerca ambienti che ti insegnino un metodo. Non inseguire solo il progetto più affascinante, ma impara come si lavora. E andare all'estero aiuta, sì, ma oggi anche in Italia ci sono luoghi eccellenti».

**E nel 2050? Cosa vorrebbe che fosse successo?**

«Vorrei che la fiducia nella scienza fosse tornata solida. E che le terapie geniche fossero accessibili, integrate nel sistema sanitario. Abbiamo costruito strumenti potenti.

Ora dobbiamo usarli bene, per non sprecarli proprio ora che funzionano».

**C'è qualcosa che ancora manca, secondo lei?**

«Servono due cose: regole più snelle, perché oggi conosciamo bene queste terapie, e modelli di business non-profit per le malattie rare. Telethon ci sta provando, ma bisogna fare di più. E a livello europeo, servono strategie comuni: l'America ha mostrato segni di sfiducia verso la scienza, non possiamo fare a meno dei loro istituti, ma dobbiamo fare cerchio attorno all'Europa e difendere i nostri laboratori. È qui che qualcuno oserà e troverà nuove cure che oggi sembrano impossibili». —



## 180

i pazienti curati con terapia genica al San Raffaele – Telethon Institute di Milano

## 1 milione

la cifra che può raggiungere una terapia genica su misura

### S Così su La Stampa del giugno 2000

Un articolo del 15 giugno 2000 mostra i primi successi della ricerca di Naldini, all'epoca all'Istituto di Candiolo di Torino: "Un proiettile contro i tumori"



## “

**Luigi Naldini**  
Medico e ricercatore

In America cresce la sfiducia verso la scienza, l'Europa deve farsi carico di questo momento

Ai giovani consiglio di sperimentare, tentare, viaggiare, ma la cosa più importante è trovare un metodo di lavoro



### In supporto

Una delle dottoresse del San Raffaele – Telethon Institute con una giovane paziente che ha ricevuto le cure



**CIBO E FINANZE  
PUBBLICHE**

Il costo di mangiare male: 12 miliardi  
Gasbarrini e Fargione • pag. 21

**L'INTERVENTO**

# IL COSTO DEL MANGIARE MALE PESO DA 12 MILIARDI PER LO STATO BISOGNA RIPARTIRE DALLE SCUOLE

Snack, piatti pronti, bevande: i prodotti “ultra-formulati” valgono in Europa 310 miliardi di euro. Il cambio degli stili di vita e la sovraesposizione alle “macchinette” in ospedali e istituti hanno accelerato il trend. Serve più prevenzione

Antonio Gasbarrini e Riccardo Fargione \*

**N**egli ultimi anni i numeri ci confermano un evidente mutamento nelle scelte di acquisto dei consumatori, sempre più catturati dai prodotti ultra-formulati. Le conseguenze non sono positive e intersecano varie sfere, dalla salute dei cittadini all'economia ai bilanci dello Stato.

Le vendite di ultra-formulati hanno raggiunto il valore record di 2mila miliardi di dollari nel mondo, +24% negli ultimi cinque anni. In Europa la spesa complessiva è di 310 miliardi di euro - 690 euro a persona l'anno - in aumento del 29% nell'ultimo quinquennio con un trend superiore a quello mondiale.

Parliamo di cibi e bevande manipolate con l'aggiunta di additivi (spesso di natura chimica) che hanno l'obiettivo di raggiungere le massime preferenze dei consumatori fino a creare vere e proprie dipendenze. Snack confezionati dolci o salati, merendine, dolci industriali, bevande gassate ed energizzanti e tanto altro. Questi prodotti rappresentano circa un quarto delle calorie

assimilate in Europa e oltreoceano si arriva addirittura al 70% dei consumi di bambini e adolescenti. L'aumento di questi consumi non

è solo una questione individuale, ma riflette cambiamenti strutturali nella società: dall'urbanizzazione alla globalizzazione, dal mutamento dei ritmi di vita (sempre più veloci) alla riduzione del tempo dedicato alla preparazione dei pasti. Elementi che hanno favorito la diffusione di cibi pronti e preconfezionati portando una fetta sempre maggiore della popolazione ad abbandonare quella che è stata per secoli un'attenzione alla cucina e ai prodotti della natura. Una delle regole alla base di una vita longeva.

Con questi consumi crescono anche le problematiche sulla salute con il 46% delle persone che in Italia versa in uno stato di sovrappeso o obesità. Gli effetti di una cattiva alimentazione generano un costo di oltre 12 miliardi l'anno sui bilanci dello Stato, con 289 euro di costi aggiuntivi per ogni contribuente. Questi numeri sono rilevanti e al contempo paradossali in un Paese come l'Italia, culla della Dieta Mediterranea. Uno studio pubblicato su “Frontiers in Public Health” e condotto in 14 Paesi a medio e basso reddito mostra che ogni dollaro investito per la ristorazione scolastica genera mediamente un ritorno 17 volte maggiore, con un range da 7 a 35 a seconda del contesto sociale. Anche questo un tema rilevante ed è per questo che abbiamo posto al centro delle attività della



Fondazione Aletheia il ruolo centrale di scuole e bambini.

E proprio insieme all'affermazione di questi prodotti ultraformulati sentiamo sempre più spesso parlare del microbiota e della sua alterazione dovuta a un'alimentazione sbagliata e a stili di vita scorretti. Sebbene si tratti di temi complessi che molto spesso sono resi ancor più difficili dalla complessa terminologia medica, tutto questo genera evidenti e tangibili riflessi sulla nostra quotidianità, sulle nostre vite. Ma cos'è il microbiota? In sintesi, si tratta della popolazione di microrganismi presenti in parti del corpo umano, come ad esempio l'intestino. Esso è fortemente condizionato dall'alimentazione e dallo stile di vita. Numerose evidenze scientifiche suggeriscono che i prodotti ultra-processati possono influenzare negativamente il sistema immunitario attraverso meccanismi diretti e indiretti, come l'alterazione della barriera intestinale e del microbioma. Quest'ultimo svolge un ruolo centrale nello sviluppo di molte malattie infiammatorie croniche. Crediamo che tutto questo debba spingerci verso un ripensamento dei modelli di consumo e soprattutto verso l'introduzione di misure ed interventi (integrati) che possano rappresentare un'argine a questa deriva alimentare. Pensiamo al ruolo delle scuole e di luoghi sensibili come gli stessi ospedali. Crediamo che sia importante partire da questi luoghi con interventi che pongano al centro anche la decisiva funzione delle mense pubbliche. Ma non solo.

Perché trovare in questi posti sensibili distributori di cibo non salubre e ultraformulato e non poter invece poter acquistare della frutta fresca, frutta secca, spremute di arance o estratti di prodotti naturali? Secondo un'indagine del sistema di sorveglianza dell'Istituto Superiore di Sanità, tra i prodotti maggiormente venduti nei distributori automatici nelle scuole primarie e accessibili ai più piccoli, troviamo troppo spesso un'offerta di alimenti non salutari come snack dolci (77%) e snack salati (75,5%). Praticamente assenti invece: frutta (1,4%), yogurt o latte (1,6%) che invece dovrebbero rappresentare una fonte nutrizionale importante per i più piccoli.

La prevenzione gioca un ruolo fondamentale ed è per questo che dobbiamo lavorare sempre più in questa direzione per promuovere un'alimentazione più sana e sostenibile in grado di garantire salute ai cittadini. Lo dobbiamo ai cittadini ma anche al nostro Paese ed è per questo che il 24 giugno con la Fondazione Aletheia approfondiremo questi argomenti presso il Ministero dell'Istruzione e del Merito: partire dalle scuole ci consentirà di percorrere più velocemente il sentiero verso un futuro migliore nostro e delle nuove generazioni.

*\* Professore di medicina interna Università Cattolica e direttore Fondazione Aletheia*



**L'OPINIONE**

Molti hanno abbandonato quella che è stata per secoli un'attenzione alla cucina e ai prodotti della natura. Per l'Italia, culla della Dieta Mediterranea, è un paradosso



**FOCUS**



**ISRAELE-IRAN  
NUOVO FRONTE  
PER L'ENERGIA**

"L'ennesima guerra rincara l'energia, peggiorando le attese". Così la Confindustria sul conflitto tra Iran e Israele, deflagrato una decina di giorni fa

MAJID ASGARPOUR/WALAF/FEUTERS



OGGI LA GIORNATA: LA MOBILITAZIONE PER RICERCA E CURA DELLE PERSONE

# Con la Sla, ma mai abbandonati: una dignità da riconoscere sempre

Una malattia che priva delle funzioni del corpo, una dopo l'altra: «Ma ciò che più pesa sono isolamento e incertezza»  
Una voce da ascoltare, con le sue vere esigenze

ELISABETTA GRAMOLINI

Cura, vicinanza e resilienza. Non sono solo parole ma direttrici lungo le quali gli sforzi di ricerca e comunità tendono oggi per la Sclerosi laterale amiotrofica (Sla), una malattia che impedisce i movimenti a poco a poco ma non spegne i punti di contatto con mondo e vita. In Italia si stima che siano circa 6mila le persone affette. Per loro le risposte della scienza aumentano, così come il sostegno proveniente dalle iniziative promosse in occasione dello Sla Global Day 2025 che si celebra oggi. Tanti gli eventi dedicati, incluso un docufilm e una veleggiata solidale, dall'Associazione italiana Sclerosi laterale amiotrofica (AiSla) per aumentare la consapevolezza e supportare pazienti e caregiver. «Il bisogno che resta più spesso inascoltato è quello di sentirsi riconosciuti. Non come malati o assistenti di chi vive la malattia, ma come persone con la loro dignità, i loro desideri, la loro voce», afferma Fulvia Massimelli, presidente nazionale di Aisla.

Chi vive la Sla si confronta ogni giorno con un corpo che cambia, «ma ciò che fa più male - riprende Massimelli - è la solitudine davanti a decisioni, incertezza, tempo che manca. E questo riguarda anche chi cura, spesso lasciato solo nella fatica. Noi chiediamo ascolto per poter costruire risposte». L'Associazione ha da poco creato una redazione scientifica, formata da neurologi, con lo scopo di divulgare in maniera corretta. «La scienza va tradotta, raccontata, condivisa», spiega la presidente, che sottolinea come troppo spesso la distanza tra ricerca e quotidiano sia enorme. La Sla ruba ai pazienti il movimento ma allo stesso tempo è capace di impartire lezioni: «ci ha insegnato - sostiene Massimelli - che l'impossibile, a volte, si può fare. In questi anni abbiamo costruito centri dedicati, portato la cura a casa,

accesso riflettori là dove prima c'era il buio. Abbiamo formato alleanze con il mondo scientifico, con le istituzioni, con le aziende, perché da soli non si va lontano. Ma la vera opportunità è quella umana: ci siamo scoperti comunità. Ogni volta che una persona con Sla riesce a continuare a comunicare, a viaggiare, a sorridere con i propri figli, è lì che il limite si trasforma in bellezza. È questo il senso più profondo della nostra missione: generare speranza concreta».

E un ulteriore tassello di fiducia nella ricerca lo offre l'ultima pubblicazione su *Cell Death and Differentiation*, derivata da due studi preclinici supportati dalla Fondazione italiana di ricerca per la Sla (AriSla). Questi lavori hanno prodotto risultati chiave per definire i meccanismi molecolari alla base dell'accumulo di danno al Dna in cellule affette dalla Sla.

Nel malato, infatti, le proteine FUS e TDP-43 «tendono ad aggregarsi in una conformazione non funzionale poiché precipitano fuori dal nucleo, all'interno del citoplasma», spiega Sofia Francia, ricercatrice a Pavia dell'Istituto di Genetica Molecolare "Luigi Luca Cavalli Sforza" del Consiglio Nazionale delle Ricerche e autrice senior dello studio.

L'accumulo citoplasmatico di FUS e TDP-43 induce un danno al Dna perché le proteine capaci di ripararlo non vengono attivate e reclutate, causando la perdita di funzionalità del genoma e la sofferenza cellulare. In pratica, l'allarme molecolare disfunzionale viene lanciato ma la risposta non è sufficiente a intervenire. Volendo fare una metafora, è come se venisse segnalato un incendio senza però l'arrivo dei pompieri. «Nei malati di Sla - prosegue Francia - scatta l'allarme ma l'estintore non c'è e per questo il fuoco dilaga, cioè continua la degenerazione cellu-

lare». Quello che lo studio è riuscito a dimostrare non è solo il meccanismo ma sono gli effetti di un farmaco antibiotico, l'enoxacina, già approvato per intervenire in caso di infezioni batteriche del tratto urinario.

Rimanendo nella metafora, questo trattamento è capace di agire come un idrante che spegne l'incendio: «Avevamo già visto in altri studi - afferma la ricercatrice - come il farmaco fosse in grado di potenziare il reclutamento di una proteina che compie la funzione del pompiere e l'abbiamo testato in un modello murino, osservando come la somministrazione di enoxacina sia in grado di spegnere il segnale del danno. L'antibiotico a oggi è già presente nel nostro pannello di farmaci e negli ospedali ed è assunto per via orale. Ora occorre approfondire i risultati affinché si possa arrivare alla raccolta di dati per valutare come e in che dosi la molecola possa essere somministrata al paziente affetto da Sla. Per il momento, abbiamo potuto appunto analizzare dei marcatori della risposta al danno al Dna e osservato dei benefici di un farmaco già in uso per altre patologie e di cui sappiamo già il basso livello di tossicità».

Progetti, studi e nuove evidenze sono quindi all'ordine del giorno sul fronte della ricerca. «Il nostro osservatorio sui progetti finanziati ci restituisce un'immagine positiva», commenta la presi-



dente di AriSla, Lucia Monaco. «In AriSla - continua -, con l'attuazione del Piano strategico, abbiamo selezionato nuovi progetti frutto dell'interazione tra ricercatori di base e clinici, affinché gli uni mettano a disposizione degli altri il proprio *know how* e si acceleri l'identificazione di interventi concreti per la diagnosi e il trattamento della Sla. La strada che si sta perseguendo punta a una diagnosi più rapida e a un monitoraggio della malattia più accu-

rato, attraverso l'identificazione di biomarcatori. Allo stesso tempo cerchiamo nuove soluzioni terapeutiche, sia specifiche per le forme genetiche di Sla sia più generiche, puntando anche al riposizionamento di farmaci già conosciuti per altre patologie».



## I CINQUANT'ANNI DI AIL

### **Leucemie: nuove terapie, più guarigioni. E Case per chi deve curarsi in un'altra città**

In Italia oltre 500.000 persone convivono con un tumore del sangue, con 30mila nuove diagnosi ogni anno. Grazie ai progressi della ricerca scientifica, oggi sono aumentate le possibilità di guarigione e, in molti casi, è possibile convivere a lungo con la malattia mantenendo una buona qualità di vita. In questo scenario, garantire un supporto concreto ai pazienti ematologici e favorire l'accesso a terapie sempre più efficaci rappresentano obiettivi prioritari e raggiungibili. Lo si deve anche all'impegno che da mezzo secolo prodiga l'Associazione italiana contro leucemie, linfomi e mieloma a sostegno della scienza e della medicina, che oggi anima la ventesima Giornata nazionale per la lotta contro malat-

tie sulle quali medici e ricercatori sono impegnati al fianco dei malati e delle famiglie per dare speranza ogni giorno: «Dalle prime sezioni Ail nel 1975 oggi siamo arrivati a 83 con oltre 17mila volontari in tutto il Paese – spiega il presidente nazionale Giuseppe Toro –. Sono 35 le sezioni provinciali in 16 regioni che dispongono del servizio Case AIL, per accogliere gratuitamente i pazienti e i loro familiari, nel caso sia necessario trasferirsi in un'altra città per le terapie».



Brescia

**FATEBENEFRAPELLI DI BRESCIA****Studio svela l'impatto dei fattori di rischio genetico e la probabilità di sviluppare la malattia di Alzheimer**

Uno studio internazionale coordinato dall'Irccs Fatebenefratelli di Brescia spiega l'impatto dei fattori di rischio genetico nello sviluppo della malattia di Alzheimer. Pubblicato su *Nature Genetics*, è firmato da Roberta Ghidoni, direttrice scientifica dell'Irccs Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli. Si tratta del primo studio che esamina la relazione tra i punteggi di rischio poligenico - che consentono di valutare il pericolo in una determinata popolazione - e la probabilità di sviluppare la malattia di Alzheimer.

«Un gruppo di individui può avere una combinazione più o meno dannosa (o protettiva) di fattori di rischio genetici all'interno del proprio genoma - osserva Ghidoni - e l'analisi della componente genetica migliora la comprensione della patologia e dei meccanismi coinvolti».

I risultati suggeriscono che la malat-

tia di Alzheimer - una patologia "complessa" perché derivante dall'interazione di fattori genetici e ambientali -, dipende da un fattore di rischio genetico chiamato apolipoproteina E, e dalla combinazione di circa 75 altri fattori. È stato osservato che quest'ultima entità è comune in diverse popolazioni in tutto il mondo, suggerendo che una parte significativa del rischio genetico per la malattia di Alzheimer è già ben compresa, indipendentemente dalla popolazione, e che i processi fisiopatologici sottostanti sono probabilmente i medesimi.

L'impatto dell'apolipoproteina E sembra invece differire significativamente tra le popolazioni esaminate. In altre parole, a differenza del resto del genoma, il gene dell'apolipoproteina E porta gran parte della variabilità genetica nel rischio di sviluppare l'Alzheimer. Infine, è stato os-

servato che l'associazione di questi punteggi di rischio poligenico è specifica per la malattia di Alzheimer (e non per altre forme di demenza), indipendentemente dalla popolazione studiata. Tali punteggi di rischio poligenico possono quindi essere utili per la stratificazione di pazienti nei trial clinici.





Servizio Ministero della Salute

## **Ondate di calore e sicurezza in piscina: le raccomandazioni e il numero da chiamare 1500**

Più di metà degli annegamenti delle piscine riguarda i bambini fino a 12 anni: una campagna video di Regioni e Iss con i consigli per i genitori

*di Ernesto Diffidenti*

20 giugno 2025

Con l'arrivo del gran caldo giungono anche le raccomandazioni e i piani di intervento delle istituzioni per salvaguardare le persone più fragili. Dal 23 giugno sarà attivo il servizio di pubblica utilità 1500, gestito dal ministero della Salute in sinergia con l'Inail, che fornirà informazioni ai cittadini su come proteggersi dalle ondate di calore. Mentre l'Istituto superiore di sanità in collaborazione con Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto e Sicilia, lancia una campagna video, in cui un pesciolino chiamato Salvo spiega ai genitori cosa fare per prevenire gli incidenti dei bambini in piscina.

### **Il servizio 1500 è gratuito**

Il numero 1500 è gratuito e sarà attivo dalle 9 alle 17, dal lunedì al venerdì. Gli operatori forniranno ai cittadini consigli utili per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute, orientamento ai servizi sul territorio attivati dalle Regioni e dai Comuni, informazioni per la tutela della salute dei lavoratori impegnati in attività all'aperto per ridurre i rischi da esposizione solare e counseling di tipo medico sanitario attraverso la collaborazione dei dirigenti sanitari del ministero della Salute.

Il 1500 si aggiunge alle attività già messe in campo dal ministero della Salute con il Piano Caldo Estate 2025, operativo da fine maggio. Dal lunedì al venerdì, fino a metà settembre, si possono consultare sul sito del ministero i bollettini sulle ondate di calore. Il Piano Caldo, come ogni anno, si avvale del Sistema di sorveglianza della mortalità giornaliera e del Sistema di sorveglianza degli accessi in Pronto Soccorso che consentono di identificare tempestivamente situazioni di emergenza sanitaria e attivare interventi di prevenzione sulla popolazione.

### **I dati sugli annegamenti in piscina degli under 12**

In città o in vacanza il pericolo resta sempre in agguato. Più di metà degli annegamenti delle piscine riguarda i bambini fino a 12 anni, e in generale delle circa 330 persone che muoiono in media ogni anno per questo motivo (12%) ha meno di 18 anni. "Instaurare un corretto rapporto con l'acqua è fondamentale per la crescita dei nostri bambini, e con alcune attenzioni si possono ridurre i rischi che inevitabilmente sono connessi a questo elemento afferma Andrea Piccioli, direttore generale dell'Istituto superiore di sanità –. Uno speciale ringraziamento va alle Regioni perché insieme a loro possiamo aumentare la diffusione di questa campagna e promuovere una prevenzione più efficace".

## **Dal 2017 al 2021 morte per annegamento 1.642 persone**

Secondo rapporto in via di pubblicazione dell'Osservatorio per lo sviluppo di una strategia nazionale di prevenzione degli annegamenti e incidenti in acque di balneazione, dal 2017 al 2021 sono morte per annegamento 1.642 persone. Di queste, il 12,5% (ovvero 206) aveva un'età da 0 a 19 anni. Si tratta di circa 41 decessi ogni anno che riguardano bambini o ragazzi adolescenti, con i maschi che rappresentano un cospicuo 81% di tutte le mortalità per annegamento in età pediatrica. I casi aumentano con l'aumentare dell'età, anche se non in maniera lineare (la fascia di età 1-4 anni presenta più casi di quella 5-9 anni), fino ad arrivare agli adolescenti, che da soli coprono il 53,4% di tutti gli annegamenti da 0 a 19 anni. Nella quasi totalità dei casi, il bambino – che non sa nuotare - annega perché sfuggito all'attenzione dei genitori, cade in acqua o finisce, giocando in acqua, nell'acqua fonda. Anche le piscine domestiche hanno contribuito a elevare il numero di incidenti e di annegamenti, e il 53% degli annegati nelle piscine sono bambini fino a 9 anni. “L'acqua, anche quando è una pozza d'acqua o “uno stagno”, esercita un'attrazione fatale su qualsiasi bambino – spiega Fulvio Ferrara, che ha curato il rapporto -. Nelle piscinette gonfiabili il rischio che un bambino piccolo, che ha da poco cominciato a camminare, si rovesci dentro è molto elevato. Dobbiamo ricordare qui che un bambino caduto in acqua, scomparirà dalla vista entro 20 secondi”.

### **Gli errori e le false credenze**

Una delle cause più comuni di annegamento infantile è legata alla mancata o inadeguata supervisione da parte degli adulti. In uno studio riportato nel rapporto questi ammettevano, mentre sorvegliavano il loro bambino vicino all'acqua, di aver parlato con altri (38%), di dover sorvegliare un altro bambino, di essere occupati a leggere (18%), di mangiare (17%) e/o di parlare al telefono (11%).

Tra i genitori di bambini tra 0 e 12 anni quasi la metà (48%) credeva erroneamente che avrebbero sentito rumori e schizzi o piangere il loro bambino, se si fosse trovato in difficoltà in acqua. Inoltre il 56% credeva che un bagnino, se presente, fosse la persona principale responsabile della supervisione del proprio bambino, e il 32% ha riferito di lasciare il proprio bambino completamente incustodito in una piscina per 2 minuti o più.

### **I consigli per limitare gli incidenti, la campagna di Iss e Regioni**

Il video diffuso sui canali social dell'Iss e delle Regioni che hanno aderito fornisce alcuni consigli per evitare incidenti:

Immergersi preferibilmente in acque sorvegliate dove è presente personale qualificato in grado di intervenire in caso di emergenza, evitare di immergersi in caso di mare mosso o in prossimità di specchi d'acqua dove sono presenti correnti di ritorno, sorvegliare sempre in maniera continuata i bambini, sducare i bambini all'acquaticità fin da piccoli, evitare di tuffarsi in acqua repentinamente dopo aver mangiato o dopo un'esposizione prolungata al sole e di tuffarsi da scogliere o in zone non protette.

Servizio Dopo le decisioni dell'Aifa

## **Per otto milioni di italiani colpiti dall'emicrania nuove terapie per curarla e prevenirla**

Le persone che soffrono di emicrania possono accedere più facilmente alle nuove cure grazie a un recente provvedimento dell'Agenzia italiana del farmaco

*di Francesca Indraccolo*

20 giugno 2025

Gli attacchi di emicrania si possono curare e anche prevenire in maniera sempre più efficace. Tra le più innovative terapie da assumere per evitarne l'insorgenza, ci sono i farmaci che agiscono contro il CGRP, un peptide legato alla vasodilatazione che interviene nella trasmissione del dolore. Tali farmaci agiscono con meccanismi diversi e includono gepanti, anticorpi monoclonali e tossina botulinica. Questo tipo di mal di testa, una vera e propria patologia neurologica, è il più diffuso e invalidante insieme alla cefalea tensiva e colpisce otto milioni di italiani, di cui 5 milioni sono donne.

“Oggi abbiamo sei nuovi farmaci per affrontare e anche prevenire questo grave disturbo, che si aggiungono agli antidolorifici e a farmaci creati per trattare altre patologie ma efficaci anche per l'emicrania come gli antidepressivi, gli antiepilettici, i betabloccanti e i calcioantagonisti a cui si aggiunge anche la tossina botulinica. Ancora troppe persone non conoscono i progressi compiuti negli ultimi anni e, a volte, utilizzano medicinali da banco per alleviare la sintomatologia ma con scarsi risultati e con il rischio di effetti collaterali”, afferma Marina De Tommaso, presidente della Società italiana studio cefalee (Sisc), in occasione della giornata “Liberi dal dolore: una nuova era per la terapia delle cefalee”. L'iniziativa, condivisa con Fondazione Onda, si celebra con lo scopo di informare pazienti e cittadini sulle possibilità di cura ora disponibili e sui centri di riferimento in Italia.

### **Cure più accessibili e per più pazienti dopo l'ok dell'Aifa**

Le persone che soffrono di emicrania possono accedere più facilmente alle nuove cure grazie a un recente provvedimento dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) dell'aprile scorso. A quasi cinque anni dall'introduzione degli anticorpi monoclonali nella profilassi dell'emicrania, l'Aifa, grazie all'intervento delle Società Scientifiche e della Sisc in particolare, ha eliminato l'obbligo del controllo di efficacia dopo tre mesi, ora previsto dopo sei mesi, e quello di interrompere il trattamento dopo un anno di cura. Il vantaggio per i pazienti è significativo: il 30% in più rimarrà in terapia per un periodo più lungo, anche se il loro organismo non ha risposto efficacemente nel primo trimestre. Un elemento importante per ampliare il numero di chi ne beneficerà, visti i risultati della somministrazione. Dopo un anno, infatti, il 91,3% dei pazienti riduce almeno della metà i giorni in cui si scatenano gli episodi dolorosi. Secondo quanto disposto dall'Aifa, l'accesso con rimborsabilità alla prescrizione degli anticorpi monoclonali è previsto per il trattamento dei pazienti adulti che negli ultimi tre mesi abbiano presentato almeno otto giorni di emicrania disabilitante già trattati con altre terapie di profilassi per l'emicrania e che abbiano mostrato una

risposta insufficiente dopo almeno sei settimane di trattamento o che siano intolleranti oppure che presentino chiare controindicazioni ad almeno tre precedenti classi di farmaci per la profilassi dell'emicrania.

### **La “rivoluzione” farmacologica**

In tempi ormai lontani gli unici farmaci per combattere il dolore emicranico erano i FANS, antinfiammatori non steroidei: “Sono utili e infatti nei casi lievi sono tuttora in uso – specifica De Tommaso - ma dall'efficacia limitata e soprattutto non specifici”. La svolta in questo ambito è arrivata negli anni '90, quando vennero prodotti i primi farmaci che agivano in modo mirato sul meccanismo del dolore, precisamente su alcuni recettori della serotonina. Negli ultimi anni c'è stato un vero “salto evolutivo”. “Sono successivamente apparsi i ditani, più specifici e con meno effetti collaterali, e poi i gepanti, tutti aventi come bersaglio il CGRP. E infine sono arrivati anche anticorpi monoclonali destinati a prevenire gli attacchi: tre molecole che bloccano il CGRP e una il suo recettore”, aggiunge la presidente Sisc.

### **Una malattia che incide sulla qualità della vita**

Un vero sollievo poter contare su queste nuove armi per chi soffre di emicrania, che non è un semplice 'mal di testa' ma una malattia neurologica caratterizzata da attacchi ricorrenti di cefalea di intensità da moderata a severa, con dolore tipicamente pulsante e unilaterale, associato a nausea, vomito e ipersensibilità a luce, suoni e odori. La patologia ha una base genetica che ne spiega la familiarità e gli attacchi sono scatenati da fattori ormonali, ambientali e climatici, il digiuno e in particolare lo stress fisico ed emotivo, l'affaticamento, la mancanza di sonno e in generale le variazioni dei ritmi di vita. Si tratta di una malattia complessa che necessita di una valutazione in sede specialistica al fine di un corretto inquadramento diagnostico e di un programma terapeutico personalizzato.

“In Italia – ricorda De Tommaso - esistono 75 strutture specializzate che sono i Centri cefalee individuati da Sisc dove lavorano professionisti che possiedono le competenze necessarie per formulare, attraverso esami specifici, una diagnosi puntuale che è il presupposto per offrire al paziente le cure più efficaci”. Per un disturbo così invalidante e impattante sulla qualità della vita delle persone che ne sono affette devono esserci anche risposte “a portata di mano”. “Visto che di emicrania soffre una fetta significativa della popolazione, va creato e incentivato il rapporto tra Centri per le cefalee e territorio. L'emicrania deve diventare patrimonio della medicina del territorio così come lo è ora l'ipertensione per consentire di offrire ai pazienti i trattamenti più innovativi, personalizzati e adatti al loro tipo di cefalea”, conclude De Tommaso.

Servizio Medicina di precisione

## Colpire il caos: la strategia rivoluzionaria contro le proteine disordinate

Di fronte a tumori resistenti e malattie neurodegenerative, i ricercatori esplorano un nuovo universo proteico: quello del disordine

*di Francesca Cerati*

20 giugno 2025

Per decenni, la biologia molecolare ha vissuto all'ombra di un dogma: per funzionare, una proteina deve avere una struttura tridimensionale stabile. Tuttavia, una classe di proteine sfugge a questa regola, pur svolgendo ruoli centrali nei processi cellulari: sono le proteine intrinsecamente disordinate (IdPs). Senza una forma fissa, queste proteine assumono configurazioni diverse in base all'ambiente, ai legami o a modifiche chimiche. Il loro comportamento dinamico le rende attori chiave nella regolazione cellulare e, quando qualcosa va storto, potenziali protagonisti delle malattie più complesse: cancro, Alzheimer, Parkinson, infiammazioni croniche.

Una recente review su Nature Reviews Drug Discovery definisce le IdPs come il prossimo grande ostacolo — ma anche opportunità nella scoperta di farmaci. Queste proteine, altamente flessibili e spesso prive di siti stabili di legame, sono state a lungo considerate “non trattabili” con gli approcci farmacologici classici. Tuttavia, grazie all'integrazione di tecniche sperimentali avanzate (come Nmr, Sxas, single-molecule Fret) e metodi computazionali evoluti, sta nascendo una nuova strategia: gli “i-mods”, piccoli composti progettati per legarsi alle IdPs, stabilizzandone o inibendone specifiche funzioni.

### Lo studio italiano che sfida il paradigma

In questo scenario emergente si inserisce lo studio guidato da Barbara Zambelli, professoressa associata presso il dipartimento di Farmacia e Biotecnologie dell'Università di Bologna, che ha individuato nella proteina Ndr1 un bersaglio promettente contro il tumore al polmone. L'aspetto innovativo? Il team ha puntato non sulla parte “rigida” della proteina, ma su una regione terminale disordinata, responsiva a stimoli ambientali come la presenza di nichel - un noto cancerogeno presente in fumo e smog.

Ndr1 è iperespresso in presenza di inquinanti e associato ad aggressività tumorale e resistenza ai trattamenti. La sua sequenza disordinata, in particolare, cambia forma in base alle interazioni con lipidi e metalli. Una modifica chiave è la fosforilazione, che altera la capacità della proteina di ancorarsi alle membrane cellulari. Inibendo questa funzione, si potrebbe spegnere un interruttore tumorale prima ancora che scatti.

Ma la vera rivoluzione è concettuale: «Lo studio abbandona il modello classico “chiave-serratura” per l'interazione farmaco-bersaglio, proponendo di colpire la mobilità stessa della proteina - spiega Zambelli, che ha presentato lo studio all'Università di Trieste in occasione del convegno della Divisione Chimica dei Sistemi biologici della Società Chimica Italiana - L'obiettivo è identificare

molecole che, legandosi alla regione disordinata di Ndrgr1, ne riducono la flessibilità, bloccandone la funzione patologica».

### **Perché le proteine disordinate sono così difficili da colpire**

Le IdPs rappresentano circa un terzo delle proteine dei mammiferi e sono spesso cruciali in processi regolatori come trascrizione genica, formazione di condensati biomolecolari e segnalazione intracellulare. La loro natura dinamica permette loro di fungere da “hub molecolari” ma impedisce l’identificazione di siti di legame stabili, rendendo molto complesso progettare farmaci efficaci.

Tuttavia, esempi recenti mostrano che è possibile. Alcuni farmaci sperimentali stanno già prendendo di mira proteine disordinate coinvolte in tumori (come Myc e p53), malattie neurodegenerative (come  $\alpha$ -sinucleina e tau) e patologie autoimmuni. Lo studio di Zambelli è tra i primi a tentare questo approccio nel contesto del tumore al polmone, aprendo una strada nuova per colpire in modo selettivo cellule malate.

### **Sfide aperte e prospettive**

La strada è ancora lunga. La maggior parte degli i-mods attualmente in studio ha affinità di legame nell’ordine del micromolare, troppo bassa per la clinica. Ma i progressi nelle simulazioni molecolari e nelle tecniche di screening ad alta capacità potrebbero colmare il divario. Inoltre, la possibilità di modulare la formazione di aggregati patologici (come quelli osservati in Alzheimer o nella sclerosi laterale amiotrofica) apre nuove frontiere nella medicina molecolare.

In sintesi, le proteine disordinate non sono più un enigma biologico, ma una promessa terapeutica. Lo dimostra lo studio italiano su Ndrgr1, che rompe gli schemi e suggerisce che, a volte, l’assenza di forma può essere la chiave per fermare una malattia.



Servizio Le neoplasie ematologiche

## Oggi la giornata dei tumori del sangue: ogni anno 30mila nuovi casi in Italia, ecco le ultime terapie

Complessivamente sono 500mila le persone che convivono con i diversi tipi di neoplasie ematologiche e per questi pazienti la ricerca ha fatto passi da gigante

*di Francesca Indraccolo*

20 giugno 2025

In Italia le nuove diagnosi di tumori del sangue sono ogni anno 30mila. Di queste, circa 1.100 riguardano bambini e adolescenti. Complessivamente sono 500mila le persone che convivono con i diversi tipi di neoplasie ematologiche e per questi pazienti la ricerca ha fatto passi da gigante per fornire cure sempre più efficaci, in particolare grazie all'immunoterapia e ai trapianti di midollo osseo. Lo stato dell'arte in questo settore è stato tracciato a Roma alla vigilia della Giornata Nazionale per la lotta contro Leucemie, Linfomi e Mieloma, che si celebra il 21 giugno ed è promossa dall'Associazione Italiana Leucemie, Linfomi e Mieloma (Ail), nel corso dell'incontro "Dalla Ricerca alla Cura: l'azione di Ail nella lotta ai tumori del sangue. Ricerca scientifica, innovazione terapeutica e assistenza ai pazienti".

### **Il ruolo dell'immunoterapia e dei farmaci biologici**

Durante l'evento organizzato da Ail, che da oltre 55 anni finanzia progetti di ricerca – sono stati 157 nel 2024 – ed è al fianco ogni giorno di pazienti e famiglie, gli esperti hanno evidenziato come l'immunoterapia in generale e altri farmaci biologici stanno modificando in maniera significativa l'approccio terapeutico sotto molteplici aspetti. "I nuovi farmaci – spiega Francesco Di Raimondo, vicepresidente SIE, professore di ematologia, Università di Catania e Direttore UOC di Ematologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Rodolico" di Catania - hanno bassa tossicità, possono essere usati in combinazione fra di loro e anche in combinazione con la chemioterapia. Questa combinazione produce da un lato un significativo aumento dell'efficacia e dall'altro una riduzione della tossicità. Dunque, nella pratica clinica si ha una profondità di risposta nettamente superiore e con minori effetti collaterali. Questo è un vantaggio evidente per numerose patologie e si riverbera in una qualità di vita nettamente superiore".

### **Le nuove armi terapeutiche a disposizione**

Un ruolo chiave lo giocano gli anticorpi bispecifici, cioè anticorpi bidirezionali che da un lato legano la cellula tumorale e dall'altro il linfocita T, uno dei pilastri del sistema immunitario, e le terapie CAR-T. "Gli anticorpi bispecifici favoriscono il contatto diretto tra le cellule tumorali e i linfociti T, capaci di riconoscerle e distruggerle. Inoltre, è disponibile un'altra immunoterapia molto importante: le CAR-T. Questa tecnica – prosegue Di Raimondo - consiste nel prelievo e successiva re-infusione dei linfociti del paziente che vengono modificati in maniera da aggredire le cellule tumorali. Questa tecnologia però necessita di un'organizzazione molto complessa, mentre i bispecifici sono dei veri e propri farmaci disponibili in qualunque momento e quindi vengono

somministrati in maniera molto più semplice. Il grande vantaggio dei bispecifici è legato al fatto di poter essere combinati sia fra di loro sia con altri farmaci, compresi gli anticorpi monoclonali e i chemioterapici. Esistono inoltre diversi studi sulla combinazione dei bispecifici con farmaci in grado di aumentare l'attività dei linfociti T". Gli esperti hanno affrontato anche il tema dei trapianti. Nel 2024 in Italia sono stati effettuati 2.076 trapianti allogenici. La patologia maggiormente trattata è stata la leucemia acuta mieloide (46% dei casi). Per quanto riguarda il trapianto autologo, ne sono stati eseguiti 3.160. Nel 64% dei casi la metodica è stata impiegata in pazienti affetti da mieloma multiplo. "Oggi registriamo un aumento significativo dei trapianti anche negli over 60, soprattutto allogenici, che rappresentano il 32% del totale", rimarca Massimo Martino, presidente Gitmo, direttore Uoc Ematologia e Centro Trapianti Midollo osseo, Dipartimento Oncoematologico e radioterapico, Gom "Bianchi-Melacrino-Morelli" Reggio Calabria.

### **Crescono le percentuali di guarigione nei bambini**

Per quanto riguarda i pazienti pediatrici, andando nel dettaglio, sono 500 ogni anno i casi di leucemia linfoblastica acuta, la più frequente, seguita dalla leucemia mieloide acuta con 70 casi e da 25 diagnosi di sindromi mielodisplastiche. Per quanto riguarda i linfomi, più comuni durante l'adolescenza, si stimano invece circa 300 casi di linfomi di Hodgkin e circa 200 non-Hodgkin. Anche per le cure destinate ai bambini ci sono novità. "Tra le frontiere più estreme e più avanzate nel trattamento della cura dei malati affetti da patologie leucemiche, linfofomose o mielomatose, indubabilmente rientra il trattamento con le cellule Car-T. Nel nostro Paese sono già 6 i prodotti approvati per uso clinico nell'adulto e uno in età pediatrica", specifica Franco Locatelli, professore e direttore del dipartimento di Oncoematologia Pediatrica dell'ospedale Bambino Gesù di Roma. Un'evoluzione terapeutica che a breve potrebbe portare altri importanti risultati. "Oggi - prosegue Locatelli - la prospettiva assai concreta è di riuscire a traslare l'efficacia delle cellule Car-T anche alle leucemie linfoblastiche acute T e alle leucemie mieloidi acute. In questa prospettiva proprio al Bambino Gesù abbiamo già trattato dei pazienti con queste patologie in un numero consistente nel contesto di studi clinici o su base di uso non ripetitivo con risultati di grandissimo interesse e di straordinaria prospettiva". La svolta nelle terapie per i pazienti oncoematologici pediatrici è arrivata recentemente. "In ematologia pediatrica - precisa Angela Mastronuzzi, presidente Aieop e responsabile Unità di Neuro-Oncologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma - il vero salto in avanti è stato fatto quando si è cominciato a utilizzare i protocolli di studio, perché i numeri sono piccoli e le patologie molto complesse. A fine 2024 erano in corso 37 studi clinici: 19 nazionali e 18 internazionali". E i dati sulle guarigioni fanno ben sperare. "La buona notizia è che le percentuali di guarigione sono alte in età pediatrica, in media intorno all'80% tra i bambini e il 70% tra gli adolescenti ma con punte del 90% per alcune forme".

Servizio Su Nature Metabolism

## Neuroni della sazietà: l'olfatto in prima linea nella lotta all'obesità

Una ricerca del Max Planck Institute apre nuove possibilità terapeutiche agendo sui segnali olfattivi: un giorno potremmo regolare l'appetito annusando

*di Federico Mereta*

20 giugno 2025

La conosciamo tutti l'acquolina in bocca. E' una sensazione bellissima, con la vista del piatto e soprattutto con il profumo che viene dalla cucina capaci di stimolare la sensazione di appetito. Ma la chiave biologica di un processo di tale complessità, oltre al ruolo del bulbo olfattivo e dalla combinazione dei sensi che si attiva agendo sulla fame, almeno per quanto riguarda l'olfatto, non è ancora del tutto chiara. Soprattutto, diventa difficile considerare come e quanto la semplice preparazione di un cibo in cucina o piuttosto la permanenza vicino a un luogo di preparazione alimentare possa determinare risposte diverse nei vari soggetti e quali circuiti nervosi potrebbero entrare in gioco. Un tassello di questo mosaico è ora però più chiaro grazie a uno studio degli esperti del Max Planck Institute for Metabolism Research, pubblicato su Nature Metabolism. Questa conoscenza, per ora testata solo su base sperimentale, potrebbe aprire la strada a nuovi approcci per la cura dell'obesità destinati a passare attraverso il naso e appunto l'olfatto.

### Cosa succede normalmente

Sostanzialmente, la ricerca mostra come annusare il cibo possa innescare una sensazione di sazietà nei topi magri, mentre nei topi obesi, lo stesso segnale non funziona. Il tutto, grazie a una connessione diretta che dal naso giunge a una rete di neuroni nel cervello capaci di rispondere proprio agli stimoli olfattivi e di far partire la sensazione di sazietà negli animali normopeso. Lo stesso non accadrebbe però negli animali in sovrappeso o francamente obesi. Per questo, l'ipotesi di agire proprio su queste cellule si preannuncia come un possibile meccanismo target per affrontare il fenomeno dell'obesità passando attraverso le percezioni olfattive, con stimolazioni diverse da proporre in base al peso corporeo dell'animale.

### Consulente della salute

Grazie ad analisi su scansioni del cervello gli scienziati (primo nome Janice Bulk) hanno indagato le regioni del cervello dei topi reagiscono agli odori del cibo e sono stati in grado di identificare un nuovo gruppo di cellule nervose nel setto mediale del cervello. Normalmente, quindi negli animali normopeso, questi neuroni specializzati agirebbero in risposta al cibo prima attivandosi quando il topo sente l'odore degli alimenti, poi determinando la sensazione di sazietà. Il tutto, entro pochi secondi perché le cellule nervose sono direttamente collegate al bulbo olfattivo. Detto che questi neuroni reagiscono a stimoli olfattivi specifici di alcuni alimenti, accade quindi che non appena i topi iniziano a mangiare, le cellule nervose sono state inibite. E soprattutto, gli animali

tenderebbero comunque a mangiare meno se i neuroni in questione sono già attivati prima del pasto.

## **Possibili applicazioni sull'uomo**

Se si analizza quanto avviene negli animali obesi ci si accorge che lo stesso nucleo neuronale risponde diversamente. O meglio: come se l'eccesso di peso alterasse la percezione, i topi non subirebbero l'azione dell'odore del cibo. Quindi i topi non solo non si sentono più sazi, ma addirittura non mangiano meno. Il che fa pensare che, pur sapendo quanto e come l'obesità possa alterare il sistema olfattivo, questi neuroni potrebbero subire l'azione dell'eccesso di tessuto adiposo.

La sfida, ora, è trasferire queste osservazioni nell'essere umano. E non è certo facile. Perché se è vero che anche nel cervello umano si trovano neuroni del tutto simili a quelli murini, non si sa se questi abbiano come "stimolatore" il profumo del cibo. In questo senso, come riporta una nota del centro di ricerca, ci sono ricerche di altri scienziati che mostrano come annusare alcuni odori specifici prima di un pasto possa ridurre l'appetito. Ma ci sono anche osservazioni diametralmente opposte, secondo cui chi è in sovrappeso tende a mangiare di più (e in modo significativo) quando si trova nelle medesime condizioni. Insomma. c'è ancora molto da fare. ma la via della ricerca è affascinante.

«I nostri risultati evidenziano quanto sia cruciale considerare l'olfatto nella regolazione dell'appetito e nello sviluppo dell'obesità – commenta in una nota Sophie Steculorum, responsabile dello studio e del gruppo di ricerca -. Il nostro studio dimostra quanto le nostre abitudini alimentari quotidiane siano influenzate dall'odore del cibo. Poiché abbiamo scoperto che questo percorso riduce l'appetito solo nei topi magri, ma non nei topi obesi, il nostro studio apre una nuova strada per aiutare a prevenire l'eccesso di cibo nell'obesità».

## **L'importanza di studiare l'olfatto**

L'olfatto è il più antico dei sensi sotto l'aspetto evolutivo. E soprattutto riesce ad inserirsi pervicacemente nella memoria, lasciando tracce pressochè indelebili nel tempo. Ma come percepiamo gli stimoli odorosi? In teoria il meccanismo è semplice: attraverso l'aria che inaliamo vengono trasportate all'interno della cavità nasale molecole volatili che interagiscono con alcuni milioni di neuroni sensoriali nell'epitelio olfattivo. L'interazione tra questi elementi si realizza grazie alla presenza di centinaia di recettori olfattivi presenti in questi neuroni specializzati a legare appunto le molecole odorose.

Il legame degli stimoli chimici con i recettori olfattivi viene poi trasformato in un segnale elettrico che viene trasmesso direttamente al cervello. Più specificamente gli assoni (veri e propri conduttori di impulsi direttamente legati ad ogni neurone olfattivo) inviano lo stimolo a cellule nervose specializzate di secondo livello, concentrate in particolari aggregazioni che si chiamano glomeruli, presenti nel bulbo olfattivo. Il segnale viene quindi trasmesso alla corteccia olfattiva primaria, che comprende anche l'amigdala, e giunge a vari centri superiori. Questo ci porta a preconizzare il cibo che ci attende semplicemente "annusando" gli aromi in cucina. E forse, in futuro, grazie alla scienza potremo anche agire sulla richiesta anomala di cibo e sul metabolismo, contribuendo a correggere problematiche di salute come appunto l'obesità.



Servizio Ricerca

## **Dalle foglie d'olivo un collirio rigenerante per la cornea**

Sviluppato all'Università di Pisa un nuovo trattamento oculare naturale ed efficace. Lo studio apre la strada a soluzioni terapeutiche sostenibili e ben tollerate

*di Francesca Cerati*

20 giugno 2025

Un collirio innovativo, a base di estratti naturali di foglie d'olivo e realizzato con un polimero biofunzionale "made in Pisa", potrebbe rappresentare una svolta nella cura delle lesioni corneali. A metterlo a punto è stato un team di ricercatori dell'Università di Pisa, in collaborazione con l'Ateneo di Siena e istituzioni scientifiche portoghesi. I risultati, pubblicati sulla rivista *Journal of Drug Delivery Science and Technology*, mostrano un'efficacia elevata nella rigenerazione della cornea e una completa tollerabilità del composto.

«Abbiamo sviluppato una formulazione semplice, naturale e altamente efficace, che potrebbe rappresentare una valida alternativa ai trattamenti convenzionali», spiega Angela Fabiano, docente del dipartimento di Farmacia dell'Università di Pisa e coordinatrice dello studio.

### **Un estratto vegetale per curare l'occhio**

Il principio attivo del collirio è un estratto ricco di polifenoli ottenuto da foglie d'olivo, un sottoprodotto agricolo normalmente considerato uno scarto. Per potenziarne l'effetto terapeutico, i ricercatori lo hanno combinato con un polimero bioadesivo innovativo, derivato dal chitosano, che consente una maggiore adesione alla superficie oculare e un rilascio prolungato del principio attivo.

I test condotti in laboratorio hanno evidenziato risultati incoraggianti: accelerazione significativa nella guarigione delle ferite corneali, protezione dallo stress ossidativo e assenza di irritazioni oculari nei modelli animali.

### **Sostenibilità ed economia circolare**

Oltre all'efficacia clinica, il nuovo collirio ha anche un importante valore ambientale. Le foglie d'olivo utilizzate provengono da coltivazioni soggette a stress idrico, una condizione che - paradossalmente - induce la pianta a produrre una maggiore concentrazione di polifenoli, sostanze note per le loro proprietà antiossidanti e antinfiammatorie. Il riutilizzo di questi scarti rappresenta un esempio concreto di economia circolare, trasformando una criticità ambientale in una risorsa terapeutica.

### **Una strategia terapeutica più ampia**

Ma quello sviluppato a Pisa non è un caso isolato, bensì parte di una strategia terapeutica più ampia, che vede le foglie di olivo al centro di numerose ricerche scientifiche in ambito medico.

Sempre più studi, infatti, ne stanno esplorando le proprietà antiossidanti, antinfiammatorie e rigenerative, con risultati promettenti su diverse patologie.

Utilizzate da secoli nella tradizione mediterranea, le foglie d'olivo stanno trovando oggi nuove applicazioni grazie alla ricerca biomedica. In laboratorio, i loro estratti hanno mostrato effetti protettivi sul cuore, ad esempio in caso di cardiomiopatia diabetica, aiutando a ridurre l'infiammazione e i danni ai tessuti. In altri studi, gli stessi composti hanno dimostrato di proteggere il cervello in modelli sperimentali della malattia di Alzheimer, riducendo la neuroinfiammazione, e di rallentare l'invecchiamento cellulare agendo su cellule senescenti, un fenomeno legato a molte malattie croniche.

Non mancano neppure le applicazioni dermatologiche: un gel a base di foglie d'olivo, ad esempio, si è dimostrato efficace nel favorire la guarigione dell'herpes labiale, con effetti simili al trattamento convenzionale. E in campo oncologico, studi in vitro segnalano un'azione antitumorale su diverse linee cellulari, inclusi tumori al colon, alla prostata e al pancreas, aprendo nuove prospettive per trattamenti futuri.

Anche il diabete è al centro dell'attenzione. Gli estratti si sono rivelati capaci di abbassare i livelli di glucosio nel sangue e di proteggere organi chiave come fegato, reni e pancreas nei modelli animali.

Queste ricerche, ancora in fase sperimentale, indicano un potenziale terapeutico sorprendente per quello che fino a poco tempo fa veniva considerato solo uno scarto agricolo. E rafforzano il valore del progetto pisano, che ha saputo trasformare un ingrediente naturale, sostenibile ed economico in una soluzione innovativa per la salute degli occhi, con la possibilità – in futuro – di estenderne l'uso anche ad altri ambiti medici.

Dir. Resp.: Luciano Fontana

IL MALORE A FINE TURNO

## Il caso del medico licenziato per otto minuti

di **Alice D'Este**  
a pagina 19

# Si sente male e stacca otto minuti prima Il medico licenziato: «Temevo l'infarto»

Venezia, il provvedimento della Croce Verde: «Non ci ha avvisati, poteva chiamare il 118»

di **Alice D'Este**

**VENEZIA** Un dolore improvviso al petto. Il respiro che gli mancava proprio come era accaduto l'anno prima. Marco Castellano, medico di 65 anni della Croce Verde di Cavallino, Comune vicino a Jesolo, già operato al cuore con quattro stent coronarici, il 12 febbraio scorso si è allontanato otto minuti prima della fine del turno dalla sede del punto di primo intervento dove stava prestando servizio (a Ca' Savio, frazione del comune di Cavallino), lasciandolo scoperto. Lo ha fatto per chiedere aiuto al pronto soccorso di Jesolo, dove si è recato per farsi fare un elettrocardiogramma e scongiurare, dunque, l'ipotesi di un infarto in arrivo. Il sabato successivo l'uomo, che in passato ha lavorato in diversi pronto soccorso del Veneto, ha scoperto via pec che il suo incarico di libera professione era stato interrotto per «grave inadempienza».

Il motivo? Era uscito «senza informare preventivamente la direzione della Croce Verde, l'equipaggio né la centrale operativa Suem 118 di Venezia», come hanno spiegato Marina Bozzo e Nicolò Baccio-

lo, rispettivamente presidente e vicepresidente della Croce Verde di Cavallino, che aggiungono: «Il 118 sarebbe potuto intervenire per aiutarlo, visto che si sentiva male. Lasciare il punto di primo intervento non era necessario».

Al momento l'episodio contestato sarebbe solo questo, ma Giada Palladini, legale che assiste l'Usl e la Croce Verde, si riserva di chiarire l'accaduto in modo ufficiale lunedì. «È venuto meno il vincolo fiduciario del rapporto di libera professione — afferma intanto — quindi l'incarico è stato semplicemente revocato». Una scelta, quest'ultima, che sembra invece incomprensibile al legale del medico, Luca Pavanetto: «Ho ricevuto dal mio cliente il via libera ad un atto di citazione, ma vorremmo evitare di arrivare a tanto e raggiungere un accordo. Non capisco come si possa considerare un inadempimento grave un allontanamento per potenziale crisi cardiaca». Il dottor Marco Castellano intanto ricostruisce quelle ore: «Ero di turno con un infermiere — spiega — che, di solito, sta con il medico in una stanza in attesa delle chiamate o si sposta al piano superiore. Il mio collega quella sera era su. Sono arrivati alcuni pazienti, ho fatto le scale un paio di volte di corsa per dirgli di

scendere. Sarà stato per quel-

lo, forse ho esagerato, ma poi mi sono sentito male». I primi sintomi sono arrivati intorno alle 18.40, 18.45. Lì Castellano ha preso le sue medicine, e ha aspettato.

«Nel frattempo ho anche accolto dei pazienti — dice —. Sono uno che resiste alla fatica, per capirci. I sintomi un'ora dopo, però, non erano ancora passati. A quel punto ho pensato che per scagionare un possibile infarto fosse necessario fare un elettrocardiogramma, cosa non possibile nel punto di primo intervento di Ca' Savio in cui mi

trovavo perché lì ero rimasto da solo ed è un esame che va somministrato».

L'infermiere del nuovo turno infatti si era dovuto muovere subito per un codice giallo. Così Castellano ha deciso di lasciare il presidio alle 19.52 invece che alle 20 (le tempistiche vengono tuttavia contestate dalla Croce Verde, ndr) e di andare in ospedale. «Non avevo scelta — dice —. Alle 20.12 ho mandato un messaggio alla direttrice della Croce Verde per avvisarla. La settimana successiva è arriva-



ta la pec. Nessuno mi ha chiesto nemmeno come stessi. Una circostanza mortificante. Nella lettera hanno inoltre detto che ho lasciato il punto di primo intervento aperto con il rischio che qualcuno rubasse le medicine e poi sostengono che sia passato un bambino con la febbre alta quando non c'ero, tutte circostanze non verificate».

E intanto la Croce Verde precisa: «Si tratta di una revoca di un incarico libero professionale e autonomo, senza peraltro obblighi di durata. A seguito di una situazione che la nostra organizzazione non ha potuto accettare, si precisa che, consapevoli della carenza nazionale di medici, abbiamo

preso nostro malgrado questa decisione difficile ma ragionata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### La vicenda



● Marco Castellano, 65 anni, medico della Croce Verde di Cavallino, nel Veneziano, è stato licenziato per «grave inadempienza»

● Il medico, già operato al cuore per quattro stent coronarici, si sarebbe assentato per un malore otto minuti prima della fine del turno lasciando aperto, secondo l'associazione, il punto di primo intervento con il rischio che le medicine venissero rubate

Sono stato già operato quattro volte. Ho preso le medicine ma i sintomi non passavano. Sono quindi andato in pronto soccorso



## Il miracolo della microchirurgia al San Camillo

Un ventinovenne, vittima di un incidente in moto, era rimasto con un braccio paralizzato. Ora sta rinascendo dopo il primo intervento in un ospedale pubblico del Lazio, il San Camillo, eseguito con un robot per la microchirurgia.

➔ a pagina 5

# Nervi ricostruiti usando il robot al San Camillo la nuova tecnologia per gli interventi microchirurgici

Operato un giovane  
con un braccio paralizzato  
dopo un incidente in moto  
Il primario Felici: "Cambia  
tutto anche per i tumori"

**U**n ventinovenne napoletano; una moto di grossa cilindrata; un incidente disastroso, con traumi al seguito e un braccio completamente paralizzato. Ora, a tre mesi da quel giorno, sottoposto alle cure salvavita, Giorgio P. sta rinascendo dopo il primo intervento in un ospedale pubblico del Lazio, il San Camillo, eseguito con un robot per la microchirurgia; un macchinario che permette di ricollegare arterie, vene e nervi anche di diametro inferiore al millimetro.

Di robot chirurgici ce ne sono in più di un ospedale. Questo, per la microchirurgia, però, è il primo nei centri del servizio sanitario del Lazio, il secondo in Italia dopo quello del Rizzoli di Bologna che, con Marco Innocenti, per la prima volta al mondo lo ha utilizzato e sperimentato, facendo da apripista per questa nuova tecnologia.

Di robot microchirurgici ce ne sono venticinque in tutto il pianeta (diciotto in Europa, sei negli Stati

Uniti, uno in Australia), tutti impiegati, prevalentemente, nelle divisioni di Chirurgia plastica ricostruttiva.

Giorgio P. è stato sottoposto al delicato intervento nell'ospedale di Monteverde, presso il reparto Chirurgie plastica e della mano, diretto da Nicola Felici, che ha usato il "robot microchirurgo" per quella lesione grave dei nervi del plesso brachiale, appunto, gli stessi che, dalla colonna cervicale, comandano le funzioni del braccio e della mano.

«In genere, questi incidenti - spiega Felici - causano lesioni con la conseguente perdita di funzionalità degli arti, determinando, cioè, in molti casi, una vera e propria paralisi che colpisce soprattutto pazienti giovani, ventisette anni l'età media». «L'impatto del casco e della spalla sul manto stradale, contro un veicolo o un altro ostacolo - continua - produce lo strappamento dei nervi del braccio dal midollo spinale, la loro radice al livello del collo». Ancora: «Si tratta di traumi ad altissima ener-

gia cinetica che possono interessare anche il torace, l'addome, il bacino, gli arti inferiori e altre parti del corpo». Per questo motivo, una volta messa al sicuro la vita del paziente, nei mesi successivi - almeno tre e non oltre i sei - si esegue l'intervento di ricostruzione microchirurgica dei nervi danneggiati, sostituendoli con nervi sani attinti dai distretti vicini o da altri arti.

Nervi e non solo. «Il robot per la microchirurgia - specifica Felici - può essere impiegato anche negli interventi di ricostruzione di varie regioni del corpo, dalla mandibola alla mammella, dagli arti alla lingua, alle dita della mano».

Un'altra applicazione del robot per la microchirurgia è nel campo della ricostruzione dopo l'asportazione di tumori: «In questi pazienti, vengono trapiantati tessuti ossei, muscolari o compositi; lembi,



ciò nei quali sono contenuti muscoli, ossa, pelle e parti sottocutanee».

Con la nuova tecnologia, si aprono, insomma, tante speranze in più. «L'obiettivo è sempre lo stesso - conclude Felici - accrescere le percentuali di successo negli interventi di ricostruzione ad alta complessità».

Il "robot microchirurgo", insomma, apre anche nel Lazio nuove sfi-

de per la ricostruzione di lesioni fino a poco tempo fa trattabili con le metodiche tradizionali e fidando esclusivamente sull'occhio e nella mano del chirurgo. - **CA.PIC.**



📍 L'ospedale San Camillo, il secondo in Italia e il primo nel Lazio a utilizzare il robot per interventi di chirurgia mininvasiva. Una rivoluzione per la ricostruzione dei nervi dopo gravi lesioni e nelle operazioni dopo l'asportazione di tumori



## Insulti in sala operatoria L'ira di Rocca: «Ora sanzioni»

Insulti, urla, poi un suono sordo, forse uno schiaffo, forse un colpo su un tavolo dato per rabbia: in sala operatoria, al Policlinico di Tor Vergata, lo scorso 6 giugno va in scena un alterco molto intenso all'interno dell'équipe che sta operando un paziente fra il chirurgo e un'assistente. Lui la insulta pesantemente, lei risponde a tono poi il rumore e alla fine lei lascia la sala operatoria. Il Policlinico ha aperto un'inchiesta interna i cui risultati saranno analizzati mercoledì dal Comitato di

Garanzia del nosocomio. E il governatore, Francesco Rocca, interviene: «questo chirurgo non deve più entrare in sala operatoria né entrare in contatto con gli studenti».

Magliaro a pag. 36

# Insulti in sala operatoria l'intervento di Rocca: «Ora sanzioni al medico»

► Tor Vergata, il chirurgo all'assistente: «Ti ho chiesto dove sta la pinza, imbecille Sai come funziona questa operazione?». Poi forse uno schiaffo. L'ira del governatore

### IL CASO

Sala operatoria, Policlinico di Tor Vergata, 6 giugno. Intervento di chirurgia robotica. Sono cinque ore che l'équipe medica sta operando il paziente. L'intervento è complesso e durerà ancora un paio d'ore. Alle 18.30 circa, scoppia un alterco fra due membri del team. Qualcuno tira fuori un cellulare e inizia a riprendere. E il video, pur non in-

quadrando null'altro che le calzature di alcuni medici, non lascia margine alle interpretazioni: dal medico che sta guidando l'intervento, una serie di insulti rivolti a un'assistente, urla e poi



un "invito": «non entrare più qui».

### SANZIONI

Francesco Rocca, presidente della Regione Lazio, promette sanzioni nei confronti del medico: «Abbiamo convocato la commissione disciplinare per la prossima settimana. Spero che faccia altrettanto l'Ordine dei medici: questo chirurgo che ha pronunciato certe frasi e picchiato la sua assistente non deve più entrare in sala operatoria né entrare in contatto con gli studenti», dice il governatore.

A Rocca fa eco il Policlinico stesso che un una nota spiega: «la Direzione Aziendale, preso atto della segnalazione, nei giorni successivi al fatto, ha immediatamente avviato una indagine interna. La conclusione della fase istruttoria è prevista per lunedì 23 giugno. A seguire sarà convocato, nella settimana entrante, il Comitato dei Garanti del Policlinico di Tor Vergata».

La Regione già lunedì avvierà le procedure per un audit, una sorta di ispezione, ed è in attesa di ricevere dal Policlinico una relazione ufficiale sull'accaduto.

### LA RICOSTRUZIONE

I frame del video ripreso non mostrano immagini significative ma, come detto, l'audio non lascia spazio alle interpretazioni. Il medico che sta conducendo l'intervento sbotta rivolto all'assistente: «Hai capito come funziona questo c... di intervento? Imbecille. Se tu non mi parli come c... lo capisco? E così difficile per te capire una cosa genere? Ti ho chiesto quattro volte dove sta la pinza 4. Devi parlare. Imbecille. Vergognati». Dopo i primi momenti, si sente la voce femminile di un'assistente: «Si vergogni lei invece». Frase a cui il medico replica: «togliti dal c... Te ne devi andare e non ti voglio

mai più vedere in sala operatoria». Poi si sente un rumore, come di un colpo, che alcune fonti hanno descritto come uno schiaffo. E la donna che dice «va bene», ed esce.

Secondo Il Fatto Quotidiano che ha reso nota la vicenda, il direttore sanitario della struttura, il professor Andrea Magrini, conferma che «c'è un'indagine interna. Abbiamo chiesto delle relazioni agli interessati e li abbiamo convocati per lunedì. I chirurghi vivono situazioni di tensione e stress: bisogna capire

cosa è avvenuto».

Al momento, però, la chirurga non avrebbe sporto denuncia o forse l'ha ritirata: «È una questione personale tra colleghi che si conoscono e lavorano insieme da più di 10 anni. È una vicenda privata che chiariremo io e lui».

Mentre l'altro protagonista

dell'alterco ha rigettato fermamente l'ipotesi di aver colpito l'assistente «Mai dato un pugno in tutta la mia vita. Sono un privato cittadino e lei pure. Abbiamo avuto un confronto benché aspro. Ci siamo chiariti e sono fatti nostri». Per i sindacati, si tratta di «un atto di violenza di un professionista uomo su una donna».

**Fernando M. Magliaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL PRESIDENTE  
DEL LAZIO: «ABBIAMO  
CONVOCATO  
LA COMMISSIONE  
DISCIPLINARE, SPERO  
INTERVENGA L'ORDINE»**

**IL POLICLINICO  
HA AVVIATO  
UN'INDAGINE INTERNA  
E HA COINVOLTO  
IL COMITATO  
DEI GARANTI**



# Tor Vergata, la replica del prof «Se ci sono rischi, reagisco»

## LA NOTA

«In sala operatoria si combatte per la vita. E io voglio vincere, sempre. Viviamo in un mondo che spesso sembra capovolto. Un mondo dove si giudica con superficialità ciò che non si conosce. Eppure, ci sono luoghi, come la sala operatoria, in cui non si può permettere né leggerezza né approssimazione. Mi trovo a intervenire pubblicamente perché sento il dovere di raccontare cosa accade davvero quando si entra in sala operatoria per affrontare un caso clinico complesso, come quello su cui stavo operando di recente. Un intervento lungo, delicato, che richiedeva altissima concentrazione e prontezza di riflessi». Lo scrive il professor Giuseppe Sica, docente ordinario di chirurgia, che lo scorso 6 giugno, durante un'operazione di chirurgia robotica all'ospedale universitario Tor Vergata di Roma, sarebbe stato coinvolto in un acceso diverbio con una collega più giovane. «Come chi-

urgo capo équipe, operavo attraverso una consolle robotica, strumento all'avanguardia che consente precisione millimetrica. Al tavolo operatorio, come avviene in tutte le strutture moderne, erano presenti colleghi assistenti, professionisti, donne o uomini non fa differenza, il cui compito è agire in piena sinergia con chi guida l'intervento. La sala operatoria è un teatro: un atto unico, irripetibile. È il fronte dove si combatte davvero tra la vita e la morte. In quei momenti, ogni secondo conta. La responsabilità è mia, totalmente mia - sottolinea - Anche se qualcuno inciampa, anche se qualcosa non funziona, anche se si avvicina il pericolo. E se percepisco un rischio concreto per il paziente, è mio dovere reagire. Sì, anche con fermezza. Sì, anche con durezza. Il nostro ordinamento giuridico chiama questo comportamento "stato di necessità" ed è un'esimente assoluta. In quei momenti, si fa ciò che serve per salvare una vita. Punto».

## SCUSE

«Tuttavia, riconosco che i toni usati nei confronti di una collega assistente durante quell'intervento, protrattosi per oltre cin-

que ore, sono stati eccessivi e dettati da uno stato di forte tensione e stress emotivo. Per questo, desidero esprimere pubblicamente le mie scuse sincere e personali alla collega coinvolta. Non era mia intenzione mancare di rispetto, ma reagire a una situazione che in quel momento ho percepito come potenzialmente critica per il buon esito dell'intervento. Tengo inoltre a precisare che mi sono già scusato personalmente con la collega e con lei ho avuto un chiarimento franco e sereno. Il rispetto umano e professionale tra colleghi è per me un valore imprescindibile. Se fossi io su quel tavolo, vorrei che il chirurgo che mi opera facesse tutto il possibile per tenermi in vita. Anche urlando, se necessario. Non vorrei qualcuno che tace per paura della gogna mediatica o del politicamente corretto. Il mio mestiere non è spettacolo. È scienza, tecnica, istinto, sangue freddo».

**Fer. M. Mag.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio Salute

## **Telemedicina in farmacia nel Lazio: Ecg, holter pressorio e cardiaco a portata di tutti**

Esami medici accessibili in farmacia nel Lazio grazie alla telemedicina. Protocollo per telerefertazione e servizi innovativi.

*di Redazione Roma*

20 giugno 2025

Ecg, holter pressorio e cardiaco. Dalla prossima settimana nel Lazio sarà possibile fare questi esami prescritti dal medico a carico del Servizio sanitario nazionale in farmacia e ottenere la telerefertazione fatta da un camice bianco del Sistema sanitario nazionale. Dopo l'approvazione, ieri da parte della Giunta regionale, della delibera sul cronoprogramma per la sperimentazione delle prestazioni di telemedicina - che contiene il protocollo attuativo della farmacia dei servizi in tema - martedì prossimo il provvedimento sarà pubblicato in Burl e diventerà operativo.

### **Telemedicina nelle farmacie del Lazio**

Il protocollo - firmato dal capo della Direzione regionale Salute e Integrazione socio sanitaria, Andrea Urbani, da Eugenio Leopardi, presidente di Federfarma Lazio rappresentata dal coordinatore di Assofarm, Enrico Cellentani - punta, grazie alla presenza capillare sul territorio delle farmacie, a «contribuire a decongestionare gli accessi alle strutture sanitarie convenzionate», si legge nel protocollo visionato dall'Adnkronos Salute. Il progetto, rivolto a tutti i cittadini del Lazio, prevede «la tenuta e la messa a disposizione dell'utenza, da parte delle farmacie aderenti, delle proprie apparecchiature per l'esecuzione di un numero stabilito di esami di Ecg, holter pressorio e cardiaco».

### **Contributo delle farmacie alla riduzione delle liste d'attesa**

Le farmacie aderenti sottoscrivono un contratto di fornitura con un servizio di telerefertazione (provider), nel «rispetto della piattaforma di legge e secondo i requisiti» specificati nelle normative. «Il farmacista titolare o il direttore responsabile della farmacia risponde della inesattezza dei risultati analitici, qualora questa sia dovuta a carenze nella installazione e manutenzione delle attrezzature utilizzate», specifica il protocollo. Gli esami potranno essere eseguiti a fronte della prescrizione del medico di famiglia, del pediatra di libera scelta o di un cardiologo. Tra i requisiti necessari la presenza di spazi dedicati e separati nelle farmacie che potranno eseguire gli esami anche fuori dagli orari di aperture. Viene richiesta, inoltre, una formazione specifica per i farmacisti aderenti che dovranno seguire un corso Fad mentre la refertazione certificata dei servizi di telemedicina deve essere effettuata da medici afferenti a Servizio sanitario nazionale.

### **Le farmacie**

«Finalmente anche le farmacie del Lazio potranno erogare circa 45.000 prestazioni e raggiungere risultati concreti come la Calabria che solo nel 2024 ha erogato 50.000 prestazioni in farmacia, e la Puglia, dove, in meno di un mese, 4.500 cittadini hanno usufruito dei nuovi servizi. Ora anche nella Capitale potremo fare la nostra parte e contribuire ad abbattere le liste d'attesa», così Andrea Cicconetti, Presidente di Federfarma Roma. «Ringraziamo il Presidente Rocca - afferma Eugenio Leopardi, Presidente di Federfarma Lazio - per aver riconosciuto l'importanza delle farmacie, che rappresentano più di 1.700 porte di accesso al SSN, dove si entra senza bussare. Sono certo che i colleghi sapranno far apprezzare, con la loro professionalità, l'importanza di poter utilizzare la rete delle farmacie, presente anche nei comuni più sperduti»



Servizio Prevenzione e screening

## **Sardegna, al lavoro per istituire il Registro regionale dei tumori**

Il primo passo è recuperare i dati retrospettivi poi occorrerà mettere in rete le Anatomie patologiche e dialogare con un linguaggio comune

*di Davide Madeddu*

20 giugno 2025

L'obiettivo è ridurre i tempi e avere un quadro completo sui tumori che colpiscono le persone presenti sul territorio regionale. Per questo motivo, l'assessorato alla Sanità ha avviato il processo per far funzionare il Registro regionale dei tumori. L'annuncio arriva dall'assessore regionale alla Sanità Armando Bartolazzi «I motivi del ritardo nell'attivazione non risalgono a oggi ma vanno rintracciati in una condizione generale di arretratezza del sistema che si prolunga da oltre un decennio e che va corretta - ha detto rispondendo a una mozione presentata in Consiglio regionale e votata all'unanimità- con una serie di interventi strutturali, da mettere subito in campo con il coinvolgimento di Ares».

### **Programmazione sanitaria e prevenzione**

Un'attivazione, quella del registro regionale, necessaria per la programmazione sanitaria nelle campagne di prevenzione e di screening, nonché nella messa in campo di studi epidemiologici su base territoriale».

A ritardarne l'entrata in funzione, come ricostruito dall'assessorato, una serie di criticità legate a una « mancata integrazione in rete del sistema, che ha impedito, fra l'altro, l'adozione uniforme, in fase di refertazione, dei codici SNOMED». «Ad oggi in Sardegna solo alcune anatomie patologiche utilizzano il sistema di codificazione vigente e manca dunque la possibilità di una lettura comune e uniforme dei dati su base territoriale e regionale. Senza questa preconditione di base, è impossibile istituire un Registro Tumori in Sardegna - ha aggiunto -.

### **Dalla raccolta dati al linguaggio comune**

L'Isola oggi si trova davanti a una grande sfida, su due fronti. Da un lato, bisogna recuperare i dati retrospettivi per colmare tutti gli anni che ci mancano, a partire dal 2015. Dall'altro, occorrerà mettere in rete le Anatomie patologiche ed iniziare a farle dialogare con un linguaggio comune, attribuendo i codici di identificazione corrispondenti per ciascun referto oncologico. In questo modo il Registro Tumori potrà essere costantemente aggiornato attraverso l'informatizzazione di sistema ed in grado di rispondere a qualsiasi esigenza di estrapolazione».

### **Informatizzare la rete dei referti**

In programma c'è anche la volontà di « reperire il personale necessario al recupero dei dati retrospettivi incrociando registro di mortalità, codici di esenzione e schede di dimissione

ospedaliera». Proprio per questo motivo «verrà attivata una procedura insieme ad Ares per l'informatizzazione della rete dei referti».

«Il processo andrà avanti per fasi - conclude Bartolazzi -. Durerà nel tempo ma porterà cambiamenti importanti destinati ad incidere profondamente in Sardegna». A sollecitare l'attivazione del Registro sono state le associazioni che da tempo si occupano della tutela della salute delle persone.