

10 luglio 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



CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62521
Roma, Via Compostelli 20/C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63797310
mail: servizioclienti.corriere.it



Wimbledon, Jannik più forte del dolore al gomito
Sinner domina Shelton e va in semifinale
Cobolli si deve arrendere a Djokovic

di Marco Imarisio e Gaia Piccardi alle pagine 42 e 43



Come ricostruire

LE OMBRE SUL FUTURO DI KIEV

di Goffredo Buccini

I più sorpresi sembrano i russi che, forse non a torto, contano su di lui. «Il presidente americano è di nuovo in bilico nella sua oscillazione politica», ha detto con disappunto il falco del regime, Dmitry Medvedev, al quale non difetta la franchezza: «Armi no, armi sì, armi forse. Donald Trump continua a diffondere un alto grado d'incertezza sugli scenari di crisi e, segnatamente, sull'Ucraina che ora, all'ennesima piroetta, parrebbe daccapo intenzionato ad aiutare. È un pendolo perpetuo. E proietta un'ombra imponderabile sulla Conferenza per la ricostruzione del Paese aggredito che si tiene a Roma in queste ore. Nulla di nuovo. L'unica costante del tycoon è la volubilità», annotava Bob Woodward. Durante il primo mandato, il consigliere economico Gary Cohn è il segretario dello staff Rob Porter gli facevano sparire a turno le carte dal Resolute Desk, onde vanificarne le decisioni più pericolose, puntando sul fatto che le avrebbe dimenticate in breve. «Ciò che conta non è cosa abbiamo fatto per il Paese ma quello che abbiamo impedito a Trump di fare», diceva Cohn. Il problema del secondo mandato è che il presidente non ha più attorno funzionari capaci di frenarlo ma cortigiani. L'ultima sospensione di forniture a Kiev potrebbe essere figlia di un eccesso di servilismo di Pete Hegseth, il segretario alla Difesa più realista del suo re.

continua a pagina 28



GIANNELLI IL CASO ALMASRI

Almasri e Piantedosi, doppio scontro sulla Libia L'opposizione attacca Nordio: «Si dimetta»

«LA POLITICA? FORSE DOPO»
«Più volti nuovi»
Pier Silvio agita Forza Italia

di Antonella Baccaro
I o lus scholae «non è una priorità del Paese, e lì ha bisogno di volti nuovi». Così Pier Silvio Berlusconi agita Forza Italia. E non esclude un futuro ingresso in politica.

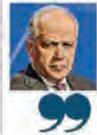
alle pagine 13 Di Caro

di Rinaldo Frignani
I liberato dall'Italia, con Nordio nella bufera e attaccato dalle opposizioni, Almasri rischia ora di essere arrestato dal suo Paese. La Procura generale libica ha infatti emesso contro di lui un ordine di comparizione in merito alle imputazioni contenute proprio nel mandato di arresto della Corte penale internazionale: stupro, tortura, trattamento inumano e altri reati riconducibili a crimini contro l'umanità.

alle pagine 6 e 9 Falci, Piccolillo

INTERVISTA CON IL MINISTRO DELL'INTERNO
«A Bengasi caso diplomatico Ma la collaborazione resta»

di Fiorenza Sarzanini



Un «cortocircuito protocollare». Ecco come il ministro Matteo Piantedosi spiega il caso Libia. «Nessun respingimento, ma una riunione annullata — dice —. Un errore ingigantire, la collaborazione resta».

alle pagine 7

Lanciati oltre 750 droni e missili. I leader a Roma per l'Ucraina. Strage sul cargo colpito dagli Houthi

Putin, il raid più pesante

Mattarella riceve Zelensky: «Noi al vostro fianco». L'incontro con il Papa

di Monica Guerzoni

Sul lago di Castel Gandolfo, con il Papa, e poi al Quirinale dal presidente Mattarella. E a entrambi Zelensky ha raccontato del dramma delle bombe di Putin, che proprio ieri ha lanciato l'attacco più pesante sull'Ucraina. «Difficile vivere così», ha detto. E se Leone XIV ha aperto ai colloqui di pace in Vaticano, Mattarella ha ribadito il pieno sostegno dell'Italia: «La nostra posizione è ferma, ammirazione per il popolo di Kiev».

da pagina 2 a pagina 5
Persivale, Serafini, Vecchi

LA NOBEL MATVIICHUK
«Bambini rapiti per cancellare la nostra storia»

di Stefano Montefiori

A i bimbi rapiti i russi fanno il lavaggio del cervello. Per Oleskandra Matviichuk, Nobel per la pace, «Mosca vuole cancellare l'identità ucraina».

alle pagine 2 e 3



di Gian Antonio Stella alle pagine 22 e 23

SOLO TRE CONDANNE LIEVI
Minori in affido, cadono le accuse
Undici assolti per Bibbiano

di Alessandro Fulloni

A ffdi illeciti a Bibbiano, pioggia di assoluzioni nella sentenza del processo «Angeli e demoni». Il castello accusatorio è stato demolito dalla sentenza di primo grado che vedeva coinvolti i servizi sociali della Val d'Enza, nel Reggiano: 11 le assoluzioni su 11 imputati, molte delle quali con formula piena «perché il fatto non sussiste». Tre i condannati, ma con pena sospesa. Tra questi l'ex responsabile dei servizi sociali e il suo vice.

alle pagine 20

ALLE CASCADE DI SESTOLA
Si tuffa e muore
Il padre suicida per il dolore

di Mauro Giordano

D ramma sull'Appennino Modenese, a Sestola. Il figlio muore dopo un tuffo nelle cascate del Dardagna, e il padre poche ore dopo si è tolto la vita per il dolore.

alle pagine 20

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

E dunque il Vannacci ha salutato le dimissioni dall'Europarlamento della collega Carola Rackete postando una foto dei suoi polpacci non depilati. Se tirassimo in ballo il sessismo e il body shaming, il Vannacci se li appunterebbe al petto (depilato?) come medaglie al valore, considerandoli espressione di una visione del mondo decadente. Invece vorrei esaminare la questione dal punto di vista della «suava» parte, quella della destra dura e pura, un cui fulgido esemplare abitava fino a qualche anno fa nel mio condominio. Il colonnello G. Nostalgico di Salò, nemico giurato di quella bizzarria che gli altri, certamente non lui, chiamavano progresso. Sempre elegantissimo e profumatissimo, sempre il primo ad aprire la porta alle signore, a cui faceva il boctiamino sbattendo

Stile Vannacci

i tacchi. Non riesco neppure a immaginare come commenterebbe oggi il comportamento del Vannacci. Lui che alla Rackete avrebbe al massimo potuto dire: «Signorina, si copra quelle gambe: un po' di contegno, perdiana!». Ma poi non lo avrebbe neanche detto, si sarebbe limitato a pensarci, fulminandola con lo sguardo, ma facendole egualmente il boctiamino. Non è agli attivisti ambientali o al varipinto popolo dei diritti civili che il Vannacci deve una spiegazione. La deve al fantasma del colonnello G e di una destra che è esistita e molti di noi hanno ancora fatto in tempo a conoscere. Una destra a cui la destra che irride le donne senza neanche un residuo di galanteria sarebbe apparsa semplicemente cafona.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ORO HA FATTO LA STORIA. Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro. BANCO METALLI PREZIOSI OBRELLI. LAVIS TRENTO MILANO www.oro.obrelli.it

50710 9 771230 463903

L'ALIMENTARE
Ferrero, missione America
"Punta ai cereali Kellogg"

FABRIZIO GORIA — PAGINA 20



LA SENTENZA SUGLI AFFIDI
Bibbiano, le assoluzioni
che umiliano certi partiti

FIORINI, SCHIANCHI — PAGINA 17



IDIRITTI
Il femicidio reato d'odio
ergastolo per i colpevoli

FLAVIA AMABILE — PAGINA 16

1,90€ ANNO 159€ N.188 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

GIOVEDÌ 10 LUGLIO 2025

QUOTIDIANO FONDATO NEL 1867



ZELENSKY VEDE IL PAPA E MATTARELLA. IL COLLE: VI AMMIAMO, SAREMO SEMPRE CON VOI. LEONE: PRONTO A FARE DA MEDIATORE

Usa-Europa, pressing su Putin

Ucraina, l'invio di Trump al summit di Roma con Von der Leyen. L'asse con i Volenterosi

IL COMMENTO

Kiev stress test
per Bruxelles

STEFANO STEFANINI

Oggi, a Roma, è il giorno dell'Ucraina. L'Italia ospita la quarta conferenza sulla ricostruzione dell'Ucraina mentre la Russia continua a far del suo meglio di distruggerla — con un record di 728 droni contati l'altro ieri notte. Mosca costringe a pensare alla guerra. Ma bisogna continuare anche a parlare di ricostruzione. Lo fanno i circa cento Paesi presenti a Roma; lo deve fare soprattutto l'Europa. L'Ucraina è in Europa e l'invasione russa è una minaccia alla sicurezza europea non ad orizzonti da noi più lontani. Dalla conferenza di Roma deve scaturire un doppio messaggio: a Kiev sul futuro; a Mosca sul presente. Rafforzato dalla parallela video conferenza copresieduta da Starmer e Macron sul sostegno militare all'Ucraina intesa a "far pressione sulla Russia affinché accetti il cessate il fuoco senza condizioni che ha costantemente rifiutato". — PAGINA 23

LE IDEE

Ma la tracotanza
tradirà lo Zar

BERNARD GUETTA

Sta per commettere o no lo stesso errore di tre anni fa? Nel 2022, Vladimir Putin finì per invadere l'Ucraina soltanto dopo essersi convinto che né Stati Uniti né Unione europea avrebbero fatto qualcosa per contrastare i suoi piani. — PAGINA 4

L'ANNIVERSARIO

I diari dell'orrore
di Srebrenica

MANNOCCI, ZANCAN — PAGINE 18 E 19

SINNER IN SEMIFINALE. UN GRANDE COBOLLI CEDE A DJOKOVIC



LAPRESSE

Da baciarsi i gomiti

STEFANO SEMERARO — PAGINE 28 E 29

L'ANALISI

Solido e reattivo
ora c'è super-Nole

VINCENZO SANTOPADRE — PAGINA 26

IL RACCONTO

Fognini e Jannik
l'epica dei gesti bianchi

GIULIA ZONCA — PAGINA 23

BARBERA, BRESOLIN, DI MATTEO,
MAGRÌ, PEROSINO, SIMONI

Volodymyr Zelensky a Roma fa un pieno di solidarietà dopo la tempesta di missili e droni russi sull'Ucraina. Incassa da Sergio Mattarella la garanzia che il sostegno italiano resterà incrollabile; da Papa Leone XIV, incontrato a Castel Gandolfo, la conferma della disponibilità vaticana a ospitare negoziati di pace; dall'invio americano Keith Kellogg la promessa che gli Usa non si sfileranno dal sostegno a Kiev. E stamane alla Nuvola dell'Eur, blindatissima, il presidente ucraino aprirà con Giorgia Meloni la Conferenza internazionale sulla ricostruzione in Ucraina, presenti 15 Capi di Stato e di governo oltre ai rappresentanti di oltre duemila imprese. L'Italia, ha riconosciuto Zelensky, sta facendo il massimo. — PAGINE 2-4

Dazi, l'Italia paga più
della Germania

LUCA MONTICELLI — PAGINA 7

IL CASO

Berlusconi stoppa
Ius scholae e Tajani
Quella voglia
di entrare in politica

FLAVIA PERINA



La frase che conta è il riferimento anagrafico. «Io ho 56 anni, mio padre è entrato in politica a 58», dice Pier Silvio Berlusconi, e dunque: due anni di tempo per un possibile bis, perfetta coincidenza con la scadenza della legislatura e le prossime elezioni politiche. Un'altra discesa in campo, un altro "Berlusconi" stampato in grande sulle schede elettorali, un'altra riscossa moderata trent'anni dopo quella del Cavaliere sulle macerie della vecchia Dc. — PAGINA 23
DONDONI, PANARARI, SPINI — PAGINE 12 E 13

TENSIONI CON LA LIBIA, MELONI TEME LA RUSSIA DIETRO HAFTAR

"Almasri, Nordio si dimetta" Ma il governo lo blinda

CARRATELLI, LOMBARDO, Malfetano

«Non si può essere ministro della Giustizia, se si mente alla giustizia». Le parole del capogruppo Pd al Senato, Francesco Boccia, fotografano la nuova offensiva delle opposizioni nei confronti di Carlo Nordio sul caso Almasri. La segretaria dem, Elly Schlein, dice «mentire in Parlamento significa mentire al Paese e mentire al Paese è una pratica che una democrazia non può mettere in atto senza conseguenze». LONGO — PAGINE 10 E 11

IL DOSSIER

Se in Italia i ricchi
sono solo gli over 50

CHIARA SARACENO

L'Italia è uno dei Paesi sviluppati e democratici in cui la famiglia in cui si nasce pesa di più sulle opportunità di vita e viceversa la mobilità sociale è ridotta. Lo aveva già segnalato, dopo la crisi del 2008, uno studio Oese. BARONI — PAGINA 15

Buongiorno

Microsoft e OpenAi hanno annunciato un investimento da 23 milioni di dollari per un programma con cui avviare gli insegnanti all'uso dell'intelligenza artificiale. Traendo ispirazione da sindacati più piccoli, già mobilitati, il secondo sindacato degli insegnanti americani (per numero di iscritti) ha dunque aperto un centro di formazione. Si tratta di insegnanti corrispondenti ai nostri di scuole elementari, medie e superiori. I nuovi strumenti aiuteranno maestri e professori a preparare le lezioni e correggere i compiti, oltre che a istruire i ragazzi a un approccio saggio ed etico all'intelligenza artificiale. Già oggi, metà dei distretti scolastici americani ha fornito agli insegnanti l'accesso all'AI, e il progetto è di arrivare a coprirli tutti. La maggioranza dei genitori è favorevole — terrorizzati all'idea che i

figli restino indietro nella competizione mondiale — ma il dibattito è fitto: non ci sono studi di sufficienza per valutare i benefici, si temono gli errori ancora frequenti e gravi dell'intelligenza artificiale, e un uso scorretto dei dati da parte delle aziende. I progressi andranno controllati e verificati ma, nel frattempo, su invito di Donald Trump, anche Apple, Google, Amazon e Meta si stanno industriando per offrire progetti didattici aggiornati. Le università sono persino più avanti: il Sistema universitario californiano, per esempio, ha appena firmato un accordo da 17 milioni di dollari con OpenAi per consentire ai suoi 460 mila studenti di utilizzare ChatGpt. Ma ora veniamo all'Italia, dove i telefonini a scuola sono vietati ma arrivano regoli e pallottolieri di ultima generazione.

I pallottolieri

MATTIA FELTRI

SUSTENIUM PLUS 50+
ENERGIA FISICA E MENTALE
L'ENERGIA PER SENTIRSI TOSTI!
BUSTINE
FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+
CON VITAMINA B12
E FOSFORO
Gli integratori alimentari non vanno intesi come sostituti di una dieta varia, equilibrata e di uno stile di vita sano.



Il Messaggero



300 € 1,40 ANGIUSTAT AN 2025
09/10/2025 08:00 con L.40/2008 art.1 c.10/2009

NAZIONALE

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)

Giovedì 10 Luglio 2025 • S. Silvano

Oggi MoltoSalute
Un caldo folle
Così l'afa manda
in tilt il cervello

Un inserto di 24 pagine



Wimbledon applaude
Sinner è tornato:
va in semifinale
Cobolli si arrende

Martucci nello Sport



Confermata "Striscia"
La nuova Mediaset
fiction con Ferilli
e più informazione

Cappa a pag. 20



L'editoriale LA PAURA DI COMPETERE E L'ANSIA DI APPARIRE

Luca Ricolfi

A metafita. Uno studente di Padova viene promosso all'esame di maturità nonostante il suo rifiuto di sostenere la prova orale. Alcuni ingenui (o corruviti?) commentatori lo dipingono come un ragazzo coraggioso, che ha pagato un prezzo per difendere le proprie idee ("c'è troppa competitività nella scuola"), peraltro non proprio originali. Altri fanno notare che in realtà il ragazzo si è comportato da furbetto: prima di decidere di non sostenere l'orale si è assicurato che i risultati degli scritti gli garantissero la promozione (del resto come dargli torto: da quando all'università si accede con i test di ingresso il voto di maturità non conta nulla). Tre piccioni con una fava: nessuna figuraccia agli orali (per i quali forse non aveva studiato abbastanza), promozione garantita, un bel po' di interazione su internet.

In questa vicenda c'è un aspetto burlesco e mille volte già osservato. Nonostante la scuola e l'università siano sempre più facili, e i docenti siano di manica sempre più larga, diversi giovani contestano il sistema dei voti ("non siamo numeri"), lamentano di sentirsi sotto pressione, patiscono la competizione, invocano il supporto dello psicologo. Come se la competizione, le sfide e le sconfitte non fossero normali, nello sport come nella vita. Fin qui niente di nuovo o di speciale. E da oltre 20 anni che gli psicologi sociali ci avvertono: le ultime due generazioni (millennial e zoomers) sono sempre meno capaci di gestire la frustrazione, e sempre più attraversate da ansia, depressione, disturbi alimentari, autolesionismo, vissuti suicidari. Secondo lo psicologo americano Jonathan Haidt (*La generazione ansiosa*, Bizzini), molta responsabilità di queste fragilità...

Continua a pag. 13

Scuola, più diplomati ma cala la preparazione

► Invalsi 2025: male italiano e matematica, divario tra Nord e Sud

ROMA La fotografia della scuola nel rapporto Invalsi 2025: giù le competenze in matematica e italiano, ma si riduce la dispersione scolastica. Più diplomati ma resta il divario Nord-Sud.

Loiaccono a pag. 12

Il mandato della Cpi per stupri e torture

Almasri rischia l'arresto in Libia
Ordine di comparizione di Tripoli

Valentina Errante

La procura generale di Tripoli ha emesso un ordine di comparizione nei



confronti di Osama Almasri in relazione alle imputazioni del mandato di arresto della Corte penale internazionale (Cpi). A pag. 8

Gli elogi per Meloni, le stoccate a FI

Pier Silvio Berlusconi (quasi) in campo
«Io in politica? In futuro non lo escludo»

Andrea Bulleri

Pier Silvio Berlusconi: «Non escludo la politica. Lui Scholase? Le priorità sono altre... Stavolta non smentisce le voci sulla discesa in campo». Oggi no, ma in futuro chissà... A pag. 7



Fisco, la spinta sui Comuni

► Il piano di Giorgetti: un'agenzia ad hoc per migliorare la riscossione dei tributi locali
Paletti anche sull'extragegittito Irpef: andrà direttamente allo Stato senza passare dalle Regioni

Oggi al via la Conferenza di Roma. Volodymyr anche da Mattarella



Il Papa vede Zelensky: pronto a mediare

Zelensky e Papa Leone XIV a Castel Gandolfo. Bechis, Evangelisti, Giansoldati e Sciarra alle pag. 4 e 5

Bassi, Bisozzi, Pacifico e Pira alle pag. 2 e 3

Kaufmann distrugge la sua cella in Grecia Andrà in psichiatria

► Domani l'americano arriva a Roma: sarà detenuto nella struttura sanitaria di Rebibbia

Camilla Mozzetti
Federica Pozzi

Charles Francis Kaufmann, il 46enne californiano arrestato a Skiathos per la morte della compagna Anastasia Trofimova e della presunta figlia Andromeda, trovata a Villa Pamphili, domani sbarcherà a Roma. A Rebibbia sarà associato al reparto psichiatrico. In Grecia ha distrutto la cella. La famiglia di Anastasia pensa sia solo una messinscena. A pag. 10

Il caso Bibbiano

COSA CI INSEGNANO
LE ASSOLUZIONI
DI ANGELI E DEMONI

Paolo Pombeni

Il caso Bibbiano lo ricordano tutti, perché tenne banco alla grandinata politica (...)
Continua a pag. 13

Foto di cadaveri e minacce



La ex Miss Italia perseguitata da due stalker

TORINO L'ex Miss Italia Francesca Bergesio perseguitata dagli stalker. Dopo il processo contro l'hater che l'aveva tormentata prima dell'elezione, nuovi attacchi: indagato un 26enne.
Ferrero a pag. 11

**ESPERIENZA E
TECNOLOGIA PER
LA TUA SALUTE**

VILLA MAFALDA CLINICA PRIVATA
POLISPECIALISTICA

Il Segno di LUCA

CAPRICORNO
VIVA I SENTIMENTI

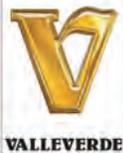
Stasera sarà Luna Piena nel tuo segno, cosa che ha luogo una sola volta all'anno e che accresce la tua sensibilità, inorrendo la corazzata rigida con cui sei solito proteggerti. Che tu ti senta pronto o meno, è il momento di lasciare la porta aperta all'amore o magari di andare a cercarlo per invitarlo nella tua vita. Le percezioni sono inevitabilmente alterate, divertiti con questo gioco di specchi che almeno in parte ti disorienta...
MANTRA DEL GIORNO
Basta una crepa a far entrare la luce.

Il oroscopo di pagina 13

* Tante con altri quotidiani (non separabili separatamente) nelle province di Palermo, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20. La domenica con l'abbonamento € 1,40. In Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40. Nel Friuli, Il Messaggero - Prima Pagine. Molise € 1,50. Nella provincia di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50. "Passeggiate ed escursioni nel Lazio" € 9,90 (Lazio)

Giovedì 10 luglio 2025 ANNO LVIII n° 162 1,50 €

Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale Per la ricostruzione dell'Ucraina PENSARE LUNGO AGIRE SUBITO

ADRIANO ROCCUCCI Durante una guerra occorre preparare la pace. Fu così durante il Secondo conflitto mondiale...

continua a pagina 17

Editoriale Lettera al Papa nel tempo della paura LA DOMANDA DELLE MADRI

MARINA CORRADI Una madre ha scritto una lettera al Papa. Parla dei sogni dei figli, di diventare un giorno medico, un veterinario, oscrivere fiabe...

continua a pagina 17

IL FATTO Mattarella conferma il «pieno sostegno» dell'Italia a Kiev: oggi al via la Conferenza di Roma

«Pronti ai colloqui»

Leone XIV incontra Zelensky e ribadisce la disponibilità della Santa Sede a mediare per una pace giusta. Putin alza ancora il volume di fuoco: 740 attacchi in una notte

LA STRISCIA DI GAZA Per Trump buone chance sulla tregua, rassegnata la distribuzione degli aiuti

Nuovo colloquio Netanyahu-Trump, nuovi spiragli per la tregua a Gaza, su cui il premier israeliano vede «buone probabilità di un accordo».

Capuzzi e Vitali a pagina 6

Il Papa ha ricevuto il presidente ucraino nella residenza di Castel Gandolfo e ha confermato l'apertura ad accogliere colloqui di pace in Vaticano.

Felgante, Gambassi, Ottaviani e Scavo (inviato) alle pag. 4-5

LO STUDIO Milano e Roma tra le città con più decessi. Il Papa: «La cura del Creato chiede conversione»



Il cambiamento climatico rende letali le ondate di caldo

Foschi, Gambassi e Mileo con Fanzelli di Senesi alle pag. 2-3

LIBIA Dalle nuove rivelazioni emerge che il ministro sapeva e ha taciuto

Almasri, Nordio all'angolo E si muove anche Tripoli

VINCENZO R. SPAGNOLO

Depo mesi di soppore, il caso Almasri si arroventa. Secondo gli atti di chiusura indagini del Tribunale dei ministri, riferiti da due quotidiani, il ministro della Giustizia seppe subito dell'arresto del generale libico ricercato dalla Cpi.

Paolini e Analici di Delli Santi a pagina 7

I nostri temi

SEMINATORI/2 Inchieste audaci Nellie Bly la prima reporter

GEROLAMO FAZZINI

Sul finire dell'Ottocento, una giovane statunitense, al secolo Elizabeth Jane Cochran, ebbe il coraggio di farsi avanti in un mondo di giornalisti tutto ai maschi...

A pagina 17

DIRITTI Fine vita, più tempo per la legge

MARCO BASSOLI

La scelta di rinviare a giovedì prossimo la presentazione in Commissione degli emendamenti alla legge sul fine vita avrà come probabile conseguenza lo slittamento a settembre dell'esame nell'Atta del Senato.

Garavaglia a pagina 9

LA SENTENZA DI PRIMO GRADO Caso Bibbiano, 11 assolti e 3 condanne lievi

Bitolini a pagina 12

IL RAPPORTO INVALSI La dispersione scolastica scende sotto il 10%

Ferrario a pagina 8

POPOTUS Paese che vai proverbio che trovi

Dodici pagine tabloid

Ripartenze Giorgio Paolucci La Spiaggia dei valori I a SLA è arrivata come un ospite inatteso, ma Dario non ha voluto rinunciare a fare le vacanze al mare con la famiglia.

Agorà SCENARI L'inquinamento informativo e i suoi antidoti Acceto a pagina 20

LO SCRITTORE López Trujillo: «Come comprendere la natura che cambia» Giannetta a pagina 21

ATLETICA I salti dell'altro Mondo di Duplantis, il nuovo Bubka Bonetti a pagina 23

IL MONDO IN UNA BICICLETTA Caporali / Deho / Mastroyto / Zanotti LUOGHI INFINITI

Pronto soccorso

senza medici. E' la possibilità sempre più concreta che potrebbe profilarsi secondo i dati dell'indagine della Simeu, la Società italiana di medicina emergenza-urgenza, a cui hanno partecipato i direttori di 153 strutture di Medicina d'emergenza-urgenza distribuite

sul territorio nazionale, corrispondenti a oltre 7 milioni di accessi nel 2024. «Rispetto al totale dei dirigenti medici necessari al corretto funzionamento dei reparti, solo il 62% è coperto con dirigenti dipendenti del Ssn. Il restante 38% è coperto da altre figure pro-

fessionali tra cui cooperative di gettonisti, libero-professionisti e specializzandi, o del tutto scoperto»





Servizio L'emergenza negli ospedali

Pronto soccorso, mancano 3.500 medici e dei «gettonisti» non si può fare a meno

L'appello della Simeu: con carenze di almeno il 38% degli organici che le soluzioni-tampone non riescono a coprire serve una maxi-riforma che includa le cure sul territorio per rispondere alla richiesta dei cittadini

di Barbara Gobbi

9 luglio 2025

Pronto soccorso terra di affanni: non solo per i milioni pazienti di ogni età e condizione di salute che rischiano di stazionarvi giorni e giorni - l'attesa media ufficiale è di 31 ore ma con il caldo o con altre emergenze le soste si prolungano senza limite - ma anche per gli operatori. Che sono decisamente meno rispetto al minimo necessario, frammentati in una miriade di soluzioni contrattuali - cooperative di gettonisti incluse e di cui "non si può al momento fare a meno" - tali da configurare un quadro di sostanziale impoverimento (denunciato da anni dai diretti interessati) che imporrebbe "provvedimenti non ulteriormente procrastinabili". Da inserire, al di là degli interventi degli ultimi anni che hanno portato qualche boccata d'ossigeno - in una riforma strutturale di ampio respiro dell'intera rete dell'Emergenza-Urgenza, che comprenda anche la parte pre-ospedaliera, "ispirata a ovvi principi di efficacia ed efficienza del servizio nonché di rispetto e valorizzazione di tutte le professionalità coinvolte".

L'indagine Simeu

Questo il quadro e l'appello che derivano dall'ultima indagine della Società italiana di Medicina dell'emergenza urgenza (Simeu), condotta con l'obiettivo di fotografare la reale situazione del personale medico che oggi opera nei Pronto soccorso italiani sotto il profilo quantitativo e qualitativo. Vi hanno partecipato i direttori di 153 strutture di Meu distribuite sul territorio nazionale, corrispondenti a oltre 7 milioni di accessi nel 2024, pari a più del 37% del totale degli accessi di Pronto soccorso che nel 2024 sono stati circa 19 milioni. Il campione esaminato è composto per il 26% da Dipartimenti di emergenza e accettazione (Dea) di II livello, per il 57% da Dea di I livello e per il 17% da Pronto soccorso. «L'indagine - è il quadro di sintesi tracciato dagli esperti Simeu - conferma la necessità assoluta di restituire dignità e attrattività al lavoro in Medicina d'Emergenza Urgenza. Il tema non attiene esclusivamente alla valorizzazione economica ma anche e soprattutto alla qualità di vita professionale e personale, com'è dimostrato, ad esempio, dalle maggiori difficoltà dei centri più piccoli e periferici di attrarre personale qualificato».

I risultati

Sono innanzitutto i numeri a dare il polso della crisi che si consuma da anni tra barelle in fila nei corridoi e sfiancanti turni di notte: secondo la proiezione nazionale mancano all'appello almeno 3.500 medici e nonostante tutte le toppe tra cooperative e prestazioni aggiuntive resta "totalmente

assente" il 17% dei camici bianchi necessari. In cifre, la proiezione nazionale rileva che almeno 550 medici siano "del tutto assenti e non sostituiti con alcuna soluzione contrattuale". Dall'altra parte, a quasi il 60% delle carenze (il 57% per l'esattezza) si fa fronte con variegati soluzioni contrattuali: per lo più cooperative (18%), a seguire liberi professionisti (16%), prestazioni aggiuntive (15%), specializzandi in libera professione impiegati nell'8% dei casi.

Nel dettaglio, solo il 62% dei reparti è coperto con dirigenti medici dipendenti del Ssn mentre per il 38% si fa ricorso ad altre figure professionali o si resta "scoperti". Proiettando i dati sul totale nazionale, rilevano dalla Simeu, a fronte dei 9.000 medici necessari solo 5.500 sono presenti. «Il dato dei 3.500 dirigenti medici che mancano all'appello - osserva il presidente Simeu Alessandro Riccardi - è certamente sottostimato per varie ragioni. Tra le principali, le maggiori carenze accusate da strutture più piccole che sfuggono a questa ultima rilevazione. Il 38% di carenze organiche è comunque un dato pesantissimo, che ripropone il tema della qualità e dell'attrattività del lavoro in Medicina d'emergenza urgenza».

Pesantissima la carenza nei Pronto soccorso dove supera il 55% del fabbisogno mentre nei Dea di I livello l'indagine stima un gap superiore al 43% che "scende" al 25% delle strutture a maggiore complessità e cioè i Dea di II livello, che per le loro caratteristiche avrebbero necessità di organici ben più numerosi. Anche su questo fronte inoltre l'Italia si presenta divisa: la carenza è del 36% nelle Regioni settentrionali ma arriva almeno al 42% nel resto del Paese.

Gettonisti necessari

Il ministro della Salute Orazio Schillaci ha dichiarato fin da inizio mandato la volontà di andare oltre i gettonisti. «Dobbiamo riparlare bene con le Regioni - ha appena dichiarato - e far sì che ci sia un'adeguata programmazione, è importante che questo fenomeno finisca. Può essere tollerato per non mettere in difficoltà alcuni reparti particolarmente critici, ma ormai sono due anni che ne parliamo e ci vuole un cambio di paradigma». Ebbene, dagli ultimi dati Simeu parrebbe proprio che senza una riforma della Medicina d'emergenza urgenza, ai gettonisti occorrerà continuare a rivolgersi. Oggi le cooperative sono presenti nel 32% del campione analizzato da Simeu e le uniche regioni che non vi fanno ricorso sono Sicilia e Toscana.

«A livello nazionale una struttura su tre fa ancora ricorso alle cooperative nonostante i correttivi apportati dal Governo - avvisa la coordinatrice nazionale Area infermieristica Simeu Antonella Cocorocchio -. Si pone il problema, in alcuni casi urgentissimo, di capire come sopperire alle esigenze che si creeranno in vista della non prorogabilità dei contratti stabilita per decreto. La scadenza dei contratti, in molti casi imminente, apre scenari di ulteriore incertezza».

Sulla media nazionale le cooperative forniscono un numero di "equivalenti medici" – ossia numero virtuale di medici calcolato sulla base delle ore fornite - pari al 18% delle carenze e al 7% del totale delle necessità di organico. Ma in ottemperanza alle ultime indicazioni i contratti delle aziende con le cooperative saranno in scadenza nel 42% dei casi entro i prossimi 3 mesi, nel 26% dei casi entro i prossimi 6 mesi, nel 32% dei casi entro i 12 mesi. Scenari che, in assenza di interventi immediati e rapidi su tutta la filiera dell'assistenza sanitaria, preannunciano un'aggravarsi della crisi.

Aspettando la riforma del territorio

«La necessaria risposta ai tantissimi pazienti non urgenti che arrivano da noi è in un'assistenza sul territorio che funzioni davvero ed è per questo che aspettiamo la riorganizzazione prevista dal Piano nazionale di ripresa e resilienza - spiega ancora il presidente Riccardi -. Ma questo si associa alla necessaria riforma della medicina territoriale: senza entrare nelle questioni contrattuali, la figura del medico di famiglia chiuso nel suo studio è assolutamente anacronistica. Il paziente deve poter andare in strutture extra ospedale dove trovare una medicina integrata e la diagnostica di

base. Solo questo consentirà ai Pronto soccorso e a tutta la rete dell'emergenza urgenza di tornare a ricevere i pazienti "giusti", poter stabilizzarli e dimetterli o mandarli al ricovero in tempi congrui».

Il danno morale

«Il quadro attuale è ancora molto lontano da questo obiettivo - prosegue Riccardi -: non è solo una questione di incentivi, che pure sono stati graditi ma non compensano i fabbisogni. E' soprattutto il contesto del lavoro che non va. Il dover seguire anche pazienti non urgenti perché il territorio non funziona, il doversi occupare del boarding cioè lo stazionamento nei pronto soccorso perchè l'ospedale non ha posti letto: sono circostanze che ingolfano le nostre strutture. Il paziente non può restare per ore o giorni in attesa che arrivi una soluzione. Il nostro personale non è in burnout: infatti non è stanco del proprio lavoro, che ama, ma piuttosto è soggetto a "moral injury" cioè al danno morale che deriva dal doversi occupare di un malato in barella per tre giorni magari in situazioni estreme e dal dovere agire e fare scelte che esulano dai suoi valori etici e morali».



Dir. Resp.: Marco Girardo

Malattie rare, Schillaci: verso terapie più accessibili

Nelle malattie rare «occorre il massimo sforzo per garantire a tutti l'accesso a nuove cure e terapie e a una qualità di vita migliore». L'ha detto il ministro della Salute Orazio Schillaci intervenendo all'evento «Porti di speranza» organizzato da Uniport a sostegno dei Centri Clinici NeMo, il network nazionale per la cura e la ricerca sulla Sla e le

malattie neuromuscolari, con il patrocinio di Aisla, l'Associazione italiana Sclerosi laterale amiotrofica. Ispiratore dell'iniziativa Francesco Lorenzini, già tesoriere di Uniport (l'associazione nazionale delle imprese portuali) cui due anni fa è stata diagnosticata la Sla e che da allora si è messo al servizio della

cura e della ricerca con creatività e coraggio.





Servizio Professioni sanitarie

Cure primarie e di comunità, la ricetta: superare i confini e costruire alleanze

Il Servizio sanitario nazionale non si salva coltivando divisioni, difendendo confini, ma costruendo alleanze per superarli

*di Melania Salina **

9 luglio 2025

Occuparsi oggi di cure primarie e di cure di comunità non è una scelta neutra. È una presa di posizione, un atto politico e culturale. In un tempo in cui molte professioni si chiudono in difesa dei propri confini identitari, promuovere l'ascolto e il confronto significa andare in controtendenza e affermare un principio diverso: il Servizio sanitario nazionale non si salva coltivando divisioni, difendendo confini, ma costruendo alleanze per superarli.

Nei giorni scorsi un gruppo di sedici Ordini di fisioterapisti ha lavorato insieme proprio per creare un ambito di reale di incontro tra fisioterapisti, infermieri, medici, assistenti sociali, rappresentanti dell'area tecnica, amministratori e cittadini, esperti di urbanistica e di territorio, di edilizia di comunità e di relazioni sociali. E' stato un laboratorio aperto in cui ognuno ha portato il proprio sguardo, lasciando fuori la brama di protagonismo.

Il cambio di passo

Ne conseguono alcune considerazioni. La prima è ormai chiara ed evidente: il lavoro nelle comunità, per essere davvero efficace richiede un cambio culturale, semplice, ma radicale. Il messaggio in questo ambito è netto: è giunto il momento di abbandonare definitivamente – come ha sottolineato Mary Tinetti, docente della Yale School of Medicine in un autorevole articolo pubblicato sull'American Journal of Medicine - l'era della cura basata sulla diagnosi di malattia, perché la salute di comunità si fa sempre con gli individui e non con protocolli standardizzati o risposte automatiche.

In questa riflessione emerge così il secondo aspetto chiave: nessun bisogno di salute è "monoprofessionale". Da Nord a Sud, dalle metropoli alle situazioni rurali o montane, le comunità curano quando lavorano in rete, sanno raccordare sanità, servizi sociali, territorio, cittadinanza, soprattutto amalgamando i saperi. Emerge così con chiarezza la consapevolezza che nessun bisogno di salute è mai affrontabile da una sola professione, perché nessuno ce la fa da solo. Le soluzioni nascono dalla collaborazione, dalla costruzione di équipe, dal lavoro multidisciplinare. Dove le comunità riescono a curare – e cioè a prevenire, sostenere, prendersi carico – è perché si sono attivati legami tra attori diversi, pubblici e civici, istituzionali e locali.

Nuovi ruoli

In questo scenario, anche il ruolo del fisioterapista cambia in funzione di un sistema dove i bisogni sono connessi ad una popolazione segnata da invecchiamento e cronicità. Spesso i fisioterapisti si

interpretano ancora come legati ai disturbi collegati alle singole patologie, con una forte predominanza di quelle muscoloscheletriche, ma queste sono solo una piccola parte del bisogno sociale di salute. Il fisioterapista può essere un attore chiave della salute di prossimità: una figura che può lavorare sulla prevenzione, sulla continuità assistenziale, sulla lettura dei bisogni complessi delle persone fragili, anziane, croniche. Un ponte tra professioni, un punto di contatto tra sistema sanitario e vita quotidiana.

** presidente Ordine dei Fisioterapisti Friuli Venezia Giulia*

PROVE TECNICHE PER UNA SALUTE DAVVERO EUROPEA

Da marzo sono entrati in vigore il regolamento Ue e la piattaforma italiana per la condivisione dei dati sanitari in tutto il Continente: via alla sperimentazione. La vera attuazione comincerà dal 2029

GABRIELE ROSANA

R

ivolgersi a una farmacia spagnola con una prescrizione elettronica italiana, consultare lo storico delle terapie di un finlandese che sceglie di curarsi in Germania o aggregare le informazioni utili a contrastare un'epidemia che minaccia il continente. In ciascuno di questi casi, dare accesso ai dati sanitari tanto ai professionisti del settore quanto ai ricercatori fa la differenza. Garantire la circolazione e la fruibilità in tutta Europa di cartelle cliniche, ricette mediche, risultati di laboratorio e immagini medicali, attraverso le piattaforme dedicate MyHealth@EU e HealthData@EU, è l'obiettivo tanto del regolamento Ue in materia (Ehds) quanto dell'ecosistema dei dati sanitari (Eds) italiano, entrambi entrati in vigore nel marzo di quest'anno, e che vedono adesso l'Italia in prima linea per prepararsi al nuovo corso.

L'ITER

La disciplina mantiene in capo ai pazienti il controllo e le decisioni sulla privacy, e pure la possibilità di revocare il permesso e limitare l'accesso, tranne nel caso di pre-

minente interesse pubblico. Si distingue tra uso primario dei dati da parte degli operatori sanitari per tutto ciò che riguarda le funzioni di cura e uso secondario,

cioè l'impiego per altre finalità come ricerca scientifica e sviluppo - anche tramite intelligenza artificiale - di nuovi trattamenti, prodotti o servizi. In questo secondo caso, scattano dei paletti ulteriori: l'accesso deve avvenire in forma anonima o pseudoanonima e previa autorizzazione da parte delle autorità nazionali. Stimano a Bruxelles che la nuova frontiera della sanità digitale (le cui soluzioni dovrebbero espandersi fino al +30%) consentirà di risparmiare 11 miliardi di euro nel prossimo decennio e di aumentare in modo significativo l'efficienza dei servizi sanitari e della ricerca scientifica.

L'attuazione della normativa, però, è graduale e prevede delle tappe precise: si parte nel 2029 con profili sanitari sintetici, ricette e cartelle cliniche elettroniche, per poi arrivare a compimento due anni dopo con la condivisione di risultati di laboratorio e dati genomici. Dal 2034, infine, sarà la volta delle collaborazioni internazionali con i Paesi non-Ue.

SIMULAZIONI

Per accompagnare i prossimi quattro anni di transizione, Commissione Ue, ministero della Salute, Parlamento, Regioni, insieme a rappresentanti di imprese, accademia e ricerca hanno siglato a Montecitorio un patto sui da-

ti. Promosso da Felicia Pelagalli, docente di etica dei dati alla Sapienza di Roma, il "Data Summit" ha visto la partecipazione di vari funzionari Ue di ambito sanitario e digitale e di esperti del settore. L'obiettivo è traghettare l'Italia verso la nuova era, così da far trovare il nostro Paese pronto dal giorno uno dell'applicazione delle regole. Per fare ciò, si realizzeranno simulazioni in ambienti protetti e controllati impiegando

dati sanitari reali, si farà rete in modo da definire preventivamente i ruoli tra istituzioni e strutture coinvolte, e si avvieranno collaborazioni pubblico-privato tra ospedali, enti di ricerca, start-up e istituzioni per la condivisione di informazioni anonimizzate e la definizione di strumenti

predittivi nel quadro delle campagne di prevenzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medico risponde di morte pure se chiede il ricovero

Il medico di base risponde per la morte del paziente anche se ne ha chiesto il ricovero in ospedale. È «di protezione», infatti, la posizione di garanzia che il professionista di medicina generale ha nei confronti dell'ammalato, vista la presa in carico continuativa. Il sanitario, dunque, deve da una parte vigilare sull'evoluzione clinica e dall'altra assicurarsi che il paziente sia preso in carico dall'ospedale: gli obblighi del primo permangono fino a quando non si esaurisce il rapporto, mentre la posizione di garanzia non viene meno soltanto perché nei confronti del malato vi sono analoghi obblighi, autonomi e concorrenti, da parte ad esempio di un medico specialista. Così la Corte di cassazione penale, sez. quarta, nella sentenza n. del 09/07/2025.

Storia clinica. È accolto contro le conclusioni del pm il ricorso della parte civile dopo l'assoluzione «perché il fatto non sussiste» pronunciata in sede di merito: la Suprema corte rinvia al giudice civile. In base al principio di causalità omissiva bisogna individuare chi aveva l'obbligo di agire per impedire l'evento morte. La specialista visita la paziente diabetica, informando il collega di base: la signora deve essere ricoverata, anche se non con urgenza, ma c'è il rischio che peggiori anche a causa delle scarse condizioni igieniche in cui vive. E il perito del Tribunale conferma: il quadro patologico lasciava presumere un aggravamento. Sbaglia la Corte d'appello a ritenere che la responsabilità del medico di famiglia si esaurisca con l'invio della richiesta di ricovero, che peraltro risulta generica, mentre deve contenere la storia clinica del paziente, in modo da programmare in modo adeguato la presa in carico dell'ospedale.

Tempi compatibili. Il medico di base, insomma, avrebbe dovuto accertarsi che la paziente fosse ricoverata in tempi compatibili con il quadro clinico e il possibile peggioramento: è irrilevante che non gli sia stata poi riferita l'alterazione dei parametri vitali. La parola, quindi, passa al giudice civile d'appello che dovrà valutare se il professionista di medicina generale si sia attivato in modo adeguato alla sua posizione di garanzia, considerando i rischi di aggravamento e le precarie condizioni igieniche della donna che pure gli erano note.

Dario Ferrara

© *Diagnostica clinica*



Servizio Sentenza

Corte Ue: il datore di lavoro può imporre il vaccino al personale esposto a rischio biologico

L'obbligo non contrasta con le norme europee: i criteri per garantire la sicurezza sul lavoro possono essere più stringenti delle regole in vigore

di Pietro Verna

9 luglio 2025

La direttiva 89/391/CEE "Misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori" e la direttiva 2000/54/CE "Protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti biologici" devono essere interpretate nel senso che «non ostano a una normativa nazionale in forza della quale un datore di lavoro può obbligare i lavoratori con i quali ha concluso un contratto di lavoro a farsi vaccinare se sono esposti a un rischio biologico».

Il caso è stato sollevato in Estonia

In questi termini la Corte di giustizia UE (sentenza 12 giugno 2025) si è espressa sulla domanda di pronuncia pregiudiziale sollevata dalla Corte Suprema dell'Estonia nell'ambito di una controversia tra alcuni autisti di ambulanze e la municipalità di Tallin in merito alla risoluzione dei contratti di lavoro avvenuta in applicazione della normativa nazionale in forza della quale «il datore di lavoro può imporre requisiti in materia di salute e di sicurezza più rigorosi di quelli previsti dalla legge (...). I rischi per la salute dei lavoratori devono essere ridotti al livello più basso possibile, applicando le seguenti misure applicando le seguenti misure (...) garantire che i lavoratori esposti a fattori di rischio biologico per i quali esistono vaccini efficaci abbiano la possibilità di essere vaccinati».

I termini della sentenza

La Corte di giustizia UE ha statuito che l'obbligo vaccinale previsto dalla normativa estone non costituisce un'attuazione del diritto europeo in quanto la direttiva 2000/54/CEE reca soltanto disposizioni di natura organizzativa in tema di prevenzione del rischio biologico («...La valutazione [del rischio] dovrebbe di individuare i lavoratori per i quali possono essere necessarie misure speciali di protezione...Qualora [si] riscontri un rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori a causa della loro esposizione ad agenti biologici contro i quali esistono vaccini efficaci, i datori di lavoro dovrebbero offrire la vaccinazione ai lavoratori...») mentre la direttiva 89/391/CEE non prevede alcuna disposizione specifica in materia di vaccinazione dei lavoratori».

Da qui la sentenza in narrativa che conferma il costante orientamento della giurisprudenza della Corte di giustizia (sentenza 26 febbraio 2013, Åklagaren c. Hans Åkerberg Fransson, C-617/10, punto 19, e sentenza 13 giugno 2024, Monmorieux, C 380/23, punto 29) secondo cui i diritti fondamentali garantiti nell'ordinamento giuridico euro unitario «si applicano in tutte le situazioni disciplinate dal diritto dell'Unione, ma non al di fuori di esse».

Rallenta l'iter della legge Altri otto giorni per le modifiche

Slitta di otto giorni il termine per la presentazione, nelle commissioni Affari sociali e Giustizia del Senato, degli emendamenti alla legge sul fine vita. La nuova scadenza è il 17 luglio, data che avrebbe dovuto coincidere con l'approdo in Aula. La riunione dei capigruppo ha certificato il rinvio. E subito si comincia a vociferare: i lavori sul testo potrebbero essere posticipati a dopo l'estate. «Giochi politici», attacca il senatore Pd Francesco Boccia: «Vogliamo che il testo sia approvato entro la pausa estiva, speriamo all'unanimità. Confidiamo

nel sostegno di quella parte della maggioranza che ha un'idea regressiva dei diritti. Lo Stato deve accompagnare chi fa una scelta così difficile e dolorosa, non può fuggire». La proposta della maggioranza prevede la non punibilità in casi specifici di chi agevola il suicidio assistito e la verifica dei requisiti del richiedente da parte di un Comitato nazionale di specialisti. Polemiche delle opposizioni per l'esclusione del servizio sanitario pubblico. Vede il lato positivo di un rinvio Mariastella Gelmini, Noi moderati: «Può servire a stemperare i toni e creare più condivisione possibile

per una norma che chiama in causa la coscienza di ogni parlamentare». L'associazione Luca Coscioni accelera su una proposta di legge di iniziativa popolare: già raccolte, comunicano, le 50.000 firme necessarie per il deposito in Parlamento, ma l'obiettivo è raggiungere la soglia di sicurezza di 70 mila.

M. D. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DIRITTI**Fine vita,
più tempo
per la legge****MARCO IASEVOLI**

La scelta di rinviare a giovedì prossimo la presentazione in Commissione degli emendamenti alla legge sul fine vita avrà come probabile

conseguenza lo slittamento a settembre dell'esame nell'Aula del Senato. A fine luglio, infatti, a Palazzo Madama sarà ingorgo.

Garavaglia a pagina 9

Fine vita, per la legge serve tempo

Al Senato verso il rinvio del dibattito in Aula a dopo la pausa estiva, c'è accordo sulla necessità di riflettere ancora su principi e strumenti. La settimana prossima nuove audizioni, poi gli emendamenti. Il Pd pensa a nuove proposte su Comitati e Sanità, maggioranza fredda

MARCO IASEVOLI

La scelta di rinviare a giovedì prossimo la presentazione in Commissione degli emendamenti alla legge sul fine vita avrà come probabile conseguenza lo slittamento a settembre dell'esame nell'Aula del Senato. Nelle ultime settimane di luglio, infatti, Palazzo Madama sarà inondato da decreti da convertire, quindi anche una eventuale calendarizzazione a breve termine del testo sul suicidio assistito licenziato dalle Commissioni Giustizia e Affari sociali risulterebbe più formale che sostanziale.

Nessuno lo dice, tra i principali negoziatori del testo. Ma tutti lo pensano. Ulteriore segnale di allentamento dei tempi è la decisione di tenere martedì, in commissione Affari costituzionali, audizioni aggiuntive per verificare se il testobase promosso dalla maggioranza risponda o meno ai criteri fissati dalla Consulta per depenalizzare, in precise e circoscritte circostanze, il reato di aiuto al suicidio. Interverranno in quota centrosinistra Zagrebelsky e Amato, e in quota centrodestra Violini ed Esposito.

Si tratta anche di tentativi di distendere i toni e

aprire canali di dialogo. «Massima apertura», ripete il co-relatore in quota Forza Italia Pierantonio Zanettin. Anche i senatori del Pd che hanno la testa sul dossier assicurano che al momento dalla segreteria non sono venuti input "barricaderi".

Se tutto questo servirà a trovare un accordo, difficile dirlo. Certo una "base parlamentare" più ampia serve, perché quando si arriverà in Aula ci saranno molteplici voti segreti. E in teoria i partiti dovrebbero lasciare libertà di coscienza. Altra incognita, l'atteggiamento che il governo avrà sugli emendamenti, se si rimetterà all'Aula come fece l'esecutivo-Draghi oppure se vorrà dare un proprio indirizzo sulle singole proposte.

Quanto alla possibilità che si arrivi a modifiche "concordate" al testo voluto dalla maggioranza, massima cautela. Il dem Bazoli avanzerà di nuovo la proposta di avere Comitati territoriali deputati al vaglio dei singoli casi, al posto del Comitato nazionale di emanazione governativa. Ma è sul nodo del ruolo del Sistema sanitario nazionale che la negoziazione appare difficile. Per il centrodestra l'esclusione della Sanità pubblica rappresenta un punto di principio, per ribadire che lo Stato non dà la morte ai cittadini. La componente moderata delle opposizioni sta cercando di formulare emendamenti accoglibili. Un'ipotesi è quella di un fondo



esterno al Sistema sanitario per pagare l'accesso ai macchinari degli ospedali di chi non ha le risorse per rivolgersi a cliniche private. Formalmente non sarebbe la Salute pubblica a pagare i suicidi assistiti. Ma la maggioranza non è convinta. Appare più semplice trovare intese sulle cure palliative, mantenendo il principio della loro centralità all'interno della legge. Per i moderati di centrodestra, come Mariastella Gelmini, tempi più distesi sono una «opportunità». Ma non manca chi nelle opposizioni teme che i rinvii siano funzionali a porta-

re il dossier su un binario morto. Al momento nessuno però vuole alzare i toni. Ovviamente la dilatazione dei tempi servirà ad acquisire imminenti nuovi pronunciamenti della Corte costituzionale. Mentre dall'esterno l'associazione Luca Coscioni esercita pressione comunicando che la proposta di legge popolare ha raggiunto le 50mila firme necessarie per arrivare in Parlamento.

IL DIBATTITO

Martedì saranno ascoltati sui paletti della Consulta Zagrebelsky, Amato, Violini ed Esposito
L'ipotesi di un fondo pubblico ad hoc per evitare la «privatizzazione» non convince i partiti di governo



L'INTERVENTO

Si cerchi un'intesa senza fretta Lo Stato non abbandoni i fragili

MARIAPIA GARAVAGLIA

La vita appartiene a ogni essere umano, diritto inviolabile che deve essere protetto, perché la sua violazione o estinzione impoverisce un patrimonio spirituale, culturale, sociale, produttivo universale: giova tutelarla e proteggerla. È un compito fondamentale della medicina da millenni: senza andare troppo oltre, basti pensare a quale era il ruolo affidato al medico così come descritto dal Giuramento di Ippocrate (IV secolo a.C.).

Anche nel terzo millennio chiediamo alla medicina aiuto per garantire un buono stato di salute, oltre che per guarire le malattie, soprattutto quelle che suscitano maggiori sofferenze e difficoltà nell'applicazione di terapie risolutive. I successi della medicina hanno portato grandi gioventù a favore dello stato di salute generale, aumentato l'aspettativa di vita e, con la cronicizzazione di molte patologie, prolungato anni di vita, sia pure sottoposti a continue cure, anche costose. Con gli aspetti oggettivamente di successo dal punto di vista della pratica di cura, si sono affacciati nuovi modi di concepire il rapporto con la scienza, con l'autodeterminazione del cittadino molto valorizzata e in grado di creare relazioni medico-paziente meno asimmetriche e più complesse. Il dibattito che dura da anni sulla scelta individuale di rinunciare alle cure, quando ritenute troppo lunghe, invasive e senza speranza di successo, si inserisce in questo contesto.

Il confronto delle convinzioni in merito a questo tema suscita contrapposizioni ideologiche che contrastano con la finalità definita in secoli di civiltà, che è il riconoscimento della comune dignità umana, da rispettare e servire, fondamento di tutte le Costituzioni recenti. La tutela della salute riguarda molto da vicino i comportamenti da assumere per rendere credibile l'esercizio di quel dovere. È esattamente "morire con dignità" l'espressione più ripetuta per giustificare scelte di eutanasia o, con più lieve richiesta, di suicidio medicalmente assistito.

Il disegno di legge che si sta discutendo in Parlamento, che riguarda il fine vita, è rubricato come "Disposizioni esecutive della sentenza della Corte Costituzionale del 22 novembre 2019, n.242". Non appare nessun termine personalistico che richiami l'attenzione su una disposizione che è di grande impatto umano, e questo perché si limita a dettare norme penali.

La proposta di legge in discussione non affida la morte medicalmente assistita al Servizio sanitario nazionale, cioè al nostro prezioso, complesso - anche costoso - sistema che deve garantire la tutela della salute come «diritto fondamentale» (articolo 32

della Costituzione) offrendo ogni possibile assistenza ai bisogni sanitari dei cittadini. Al contrario, la bozza di legge presentata nei giorni scorsi afferma che «il personale in servizio, le strumentazioni e i farmaci di cui dispone a qualsiasi titolo il Sistema sanitario nazionale non possono essere impiegati al fine della agevolazione del proposito di fine vita». Se un malato terminale sarà ricoverato in un ospedale pubblico e potrà accedere al suicidio assistito in quanto autorizzato dal Comitato di valutazione di cui all'articolo 2 della legge in cantiere dovrà provvedere da solo, pagandosi farmaci, medico (anche pubblico, ma extra orario) oppure rivolgersi a strutture private. Se fosse così, avremmo "tante piccole Svizzere" invece di garantire tutte le possibili assistenze, e soprattutto la palliazione e la terapia del dolore, con tutte le prestazioni previste da leggi nazionali vigenti da tempo (come la 38 del 2010) ma in gran parte del Paese, completamente disattese. L'umanizzazione tanto retoricamente richiamata è lontana da una coerente programmazione della medicina palliativa. Il disegno legislativo prevede che entro il 2028 il 90% della popolazione interessata potrà disporre delle cure palliative, ma sconcerta una ulteriore affermazione: al comma b del medesimo articolo 3 si legge che «eventuali residui delle somme non utilizzati per le finalità di cui alla presente legge sono in ogni caso restituiti allo Stato e non possono essere utilizzati per finalità diverse da quelle previste nella presente legge». Mi chiedo: perché dovrebbero rimanere «residui» invece di attuare tutte le strutture e assumere personale da preparare? A oggi infatti gli specialisti sono insufficienti. Solo il 25% dei bambini può accedere alle cure palliative.

La Corte Costituzionale ha invitato il Parlamento a legiferare tenendo conto di alcuni criteri insuperabili.

Il progetto di legge istituisce un Comitato di valutazione che deve verificarne i presupposti entro 90 giorni, eventualmente prorogabili di altri 30 per emettere il proprio parere, in tal modo burocratizzando un'attesa carica di sofferenze che spinge nuovamente a "fare da sé", in pratica sottraendo l'accompagnamento alla morte con dignità a una compassione comunitaria, possi-



bile attraverso un efficiente Servizio sanitario. È compito del Ssn farsi carico doverosamente di tutelare ogni vita nelle strutture pubbliche. Anche nell'iter della legge 194 in Parlamento, col confronto, si trovano soluzioni per rispettare le diverse concezioni culturali.

I parlamentari ora non abbiano fretta di trovare il minimo denominatore al solo scopo di dimostrare di aver ottemperato a una domanda di soccorso da parte di pazienti ormai "stroncati" dalla malattia e dai dolorosi dubbi dei familiari. Pretendano - tutti! - una riflessione comune sulle finalità del Ssn e sul dovere dello Stato di non abbandonare i vulnerabili più problematici: si tratta di onorare non solo il loro ruolo ma una concezione almeno umanitaria, se non sociale. Non è una cro-

ciata ma una questione antropologica ed etica radicata in principi universali.

La difesa della dignità di ogni persona è lo specchio di quanto si difende la propria, di ciascuno. Purtroppo il comma a dell'articolo 4 indebolisce sul nascere la legge perché dichiara che il Comitato di valutazione può avvalersi delle strutture del Ministero della Salute, ma «nel limite delle risorse e dei mezzi disponibili a legislazione vigente e senza ulteriori oneri per la finanza pubblica». Difesa di quale dignità?

«La vita è un diritto
inviolabile, e va
protetta sempre
Serve una riflessione
sulle finalità del
Servizio sanitario»



Mariapia Garavaglia



L'ÉQUIPE DEL POLICLINICO CAMPUS BIO-MEDICO**«Cure palliative, un diritto. E uno spazio di senso»**

Nel dibattito parlamentare sul fine vita, la recente discussione intorno ai contenuti della proposta di legge in fase di definizione al Senato ha riaperto un confronto serrato, sul piano sia politico che etico. Uno degli aspetti più dibattuti riguarda il ruolo delle cure palliative: secondo quanto emerso finora, la proposta prevederebbe che l'accesso al suicidio medicalmente assistito sia subordinato all'inclusione del paziente in un percorso palliativo, nel solco di quanto affermato dalla Corte Costituzionale nella sentenza 242/2019, per il rispetto e la tutela della persona malata.

Nel dibattito le principali criticità sollevate riguardano proprio questo percorso, in un sistema sanitario in cui le cure palliative non sono ancora garantite uniformemente né sufficientemente accessibili su tutto il territorio nazionale. A queste difficoltà si aggiungono carenze qualitative: dalla formazione specifica degli operatori alla presenza di équipe interprofessionali realmente operative. Queste disomogeneità generano già oggi disuguaglianze significative nell'accesso a un diritto garantito, mettendo in discussione i principi di equità e libertà di scelta.

Sul piano etico, offrire le cure palliative come parte integrante del percorso di accompagnamento nella fase finale della vita deve rappresentare non solo un intervento clinico ma anche una proposta di relazione e sostegno che può aiutare la persona malata a esplorare il significato della propria esperienza e a ritrovare spazio per esprimere sofferenze,

desideri, paure. Renderle disponibili in modo effettivo e tempestivo è un atto di cura che rispetta l'autonomia della persona e le consente di compiere scelte più consapevoli e serene. Il rischio tuttavia è che, senza adeguato rafforzamento dei servizi e investimento nella formazione specialistica degli operatori, questa offerta resti inapplicabile nei tempi e nelle modalità necessari.

Inoltre, perché le cure palliative possano esprimere appieno la loro funzione è essenziale che vengano proposte precocemente, non come soluzione dell'ultima ora ma come parte di un percorso che si costruisce nel tempo. Una prospettiva più rispettosa della persona - e anche più solida sul piano clinico e relazionale - deve promuovere l'accesso sin dalle prime fasi della malattia in guaribile. L'attivazione anticipata potrà migliorare la qualità della vita e consentirà una gestione più integrata della sofferenza, rafforzerà il dialogo tra curanti, pazienti e famiglie, e creerà uno spazio di relazione stabile e continuo in cui sarà possibile affrontare anche le domande più profonde del malato e dei familiari.

Come équipe che ogni giorno lavora con pazienti in fase avanzata di malattia sappiamo quanto sia delicato costruire relazioni di fiducia. È un processo che richiede tempo, ascolto, continuità. Le domande più profonde nascono solo quando il paziente e la famiglia si sentono accolti, riconosciuti nella propria sofferenza e ascoltati con rispetto e apertura. Non è solo un quesito clinico o procedurale ma una domanda esistenziale, che ha bisogno prima di tut-

to di una relazione solida a cui potersi affidare.

Perché questa prospettiva possa tradursi in pratica è fondamentale anche rafforzare l'integrazione tra il Sistema sanitario e i servizi sociali, superando le attuali frammentazioni organizzative e operative. L'accompagnamento nella fase finale della vita richiede una presa in carico globale, che tenga conto della dimensione clinica e dei bisogni sociali, psicologici, spirituali, economici e pratici che emergono in modo spesso drammatico nella fase terminale. Senza un'effettiva sinergia tra cura medica e sostegno sociale la persona è sola.

Per questo riteniamo che un percorso tanto complesso non possa essere ridotto a una procedura da attraversare per poi giungere ad atti del tutto estranei alle cure palliative, come il suicidio medicalmente assistito o l'eutanasia. La possibilità che si possa "accedere" al suicidio assistito solo dopo essere passati obbligatoriamente per le cure palliative snatura il senso stesso del nostro lavoro. Le cure palliative, infatti, non possono essere rese obbligatorie né tantomeno funzionali a un altro fine: sono un diritto, non un filtro da superare. Ogni paziente ha il diritto di accedervi, ma anche - nel rispetto dell'autodeterminazione - di rifiutarle. Temiamo fortemente che questo tipo di impostazione rischi di "contaminare" il significato profondo delle cure palliative, fino a confonderle con pratiche che ne negano la vocazione originaria. L'esperienza di alcuni Paesi mostra come eutanasia e cure palliative possano fini-





re per essere proposte come alternative equivalenti all'interno dello stesso percorso: una deriva culturalmente e clinicamente inaccettabile.

Le cure palliative non sono una tappa obbligata verso la morte assistita. Sono un percorso che richiede tempo di cura, relazione e accompagnamento, in cui si riconosce valore alla vita fino alla fine, anche nella fragilità e nella

sofferenza. È per questo che ribadiamo: serve tempo, prossimità, competenze avanzate, una rete di sostegno realmente integrata e – soprattutto – la concreta disponibilità di servizi accessibili, precoci e continui. Ma serve anche un riferimento etico chiaro, che non confonda il prendersi cura con il provocare la morte.

Gli operatori del Centro

**di Cure Palliative
"Insieme nella Cura"
Fondazione Policlinico
Campus Bio-Medico**

«La loro funzione è essenziale se vengono proposte precocemente rendendole disponibili in modo effettivo e tempestivo e non come soluzione dell'ultima ora. Ma sarebbe un errore imporle»





Dir. Resp.: Marco Girardo

Sul “diritto alla morte” voto a Parigi in ottobre

Inizierà il 7 ottobre al Senato di Parigi la discussione dei due disegni di legge su eutanasia e cure palliative approvati dall'Assemblea nazionale il 27 maggio. La discussione, prevista su due settimane, si annuncia serrata: la maggioranza della Camera Alta è infatti nelle mani del centrodestra che potrebbe modificare sensibilmente la legge

sul “diritto alla morte assistita” presentata dal deputato Olivier Falorni (Les Democrats, partito alleato di Macron, schierato per l'eutanasia). Il voto finale, previsto il 21 ottobre, non sarà l'ultima parola: l'iter prevede infatti due letture in ciascuna Camera. La legge sulle cure palliative invece ha già raccolto

una sostanziale unanimità nel primo voto di fine maggio.



Morti per le ondate di calore triplicati a causa del cambiamento climatico

DANIELA FASSINI

Il caldo estremo e continuo uccide. È un killer silenzioso che attraversa le città, le campagne e le spiagge. Si insinua nei luoghi di lavoro e di cura e miete vittime. Oltre 1.500 persone sono morte in seguito all'ultima ondata di calore che ha attraversato l'Europa tra fine giugno e i primi di luglio. Lo conferma uno studio dell'Imperial College di Londra e della London School of Hygiene & Tropical Medicine: il 65% dei morti registrati durante l'ultima ondata di calore che ha colpito l'Europa sono riconducibili al cambiamento climatico. L'innalzamento delle temperature è stato responsabile di 317 decessi in eccesso stimati a Milano, 286 a Barcellona, 235 a Parigi, 171 a Londra, 164 a Roma, 108 a Madrid, 96 ad Atene, 47 a Budapest, 31 a Zagabria, 21 a Francoforte, 21 a Lisbona e 6 a Sassari.

«Ciò significa che il probabile bilancio delle vittime del calore guidato dal cambiamento climatico in molte città europee è stato superiore ad altri recenti disastri, tra cui le inondazioni di Valencia del 2024 (224 morti) e le inondazioni del 2021 nel nord-ovest dell'Europa (243 morti)» confermano gli studiosi che hanno preso in esame i dieci giorni di calore dal 23

giugno al 2 luglio. I combustibili fossili avrebbero aumentato le temperature dell'ondata fino a 4°C in tutte le città.

Si tratta di un primo studio rapido che stima il numero di decessi legati al cambiamento climatico per un'ondata di calore. Il documento stima i decessi utilizzando modelli e dati storici di mortalità, evidenziando perché le ondate di calore sono note come "killer silenziosi": la maggior parte dei decessi legati al calore non viene segnalata e le stime ufficiali del governo possono richiedere mesi per essere pubblicate o potrebbero non essere mai rese note.

Le persone di 65 anni e oltre hanno rappresentato l'88% dei decessi legati al cambiamento climatico, evidenziando come coloro con condizioni di salute preesistenti siano i più a rischio di morte prematura durante le ondate di calore. «Il cambiamento climatico uccide. Sta intensificando le ondate di calore e sta spingendo le persone vulnerabili al limite. Questo studio dimostra che ogni frazione di grado di riscaldamento fa un'enorme differenza - che si tratti di 1,4, 1,5 o 1,6°C -. Questi cambiamenti, apparentemente piccoli, porteranno a ondate di calore più calde e a un'impennata delle morti per il caldo», dichiara Garyfallos Konstantinoudis, del Grantham Institute - Climate Change and the Environment dell'Imperial College London. Il caldo estremo ha attraversato l'Eu-

ropa tra la fine di giugno e l'inizio di luglio, con temperature superiori ai 40°C in diversi Paesi. Le condizioni di caldo torrido hanno portato a limitazioni delle ore di lavoro all'aperto in Italia, alla chiusura di oltre 1.300 scuole in Francia, alla chiusura di un reattore nucleare in Svizzera e allo scoppio di incendi in Grecia, Spagna e Turchia.

«Le ondate di calore non lasciano una scia di distruzione come gli incendi o le tempeste. Il loro impatto è per lo più invisibile, ma silenziosamente devastante: una variazione di soli 2 o 3°C può fare la differenza tra la vita e la morte per migliaia di persone - spiega Ben Clarke, Centre for Environmental Policy Imperial College London - Il nostro studio mostra quanto sia già pericoloso il cambiamento climatico con un riscaldamento di appena 1,3°C. Tuttavia, potremmo raggiungere i 3°C in questo secolo, a meno che i Paesi non accelerino la transizione dai combustibili fossili alle energie rinnovabili. Questo porterebbe in Europa ondate di calore più violente, causando più morti e mettendo sotto pressione i sistemi sanitari».

Commentando i dati allarmanti dello studio londinese anche Greenpeace Italia punta il dito contro l'inazione e il cambiamento climatico di origine antropica. L'associazione ambientalista sottolinea che fra le 12 città europee risultano Milano, la più colpita, e

Roma. «Le temperature record di questo inizio estate stanno rendendo le nostre vite un vero e proprio inferno climatico - commenta Federico Spadini di Greenpeace Italia - E questa situazione è la diretta conseguenza della nostra dipendenza dai combustibili fossili, come ci dimostra lo studio appena uscito». E nel capoluogo lombardo c'è chi storce il naso: «Dei casi in più di morte ci sono, non c'è dubbio ma quella ricerca è grossolanamente sovrastimata» commenta Carlo La Vecchia, professore di Statistica Medica al dipartimento di Scienze cliniche e di comunità dell'Università Statale di Milano.

LO STUDIO

Da un'analisi dell'Imperial College di Londra le temperature alte tra il 23 giugno e il 2 luglio hanno causato nelle città europee oltre 1.500 decessi: circa 500 registrati soltanto tra Roma e Milano

da sapere

Evento che dura almeno 6 giorni

Secondo il Wmo (World Meteorological Organization) un'ondata di calore si ha quando si verificano almeno 6 giorni consecutivi in cui la temperatura massima è superiore al 90° percentile di quel determinato giorno rispetto al periodo climatologico di riferimento (1981-2010 o se disponibile 1991-2020). Un'altra definizione usata in Italia è quella che stabilisce che si ha una ondata di calore quando si verifica un periodo di 3-6 giorni consecutivi (ondata di breve durata) o almeno 7 giorni consecutivi (ondata di lunga durata) con temperatura media giornaliera superiore di almeno una deviazione standard rispetto alla temperatura media giornaliera "normale".



NUOVA CARDIOTAC AI FOTONI PIÙ FACILI E PRECISE LE DIAGNOSI PRECOCI DI INFARTI E ISCHEMIE

All'Irccs di Negrar in funzione uno strumento che scova le più piccole alterazioni coronariche. Il direttore della Diagnostica, Giovanni Foti: «Possiamo intervenire in maniera tempestiva. Anche oltre la cardiologia»

GRAZIELLA MELINA

O

gni anno, in Italia, si contano poco più di trecentomila coronarografie. Quell'esame diagnostico invasivo che viene eseguito per valutare le arterie e individuare eventuali stenosi. Generalmente viene eseguito quando i test (non invasivi), come l'elettrocardiogramma o l'ecocardiogramma, suggeriscono la presenza di problemi alle coronarie.

COME SI FA

Una volta posizionato il catetere (un sottile tubo, attraverso un'arteria del braccio o dell'inguine) viene iniettato un mezzo di contrasto, che rende visibili le coronarie ai raggi X, permettendo ai medici di visualizzarle su un monitor in tempo

reale e di valutarne eventuali ostruzioni o restringimenti.

Oggi l'esame ha fatto un grande passo in avanti. La sua evoluzione, infatti, è un unico test per la valutazione simultanea delle arterie coronariche e del muscolo cardiaco. In grado, così, di aumentare la risoluzione dell'immagine fino ad arrivare a vedere placche sottili come un capello. Obiettivo: ridurre di oltre il 50% il ricorso a un'indagine invasiva come la coronarografia diagnostica.

IL SISTEMA

Al Dipartimento di Diagnostica per immagini dell'Irccs Sacro Cuore Don Calabria di Negrar (Verona) è appena entrata in funzione la cardio Tac di ultima generazione, Naeotom Alpha.Pro, dotata di tecnologia Photon-Counting, che segna una svolta epocale per la diagnostica cardiologica. È in grado di osservare le coronarie nel loro percorso, scrutarne le irregolarità anatomiche, con un dettaglio inimmaginabile, l'uso di questa tecnologia consente di individuare meglio e più precocemente i pazienti a rischio di infarto e di intervenire prevenendo l'even-

to ischemico prima ancora che si manifesti. «L'innovativa

strumentazione vede dettagli che, con i mezzi utilizzati fino adesso, erano appena percettibili. Ha i pixel più piccoli mai utilizzati in una Tac, come decine di migliaia di occhi in grado di identificare alterazioni delle arterie coronarie talmente minute, che sapevamo esistessero, ma che finora non vedevano mai chiaramente, da consentire di intervenire farmacologicamente sulla malattia, prima che questa provochi infarto – spiega Giovanni Foti, direttore del Dipartimento di Diagnostica per immagini dell'Irccs Sacro Cuore Don Calabria - La nuova Tac è radicalmente diversa dalle precedenti perché, grazie a uno speciale rilevatore, è in grado di acquisire i dati di ciascuno delle decine di migliaia di fotoni sen-



za "spazi d'ombra", cioè senza perdita di informazioni nello studio del paziente, convertendo direttamente tali fotoni in segnale elettrico, con evidenti vantaggi in termini di nitidezza delle immagini e contrasto dei confini anatomici, in un tempo molto più breve e con minori radiazioni».

IL SOSTEGNO

Si aprirà, così, la strada alla diagnostica precoce delle principali patologie coronariche. «Si rivela un prezioso supporto anche nella diagno-

si nei pazienti a più alto rischio, con patologia complessa o già sottoposti ad angioplastica - puntualizza Carmelo Ciccio, dirigente medico ed esperto in radiologia cardiovascolare dell'Irccs di Negrar - Permette, inoltre, scansioni ad alte frequenze cardiache senza beta bloccanti che abbassano il battito del cuore. Possiamo, quindi, vedere il cuore proprio mentre è in azione, anche sotto stress». Ma i vantaggi della nuova tecnologia vanno oltre la cardio-

logia. Sono previste applicazioni anche nell'ambito dell'oncologia, dell'ortopedia e della neurologia, dove è essenziale migliorare la specificità e la sensibilità diagnostica, con l'ulteriore beneficio di un'esposizione a dosi radianti ridotte, per i pazienti pediatrici e per coloro che necessitano di monitoraggi frequenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La cardio Tac
di ultima
generazione
entrata
in funzione
all'Irccs Sacro
Cuore Don
Calabria
di Negrar**



PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI: SUPERMICROSCOPIO ARRIVA AL VIMM DI PADOVA

Un supermicroscopio con una luce speciale studia, a fondo, campioni che permettono di capire come si sviluppa l'autismo, ma anche rare patologie muscolari o la spina bifida. Grazie al contributo di Banca Ifis, il team di ricerca del Vimm (l'Istituto Veneto di Medicina Molecolare) ha tra le mani il microscopio Lightsheet 7. «Nello studio del muscolo e del suo funzionamento ci permette ad esempio di guardare dentro i tessuti e capire come sono fatti nel minimo dettaglio - commenta Bert Blaauw, principal investigator del centro che si trova a Padova - Questo ci permette di osservare qualsiasi biopsia muscolare in 3D ricostruendo completamente il tessuto e ottenendo tutte le informazioni funzionali e strutturali necessarie»

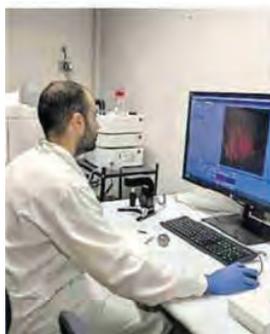
«Il contributo di Banca Ifis è fondamentale non solo per il contributo che offre in termini di acquisto di dotazioni e piattaforme di imaging sofisticate, ma anche per la capacità di comprendere le nostre esigenze e affiancare le nostre scelte e i nostri ricercatori - dice Giustina Destro, presidente della Fondazione per la Ricerca Biomedica Avanzata/Vimm - La ricerca conferma e rafforza quella che è una nostra convinzione da sempre. Ogni euro speso in ricerca restituisce alla società, alla salute pubblica e alla colletti-

ività del nostro Paese un valore molto superiore. La scienza è un investimento, non un costo».

PERCHÉ

L'iniziativa rientra nell'ambito del più ampio progetto di collaborazione tra Banca Ifis e il Vimm, impegnato nella ricerca scientifica d'avanguardia su malattie neurodegenerative, metaboliche, muscolari e sui tumori, con l'obiettivo di sviluppare nuove conoscenze e soluzioni terapeutiche sempre più efficaci. «Investire sul futuro significa impegnarsi per migliorare la salute e la qualità della vita delle persone. La nostra Banca è stata la prima ad aderire all'iniziativa "Adotta un Ricercatore", lanciata dalla Fondazione per la Ricerca Biomedica Avanzata onlus di Padova e oggi questa partnership, ormai quinquennale, in un territorio come quello del Veneto molto caro alla nostra realtà, rappresenta più che mai un prezioso tassello della nostra strategia di sostenibilità all'interno del Social Impact Lab Kaleidos, che abbiamo costituito proprio per promuovere progetti ad alto impatto sociale», precisa Ernesto Fürstenberg Fassio, presidente di Banca Ifis.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un ricercatore del team Vimm, l'Istituto Veneto di Medicina Molecolare



DOSI E MONITORAGGIO LA PENNA SMART ASSISTE CON L'INSULINA

Oltre 4 milioni di italiani soffrono di diabete: la tecnologia Mdi Medtronic può aiutare chi segue la terapia multi-iniettiva. Dario Pitocco, endocrinologo: «I fattori da gestire sono tanti. Così il sistema registra il report delle attività»

**MARIA RITA
MONTEBELLI**



Il diabete è una condizione molto eterogenea, caratterizzata da un aumento dei livelli di glucosio nel sangue che nel tempo può portare a gravi complicanze cardiovascolari, renali, legate alla vista, solo per citarne alcune. I meccanismi alla base dell'iperglicemia sono diversi e connotano condizioni cliniche differenti.

Nel caso del diabete di tipo 1, l'iperglicemia è dovuta alla mancata produzione di insulina perché le cellule beta-pancreatiche che la producono vengono distrutte da un processo di natura autoimmune. In questo caso la terapia insulinica diventa un trattamento sostitutivo da iniziare subito dopo la diagnosi perché ha un ruolo

salvavita. Nel diabete di tipo 2 invece l'iperglicemia è legata a due meccanismi: l'insulino-resistenza (l'organismo diventa poco ricettivo all'azione dell'insulina), sulla quale si instaura un deficit relativo di secrezione insulinica; il pancreas continua cioè a produrre insulina, ma non in quantità sufficiente a mantenere normali livelli di glicemia.

ISINTOMI

In Italia sono affetti da diabete oltre 4 milioni di persone (di queste circa 300mila da diabete di tipo 1) e almeno un altro milione di persone non ha ancora scoperto di esserne affetto. I sintomi d'allarme sono la necessità di bere e di urinare spesso e una rapida perdita di peso, ma più spesso ci si accorge di avere il diabete dalle analisi del sangue. L'unica terapia per le persone con diabete di tipo 1 è l'insulina, ma anche il 30% circa delle persone con diabete di tipo 2 è in terapia con insulina basale (cioè una volta al giorno o una volta a settimana con le insuline di ultima generazione), in terapia insulinica multi-iniettiva (basale associa-

ta alla somministrazione dell'analogo rapido dell'insulina prima dei pasti) o in terapia combinata con un'insulina basale e altri farmaci antidiabete. Ma la terapia del diabete non è fatta di soli farmaci: le innovazioni tecnologiche giocano un ruolo sempre più importante.

«Il 23-25% degli italiani con diabete di tipo 1 – ricorda il professor Dario Pitocco, associato di Endocrinologia all'Università Cattolica del Sacro Cuore e direttore della Uosd di Diabetologia della Fondazione Policlinico Gemelli – fa l'insulina attraverso un microinfusore (la media dei Paesi dell'Europa occidentale è del 50-55%) che eroga insulina sia in modalità basale, per soddisfare le esigenze



di insulina non legate al pasto, che in modalità "bolo" per controbilanciare l'iperglicemia post-prandiale o un picco di glicemia nell'arco della giornata. I microinfusori attuali gestiscono la modalità basale attraverso un algoritmo che elabora i dati rilevati da un sensore per il monitoraggio continuo della glicemia (Cgm). E sono sempre più le persone che utilizzano il Cgm: non solo quelle con diabete di tipo 1 in microinfusore o in terapia insulinica multi-iniettiva, ma anche molte persone con diabete di tipo 2 in terapia insulinica».

Uno stretto controllo della glicemia è fondamentale perché quando il diabetologo prescrive un dosaggio (in unità) di insulina, questo non è "fisso", «perché il fabbisogno di insulina – ricorda l'esperto – varia a seconda della quantità di carboidrati assunti, dell'attività fisica, per uno stress emotivo o per il ciclo mestruale. Una corretta gestione della terapia insulinica richiede dunque uno sforzo educativo importante da parte del personale sanitario perché i fattori che influen-

zano il dosaggio di insulina sono tanti e definire il giusto dosaggio volta per volta può essere impresa non facile».

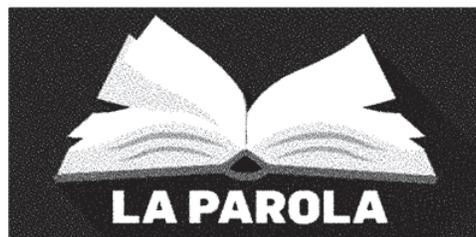
L'HI-TECH

Un paziente in terapia insulinica multi-iniettiva fa in media 1.500-1.600 somministrazioni di insulina all'anno; ognuna di questa presuppone una decisione che deve tener conto di tante variabili. Ma anche in questo caso la tecnologia può venire in aiuto. Lo Smart Mdi (Medtronic) è una sorta di assistente high-tech che aiuta le persone in terapia insulinica multi-iniettiva a stabilire il dosaggio di insulina corretto. Il sistema è costituito da una "penna" per insulina "intelligente" (InPen®) che si collega attraverso la sua applicazione a un sensore per il monitoraggio continuo della glicemia (Simplera®).

«La penna smart – ricorda Pitocco – attraverso la sua "app" per smartphone può dare al paziente molte informazioni: dalla temperatura dell'insulina presente nella penna, al dosaggio dell'ultima somministrazione e gli suggerisce il dosaggio di insulina da effettuare, sulla ba-

se dei parametri registrati dal Cgm e di quelli inseriti dal paziente. Il report di tutte queste attività è condivisibile con il medico di riferimento. È ideale per i pazienti in terapia insulinica con un po' di dimestichezza con la tecnologia e indicato per i "tipo 2" più giovani e per "i tipo 1" che non vogliono il micro-infusore. La penna macina algoritmi e l'output del processo è il numero di unità di insulina da fare per quella data somministrazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IPOGLICEMIA

Nei pazienti con diabete, l'ipoglicemia si verifica quando i livelli di glucosio nel sangue scendono al di sotto di una certa soglia (inferiore a 70 mg/dl). I sintomi possono variare: tremori, sudorazione, palpitazioni, fame, debolezza, confusione e, nei casi gravi, anche perdita di coscienza



SCOPRIRE NEL METAVERSO LA STORIA DELLA MEDICINA

Dal papiro di Ebers del 1600 a.C. alla diagnostica precoce grazie all'IA: nell'Health Innovation Space i progressi terapeutici. Con un focus su tre enti virtuosi che a Roma si occupano della salute dei più deboli

PAOLO TRAVISI

C

on la diffusione del metaverso sta cambiando il concetto stesso di museo. Non più, solo, un'esperienza fisica da vivere all'interno di un luogo deputato all'esposizione. Ma un'esperienza virtuale, seppur sensoriale, in cui la tecnologia diventa uno strumento di conoscenza. Health Innovation Space è il meta-museo promosso dalla Fondazione Mesit, inaugurato fisicamente al Palazzo Brancaccio di Roma ed ora disponibile per tutto l'anno solo in formato virtuale.

L'OBIETTIVO

L'obiettivo è raccontare – soprattutto ai più giovani - i progressi e le sfide della medicina. Health Innovation Space è diviso in

tre aree tematiche: la sezione dedicata alla ricerca oncologica, il complesso mondo delle malattie rare e la sala dedicata a prevenzione e vaccini. «In questa terza edizione, anche in virtù dell'Anno Giubilare, abbiamo voluto dedicare uno spazio di riflessione alla medicina sociale, perché è un aspetto, che non dipende mai solamente dalla cura o dal farmaco, ma è anche una questione di contesto sociale, di possibilità economiche e di inclusione. Tutto questo rientra negli interessi della medicina sociale, che si occupa di tutte le componenti non prettamente mediche che influiscono direttamente sulle condizioni mediche e sanitarie», spiega Marco Trabucco Aurilio, Presidente della Fondazione Mesit, che aggiunge: «Abbiamo illustrato tre casi italia-



ni virtuosi, raccontando le loro storie di impegno quotidiano attraverso video e documentari».

Tra gli esempi virtuosi, l'Ambulatorio Madre di Misericordia, in Piazza San Pietro a Roma, una struttura che può contare su 100 operatori, tra medici ed infermieri per offrire assistenza sanitaria ai poveri, alle persone emarginate, agli indigenti. Solo nel 2024 sono state effettuate quasi 16mila prestazioni sanitarie. Invece circa 40 anni fa, nasceva una struttura di riferimento

nella capitale per persone che si trovano in gravi difficoltà: il Poliambulatorio della Caritas di Roma. Purtroppo sono migliaia coloro che non hanno una dimora, migranti, richiedenti asilo e cittadini italiani che esclusi dal Servizio Sanitario Nazionale, si rivolgono a questa struttura sanitaria in grado di offrire visite specialistiche e cure.

VULNERABILITÀ

La terza storia da conoscere è quella dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il contrasto delle Malattie della Povertà, un ente pubblico che promuove l'accesso equo alle cure sia a migranti, che alla popolazione italiana in difficoltà socioeconomica, tra cui rientrano, purtroppo, anche molti pensionati. «La presa in carico della salute delle persone più vulnerabili, che rappresentano il 10% del totale della popolazione italiana, può avvenire solo attraverso il paradigma della medicina di iniziativa, in grado di intercettare la popolazione target e riportarla verso il servizio sanitario nazionale», le parole di Cristiano Camponi, Direttore Generale dell'INMP. Presso il solo Poliambulatorio di Trastevere, ogni anno vengono effettuate mediamente 70mila visite, ma l'Istituto ha diversi centri di assistenza in tutta Italia ed in Ucraina. «Tra i molti progetti c'è un programma di contrasto alla povertà sanitaria nel Mezzogiorno che consente di raggiungere i più fragili ed erogare loro servizi sanitari fondamentali, come ad esempio l'odontoiatria sociale», evidenzia Camponi.

L'EVOLUZIONE

LE TESTIMONIANZE
E GLI INTERVENTI
DALL'AMBULATORIO
MADRE DI MISERICORDIA
AL POLIAMBULATORIO
CARITAS E ALL'INMP

Tornando al museo, tra i tre padiglioni è molto interessante quello dedicato al percorso della ricerca oncologica attraverso i millenni. Una storia che ha avuto inizio con il Papiro di Ebers, documento risalente al 1600 a.C. che contro tumefazioni infiammatorie e tumori maligni, consigliava incisioni, medicamenti e trattamenti magici e che solo nel XVII ha portato alle prime ipotesi sulle anomalie del sistema linfatico, come causa del cancro. Nei due secoli successivi con gli esperimenti dei medici francesi Astruc e Peyrilhe, nasce l'oncologia medica. Il Novecento è stato il secolo del grande progresso scientifico dell'oncologia, con la nascita della chemioterapia nel 1945, metodo di cura utilizzato ancora oggi; mentre dagli anni '80 si sviluppa la tecnologia basata sulla diagnostica per immagini e la terapia genica, fino ad oggi, con la promessa dell'intelligenza artificiale di personalizzare la terapia oncologica, ma soprattutto di prevedere l'insorgere di malattie. Un secondo padiglione invece, racconta quanto le malattie rare, purtroppo non siano così rare, visto che colpiscono una persona ogni 2.000.

Circa 2 milioni in Italia e 30 milioni nel mondo; fino ad oggi la ricerca ne ha diagnosticate 10mila, ma con i progressi nella genetica il numero è destinato a salire ancora, visto che l'80% ha origine genetica. Il viaggio virtuale si chiude con la prevenzione, strumento e cultura che la scienza continua a diffondere per combattere le patologie: come il vaccino, di cui il medico inglese Edward Jenner, è considerato il padre, che abbiamo riscoperto recentemente in epoca Covid, che ha permesso all'uomo di sopravvivere a malattie brutali e contagiose, e alla medicina di progredire.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Doveva chiedere aiuto per tutto Così mia sorella ha scelto l'addio»

Fine vita, il primo caso lombardo. «Le hanno proposto varie date, ha voluto la più vicina»

di **Sara Bettoni**

MILANO «Devi esserci dentro per capire. Non poteva nemmeno piangere da sola, perché doveva chiedere a qualcuno di asciugarle le lacrime». Nicoletta è la sorella di Serena, la prima lombarda che ha avuto accesso al suicidio medicalmente assistito con un farmaco fornito dal Servizio sanitario nazionale. Dopo mesi di silenzio — Serena è morta a gennaio 2025, a 50 anni — sceglie di raccontare quello che ha vissuto.

Serena soffriva di sclerosi multipla progressiva.

«I sintomi sono comparsi nel 1994, quando aveva vent'anni. A 24 ha ricevuto la diagnosi definitiva».

Trent'anni di malattia.

«Eppure riusciva a lavorare. Abitava a Milano ed era impiegata nell'ufficio del personale di una multinazionale. Pur essendo bloccata dal collo in giù, faceva tutto con la voce e con i comandi vocali. Prima del Covid andava e tornava con il pullmino. Dopo la pandemia lavorava da casa».

Come descriverebbe sua sorella?

«Era mitica, un raggio di sole per tutti. Era lei a darci

forza. Ma da un paio d'anni le sue condizioni fisiche erano peggiorate, sentiva dolore fisico, faticava anche a tenere la testa dritta sulla carrozzina. Non aveva più una vita sua, diceva, né privacy. Era stufo di farsi toccare da chiunque — per via del continuo cambio degli infermieri che la assistevano —, di dover chiedere aiuto anche solo per grattarsi il naso. Così ha iniziato a parlare di suicidio assistito».

Reazioni della famiglia?

«Non pensavamo che fosse seria. Quando da ragazza doveva usare solo le stampelle diceva: "Mi ammazzerò nel momento in cui sarò costretta a stare su una carrozzina". Quando poi è successo, ha cambiato idea e ripeteva che per lei l'importante era stare con la famiglia. Ma all'epoca poteva ancora muovere le braccia. Ultimamente, invece, faceva fatica a deglutire...».

L'anno scorso ha preso la decisione.

«Senza dirlo a nessuno ha contattato l'associazione Luca Coscioni per chiedere come fare ad accedere alla procedura per il fine vita».

Un percorso arduo. Perché non ha scelto di andare in una clinica svizzera?

«Voleva rimanere in Italia, accanto al marito e alla sua famiglia fino all'ultimo».

E così ha inoltrato la domanda agli uffici regionali

competenti, ritenendo di rispondere ai requisiti fissati dalla sentenza 242 del 2019 della Corte costituzionale: irreversibilità della patologia, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, presenza di sofferenze fisiche o psicologiche considerate intollerabili, capacità di prendere decisioni libere e consapevoli.

«La prima risposta è stata negativa. Un comitato etico è venuto a visitarla e le ha prescritto un percorso psicologico. Ma lei era convinta. Così ci siamo di nuovo rivolti all'associazione Coscioni ed è arrivato il parere favorevole. Ma allo stesso tempo Ats, ospedale e Regione ci hanno chiuso

funzioni vitali», tra i requisiti. Un passo indietro per Marco Cappato, secondo cui in questo modo solo chi dipende da una macchina potrà richiedere il fine vita. Casi come quello di sua sorella sarebbero esclusi.

«Tutti dobbiamo avere il diritto di chiedere il fine vita. L'unica cosa che ci rimane è poter scegliere. Anche per questo mi sono buttata in prima persona per la raccolta firme a favore dell'eutanasia (la proposta di legge ha raggiunto le 50 mila firme e sarà depositata in Parlamento, ndr). Bisogna mettersi nei panni dei malati e stare loro vicini per capirne la sofferenza».

Milano Il processo

le porte: avremmo dovuto trovare noi il medico, il farmaco letale, il modo con cui mia sorella se lo sarebbe dovuto somministrare».

Alla fine vi è stato dato solo il farmaco.

«E ci ha seguito il dottor Mario Riccio dell'associazione. Serena ha dovuto aspettare 10 mesi, ma quando ha avuto l'ok era felice. Le sono state proposte più date, ha scelto la prima. Non ha esitato».

Il progetto di legge sul fine vita proposto dalla maggioranza in Parlamento parla di «trattamenti sostitutivi di



I NODI DELLA SANITÀ

Massimo Martelli fu tra i sostenitori del progetto di riqualificazione accantonato dopo lo stop alle attività del 2015

«La mia battaglia per il Forlanini In centomila sono con me»

Parla l'ex primario di chirurgia che aveva raccolto le firme contro la chiusura

GIULIA BERNARDINI

... «Negli ospedali pubblici non c'è tutto, c'è di più». A dirlo è Massimo Martelli, 81 anni, chirurgo toracico di fama internazionale, già primario al San Camillo-Forlanini e protagonista di una lunga battaglia per la tutela della sanità pubblica.

Nella sua carriera, Martelli ha diretto il reparto che da solo copriva oltre il 57% della chirurgia toracica dell'intera regione Lazio, mantenendo tempi di degenza inferiori a qualsiasi altra struttura. Una squadra affiatata, efficiente, radicata nei valori del servizio pubblico, che per anni ha fatto del Forlanini un presidio d'eccellenza. Oggi Martelli è in pensione, ma la sua voce continua a farsi sentire. Lo fa per ribadire un concetto chiaro: non si può svendere un ospedale come il Forlanini, non si può cancellare la sanità pubblica in nome del profitto.

L'ospedale, inaugurato nel 1934, nasceva come sanatorio per i malati di tubercolosi. Costruito durante il regime fascista, era parte di un più ampio

piano nazionale per l'isolamento e la cura dei contagiati.

Con il tempo è divenuto un vero e proprio ospedale, un quartiere autosufficiente con cucine, lavanderie, spazi verdi, oltre cinquemila dipendenti. Una cittadella sanitaria all'interno della città. La sua chiusura è stata decisa con una delibera del 2006, ma è solo nel 2015 che le attività si fermano definitivamente, tra proteste, ricorsi e mobilitazioni di cittadini e operatori sanitari.

Martelli non ci sta, e non ha mai smesso di dirlo. Ha guidato manifestazioni, elaborato progetti alternativi di riutilizzo della struttura, collaborato con parlamentari di diversi schieramenti, e fatto anche una raccolta firme che ai tempi del covid aveva raggiunto oltre centomila adesioni, sempre con una sola richiesta: restituire il Forlanini ai cittadini. Lo ha fatto in nome dell'efficienza, ma soprattutto della giustizia sociale. Perché, spiega, chi governa la sanità deve avere competenze specifiche. Il sistema sanitario, prosegue, non è un'azienda, ma un be-

ne comune. E quando funziona, fa risparmiare soldi allo Stato e garantisce salute a tutti, senza discriminazioni.

Durante il suo mandato come commissario straordinario dell'azienda San Camillo-Forlanini nel 2010, Martelli riuscì a far rientrare 7 milioni di euro evasi grazie a un sistema di recupero delle attività intramoenia. Ma la sua intransigenza ebbe un prezzo e dopo pochi mesi decise di dimettersi. A quel punto, la politica tornò a gestire il sistema con logiche clientelari, nomine di primari compiacenti, ignorando le proposte di riqualificazione. Il progetto completo per il Forlanini, firmato dallo stesso Martelli e sostenuto da varie interrogazioni parlamentari, fu accantonato. Nessuna alternativa credibile venne mai messa in campo.

Oggi il rischio più grande è che il Forlanini venga ceduto al Vaticano, trasformandolo in una struttura extra-territoriale. «Se ciò accadesse - avverte - ci troveremmo con un ospedale generalista, fuori dal controllo giurisdizionale italiano. Né la polizia né la magistratura potrebbero più intervenire». Non si tratterebbe solo di una perdita simbolica,



ma di un precedente pericoloso per l'intero sistema sanitario nazionale. Un sistema già piegato da anni di tagli, oltre 170.000 posti letto in meno e ospedali chiusi anche dove funzionavano.

La vera emergenza, spiega, è rappresentata da chi lavora nella sanità pubblica e continua a crederci, nonostante tutto. È un problema di visione,

non di ideologia. Martelli, che non ha mai nascosto le sue posizioni politiche, lo dice chiaramente: «Non è questione di essere di destra o di sinistra, ma di onestà intellettuale». E oggi più che mai serve ricordarlo. Perché l'unico modo per salvare il servizio sanitario italiano è rimettere al centro la salute delle persone, prima dei bilanci e delle speculazioni.

Battaglia

«Nel 2015 con la chiusura del nosocomio, nato come sanatorio, ci furono proteste e mobilitazioni di cittadini»



Massimo Martelli
È primario di chirurgia toracica del San Camillo Forlanini



STORIA DI UN'«IDEA» INFINITA

Dal 2016 a oggi si sono moltiplicate le destinazioni: da «cittadella della pubblica amministrazione» a «Centro operativo della Dia» a presidio «pediatrico»

Cinque progetti in dieci anni di abbandono

ANTONIO SBRAGA

••• Ha compiuto i suoi primi 10 anni d'abbandono, cambiando ben 5 diversi progetti di riconversione, annunciati e mai realizzati.

Ma anche da immobile chiuso l'ex ospedale Forlanini continua a prosciugare "liquidità" pubblica: l'azienda, infatti, ha appena dovuto «contabilizzare il costo presunto del servizio di fornitura idrica integrato per un importo stimato di 250.000 euro» per il primo semestre 2025. E dopo aver già pagato, per la «fornitura idrica del Presidio Forlanini per l'annualità 2024, un ammontare complessivo pari ad 631.818 euro», come ha rivelato *Il Tempo* nel marzo scorso.

Tant'è che l'azienda San Camillo-Forlanini, «anche a seguito del considerevole importo fatturato nell'annualità 2024», nell'aprile scorso ha «richiesto chiarimenti alla Regione Lazio in merito alle azioni intraprese sia per l'attivazione della voltura, sia riguardo l'analisi dei consumi dichiarati e sia degli eventuali interventi tecnici da effettuare sulla rete idrica» dell'ex presidio, fondato nel 1920 per trattare i malati di tubercolosi e poi chiuso nel 2015.

Ma, nel corso di questi 10 anni, c'è stata una cangiante "annunciate", alterando creative definizioni: in principio doveva diventare «cittadella della pubblica amministrazione», poi strut-

tura «delle organizzazioni internazionali».

E ancora sede dell'«Agenzia europea della ricerca biomedica», ma anche «Centro Operativo della Dia» fino alla «Città della salute».

Questo balletto progettuale sulla destinazione dei circa 170 mila metri quadrati del vasto complesso immobiliare di via Portuense è partito nel 2016, quando l'allora Giunta Zingaretti annunciò che «il progetto di valorizzazione prevede la rigenerazione urbanistica dell'ex ospedale in "Centro Polifunzionale della pubblica Amministrazione e dei servizi ai cittadini". La struttura sarà destinata ad ospitare uffici pubblici dello Stato».

Poi, nel marzo 2017, dopo aver speso un milione di euro per bonificare l'area, la Regione ribadì di voler puntare alla «ristrutturazione del manufatto con investimenti da parte di soggetti pubblici di 250 milioni».

Però la prima variante spuntò già nel 2018, quando la Regione virò il progetto su una «cittadella delle organizzazioni internazionali, idonea ad ospitare le sedi del WFP e dell'IFAD ed altre entità delle Nazioni Unite».

Ma nuovo cambio 2 anni dopo, con l'offerta di farne la sede dell'"Agenzia europea della ricerca biomedica" nel 2020. Nel 2021 «il presidente della Regione ha formalmente comunicato al presidente del Consiglio la volontà

di accogliere il nuovo organismo europeo nel complesso dell'ex ospedale Forlanini».

Deliberando la «redazione di un apposito studio di fattibilità», affidandolo alla società regionale LazioCrea con una spesa «nei limiti dell'importo presunto di 75.000 euro». Poi, sempre nel 2021, l'ennesimo «atto d'indirizzo per la riqualificazione del Padiglione "R" del complesso, per autorizzarne la successiva concessione a favore del Ministero dell'Interno per la riallocazione del Centro Operativo di Roma della Direzione Investigativa Antimafia (Dia)».

Fino al febbraio 2024 con la firma della dichiarazione d'intenti tra Italia e Santa Sede per realizzare la nuova sede dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù nell'ex Forlanini entro il 2030.



Degrado Un padiglione abbandonato dell'ex sanatorio costruito negli anni Venti





Dir. Resp.: Marco Girardo

Molise a corto di medici Anche i concorsi vanno deserti

Una storia infinita che torna sistematicamente tratteggiando una situazione vicina al paradossale. La sanità pubblica del Molise appare sempre più come una malata cronica che si sottopone a nuove terapie senza però raggiungere i risultati sperati. Tra le criticità che emergono a intervalli regolari, quella

rappresentata dalla scarsa attrattività del Molise per i medici, anche quelli più giovani, è forse la più evidente. Concorsi che spesso vanno deserti, rinunce dei camici bianchi alle assunzioni, anche a tempo indeterminato, stanno segnando il destino di questa regione alle prese, dal 2007, con il Piano di rientro dal disavanzo sanitario e in regime

commissariale dal 2009. A distanza di 18 anni, dunque, alcune problematiche presenti in passato non sono state risolte.





Servizio La manovra regionale

Cure specialistiche, la Sardegna amplia il plafond anche con i privati accreditati

Tetti di spesa più larghi di 7,5 milioni fino a tutto il 2026 per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali e ospedaliere da parte dell'Azienda regionale per la salute

di Davide Madeddu

9 luglio 2025

In Sardegna, nel biennio 2025-2026, salgono i tetti di spesa (da parte dell'Ares, azienda regionale per la salute) per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera, «anche attraverso l'integrazione con le strutture private accreditate». Il via libera arriva dall'ultima riunione dell'esecutivo regionale che con una delibera dedicata prende atto delle delle spese autorizzate nell'ultima Legge di Stabilità regionale (la 12 dell'8 maggio).

«La legge 12 - fa sapere l'assessore regionale alla Sanità Armando Bartolazzi - ha autorizzato un incremento di 7.500.000 euro del Fondo sanitario regionale a decorrere dal 2025. Ho proposto alla Giunta di ripartire questo incremento in parti uguali, fra assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale». Dall'esecutivo il via libera all'incremento «nella misura di 3.750.000 euro per ciascuna delle due macroaree a valere per gli anni 2025 e 2026».

La medicina iperbarica

Inoltre, nella Legge di Stabilità viene stabilito uno stanziamento di 300mila euro per il 2025, destinato all'acquisto di prestazioni di Medicina iperbarica e Ossigenazione iperbarica da soggetti privati accreditati, con l'obiettivo di garantire la disponibilità di queste prestazioni specialistiche. «Le somme per la medicina iperbarica - argomenta Bartolazzi - saranno assegnate ad Ares per la ripartizione in base al fabbisogno effettivo».

Non solo, la legge di stabilità autorizza anche la spesa di mezzo milione di euro per il 2025 e il 2026 «per l'acquisto di prestazioni chirurgiche oncologiche, senologiche e toraciche da soggetti privati accreditati.» Autorizzata anche la spesa di 1 milione e 600 mila euro a partire dal 2025 per l'acquisto di prestazioni di chemioterapia. «Anche in questo caso, l'obiettivo - aggiunge Bartolazzi - è assicurare l'accesso a trattamenti chirurgici e oncologici di vitale importanza, anche attraverso una maggior integrazione con la specialistica ambulatoriale». In questo caso la ripartizione prevede 1.400.000 euro per l'assistenza ospedaliera e 200.000 euro per la specialistica ambulatoriale nel 2025, e 1.100.000 euro per l'assistenza ospedaliera e 500.000 euro per la specialistica ambulatoriale nel 2026. Vengono inoltre destinati 10 milioni di euro per prestazioni di Emodialisi per ciascuno degli anni 2025 e 2026. Viene infine riallocato il finanziamento per incrementi contrattuali del personale non medico. La quota finale per questo finanziamento nel 2025 e 2026 è di 1.009.000 euro.

I nuovi tetti

I nuovi tetti di spesa, dopo la modifica, prevedono per l'assistenza ospedaliera, un totale, per il 2025 di 111.169.880,30 di euro e per il 2026 un totale di 111.894.345,15. Le risorse prevedono quindi per chemioterapia 1.400.000 euro nel 2025, 1.100.000 euro nel 2026; prestazioni di chirurgia oncologica, senologica e toracica (500.000 € per entrambi gli anni), finanziamento incremento contrattuale personale non medico (1.009.000 € per entrambi gli anni).

L'assistenza specialistica ambulatoriale prevede un totale di 69.960.409,70 euro nel 2025 e un totale di 70.598.374,84 di euro. La ripartizione di queste risorse prevede: emodialisi (10.000.000 euro per entrambi gli anni), iperbarica (300.000 euro nel 2025), chemioterapia (200.000 euro nel 2025, 500.000 euro nel 2026).

«La quota restante, ripartita tra le Asl, è di 59.660.409,70 di euro nel 2025 e 60.598.374,84 di euro nel 2026 - sottolineano all'assessorato alla Sanità -. Le quote per la specialistica ambulatoriale saranno ripartite tra le otto aziende sanitarie sulla base del fabbisogno, mentre per l'assistenza ospedaliera la ripartizione avviene secondo la popolazione pesata».