

5 febbraio 2026

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

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



Regione Marche

Catena (Pd), 'servono tariffe aggiornate per centri di riabilitazione'

Interrogazione alla giunta. "La Regione istituisca un tavolo urgente"

ANCONA, 04 febbraio 2026, 14:49

"La riabilitazione è un livello essenziale di assistenza che la Regione è tenuta a garantire in modo uniforme, continuativo e appropriato sull'intero territorio regionale".

Lo dichiara Leonardo Catena, consigliere regionale del Pd, che ha depositato un'interrogazione alla Giunta sulle criticità dei centri di riabilitazione accreditati nelle Marche.

"Da oltre dieci anni le tariffe delle prestazioni riabilitative extraospedaliere non vengono aggiornate, nonostante l'aumento dei costi di gestione, dell'energia e il rinnovo dei contratti del personale sanitario e sociosanitario. - spiega Catena - Una situazione che sta diventando insostenibile per molte strutture e che rischia di avere conseguenze dirette sulla qualità dei servizi e sull'accesso alle cure".

L'interrogazione nasce anche dalle segnalazioni di Aris Marche, che rappresenta numerosi centri accreditati e ha chiesto l'apertura di un tavolo di confronto con la Regione, evidenziando il rischio concreto di riduzione o sospensione delle attività nel corso del 2026.

"Le liste di attesa, in particolare per i pazienti complessi e per l'età evolutiva, sono già troppo lunghe. - prosegue il consigliere - E in alcuni casi si registrano addirittura tagli ai budget storici ante-Covid e l'inutilizzo di posti letto già autorizzati e accreditati".

Catena richiama l'attenzione anche su altre criticità: dagli accordi contrattuali scaduti tra Regione e strutture accreditate, alle difficoltà di fatturazione delle degenze che superano l'anno solare, fino alla disparità di trattamento tra strutture pubbliche e private in materia di adeguamento sismico.

"La giunta regionale deve assumersi le proprie responsabilità rivedendo tariffe e budget e aprendo finalmente un tavolo strutturato con Aris e con tutti i soggetti del settore" conclude.

Corriere Adriatico

05/02/2026

L'interrogazione

Catena all'attacco: «Centri di riabilitazione in difficoltà»

MACERATA «La riabilitazione è un livello essenziale di assistenza che la Regione è tenuta a garantire in modo uniforme, continuativo e appropriato sull'intero territorio regionale». È quanto dichiara Leonardo Catena (foto), consigliere regionale del Pd, che ha depositato un'interrogazione alla Giunta regionale sulle criticità che stanno colpendo i centri di riabilitazione accreditati nelle Marche. «Da oltre dieci anni - spiega Catena - le tariffe delle prestazioni riabilitative extraospedaliere non vengono aggiornate, nonostante l'aumento dei costi di gestione, dell'energia e il rinnovo dei contratti del personale sanitario e sociosanitario. Una situazione

che sta diventando insostenibile per molte strutture e che rischia di avere conseguenze dirette sulla qualità dei servizi e sull'accesso alle cure». L'interrogazione nasce anche dalle segnalazioni avanzate da **Aris Marche**, che rappresenta numerosi centri accreditati e che ha più volte chiesto l'apertura di un tavolo di confronto con la Regione, evidenziando il rischio concreto di riduzione o sospensione delle attività nel corso del 2026. «Le liste di attesa, in particolare per i pazienti complessi e per l'età evolutiva, sono già troppo lunghe - prosegue il consigliere Pd - e in alcuni casi si registrano addirittura tagli ai budget storici

ante-Covid e l'inutilizzo di posti letto già autorizzati e accreditati. È una contraddizione inaccettabile in una fase in cui la domanda di riabilitazione è in forte crescita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



05/02/2026

Il consigliere Catena: centri di riabilitazione, rivedere tariffe e budget

L'esponente del Pd ha presentato un'interrogazione in Regione: non è un servizio accessorio, ma un diritto dei marchigiani

Un'interrogazione alla Giunta Regionale per far luce sulle gravi criticità dei centri di riabilitazione accreditati.

L'appello lanciato da Leonardo Catena (**nella foto**), consigliere regionale del Partito Democratico, è un invito a ricordare che «la riabilitazione non è un servizio accessorio, ma un diritto di migliaia di marchigiani». Partendo da questa considerazione Catena arriva a lanciare l'allarme dopo le svariate segnalazioni avanzate da **Aris** Marche, che ha evidenziato il rischio concreto di riduzione o sospensione delle attività nel corso del 2026.

«Da oltre dieci anni – spiega il consigliere regionale dem Cate-

na – le tariffe per le riabilitazioni extraospedaliere non vengono aggiornate, nonostante l'aumento dei costi di gestione, dell'energia e il rinnovo dei contratti del personale sanitario e sociosanitario. È a rischio l'accesso alle cure».

Poi, riguardo le liste d'attesa: «interminabili, soprattutto per i pazienti complessi e in età evolutiva, e in alcuni casi si registrano tagli al budget e l'inutilizzo di posti letto già autorizzati e accreditati. Una contraddizione inaccettabile».

Denuncia inoltre gli accordi contrattuali scaduti tra Regione e strutture accreditate, le difficoltà di fatturazione delle degenze

che superano l'anno solare, e la carenza di personale, esacerbata dalla sospensione dei corsi universitari per Educatori Professionali, figure cruciali. La soluzione, conclude sarebbe «rivedere tariffe e budget, ripristinando condizioni di equità tra pubblico e privato accreditato e aprendo finalmente un tavolo strutturato con **Aris** e con tutti i soggetti del settore. Altrimenti ne va del diritto alla salute».



in Italia € 2,50

 a pagina 21

CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

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

Il restauratore: era la premier
Cancellata nella chiesa
l'immagine di Meloni
di Paolo Conti
a pagina 15



Domani su 7
Tutti i campioni
dell'Olimpiade
numero speciale sul magazine
del Corriere della Sera



Milano, Italia

IL BANCO
DI PROVA
DEI GIOCHI

di Venanzio Postiglione

Certo. I geni hanno (anche) il dono della profezia. Dino Buzzati amava sia Milano che Cortina: in città pensava alle sue montagne, nei boschi aveva nostalgia delle strade. Nel 1952, tra un nuovo romanzo e un articolo sul Corriere, si mise a dipingere piazza Duomo. Solo che le guglie, salendo verso l'alto, diventavano le vette delle Dolomiti, il sagrato appariva come un prato verde e le macchine erano corroni di fieno. La pace cercata in vita l'aveva trovata nel quadro: un po' Milano e un po' Cortina. Insieme, ecco.

Arrivano i capi di Stato, domani sera l'inaugurazione. Le Olimpiadi Invernali sono qui tra noi. I tefodori si scambiano la torcia nelle vie d'Italia: seri e divertiti, allo stesso tempo. A parte i selfie, è lo stesso rito dell'ottavo secolo avanti Cristo: gli antichi Greci inventarono la democrazia, il teatro, la politica e anche i Giochi. All'epoca si fermavano le guerre, adesso è già tanto che si celebri l'Olimpiade. Chi ha già vinto sono i volontari, che stanno battendo pure il freddo e la pioggia: complimenti, sempre. Chi deve giocare, e cavarsela, sono Milano, le regioni del Nord, il Paese tutto. Un banco di prova collettivo. Per la sicurezza, ma non solo.

continua alle pagine 18 e 19

TAJANI: SONO HACKER RUSSI
Cyber attacchi
ai siti di Cortina

da pagina 16 a pagina 19

Modifiche su fermo preventivo e scudo penale. Risoluzione unitaria delle opposizioni. Oggi il Cdm

Sicurezza, correzioni dal Colle

È scontro Vannacci-Salvini, malumori nella Lega. I timori del centrodestra

IL COMMENTO

Lo strappo filorusso
che mette in dubbio
la legge elettorale

di Antonio Polito

Ci sono due effetti politici immediati dell'addio di Vannacci alla Lega. Il primo è che Mosca trova in Italia un propagandista delle sue ragioni e un avvocato dei suoi interessi più efficiente di quanto si sia mostrato Salvini: non gli lesinerà il suo sostegno. Bisogna infatti ricordare che la rottura è avvenuta sul decreto del governo che confermava gli aiuti militari all'Ucraina, e che la Lega non è riuscita a impedire.

continua a pagina 28

GIANNELLI



LO SCUDO

da pagina 2 a pagina 7

LA PRIMA USCITA DOPO LO STRAPPO

La sfida del generale
«È Matteo a tradire,
io sono vera destra»

di Cesare Zapperi

a pagina 6

INTERVISTA A BONACCINI, PRESIDENTE PD

«Tutelare i cortei
Servono più agenti
e pagati meglio»

di Maria Teresa Meli

alle pagine 2 e 3

MERZ «SCARICA» I FRANCESI
I caccia europei:
Berlino sonda
l'asse con Roma
e il Regno Unito

di Mara Gergolet



Ia Germania pensa a una partecipazione al progetto nel supercaccia del futuro, il Gcap, l'aereo di sesta generazione che l'Italia sta costruendo insieme alla Gran Bretagna e al Giappone. Il Gcap è il diretto concorrente del F35 voluto da Macron e Merkel quasi dieci anni fa.

a pagina 10

Le carte Spunta un capo della Cia. Donald contro una reporter della Cnn

I file di Epstein
e il caso Gates
L'ex moglie: «Bill
deve dare risposte»

di Marco Bruna
Guido De Franceschi
e Monica Ricci Sargentini

File Epstein: «Bill deve dare risposte» chiede Melinda, l'ex moglie di Bill Gates. E dai documenti emerge che tra i nomi coinvolti nello scandalo c'è anche quello dell'ex capo della Cia.

a pagina 12

Le tensioni Nuova sede, in Oman
Vertice sul nucleare,
il braccio di ferro
tra gli Usa e l'Iran

di Davide Frattini

Alla fine Witkoff va in Oman. Gli Usa, all'inizio contrari ad accettare le richieste di Teheran di modificare la sede e il formato dei colloqui di Istanbul, hanno ceduto alle pressioni dei regni del Golfo.

a pagina 11

Il caso Ma restano le deportazioni
La ritirata di Trump:
700 agenti federali
via da Minneapolis

di Viviana Mazza

Tump ritira «immediatamente» 700 agenti federali per l'immigrazione da Minneapolis. L'annuncio dello «zar dei confini» Tom Homan: «Ma non rinunciamo alle deportazioni di massa».

a pagina 13

IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

Non ho sufficiente sensibilità politica per cogliere le inconciliabili frizioni ideali che hanno indotto Vannacci ad abbandonare un partito sovranista, amico di Putin e favorevole alla remigrazione per fondare uno sovranista, amico di Putin e favorevole alla remigrazione. Occupandomi però con una certa assiduità di posta del cuore, nella coppia scoppiata della Lega intravedo i segnali inconfondibili della crisi coniugale. Quando i due lo non riescono più a essere Noi e si incolpano a vicenda per la fine dell'amore, arrivando persino a mettere in dubbio che sia mai iniziato. Il linguaggio, se ci pensate, è identico. Salvini che dà a Vannacci dell'ingrato e l'altro che gli risponde facendolo l'offeso e chiamandolo traditore.

Se avessero scritto alla posta del cuore,

Traditore a chi

avrei risposto che hanno torto e ragione entrambi. Agli occhi del marito in felpa, Vannacci sarà pure un ingrato perché ha usato la Lega come un taxi per portare in giro il suo narcisismo, ma bastava guardarlo in faccia per capire che non era fatto per vestire a lungo i panni del numero 2: mal visto un generale che accetti di degradarsi a colonnello. E, agli occhi della moglie in mimetica, Salvini sarà pure un traditore perché non ha realizzato neanche uno degli sterminati elenchi di promesse con cui deliziava le orecchie dei suoi seguaci nei comizi elettorali. Però in democrazia nessun politico, arrivando al governo, può davvero fare tutto quel che diceva. Non ci riuscirebbe nemmeno Vannacci, per fortuna.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ORO HA FATTO LA STORIA.
Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro.

BANCO METALLI PREZIOSI

OBRELLI

1940

LAVIS TRENTO MILANO

www.oro.obrelli.it

LAVIS | TRENTO | MILANO

0461 242040 | 338 8250553 | info@obrelli.it

AUTORIZZAZIONE BANCA D'ITALIA N. 3007732 - 3009401

SPEDIZIONI E RITIRI ASSICURATI IN TUTTA ITALIA

ARGOR HERAUS

VENIAMO E ACQUISTIAMO ORO E ARGENTO ALLE MIGLIORI CONDIZIONI

IL PRESIDENTE FIFA

Io, papà, la Valanga azzurra e le mie Olimpiadi italiane

GIANNINFANTINO - PAGINA 23

LA CULTURA

Benini e il Salone del libro "Ci salveranno i ragazzini"

FRANCESCO RIGATELLI - PAGINA 24 E 25

LA COPPA ITALIA

Il Toro lotta ma passa l'Inter fallito l'ultimo obiettivo

BARILLÀ, D'ORSI, ODDENINO - PAGINE 28 E 29

2.50 € CON I PIACERI DEL GUSTO II ANNO 150 II N.35 II IN ITALIA 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 5 FEBBRAIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

IL CASO

Vannacci a Salvini "Tu il vero traditore" E parte la caccia ai leghisti delusi

CAPURSO, MOSCATELLI



Primo evento pubblico di Vannacci dopo l'addio alla Lega. Il generale dice che a tradire gli elettori è stato Salvini. BERLINGHERI, RIVARO CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 8-11

L'ANALISI

De Gaulle o Papeete il bivio del generale

FLAVIA PERINA

Si fa presto a dire: generale fellone. Ma se il generale sventola le bandiere che sono anche tue, che piacciono anche ai tuoi - remigrazione, lotta all'Europa dei burocrati, morte al politicamente corretto - dov'è la fellonia, dove il tradimento, dove il voltafaccia? Roberto Vannacci, a guardar bene, si propone al pubblico della destra come un Badoglio al contrario: uno che straccia il presunto armistizio firmato dalla maggioranza con i "poteri forti" per governare e durare. - PAGINE 10 E 11

L'ECONOMIA

Nel paniere Istat un Paese antico

CHIARA SARACENO

Come avviene periodicamente per tenere conto dei cambiamenti nei comportamenti della popolazione, l'Istat ha aggiornato il paniere di beni in base a cui calcola gli indici dei prezzi al consumo. - PAGINA 22

DUBBI DI MATTARELLA SU SCUDO PENALE E FERMO PREVENTIVO. PIANTEDOSI: PRONTI A MODIFICHE

Pacchetto sicurezza i paletti del Quirinale

Torino, scarcerati gli antagonisti. All'Università scritte d'odio contro la polizia

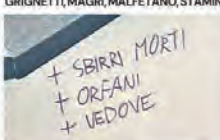
IL COMMENTO

Il vero richiamo agli anni di piombo

EDMONDO BRUTTI LIBERATI

Nei commenti sui gravi fatti di violenza di Torino sono stati evocati gli anni di piombo. Il richiamo è per un verso fuorviante e per un altro molto pertinente. - PAGINE 4 E 5

BARBERA, COMAL DE ANGELIS, FAMÀ, GRIGNETTI, MAGRI, MALFETANO, STAMIN



Il Presidente Mattarella solleva dubbi sul decreto sicurezza. - PAGINE 2-7

LA POLITICA

Appendino: Italia più insicura con Meloni

NICCOLÒ CARRATELLI - PAGINA 6

Referendum, Schlein ora vede la rimonta

FRANCESCA SCHIANCHI - PAGINA 11

GATES, L'EX MOGLIE MELINDA E I FILE DI EPSTEIN: "ORA CHIEDO GIUSTIZIA PER LE RAGAZZE VITTIME"

"Disgustata da Bill"

SIMONA SIRI - PAGINE 14 E 15



REUTERS

INFORMAZIONE A RISCHIO

La scure di Bezos sul Washington Post



ALBERTO SIMONI

«Abbiamo salvato il Washington Post una volta, lo salveremo una seconda». Parola di Jeff Bezos, l'uomo diventato miliardario vendendo libri e pacchi online. - PAGINA 15

IL MEDIO ORIENTE

Così le resistenze dell'Iran sui missili avvicinano gli Usa alla guerra

STEFANO STEFANINI



Il gran rifiuto di Teheran di negoziare missili, oltre che il programma nucleare, avvicina l'Iran alla guerra con gli Stati Uniti. - PAGINA 23

LA GEOPOLITICA

Gli equilibri globali e Xi nuovo arbitro

LORENZO LAMPERTI

Intermediario, equilibrista, bersaglio, grande manovratore. Xi Jinping si muove tra le pieghe del disordine internazionale e nel giro di poche ore parla prima con Vladimir Putin e poi con Donald Trump, il presunto migliore amico e il teorico peggior rivale. Una simultaneità più unica che rara, nella calibrata liturgia diplomatica della Cina. Quasi a suggerire che Pechino sa muoversi in modo trasversale. - PAGINA 13

IL CASO UNGERIA

Arrestata con Salis condannata a 8 anni

FLAVIA AMABILE

Maja T., 25 anni, tedesca, è stata condannata dal tribunale di Budapest a 8 anni di carcere in Ungheria dopo un processo considerato una farsa. - PAGINA 15

Buongiorno

Il Partito democratico (che ieri sul suo profilo Instagram ha pubblicato un video in cui si riproduce un'adunata fascista, probabilmente ad Acca Larentia, o forse è un video creato o ritoccato dall'intelligenza artificiale, chissà, comunque un mare di braccia tese, a rafforzare quello che la segretaria Elly Schlein aveva detto in tv la sera prima, ovvero che chi vota Sì al referendum per la separazione delle carriere vota come CasaPound, quindi si accompagna ai fascisti, e un po' fascista è, per esempio Augusto Barbera, una gloriosa vita da giurista, da ministro e da parlamentare del Pci e del Pds, e poi presidente della Corte costituzionale: eppure fascista lui e fascisti quelli come lui, fascisti anche alcuni dentro il Pd, e forse soprattutto loro) e la Lega (che ieri sul suo profilo Instagram ha

L'età mentale

MATTIA FELTRI

pubblicato un video in cui si elencano i più grandi tradimenti della storia, a cominciare dal tradimento per eccellenza, quello di Gesù Cristo da parte di Giuda Iscariota, e poi il tradimento del Barcellona da parte di Luis Figo, davvero, non scherzo, e poi il tradimento di Giulio Cesare da parte di Bruto, il tradimento di Mufasa da parte di Scar, roba del Re Leone, più altri tradimenti in altri cartoni animati, tipo il tradimento della squadra dei Falchi da parte di Griffith, fino al gran finale: il tradimento di Matteo Salvini da parte del generale Vannacci), ecco, dicevo, il Pd e la Lega hanno avanzato proposte di legge per proibire ai minori di sedici anni l'iscrizione ai social. Diciamo così: se l'età non è rigidamente quella anagrafica, ma comprende quella mentale, sono favorevolissimo.

L'ITALIA DEI PRIMI ITALIANI

RITRATTO DI UNA NAZIONE APPENA NATA

CASTELLO DI NOVARA
1 NOVEMBRE 2025 - 6 APRILE 2026

WWW.METSARTE.IT

ASSISTENZA MEDICA 24 ORE SU 24
VILLA MAFALDA
Via Monte delle Gioie, 5 Roma

Il Messaggero

ASSISTENZA MEDICA 24 ORE SU 24
VILLA MAFALDA
Via Monte delle Gioie, 5 Roma

€ 1,40* ANNO 148 - N° 35
Sped. in A.P. 03/33/2003 come L. 48/7094 art. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

NAZIONALE

Giovedì 5 Febbraio 2026 • S. Agata

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [IL MESSAGGERO.IT](#)

Su MoltoEconomia
Asia e Mercosur
L'Europa degli affari
cambia le sue rotte
Un inserto di 24 pagine



Domani la cerimonia
Belmondo: «I Giochi
un'emozione unica»
I Grandi a Milano
Arcobelli, Guasco e Dibona nello Sport



Da Mattarella il 13
Sanremo, Conti
Pausini e i 30 big
al Quirinale
Marzi a pag. 21



L'anticipazione

Accordo Roma-Berlino sulla competitività in Europa

► Al via un tavolo che si riunirà a margine di ogni Consiglio Ue
Pira e Sciarra a pag. 2

IL CAMBIO DI PASSO DELL'ECONOMIA ITALIANA

Fabrizio Galimberti

Ora che l'economia italiana ha spezzato (si fa per dire) il muro dello "zero virgola", e nell'ultimo semestre è cresciuta a un tasso annualizzato dell'1,01%, è tempo di ritornare sulla vecchia questione: c'è stato un punto di flesso, un cambiamento di rotta, fra il "prima e dopo" la pandemia? Ma proprio i dati del secondo semestre stanno lì a confermarcelo, facendo un confronto fra quello che è successo "prima" e "dopo" il Covid. Il "prima" parte dalle stime del Pil trimestrale, che sono disponibili, nei dati Istat, a partire dal 1996.

Continua a pag. 23

Xi chiama Putin e Trump

Terre rare, patto anti Cina

Paura a pag. 3

Le analisi del Messaggero
Alleanze e ruolo dell'Italia

Valbona Zeneli a pag. 3

Il record di Borsa non vale il Pil

Amoruso e Dimito a pag. 14

Ritratti Romani



La boutique
che salva
i cuccioli randagi

Enrico Vanzina

La boutique dei colori che salva gli animali. Federica Stronati guida il negozio Vanilla: moda Made in Italy e rapporto diretto con le clienti. Senza dimenticare cani e gatti abbandonati. A pag. 17

OGGI IL DECRETO IN CONSIGLIO DEI MINISTRI

Sicurezza, sì al fermo preventivo

► Rilievi del Colle, il governo corregge il dl: "daspo" per i violenti con riscontri oggettivi
► Il Gip scarcererà tre arrestati per gli scontri di Torino e l'aggressione al poliziotto

ROMA Il governo corregge il decreto Sicurezza dopo i rilievi del Colle: sì al fermo preventivo.

Bulleri, Pozzi e Sciarra alla pag. 4 e 5

Sabato i funerali di Federica, uccisa dal marito



Anguillara, il racconto
del bimbo in Procura

Federica Torzullo, uccisa dal marito

Di Corrado e Mozzetti a pag. 11

Il commento

TROPPIA DISTANZA TRA GIUSTIZIA E PAESE REALE

Mario Ajello a pag. 4

Sanità / Street food, uno su due non a norma

Liste d'attesa col trucco truffe sull'intramoenia Rapporto-choc del Nas

► Un'ispezione su 4 in Asl e Regioni ha rivelato irregolarità. Schillaci: «Situazione scandalosa»

Evangelisti a pag. 8

Roma, il caso di San Lorenzo in Lucina

Rimosso il "dipinto" di Meloni Il parroco: «Ora basta selfie»

Paolo Chiriatti

Il parroco fa cancellare l'angolo col viso di Meloni. «È divisivo. E basta selfie». Eliminato all'alba dall'affresco di San Lorenzo in Lucina.



a Roma, il volto somigliante a quello della premier. Incuriosito della rimozione lo stesso sacrestano-restaurantore.

A pag. 10
Giansoldati e Larcana a pag. 10

Il Segno di LUCA

I GEMELLI ACCELERANO

È probabile che il quadrato tra Urano e Mercurio, il pianeta che ti governa, ti indichi ad accelerare, anche perché Urano ha appena finito la retrogradazione e tra poco più di due mesi sarà tuo ospite. In ogni caso, al di là forse di un po' di irrequietezza e di un margine ridotto di tolleranza, la tua giornata la vivrai con brio e originalità. E poi c'è la Luna che fa il suo ingresso nel settore legato all'amore e sa come prenderti. MANTRA DEL GIORNO Siamo ciò che continuiamo a fare.

L'oroscopo a pag. 23

Medicina
con la M maiuscola
Ogni giorno H24
per la tua salute

VILLA MAFALDA CLINICA PRIVATA POLISPECIALISTICA
Sede: Via Monte delle Gioie, 5 Roma - Tel. 06 86 09 41 - [villamafalda.com](#)

* Tandem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella versione di Modena, 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 Molise, il Messaggero • Primo Piano • Molise € 1,50. Nella provincia di Bari e Foggia, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport-Stadio € 1,50. "Vocabolario Romanesco" • € 0,90 (Roma) • "Natale a Roma" • € 7,90 (Roma) • "Giochi di carte per le feste" • € 7,90 (Roma)



Giovedì 5 febbraio
2026
ANNO LIX n° 30
1,50 €
Sant'Agata
vergine e martire

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Leggere Teheran, ieri e oggi

IL MIRAGGIO IRANIANO

PETRO CAFARO

Il grande equivoco che accompagnò la rivoluzione iraniana del 1979 non è un capitolo archiviato della storia. Al contrario, continua a condizionare lo sguardo occidentale sull'Iran di oggi. Allora si sbagliò perché si tentò di definire un evento radicalmente nuovo usando categorie note: oggi il rischio è lo stesso, ma forse ancora più insidioso: immaginare l'evoluzione dell'Iran contemporaneo attraverso le nostre griglie politiche, sociali e culturali può rivelarsi non solo sbagliato, ma pericoloso.

Alla vigilia della rivoluzione khomeinista si diffuse l'idea che l'Islam potesse svolgere una funzione "moderatrice", simile a quella esercitata dall'ispirazione cristiana in alcune democrazie europee del secondo dopoguerra. Oggi quella stessa illusione riemerge sotto nuove forme. Le proteste, il dissenso diffuso, le crepe visibili all'interno del regime vengono spesso lette come tappe quasi naturali di un percorso destinato a sfociare in un esito a noi familiare: uno Stato laico, pluralista, fondato sulle libertà individuali e su istituzioni rappresentative. È una narrazione rassicurante. Ed è, proprio per questo, profondamente illusoria.

Come nel 1979 si sottovalutò la natura autenticamente teologica-politica del progetto di Khomeini, oggi si rischia di sopravvalutare l'esistenza di un orizzonte condiviso di transizione. La società iraniana è attraversata da un malcontento reale, diffuso, radicale. Ma questo malcontento non è necessariamente organizzato secondo le nostre categorie di opposizione politica. La protesta, da sola, non è un progetto. E il rifiuto del regime non coincide automaticamente con l'adesione a un modello occidentale di Stato e di democrazia.

continua a pagina 16

Editoriale

Ice, Anni '70 e paragoni non fondati

GLI ANTICORPI DEMOCRATICI

AGOSTINO GIOVANNOLI

Le forze di sicurezza italiane sono molto diverse dall'Ice (Forza di Celatella /Immigrazione e Dogane degli Stati Uniti), di cui abbiamo imparato tristemente a conoscere violenza, crudeltà e impunità. Tale diversità va sottolineata ad onore delle nostre forze dell'ordine e di un'Italia che in questo campo può fondatamente rivendicare una superiorità sugli Stati Uniti. È una diversità da conservare. Perché allora alimentare una narrazione che potrebbe favorire uno scadimento nella direzione di cui l'Ice è diventata il simbolo negativo, alimentando paragoni non fondati tra l'Italia di oggi e quella degli anni Settanta? Negli Anni di piombo ci furono oltre 2.000 attentati attribuiti a gruppi terroristici, circa 400-500 morti legati alla violenza politica e migliaia di feriti per le stesse cause. Non ci sono, inoltre, attualmente in Italia gruppi terroristici organizzati del peso delle Brigate rosse o dei Nuclei armati rivoluzionari (neofascisti). Per quanto riguarda l'oggi, non a caso, si ipotizzano eventuali "dinamiche terroristiche" (in scontri di piazza segnati da violenze altamente deprecabili ma non paragonabili a quelle degli anni Settanta. Differenze profonde riguardano anche i comportamenti delle forze politiche. Negli Anni di piombo, l'esistenza di una situazione di emergenza veniva dichiarata unilateralmente da una parte politica ma riconosciuta, dopo un lungo e approfondito dibattito che coinvolgeva la società civile, anche da gran parte dell'opposizione. A partire da tale premessa, venne avviato un dialogo politico basato su confronto costante, dichiarazioni comuni, garanzie reciproche e, infine, decisioni concordate, assunte da governi con basi parlamentari trasversali, come quelle della solidarietà nazionale tra 1976 e il 1979.

continua a pagina 16

IL FATTO Domani sera a San Siro la cerimonia inaugurale, mentre hanno già preso il via alcune gare

Ritorno di fiamma

Arriva la fiaccola olimpica, ma i milanesi per ora restano freddi. Anche per i molti divieti precedenti di Torino 2006, che poi entusiasmo. Il cappellano: questo spirito pacifico resterà



Domani sera a San Siro la cerimonia inaugurale ma alcune gare (come il curling) sono già iniziate. Oggi ci sarà l'arrivo della fiamma olimpica nel capoluogo lombardo. Sono attesi oltre 50 tra capi di Stato e di Governo, tra cui il vicepresidente americano J.D. Vance. Alla prova il piano di vigilanza tra presidi e zone rosse in cui non sarà possibile circolare. Don Franco Finocchio a fianco degli atleti al Villaggio racconta la sua Olimpiade: «Gli atleti sono ragazzi che sanno di essere portatori sani di valori universali».

Primopiano pagina 2-3

SICUREZZA

Si lima il pacchetto Oggi l'ok in Consiglio

Picciarello e Spagnolo a pagina 7

I nostri temi

È VITA

La compassione stile umano con i malati

RICCARDO MENSUALI

Scegliendo la figura del Samaritano e il suo modo di avvicinare la sofferenza come icona per la Giornata mondiale del malato dell'11 febbraio, papa Leone propone alla società di interrogarsi sul modo in cui guarda all'infermo: scegliendo la cura o lasciandolo morire.

A pagina 15

UCCISO IN TURCHIA

Vent'anni nel solco di don Santoro

GIULIO ALBANESE

A vent'anni di distanza, il martirio a Trebisonda, in Turchia, di don Andrea Santoro, rimane una testimonianza esemplare della sequela di Cristo vissuta come dono totale di sé, segno di una Chiesa che si fa corpo offerto e presenza di comunione in un mondo ferito.

Pumpo a pagina 9

DISSIDENTI In Bielorussia oltre 1.200 incarcerati

Resistenza intellettuale da Mosca a Minsk

Qualche giorno fa Marfa Babkova ha compiuto 51 anni: è stato il suo sesto compleanno dietro le sbarre. Prima che la polizia di Lukashenko la privasse della libertà, era uno dei volti più noti delle proteste scoppiate in Bielorussia dopo le elezioni del 2020. Sempre presente nelle piazze di Minsk che manifestavano contro il regime, Babkova documentava violenze e arresti arbitrari in qualità di coordinatrice dell'Orghiblerussia per i diritti umani Vlasna. Finché non è stata accusata di aver organizzato disordini di massa e condannata a una lunga pena detentiva. Oggi sta scontando una condanna a quattordici anni e nove mesi di reclusione.

Chiodo Karpinsky e Michelucci a pagina 5

IL TRATTATO START Il Papa: «Fare tutto il possibile contro la corsa al riarmo»

Scade l'accordo Usa-Russia ombre nucleari sul mondo

FRANCESCO PALMAS

Dal 2010 vincolava gli arsenali nucleari di Russia e Stati Uniti. Limitando il numero delle testate scerzabili dalle due superpotenze e imponendo ispezioni congiunte. Da oggi il trattato bilaterale New Start viene archiviato. Anche se Mosca si è detta, fino all'ultimo, disponibile a parlarne. Dallo scorso settembre, il presidente russo Vladimir Putin ha proposto un rinnovo almeno transitorio di un anno, in attesa di rinegoziare l'intesa. Ma il presidente americano Donald Trump non mostra dubbi: «Il

New Start? Che scada pure. Negozieremo un accordo migliore». La Casa Bianca punta a trasformarlo in patto trilaterale che includa la Cina. Se Pechino accettasse, lo farebbe su un piano di parità con Mosca e Washington. Il rischio è quello di una sorta di "anarchia" nel dispiegamento degli arsenali nucleari. Mosca ha già avvertito: «A questo punto, non abbiamo più obblighi». Il Papa ha rivolto «un pressante invito a non lasciare cadere questo strumento senza garantirgli un seguito concreto ed efficace».

Molinari a pagina 4

IN CONSIGLIO DEI MINISTRI

Trasparenza e parità: le nuove regole per i salari

Alfieri, Arena e Carucci a pagina 8

IL RAPPORTO DI HRW

Allarme sui diritti umani: salto indietro di 40 anni

Lambruschini a pagina 6



POPOTUS

La rinovita del grembiule

Dodici pagine tabloid

Giorni
Marina Corradi

Da lontano, un filo

In estate mi mandavano a Londra a studiare l'inglese. Al mattino lezione, poi ero libera. Risentito ancora l'odore della Tube, odore di carbone e di ferro, rivedo i fari lucidi dei treni che entravano correndo in stazione, sento l'altoparlante: «Earl's Court». La mappa del metrò mi affascinava, come una grande ragnatela. A bordo per mesi i sudati, asiatici, in un meticcio di lingue: il mondo, come sarebbe stato da noi vent'anni dopo. Westminster, il ponte sul Tamigi, lo splendore del Tesoro della Corona, e tutto lungo il verde del fiume, lento verso la foce.

Piccadilly fremendo ad ogni ora, illuminata, come un cuore pulsante della città. Ancora si percepiva l'eco della Swinging London: cravatte incredibili, minigonne, Beatles e Rolling Stones dalle radio. Andai a cercare una piccola chiesa dietro a Piccadilly. Sapevo che lì era stata battezzata mia madre, nata a Londra. Trovai la chiesa, intatta, chiamata così dalle bombe della guerra. Come uno scrigno di legno scuro, con un battente. Mi parve di vedere quel battente, in inverno, la bambina avvolta in coperte candide. Annamaria, e Walburga e Teresa, come lei su e giù, neri, asiatici, come me uccisi con i miei sedici anni per Londra, libera, curiosa di tutto. Un filo teneva da quella piccola chiesa mi teneva - me lo sentivo addosso, ora.

© IMMAGINE ASSOCIATI

Agorà

FILOSOFIA

Perché la libertà è il vero respiro profondo dell'uomo

Givone e Postorino a pagina 18

EPISTOLARI

Il folle Novecento di Joseph Roth e Stefan Zweig

Freschi a pagina 18

CLASSICA

Il direttore Nagano: «A Parma con Mahler, maestro di speranza»

Delfini a pagina 19



Schillaci attacca le Regioni: «Basta trucchi su liste d'attesa»

Sanità. Il ministro della Salute: «Le regole ci sono ma vanno applicate nelle corsie degli ospedali dove qualcuno le aggira». In tre anni di controlli dei Nas 1700 denunce. Oggi i nuovi vertici di Agenas

Marzio Bartoloni

Il terreno minato delle liste d'attesa torna a dividere il ministero della Salute e le Regioni. Con il ministro Orazio Schillaci che ieri - forte anche dei numeri dei Nas che in tre anni di controlli hanno fatto scattare 1700 denunce - ha lanciato un preciso *j'accuse* contro chi amministra la Sanità a livello locale: dai governatori giù fino ai manager di Asl e ospedali colpevoli di non controllare abusi, scorciatoie se non addirittura trucchi per aggiustare le code a cui sono costretti i cittadini per ottenere una prestazione sanitaria. «Le Regioni devono impegnarsi. I direttori generali e sanitari devono essere più attenti. Questa non è una richiesta: lo prevede la legge. E qui devo essere diretto. Devono cessare immediatamente quelle pratiche, e pratiche è un eufemismo, che consistono nel manipolare i dati per apparire in ordine quando in ordine non si è. Agende pulite sulla carta, liste apparentemente brevi, standard rispettati almeno nei registri. Sono trucchi che definisco scandalosi, sono artefatti solo per mostrare standard che poi non corrispondono a quello che i cittadini vedono ogni giorno. Questo non è un problema tecnico. È un problema di onestà».

Il ministro della Salute, intervenuto la mattina alla presentazione del

bilancio dei Nas, che solo nel 2025 hanno effettuato oltre 1900 controlli su liste d'attesa, gettonisti e intramoenia («fenomeni legati tra di loro», ha detto il generale Raffaele Covetti), è tornato a ribadire le stesse accuse anche durante il question time alla Camera nel pomeriggio difendendo la sua legge approvata un anno e mezzo fa «in gran parte operativa» e le cui norme «vanno applicate». Nel mirino tra le altre cose l'attività libero professionale in ospedale dei medici - la cosiddetta intramoenia - che per legge non dovrebbe mai superare l'attività istituzionale (quella pagata dal Ssn): «Se un cittadino viene mandato via perché le liste d'attesa sono chiuse, ma se paga magicamente ci sono medici, sale e apparecchiature disponibili, questo non è scorretto. È disumano». Da qui l'invito a fare controlli più serrati «nelle corsie dove ogni giorno qualcuno decide se rispettare le regole o aggirarle» come nel caso dell'intramoenia per la quale «c'è un obbligo di verifica da parte delle Direzioni aziendali. Inoltre, quando le liste d'attesa superano i tempi previsti, le Direzioni generali devono garantire le prestazioni anche attraverso la libera professione, ma al prezzo delle tariffe pubbliche, ovvero solo con il ticket». Un meccanismo questo ribattezzato «salta-fila» previsto dalla legge di Schillaci, ma rimasta sulla carta.

C'è poi il nodo della Piattaforma sulle liste d'attesa prevista sempre dal piano di Schillaci per rendere trasparenti tutti i dati sulle attese a livello di singolo ospedale: un servizio utile anche per i cittadini, ma ancora non a regime anche a causa delle Regioni che hanno chiesto più tempo prima di pubblicarli. La piattaforma è gestita dall'Agenas, l'Agenzia dei servizi sanitari regionali che oggi potrebbe vedere un cambio di governance con la nomina in Conferenza Unificata dei membri del Cda. Nomine che farebbero decadere l'attuale commissario Americo Cicchetti rallentando l'avvio della Piattaforma: in pista per la presidenza si fa il nome di Jonathan Pratschke, docente di sociologia alla Federico II di Napoli (su indicazione del presidente della Campania Roberto Fico), mentre come direttore generale avanza il nome di Angelo Tanese, manager sanitario con una esperienza ai servizi segreti utile in chiave di cybersecurity visto che l'Agenas gestisce dossier delicati come il fascicolo sanitario elettronico degli italiani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ministro della Salute. Orazio Schillaci



ROMA

Liste d'attesa nel mirino dei Nas

Nel 2025 i carabinieri del Nas si sono concentrati su farmaci, alimenti, centri estetici e nuove droghe, ma anche sugli illeciti nella gestione delle liste d'attesa nel Servizio sanitario nazionale. Nel '25, infatti, sono stati effettuati complessivamente 1.930 controlli presso direzioni sanitarie, reparti specialistici e Cup, che hanno portato a 9 arresti e 105

denunce per reati quali truffa, peculato e frode, nonché 474 segnalazioni all'Autorità amministrativa. Sono emerse varie irregolarità, tra cui accessi abusivi ai sistemi di prenotazione per modificare le agende.





Servizio Milleproroghe

Medici: il pasticcio giuridico e organizzativo sul lavoro fino a 72 anni

Per il trattenimento il legislatore non ha stabilito paletti o condizioni per cui potrebbero chiederlo sanitari inidonei o con valutazioni negative

di Stefano Simonetti

4 febbraio 2026

Tre diversi disegni di legge e un continuo affastellamento di norme stralcio costituiscono lo scenario della legislazione sanitaria nella sua odierna confusa approssimazione e tale scenario si è ripetuto in sede di conversione del decreto Milleproroghe 2026 con l'emendamento 5.138, presentato direttamente dal Governo, sul trattenimento fino a 72 anni e sugli incarichi semestrali ai pensionati.

Una norma provvisoria diventata strutturale

Tuttavia, in questa circostanza, alla consueta asimmetria normativa si è aggiunta una singolare disattenzione, sempre che di questo si tratti. Le vicende dei due provvedimenti congiunturali sono ormai radicate nel tempo: gli incarichi ai pensionati risalgono al decreto legge "Semplificazioni" del 2022 e, prima ancora, al primo decreto sul COVID (art. 2-bis, comma 5, del DL 18/2020), mentre il ricorso a trattenimenti e riammissioni è iniziato con la legge di Bilancio 2024. Tali interventi si sono sopra definiti "congiunturali", ma ormai si possono ben considerare strutturali. Per gli incarichi ai pensionati sono interessati tutti i dirigenti sanitari nonché il personale del ruolo sanitario del comparto sanità e gli OSS. Per il trattenimento e la riammissione in servizio sono coinvolti soltanto i dirigenti sanitari, anche del ministero della salute, ma con l'emendamento vengono esclusi gli universitari.

Ma cosa era successo a fine dicembre? Semplicemente che nel DL 200/2025 l'art. 5 con i suoi 10 commi prorogava numerose norme di matrice sanitaria, ma non quelle di cui si sta trattando. I motivi potevano essere una semplice dimenticanza, anche se è più plausibile che sia stato volutamente eliminato il ricorso ai pensionati perché negli anni scorsi erano sorte molte questioni – soprattutto da parte dell'INPS e della Corte dei conti – riguardo al problema della cumulabilità tra pensione e reddito da lavoro autonomo. Nasceva tutto dal difficile coordinamento tra le norme previdenziali speciali (tipo quota 100 o opzione donna) con le norme congiunturali per il personale della sanità.

Le proteste dei sindacati e la possibile interruzione dei servizi

Allo sconcerto di tutte le aziende sanitarie per il concreto rischio di interruzione di servizi, ha fatto seguito la formale protesta di un sindacato medico e ciò è stato evidentemente sufficiente per aprire gli occhi ai tecnici ovvero per superare le perplessità di Corte dei conti e INPS. E' stata, quindi, scongiurata la soluzione di continuità dei due strumenti organizzativi ma l'operazione, complessivamente intesa, desta molte perplessità.

Partiamo dalle motivazioni. Originariamente, si fece riferimento alle esigenze straordinarie cagionate dal COVID e alla necessità di garantire i LEA. Riguardo al trattenimento oltre i limiti di età, il fine era di “fare fronte alle esigenze di formazione e tutoraggio del personale assunto” ma anche e, più credibilmente, “di fronteggiare la grave carenza di personale”. La situazione attualmente non è mutata, anzi; le motivazioni sopra richiamate appaiono piuttosto di facciata e le reali finalità coinvolgono valutazioni molto complesse su strategie politiche e sindacali, interessi di categoria, opportunismo personale. Non si dimentichi che le vicende del trattenimento dei medici iniziarono con la famosa lettera aperta di quattro anni fa da parte di sei eminenti primari di rimanere in servizio oltre il limite dei 70 anni, allora vigente.

Le incognite organizzative e giuridiche

Ulteriori perplessità ineriscono all’aspetto organizzativo. Per il trattenimento il legislatore non ha stabilito paletti o condizioni, per cui potrebbero chiederlo sanitari inidonei, con valutazioni negative ovvero con precedenti penali o disciplinari; e quell’esonero dall’iscrizione all’albo professionale per gli incarichi ai pensionati è molto singolare, per usare un eufemismo.

Infine, sul piano strettamente giuridico, qualcosa non torna perché, senza entrare nel dettaglio di complicati tecnicismi, si dovrebbe valutare che la soluzione di continuità delle due norme era irrimediabilmente già intervenuta, perché quello che si sta attuando non è un differimento o una proroga, visto che gli effetti giuridici della disposizioni erano formalmente cessati il 31 dicembre 2025. Si trattava allora di una rinnovazione della norma del 2020 e di quella del 2024, che è tutt’altro. Ma l’aspetto più inquietante è che sembra essere stato violato un principio fondante del nostro ordinamento giuridico, quello sancito dell’art. 11 delle Preleggi, laddove si afferma che “La legge non dispone che per l’avvenire: essa non ha effetto retroattivo”. Oltretutto, la domanda sorge spontanea: ma non potevano accorgersene prima ? Tuttavia, sembra che i principi giuridici generali ormai contino davvero, ma fino ad un certo punto.

Medicina, ecco il piano B per gli ex iscritti: quasi uno su tre passa a Biotecnologie

Università

**Eugenio Bruno
Lorenzo Pace**

A fronte di 17mila aspiranti camici bianchi, che dopo aver ottenuto tre promozioni negli esami fondamentali di Biologia, Chimica e Fisica si stanno riposando in attesa che inizi il secondo semestre, oppure stanno cercando di recuperare entro fine mese uno o due debiti formativi sfruttando gli slot messi a disposizione dai singoli atenei, ce ne sono altri 6mila che hanno appena saputo quale sarà il loro piano B. Cioè in quale corso "affine" dovranno ottenere i crediti formativi ancora pendenti per il primo semestre e ricominciare i corsi e le lezioni del secondo.

Si tratta di facoltà che andavano indicate già in fase di iscrizione al semestre filtro come opzione alternativa, seguendo un elenco definito dal ministero e recepito dai singoli atenei. La scelta serviva a garantire, in caso di esclusione dalla graduatoria nazionale, la possibilità di non perdere i Cfu acquisiti nel primo semestre e di proseguire il percorso universitario senza un anno di stop.

Per uno su tre dei candidati interessati si sono chiuse le porte di Medicina (o, per una piccola parte, di Veterinaria), visto che occupavano una posizione troppo bassa nella

graduatoria nazionale di inizio gennaio, e si starebbero per aprire quelle di Biotecnologie. Dove, secondo i dati elaborati dal consorzio Cineca, sono in arrivo 1.814 su 5.993 idonei interessati dal cambio di programma, vale a dire il 30,2 per cento. Oltre 600 in più del secondo corso affine più battuto, cioè Scienze biologiche, con 1.183 studenti (pari al 19,7% del totale), e pure del terzo, Farmacia, che vede arrivarne 1.111.

Nutrito è anche il contingente di allievi che sfrutterà il paracadute delle Professioni sanitarie. Le quattro classi di laurea interessate dovrebbero ospitare, se considerate complessivamente, 1.739 ex camici bianchi. La maggior parte (1.104) è destinata a Infermieristica e Ostetricia. Altri 475 sembrano invece pronti a seguire la strada tracciata per gli operatori specializzati in diagnostica e tecnica. Completano il conto i 98 studenti attesi nelle professioni sanitarie della riabilitazione e i 62 in quelle della prevenzione. Senza dimenticare gli ultimi 146 che dovrebbero virare sulle Scienze zootecniche.

Il condizionale è d'obbligo perché, fino alle 23.59 di domani, il ministero darà la possibilità di «procedere ad ulteriori scelte di tutte le sedi disponibili ove residuino posti». Che, quindi, potrebbero portare a

degli scorrimenti di graduatoria sui posti eventualmente rifiutati. Per gli studenti interessati, le immatricolazioni saranno possibili dal 9 all'11 febbraio. Il 16 dello stesso mese, invece, chi non avrà accesso alla sede universitaria scelta sarà assegnato d'ufficio a una con disponibilità di posti o più prossima alla residenza/domicilio indicata.

L'ultima data da tenere a mente è il 6 marzo: entro quel giorno, tutti gli altri ex iscritti al semestre filtro di Medicina potranno scegliere un altro corso di laurea ad accesso libero, senza dover pagare alcuna sovratassa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Definita la graduatoria dei corsi affini per i candidati idonei, ma senza posto, alla fine del primo semestre



È VITA

La compassione stile umano con i malati

RICCARDO MENSUALI

all'inferno: se scegliendo la cura o lasciandolo morire.

A pagina 15

Scegliendo la figura del Samaritano e il suo modo di avvicinare la sofferenza come icona per la Giornata mondiale del malato dell'11 febbraio, papa Leone propone alla società di interrogarsi sul modo in cui guarda

IL TEMA

Alla vigilia della Giornata mondiale dell'11 febbraio, dedicata a chi soffre e chi li cura, la pagina evangelica scelta da papa Leone per il suo messaggio indica lo stile cristiano di affrontare i nodi del fine vita

Con i malati serve più "compassione"

Curare, non lasciar morire: per la società le scelte del Samaritano

RICCARDO MENSUALI

Leone XIV nel suo Messaggio per la Giornata mondiale del Malato dell'11 febbraio ha messo al centro la visione cristiana della "compassione", ricordando l'icona del Buon Samaritano. «Avere compassione implica un'emozione profonda, che spinge all'azione», scrive il Papa. Anche l'ambito giuridico è tra quelli in cui il termine "compassione" è utilizzato, specie quando le sentenze affrontano il fine vita. Il Codice penale, all'articolo 62, prevede anche una specifica attenuante "pietatis causa", invocata quando qualcuno avrebbe soppresso la vita di altri per porre fine a una grave sofferenza. È uno dei temi affrontati anche dal film *La Grazia*, di Paolo Sorrentino, dove il protagonista, presidente della Repubblica, è combattuto se graziare o meno chi ha ucciso una persona malata. La differenza, anche nella pellicola, la farebbe l'amore. Così però camminiamo, com'è ovvio, lungo un crinale impervio e scivoloso. Compassione e amore sono parole che si prestano a essere tirate per la giacca: e ognuno ci fa rientrare la propria visione della vita, di cui l'amore è parte così rilevante.

Lo stesso vale per il termine "emozione", utilizzato dal Messaggio papale. Un'emozione va e viene, oppure c'è o non c'è. Il Papa scrive di una compassione che spinge all'azione. Quale azione? Questo è un punto decisivo. Compassione potrebbe o dovrebbe anche "spingere" verso un atto o un'omissione che pongano fine a una sofferenza eccessiva e insopportabile? La fede cristiana non lascia le parole fluttuare nell'incerto, disancorate da un modello, un faro: la vera compassione è quella del Buon Samaritano. «La compassione si traduce in gesti concreti: il Samaritano si avvicina, medica le ferite, si fa carico e si prende cura. Ma attenzione, non lo fa da solo, individualmente». Leone XIV cita Francesco che in *Fratelli tutti* ricorda come la compassione si traduca nel servizio di una comunità intera: «Il Samaritano cercò un affittacamere che potesse prendersi cura di quell'uomo, come noi siamo chiamati a invitare e incontrarci in un "noi" che sia più forte della somma di piccole individualità». Bisogna distinguere. La domanda su come sostenere un malato grave e sofferente nell'ultimo impervio tratto di esistenza non esclude, a priori, anche prestare attenzione rispettosa all'eventuale richiesta di terminare di soffrire finendo di vivere. Malat-

tia grave e totale mancanza di una libera coscienza non coincidono in maniera automatica. Si può stare

malissimo e mantenere lucida e viva la consapevolezza che ormai la fine è giunta. È ciò che ha preso in considerazione, con prudenza, la sentenza 242/19 della Corte costituzionale: un ristretto spazio di non punibilità di un atto che rimane un reato: l'omicidio. Compassione è ascolto profondo, è attenzione a tutta la persona, non solo a quello che vorremmo ascoltare noi o che non vorremmo mai sentir dire. Certe cose non sono belle, a sentirsi. Come quando un anziano si rivolge ai propri familiari: "Non vorrei esservi troppo di peso". Parole che sono una chiamata a rispondere che no, un



familiare non è mai un peso, ma anche la constatazione che invecchiare, ammalarsi e aver bisogno di assistenza rappresentano una seria responsabilità e un problema grave. Nessuna famiglia può essere lasciata sola. La solitudine è il più subdolo alleato di ogni progetto di suicidio. Compassione è anche attento discernimento della situazione, perché la "situazione" è una persona, la sua storia, la sua rete di relazioni, la sua visione della vita e del mondo. Accanto al malato, ancor più se molto grave, è necessaria una solidarietà terapeutica. Non solo tra famiglia e ospedale, ma tra famiglia e comunità cristiana, territorio, amici. La compassione evangelica ha un'identità precisa, fatta di passi concreti. Passi compiuti insieme. Una società che si preoccupa molto più di organizzare la fine della vita che non di favorirne l'inizio o un

suo dignitoso proseguimento non è sana. Morire male è soprattutto morire soli. Se il Samaritano dev'essere il modello più genuino di un sistema di cure palliative giova ricordare che questo personaggio evangelico, nel cui volto si rivela Cristo stesso, trovò anche dei soldi. Le cure hanno un costo. Una comunità civile e politica, se vuole mostrare realmente l'intento di realizzare quella compassione, dovrà trovare anche il coraggio della concretezza delle risorse. Il Samaritano mise del denaro per realizzare il suo progetto. L'Italia, con la sua buona legge sulle cure palliative del 2010, ha estremo bisogno di una diffusione più generosa e capillare della loro disponibilità. Così come pare che anche l'eventuale progetto di legge di iniziativa governativa sul fine vita ne contempli la necessaria implementazione, come proposta e prima ri-

sposta alla richiesta di assistenza al suicidio.

La Giornata del Malato fa anche memoria dei tanti che si adoperano generosamente per non lasciare solo chi sta male, che pregano per loro e così continuano a far conoscere al mondo che cosa significhi davvero una vera cultura della compassione secondo il Vangelo: passi concreti di un "noi" in direzione della cura, anche quando non si può guarire.

**Ufficiale Pontificia Accademia
per la Vita**



«La compassione del Samaritano» è il tema della Giornata del malato



UN ANNO FA LA MORTE DELLO PSICOLOGO DELL'ISTITUTO DEI TUMORI

Spiritualità della cura, è l'ora di un corso nel nome di Clerici

TULLIO PROSERPIO

Nel primo anniversario della morte di Carlo Alfredo Clerici il ricordo che resta più vivo non è solo quello del professionista rigoroso ma dell'uomo capace di abitare le soglie: tra scienza e umanità, tra clinica ed esperienza, tra dolore e ricerca di senso. Era un costruttore di ponti, non di contrapposizioni. Carlo aveva un dono raro in ambito sanitario: un ascolto largo, circolare, capace di tenere insieme il paziente, la famiglia, l'équipe, e persino ciò che non riusciva più a diventare parola. Con lui ho imparato che, in ospedale, la competenza più preziosa è la "presenza": una presenza discreta, che non occupa lo spazio ma lo rende abitabile.

La nostra collaborazione all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano nacque quasi per caso, davanti a una macchinetta del caffè: un incontro semplice, quasi distratto, che però aprì un varco. Venivamo da mondi diversi, la psicologia e la spiritualità, eppure fu subito chiaro che, davanti alla fragilità della persona malata le nostre lingue potevano intrecciarsi, fino a diventare un'unica voce. Non per confondere i ruoli, ma per custodire insieme l'unità irriducibile dell'essere umano, che nessuna disciplina può contenere da sola. Col tempo, questo incontro iniziale si trasformò in un cammino condiviso. All'interno del reparto di Pediatria, la nostra conoscenza reciproca cresceva passo dopo passo, anche alla sensibilità della primaria Maura Massimino, che con lungimiranza ha ribadito l'urgenza, oggi più pressante che mai, di riconoscere la dimensione spirituale che vive in ciascuno. Una presenza sottile - credente o meno - che attende solo di essere ascoltata, come un

piccolo lume acceso nel cuore della cura.

Ricordo una giovane madre, consapevole che il figlio stava percorrendo gli ultimi passi della sua esistenza terrena. Non chiedeva guarigione ma come poter restare madre anche oltre la perdita. Dopo quell'incontro, Carlo mi disse: «Oggi non abbiamo aggiunto interventi. Abbiamo aggiunto una presenza». Era così: per lui in-

tegrazione significava uno sguardo condiviso, non una tecnica in più. Da Carlo ho imparato alcune lezioni decisive. La cura nasce dalla relazione, prima ancora che dalla prestazione. Le proce-

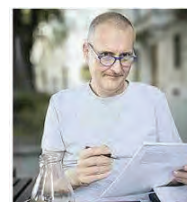
dure possono salvare una vita; le relazioni ne modellano il senso. Psicologia e spiritualità non sono ambiti antagonisti: sono due porte dello stesso corridoio, due modi con cui la persona cerca senso. Vale la pena ricordare che la speranza non è un ottimismo superficiale: è un lavoro artigianale. Ricordo un malato che desiderava una sola routine: ascoltare ogni mattina una canzone insieme al figlio. «Non è poco - diceva Carlo -, è esattamente ciò che serve». Di lui resta una visione: corpo, mente e spirito come dimensioni intrecciate; un metodo: dialogo, alleanza, interdipendenza; uno stile: una gentilezza competente, mai appiattita in parole di conforto, sempre responsabile. E resta un compito: continuare. Continuare a intrecciare saperi, a ricucire relazioni, a dare tempo alla parola detta bene, al silenzio che accompagna, alla presenza che non abbandona. Carlo amava dire che, alla fine, «la cura è "più di"». Più

della diagnosi, più delle procedure, più del rito. È ciò che accade quando lo sguardo non perde di vista la persona.

Raccogliendo una sensibilità condivisa con Carlo, quando insieme abbiamo pensato di offrire un corso dedicato alla spiritualità in ambito universitario, alcuni suoi amici hanno promosso una raccolta fondi per istituire un Corso di perfezionamento universitario in sua memoria centrato proprio sulla dimensione spirituale dell'assistenza e sulla capacità professionale di considerare questa attenzione parte integrante della cura. Questa iniziativa si colloca in continuità con le indicazioni del Parlamento europeo, che da tempo richiama l'attenzione sulla significativa carenza di competenze in questo ambito, soprattutto quando la dimensione spirituale viene relegata a elemento secondario rispetto alla cura globale della persona, dei familiari e del personale sanitario. Coltivare tale sensibilità rappresenta un arricchimento essenziale. Ne consegue l'esigenza di affidarsi a professionisti adeguatamente formati, in linea con gli standard e le prassi riconosciuti a livello internazionale.

Oggi alle 17.30, nella chiesa dell'Istituto nazionale dei Tumori in via Venezzan a Milano, sarà celebrata una Messa in suffragio dell'amico Carlo Alfredo Clerici. (Per contribuire con un donativo alla nascita del Corso: Dona.perildono.it/fondo-carlo-alfredo-clerici/).

**Cappellano clinico
Istituto nazionale dei Tumori di Milano**



Carlo Alfredo Clerici



FESTA A BARI PER IL GINECOLOGO EX PRESIDENTE DEI MEDICI CATTOLICI

80 anni, 40mila bambini: Boscia e la «medicina delle emozioni»

ENRICO NEGROTTI

Ottant'anni di vita, sessanta dedicati alla «medicina delle emozioni»: la definisce così Filippo Maria Boscia, ostetrico ginecologo, la sua carriera professionale, che lo ha portato a far nascere più di 40mila bambini, anche nelle condizioni più complicate. In pensione da poco più di un decennio, è stato a lungo direttore del Dipartimento materno-infantile per la salute della donna e la tutela del nascituro della Asl di Bari, nonché docente di Fisiopatologia della riproduzione umana all'Università di Bari. Tra il 2012 e il 2024 è stato presidente dell'Associazione medici cattolici italiani (Amci) e a lungo anche della Società italiana di bioetica e comitati etici (Sibce). «La sua lunga esperienza professionale e il suo impegno culturale e civile - ricorda in un messaggio l'arcivescovo di Bari-Bitonto, Giuseppe Satriano - rappresentano una testimonianza preziosa di come scienza, coscienza e umanità possano e debbano camminare insieme». In coincidenza con il suo ottantesimo compleanno Boscia ieri sera a Bari ha tenuto una relazione («Grembo materno, giardino di vita, di luce e di pace») al meeting «Prima i bambini, dall'amorevole nascita... verso i percorsi di vita», organizzato da Cristina Maremonti, presidente del Cif (Centro italiano femminile) metropolitano di Bari, sua preziosa collaboratrice da 35 anni.

Professore, cosa l'ha spinto a fare l'ostetrico-ginecologo?

Vivevamo in un paese della provincia di Bari, molte donne lavoravano duramente nei campi. Tante gravidanze correvano seri rischi e molti bimbi morivano in utero. Mia madre era spaventata dalla mia scelta di specializzazione perché c'era una doppia responsabilità: verso le donne e i nascituri. Ma proprio questo mi invogliò a indagare la verità

del nascere cercando di annullare i rischi. Ho avuto maestri illuminati, Luigi Carenza e Franco Crainz, che mi hanno orientato sull'assistenza della gravidanza ad alto rischio, un tempo trascurate perché si partoriva ancora in casa. Poi lo sviluppo scientifico ci ha reso possibili quasi vedere e parlare con i bambini prima della nascita: una vera medicina delle emozioni. Anche se sono sorti problemi ulteriori.

A che cosa si riferisce?

Sia la gioia nelle condizioni del fisiologico svolgersi della gravidanza sia tutte le condizioni di fragilità che talvolta si manifestano, sino alle situazioni in cui il limite tra vita e non vita è molto instabile. Ho sempre coltivato con fatica la responsabilità di accompagnare le mamme tra dubbi e speranze: l'impegno quotidiano impone un'alleanza. E accompagnando le mamme, anche nelle situazioni più difficili, ho imparato a recitare una preghiera con loro. Rendendomi conto che, nonostante i problemi che talvolta possono accadere, e che ci obbligano a parlare delle malformazioni o delle difficoltà che il bambino potrà avere, il miracolo della vita è ancora sconosciuto. L'evoluzione tecnologica ci ha portato a sentire il battito cardiaco fetale, a vedere il bimbo nei suoi particolari. Ma ho imparato anche a essere prudente. Le società scientifiche impongono di dire tutta la verità, e certamente c'è il diritto delle mamme a essere informate.

Ma spesso non si può essere troppo crudi e netti. Ho una lunga esperienza di casi che dall'eco-

grafia sembravano prevedere una diagnosi infuata e che poi grazie a un «riaggiustamento» delle cellule in gravidanza hanno portato alla nascita di bimbi sani.

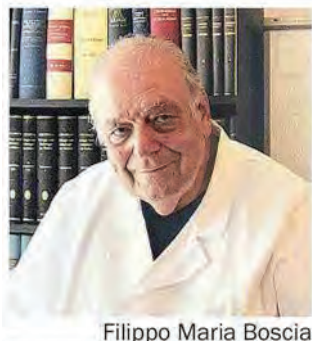
Quanto hanno pesato i progressi nelle cure prenatali?

La scienza ha fatto molto, ma c'è difficoltà ad affrontare le cure. Se si pensa solo al diritto al figlio sano e bello si rischia di non ammettere le imperfezioni. Mi sono trovato anche davanti alle focomelle, cioè la mancata di uno o più arti. Pensavo che se mia figlia avesse perso un braccio in un incidente non l'avrei certo fatta morire. Ho sempre cercato di far capire alle future mamme che anche una vita con disabilità è degna di essere vissuta. Oggi il bimbo può essere curato anche in utero. Non tutte, ma una quota di mamme ha capito che quando salviamo una vita salviamo l'umanità intera.

Come vede il futuro della medicina materno-infantile?

La medicina nel suo avanzamento tecnologico deve riprendere uno sguardo che ci ricordi che siamo umani: il grembo materno non racchiude soltanto il feto ma un prodigio, un mistero celato. Oggi a guastare il rapporto medico-paziente è la medicina difensiva, perché induce a non prendersi le responsabilità per paura di guai giudiziari. Ma anche di fronte a malattie ineluttabili dobbiamo cercare di far comprendere ai genitori il diritto dei bimbi a nascere. Se non apriamo il cuore alla speranza non andiamo da nessuna parte.

(La versione integrale di questa intervista è su Avvenire.it/Vita)



Filippo Maria Boscia



LE NOSTRE SEI AZIONI CHE CAMBIANO LA VITA

STEFANO OJETTI

L'11 febbraio si celebra la XXXIV Giornata mondiale del Malato, creata nel 1992 da san Giovanni Paolo II con l'intento di ricordare tutti coloro che soffrono a causa di una patologia. Per questa Giornata Leone XIV ha scelto come tema "La compassione del Samaritano: amare portando il dolore dell'altro". «Viviamo immersi nella cultura della rapidità, dell'immediatezza, della fretta, ma anche dello scarto e dell'indifferenza, che ci impedisce di avvicinarci e fermarci lungo il cammino per guardare i bisogni e le sofferenze che ci circondano»: così il Santo Padre nel suo Messaggio. Su queste parole mi sembra utile fare un'attenta riflessione proprio relativamente alla parabola del Buon Samaritano scelta dal Papa, nella quale sono presenti tutti i valori propri di questa Giornata dedicata al malato. Attraverso le sei espressioni contenute nel Vangelo di Luca - "Lo vide - Ne ebbe compassione - Gli si fece vicino - Gli fasciò le ferite - Lo portò a una locanda - Si prese cura di lui" - è racchiuso quello che dovrebbe essere l'atteggiamento relazionale nei confronti del sofferente: farsi prossimo, soccorrere, curare, prendersi cura... «In questa parabola - prosegue il Santo Padre - la compassione è il tratto distintivo dell'amore attivo. Non è teorica né sentimentale, si traduce in gesti concreti: il Samaritano si avvicina, medica le ferite, si fa carico e si prende cura». Nel

malato c'è il bisogno della compassione da parte di chi lo circonda: "cum passio" che etimologicamente è "soffrire insieme". Significa, specificatamente, entrare in sintonia con lo stato d'animo del sofferente, evocando il sentimento più profondo che tende a cogliere e condividere il suo dolore, rappresentando, noi, un sostegno attraverso il quale possa sentirsi ascoltato, accolto e accettato. La sofferenza infatti spesso genera il senso di abbandono e di solitudine che, in alcuni casi, assale chi è affetto da una malattia. Nella malattia il dovere di chi ti è accanto - medici, familiari, caregiver - è quello di farsi prossimi, ognuno nel proprio ambito, di farsi carico dell'altro cercando di penetrare con discrezione nel suo vissuto, di agire con coscienza verso il sofferente, capirne i timori, donargli speranza migliorando la sua condizione di dolore, fargli capire che tu sei con lui e che il tuo non è un semplice rapporto parentale o professionale ma qualcosa di più profondo. Proprio sul valore del "Farsi prossimo" fa riflettere la scritta sul portale dell'Hotel Dieu, il più antico ospedale di Parigi, che testualmente dice: «Se sei malato vieni e ti guarirò, se non potrò guarirti ti curerò, se non potrò curarti ti consolerò». Guarire, curare, consolare: tre verbi che si compendiano nell'eterno mistero del dolore che pone al malato la domanda del perché, perché proprio a me? L'interrogarsi prosegue sul senso della sofferenza: l'uomo sente di essere fatto per la vita, la malattia viene avvertita come un limite ed è subita come una negatività, fino a una sorta di schiavitù. E allora la liberazione da essa diviene una vera e propria necessità. Certamente la sofferenza pone l'uomo in crisi, ed è per questo che cerca di

liberarsene in ogni modo, ma può rappresentare anche un'occasione salvifica particolare nella vita di una persona in cui si è chiamati a verificare sé stessi, a mostrare il vero volto e a indicare il proprio valore. La sofferenza, spesso, genera infatti il senso dell'abbandono e della solitudine che, in alcuni casi, assale chi è affetto da una malattia. Cercare quindi di "prendersi cura" è molto più che semplicemente "curare". La dignità del malato, infatti, è un valore fondamentale della persona umana e va sempre preservata.

L'epilogo della parabola del Buon Samaritano evocata dal Santo Padre per la Giornata mondiale del Malato sul significato di farsi prossimo verso i nostri fratelli sofferenti si compendia nelle ultime parole offerte dal Vangelo di Luca: «"Chi di questi tre ti sembra sia stato prossimo di colui che è caduto nelle mani dei briganti?" Quegli rispose: "Chi ha avuto compassione di lui". Gesù gli disse: "Va' e anche tu fa' così"».

**Presidente nazionale
Associazione Medici Cattolici italiani**



Alle Molinette l'intelligenza artificiale al servizio dei medici: il nuovo sistema confronta le immagini prima e dopo l'intervento

Chirurgia del fegato, ecco il software radiologo “Verifica che tutto il tumore sia stato eliminato”

IL DOSSIER

ALESSANDRO MONDO

In pratica, riassumono gli esperti, di sta realizzando il passaggio da un modello duale (medico-paziente) a un modello triangolare medico-paziente-digitale, con le opportunità e i rischi che questo comporta. Parliamo di Intelligenza artificiale (AI) e, in questo caso, di chirurgia. Nessun dubbio che il nuovo software operativo all'ospedale Molinette rimandi alle opportunità.

Siamo nell'ambito dell'oncologia, e della chirurgia epatica, che ora dispone di un software in grado di aiutare i medici a curare i tumori con interventi meno invasivi, più precisi e più sicuri. Precisazione: è il primo del genere a Torino. Seconda: «E' la prima volta che questo sistema viene integrato nella pratica quotidiana in un ospedale pubblico italiano».

Per comprendere il valore aggiunto della nuova tecnolo-

gia, bisogna sapere come funzionava prima del suo debutto. In alcuni casi, i tumori del fegato possono essere trattati con una tecnica chiamata termoablazione. Il medico inserisce un ago molto sottile direttamente nel tumore e lo distrugge, usando il calore, guidato da ecografia o TAC: intervento mininvasivo, cioè meno traumatico per il paziente, che di solito può tornare a casa già il giorno dopo. Il nuovo software entra in gioco immediatamente dopo l'intervento: confronta le immagini radiologiche prima e dopo il trattamento, anche con l'aiuto dell'intelligenza artificiale, e aiuta il medico a capire se tutto il tumore è stato eliminato completamente e se è stato trattato con un margine di sicurezza adeguato.

Non certo un dettaglio. Ecco perché il nuovo software, chiamato “Ablation-Fit” e ora disponibile nel Dipartimento di Radiodiagnostica e Radiologia Interventistica diretto dal professor Paolo Fonio, fa la differenza. Serve a verificare subito se un tumore è stato trattato in maniera completa, rimarca il dottor Marco Calandri. Come spiega il dottor caro Gazzera, la termoablazione è una cura sempre più utilizzata per i tu-

mori del fegato e per le metastasi epatiche. Per questo è importante avere strumenti che permettano di controllare in modo chiaro il risultato dell'intervento. Di fatto, grazie a questa tecnologia, i medici possono usare un linguaggio comune e standardizzato per valutare l'efficacia del trattamento, migliorando la cura dei pazienti e la ricerca scientifica.

«L'intelligenza artificiale ci aiuta a essere più precisi e ad offrire cure sempre migliori - rimarca il professor Fonio -. Prima il controllo dell'intervento si basava solo sulla valutazione visiva del radiologo interventista e talvolta bisognava aspettare una nuova Tac a 40 giorni per essere sicuri di aver trattato completamente il tumore. Il software permette di effettuare queste valutazioni con misurazioni precise subito dopo l'intervento, consentendo eventualmente di completare il trattamento nella stessa seduta, con risparmio di tempo e stress per il paziente e riduzione dei costi di un eventuale successivo ricovero».

«L'azienda intende fornire trattamenti al massimo livel-

lo possibile - precisa il dottor Livio Tranchida, direttore generale Città della Salute -. Oltre al singolo caso clinico, è fondamentale puntare ad uno standard qualitativo elevato e costante per tutti i pazienti. L'installazione del software rappresenta una prova concreta di questo impegno e di come l'intelligenza artificiale possa già oggi avere un impatto reale nella pratica clinica quotidiana».

Il caso delle Molinette è l'ultima dimostrazione in ordine di tempo della marcia inarrestabile dell'IA in sanità, a tutti i livelli: dalla diagnostica alla chirurgia, dalla telemedicina all'assistenza. Opportunità e rischi, si è detto in premessa. Il primo passo per prevenire i secondi è la consapevolezza che l'AI è uno strumento, un “di più”, nel senso che aiuta, ma almeno per ora al centro resta il medico, cioè l'uomo. —

E' la prima volta che questo sistema viene integrato nella pratica quotidiana in un ospedale pubblico italiano



LIVIO TRANCHIDA
DIR. GENERALE
CITTÀ DELLA SALUTE



Prima il controllo dell'operazione si basava soltanto sulla valutazione visiva dei dottori



Dalla nutrizione medica un aiuto ai malati «Ma adesso diventi un diritto per tutti»

GIANCARLO SALEMI

La sigla, Ons, ai più non dice molto. Ma, in campo medico, è un "salvavita". Soprattutto per i malati oncologici, perché i Supplementi Nutrizionali Orali (Ons) sono quegli alimenti, disponibili in forma liquida, cremosa o in polvere, che vengono utilizzati per trattare la malnutrizione calorico-proteica di chi non riesce più a soddisfare il proprio fabbisogno nutrizionale. Nel nostro Paese il 60% dei pazienti oncologici è a rischio di malnutrizione già al momento della diagnosi. È una sorta di "malattia nella malattia" che aumenta di 2,6 volte il tasso di mortalità, di 3 volte il tasso di complicanze e del 30% la durata della degenza ospedaliera, mentre un appropriato percorso nutrizionale migliora la qualità della vita dei pazienti e può influire positivamente anche sugli esiti delle terapie. Per questo, da più di dieci anni, è nato un vero e proprio movimento sull'importanza della nutrizione oncologica di cui fanno parte

Aiom (Associazione italiana oncologia medica), Sinpe (Società italiana di nutrizione artificiale e metabolismo) e Favo (Federazione italiana delle associazioni di

volontariato in oncologia).

Un movimento che chiede a gran voce che gli Ons possano finalmente essere inseriti nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), rendendoli così erogabili gratuitamente per tutti i pazienti oncologici. Se ne è discusso in Senato in occasione della Giornata mondiale per la ricerca sul cancro (a proposito lo scorso anno le persone a cui è stato diagnosticato sono state 390mila, più dei nuovi nati fermi a 340mila) in un incontro organizzato dalla Favo - su iniziativa della vicepresidente di Palazzo Madama, Licia Ronzulli - che già dal titolo spiega tutto: "Quando nutrirsi è curarsi: il valore della nutrizione medica specializzata in oncologia. Una risorsa per il sistema sanitario, un diritto per tutti".

Già, perché l'accesso agli Ons è disomogeneo e frammentato in Italia, il rimborso è spesso limitato e demandato alle singole regioni, generando così gravi disuguaglianze nell'accesso alle cure. Un esempio virtuoso è la Lom-

bardia, che dal 2021 li offre gratuitamente ai pazienti oncologici in terapia attiva, previa prescrizione da parte di strutture certificate. «Ma qualcosa sta iniziando a cambiare - ha detto Francesco De Lorenzo, già ministro della Salute e presidente della Favo -, è stata approvata una mozione dalla Camera, che impegna il Governo a rendere il supporto nutrizionale parte integrante dei percorsi oncologici, e nella Legge di Bilancio un emendamento ha introdotto l'obbligo di registrare in cartella clinica gli esiti dello screening nutrizionale, rendendo dunque misurabile, tracciabile e quindi esigibile la presa in carico nutrizionale». Non è solo una questione di salute ma anche di benefici per il Servizio sanitario nazionale. «L'impiego appropriato degli Ons - ha sottolineato Riccardo Caccialanza, direttore della struttura di Dietetica e nutrizione clinica dell'Irccs Policlinico San Matteo di Pavia - produce risparmi medi fino al 12% in ambito ospedaliero, e al 9% nei contesti territoriali, grazie alla riduzione delle degenze prolungate, delle complicanze e delle riospedalizzazioni». All'evento in Senato ha preso parte anche l'azienda Danone Nutricia, la cui ammini-

stratrice delegata, Judit Gonzalez Sans, ha sottolineato la responsabilità e l'impegno dell'industria nell'ambito della nutrizione in oncologia.

Ma se le cose stanno così perché gli Ons non vengono disciplinati, in maniera uniforme, in tutto il Paese? La vicepresidente del Senato, Ronzulli ha assicurato «un impegno preciso» affinché si trovi una soluzione, mentre dal ministero della Salute fanno sapere che bisogna valutare l'impatto della misura rispetto alle risorse disponibili ma che oggi, rispetto alla bocciatura avvenuta nel 2021, «c'è molto fermento» e si potrebbe avere una risposta già in un prossimo Dpcm. Insomma, il percorso sembra tracciato.

Al Senato un simposio sui cosiddetti Ons, alimenti che migliorano il percorso clinico.

Medici, nutrizionisti e volontari: è arrivato il momento di inserirli nei Lea, perché nutrirsi è curarsi

PERCHÉ LA NUTRIZIONE È CRUCIALE

Una nutrizione adeguata aiuta a: preservare il **tono muscolare**, mantenersi attivi, sopportare gli **effetti della terapia** e continuare le attività che rendono la vita piacevole.

PREVALENZA E IMPATTO



RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



SOPRAVVIVENZA, QUALITÀ DI VITA, RISPOSTA ALLE TERAPIE, RISPARMI: COSÌ I SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI FANNO LA DIFFERENZA

ANDREA ZAGHI -

Curarsi nutrendosi in modo adeguato. Il 60% dei pazienti oncologici è malnutrito già al momento della diagnosi e fino al 80% dei pazienti è affetto da malnutrizione durante il decorso della malattia: la malnutrizione ha conseguenze negative su esiti clini e su qualità di vita dei pazienti e porta costi maggiori per il sistema sanitari. Gli Alimenti a Fini Medici Speciali - in particolare i Supplementi Nutrizionali Orali (Ons) - sono alimenti appositamente studiati per rispondere alle aumentate esigenze nutrizionali dei pazienti oncologici, contribuendo a migliorare lo stato nutrizionale del paziente. Con un duplice beneficio: un beneficio clinico, per i pazienti e un beneficio di sostenibilità, per il Servizio Sanitario Nazionale. Ad oggi tuttavia gli Ons non sono inseriti nei Lea (Livelli Essenziali di Assistenza) e pertanto l'accesso rimane disomogeneo e frammentato in Italia, dove la gratuità è spesso limitata e demandata alle singole Regioni, generando gravi disuguaglianze nell'accesso alle cure. Del tema si è occupata una revisione narrativa - I Supplementi Nutrizionali Orali prescritti sotto supervisione clinica ai pazienti oncologici malnutriti dovrebbero essere completamente rimborsati - recentemente pubblicata e condotta da un gruppo di ricercatori (italiani e di altri Paesi): Elisa Mattavelli, Paolo Cotogni, Helen Banks, Francesco De Lorenzo, Elisabetta Iannelli, Laura M Del Campo, Lorenzo Perrone, Carmine Pinto, Paolo Pedrazzoli, Riccardo Caccialanza, The Italian Intersociety Working Group for Nutritional Support in Cancer Patients. «I benefici degli Ons - spiega la ricerca - nella prevenzione e nel trattamento della malnutrizione, nel miglioramento degli esiti clinici e della qualità di vita e nella riduzione dei costi sanitari sono dimostrati. Inoltre, l'avvento di nuove formulazioni arricchite con componenti aggiuntivi, potrebbe migliorare ulteriormente gli esiti nei pazienti con cancro». Purtroppo però, non essendo inclusi nei Lea, gli Ons non vengono erogati uniformemente sul territorio italiano e restano in molti casi completamente a carico dei pazienti. Gli stessi ricercatori quindi si chiedono: «Perché gli Ons, sotto supervisione clinica, non sono completamente rimborsati per i pazienti oncologici malnutriti come parte della loro assistenza standard?». L'indagine non dà risposte amministrative, ma fornisce la sintesi delle evidenze scientifiche

ed economiche necessarie per decidere. Prima di tutto la scienza. «Un ampio corpus di evidenze - ricorda l'articolo scientifico - ha documentato gli effetti dannosi della malnutrizione in ambito oncologico». Con la conseguenza di «tassi di sopravvivenza peggiori, qualità di vita inferiore, ridotta risposta ai trattamenti e aumento delle tossicità correlate ai trattamenti». Ma anche «tempi di recupero ritardati e degenze ospedaliere prolungate». I ricercatori sono lapidari: «L'effetto dannoso della malnutrizione va oltre i peggiori esiti clinici, imponendo un onere economico significativo ai sistemi sanitari». Ancora la ricerca sottolinea la necessità di «rafforzare la collaborazione tra oncologi, dietisti e infermieri». La dimostrazione di tutto questo è arrivata dall'esame di tutti gli studi sul tema contenuti in PubMed, Web of Science e Scopus dal gennaio 1995 all'aprile 2025, che ha reso evidente i benefici a medio termine degli Ons e indicato anche come si possano trarre vantaggi anche a lungo termine.

E gli aspetti economici? Ancora l'indagine condotta dalla squadra internazionale di ricercatori medici spiega: «La malnutrizione conduce a esiti di salute peggiori, degenze ospedaliere prolungate, aumento delle complicanze e tassi più elevati di riospedalizzazione, fattori che contribuiscono a un onere economico sostanziale per i sistemi sanitari». Per capire meglio bastano pochi esempi. In 13.895 pazienti adulti sottoposti a chirurgia per tumori della testa e del collo, la presenza di uno stato di malnutrizione è stata associata a costi sanitari superiori di 15.722 dollari. Analisi della malnutrizione correlata alla malattia tra i pazienti ospedalizzati in Italia, Canada ed Europa hanno analogamente riscontrato un aumento dei costi per i sistemi sanitari, derivanti principalmente da degenze ospedaliere prolungate, aumento delle complicanze e aumento dei tassi di



riospedalizzazione tra i pazienti malnutriti. Anzi di più. Una revisione sistematica di 19 studi di valutazione economica ha mostrato che l'uso degli Ons in ambito ospedaliero ha portato a una riduzione media della durata della degenza di 2,3 giorni e a un risparmio netto per paziente che variava da 682 a 1.869 euro, a seconda del contesto sanitario. E un'analisi dei dati di assicurazione sanitaria negli Stati Uniti ha rilevato che i pazienti che ricevevano Ons presentavano una durata di degenza ospedaliera inferiore e costi ospedalieri significativamente più bassi rispetto a chi non riceveva Ons. La conclusione dei ricercatori è evidente: ai servizi sanitari nazionali conviene sostenere le spese per gli Ons piuttosto che quelle per ospedalizzazioni più lunghe e per maggiori riospedalizzazioni. Ma perché allora non si va avanti lungo questa strada? L'indagine parla di "barriere" diverse. Prima di tutto quelle legate ai "professionisti della sanità". Manca, in altri termini, una formazione adeguata in nutrizione clinica. «Molti medici e operatori sanitari – viene spiegato – ricevono una formazione limitata in nutrizione durante il loro percorso accademico, il che può portare a una sottovalutazione della malnutrizione e a

un utilizzo subottimale degli Ons. Inoltre, l'assenza di protocolli standardizzati per lo screening nutrizionale e l'intervento contribuisce a una variabilità significativa nella pratica clinica». Ma non è solo questo. Ad ostacolare la diffusione degli Ons c'è anche la scarsa consapevolezza dei benefici da parte dei pazienti. «I pazienti – viene sottolineato – possono percepire gli Ons come "non necessari" il che può influenzare negativamente l'aderenza». Poi, certo, c'è la questione economica su cui l'indagine insiste: «Le difficoltà finanziarie rappresentano una barriera significativa quando gli Ons non sono rimborsati, costringendo i pazienti a sostenerne i costi direttamente». Ad oggi infatti, in Italia, gli Ons non sono completamente coperti dai sistemi sanitari pubblici e solo in rari casi sono rimborsati dalle assicurazioni private, nonostante i benefici clinici ed economici. Questa mancanza di copertura porta a disuguaglianze nell'accesso. Esistono tuttavia casi virtuosi, come quello di Regione Lombardia, che dal 2021 offre gratuitamente gli Ons ai pazienti oncologici in terapia attiva, previa prescrizione; ha reso inoltre obbligatorio lo screening nutrizionale per tutti i pazienti ricoverati, introducendo sanzioni economiche per il

mancato rispetto delle disposizioni. Un modello efficace, che si auspica possa essere replicato su scala nazionale per ridurre le disuguaglianze e promuovere una cultura della miglior cura e accessibile a tutti. L'inserimento dello screening nutrizionale oncologico nelle politiche sanitarie nazionali, attraverso la recente Legge di Bilancio, rappresenta un primo e fondamentale passo avanti. Ma è solo l'inizio. Ora serve trasformare questo passo in un percorso strutturato, dove la nutrizione specializzata sia riconosciuta come parte integrante della cura oncologica. Le conclusioni della ricerca internazionale indicano che «la limitata copertura degli Ons per i pazienti oncologici malnutriti solleva importanti questioni bioetiche». «Rendere l'accesso agli Ons dipendente dalle risorse finanziarie individuali crea disparità inaccettabili. In un sistema che mira a fornire cure basate sui bisogni e non sulla capacità di pagamento, tali disuguaglianze sono difficilmente giustificabili». E ancora, «combinando imperativi etici, benefici clinici dimostrati e razionalità economica, emergono solide evidenze a supporto della copertura completa degli Ons per i pazienti oncologici malnutriti».



Il governo bocciato su Aifa

Il Tar mostra l'irresponsabilità del governo nella gestione della filiera del farmaco

La sentenza del Tar del Lazio pubblicata lo scorso 2 febbraio è molto più di un incidente di percorso amministrativo: è una bocciatura piena della linea seguita dal governo nella gestione della filiera del farmaco, e in particolare del tentativo di sostenere i grossisti scaricando il costo sull'industria del farmaco, inclusa quella dei generici. Una sconfitta che ha un nome e un cognome: Marcello Gemmato. Il sottosegretario alla Salute ha sbagliato nel merito e nel metodo. Il Tar è chiarissimo: Aifa non aveva alcun potere per intervenire in quel modo. Il comunicato del 7 aprile 2025 viene giudicato illegittimo, se non addirittura

nullo, perché ha introdotto "ex novo un prelievo patrimoniale" a carico dei produttori di farmaci generici, in assenza di una previsione di legge, violando l'articolo 23 della Costituzione. Ancora più grave, secondo i giudici, è l'evidente difetto di attribuzione: Aifa si è spinta oltre le competenze fissate dalla legge, alterando i rapporti economici tra soggetti privati e riscrivendo a tavolino le quote di spettanza della filiera.

Il punto politico è tutto qui. In un regime di libero mercato lo stato può sostenere un segmento strategico come la distribuzione intermedia del farmaco, ma solo nei limiti delle proprie competenze. Può interveni-

re con leve fiscali, agevolazioni, accise, misure di sistema. Non può invece decidere tramite atti amministrativi chi deve pagare chi, imponendo trasferimenti forzosi di risorse tra soggetti privati. E' una scorciatoia che il Tar ha smontato pezzo per pezzo. Il risultato è l'ennesimo pasticcio: una norma mal scritta, un'interpretazione forzata, una sentenza che ristabilisce i confini, mentre il settore resta nell'incertezza. E intanto il governo colleziona un'altra sconfitta, dimostrando che, quando si governa la sanità senza confronto e con eccessiva volontà di protagonismo, a pagare non sono solo le aziende, ma l'intero sistema.





Servizio Giornata mondiale

Dal «no» al fumo alla nutrizione ai caregiver: la lotta ai tumori si fa in squadra ma parte da noi

Sono 105mila le diagnosi causate dall'abitudine alla sigaretta e nel complesso oltre il 40% dei decessi è causato dai cattivi stili di vita ma accanto alla prevenzione primaria che parte dal singolo servono misure concrete per sostenere innovazione, operatori e famiglie

di Barbara Gobbi

4 febbraio 2026

Basta guardare i dati sul fumo: 105mila sono le diagnosi correlate in Italia pari a un terzo del totale (27%) dei 390mila casi di cancro stimati nel 2025 nel nostro Paese. Ce lo dice l'Aiom, l'Associazione degli oncologi medici, che con la sua Fondazione e con le Fondazioni Airc e Veronesi è impegnata nella raccolta firme per la legge di iniziativa popolare volta ad aumentare di 5 euro il costo di tutti i prodotti da fumo e da nicotina. Una proposta che sta procedendo spedita con le 18mila firme già raccolte in poco più di dieci giorni grazie all'adesione alla campagna - cui hanno aderito 30 società scientifiche e oltre 15 associazioni - sulla piattaforma del ministero della Giustizia. «Siamo soddisfatti ma serve un ulteriore sforzo per arrivare alle 50mila firme necessarie», avvisa il presidente Aiom Massimo Di Maio in occasione del World Cancer Day del 4 febbraio, all'insegna del motto "Unite by Unique" scelto per il triennio 2025-2027.

I fattori di rischio

Di Maio ricorda come sia proprio il fumo il principale fattore di rischio oncologico ma che anche sugli altri bisogna incidere per invertire la rotta sugli stili di vita scorretti. Una responsabilità che parte da ciascuno di noi e che va supportata da uno sforzo collettivo e da un lavoro di squadra nei casi in cui la malattia in ogni caso si manifesti. Ma se l'Oms certifica che 4 tumori su 10 potrebbero essere evitati cambiando abitudini e contrastando infezioni e inquinamento ambientale, allora è da lì che bisogna partire. Non solo dal "no" al fumo ma anche all'alcol che come ricorda Silvio Garattini è cancerogeno e infatti è correlato a 7 tipi di carcinoma, e dal controllo del peso visto che l'eccesso è correlato in questo caso a ben dodici tipi di tumore. I dati ci dicono che oggi siamo lontanissimi da questa consapevolezza e che c'è un grande margine di miglioramento, se il 24% degli adulti fuma, il 33% è in sovrappeso, il 58% consuma alcol e il 27% è sedentario.

Più risorse per l'innovazione

«La prevenzione rappresenta lo strumento per ridurre il numero dei casi di tumore e per sostenere l'incremento delle uscite per cure innovative - continua Di Maio -. Nel 2024, la spesa pubblica per farmaci è stata pari a 5,4 miliardi, in aumento del 13,8% sul 2023 e pari al 20% della spesa farmaceutica pubblica totale. L'innovazione non è solo un costo ma salva vite e per questo è strategico liberare risorse dove si può intervenire».

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

E a ricordare quanto l'innovazione viaggi veloce è la presidente eletta Aiom Rossana Berardi, che presiede anche Women for Oncology: «Il minimo comune denominatore - spiega - è rappresentato proprio dalla personalizzazione della cura verso il paziente, sia dal punto di vista della struttura organizzativa, sia dei bersagli terapeutici che consentono una profilazione più estesa – oggi esistono meccanismi di resistenza nuovi per alcune patologie e al momento il paradigma più importante è quello del tumore al polmone – sia dei farmaci ed è questo il caso degli anticorpi farmaco coniugati. Quest'ultimi uniscono la vecchia tecnologia della chemioterapia a quella nuova degli anticorpi monoclonali, diventati una realtà affermata nel tumore al seno ma contemporaneamente testati ed in via di approvazione per quelli in altre sedi del corpo. Di fatto - prosegue Berardi - si tratta di una terapia trasversale alle diverse tipologie di tumore per i quali lo stesso farmaco è in fase avanzata di sperimentazione, con particolare riferimento a quelli al polmone e allo stomaco. Stiamo inoltre cercando nuovi bersagli per la profilazione genetico molecolare anche in strutture più sofisticate – riferisce poi Berardi -: È ora possibile procedere con profilazioni più estese di alcune decine e centinaia di geni, e questo rappresenta il preludio alla possibilità di sviluppare terapie più mirate e nuove rispetto a quelle esistenti».

Il calo della mortalità

Il miglioramento, anche se i dati sono ancora sotto-target, nell'adesione agli screening e le cure di frontiera hanno intanto portato a una preziosa diminuzione della mortalità: nel nostro Paese, nel 2026 rispetto al periodo 2020-2021, è stimata una diminuzione dei tassi di mortalità oncologica del 17,3% negli uomini e dell'8,2% nelle donne. Sono dati migliori nel confronto con la media europea (-7,8% negli uomini e -5,9% nelle donne nel 2026 rispetto al periodo 2020-2022). «In Italia il 63% delle donne e il 54% degli uomini sono vivi a 5 anni dalla diagnosi e almeno un paziente su quattro è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale e può ritenersi guarito», sottolinea Massimo Di Maio.

La richiesta di una rete di cura

Ma proprio questi dati che si traducono in una lungo-sopravvivenza richiedono un apparato completo e diffuso di presa in carico. Le persone che vivono dopo una diagnosi sono stimate (2024) in 3.661.499 persone: circa il 6,2% della popolazione, pari a un italiano su 16, configurando un'epidemiologia che attende risposte appropriate e diffuse. La realtà anche per questi casi è descritta dai dati: «In 10 anni, in Italia, sono stati tagliati 1.091 posti letto pubblici in Oncologia Medica: nel 2013 erano 5.234, ridotti a 4.143 nel 2023 – spiega ancora il presidente Aiom -. Nel 30% dei centri manca ancora l'assistenza domiciliare oncologica e più della metà delle strutture (52%) è priva dei coordinatori di ricerca clinica, figure essenziali per condurre le sperimentazioni. Anche aspetti importanti dell'assistenza, come la psicologia clinica e la nutrizione clinica, rimangono subottimali in molte realtà. Oltre a posti letto e ospedali più moderni, servono più medici e infermieri. La scarsità di specialisti sta infatti interessando anche l'oncologia, sebbene in misura minore rispetto ad altre specialità. Inoltre vanno realizzate su tutto il territorio le Reti Oncologiche Regionali, oggi attive solo in circa la metà delle Regioni. Solo così può essere garantita la collaborazione multidisciplinare in tutto il percorso di cura».

“Passaporto digitale” e “navigator”

Da Women for Oncology arriva la doppia proposta di un “passaporto di cura digitale” e di “navigator oncologici”: «Il documento, condivisibile tra ospedale, territorio e famiglia, potrebbe contenere piano terapeutico, gestione degli effetti collaterali, contatti rapidi del team e preferenze individuali - afferma Berardi -. L'obiettivo è garantire continuità assistenziale e rendere realmente centrata sulla persona ogni fase del percorso, evitando frammentazioni e disorientamento. Accanto a questo - prosegue - si può pensare a una figura strutturata di navigatore di percorso,

professionista dedicato ad affiancare pazienti e familiari nei momenti più complessi. Il navigatore supporta l'organizzazione delle visite, facilita la comprensione delle informazioni cliniche e orienta verso i servizi territoriali e sociali disponibili. Una presenza che può ridurre ansia, ritardi e difficoltà organizzative, rendendo la cura più accessibile e comprensibile».

Rischio malnutrizione per il 60%

A sottolineare aspetti propri della malattia oncologica come i danni da malnutrizione è la Favo, la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia. Un tema a cui la legge di bilancio per il 2026 dedica risorse e attenzione. «In Italia circa il 60% dei pazienti oncologici è a rischio di malnutrizione già al momento della diagnosi. La cachessia e la sarcopenia colpiscono fino all'80% dei malati in fase avanzata, con conseguente aumento del 250% della mortalità, triplicazione delle complicanze e prolungamento significativo della durata delle degenze ospedaliere (+30%)», avvisa Francesco De Lorenzo presidente Favo. Per questo motivo Favo già nel 2016 ha promosso, insieme ad Aiom e Sinpe, la Carta dei diritti del malato oncologico all'appropriato e tempestivo supporto nutrizionale, uno dei pilastri delle Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici del Ministero della Salute, approvate in Conferenza Stato-Regioni nel 2017. «Tuttavia - afferma ancora De Lorenzo - a distanza di anni, solo poche Regioni le hanno recepite pienamente. Più recentemente, con l'approvazione della mozione dalla Camera, che impegna il Governo a rendere il supporto nutrizionale parte integrante dei percorsi oncologici, e dell'emendamento alla Legge di Bilancio 2026, che introduce l'obbligo di registrare in cartella clinica gli esiti dello screening nutrizionale, rendendo dunque misurabile, tracciabile e quindi esigibile la presa in carico nutrizionale, rappresentano una svolta per superare le disuguaglianze e per facilitare l'inserimento degli Alimenti a fini medici speciali (Afms), veri e propri presidi terapeutici, nei Lea».

Sostenere i caregiver

Non solo i pazienti ma anche i caregiver: «Per la prima volta, si può pensare a un percorso oncologico che includa formalmente anche il caregiver fin dall'inizio della presa in carico - propone Berardi -. Oltre alla valutazione clinica del paziente, il modello prevede un momento dedicato alla persona che assiste, con informazioni sui servizi disponibili, supporto psicologico e orientamento ai diritti e alle tutele sociali. Riconoscere il caregiver come parte integrante del sistema di cura significa tutelarne il benessere e migliorare, al tempo stesso, gli esiti clinici e la qualità della vita del paziente».

Spunti contenuti nel Ddl Caregiver varato dal Governo nelle settimane scorse ma che rappresenta ancora un primo timido passo, anche sul fronte delle briciole in termini di supporto finanziario a chi dedica la vita ai propri cari nella malattia. «Riconoscere e tutelare i caregiver che in Italia sono ben 7 milioni non significa solo fare un atto di giustizia sociale – afferma quindi Paolo Tralongo presidente del Cipomo il Collegio dei primari di Oncologia – ma anche migliorare la qualità dell'assistenza oncologica. Un caregiver sostenuto, informato e tutelato è in grado di affiancare meglio il paziente, favorire l'aderenza alle cure e ridurre il rischio di isolamento e fragilità. Per questo il Ddl Caregiver rappresenta un passaggio importante, che va rafforzato e reso sempre più aderente alla realtà delle famiglie e dei percorsi oncologici».

E dal Parlamento sul Ddl Caregiver arriva una promessa: «C'è un impegno comune di tutto l'Intergruppo "Insieme per un impegno contro il cancro" che, sottolineo, non ha colore politico, per dargli quella corsia preferenziale e numerica in Parlamento e farlo andare avanti nel più breve tempo possibile». Parola del vicepresidente della Camera Giorgio Mulè, intervenuto al convegno #UnitedByUnique organizzato a Roma per la Giornata mondiale del cancro dal gruppo "Salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere".



Servizio Oncologia

Tumore cerebrale: la chirurgia di squadra salva linguaggio, movimento e memoria

Oggi è possibile operare con il cervello “in funzione”: il mappaggio diretto e continuo permette di intervenire in aree inaccessibili fino a pochi anni fa

*di Lorenzo Bello**

4 febbraio 2026

Negli ultimi anni la chirurgia dei tumori cerebrali ha conosciuto un’evoluzione profonda, che va ben oltre il perfezionamento delle tecniche operatorie. Oggi curare queste patologie significa costruire un sistema complesso, in cui competenze cliniche, neuroscienze, tecnologia avanzata e organizzazione ospedaliera lavorano in modo integrato, con un obiettivo chiaro: aumentare la sopravvivenza senza compromettere la qualità della vita.

La pianificazione multidisciplinare

La neurochirurgia oncologica moderna non può più essere pensata come l’atto di un singolo specialista, ma come il risultato di un lavoro collettivo. Ogni intervento nasce da una pianificazione multidisciplinare che coinvolge neurochirurghi, neuropsicologi, neurofisiologi, neuroradiologi, anestesisti, fisici e ingegneri. Oggi questa collaborazione strutturata si realizza al Irccs Galeazzi Sant’Ambrogio - grazie all’équipe di Neurochirurgia Oncologica. Qui vengono operati tumori complessi preservando funzioni fondamentali come linguaggio, movimento e capacità cognitive.

Un ruolo decisivo è svolto dalla applicazione delle neuroscienze avanzate associate alla tecnologia. L’uso combinato di neuropsicologia, neurofisiologia e mappaggio funzionale intraoperatorio associate a tecniche di registrazione e monitoraggio avanzato consente oggi di operare con il cervello “in funzione”. In molti casi il paziente resta, per breve tempo, sveglio durante l’intervento, permettendo un mappaggio diretto e continuo delle sue funzioni, soprattutto di quelle cognitive superiori. Questo dialogo in tempo reale con il cervello rende possibile intervenire anche in aree considerate fino a pochi anni fa inaccessibili.

Controlli estremamente accurati

In questo contesto si inserisce la cosiddetta resezione sopratotale, una strategia chirurgica che punta a rimuovere non solo la massa tumorale visibile alle metodiche di immagine, ma anche le aree circostanti potenzialmente infiltrate da cellule neoplastiche. Un approccio che può essere adottato solo se supportato da una conoscenza molto approfondita dell’organizzazione funzionale cerebrale e da un controllo intraoperatorio estremamente accurato. I risultati clinici dimostrano che questa strategia può tradursi in un significativo miglioramento della sopravvivenza a lungo termine, senza un aumento delle sequele neurologiche.

Il legame tra clinica e ricerca di base

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Fondamentale, in questo percorso, è il legame tra clinica e ricerca di base. La collaborazione continua con i laboratori di neuroscienze permette di trasferire rapidamente le scoperte sul funzionamento dei circuiti cerebrali nella pratica chirurgica quotidiana. Un modello “traslazionale” che non produce benefici solo in ambito oncologico, ma apre nuove prospettive anche nella riabilitazione neurologica.

L'esperienza maturata al Irccs Galeazzi Sant'Ambrogio, dimostra che la sanità pubblica italiana può esprimere livelli di eccellenza riconosciuti a livello internazionale, quando riesce a integrare competenze, ricerca e tecnologia all'interno di strutture organizzate e orientate all'innovazione. Investire in questi modelli non significa solo migliorare gli esiti clinici, ma rafforzare la capacità del sistema sanitario di rispondere alle sfide più complesse della medicina contemporanea.

**Responsabile dell'équipe di Neurochirurgia Oncologica all'IRCCS Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio di Milano, professore ordinario di Neurochirurgia Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia Università di Milano*

Servizio Ospedali

Studio evidenzia batteri pericolosi sulle maniche lunghe degli operatori sanitari: i rischi

La ricerca mostra come materiali e abitudini influenzano la contaminazione batterica sulle divise mediche

di Redazione Salute

4 febbraio 2026

Le maniche lunghe degli indumenti degli operatori sanitari sono spesso contaminate da batteri, alcuni dei quali potenzialmente pericolosi e questo potrebbe portare a ripensare le divise ospedaliere e le pratiche igieniche nei reparti. Ad accendere i riflettori sul tema è uno studio pubblicato a gennaio 2026.

Oltre 8 maniche su 10 contaminate

La ricerca, condotta dalla dottoressa Maria F. Sanes Guevara e colleghi presso l'UPMC Presbyterian di Pittsburgh, ha analizzato 280 campioni prelevati dalle maniche degli operatori sanitari in diversi reparti ospedalieri.

I risultati: l'81% delle maniche lunghe esaminate presentava crescita batterica, mentre il 21% ospitava almeno un patogeno potenzialmente dannoso.

«Un semplice gesto, come rimboccarsi le maniche, potrebbe fare la differenza nella lotta contro le infezioni nosocomiali: si tratta di una strategia semplice e a basso costo che potrebbe diminuire il carico di infezioni evitabili. Anche orologi e anelli possono diventare un ricettacolo di batteri, ragione per cui è opportuno rimuoverli in contesti di cura e rafforzare il lavaggio e la disinfezione delle mani.

Alcune operazioni, invece, andrebbero eseguite con camici monouso con allacciatura posteriore, mascherine e uso di guanti. Ovviamente i presidi devono essere adeguati alle specificità del reparto, specialmente in funzione delle fragilità presenti» sottolinea il Fabio Beatrice, a capo del Board Scientifico del MOHRE e Primario Emerito a Torino.

Tra i microrganismi identificati figurano streptococchi alfa-emolitici (rilevati in 28 casi), diverse specie di *Bacillus* (20 casi), specie *Pantoea* e *Mixta* (8 casi), bacilli gram-negativi (6 casi) e, in due casi, lo *Staphylococcus aureus*, un batterio noto per la sua capacità di causare infezioni anche gravi.

Attenti alla giacca in pile

L'indagine ha messo in luce differenze significative tra i vari materiali. Il pile si è rivelato il tessuto più "ospitale" per i batteri: oltre il 41% delle maniche realizzate in questo materiale ha mostrato la presenza di almeno un patogeno potenziale.

I tessuti sintetici non in pile hanno registrato una contaminazione del 32,8%, mentre il cotone si è dimostrato leggermente più sicuro con il 24,1% di contaminazione.

Un altro dato interessante riguarda la distribuzione della contaminazione tra i vari reparti: il 69,6% delle maniche campionate nei reparti ordinari presentava crescita batterica, contro il 30,4% di quelle nelle unità di terapia intensiva, dove presumibilmente le misure di controllo delle infezioni sono più rigide.

Maniche su e più igiene

La riduzione della contaminazione potrebbe essere ottenuta con un gesto semplicissimo: arrotolare le maniche ed espandere l'igiene delle mani, andando sino ai polsi.

I ricercatori hanno precisato che lo studio non ha trovato prove dirette di trasmissione dai vestiti degli operatori ai pazienti.

Tuttavia, hanno anche notato che "persino gli indumenti appena lavati diventano sostanzialmente contaminati entro poche ore dall'uso", un dato che solleva interrogativi sull'efficacia delle sole pratiche di lavaggio.

Nel Regno Unito esiste già da tempo una politica chiamata "bare below the elbows" (scoperti sotto i gomiti), che incoraggia gli operatori sanitari a non indossare maniche lunghe.

La Society for Healthcare Epidemiology of America ha sostenuto questa politica per oltre un decennio, ma negli Stati Uniti non è obbligatoria e le regole sull'abbigliamento dipendono dalle preferenze dei singoli ospedali.

Riforma sanitaria, il Pd: «Regione bocciata da Roma»

D'Angelo: «Pesanti i rilievi del governo»

GENOVA

Il rischio di impugnazione per la riforma della sanità ligure, dopo la lettera arrivata dal Dipartimento degli affari regionali agli uffici di via Fieschi, non è passato inosservato nell'arena politica.

Se dalla Regione si tende a derubricare a semplice questione tecnica i rilievi sugli stipendi dei top manager della sanità ligure, per il Pd si tratta di una bocciatura da parte del governo. «Sulla riforma della sanità voluta da Bucci arriva una bocciatura politica clamorosa: anche il governo Meloni, cioè un governo amico della giunta ligure, è stato costretto a intervenire per segnalare critici-

tà pesanti», sostiene il consigliere del Pd Simone D'Angelo.

«I rilievi del Dipartimento Affari regionali colpiscono inoltre due punti centrali della legge: gli stipendi fuori scala dei nuovi supermanager e la creazione di figure apicali difficili da inquadrare nel sistema nazionale. Bucci ha voluto retribuzioni fino a 200 mila euro lordi per i vertici delle nuove aziende, superiori a quelle dei direttori generali della sanità, mentre negli ospedali mancano medici, infermieri e operatori e le liste d'attesa continuano ad allungarsi». Interviene sul tema anche il consigliere Enrico Ioculano, vicepresidente della commissione sanità: «I rilie-

vi del ministero riguardano, punto per punto, criticità che noi come Partito Democratico insieme alle opposizioni abbiamo sollevato già durante l'esame della legge in Consiglio regionale lo scorso dicembre», sostiene. «In particolare, il ruolo dei direttori d'area: una figura anomala, poco definita, con competenze richieste che non trovano un motivo chiaro né nella normativa nazionale né nella stessa legge regionale. Una sovrapposizione di funzioni che abbiamo contestato fin dall'inizio, segnalando il rischio di indebolire la catena di responsabilità, allungare procedure e rendere opaca la governance delle aziende sanitarie. Che oggi il ministero richia-

mi proprio questi aspetti conferma che le nostre obiezioni non erano politiche, ma di merito». Mentre secondo l'esponente Pd un nuovo rischio è rappresentato dalla legge delega sulla sanità del ministro Schillaci: «Vuole portare i grandi ospedali sotto il controllo ministeriale, un'autonomia al contrario, ma da Bucci arriva solo un riverente silenzio». —

E.ROS.



Sanità Approvata la delibera della Asl Roma 1, su input regionale, per la gara d'appalto del progetto. Chiuso da 18 anni, si occuperà di fragili ed anziani

«L'ospedale San Giacomo riaprirà»

Il governatore Rocca: pronto nel 2029 con 300 professionisti, ospiterà un nosocomio, una Rsa e una lungodegenza

Per il nuovo San Giacomo è partito il bando di gara per la realizzazione del progetto. Il complesso del Trecento che si affaccia su via del Corso e su via di Ripetta costituirà un *unicum* nel suo genere: ospiterà infatti un ospedale di comunità, una Residenza sanitaria assistita (Rsa) e una lungodegenza. «È partito un iter irreversibile che terrà conto del bisogno degli anziani e dei fragili», ha spiegato il presidente della Regione, Francesco Rocca. Nelle previsioni, dovrebbe essere pronto nel 2029. Al suo interno lavoreranno 300 professionisti.

alle pagine 2 e 3 **Salvatori**



Un rendering del nuovo ospedale San Giacomo, la cui apertura è prevista nel 2029. La struttura è chiusa dal 2008: lavori per 145 milioni di euro

Sanità



«Ospedale, Rsa e lungodegenza Così sarà il Nuovo San Giacomo»

L'annuncio di Rocca: «Partito un iter irreversibile, pronto nel 2029 avrà 300 professionisti»

Prende il via ufficialmente la realizzazione del nuovo ospedale San Giacomo in Augusta. A sancire l'avvio della pratica che restituirà ai romani la struttura sanitaria nota anche come «degli Incurabili», situata tra via del Corso e via di Ripetta proprio nel cuore del centro storico e chiusa ormai da 18 anni (era il 2008 quando venne dismessa), una delibera della Asl Roma 1, su input regionale e appena approvata, per l'indizione della gara d'appalto per la progettazione, per un valore di 3 milioni 144mila euro. «Parte adesso un iter che costituisce un passo irreversibile. Un impegno che avevamo preso, che stiamo rispettando e che risponde a un bisogno dei più fragili e dei più anziani», sono queste le parole del presidente della Regione, Francesco Rocca.

La riqualificazione del San Giacomo (che costerà complessivamente 145 milioni) costituirà un *unicum* nel panorama sanitario, dal momento che il complesso realizzato nel Trecento e costituito da un edificio a planimetria a «H», ospiterà un ospedale di comunità, una Residenza sanitaria assistenziale (Rsa) e una lungodegenza. E le sue attività andranno a integrarsi con quelle del San Filippo Neri, del Santo Spirito e dell'Of-

talmico.

Quali saranno adesso i prossimi passi? «Una volta che verrà aggiudicata la gara per la progettazione del nuovo San Giacomo, nel rispetto dei tempi tecnici, si passerà a quella per la realizzazione vera e propria dell'intervento — ha spiegato ancora il presidente Rocca —. Ragionevolmente, nell'arco di 24-30 mesi, quindi nel 2029 ma a voler essere ottimisti anche alla fine del 2028, sarà completato e operativo». I lavori saranno meno complessi di quelli che a breve partiranno per la realizzazione del Policlinico Umberto I. «Si parla della ristrutturazione e del consolidamento della struttura già esistente, per altro di dimensioni più contenute — ha affermato ancora il governatore —. Poi per l'attivazione vera e propria si procederà al concorso per reclutare il personale, il cui numero nelle Rsa e nelle lungodegenze è ben disciplinato per rapporto tra infermieri, medici e pazienti. Ma credo che ci sarà bisogno di almeno 300 professionisti».

Il progetto dovrà prevedere la risistemazione di cinque piani. In quello seminterrato, oltre alle centrali tecnologiche e i depositi, dovranno trovare spazio il blocco operatorio e la diagnostica per immagini. Al piano terra, che sarà quello

preposto all'accoglienza dei pazienti, ci saranno una grande hall, una sala conferenze di 300 metri quadrati in grado di contenere un'ottantina di persone, gli ambulatori, un'area d'attesa per chi dovrà praticare percorsi diagnostico-terapeutici e alcuni servizi dedicati alla salute femminile. Salendo, il primo piano ospiterà 80 posti letto per l'ospedale di comunità e 16 postazioni per la dialisi. Al secondo invece ci saranno 60 posti dedicati alla lungodegenza, dove saranno assistiti soprattutto anziani e persone non autosufficienti, affetti da patologie croniche che necessitano di trattamenti fisioterapici e assistenza sanitaria, oltre che 8 posti hospice. Infine, al terzo piano saranno collocati 20 posti letto di Rsa e altri servizi ausiliari.

Tra le caratteristiche fondamentali che dovrà avere il progetto che ridisegnerà il San Giacomo, il rispetto di standard qualitativi e ambientali in grado di conciliare l'efficacia delle cure con la sicurezza e il benessere dei pazienti, ma anche la necessità di essere accoglienti e funzionali per i lavoratori. Dovrà contemplare poi anche l'adozione di tutto quanto previsto dalle norme antincendio e sismiche, per il benessere visivo e acustico, per la realizzazione di scale di sicurezza esterne, demolizione e ricostruzione di quelle interne e degli ascensori, ma an-

che interventi sulle facciate esterne, necessariamente concordati con la Soprintendenza ai beni architettonici e ambientali.

«Negli ambiti sanitari che il nuovo San Giacomo andrà a implementare, oggi operano quasi esclusivamente i privati. Questo sarà quindi un importante passaggio culturale — ha concluso Rocca —. E non solo: i servizi per acuti mancano in centro storico ed è proprio una delle ragioni che alla fine va ad appesantire il pronto soccorso. Mi auguro che avere servizi ambulatoriali dedicati possa aiutare in qualche modo a fermare lo spopolamento e la desertificazione del centro storico di Roma».

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il governatore

«Impegno per i fragili e i più anziani. I servizi per acuti mancano nel centro storico»

Il progetto

Verranno riqualificati 5 piani della struttura esistente. Poi i concorsi per il nuovo personale



LA DISCENDENTE

Oliva Salviati: «Finalmente, vinta una lunga battaglia»

«Abbiamo vinto una battaglia durata 18 anni per la dignità dei malati e della sanità pubblica». A parlare è Oliva Salviati, discendente del cardinale Salviati che rilanciò l'ospedale nel 1500.

alle pagine 2 e 3 **Di Frischia**

L'erede

Oliva Salviati: «La mia battaglia è durata 18 anni, finalmente vinta»

La riapertura dello storico ospedale San Giacomo è legata soprattutto alla voglia di non arrendersi per 18 anni di Oliva Salviati, discendente del cardinale Antonio Maria Salviati che donò la struttura alla città di Roma nel 1593, vincolandone l'uso con destinazione sanitaria. Questo vincolo, dopo oltre quattro secoli, ha permesso di trovare la chiave per farlo ritornare a vivere.

Il polo assistenziale che si chiamava «Ospedale di San Giacomo in Augusta» fu fondato nel 1339 da un altro porporato: Giacomo Colonna per curare poveri e anziani soli. Per questo fu definito «degli Incurabili»: essendo edificato nel cuore della città, tra via del Corso e via di Ripetta, divenne un centro dedicato ai malati cronici e senza speranza. Di origine medievale, fu rifondato nel Cinquecento per volontà del cardinale Salviati, come avvenne nello stesso periodo per altri ospedali «degli incurabili» presenti in altre città italiane.

Vicino al San Giacomo c'era anche lo studio romano del

celebre scultore Antonio Canova. In epoca rinascimentale l'ospedale divenne un polo di grande importanza nella storia della Medicina perché ospitò il «Teatro Anatomico» nella «Sala Lancisiana»: un vero e proprio teatro che custodiva le collezioni di storia sanitaria e dove si studiava il corpo umano.

Dopo secoli di attività nel 2008 (il 9 ottobre per la precisione) l'ospedale visse il suo ultimo giorno di vita: la giunta regionale guidata da Piero Marrazzo, con i conti della sanità in profondo rosso, pensò di chiudere tutte le piccole strutture, compreso il San Giacomo, per ridurre il deficit sanitario. Il personale fu redistribuito in altri ospedali pubblici romani. «Ma io mi sono opposta con ogni mezzo per restituire dignità alla sanità italiana e ho fatto questa lunga battaglia (anche a colpi di carte bollate) perché all'epoca è stata fatta una cosa orribile: l'ospedale era stato appena ristrutturato e non doveva essere chiuso - sottolinea Oliva Salviati -. Il mio antenato, il cardinale Salviati, aveva fatto una cosa straordinaria rilan-

ciandolo nel 1500 e da allora il San Giacomo aveva sempre fatto il suo dovere». «Ma sono sicura che dietro c'era una speculazione immobiliare: volevano venderlo e farne probabilmente un albergo nel cuore di Roma, altro che conti in rosso - sostiene Salviati - ma gli italiani si sono abituati agli scandali: oggi ce ne sta uno, domani un altro... e comunque ho cercato di tenere i riflettori accesi su questo argomento».

Intanto la Regione fece una operazione di cartolarizzazione vendendo l'ospedale alla Sanim, società della stessa Regione. Poi l'immobile fu ceduto alla Invimit (società del ministero della Finanze per valorizzare i beni pubblici). Ma l'ospedale non fu comun-



que venduto a privati. «Grazie al presidente Rocca e al ministero dell'Economia è stata trovata una intesa e ora alla fine sarà riaperto - dice con grande soddisfazione Salviati -. Nel frattempo nel 2021 ho vinto al Consiglio di Stato dopo avere perso al Tar perché il cardinale Salviati lo aveva donato a Roma con una destinazione d'uso: doveva rimanere

un ospedale. Non poteva essere trasformato in un albergo a 5 stelle!». E anche la Cassazione ha dato ragione alla Salviati. «Questo è un simbolo e tornerà a funzionare - ribadisce -. Penso a tutti coloro che potranno tornare a farsi curare lì, penso ai tanti soggetti fragili che avranno un luogo moderno e efficiente dove essere seguiti. Nessuno ci avrebbe

scommesso un euro, ma non mi sono arresa per 18 anni. Ora da uno a dieci sono felice 100!».

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La lotta

A sinistra un uomo protesta davanti all'ingresso del vecchio San Giacomo, ancora aperto nel 2008. Sopra Oliva Salviati



Gli altri nodi da sciogliere

Dal 1° febbraio

Prescrizioni di visite ed esami, cambiati i tempi di accesso alle asl per i malati

Dal primo febbraio è iniziata la rivoluzione per l'accesso alle prestazioni sanitarie nel Lazio. Una rivoluzione di cui dovranno essere verificati i frutti, anche per capire se le proteste che si sono sollevate dalle opposizioni risulteranno fondate o meno. Due i pilastri del cambiamento: la modifica degli ambiti di garanzia e la riduzione dei tempi di validità delle prescrizioni mediche. Da lunedì scorso, quindi, quando un paziente del Lazio chiama il Recup per prenotare visite ed esami non viene indirizzato verso la prima disponibilità temporale su tutto il territorio regionale, come accadeva prima, ma verso la prestazione più vicina a livello geografico rispetto alla residenza, oltre che verso le tre Asl romane. Inoltre, per evitare che come lo scorso anno 200mila persone abbiano prenotato prestazioni sanitarie con un notevole ritardo rispetto all'emissione e al codice della ricetta medica, sono stati rivisti i tempi di validità. Se prima tutte le impegnative duravano 180 giorni, da inizio

mezzo, con le modifiche introdotte dalla giunta Rocca, la validità cambia a seconda della classe di priorità attribuita dal medico curante. Per una ricetta urgente (U), il paziente dovrà contattare il Recup e prenotare entro 10 giorni dall'emissione. Per quella breve (B) ha a disposizione un massimo di 20 giorni. Per la differibile (D) può aspettare fino a 40 giorni per una visita o a 70 per una prestazione. Mentre per un controllo a cui è stato attribuito dal suo medico il codice programmato (P) si hanno 130 giorni di tempo per prendere un appuntamento.

Cla. Sa.



Nuove norme. È cambiata la modalità delle prenotazioni



Arriva l'infermiere di famiglia e di comunità allo Spallanzani si formeranno 120 operatori

SANITÀ

Se l'aspettativa di vita si allunga, il tasso di natalità continua a calare. Lo dicono i dati: l'Italia è un Paese sempre più anziano. Ma a rendere ancora più complesso uno scenario già a tratti distopico, c'è l'aumento costante dell'incidenza di patologie croniche e di condizioni di multimorbidità. Per rispondere a queste nuove sfide, l'Istituto Nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani" Irccs ha avviato un corso pilota per istituire una nuova figura sanitaria: l'infermiere di famiglia e comunità. Questa prima edizione è rivolta a 120 operatori

del Servizio sanitario regionale. Ma quali saranno le mansioni specifiche di questa nuova figura? Viene inquadrato come un professionista dipendente del Ssr, con un forte orientamento alla prevenzione. Il suo compito principale sarà intercettare precocemente i problemi di salute, gestendoli in maniera proattiva. Si attiverà anche per monitorare i percorsi di presa in carico e garantire la continuità dell'assistenza, in stretta integrazione con le altre figure professionali del territorio. Opererà su tre livelli: ambulatoriale, domiciliare e comunitario. Sarà quindi presente nelle Case della comunità, nelle Centrali operative territoriali, negli ospedali di comunità e nelle Unità di continuità assistenziale. «Una figura chiave» che contribuirà «alla riorganizzazione

ne del sistema sanitario e a potenziare l'assistenza territoriale della Regione», ha dichiarato alla presentazione Cristina Matrangola, direttrice generale dello Spallanzani. Presenti al lancio anche Andrea Urbani, Direttore regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria.

Sofia Spagnoli

PARTE IL CORSO PILOTA DELL'IRCCS PER ISTITUIRE LA NUOVA FIGURA SANITARIA REGIONALE



L'entrata dello Spallanzani

