

**8 giugno 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**

## **“Struttura Sanitaria Sicura”. Sono Camilliane le prime 3 strutture socio sanitarie certificate in Italia**

Le tre strutture laziali ottengono il riconoscimento che l'Italia ha ideato per certificare le strutture che adottano rigidi standard di prevenzione e controllo delle infezioni. Bellomo: “Profondo orgoglio, che conferma la solidità di un modello organizzativo che unisce la massima sicurezza delle cure alla dignità della persona”.

Le prime strutture sanitarie in Italia ad aver ottenuto la certificazione “Struttura Sanitaria Sicura” sono camilliane e associate all'**Aris**: si tratta della Casa di Cura Villa Immacolata di San Martino al Cimino, in provincia di Viterbo, della Casa di Cura Salus Infirmorum di Roma e del Centro di Riabilitazione Villaggio Eugenio Litta di Grottaferrata. Un risultato storico che segna una svolta nel panorama sanitario italiano, partendo dal cuore del Lazio. Lo annuncia l'Aris in una nota. Il titolo è stato rilasciato per l'eccellenza nella prevenzione e nel controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Le tre realtà laziali sono le prime in Italia a conseguire questo riconoscimento. Il bollino attesta la conformità ai più elevati standard organizzativi e gestionali in materia di sicurezza delle cure, prevenzione del rischio infettivo e tutela dei pazienti.

“Il percorso di certificazione è stato sviluppato sotto la supervisione scientifica di due tra i più qualificati esperti epidemiologi e infettivologi italiani: il Prof. Giovanni Rezza e il Prof. Massimo Andreoni. La loro firma rende questo schema di certificazione uno dei più autorevoli e severi strumenti di valutazione oggi disponibili per le organizzazioni sanitarie che puntano a livelli avanzati di sicurezza assistenziale e miglioramento continuo”, si legge sulla nota dell'Aris.

L'ottenimento della certificazione è il frutto di un articolato lavoro di squadra che ha coinvolto l'intera comunità professionale delle tre strutture. Direzioni sanitarie e operative, medici, infermieri, terapisti, operatori socio-sanitari, farmacisti, tecnici, personale amministrativo e dei servizi generali hanno collaborato per costruire un sistema integrato e impenetrabile contro i rischi clinici, ponendo la persona assistita al centro di ogni protocollo.

Oggi le infezioni correlate all'assistenza rappresentano una delle sfide globali più complesse per la sanità. “Anticipare questo rischio con protocolli rigidi basati sulle migliori evidenze scientifiche trasforma il primato delle strutture camilliane associate Aris in un modello virtuoso per l'intero Paese”, commenta la nota.

“Essere i primi in Italia a conseguire questa certificazione è motivo di profondo orgoglio», dichiara Michele Bellomo, Direttore Generale della Provincia Romana dei Camilliani. «Questo risultato testimonia il valore del lavoro quotidiano dei nostri professionisti e conferma la solidità di un modello organizzativo che unisce la massima sicurezza delle cure alla dignità della persona, in piena sintonia con i valori di efficienza e solidarietà che condividiamo all'interno del mondo ARIS”.

“La sicurezza non è un traguardo statico”, prosegue Bellomo. “È un percorso permanente che richiede formazione, aggiornamento e capacità di innovare. Questo riconoscimento appartiene a tutti i collaboratori che ogni giorno operano con responsabilità e spirito di servizio”.

Questo traguardo, sottolinea ancora la nota, “si inserisce nel solco della tradizione della Provincia Romana dei Camilliani, storicamente impegnata a coniugare l’eccellenza professionale all’attenzione per i più deboli, secondo il carisma di San Camillo de Lellis. Con la certificazione “Struttura Sanitaria Sicura”, le tre realtà del Lazio e l’Aris riaffermano il proprio ruolo di guida e di avanguardia nel panorama socio-sanitario italiano, dimostrando che la sicurezza non è solo un obbligo formale, ma un valore etico condiviso”.

05 Giugno 2026

la Repubblica



VALLEVERDE



Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



Spettacoli Angelo Caroli: così vesto le star con gli abiti usati

di EMILIO MARRESE a pagina 29

Risport Paura per Eriksen nuovo malore in campo

di MAURIZIO CROSETTI a pagina 39



Lunedì 8 giugno 2026

Anno 113 - N° 22

Oggi con

Affari&Finanza

In Italia €1,90



Risiko bancario sfida per Mps tra Intesa e Bpm

Messina muove sulla banca senese Castagna corre in aiuto di Lovaglio

Si apre un nuovo capitolo del risiko bancario. Si muove Intesa Sanpaolo con Bper e prepara un'offerta su Monte dei Paschi. Banco Bpm risponde e propone un'unione con Siena che darebbe vita a un polo da 50 miliardi di euro di capitalizzazione. di GRECO, MANACORDA e PONS alle pagine 6 e 10

IL RETROSCENA

I piani divergenti di Meloni e Salvini

di GIUSEPPE COLOMBO

È stata tutto tranne che una mossa inaspettata. Giorgia Meloni era a conoscenza delle intenzioni di Carlo Messina. Sapeva che l'amministratore delegato di Intesa avrebbe riunito il cda per lanciare l'offerta su Mps. In ambienti di governo si parla anche di una telefonata tra i due. Non è solo una questione di cortesia. La dinamica va oltre i buoni rapporti. L'aria che si respirava ieri sera a palazzo Chigi era quella della «non ostilità». a pagina 9

Iran, missili su Israele

L'Idf attacca Beirut e Teheran lancia una rappresaglia sulle basi militari. Allerta degli Usa Trump a Netanyahu: fermati, accordo vicino. Vertice sull'Ucraina: negoziati diretti con Mosca

I PERSONAGGI



Antonelli principe di Montecarlo Cobolli sfiora il trono di Parigi

di GABRIELE ROMAGNOLI



Il giovane principe vince andandosene sul velluto e conquista Montecarlo. Il nuovo arrivato perde e fallisce la rivoluzione a Parigi.

a pagina 35 con i servizi di CALANDRI, MAURELLI e RETICO da pagina 34 a 37

Israele attacca Beirut e l'Iran risponde lanciando missili. In Medio Oriente è fuoco incrociato di raid e minacce. Le forze armate americane in allerta. Donald Trump ammonisce Teheran: «Tornate al tavolo delle trattative». E prova a fermare il premier israeliano Benjamin Netanyahu: «Non sono contento del raid sul Libano, siamo vicini a un accordo, non deve saltare tutto». A Londra il presidente ucraino Zelensky incontra Starmer, Macron e Merz.

di BRERA, COLARUSSO, DI FEO, GUERRERA, LOMBARDI e TONACCI da pagina 2 a pagina 7

Il ruolo dell'Europa al fianco di Kiev

di MAURIZIO MOLINARI

Il summit di Londra segna una duplice svolta nella reazione dell'Europa all'aggressione russa dell'Ucraina: per la prima volta Mosca è in evidente difficoltà sul fronte militare e dunque il club dei volenterosi può prendere l'iniziativa, puntando a sostituirsi agli Usa nelle vesti di mediatori, facendo leva sul rafforzamento sul campo delle forze di Zelensky. Il cambiamento nasce da quanto sta avvenendo nelle trincee: gli ucraini hanno strappato all'avversario più territorio di quanto ne hanno perso. a pagina 18

Senatore di FI accusato di stupro La Russa apre un'inchiesta

Il presidente del Senato Ignazio La Russa chiede di «procedere agli accertamenti necessari» sul caso di Francesco Silvestro, senatore di Forza Italia, accusato di aver abusato di una donna nel suo ufficio. Dopo la notizia rivelata da Repubblica Silvestro si difende: «Estraneo ai fatti, sono pronto a chiarire». E commenta: «Io sono un bel ragazzo, lei una normale». Scoppia la bufera politica. L'opposizione: fare piena luce. La destra: reato gravissimo ma no a giudizi affrettati.

di DE CICCO, RIFORMATO e VECCHIO alle pagine 12 e 15

L'INTERVISTA

La vittima: «Insulti dopo l'abuso ho detto solo la verità»

di CONCHITA SANNINO

a pagina 13

Bene la tecnologia ma l'uomo indichi la strada

LE IDEE

di CONCHITA DE GREGORIO

La tassista, una ragazza giovane e tatuatissima, sentiva musica heavy metal. Di solito chiedo con gentilezza di abbassare un po' - sa, il mal di testa. Mi scusi, una telefonata - ma questa volta no. Potente, la sua musica. Potente lei. Forse, semplicemente, ero quella mattina di grande buon umore. Che tragitto preferisce? Mi ha chiesto.

a pagina 18

Advertisement for it.ex. featuring a futuristic scene with a man and a woman. Text: it.ex. ITALIAN ASSOCIATION OF INTERNATIONAL TRAVEL AGENTS. IT-EX. L'Italia che espone il futuro.



CORRIERE DELLA SERA

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

150 ANNI  
DEL LUNEDÌ

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

Banca Ifis

Milano  
La modella aggredita:  
cerco chi mi ha salvata  
di Carlo d'Elia  
a pagina 20



Domani gratis  
Bell'Italia, guida  
alla Sardegna  
numero speciale del mensile  
che compie quarant'anni



SIAMO IL  
CREDITO  
PER LA TUA  
AZIENDA

Tra Ue e Usa

IL REBUS  
DEGLI AIUTI  
PER KIEV

di Giuseppe Sarcina

Sappiamo che è in corso il passaggio di consegne tra Stati Uniti ed Europa nella difesa dell'Ucraina. In sostanza, di questo hanno discusso ieri sera a Londra i leader di Regno Unito, Francia, Germania con Volodymyr Zelensky. È un'operazione politica ed economica difficile, perché ancora piena di rischi e di incognite. Come dimostra ciò che è accaduto mercoledì 3 giugno, nella prima e, a suo modo, storica riunione a Kiev tra l'organismo direttivo della Nato e Zelensky. Il Segretario generale dell'Alleanza Atlantica, Mark Rutte, ha fatto notare come, entro il 2026, i Paesi europei consegneranno aiuti militari per circa 42 miliardi di dollari agli ucraini. E gli Usa? Zero o quasi, se, come tutto lascia pensare, Donald Trump manterrà, da qui alla fine dell'anno, la linea di disimpegno che ha adottato da quando è arrivato alla Casa Bianca. Nella capitale ucraina, Scott Oudkirk, il vice ambasciatore americano presso la Nato, ha ripetuto, con un po' più di eleganza, il teorema trumpiano, più o meno con queste parole: noi condanniamo i raid aerei dei russi sulle città ucraine, che sono la ragione per la quale questa guerra non finisce; gli Stati Uniti restano pronti a mediare tra le due parti, ma gli «alleati europei» dovrebbero comprare più armi americane da consegnare all'esercito ucraino. Come dire: non solo non regaliamo più niente, ma le nostre aziende ci devono guadagnare.

continua a pagina 28



Dall'alto a sinistra, in senso orario: Luigi Lovaglio di Mps, Giuseppe Castagna di Bpm, Carlo Cimrini di UnipolSare e Carlo Messina di Intesa Sanpaolo

Banche, parte la sfida su Mps per il superpolo  
Bpm: fusione. Intesa rilancia con Unipol e Bper

DATAROOM

Quanto pesano  
le leggi elettorali

di Milena Gabanelli  
e Simona Ravizza

Dal 1993 ne abbiamo cambiate quattro. Quanto contano, e per chi, le leggi elettorali.

a pagina 14

Banco Bpm chiama Mps per fare nascere il progetto per il superpolo bancario italiano da 50 miliardi. Ma ecco subito la contromossa di Intesa Sanpaolo, che nel pomeriggio di ieri ha convocato il consiglio di amministrazione e con Bper rilancia una possibile offerta congiunta per Mps. E così, di domenica e a Borse chiuse, è di fatto iniziato il secondo tempo del risiko bancario.

da pagina 8 a pagina 11 Fubini Pica, Polizzi, Rinaldi

RISPARMIO E CREDITO

Il riassetto finale tra poteri

di Daniele Manca

Che l'equilibrio fosse instabile era chiaro. Il grande risiko bancario attorno a Mps, Mediobanca e soprattutto Generali sembrava un'incognita. Ieri in rapida successione, prima un'offerta di nozze da parte di Banco Bpm a Mps, poi la notizia di una contro offerta di Intesa Sanpaolo con Unipol-Bper, ed è scattato, in una domenica di giugno, il riassetto di potere e poteri.

continua a pagina 11

Tutti intercettati i razzi lanciati dagli ayatollah. Il leader Usa a Netanyahu: non reagire. Ma Ben-Gvir: devono bruciare

Israele-Iran, nuovi venti di guerra

L'Idf colpisce a Beirut, Teheran risponde a colpi di missili. Trump: «Ora basta, trattate»

di Monica Ricci Sargentini  
e Marta Serafini

Si alza di nuovo la tensione tra Israele e Iran. Missili di Teheran sono stati lanciati sul Nord di Israele, tutti intercettati. Erano una risposta ai raid dell'Idf su Beirut per colpire le postazioni di Hezbollah. Israele minaccia ritorsioni. L'intervento del presidente americano Donald Trump per cercare di frenare l'escalation. La telefonata con il premier israeliano Benjamin Netanyahu e l'invito alle autorità iraniane di tornare a sedersi al tavolo dei negoziati.

alle pagine 2 e 3

IL VERTICE

Londra, Zelensky  
con i Volenterosi:  
congelare il fronte

di Stefano Montefiori

Vertice dei Volenterosi a Londra. Zelensky ha ribadito la sintonia con i leader europei e lanciato un messaggio a Putin: «Sono pronto a negoziare».

a pagina 5

Sport Quinto trionfo consecutivo in F1. Il tennista cede a Zverev



Kimi Antonelli, 19 anni, esulta a Montecarlo avvolto nel Tricolore

Antonelli è da leggenda:  
dominio a Montecarlo

Dallera, Sparisci, Terruzzi alle pagine 36 e 37



Flavio Cobolli, 24 anni, protagonista della finale di Parigi

Cobolli, lotta e orgoglio  
La resa solo all'ultimo set

Imarisio, Panatta, Piccardi alle pagine 38 e 39

L'INTERVISTA CESC FÀBREGAS

«Calcio più triste  
con i telefonini,  
perdiamo talenti»

di Walter Veltroni

Cesc Fàbregas è stato un grande giocatore di calcio, un centrocampista geometrico e geniale. Da calciatore ha vinto tutto il possibile, campionati in Spagna e in Inghilterra con Barcellona e Chelsea e con la sua nazionale spagnola gli Europei e il Mondiale.

continua alle pagine 24 e 25

L'EX GIOCATORE DELL'INTER

Paura per Eriksen  
Ancora un malore  
durante la partita

di Carlos Passerini

Ancora paura per l'ex interista Eriksen, che si tocca il petto e crolla in campo durante Danimarca-Ucraina. Cinque anni fa l'arresto cardiaco agli Europei.

a pagina 40

CARLO ROVELLI  
La CATTIVA  
COSCIENZA  
dei FISICI  
Ci sono atomiche sufficienti  
a bruciare viva l'umanità,  
e stiamo litigando  
in libreria e in edicola  
CORRIERE DELLA SERA  
SOLFERINO

ULTIMO BANCO  
di Alessandro D'Avenia

Compiti per le vacanze?

Oggi in molte scuole è l'ultimo giorno: un anno scolastico è «valido» se ha 200 giorni effettivi. Da domani: scrutini, pagelle e, per chi è alla fine di medie e superiori, l'esame. Crediamo ancora che scuola sia un perimetro burocratico di giorni e banchi, domeniche escluse. Potremmo invece aprirci alla più gioiosa realtà che «scuola» sia una dimensione permanente dell'anima. La vita umana è fatta di due soli movimenti: andare a scuola e tornare a casa, dove scuola e casa sono i due poli da cui passa l'energia che accende l'esistenza. Infatti a scuola «si va» e a casa «si torna», perché scuola è andare incontro al mondo, il Viaggio, e casa è la stabilità delle relazioni primarie, Itaca. Se queste relazioni sono solide il bambino e l'adolescente maturano l'equilibrio e il co-



raggio necessari a esplorare per scoprire con chi e cosa entrano in risonanza, per costruire poi loro una casa, nuovi legami stabili e fecondi. Casa-scuola-casa-scuola... circolo virtuoso che evita all'anima di chiudersi nella paura o perdersi nella confusione. Per questo dedico le ultime lezioni dell'anno a fare ciò per cui la «scuola» esiste: trovare il «fuoco» dei ragazzi. Dove e quando la tua vita si accende e accende chi ti sta vicino? Dove e quando sei entusiasta (in greco antico significava «avere un dio dentro»: qualità di poeti, profeti e innamorati)? Dove e quando quindi sei ispirato, presente, vivo?

La scuola serve a scoprire i propri fuochi e le «materie» sono inneschi, ma non bastano.

continua a pagina 22

ANTONIO CONIGLIARO

PRESERVATIVI  
PER L'AFRICA E DINTORNI

Intervista con Antonio Conigliaro, direttore di Caritas e coordinatore della missione in Africa



LA STORIA

### Il basket senza canestro se la fantasia batte il degrado

RAFFAELLAROMAGNOLO - PAGINA 19



LA CULTURA

### Giletti: uccisione di Mussolini le carte segrete in mani inglesi

ALESSANDRO COLOMBO - PAGINE 28 E 29



1,90 € II ANNO 160 II N. 152 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCG - TO II WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

LUNEDÌ 8 GIUGNO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



MISSILI DEI PASDARAN SUL NORD DI ISRAELE. SUMMIT VOLENTEROSI-ZELENKY: NUOVI AIUTI MILITARI. LE CONDIZIONI PER LA PACE

## Netanyahu attacca Beirut, la vendetta iraniana

L'ANALISI

### Se il Libano diventa lo scalpo di Bibi

GIORDANO STABILE

Il raid israeliano che ha ucciso il generale Wissam Sabra, comandante della settima Brigata dell'esercito libanese, è arrivato poche ore dopo il duro discorso del presidente Aoun contro l'Iran. - PAGINE 4 E 5

DEL GATTO, MALFETANO STEFANINI, VARVELLO

Netanyahu sfida Trump e colpisce la capitale libanese. Teheran risponde con ondate di missili, intercettati da Tel Aviv. E mentre Israele prepara la rappresaglia e il Golfo si infiamma, Trump chiama il premier israeliano per invitarlo a non reagire. Intanto al vertice di Londra i leader di Regno Unito, Francia e Germania ribadiscono la loro solidarietà all'Ucraina, e Zelensky rilancia la sfida alla Russia di Putin. - PAGINE 4-9

IL MEDIOORIENTE

### Morris: gli Ayatollah pericolo globale

FABIANA MAGRI - PAGINA 5

### Il Mossad, Donald e gli amici spioni

DOMENICO QUIRICO - PAGINA 6

L'UCRAINA

### Messaggio a Putin l'Europa non si sfilava

STEFANO STEFANINI - PAGINA 9

### Droni su Chernobyl incubo senza fine

ANNA ZAFESOVA - PAGINA 10

L'INCHIESTA

### La corsa al carro di Vannacci tra no vax, militari ed ex camerati

FEDERICO CAPURSO



RIPARTE IL RISIKO CON L'INGRESSO DEL PRIMO ISTITUTO ITALIANO. ATTESA PER LA RISPOSTA DI LOVAGLIO. INCOGNITA SULLE MOSSE DI UNICREDIT

## Intesa-Unipol su Monte dei Paschi

Oggi l'offerta con Bper dopo la proposta di fusione di Bpm a Siena. Sullo sfondo gli equilibri in Generali

IL COMMENTO

### La finanza italiana all'ennesimo bivio

SALVATORE ROSSI

Le acque del sistema bancario e assicurativo italiano tornano agitatissime. Ieri Bpm ha lanciato al Monte dei Paschi di Siena la proposta di una "fusione fra eguali". Ne parliamo fra un attimo. Ma come ha anticipato ieri il quotidiano inglese *Financial Times* all-tre banche, del calibro di Intesa San Paolo e Bper, si apprestano stamane a lanciare un'offerta congiunta sul combinato disposto Mps-Mediobanca, con un occhio alla partecipazione che quest'ultima detiene nel gruppo Assicurazioni Generali. Quest'ultimo è da tempo il convitato di pietra di ogni banchetto finanziario italiano. La governance di Generali riposava da anni sulla guida di Mediobanca, proprietaria di un 13%. BARONI, LUISE - PAGINE 2, 3 E 7

### Le mosse di Messina cambiano la partita

BALESTRERI, PAOLUCCI - PAGINA 3

GIOVEDÌ VIA AL TORNEO AMERICANO SENZA GLI AZZURRI. INVESTIMENTI MILIARDARI IN STADI E SICUREZZA



## Il Mondiale degli altri

### Il sondaggio: a casa per i troppi stranieri

ALESSANDRA GHISLERI

L'installazione per la Coppa del mondo realizzata a Vancouver: il Science World trasformato in un pallone ZONCA - PAGINE 20, 21 E 27

L'INTERVISTA

### Alex: "Io e Makka la stessa anima Ci abbracceremo"

GIUSEPPE LEGATO



«Se l'abbraccerò? Certo, ma non solo: ho molte cose da dirle, le nostre storie si toccano, si parlano più di quanto si possa immaginare. E non è solo una questione di processi e indagini: è un fatto interiore, una piaga dell'anima che deve guarire e il percorso che l'aspetta è quello che io sto già attraversando». Makka chiama, Alex Cotoia risponde. - PAGINA 16

### Matilde, la Porsche e i mostri delle chat

SIMONETTA SCIANDIVASCI - PAGINA 27

LA FORMULA 1

### Vince sempre Antonelli principe a Montecarlo

JACOPO D'ORSI

Difficile riprendersi dopo uno spettacolo tanto abbagliante, dopo aver assistito a una tale dimostrazione di forza, dopo aver visto un italiano di 19 anni, Kimi Antonelli, dare lezioni di guida al mondo sulle strade di Montecarlo. Allora non è vero che la perfezione non esiste. PASTUGLIA - PAGINE 32 E 33



IL ROLAND GARROS

### Cobolli, un leone a Parigi ma il re è Zverev

BRUSORIO, SEMERARO



«Voglio vedere solo sorrisi». Flavio Cobolli ha appena perso la sua prima finale Slam, lot-tando come un ninja contro Sascha Zverev. Portandolo al quinto set (6-1 4-6 6-4 6-7 6-1) in una partita durata 4 ore e 16 minuti. Ma non si butta giù, non si commisererà, il Cobbo. - PAGINE 34 E 35

### ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it  
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA  
IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLO OGGETTO





€ 1,40 ANNO 148 - N° 154  
Settimanale di politica, cultura, sport e cronaca

# Il Messaggero

NAZIONALE



VALLEVERDE

Lunedì 8 Giugno 2026 • S. Medardo

IL MERIDIANO

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

### L'inchiesta

## Longevità, governo ad hoc per crescere

Roberto Bernabei a pag. 14



## Antonelli, quinta vittoria di fila. E vola in classifica

# Un Kimi leggendario è principe a Montecarlo

Ursicino e Sabbatini nello Sport



Kimi Antonelli vince a Monaco davanti a Hamilton

### L'editoriale

## LO STALLO UCRAINO CHE SOMIGLIA AL VIETNAM

Paolo Pombeni

**D**ifficile fase nella situazione ucraina: gli USA sempre più concentrati sul conflitto mediorientale non se ne occupano se non di risulta il che convince Putin di poter puntare sulla lunga durata, a dispetto del fatto che al momento sul terreno non gli va granché bene. Però anche Kiev ha il problema di come affrontare una lunga durata. Se al momento non solo regge, ma conquista posizioni, sa bene che il costo per la sua popolazione è molto alto e dunque non è chiaro per quanto tempo potrà contare su una così costosa capacità di tenuta.

Pur con tutte le differenze del caso, la situazione assomiglia per certi versi alla guerra del Vietnam. Allora però Hanoi poté sostenere una gravosa ed estenuante lunga durata perché aveva alle spalle la Cina e in parte l'URSS e faceva conto su una opinione pubblica americana sempre meno convinta delle ragioni di quella guerra. Poi si bloccò per un cambiamento nelle strategie delle potenze, soprattutto una nuova politica fra Washington e Pechino, ma anche un progressivo indebolimento del sistema di potere sovietico.

Oggi vediamo all'orizzonte qualcosa di vagamente simile? Certo si può provare a scommettere su un indebolimento del potere di Putin, ci si può augurare che la Cina per riaprire alcuni giochi con gli USA spinga la Russia a posizioni più ragionevoli, ma sono per ora più desideri senza riscontro.

Continua a pag. 21

### IL RIASETTO DEL CREDITO E LA SICUREZZA DEL RISPARMIO ITALIANO

# L'offerta di Intesa su Mps Bloccata la mossa di Bpm

► In campo anche Unipol-Bper. Cda nella notte per definire l'operazione che sbarrà la strada alla proposta di aggregazione fatta dal Banco a Siena

ROMA Intesa e Unipol-Bper verso l'Opas per bloccare l'affondo di Bpm

Amoroso e Bassi alle pag. 2 e 3

### A Parigi il romano cede a Zverev in 5 set. E Panatta lo consola



# Cobolli a testa alta

### Il commento

## TORNERÀ LÌ PER VINCERE

Piero Mei

Il tennista è un collezionista di vittorie, come il ciondolo del best seller scritto da Heinrich Boll

Nello Sport

Cobolli con Panatta

Lengua, Martucci e Urbani nello Sport

### L'esempio di Wojtyła

## Oltre un milione per papa Leone che da Madrid scuote l'Europa



Franca Giansoldati

**O**ltre un milione di fedeli in piazza per la visita di Leone a Madrid. Il Papa davanti a una folla oceanica: «Senza la fede l'Europa non sarebbe la stessa». Nel pomeriggio riceverà a porte chiuse le vittime di abusi della Chiesa spagnola.

Alle pag. 8 e 9

### L'intervista

## Zangrillo: «Pa, buste paga rafforzate anti-inflazione»

Bassi a pag. 5

### Nella notte decollano i caccia israeliani

## Iran, crolla la tregua l'Idf attacca Beirut Sud Missili sui cieli d'Israele

► Attentato a nord di Tel Aviv: un morto

Vita a pag. 10

### L'analisi

## Mossa di Bibi, frustrazione Trump «L'intesa stava per essere firmata»

Paura a pag. 10

### Vertice a Londra con Starmer, Macron e Merz

## Zelensky, appello all'Europa Droni russi su Chernobyl

Ivanova a pag. 11

### La denuncia di uno degli avvocati delle vittime all'esame dei pm

## Crans, altre ombre sui coniugi Moretti Il finanziatore accusato di traffico d'armi

Valentina Errante

**S**i aggiungono altre ombre sui coniugi Moretti, titolari del Constellation dove la notte di Capodanno sono morti 41 giovani nel rogo del locale. Il finanziatore della coppia ora è accusato di traffico di armi. La denuncia contro Daniel Domine-Monay è di uno degli avvocati delle vittime. I pm dovranno verificare se i coniugi abbiano riciclato denaro sporco per i loro affari.

A pag. 12



### Tragedia a Varese

## L'auto sbanda travolti in cinque morta una ragazza

Raffaella Troili

**C**inque amici erano diretti al Lago Maggiore e camminavano sul ciglio della strada quando la vettura è sbandata e li ha travolti.

A pag. 13

### Il Segno di LUCA

### GEMELLI SEI PIÙ CENTRATO

L'ultimo quarto di Luna focalizza la tua attenzione sugli obiettivi che ti proponi di raggiungere in questo momento nel lavoro. Adesso si tratta di definire meglio quali siano le vere priorità in modo da ottimizzare gli sforzi e migliorare la tua efficacia. Potrai anche sentire la necessità di correggere qualcosa rispetto a quanto avevi immaginato in precedenza, ora una tua maggiore lucidità facilita uno sguardo acuto e chirurgico.

### MANITRA DEL GIORNO

La rigidità costruisce prigioni.

L'oroscopo a pag. 21



\* Tariffe e abbonamenti: (non accreditati separatamente) nella provincia di Padova, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,30. La domenica con l'abbonamento € 1,40. In Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40. Nel Molise, il Messaggero - Primo Piano - Notizie € 1,50. Nelle province di Bari, Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50. "Fiori porta al Mare" - € 0,90 (Roma)

## Settimana decisiva al via

Si apre la settimana decisiva per la riforma della medicina territoriale. Il lavoro sul decreto che tra l'altro introduce, in casi limitati, l'assunzione di medici di famiglia e specialisti per attivare le Case di comunità è in stallo per i dubbi della presidenza del consiglio. Il ministro alla Salute Orazio Schillaci però ha detto di non voler desistere e proverà a far sentire le sue ragioni, così come si

muoveranno alcune Regioni di centrodestra. In particolare la Lombardia potrebbe chiedere un incontro con Giorgia Meloni, dalla quale era già stato il presidente del Lazio Francesco Rocca, per convincerla delle ragioni di chi vuole la riforma.



# Case di comunità, Schillaci insiste la sponda dalle Regioni di destra

ROMA

Schillaci non desiste. Il ministro alla Salute dopo aver incassato la richiesta di fermare la riforma della medicina territoriale, ieri è tornato allo scoperto: «Sulle case di Comunità troveremo una quadra», coinvolgendo i medici di famiglia nelle nuove strutture. Non è il solo ad insistere per portare avanti il decreto, del quale si è discusso a lungo. Anche alcune Regioni sono convinte che bisogna insistere e i rappresentanti di quelle di centrodestra che più credono alla riforma saranno a Roma la settimana prossima per convincere palazzo Chigi. In gioco ce la possibilità, per certe realtà locali, di far partire le Case di comunità, i maxi ambulatori che rivoluzioneranno l'assistenza territoriale.

Schillaci ieri era alla Festa dell'Innovazione organizzata dal *Foglio* a Venezia. Riguardo al rallentamento della presidenza del consiglio sulla

riforma, ha spiegato di essere un tecnico, che lavora per migliorare la sanità. «Ma agisco in un governo politico. Dopodiché credo che tutti possano capire quanto è importante far partire le Case di comunità. E siccome i politici non credo che non capiscano l'importanza di tanti soldi messi dal Pnrr sul progetto di modernizzazione della sanità, credo che riusciremo sicuramente a trovare un equilibrio, nell'interesse dei cittadini. È un'occasione unica che non possiamo lasciarci sfuggire. I medici di medicina generale credo che lo capiscano».

A dir la verità i sindacati hanno attaccato duramente le ipotesi di riforma. Per il ministro «ci sono molti giovani che vorrebbero lavorare di più in équipe e avere gli strumenti messi a disposizione dalla tecnologia e dall'innovazione» e quindi nelle Case di comunità. «Io sono ottimista e sono convinto che alla fine, su un argomento così importante, si troverà la soluzione migliore nell'interesse della salute pubblica. Ogni volta che si parla di medici di medicina generale si sposta l'attenzione mediatica in particolare sul tipo di contratto e

di rapporto» col sistema sanitario nazionale. «Ma voglio chiarirlo: la riforma non è per i medici di medicina generale. Il focus non è il loro contratto, che vedo interessa moltissimo, ma il fatto che, in maniera leale, partecipino alla medicina territoriale».

Tutto nasce dal fatto che per la prima volta 21 Regioni all'unanimità, chiedono al ministro di metterci insieme. Vogliamo far sì che la medicina territoriale, sulla quale abbiamo investito moltissimo e sulla quale rispetteremo i target europei, possa non solo portare all'avvio della Case di comunità, ma anche far sì che all'interno di queste strutture i cittadini trovino l'assistenza sanitaria di cui necessitano. Questo per me è un punto fondamentale. Io credo che l'innovazione per il servizio sanitario nazionale, che quest'anno compie 48 anni, sia fondamentale».

— MI.BO.

Il titolare della salute: «Sulla mia riforma troveremo una quadra»  
Pressing dai territori su palazzo Chigi



MINICIELLO / AGF

Il ministro della salute Orazio Schillaci si è visto bocciare dal centrodestra la sua riforma sui medici di famiglia



# De Pascale “Senza strategia il governo colpisce la sanità e delegittima il ministro”

di **MARCO BETTAZZI**

BOLOGNA

**I**l ministro Orazio Schillaci sembra non avere «il mandato politico» del governo, che a sua volta «non ha una strategia». E che questo accada per la seconda volta «è grave», sostiene il presidente dell'Emilia-Romagna, Michele de Pascale, che propone l'accordo raggiunto nella sua regione sulle Case di comunità come modello.

**Salta la riforma di Schillaci, cosa ne pensa?**

«È molto difficile per le Regioni confrontarsi con un ministero e un governo senza capire quale sia la direzione di marcia. Da noi la giunta dà un indirizzo e l'assessore conduce la trattativa per arrivare all'obiettivo, non è che alla fine inizia la discussione politica. Invece siamo costretti a inseguire testi e bozze e poi scopriamo che il ministro non ha il mandato politico per farlo. Questo è grave. Non lo dico da presidente dell'Emilia-Romagna, che è in regola col Pnrr anche senza la riforma, ma perché per molte Regioni questa incertezza rappresenta una difficoltà enorme».

**Voi eravate favorevoli, però.**

«Avevamo fatto un documento di osservazioni approvato all'unanimità dalla Conferenza delle Regioni, che garantisse a chi era già avanti come noi di non ripartire da zero e potesse funzionare per le Regioni in difficoltà. Ma sia questa riforma che la legge delega mi sono sempre sembrate provvedimenti, anche con elementi positivi all'interno, ma privi della visione complessiva che servirebbe».

**Concorda col ministro sul fatto che la riforma della medicina generale sia “un'occasione unica”?**

«Sul fatto che la medicina territoriale abbia bisogno di una riforma profonda siamo i più

convinti, stiamo concentrando lì la maggior parte dei nostri sforzi e stiamo riuscendo a trasformarla. Il problema è girare a vuoto, questa sarebbe la seconda volta che si ferma tutto: già all'inizio del mio mandato ho constatato che non c'era alcuna correlazione tra le proposte del ministero e la reale volontà politica del governo. Per l'Emilia-Romagna sono state settimane di tensioni e dibattiti molto astratti, per noi però non cambia nulla. Continueremo sulla linea che avevamo già tracciato».

**Schillaci dice che si troverà una quadra. Come?**

«Il nostro lavoro è a disposizione e noi siamo disponibili a dare una mano, sarebbe importante che diventasse parte dell'accordo nazionale. Io sostengo da sempre che il punto centrale non è lo status giuridico dei medici, ma l'obiettivo finale: una medicina generale rinnovata, integrata, che lavori in team, utilizzi le tecnologie e garantisca continuità assistenziale e presa in carico delle cronicità. L'accordo che noi abbiamo raggiunto consente di ottenere tutti gli obiettivi Pnrr, mantenendo la convenzione, senza passare alle dipendenze, con incentivi basati su obiettivi di gruppo e orari di apertura degli ambulatori. Non pretendiamo di avere la verità in tasca: in astratto si può arrivare agli stessi risultati sia con una convenzione che con la dipendenza, ma Emilia-Romagna e Toscana hanno indicato una strada».

**Non è stato un percorso facile.**

**Avete avuto resistenze?**

«Abbiamo avuto interlocutori responsabili, anche col contributo di una nuova generazione di medici. È servito un anno, è stato un lavoro molto faticoso e l'accordo non è stato firmato da tutti (Fimmg ha

firmato, Snami no, ndr). Un tema giusto che il ministro pone è che sarebbe giusto riprendere la scuola di specialità: è antistorico che i medici di medicina generale lo diventino per corso regionale. E questo non lo possiamo cambiare da soli».

**Le Case della comunità rischiano di restare vuote senza la riforma?**

«In Emilia-Romagna questo problema non c'è: arriveremo a circa 200 Case entro settembre e in ognuna entreranno i medici di base. Resta però un problema molto serio per altre realtà del Paese. E non perché noi siamo più bravi, sarebbe una lettura sbagliata: in molte Regioni non ci sarebbero le condizioni per sottoscrivere un accordo come il nostro. È una questione che il governo non ha affrontato».

**Dove ha sbagliato il governo?**

«È mancata una strategia fin dall'inizio. Abbiamo discusso molto questo provvedimento, ma il problema è più generale: non vedo una vera visione riformatrice né la capacità di imprimere quella svolta di cui il sistema avrebbe bisogno».

**Lei di recente ha detto che anche in Emilia-Romagna nella sanità “il tetto della casa sta per crollare”. Perché?**

«Perché il tema del finanziamento della sanità resta aperto. Mi aspetto che si faccia una discussione seria sulla legge di bilancio 2027. Il governo



Meloni dovrà decidere se garantire almeno lo stesso livello di copertura che ha ereditato o assumersi la responsabilità di un ulteriore peggioramento. Che la sanità non sia stata una priorità di questo governo è un'opinione ormai piuttosto diffusa. Nel 2025 si è scelto di tagliare, nel 2026 di restare fermi. Quello che chiediamo per il 2027 è semplice:

che ci sia finalmente un investimento aggiuntivo e significativo sulla sanità pubblica italiana».

“

È molto difficile confrontarsi con un governo senza capire quale sia la direzione di marcia



↑ Il governatore de Pascale

“

Il lavoro fatto in Emilia-Romagna è a disposizione e può diventare parte di un accordo nazionale



Dir. Resp.: Luciano Fontana

## Sanità Dietrofront nel governo. Schillaci tratta Frenata sulla riforma dei medici di famiglia Anche la Lega fa muro

di **Paola Di Caro**

La riforma dei medici di famiglia si ferma. Dopo giorni di lavoro tra ministero della Salute, Regioni e categorie professionali, il progetto voluto dal ministro Schillaci e dai governatori non trova il sostegno della maggioranza. FdI, e ora la Lega, frenano, mettendo così a rischio anche

le Case della comunità finanziate dal Pnrr. L'opposizione attacca: «Ancora una volta saranno i cittadini a pagare».

alle pagine 8 e 9  
**Cuppini, De Bac**

# Medici di famiglia, frenata sulla riforma Anche la Lega fa muro Dubbi di FdI e FI

Gemmato: «Ma le Case di Comunità si faranno»

di **Paola Di Caro**

**ROMA** In teoria la riforma si farà, in alcune Regioni sta già partendo. Ma in pratica non si sa come, quando e con chi. Si parla della riforma della sanità territoriale, nel punto in cui si prevede — le infrastrutture sono finanziate con i soldi del Pnrr — l'istituzione delle Case di Comunità, ovvero di presidi sanitari che saranno una sorta di via di mezzo tra medici di famiglia (oberati di pazienti) e pronto soccorso sempre affollati.

La riforma, pensata dal ministro della Salute Orazio Schillaci, va avanti da tempo, ma ora che dovrebbe diventare operativa si registra uno stop. Il motivo è piuttosto semplice: per fornire personale alle Case di Comunità servirebbe, secondo il mini-

stro, l'assunzione di medici o, comunque, il passaggio almeno parziale dal regime di convenzione dei medici e pediatri (oggi liberi professionisti) a quello di dipendenti del Servizio sanitario nazionale. L'alternativa è che si trovi una via di mezzo: qualche ora a settimana da destinare alla presenza nelle Case di Comunità, richieste a gran voce da tutte le Regioni, in particolare quelle del Nord.

Ma il principale (e potente) sindacato di categoria dei medici di famiglia, la Fimmg, si oppone. Tanto che da settimane anche il governo ha innestato la marcia indietro. Molto dubbiosi in Fratelli d'Italia, idem in Forza Italia, contrarissima la Lega, che ieri è scesa in campo con un co-

municato durissimo: «La Lega ha sempre espresso forti dubbi sulla riforma Schillaci delle cure primarie, impostata quasi esclusivamente sul cambio di tipologia contrattuale dei medici di famiglia e sull'obbligo di presenza nelle Case di Comunità. Da oltre due anni abbiamo depositato un disegno di legge che punta a valorizzare le aggregazio-



ni tra medici per offrire più servizi ai cittadini».

Insomma, conclude la nota, «crediamo che la salute dei cittadini si tuteli con soluzioni operative e di buon senso, non con imposizioni ideologiche o modelli rigidi».

Se la Lega lo grida, FdI lo sussurra: non si può far partire una riforma così profonda e divisiva per un comparto importante come la sanità «a un anno dalle elezioni». Sarebbe un «boomerang» enorme a livello di voti. E qualcuno già sospetta che sia stato lo stesso ministro — convinto che non tornerà a esserlo nella prossima legislatura — a far scoppiare il caso per poter dire poi: io ero

pronto, mi hanno frenato. E magari tornare al suo mondo.

Al di là dei sospetti, il problema c'è. Il rischio che le Case si aprano ma restino cattedrali vuote è grosso e quindi si cerca una mediazione con i medici. Il sottosegretario alla Salute di FdI Marcello Gemmato, amicissimo della Meloni, rassicura: «Le Case di Comunità saranno aperte nei tempi previsti, con la disponibilità condivisa dei medici di medicina generale. Fin dal primo giorno di mandato siamo al lavoro per ridisegnare l'assistenza territoriale».

Esultano intanto i sindacati, Fimmg in testa (altre sigle, c'è da dire, erano favorevoli al cambiamento). Così il segre-

tario nazionale, Silvestro Scotti: «La riforma? Avrebbe fatto saltare l'Ssn. Non è una riforma del ministro Schillaci, ma delle Regioni, ed è fatta solo per motivi economici. Se una parte politica della maggioranza ha capito che era dannosa, ne prendiamo atto con responsabilità».

E l'opposizione va all'attacco: «È uno spettacolo indecoroso», dice la deputata del Pd Ilenia Malavasi. E il capogruppo al Senato Francesco Boccia: «La destra è divisa, schiava di chi preferisce la privatizzazione della sanità e una riforma che aveva avuto l'ok delle Regioni ora viene affossata».

### **L'opposizione**

Boccia (Pd): «La destra è divisa e schiava di chi preferisce privatizzare la sanità»

### **Il sindacato**

Fimmg: «La riforma è delle Regioni e avrebbe fatto saltare il Servizio sanitario nazionale»

## **La vicenda**

### **L'obiettivo e le prime barricate**



Di fronte all'ipotesi dell'assunzione nel sistema sanitario, i sindacati dei medici di base avevano alzato le barricate, ma con il ministro Schillaci è proseguito il dialogo

### **Le strutture sul territorio**



Il punto di mediazione, previsto dal ministero, è l'assunzione dei medici su base volontaria per prestare servizio nelle Case di Comunità, mantenendo però anche i medici convenzionati

### **Il nodo stipendi e i risultati**



Con la riforma Schillaci lo stipendio del medico di base cambierebbe nelle sue voci, passando da un compenso basato sul numero di pazienti assistiti a una retribuzione per obiettivi



# Schillaci pronto a una mediazione per evitare le barricate dei dottori

Il ministro della Salute cerca una soluzione. Più di mille i poliambulatori da aprire

di **Margherita De Bac**

**ROMA** Non un «blocco» della cosiddetta riforma. Ma un «diverso modo» di centrare un obiettivo irrinunciabile, ritenuto fondamentale per il rilancio del servizio sanitario nazionale: l'apertura delle Case di Comunità entro i tempi previsti, prossimi alla scadenza.

Il ministero della Salute, per evitare di impantanarsi in un conflitto di difficile soluzione, avrebbe imboccato una strada alternativa. Un accordo con i medici di famiglia per garantire che queste figure, necessarie al funzionamento delle nuove strutture di quartiere, entrino a farne parte, integrandosi completamente e in modo stabile nella rete delle cure primarie. Ma di buon grado, senza tirarli per i capelli come avrebbe rischiato di fare il provvedimento presentato a metà aprile dal ministro Orazio Schillaci a tutte e 21 le Regioni di centrodestra e centrosinistra.

L'annuncio era stato accolto molto male dalla categoria, ostile fin dalle prime battute al cambiamento di status contrattuale. Da liberi professionisti — legati da sempre al servizio sanitario nazionale con un rapporto di convenzione — a dipendenti. Più o meno come tutti i colleghi ospedalieri. Dopo aver proclamato lo stato di agitazione, la Fimmg — il sindacato numericamente più rappresentativo (neutrale lo Snam, sebbene in polemica) — aveva minacciato anche lo sciopero se il progetto fosse andato avanti.

Insomma un «no» deciso ad una legge o decreto che avrebbe obbligato progressivamente i medici, cominciando dai nuovi assunti, a uscire dai rispettivi ambulatori e a dedicare un certo numero di ore alle Case di Comunità. Poliambulatori in parte realizzati ex novo, in parte risultato di ristrutturazioni, dove i cittadini dovranno trovare un'offerta completa di servizi, evitando la corsa all'ospedale per qualsiasi necessità senza carattere di urgenza. Il Pnrr ne prevede l'apertura entro que-

sto giugno. L'Italia dovrebbe presentarsi all'appuntamento con circa 1030 centri.

Alla fine col ministero si sarebbe trovata una via d'uscita. I sindacati, da un lato, si sarebbero impegnati a trovare una formula per partecipare a questa «rivoluzione». Schillaci, dall'altro, si è reso conto che il «braccio di ferro» non avrebbe portato a risultati. E si è «fidato» della loro promessa di collaborazione.

Il tempo però preme e non si può aspettare oltre. Le Case di Comunità devono essere aperte in tempi brevi e al Ministero ritengono che sia urgente non arrivare allo scontro aperto, trovare il modo di evitare forzature. L'obiettivo è portare a casa l'accordo per bypassare lo stallo politico sul decreto.

E se non c'è ancora una stesura definitiva — e tante sono le bozze che circolano —, è vero però che i punti cardine nelle varie versioni non cambiano. Si punta a superare l'attuale assetto della medicina di base attraverso la formula del doppio canale: da una parte la convenzione rivista e corretta, indicata come canale

ordinario; dall'altra la dipendenza, definita come canale selettivo, programmato.

Le «disposizioni urgenti» articolate in un decreto mirano a garantire la piena operatività delle Case di Comunità, indicate come strutture cardine del nuovo modello di assistenza territoriale, fondate sulla piena integrazione della medicina generale. Il cittadino mantiene il diritto di scegliere il suo dottore di fiducia. Tra i punti qualificanti l'istituzione di scuole di specializzazione universitarie di durata quadriennale.

Oggi Schillaci è stato invitato a Venezia a un incontro organizzato dal *Foglio* sul tema Ebola. Ha confermato la sua presenza anche se dopo le indiscrezioni a proposito della frenata politica della riforma ribattezzata col suo nome si è preparato all'assalto di chi gli chiederà lumi. Ieri ha preferito non entrare in polemica.

## La priorità

L'obiettivo è portare a casa l'accordo per bypassare lo stallo politico sul decreto

**Ministro** Orazio Schillaci, 60 anni, ministro della Salute dal 22 ottobre 2022. La sua riforma ridisegna le modalità di lavoro della medicina generale (LaPresse)

**5,7**  
mila  
I medici di medicina generale in meno rispetto al fabbisogno; 5.197 solo tra il 2019 e il 2024

**8,1**  
mila  
I medici di base che raggiungeranno il limite d'età per la pensione (70 anni) tra il 2025 e il 2028



# «Non perdiamo questa occasione Bisogna rafforzare il territorio»

Remuzzi: «Modifiche utili, si va troppo al pronto soccorso»

## L'intervista

di **Laura Cuppini**

**Professor Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, cos'è che non va nella sanità?**

«Dobbiamo potenziare il ruolo dei medici e pediatri di famiglia: si va in Pronto soccorso per ogni cosa, mentre è la medicina di base che deve poter far fronte alle prime necessità dei pazienti».

**Ci sono secondo lei dei punti di forza della riforma Schillaci da preservare?**

«La volontà di rafforzare l'assistenza territoriale, come parte del Servizio sanitario nazionale, è preziosa. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono le colonne portanti della sanità pubblica, che è un bene da difendere: nonostante i problemi, fa cose straordinarie. La riforma punta a far funzionare le Case di Comunità, che in altri Paesi europei, per esempio Spagna e Portogallo, si chiamano Case della Salute e danno buoni risultati: meno pazienti in Pronto soccorso e meno liste

d'attesa».

**I timori di chi si oppone alla riforma sono fondati?**

«Si parla del rischio di perdere il rapporto fiduciario con il paziente, dell'eccesso di burocrazia, del fatto che le Case di Comunità possano restare scatole vuote. Ma la fiducia con il paziente si crea offrendogli sanità assistenziale continuativa, la burocrazia si affida a personale amministrativo e non avremo scatole vuote se le Case di Comunità saranno inserite in un sistema ben organizzato. Queste strutture dovrebbero occuparsi soprattutto di prevenzione e gestione dei malati cronici. Per la prima serve un team multidisciplinare; per la seconda personale sanitario disponibile sette giorni su sette e h24, anche per l'assistenza a domicilio. Molte attività poi possono essere svolte dagli infermieri, figure importantissime e con ottime competenze».

**Fa discutere l'ipotesi che i medici di medicina generale siano dipendenti del Ssn.**

«È una cosa di cui i medici dovrebbero andare fieri: essere dipendenti dello Stato significa poter curare tutti allo stesso modo. Ma non solo: vuol dire che qualcuno ti sostituisce quando vai in ferie, che non devi occuparti della gestione dello studio perché è già equipaggiato a livello di

macchinari, ecografi, strumenti per la telemedicina, che hai la stessa copertura assicurativa di un medico che lavora in un ospedale pubblico. A proposito di sanità pubblica, mi piace ricordare l'episodio di un bambino siciliano con una cardiomiopatia dilatativa: questo bambino, piccolissimo, è rimasto 490 giorni attaccato a una macchina, in un ospedale italiano, finché è arrivato un cuore compatibile per il trapianto. Oggi è guarito. Ed è uno dei tanti successi del nostro Servizio sanitario».

**I medici di medicina generale in Italia sono circa 37 mila, si stima che ne manchino quasi 6 mila. Come si risolve il problema?**

«Bisogna rendere più attraente il lavoro del medico di medicina generale. Partendo dalla formazione universitaria: tutte le Facoltà di Medicina dovrebbero avere la scuola di specializzazione in Medicina generale, che invece oggi è presente solo in undici Atenei. Poi durante la specializzazione, gli studenti dovrebbero iniziare a lavorare a fianco di colleghi più anziani, nelle famose Case di Comunità. Un medico di medicina generale non dovrebbe essere diverso da un neurochirurgo, nemmeno dal punto di vista della formazio-

ne».

**Le Case di Comunità rientrano nel piano sanitario finanziato con il Pnrr. A che punto siamo?**

«L'obiettivo iniziale era crearne 1.350 entro il 2026, oggi ne abbiamo più di trecento funzionanti, ma solo un centinaio a pieno regime. Un esempio molto positivo è la struttura in via Rugabella a Milano».

**Cosa potrebbe succedere se la riforma non dovesse essere approvata?**

«Perderemmo una grande occasione e sarebbe un peccato. La riforma ha ricevuto il via libera delle Regioni, piace a molti medici, ci porterebbe al livello di altri Paesi europei dove i medici di medicina generale sono già dipendenti pubblici, superando l'anomalia tutta italiana del contratto di convenzione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bisogna rendere più attraente il loro lavoro a partire dall'università: tutte le facoltà di Medicina dovrebbero avere la scuola di specializzazione in Medicina generale



**Nefrologo**  
Giuseppe Remuzzi, 77 anni, è direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri



L'INTERVISTA ALL'EX MINISTRO DELLA SALUTE

# Balduzzi: «La riforma Schillaci un testo equilibrato I medici non siano ostaggio di qualche sindacato»

ALESSIA GUERRIERI

Roma

Il testo proposto dal governo è «un progetto complessivamente equilibrato», che va nella direzione da anni tracciata per realizzare nella sanità un'assistenza territoriale degna di questo nome. L'ex ministro della Salute, Renato Balduzzi, non considera «calata dall'alto», come la definiscono alcuni sindacati di categoria, la riforma che dispone per i medici di famiglia un doppio canale: da una parte la convenzione riformata come modello ordinario, dall'altra una forma di dipendenza selettiva dentro il Ssn. Il suo augurio perciò adesso è che «il ministro Schillaci mantenga la posizione e che i medici di famiglia favorevoli a coinvolgersi davvero nella rete sanitaria facciano sentire la loro voce, in modo che non si sentano soltanto prese di posizione corporative o di qualche esponente politico che si accoda ad esse. E soprattutto mi auguro che chi, dentro le professioni sanitarie come in Parlamento, ha davvero a cuore il Servizio sanitario nazionale, faccia sentire con forza la sua voce».

**Secondo lei che cosa ha creato lo stallo? È solo una questione di tipologia di contratto che avrà il personale medico nella Case della comunità?**

La «legge 833» lasciava aperta la strada: dipendenza o convenzione. Il testo proposto dal ministero permette ai medici di famiglia di scegliere se aderire alla futura convenzione, evidentemente rinnovata, o se passare alla dipendenza. Nella sostanza, il testo riprende esattamente gli elementi di fondo della riforma del 2012 che a sua volta il ministro dell'epoca (sorridente, essendo egli stesso, ndr) non aveva inventata, ma l'aveva trovata nelle convenzioni stipulate tra medici e Regioni, precisando e dando forza legislativa a ciò che già era scritto: aggregazioni funzionali territoriali e unità complesse di cure primarie. Certo, se le convenzioni si firmano per poi non applicarle, allora è davvero tutta un'altra questione.

**Come fare adesso per superare l'impasse? Il ministro Schillaci ieri ha det-**

**to, dopo i problemi emersi venerdì, che «sulle Case della comunità troveremo la quadra».**

Vi sono tutti i presupposti per aprire un confronto utile sul testo e io mi auguro che il ministro voglia tenere ferma la posizione. E che, soprattutto, i tanti medici di famiglia che da tempo sperimentano una medicina generale rinnovata vogliano far sentire la loro voce, che non può essere assorbita dalle sole voci di questa o quella sigla sindacale o di qualche esponente politico che si accoda.

**Se non si riuscisse a trovare la «quadra», vi sarebbe il rischio di perdere i fondi del Pnrr per le Case della comunità?**

Il testo del governo, o chiamiamolo testo del ministro a questo punto, propone la forma del decreto-legge proprio perché, pur prossimi alla cosiddetta scadenza del Pnrr, siamo lontani dall'aver dato un nuovo assetto territoriale all'assistenza sanitaria e soprattutto siamo lontani dall'aver costruito un sistema di Case della comunità. Io insisto: Case della comunità e non case di comunità, perché non è la stessa cosa. Queste sono l'architrave della nuova assistenza territoriale che, intrecciata con l'assistenza ospedaliera, ci permetterebbe di avere un sistema sanitario capace non solo di resistere meglio a dure evenienze avverse come epidemie, pandemie o altro, ma di funzionare bene attraverso un reale e pieno coinvolgimento nella rete sanitaria anche di quei validi professionisti che sono oggi, in qualche misura, a mezzo servizio. Ho letto, sul punto, dichiarazioni sorprendenti da parte di esponenti politici secondo cui la riforma del ministro Schillaci avrebbe come risultato rendere i medici di famiglia come dei burocrati chiusi nelle Case della comunità. Ora probabilmente le parole sono sfuggite o non si ha bene chiaro quello che sono le Case della comunità.

**Riesce a sintetizzarci che cosa sono?**



Sono un rovesciamento del rapporto tra il bisogno sanitario e il servizio. Da sempre quando c'è un bisogno sanitario si va al servizio, si chiama pronto soccorso, medico di famiglia o specialista ambulatoriale. Ma le Case della comunità si chiamano così perché quel genitivo esprime l'affiancamento al "bisogno che va al servizio" con "il servizio va al bisogno", grazie evidentemente alla digitalizzazione e così via. È stupefacente che non si voglia far funzionare un sistema costruito appunto per migliorare la sanità. A meno che non si voglia dare credito a quella lettura per cui in realtà lo stop alle Case della comunità è lo stop al consolidamento del Ssn, che si vorrebbe indebolire privatizzandolo in modo

sempre più strisciante, per non parlare poi del cosiddetto regionalismo differenziato che lo destrutturerebbe. Ma spetta alla politica aiutare i cittadini-elettori a capire come stanno le cose. Per questo è importante che quanti hanno realmente a cuore il Ssn nelle Regioni, nelle professioni e dentro il Parlamento facciano sentire la loro voce.

**Che idea si è fatto? Si blocca il decreto in realtà per ridare gas alla sanità privata?**

Dico semplicemente che la riforma della medicina di famiglia è da tantissimi anni matura. Anzi c'era già stata, bastava applicarla. I governi successivi al governo Monti, per svariate ragioni, non ebbero la forza o la volontà di farlo: i

provvedimenti applicativi erano pronti e, secondo una legge ancora vigente, addirittura doverosi a partire da una certa data. Quindi la riforma del 2012 ha avuto una applicazione a macchia di leopardo. La pandemia ha tuttavia dimostrato, anche ai più sordi, che quella era la linea da seguire e d'altra parte su di essa da decenni, a partire dalle intuizioni del grande Elio Guzzanti, la comunità sanitaria è schierata. In altre parole: i medici di famiglia o diventano dipendenti del Servizio sanitario nazionale o si coinvolgono davvero nella rete sanitaria rimanendo convenzionati, con impegni definiti (pensiamo alla prevenzione) e valutabili. Non si può non volere né l'una, né l'altra cosa.

«Il ministro non muti idea. Sul passaggio dei medici di famiglia come dipendenti e sulle Case di comunità si apra un confronto utile. E quanti hanno a cuore il Ssn si facciano sentire»



Il professor Renato Balduzzi



## Schillaci: riformare la medicina

**D**urante il Festival dell'Innovazione del Foglio tenuto a Venezia abbiamo intervistato il ministro della Salute Orazio Schillaci. Tra i temi toccati la riforma della medicina generale, fi-

DI LUCA ROBERTO

nita in mezzo ai veti della maggioranza, passando per la gestione dei casi di Ebola a livello internazionale (e l'eventuale ripensamento dell'Italia

sul piano pandemico Oms). Questa la prima domanda dell'intervista. Ministro, lei ha lavorato nelle ultime settimane, negli ultimi mesi, a una riforma molto importante che è quella dei medici di medicina generale. Ieri abbiamo letto alcune dichiarazioni, alcune note, con la Lega che dice "noi siamo sempre stati contrari a questa riforma, le riforme non si fanno per ideologia". E pare che la maggioranza sia intenzionata a bloccare questo progetto di riforma. *(segue nell'inserto II)*

# “Una rivoluzione da non mancare”

*Il ministro della Salute Orazio Schillaci parla alla Festa del Foglio: “La riforma della medicina generale è un’occasione unica. Il governo troverà un soluzione. L’astensione sul piano pandemico dell’Oms? Non è un no definitivo”. Intervista*

*(segue dalla prima pagina)*

Io le chiedo innanzitutto di darci contezza di qual è la situazione, e poi soprattutto se a questo punto sente ancora la fiducia della maggioranza. “Oggi i giornali hanno ripreso molto a parlare di questo argomento dei medici di medicina generale, un argomento che è sempre di grande interesse. La riforma non è una riforma per i medici di medicina generale, questo lo chiarirei subito, perché ogni volta che si parla di medici di medicina generale poi si sposta l'attenzione mediatica non solo sui medici di medicina generale, ma in particolare sul tipo di contratto. Questo è un argomento che dall'inizio, da quando ho iniziato a fare il ministro, ho sempre dichiarato che non mi appassiona. Come nasce il tutto? Dal fatto che i presidenti di regione, per la prima volta 21 regioni all'unanimità, chiedono al ministro di metterci insieme per far sì che la medicina territoriale, sulla quale abbiamo investito moltissimo e sulla quale siamo nei tempi e rispetteremo quelli che sono i target europei con le infrastrutture e con l'apertura delle case di comunità, possa non solo portare a un'apertura di queste nuove fondamentali infrastrutture, ma possa far sì che all'interno di queste



# IL FOGLIO

strutture i cittadini trovino l'assistenza sanitaria che necessitano. Questo per me è un punto fondamentale perché queste giornate è dedicata all'innovazione. Io credo che l'innovazione per il Servizio sanitario nazionale, che quest'anno compie 48 anni, sia fondamentale. Il nostro è un Servizio sanitario nazionale di grande qualità che io difendo, molto apprezzato, mi dispiace dirlo, più all'estero che in Italia, e ogni volta che sono all'estero ho l'orgoglio di rappresentare uno dei migliori Servizi sanitari nazionali che si basa su dei principi unici, quelli del 1978, sanciti nell'articolo 32 della Costituzione. E' un sistema sanitario universalistico, che si basa sulla equità delle cure, che guarda, con l'articolo 32, soprattutto alle fasce più deboli, più poveri e più fragili della popolazione. Viene visto come modello da governi e nazioni che sono distanti dal governo di cui io faccio parte. Le cito tra gli altri il Brasile e l'Inghilterra, con i relativi ministri con i quali ho grossi contatti e che guardano a noi come un punto di riferimento. Però, dopo 48 anni, il mondo è cambiato. La sanità del terzo millennio, come la chiamo io, ha bisogno evidentemente di novità, soprattutto per andare incontro a quello che vogliono i cittadini. Noi abbiamo visto durante il Covid un Servizio sanitario nazionale a macchia di leopardo, con delle punte importanti e con altre inefficienze. Ciò che è uscito fuori in maniera molto chiara è che la debolezza del Servizio sanitario nazionale era legata soprattutto alla medicina territoriale. Quindi questa voglia, finalmente, di cambiare un modello basato solo sugli ospedali, di avere una maggiore integrazione su ospedali e territorio (e su questo c'è anche un disegno di legge che verrà discusso prossimamente) è la vera novità. Noi non possiamo far sì che queste strutture che rappresentano veramente la novità non siano adeguate a quelle che sono le esigenze della sanità del terzo millennio. I medici di medicina generale svolgono un ruolo fondamentale perché sono i professionisti più vicini ai cittadini, quelli che li conoscono meglio. Io sto facendo da più di un anno una battaglia per far sì che la prevenzione diventi la parola d'ordine del Servizio Sanitario Nazionale. Ripeto da un po' di tempo che oggi il Servizio Sanitario Nazionale, il ministero della Salute e il ministro si



# IL FOGLIO

occupano di curare le italiani e gli italiani. Io vorrei che da subito il ministro, il ministero e il Servizio sanitario nazionale si occupassero essenzialmente di far sì che le italiane e gli italiani non si ammalino. Questo perché è cambiata la demografia, siamo un Paese che invecchia, siamo tornati a essere, nel post-Covid, la seconda nazione più longeva al mondo. Questo però ci deve imporre dei cambiamenti.

In questa direzione va la riforma della medicina territoriale in cui dobbiamo avere dei team multidisciplinari che operino all'interno delle case di comunità. I medici di medicina generale sono il perno perché, ripeto, conoscono meglio di tutti i pazienti. Questo vuol dire che possono indicare ai pazienti le migliori strategie terapeutiche, indicare ai pazienti le migliori scelte, possono giocare un ruolo fondamentale proprio nella prevenzione, possono dare un contributo in quelli che sono i problemi oggi della sanità italiana: la cronicità, il fatto di non intasare i pronto soccorsi quando ci sono delle attività che possono essere svolte in altre in altre situazioni sanitarie. Il focus non è il contratto dei medici di medicina generale. Quel che importa davvero è che i medici di medicina generale in maniera leale partecipino alla medicina territoriale. Io credo che questo è un obiettivo che sicuramente raggiungeremo perché non possiamo non avere i medici di medicina generale all'interno di queste strutture e in accordo con noi e soprattutto con le regioni. Le devo dire di più. Se guardiamo oggi alla figura del medico di medicina generale, lo dico da molti anni, è una figura, purtroppo, in crisi. Se lei legge quotidianamente, vede quanto spesso i concorsi per posizioni in medicina generale vanno deserti, in tutta Italia. Quindi dobbiamo riformare anche la figura del medico di medicina generale. Dobbiamo dargli una formazione adatta. Questo lo dico da almeno tre anni, e due giorni fa lo ha ribadito l'Unione europea, mettendo in evidenza alcune criticità del Servizio sanitario nazionale".

Quindi è convinto che troverete una quadra? "Io sono convinto che troveremo una quadra perché va trovata nell'interesse dei cittadini. Io difendo solo la salute pubblica e i cittadini. In particolare, mi lasci dire, difendo le persone più deboli e più fragili. Questa è una rivoluzione alla quale noi non possiamo ti-



# IL FOGLIO

rarci indietro e credo che nessuno si tirerà indietro capendo quanto sia importante la salute pubblica per tutti e quanto sia importante dotare il Servizio sanitario nazionale di una visione più moderna che è quella della medicina territoriale. Rivalutando la figura del medico di medicina generale, perché lavorare in equipe, avere a disposizione la telemedicina vuol dire secondo me rendere nuovamente più attrattiva la professione, anche avendo finalmente una formazione di tipo universitario. Oggi un giovane che si laurea in medicina può scegliere tra tante specializzazioni di livello universitario, tra l'altro pagate in un modo, o fare il medico di medicina generale con un corso regionale pagato molto di meno. Dobbiamo rivalutare insieme ai medici di medicina generale la loro professionalità, continuare ad avere il rapporto fiduciario che hanno con i pazienti perché è un caposaldo del nostro Servizio sanitario nazionale e vederli insieme ad altre figure professionali all'interno delle case di comunità".

So che lei è una figura tecnica, ma le hanno dato fastidio quelle uscite? E soprattutto, continua a sentire la fiducia della maggioranza? "Io ovviamente sono un tecnico ma agisco in un governo politico, dopodiché io credo che tutti possono capire quanto è importante far partire le case di comunità. I politici non credo che non capiscano l'importanza di tanti soldi messi dal Pnrr, vuol dire modernizzare la sanità. Io credo che riusciremo sicuramente a trovare un equilibrio, nell'interesse dei cittadini. È un'occasione unica che non possiamo lasciarci sfuggire, i medici di medicina generale credo che lo capiscano. Tra l'altro ci sono molti giovani che ovviamente vorrebbero lavorare di più in equipe, avere tutti gli strumenti che oggi la tecnologia e l'innovazione ci mettono a disposizione. Io sono un ottimista e sono convinto che alla fine su un argomento così importante si troverà sicuramente la soluzione migliore nell'interesse della salute pubblica".

La porto su un altro tema. Lei ieri ha partecipato a un vertice informale dei ministri della Salute dell'Unione Europea. Il tema ovviamente è l'insorgenza di nuovi casi a livello mondiale di Ebola, ma anche di hantavirus. Le volevo chiedere se c'è preoccupazione da parte sua, da parte del governo e dei



# IL FOGLIO

governi europei e ci voglio aggiungere però anche un dettaglio, perché l'anno scorso il governo italiano non ha ratificato il piano pandemico dell'OMS. Alla luce di quello che sta succedendo, che comunque ancora non desta allarme, è una scelta che rifarebbe o magari avremmo avuto degli strumenti in più? "Intanto sull'ultima domanda le dico che l'astensione non è un no definitivo perché il piano pandemico non è stato approvato, è ancora sotto discussione perché mancano tutti gli allegati che sono la parte essenziale, è stato rinviato nell'ultima seduta dell'OMS e verrà credo riproposto nel prossimo maggio, quindi c'è tempo per vedere cosa ci sarà all'interno. Dopodiché, io ribadisco quella che è la nostra serietà, che abbiamo dimostrato con i fatti. Io preferisco i fatti alle parole per mia natura e per mia professione originale. Sono una persona che si basa sui fatti e sui dati. Siamo stati capofila nel portare all'attenzione dell'Unione Europea la possibile epidemia di ebola. Il presidente del Consiglio ha inviato il 29 maggio scorso una lettera alla presidenza semestrale cipriota. Io ho parlato con il ministro della Salute cipriota una settimana fa. Ieri si è tenuta questa riunione informale e noi siamo stati i primi, dopo gli organismi internazionali, ad avere la parola e con il sottoscritto abbiamo presentato quello che ha fatto l'Italia con questo piano circostanziato ispirato alla massima precauzione su chi arriva da queste zone dell'Africa a rischio. Però vorrei dire, come ho detto due giorni fa al Question time in Senato, che siamo molto sereni, non c'è nessuna preoccupazione, ci siamo ispirati a un piano di massima precauzione, vogliamo che i paesi europei agiscano insieme con noi. Ieri c'è stato un confronto con gran parte dei paesi europei, sono intervenuti più di 20 paesi su 27 in questa discussione. L'argomento verrà riproposto nell'EPSCO, che è la riunione dei ministri della Salute Europea, alla quale parteciperò in Lussemburgo il 16 giugno. Credo che anche il presidente del Consiglio ne discuterà nella riunione del 18. Noi siamo capofila in questo, all'interno di un sistema collaudato e poi vorrei ribadire anche, come sempre, quello che fa l'Italia. Abbiamo mandato un gruppo di medici esperti dello Spallanzani in Congo per prestare assistenza, per dare consigli, per fornire



# IL FOGLIO

quella che è la capacità del sistema italiano su questo tipo di operazioni sanitarie. Questo per dire che bisogna stare tranquilli. Noi abbiamo dato prova di essere pronti. Sull'hantivirus abbiamo immediatamente identificato le quattro persone che erano finite su questo volo nel quale era transitata una signora che poi è deceduta per hantivirus, li abbiamo sottoposti a tutti i test, abbiamo due ospedali di eccellenza come lo Spallanzani e il Sacco che sono in grado di fronteggiare qualunque tipo di epidemia, quindi io sono molto sereno e sono contento che l'Italia abbia ribadito la leadership che merita. Sull'OMS le devo dire: la cosa che più mi ha sempre infastidito è come negli ultimi anni, ma non da quando sono ministro io, da prima, l'Italia abbia avuto un peso inferiore a

quello che merita. Noi abbiamo tra i migliori ricercatori, tra i migliori medici, tra i migliori professionisti, eppure se lei va a vedere il peso nelle posizioni di vertice dell'OMS negli ultimi quindici anni, l'Italia non è stata trattata come meritava per la qualità scientifica, clinica e medica che è in grado di esprimere”.

Le faccio quest'ultima domanda perché è un tema quasi da campagna elettorale: le liste d'attesa. La sinistra ci sta già impostando la campagna elettorale, perché è un tema che tocca tutti. Sulle liste d'attesa, visto che è un tema che chiama in causa anche la collaborazione con le regioni, sarete in grado di fare di più? “Sulle liste d'attesa parto da una frase che mi ha molto colpito del direttore Cerasa nel suo ultimo libro, L'Antitodo, che dice: ‘I pessimisti, i catastrofisti si basano sulle notizie, gli ottimisti si basano sui dati’. Io mi iscrivo ovviamente alla categoria degli ottimisti perché per tutta la mia vita professionale mi sono basato sui dati. Quarant'anni fa l'Espresso faceva gli stessi titoli che fa oggi: in Italia per fare una Tac ci vuole un anno. Sono passati 30 anni, nessuno ha fatto nulla. Io ci ho messo la faccia e guardi che mi hanno vivamente sconsigliato molti di parlare di liste d'attesa. Ma come diceva Borsellino, ‘quando uno ha paura muore tutti i giorni, quando uno non ha paura, e io non ho paura, muore quando gli tocca morire’. E' un argomento che ho toccato con quella che è la serietà e la metodologia che porto avanti, che è una metodologia scientifica. Come si cura una ma-



# IL FOGLIO

lattia se non ci sono i dati? Come fa un partito di opposizione, in questo momento, a dire che le liste di attesa sono peggiorate rispetto a quattro anni fa? Noi oggi abbiamo un sistema che ci permette di monitorare i dati. Questo è il punto di partenza, quindi non sono più descrizioni, mi lasci dire, aneddotiche. È una vergogna pensare che una persona per fare una risonanza magnetica cerebrale oppure una mammografia debba aspettare sei mesi, ma finora non c'era un sistema in grado di fare questo. Io rivendico che con la legge che abbiamo fatto nel 2024 oggi abbiamo una piattaforma dell'istituto di attesa. Sicuramente va migliorata, però già ci fa vedere dei trend di miglioramento, ci fa vedere come l'81 per cento delle prestazioni viene fatta nei tempi giusti, ci fa vedere come 16 su 21 regioni hanno un trend in miglioramento delle prestazioni, come in più di 1000 ospedali italiani c'è un miglioramento del 20 per cento nell'offerta, allora rivendico di aver rimesso al centro dell'attenzione un argomento che la politica non avrebbe mai voluto toccare. Oggi, se lei legge, in tutte le regioni si parla di liste di attesa e sono convinto che questo sia un lavoro di squadra che va fatto dal ministero, dalle regioni, ma anche dai cittadini, perché anche i cittadini devono prendersi le proprie

“Le divergenze in maggioranza? Nessuno si tirerà indietro sulla riforma, capendo quanto sia importante la salute pubblica per tutti e quanto sia importante dotare il Servizio sanitario di una visione più moderna. La figura del medico di medicina generale va rivalutata. E' quello che stiamo facendo”

responsabilità. Quando uno deve fare una TAC e poi non può andare deve alzare il telefono, chiamare e dire 'io domani non posso venire' in modo tale che se c'è una persona che magari ha un tumore e aspetta tre mesi può subentrare. Io sono convinto che con la serietà e con la metodologia che è quello che io sto portando avanti riusciremo a migliorare anche le liste di attesa. Ho il privilegio non essendo un politico di poter pensare a quello che serve veramente ai cittadini magari fra dieci anni. Io sono convinto che questa è una buona legge che, quando verrà applicata, metterà le regioni in competizione tra di loro per offrire sempre minori tempi di attesa”.

Ha detto che non è un politico, ma l'anno prossimo che si va a votare, a scadenza del suo mandato, torna alla sua professione? “Vediamo quello che capita. Io nella mia vita non mi sono mai annoiato e sono convinto che non mi annoierò neanche l'anno prossimo. Quindi qualcosa da fare lo trovo”.

**Luca Roberto**

“Sulle liste d'attesa ci ho messo la faccia. Stiamo migliorando. Oggi finalmente abbiamo una piattaforma di monitoraggio. Sono convinto che la nostra sia una buona legge e che, quando verrà applicata, metterà le regioni in competizione tra di loro per offrire un servizio migliore e tempi più brevi”



Il ministro della Salute Orazio Schillaci intervistato da Luca Roberto



■ **LO SCENARIO** Governo paralizzato

# Riforme flop Il gran ritorno dell'egemonia dei veti

di **CLAUDIO MARINCOLA**

**S**alta la riforma. Salta quella dei medici di famiglia e, con essa, riaffiora l'impressione che stia saltando un po' tutto. Non soltanto un provvedimento, non soltanto una trattativa andata male. Salta l'idea stessa che questa maggioranza sia ancora in grado di affrontare i nodi strutturali del Paese. L'apoplessia della coalizione di governo non è un'immagine giornalistica. È una diagnosi politica. Le funzioni vitali dell'esecutivo rallentano, le decisioni si bloccano, le riforme entrano in coma farmacologico. Il paziente è cosciente, parla, comunica, rivendica persino la propria longevità. Ma è intubato, paralizzato.

Messa così potrebbe sembrare la cartella clinica di un reparto ospedaliero. E invece il paradosso è che proprio sulla sanità si è consumato l'ennesimo fallimento. La riforma della medicina generale rappresentava il test più importante per verificare la reale capacità del governo Meloni di sfidare corporazioni, interessi consolidati e rendite di posizione. Non una riforma qualsiasi. Af-

frontava uno dei principali punti deboli del Servizio sanitario nazionale: la medicina territoriale. Da anni operatori, amministratori regionali, tecnici e istituzioni ripetono la stessa cosa. Il modello attuale rappresenta uno dei principali ostacoli al pieno funzionamento delle Case della Comunità previste dal Pnrr. L'Italia continua a essere un'anomalia nel panorama europeo. I medici di base e i pediatri di libera scelta restano convenzionati e non organicamente inseriti nel SSN. Una particolarità che nel tempo è diventata rigidità. Eppure il governo non è riuscito a portare a casa neppure questa riforma.

Il caso è ancora più clamoroso perché il provvedimento portava la firma - per decreto - del ministro della Salute Orazio Schillaci. Non ci aveva messo soltanto la faccia. Aveva investito il proprio capitale politico. E si è ritrovato a combattere una battaglia da solo. Prima sono arrivati i malumori di Forza Italia. Poi è andata in scena una delle rappresentazioni più surreali della legislatura. A contestare la linea del ministro è stato addirittura il sottosegretario Marcello Gemmato, esponente di FdI.

continua a pag. 11



LO SCENARIO

# Riforme saltate e liti Se nel governo torna l'egemonia dei veti

*Dopo quello della giustizia si arena anche il cantiere sanità  
la maggioranza inizia a pagare divisioni e calcoli elettorali*

segue dalla prima pagina  
di **CLAUDIO MARINCOLA**

**I**l vice che si trasforma in opposizione interna. Hanno vinto i veti, le resistenze corporative, gli interessi organizzati. I medici non vogliono il lavoro dipendente. Non vogliono l'obbligo di presenza nelle Case della Comunità. Non vogliono consorziarsi secondo gli schemi immaginati dalla riforma. Posizioni legittime. Ma il dato politico resta: il governo ha perso. Una sconfitta simbolica enorme perché arriva dopo 15 anni di tentativi falliti. Le Case della Comunità non sono un'invenzione di oggi. Il primo a immaginarle fu Renato Balduzzi nel governo Monti. Oggi quelle strutture rischiano di trasformarsi in scatole vuote. E qui emerge un elemento ancora più preoccupante. La sensazione che le valutazioni elettorali stiano ormai prevalendo sulle scelte di governo. I medici di famiglia rappresentano una categoria influente, radicata nei territori, capace di orientare consenso. Toccarne status e organizzazione significa aprire un conflitto. E il governo - semplicemente - non ha la forza di sostenerlo.

Prendiamo la giustizia. La riforma Nordio doveva inaugurare una nuova stagione garantista. Doveva ridisegnare i rapporti tra magistratura e politica. Correggere gli squilibri del sistema. Oggi il bilancio appare mol-

to più modesto. L'ultimo episodio riguarda il Gip collegiale. La norma prevedeva che le richieste di custodia cautelare non fossero più decise da un solo giudice ma da un collegio di tre magistrati. Una delle misure bandiera della riforma. Doveva entrare in vigore ad agosto. È stata rinviata a febbraio 2027. Il ministro Carlo Nordio ha parlato di problemi di digitalizzazione. Ma la sostanza politica è un'altra: una riforma annunciata come decisiva si arena nel momento dell'attuazione. E non è l'unico capitolo rimasto sospeso.

Che fine ha fatto l'inappellabilità delle sentenze di assoluzione da parte del pm? Che fine ha fatto il dibattito sulla prescrizione? E la responsabilità civile dei magistrati tanto cara a Forza Italia? Temi evocati, rilancia-



ti, promessi. Poi congelati. La maggioranza si divide persino sulle risorse che l'Europa potrebbe rendere disponibili grazie alla nuova flessibilità energetica. Parliamo dei 14 miliardi destinati alla transizione, alle reti, all'elettrificazione e alle energie rinnovabili. Eppure anche qui emergono tensioni e differenze di visione dentro la stessa Lega, mentre Matteo Salvini appare già proiettato sulle prossime campagne elettorali.

Il risultato è una coalizione sempre più impegnata nella gestione degli equilibri interni e sempre meno sui risultati. L'esecutivo rivendica il record di durata. E ha ragione. La stabilità è un valore. Ma senza decisioni rischia di trasformarsi in immobilismo. Una lunga legislatura può essere una risorsa straordinaria oppure una lunga attesa. Primo flop sulle liste d'attesa. Secondo flop sulla medicina generale. Terzo flop sulle Case

della Comunità. Sullo sfondo una giustizia che procede a rinvii e una PA che aspetta ancora la rivoluzione annunciata.

Resta appunto l'ultimo banco di prova. La riforma della Pubblica amministrazione firmata da Paolo Zangrillo. Dovrebbe introdurre il merito, rompere gli automatismi burocratici, rendere finalmente credibili le va-

lutazioni dei dirigenti e delle carriere. In un sistema nel quale quasi tutti risultano eccellenti e nessuno paga mai per inefficienze o ritardi. Una grande riforma. Ma se anche questo cantiere dovesse arenarsi, diventerebbe difficile sostenere che la legislatura abbia prodotto qualcosa di realmente trasformativo.

Naturalmente il tempo non è ancora scaduto. Le urne sono ancora lontane. Giorgia Meloni conserva consenso, centralità politica. Nessuno può escludere un colpo di reni. Ma le

sabbie mobili elettorali hanno una caratteristica: non inghiottono all'improvviso. Lo fanno lentamente. Un passo dopo l'altro. Una riforma rinviata. Una mediazione al ribasso. Un veto accettato. Un conflitto evitato. Finché è troppo tardi e si sprofonda.



La presidente del Consiglio Giorgia Meloni con il ministro della Salute Orazio Schillaci





Servizio La retromarcia

## **Medici famiglia: stop a riforma, Case di comunità a rischio. Schillaci: «Troveremo quadra»**

Si blocca il decreto condiviso dalle Regioni che apre alla dipendenza per riempire le Case di comunità previste dal Pnrr. Le critiche nella maggioranza e i dubbi della Meloni

*di Marzio Bartoloni*

6 giugno 2026

Tanto rumore per nulla: la riforma dei medici di famiglia nata per riempire le oltre mille Case di comunità che apriranno in tutta Italia a fine giugno e di cui si parla da mesi - in realtà da anni e cioè già dai tempi dell'Esecutivo di Mario Draghi - non si farà. A rinunciarci è lo stesso Governo che, nonostante la sponda delle Regioni favorevoli all'unanimità, ha deciso di rimettere nei cassetti il decreto su cui il ministro della Salute Orazio Schillaci e i tecnici regionali lavoravano da settimane: il muro alzato dalla categoria che ha sempre "minacciato" di far sentire la sua voce tra i pazienti-elettori ha fatto prevalere le voci scettiche all'interno della maggioranza, per prima Forza Italia da sempre critica a una revisione, a cui si sono unite anche Fratelli d'Italia e la stessa Lega.

Ma a esprimere forti «dubbi» sarebbe stata la stessa premier Giorgia Meloni avvicinata a margine del consiglio dei ministri di giovedì scorso dal ministro Schillaci che tanto si è prodigato per la riforma. Uno stop che se confermato suonerebbe come una clamorosa retromarcia visto che era stata la stessa Meloni oltre un mese fa a spingere Schillaci ad andare avanti se ci fosse stato l'accordo delle Regioni, obiettivo che era stato raggiunto.

### **Il ministro Schillaci: "Convinto che troveremo una quadra"**

"Io sono convinto che troveremo una quadra" sulla riforma della medicina generale "perché la quadra va trovata nell'interesse dei cittadini. Io difendo solo la salute pubblica e difendo le persone più deboli e più fragili. Questa è una rivoluzione dalla quale noi non possiamo tirarci indietro e credo che nessuno si tirerà indietro, capendo quanto sia importante la salute pubblica per tutti e quanto sia importante dotare il Servizio sanitario nazionale di una visione più moderna", ha garantito il ministro della Salute Orazio Schillaci, rispondendo dal palco della Festa dell'Innovazione a Venezia alle domande sui freni che starebbero rallentando la riforma e sui dubbi espressi all'interno del Centrodestra. La professione del medico di medicina generale, sottolinea Schillaci, "si rende più attrattiva anche avendo finalmente una formazione di tipo universitario. Oggi un giovane che si laurea in medicina può scegliere tra tante specializzazioni - che sono specializzazioni di livello universitario, tra l'altro pagate in un determinato modo - o fare il medico di medicina generale con un corso regionale pagato molto di meno. Quindi dobbiamo rivalutare, insieme ai medici di medicina generale, la loro professionalità, e far sì che continuino "ad avere il rapporto fiduciario che hanno con i pazienti, perché è un caposaldo del nostro Ssn, e vederli insieme ad altre figure professionali all'interno delle Case di comunità".

## **I nodi della riforma e il rischio flop delle Case di comunità**

La riforma e la sua urgenza nasce dal fatto che a fine mese c'è l'appuntamento previsto dal Pnrr con l'apertura delle Case di comunità - maxi ambulatori sul territorio dove fare visite, esami e prevenzione per sfoltire un po' anche gli accessi ai pronto soccorso - e al di là dell'apertura delle strutture (il target minimo è 1.038) c'è il nodo di come farle funzionare e soprattutto con quale personale. Dall'Europa sono arrivati due miliardi e quando ci saranno i controlli di Bruxelles, non solo sull'apertura ma anche sul loro funzionamento, sulla carta c'è il rischio che ci richiedano indietro i fondi. Schillaci e le Regioni nella loro ultima bozza di decreto avevano immaginato a fianco all'attuale convenzione - i medici di famiglia sono liberi professionisti, quindi autonomi nella gestione del loro lavoro anche se convenzionati con il Ssn - di aprire a un canale residuale che prevedesse l'assunzione come dipendenti di un contingente di dottori da far lavorare nelle Case di comunità più sguarnite dove si devono garantire aperture sette giorni su sette almeno 12 ore al giorno. Ma anche l'ultima ipotesi più soft sulla dipendenza ha scatenato la reazione dei medici di famiglia convinti che la convenzione sia l'unica strada, tanto che già si ipotizza di lavorare subito alla prossima (quella 2025-2027) dove inserire un "obbligo" orario di 6 ore a settimana da spendere nelle Case di comunità. I tempi però sono davvero stretti - oltre alla firma della convenzione nazionale servono gli accordi regionali - e il rischio di un flop di queste strutture è ormai dietro l'angolo.

## **La protesta delle opposizioni e il peso dell'Enpam**

Il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato (Fdi), che non ha nascosto i suoi dubbi sulla dipendenza, ha rassicurato sul fatto che le Case di comunità saranno «aperte nei tempi previsti, con la disponibilità condivisa dei medici di medicina generale». Le opposizioni invece sono insorte evocando l'ennesimo fallimento nella Sanità, con Mariolina Castellone (5 Stelle) che chiede di fare piena luce su «possibili conflitti di interesse» legati all'Enpam, l'ente previdenziale dei medici, che «gestisce miliardi» e «interviene su riforme che possono incidere sui propri equilibri economici e contributivi».



Servizio Il confronto

## **Medici di famiglia, la riforma si ferma. Ma come funziona negli altri Paesi europei?**

Dalla Spagna che punta alla dipendenza alla Francia più simile a noi con il modello libero professionale. Negli altri Paesi spesso non c'è un'alternativa netta ma prevalgono modelli misti

*di Paolo Del Bufalo*

5 giugno 2026

C'è sempre più tensione tra ministero della Salute, Regioni e medici di medicina generale. Ai sindacati dei generalisti non piace affatto la proposta di introdurre a fianco all'attuale rapporto di convenzione anche un rapporto di lavoro dipendente dal Servizio sanitario nazionale per garantire la loro presenza nelle case di comunità e molti di loro sono in stato di agitazione, pronti anche allo sciopero. E contrari all'iniziativa sono anche i partiti di maggioranza – Forza Italia e Fratelli d'Italia in testa – che giudicano l'idea una “soluzione pasticciata e burocratica” e sono contrari a trasformare il medico di famiglia in dipendente del Ssn. Con la riforma che dunque ora potrebbe finire definitivamente nei cassetti. Ma come funziona negli altri Paesi europei?

### **L'Europa e il modello specifico italiano**

Il ricorso alla dipendenza non è nuova e in Europa c'è già chi la prevede, anche se in modi spesso più articolati della semplice alternativa convenzione/dipendenza. Così, mentre in Spagna e Portogallo il medico di medicina generale è dipendente, in Francia, Germania, Belgio e Regno Unito sono presenti anche forme di dipendenza, ma il Mmg mantiene comunque soprattutto la sua caratteristica libero-professionale. E nei Paesi Bassi il Mmg è sì indipendente dal servizio pubblico, ma “dipende” dalle assicurazioni. Nel confronto con i maggiori partner europei, quindi, il medico di medicina generale italiano conserva una fisionomia particolare: non è un dipendente del Servizio sanitario nazionale, ma un professionista convenzionato “puro”, scelto dal cittadino e legato a un rapporto fiduciario personale che resta il tratto più tipico del modello italiano.

### **Modello francese vicino al nostro, in Spagna c'è la dipendenza**

La Francia è il Paese che più gli somiglia: anche lì il medico di riferimento è in prevalenza un libero professionista, ma il suo ruolo è più inserito in un percorso di cure coordinato che incide anche sui rimborsi. In Germania, invece, il medico di famiglia si muove dentro una rete territoriale più aperta e meno centrata sul rapporto personale esclusivo. La differenza più netta è con la Spagna, dove il medico di famiglia è un medico del servizio pubblico, inserito in strutture e team dell'assistenza primaria. Il Regno Unito presenta un modello ancora diverso: il GP è la porta del sistema NHS, ma lavora soprattutto in studi contrattualizzati con il servizio sanitario, non come semplice dipendente statale. Belgio e Paesi Bassi, infine, mantengono una forte impronta libero-professionale, ma nei Paesi Bassi il ruolo di filtro verso il resto del sistema è molto più strutturato che in Italia. L'Italia quindi non ha né il medico dipendente tipico dei modelli più pubblici, né il

gatekeeper forte di altri sistemi europei. Mantiene soprattutto una figura convenzionata, personale e fiduciaria, più vicina alla tradizione che a una piena integrazione nella macchina sanitaria pubblica.

### **Ruoli, funzioni e stipendi nei vari Paesi**

Più nel dettaglio, per i maggiori partner, in Francia l'Assurance Maladie distingue tra esercizio libéral, salarié o mixte; per la medicina di base, però, la forma prevalente resta quella self-employed/liberale. Il monitoraggio dell'European Observatory segnala che la gran parte dei medici di cure primarie è autonoma e storicamente pagata soprattutto a prestazione, anche se con quote crescenti di forfait e incentivi. In Germania l'assistenza territoriale è ancora centrata sui medici niedergelassen, cioè insediati in studio e convenzionati per l'assistenza ambulatoriale. Però il sistema ammette anche medici angestellte, cioè dipendenti, dentro studi e soprattutto nei Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Quindi il modello tedesco resta prevalentemente libero-professionale, ma meno "puro" di un tempo.

Per la Spagna il quadro è quasi opposto: i medici di famiglia dell'assistenza primaria lavorano in larga misura come personale salariale/statutario dei servizi sanitari delle Comunità autonome. Il riepilogo 2024 dell'European Observatory parla esplicitamente di salary per i family doctors, con una componente capitaria e una piccola parte legata alla performance. Il Regno Unito viene spesso percepito come il modello più "pubblico" di assistenza, ma nella medicina generale il pilastro storico è un altro: GP practices indipendenti che lavorano a contratto con il NHS, non una rete composta principalmente da medici dipendenti statali. È una distinzione che rende il modello britannico più vicino, per certi aspetti, ai sistemi convenzionati dell'Europa continentale che non al modello spagnolo.

### **All'estero prevale il modello del lavoro in rete**

Nei grandi Paesi europei comparabili all'Italia, dove il medico di famiglia è dipendente, non lavora di solito "da solo nello studio", ma dentro strutture territoriali organizzate, con infermieri e altri professionisti. Il modello più netto è quello spagnolo; nei Paesi nordici è simile. In Francia e Germania, invece, il modello tradizionale resta in larga parte libero-professionale/convenzionato. Dove il medico di famiglia è davvero dipendente, lavora quasi sempre in una "Casa della salute evoluta" - centro territoriale pubblico o accreditato, équipe multiprofessionale, bacino di popolazione assegnato - e non come singolo professionista isolato. La sua attività resta quella classica: primo contatto, continuità, prevenzione, cronicità, domicilio, filtro verso lo specialista.



Servizio Sanità

## **Case comunità senza medici e infermieri, così le Regioni provano a evitare il flop**

Il nodo è chiaro: senza personale molte sedi rischiano di restare sulla carta o di funzionare solo a metà, tra resistenze sindacali e contrasti politici.

*di Paolo Del Bufalo*

7 giugno 2026

Le Case di comunità (CdC) finanziate con 2 miliardi dal Pnrr e nate per garantire visite, primi esami e prevenzione sono a rischio flop? Ministero e Regioni cercano soluzioni praticabili, ma il nodo è chiaro: senza personale molte sedi rischiano di restare sulla carta o di funzionare solo a metà, tra resistenze sindacali e contrasti politici. Il Pnrr prevedeva 1.350 Case della comunità, poi ridotte a 1.038 con la rimodulazione del 2023. La programmazione concordata con il ministero della Salute è però salita a 1.715 strutture; la quota extra-Pnrr dovrebbe essere coperta con fondi ex articolo 20 della legge 67/1988, fondi di coesione, Fondo opere indifferibili e risorse regionali o provinciali.

### **Le carenze di medici e infermieri nelle Case di comunità**

L'ultima rilevazione Agenas, a meno di un mese dalla scadenza Pnrr del 30 giugno 2026, conta 781 CdC con almeno un servizio attivo. Ma solo 204 hanno presenza medica conforme al DM 77/2022 e 216 presenza infermieristica: da qui la stima di oltre 2.500 medici e quasi 7.000 infermieri a tempo pieno mancanti. Il rischio non è automaticamente perdere i fondi europei, perché molte strutture sono fuori dal Pnrr o finanziate con altri canali. Il rischio vero è sanitario e organizzativo: edifici aperti ma senza presa in carico effettiva, medici, infermieri, specialisti, PUA (punto unico di accesso), assistenza domiciliare e collegamento stabile con il territorio. Le Regioni cercano quindi margini di manovra. Le risposte cambiano, ma il punto resta lo stesso: la riuscita delle CdC dipende dal personale, non solo dai cantieri.

## LA CARENZA DI PERSONALE NELLE CASE DI COMUNITÀ (CDC) \*

REGIONE	CDC CON PRESENZA MEDICA DM77	CDC CON PRESENZA INFIERMIER. DM77	AUMENTO NECESSARIO MEDICI	AUMENTO NECESSARIO INFIERMIERI
<b>Abruzzo</b>	1	1	69	191
<b>Basilicata</b>	0	0	32	89
<b>Calabria</b>	2	0	103	294
<b>Campania</b>	3	3	278	770
<b>Emilia R.</b>	28	28	268	742
<b>Friuli V.G.</b>	12	10	34	103
<b>Lazio</b>	18	29	214	541
<b>Liguria</b>	6	6	47	131
<b>Lombardia</b>	43	48	276	742
<b>Marche</b>	15	18	52	131
<b>Molise</b>	2	2	19	51
<b>P.A. Bolzano</b>	0	0	20	56
<b>P.A. Trento</b>	2	4	19	42
<b>Piemonte</b>	14	10	138	401
<b>Puglia</b>	1	1	202	560
<b>Sardegna</b>	12	4	113	350
<b>Sicilia</b>	7	5	248	695
<b>Toscana</b>	17	23	239	635
<b>Umbria</b>	6	4	27	84
<b>Valle d'A.</b>	3	4	2	0
<b>Veneto</b>	12	16	147	387
<b>ITALIA</b>	<b>204</b>	<b>216</b>	<b>2.545</b>	<b>6.995</b>

### La corsa delle Regioni a trovare i medici

Dopo la proposta del ministro Schillaci di prevedere Mmg dipendenti dal Ssn nelle CdC, bocciata da sindacati e maggioranza di Governo, il Veneto ha rilanciato un'altra ipotesi: usare di più medici già dipendenti del Servizio sanitario nazionale, ospedalieri e territoriali, compresi gli ambulatoriali delle Asl, per alcune attività nelle Case della comunità. Anche questa strada ha incontrato il no dei sindacati ospedalieri, per vincoli contrattuali e rischio di indebolire ospedali già sotto organico. L'idea, però, non è trasferire stabilmente i medici fuori dagli ospedali, ma consentire attività orarie nelle CdC, prestazioni specialistiche territoriali e più integrazione tra ospedale e territorio. La logica è semplice: se le assunzioni non arrivano in tempo, si prova a usare meglio professionisti già presenti nel sistema. Altre Regioni si muovono nella stessa direzione, con soluzioni più o meno mature e spesso ancora da verificare sul campo.

### Le esperienze già avviate e le scelte delle Regioni

Emilia-Romagna e Toscana partono da una tradizione territoriale forte. La prima integra Mmg, pediatri, specialisti ambulatoriali e CdC in una rete multiprofessionale radicata. La seconda valorizza Case della salute, AFT, specialisti ambulatoriali e infermieri di famiglia: molti MMG restano convenzionati, ma lavorano in parte dentro le CdC. Veneto e Lombardia usano leve più organizzative. Il Veneto punta anche su telemedicina e specialisti da remoto. La Lombardia ragiona su AFT (aggregazioni funzionali territoriali), accordi della medicina generale, cooperative, professionisti esterni e privato accreditato: una piattaforma flessibile, ma con rischio di frammentazione. Il Friuli-Venezia Giulia lavora su continuità ospedale-territorio e infermieristica territoriale, con più ruolo degli infermieri nella gestione dei cronici e nel coordinamento con Mmg, specialisti e servizi sociali. Il Piemonte sperimenta équipe condivise tra distretti e specialisti su più CdC, per evitare personale fisso in ogni sede. Trento guarda a infermieri a competenze avanzate per follow-up, cronicità e, dove possibile, prescrizioni limitate, e dichiara raggiunti i target PNRR per Case e Ospedali di comunità. Bolzano ha programmato 10 CdC con aperture graduali, pur con il nodo del personale nelle aree periferiche e bilingui. Liguria, Lazio, Campania, Marche e Valle d'Aosta offrono esempi puntuali: telemonitoraggio e servizi infermieristici anche nelle farmacie; rete Asl Roma 2 con 22 CdC e 2 OdC (ospedali di comunità) completate; modello operativo campano recepito dalle Asl; Punti Salute e formazione IFeC (infermieri di famiglia e comunità) nelle Marche; ambulatori ad accesso diretto ad Aosta e Châtillon. Puglia e Sardegna puntano su infermieri di famiglia e modelli multi-presidio con telemedicina.

La tabella seguente sintetizza il quadro regionale al 1° giugno: alcune iniziative sono operative o comunque in stato avanzato, altre restano atti di indirizzo. La differenza la fa capire se dietro le sedi ci siano organici, turni, servizi e presa in carico.

## LE PRINCIPALI ESPERIENZE REGIONALI

<https://www.ilsole24ore.com/art/case-comunita-senza-medici-e-infermieri-cosi-regioni-provano-e-evitare-flop-AI4q0FWD>

### **Le tendenze e il rischio di ambulatori sotto-organico**

Dal confronto regionale emergono quattro tendenze. La prima è far entrare i medici di famiglia nelle CdC tramite ore dedicate, AFT, accordi integrativi o linee regionali, più che trasformando subito il rapporto convenzionale in dipendenza. Veneto, Lombardia e Piemonte mostrano tre varianti dello stesso problema: portare più medicina generale e più medici nelle strutture senza rompere subito l'impianto attuale. La seconda è la centralità dell'infermiere di famiglia e comunità. Toscana, Umbria, Marche, Sardegna, Puglia e Abruzzo hanno approvato atti o percorsi formativi, ma il caso di Taranto ricorda che formare infermieri non basta se poi mancano collocazione, budget, atti aziendali e turni nelle CdC. La terza è non ripartire da zero: Emilia-Romagna e Toscana trasformano Case della salute e AFT; la Sicilia prova a evolvere i PTA; il Veneto deve collegare le Medicine di gruppo integrate alle nuove CdC. È la strada più prudente: meno nuove insegne, più continuità con ciò che funzionava. La quarta è che molti esempi restano attivazioni parziali: PUA, ambulatori infermieristici, accesso diretto, Punti salute, COT (centrali operative territoriali), telemedicina, qualche specialista, continuità assistenziale. Sono tasselli utili, ma non bastano a far funzionare una CdC secondo il DM 77. Dove il territorio era già forte, la CdC può diventare un'evoluzione; dove mancavano distretti, medici aggregati e infermieri territoriali, il rischio resta una nuova insegna su un vecchio poliambulatorio sottorganico.

# Danni medici, la cartella clinica incompleta non aiuta il sanitario

## Diritto e salute

Si alla responsabilità anche se il nesso non è provato per le lacune documentali

### Rosa Sciatta

Il medico che ometta di annotare correttamente dati clinici, procedure eseguite e controlli effettuati non può successivamente avvantaggiarsi dell'incertezza probatoria derivante dalla propria omissione. Anzi: la responsabilità per il danno causato al paziente ricade sul sanitario se la sua condotta è astrattamente idonea a provocarlo ma non è possibile ricostruire compiutamente il nesso causale proprio per le lacune documentali imputabili al medico. Lo ha chiarito la Cassazione che, con l'ordinanza 6499/2026, ha precisato il rilievo della corretta tenuta della cartella clinica per accertare la responsabilità sanitaria.

Il caso riguarda un paziente che doveva essere sottoposto a un intervento chirurgico: durante la fase anestesologica si era verificato un arresto cardiaco che aveva causato gravi danni neurologici e invalidità quasi totale.

In primo grado il Tribunale aveva accertato la responsabilità solidale del chirurgo, dell'anestesista e della struttura sanitaria. Ma la Corte d'appello, all'esito di una nuova consulenza tecnica medico-legale, aveva individuato nell'errata gestione della procedura anestesologica l'unica causa dell'arresto cardiaco, affermando la responsabilità esclusiva dell'aneste-

sista, che aveva quindi presentato ricorso in Cassazione.

La Corte sottolinea che, quando la condotta del sanitario risulti idonea a causare l'evento dannoso, l'eventuale impossibilità di accertare fattori causali alternativi, determinata dalle lacune della documentazione sanitaria, non può risolversi a vantaggio del medico. Nel caso esaminato, la Corte ha evidenziato come il farmaco usato per l'anestesia potesse divenire altamente pericoloso se non somministrato secondo le rigorose regole cautelari richieste dalla pratica anestesologica. In particolare, la mancata documentazione dell'utilizzo della tecnica corretta ha impedito di escludere che il farmaco fosse stato accidentalmente immesso in modo tale da causare l'arresto cardiocircolatorio.

In tale contesto, la tesi difensiva prospettata dall'anestesista – che individuava una causa alternativa per l'arresto cardiaco – è stata qualificata dalla Cassazione come mera possibilità teorica, priva di riscontri clinici e incompatibile con la dinamica temporale accertata.

La Suprema corte precisa infatti che il criterio civilistico del "più probabile che non" non richiede l'eliminazione di ogni possibile ipotesi alternativa, ma impone di individuare, tra le diverse ricostruzioni eziologiche,

quella più coerente con gli elementi istruttori disponibili. La pronuncia afferma che l'incompletezza della cartella clinica non costituisce una mera irregolarità formale, ma assume rilevanza decisiva sul piano probatorio, poiché impedisce la ricostruzione del decorso clinico e l'accertamento di eventuali cause alternative dell'evento dannoso. In questi casi, opera il principio della vicinanza della prova, con conseguente spostamento dell'onere probatorio sul sanitario che aveva l'obbligo di documentare correttamente l'attività svolta. La Cassazione precisa poi che la mera astratta possibilità di fattori alternativi non è sufficiente a interrompere il nesso causale quando la condotta del medico sia idonea a produrre l'evento e l'incertezza eziologica dipenda proprio dalle omissioni documentali imputabili al sanitario.

La decisione consolida dunque il principio secondo cui il rischio della "causa ignota" grava sulla parte che ha determinato l'opacità probatoria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### La motivazione

#### Il principio

Quando l'azione o l'omissione siano in se stesse concretamente idonee a determinare l'evento, il difetto di accertamento di un fattore alternativo ricade negativamente sul soggetto inadempiente. Il rischio della "causa ignota" deve quindi gravare sulla parte che ha dato causa all'opacità documentale.

#### L'applicazione

L'incertezza eziologica non può risolversi a favore del sanitario, ma si converte in una prova di responsabilità se la condotta non documentata sia astrattamente idonea a cagionare l'evento. Il medico che non ha redatto in modo corretto la cartella clinica non può giovare dello stato di incertezza probatoria da lui stesso colposamente cagionato.



## IO Lavoro

### Osteopatia: per l'accesso alla professione serve la laurea

da pag. 41

Dopo oltre 8 anni, il decreto sulle equipollenze chiude il cerchio avviato dalla legge Lorenzin

# Osteopata soltanto con la laurea

## Per i professionisti già formati scatta l'esame di abilitazione

Pagina a cura

DI MICHELE DAMIANI

**U**na nuova era per l'osteopatia italiana. Dal prossimo settembre, infatti, l'accesso alla professione passerà esclusivamente dalla laurea, che sarà direttamente abilitante. Il titolo potrà essere rilasciato soltanto dalle università, previo accreditamento ministeriale. Addio, quindi, a quel sistema formativo che ha caratterizzato l'osteopatia fino ad oggi, fatto di scuole private sparse sul territorio. Ma coloro che si sono formati (o si stanno formando) attraverso questo sistema non saranno abbandonati, dato che è stato previsto un regime transitorio per il riconoscimento delle competenze acquisite. Questo grazie al decreto sulle equipollenze (dpcm 25 marzo 2026, in Gazzetta ufficiale il 22 maggio scorso), un provvedimento che rappresenta l'ultimo tassello del percorso di riconoscimento dell'osteopata, avviato con la legge 3/2018, ovvero la riforma delle professioni sanitarie (ribattezzata anche legge Lorenzin dal nome dell'allora ministra della salute).

**Gli osteopati in Italia.** La riforma è intervenuta su un comparto che, fino a pochi anni fa, si muoveva in un quadro normativo ancora incerto. Basti pensare che, in assenza di un albo di categoria, è difficile quantificare con precisione il numero di professionisti attivi in Italia. Il Registro degli osteopati d'Italia (Roi), in un documento depositato in Parlamento a seguito di un'audizione, parla di una

platea compresa tra i 10 mila e i 15 mila professionisti. In larga maggioranza lavoratori autonomi i quali, dal punto di vista previdenziale, versano alla gestione separata Inps.

**La riforma Lorenzin.** La legge, in estrema sintesi, ha rivoluzionato gli ordini delle professioni sanitarie, riorganizzando un sistema che da troppo tempo chiedeva modifiche. Tra i profili trattati figurava anche quello dell'osteopata che, grazie alla riforma, veniva incasellato tra le professioni sanitarie. «Un percorso che era partito già quattro anni prima, con i lavori preparatori alla riforma, che ci hanno permesso di inserire anche gli osteopati tra i profili trattati», spiega a *ItaliaOggi* **Mauro Longobardi**, presidente Roi. «Il passaggio fondamentale è l'inserimento progressivo dell'osteopatia all'interno del Sistema sanitario nazionale. Fino ad oggi era una professione prevalentemente "privata". Questo consentirà l'inizio di una collaborazione con altre professioni e con tutte le strutture del Ssn, anche quelle territoriali», aggiunge Longobardi.

La legge ha quindi aperto la strada al riconoscimento normativo dell'osteopatia, rinviando a una serie di decreti attuativi la definizione concreta della professione. Il dpr 131/2021 ha definito il profilo professionale dell'osteopata, mentre il decreto del Mur 1563 del 1° dicembre 2023 ha disciplinato l'ordinamento didattico del corso di laurea. Con il decreto sulle equipollenze si completa ora anche il quadro relativo ai professioni-

sti già formati attraverso il precedente sistema. Provvedimenti che porteranno alla creazione dell'albo di categoria, che sarà gestito dalla Federazione nazionale ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (Fno Tsrsm e Pstrp).

**Come diventare osteopati.** La riforma, nel suo complesso, pone un punto fermo: per diventare osteopata in futuro sarà necessario passare per la laurea. Come detto, infatti, il decreto equipollenze sancisce testualmente che «A decorrere dal 1° settembre 2026 il corso di studio per il conseguimento del titolo della professione di osteopata potrà essere attivato solo dalle università previo accreditamento del ministero dell'università e della ricerca».

I primi corsi sono partiti nel 2024 in varie università: Firenze, Verona, Padova e Chieti, oltre a Humanitas e San Raffaele a Milano e a Unilink nelle sedi di Roma, Città di Castello (Pg) e Novedrate (Co). «Ma ci sono tante altre facoltà che si stanno affacciando, sia private che pubbliche», racconta a *ItaliaOggi* **Marco Sbarbaro**, presidente



dell'Aiso, l'Associazione italiana scuole di osteopatia. «Si parla di Pescara, Torino, Venezia, forse Napoli. Il decreto sulle equipollenze ha sbloccato definitivamente la situazione e a breve avremo grosse novità». Essendo una laurea triennale partita nel 2024, i primi laureati direttamente abilitati non si vedranno prima del 2027.

**Il decreto equipollenze.** Quindi, per diventare osteopati sarà necessario laurearsi. Ma cosa succede ai professionisti formati in passato o a quelli che stanno completando oggi il proprio percorso? A risolvere la questione è intervenuto proprio il decreto equipollenze, che rappresenta l'ultimo provvedimento attuativo della legge Lorenzin e completa il percorso normativo avviato otto anni fa.

Il perno del provvedimento è costituito dai nuovi elenchi speciali che saranno attivati dalla Fno Tsrn e Pstrp. Potranno accedere i professionisti già formati e coloro che si sono iscritti a una scuola di osteopatia entro il 31 agosto 2026. Dal giorno successivo, infatti, l'attivazione dei corsi finalizzati al conseguimento del titolo sarà riservata esclusivamente alle università accre-

ditate. Saranno ammessi coloro che hanno completato un corso di almeno tre anni in osteopatia e che siano in possesso di un diploma di scuola secondaria. Il titolo dovrà attestare almeno 2.400 ore di formazione teorica (96 Cfu) oppure, per chi è già in possesso di una laurea abilitante all'esercizio di una professione sanitaria, almeno 1.500 ore di formazione teorica (60 Cfu). In entrambi i casi è richiesto il possesso di 1.000 ore di tirocinio, requisito che può essere compensato da 36 mesi, anche non continuativi, di attività professionale. Quest'ultima può essere valorizzata se svolta nel periodo compreso tra la pubblicazione della legge 3/2018 e i 24 mesi successivi alla pubblicazione in Gazzetta ufficiale del dpcm sulle equipollenze.

Successivamente all'iscrizione negli elenchi speciali, i professionisti avranno sei anni di tempo per ottenere il riconoscimento definitivo attraverso un esame di abilitazione. Le università che hanno attivato il corso di laurea in osteopatia provvederanno a valutare il curriculum dei candidati e, per coloro che non possiedono anche una laurea sanitaria, saranno predi-

sposti percorsi integrativi e misure compensative da completare prima dell'esame. Una volta concluso questo percorso, sarà possibile iscriversi all'albo professionale che, come detto, è in dirittura d'arrivo.

Il decreto individua inoltre le materie sulle quali è necessario aver maturato competenze per partecipare all'esame di abilitazione. L'elenco comprende medicina legale, scienze tecniche mediche applicate, igiene generale e applicata, nonché conoscenze relative alla normativa sulla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, alla radioprotezione e alla fisica applicata, solo per citarne alcune. Tali competenze potranno essere dimostrate attraverso la procedura di riconoscimento dei Cfu maturati con una laurea abilitante o con un titolo equipollente all'esercizio di una professione sanitaria.

**L'albo di categoria.** Dal punto di vista normativo, quindi, il percorso è sostanzialmente completato: l'osteopatia è a tutti gli effetti una professione sanitaria, dotata di un proprio percorso universitario e di regole definite per il riconoscimento degli operatori già attivi. Restano però da completare gli ultimi

passaggi operativi, a partire dall'istituzione degli elenchi speciali (ormai prossima, si veda altro articolo in pagina) e dell'albo professionale.

Un passaggio che lascia qualche preoccupazione alle associazioni di categoria. «Non vorrei che una volta definita la normativa si sbarri la strada a chi fa questo lavoro da anni», è l'appello di Sbarbaro. «Auspichiamo come Aiso di collaborare con la Federazione per facilitare l'ingresso negli elenchi speciali, sapendo che c'è tanta differenza tra i vari corsi. C'è il tema del riconoscimento delle competenze di professionisti che svolgono questa attività da 20 o 30 anni. Auspichiamo», conclude Sbarbaro, «che questo problema venga affrontato nella maniera corretta».

Nei prossimi mesi si capirà quindi quanti degli attuali osteopati riusciranno a transitare nel nuovo sistema. Una partita che riguarda migliaia di professionisti e che rappresenta l'ultimo vero banco di prova della riforma avviata con la legge Lorenzin.



# “Covid, audizioni illecite la commissione va sciolta” affondo del centrosinistra

di **MATTEO PUCCIARELLI**

MILANO

Personae convocate per essere interrogate dai consulenti nominati da FdI, ma in commissariato di polizia, fuori quindi dalle aule parlamentari. «Una esternalizzazione dei nostri compiti fuori da ogni norma», dice il deputato del M5S, Alfonso Colucci.

Per questo motivo le opposizioni chiedono la sospensione dei lavori della commissione parlamentare d'inchiesta sul Covid e mettono nel mirino il presidente, il senatore meloniano Marco Lisei, arrivando a ipotizzarne la rimozione e, come extrema ratio, perfino lo scioglimento dell'organismo parlamentare. In una lettera inviata ai presidenti di Camera e Senato, i gruppi di minoranza (Pd, M5S, Avs, Iv) denunciano quella che definiscono una serie di «gravissime violazioni» nello svolgimento dell'attività della commissione e al contempo chiedono l'annul-

lamento della seduta convocata per oggi. Al centro della contestazione, come detto, ci sono alcune audizioni che riguardano persone già ascoltate come informate sui fatti. Venerdì sera infatti le opposizioni hanno appreso, visionando la documentazione allegata alla convocazione per oggi, che gli interrogatori sono stati condotti senza che i commissari ne fossero informati, da soggetti considerati privi dei necessari poteri e in una sede estranea a quella della commissione. Gli incontri si erano invece svolti negli uffici del commissariato di polizia di Trevi Campo Marzio a Roma. Una procedura che, sostengono i firmatari della lettera, sarebbe comunque illegittima anche qualora una qualche delega fosse effettivamente esistita.

Nel documento, sottoscritto dai capigruppo delle opposizioni presenti nella commissione Covid, istituita su forte volontà di FdI per mettere nel mirino la gestione dell'emergenza ai tempi del governo Conte due, si parla di una «gravissima criticità» che si aggiunge ad altre contestazioni già avanzate nei mesi scor-

si. Per le minoranze si sarebbe di fronte a violazioni «costituzionali, legislative e regolamentari» tali da compromettere il corretto funzionamento della Commissione e da allontanarla dal suo compito istituzionale di accertamento dei fatti. Le opposizioni riferiscono di aver potuto consultare, seppur in ritardo, i verbali degli interrogatori contestati. Da quanto emerso, le dichiarazioni raccolte non avrebbero alcuna rilevanza penale o politica e non chiamerebbero in causa né il governo in carica durante la pandemia né la struttura commissariale. Anche per questo, aggiungono, appare ancora più grave l'utilizzo di atti che si ritengono acquisiti in modo irregolare.

Da qui la richiesta ai presidenti delle Camere di intervenire con urgenza per ripristinare le «condizioni di legalità». Se ciò non dovesse avvenire, concludono le opposizioni, resterebbe sul tavolo soltanto «lo scioglimento della Commissione».

Lettera e ai vertici di Camera e Senato, sotto accusa il presidente Lisei (FdI): “Testi interrogati senza autorizzazione”



Marco Lisei, senatore di FdI

Una sala di terapia intensiva nella fase d'emergenza Covid, nel 2020



**DENUNCIA M5S-PD** Sentiti di nascosto un pm e un militare

## Commissione Covid: i consulenti Fdl fanno audizioni in caserma

DE CAROLIS E RODANO A PAG. 6



**LA DENUNCIA** **Opposizione** Richiesta ai presidenti di Camera e Senato la rimozione del meloniano Lisei

# Commissione Covid: i consulenti Fdl fanno audizioni in caserma

» **Luca De Carolis  
e Tommaso Rodano**

**L**a commissione d'inchiesta sul Covid si sta trasformando in uno dei casi parlamentari più controversi della legislatura. Le opposizioni hanno inviato una lettera ai presidenti di Camera e Senato - e per conoscenza al presidente della stessa commissione, Marco Lisei di FdI - per denunciare "gravi illegittimità" nello svolgimento dei lavori, chiedendo la sconvocaione della seduta prevista per questa mattina, la rimozione di Lisei ed ipotizzando lo scioglimento della commissione stessa.

L'atto rappresenta il punto più alto dello scontro politico che accompagna l'organismo parlamentare fin dalla sua nascita. Ma questa volta le opposizioni non contestano soltanto l'impostazione politica dell'inchiesta: mettono in discussione la legittimità stessa di al-

cune attività istruttorie svolte negli ultimi mesi. Al centro della denuncia ci sono "due soggetti" che dovrebbero essere ascoltati nella seduta odierna. Si tratterebbe del tenente colonnello della Guardia di finanza, Alberto Fagnani, e del sostituto procuratore della Dda di Napoli, Giuseppe Visone.

Secondo i gruppi di opposizione - la lettera è firmata da Pd, M5S, Avs, Italia Viva e un senatore di Autonomie - i due sarebbero stati già formalmente interrogati come persone informate sui fatti, ma al di fuori delle procedure previste per una commissione parlamentare. I due testimoni infatti sarebbero stati sentiti "all'insaputa dei commissari che compongono la Commissione parlamentare" e in una sede diversa da quella istituzionale: gli interrogatori si sarebbero svolti negli uffici del commis-

sariato di Polizia di Trevi Campo Marzio, condotti da consulenti della Commissione nominati da Fratelli d'Italia.

L'attività sarebbe stata autorizzata da una delega firmata di Lisei, che secondo le opposizioni "sarebbe totalmente illegittima e radicalmente nulla, con conseguente illegittimità e nullità delle attività poste in es-



sere o conseguenti”.

Le accuse diventano ancora più dure nelle pagine successive della lettera: “Siamo dinnanzi a violazioni costituzionali, legislative e regolamentari di gravità evidente e, lo si ribadisce, inaudita”. Violazioni che “pongono irreparabilmente l’attività della Commissione al di fuori del suo perimetro istituzionale”.

A rendere ancora più paradossale la vicenda, secondo le opposizioni, sarebbe il contenuto stesso dei verbali. Fonti dei gruppi parlamentari riferiscono di aver potuto esaminare soltanto tardivamente gli atti e di aver constatato che le informazioni raccolte sarebbero già pubbliche e prive di particolare rilevanza: non coinvolgerebbero né il governo, guidato all’epoca da Giuseppe Conte, né la struttura

commissariale che gestì la pande-

mia. La naturale conseguenza della lettera è la richiesta “di assumere iniziative urgenti al fine di rimuovere il Presidente Lisei” e “di disporre la sospensione dei lavori della Commissione fino al momento nel quale non sarà ripristinata la legalità”. Altrimenti “l’unica soluzione percorribile sarebbe lo scioglimento della Commissione”.

**IL MOVIMENTO 5 STELLE** alza ulteriormente il livello dello scontro, destinato a trasformarsi in bagarre nella seduta di questa mattina. Per il capogruppo in commissione, Alfonso Colucci, “nel comportamento della Commissione emergono gravissimi elementi di ille-

gittimità, se non addirittura di illiceità. Hanno agito in spregio alle norme e ai regolamenti”.

La vicenda si inserisce in un conflitto che dura dall’istituzione della commissione Covid. Le opposizioni hanno sempre accusato la maggioranza di aver costruito un organismo orientato soprattutto a colpire politicamente Conte e l’allora ministro della Salute Roberto Speranza: secondo questa lettura, la commissione avrebbe dedicato gran parte delle proprie energie alla ricerca di responsabilità dell’esecutivo nazionale durante la pandemia, ignorando completamente altri centri decisionali, a partire dalle Regioni. La denuncia apre un fronte ancora più delicato.

**CLAMOROSO**  
UN MILITARE  
E UN PM  
INTERROGATI  
IN UNA SEDE  
DELLA POLIZIA



**Mascherine**  
Milano ai tempi del Covid, nel 2021. Poi, l’allora premier Giuseppe Conte  
FOTO ANSA

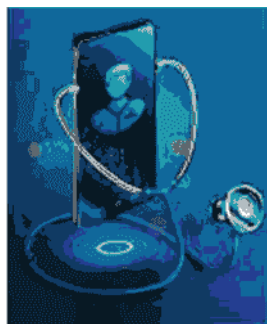


UNA LEGGE CHE FA DISCUTERE L'INDUSTRIA

# RIVOLUZIONE SANITÀ: IN ARRIVO LE TERAPIE DIGITALI

di DAVE HILL CIRIO

Da dimenticare pillole e fiale, arrivano le terapie digitali. Il medico di base, dopo una diagnosi di insonnia cronica o di una dipendenza complessa, fa la ricetta: "Il paziente



scarichi il software X e segua il piano per 90 giorni". Non è la trama di un romanzo distopico, ma l'architettura legale che l'Italia sta provando a darsi con il Testo Unificato sulle Terapie Digitali. Dopo il via libera della Camera, il provvedimento, che vede come prima firmataria e relatrice la leghista Simona Loizzo, approda ora al Senato per l'ultima, decisiva curva. Una svolta strutturale che mira a colmare un gap abissale. In Germania e Francia il codice binario è già rimborsato dallo Stato, il mercato italiano delle DTx è rimasto finora prossimo allo zero, frenato da un vuoto normativo che scoraggiava investitori e startup. Il cuore della legge, un muro invalicabile eretto contro la confusione semantica. Chiarisce che le terapie digitali non sono contapassi o "app del benessere". Per essere rimborsate, devono essere dispositivi medici software con marcatura CE, progettati per generare benefici clinici misurabili attraverso algoritmi validati. Il percorso introduce poi un filtro scientifico severissimo. I software saranno sottoposti al Programma nazionale di Health Technology Assessment gestito da Agenas. Per arrivare sul mercato, l'algoritmo dovrà sopravvivere a trial clinici randomizzati, proprio come un farmaco chimico. Se l'esame viene superato, scatta il "premio", l'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza e la rimborsabilità da parte del Ssn. Qui la narrazione del progresso si scontra con il muro della Ragioneria dello Stato. Per evitare il veto del Mef, la legge è stata blindata con la clausola dell'invarianza finanziaria. Si fa la rivoluzione, ma senza mettere un solo euro di

nuovi fondi. Le reazioni della industry non si sono fatte attendere e sono cariche di scetticismo. Confindustria Dispositivi Medici ha accolto con favore il riconoscimento come pilastro strutturale della sanità, ma ha lanciato un avviso chiaro: il rischio è di aver costruito una scocca bellissima per un'auto senza benzina. La mancanza di fondi dedicati e l'assenza di un percorso di rimborso temporaneo potrebbero rendere la legge una "scatola vuota". Ma c'è un timore ancora più concreto che agita le startup italiane: il payback. Classificate come dispositivi medici, le terapie digitali finirebbero sotto il tetto di spesa del settore, attualmente al 4,6%. Se la spesa dovesse sforare, le aziende produttrici di software dovrebbero restituire parte dei ricavi allo Stato. Un meccanismo che, secondo gli esperti di Indicon, rischia di soffocare sul nascere le startup italiane già attive nel settore allontanare i capitali esteri, che preferiscono mercati con regole di rimborso certe e meno punitive. La maggioranza difende l'impianto puntando sulla logica dei "costi evitati". Un investimento iniziale sul software genera un risparmio netto riducendo ospedalizzazioni, uso di farmaci tradizionali e complicanze legate alla scarsa aderenza terapeutica. Il futuro del provvedimento al Senato, ora, appeso a un equilibrio sottile. Se l'Italia vuole davvero diventare un hub dell'innovazione nelle life sciences, dovrà decidere se l'algoritmo va considerato un costo da tagliare o un investimento per la sostenibilità a lungo termine. Il rischio, citando una metafora, quello del "tacchino induttivista". Credere che l'innovazione arrivi ogni mattina per abitudine, finché il contadino dei conti pubblici non decide di tirare il collo alle speranze dell'industria.



## LA LEGGE SUI CAREGIVER

Ciani (Pd): è necessario fare presto ma fare bene  
Emendamenti unitari

Riccardi

a pagina 11

# Legge sui caregiver Ciani: «Fare presto ma fare davvero bene»

FRANCESCO RICCARDI

I tempi stringono per la norma di riconoscimento del ruolo dei caregiver familiari. Perché i 16 mesi che mancano alla conclusione naturale della legislatura sembrano essere un periodo lungo, ma potrebbero comunque non essere sufficienti a completare l'iter di una legge, oggi ancora in prima lettura in commissione alla Camera. E che dunque deve arrivare in Aula per il voto dopo l'esame preliminare, essere discussa e licenziata. Poi passare al Senato per un analogo duplice vaglio e voto (e un'eventuale terza lettura nel caso di cambiamenti del testo). Ma i caregiver che attendono da almeno dieci anni di veder riconosciuto l'impegno - spesso h24, sette giorni su sette - a favore di loro cari con gravi disabilità, non possono più aspettare. Abbiamo chiesto allora a Paolo Ciani, deputato Pd e segretario della commissione Affari sociali della Camera, quali sono le prospettive di una possibile accelerazione dei lavori.

**Onorevole Ciani, concluse le audizioni degli enti istituzionali e delle associazioni di caregiver, in commissione Affari sociali sembra di registrare una pausa, se non un'impasse, sul disegno di legge presentato dalla ministra per le Disabilità, Alessandra Locatelli. In che fase siamo?**

Siamo in una fase importante: il riconoscimento del caregiver familiare non può più essere rinviato. Parliamo di persone, molto spesso donne, che sosten-

gono ogni giorno una parte essenziale del nostro welfare, senza tutele adeguate, in solitudine e senza riconoscimento economico e previdenziale. Il Ddl Locatelli ha il merito di aver riaperto un percorso parlamentare colpevolmente bloccato, ma il testo va migliorato. Non basta affermare che il caregiver familiare esiste: bisogna definire con chiarezza quali condizioni ne determinano il riconoscimento.

**Non c'è il rischio di arrivare "lunghi" con i tempi?**

Il rischio c'è ed è per questo che bisogna accelerare. Ma questo non può significare approvare una legge qualunque. Dopo anni di attesa, sarebbe grave arrivare a una norma debole, che riconosce il tema ma non cambia davvero la vita delle persone. Siamo al quarto anno di legislatura e serve una scelta politica chiara: riportare in Commissione il provvedimento, lavorare sugli emendamenti e mandare all'Aula un testo all'altezza. Fare presto sì, ma fare bene.

**Dalle audizioni che cosa è emerso, quali i principali nodi che le associazioni di caregiver familiari hanno evidenziato?**

È emerso soprattutto il bisogno di uscire dall'invisibilità. Le associazioni, questa volta come già nel 2024, hanno posto questioni molto concrete: il diritto ad essere riconosciuti come persone e cittadini al pari degli altri. Hanno evidenziato la specificità dei caregiver familia-

ri (in particolar modo i conviventi) rispetto a tutte le altre figure impegnate nella presa in carico domiciliare di una persona, affinché non si ripropongano quelle genericità che troppo spesso hanno caratterizzato la normativa sulla disabilità e che hanno finito per compromettere l'effettiva esigibilità dei diritti. Ricordo sempre che i caregiver familiari sono un avamposto contro la "cultura dello scarto" più volte denunciata da Papa Francesco.

**È possibile introdurre miglioramenti al Ddl Locatelli integrando le proposte di legge già presentate?**

Non solo è possibile, è necessario. In Parlamento esistevano proposte, precedenti all'iniziativa del Governo e l'incardinamento in Commissione era stato chiesto dalle opposizioni. Alcune Pd prevedevano la differenza tra conviventi e non, tutele crescenti e una specifica individuazione delle condizioni di disabilità. La proposta a mia prima firma, ad esem-



pio, recepiva questi principi e insisteva su un punto per me fondamentale: il caregiver familiare ha diritti propri, distinti da quelli della persona di cui si prende cura e va differenziato dai lavoratori delle cure domiciliari, riconoscendogli il giusto ruolo sociale. Per questo ora ho presentato emendamenti sul riconoscimento della figura, sul sostegno economico, sull'inserimento lavorativo e sulle misure a sostegno del mantenimento di una vita lavorativa. Con questi ed altri apporti si costruirebbe una legge più giusta ed efficace.

**Il vero nodo resta quello delle risorse. È realistico pensare che possano essere aumentate?**

È necessario aumentare le risorse e nel-

la misura in cui non si facesse sarebbe meglio iniziare dai caregiver familiari maggiormente impegnati. Senza risorse adeguate la legge rischia di essere soltanto un riconoscimento simbolico di cui queste persone non hanno certo bisogno. Peraltro l'utilizzo dell'Isee familiare per stabilire il contributo rischia di renderlo non solo insufficiente ma anche iniquo. Il mondo dei caregiver familiari può essere molto ampio e differenziato. Pensare di comprendere tutti senza una chiara perimetrazione della platea e senza adeguate risorse rischia di trasformare una giusta aspettativa in una delusione. Ma dire che non ci sono risorse non può diventare un alibi. I diritti dei cittadini non si assoggettano alle risorse. Lo

Stato risparmia ogni giorno grazie al lavoro invisibile dei caregiver familiari. Sostenere non è un costo, ma un investimento sociale, sanitario ed economico e l'istituzionalizzazione costerebbe di più. Si può procedere anche gradualmente, partendo dalle situazioni più gravi, ma la direzione deve essere chiara: diritti esigibili, criteri certi e sostegni reali.

Il tempo stringe per l'approvazione della norma sul riconoscimento di chi si prende cura di un familiare con disabilità. L'esponente Pd e segretario della commissione Affari sociali spiega a che punto siamo

«Occorre concordare alcuni emendamenti significativi al ddl Locatelli prima di arrivare in Aula. E vanno potenziate le risorse stanziate e il sostegno economico»

Una mamma caregiver assieme al figlio con disabilità durante una manifestazione di associazioni di caregiver a Roma nello scorso gennaio  
/Ansa



Paolo Ciani, deputato Pd





Servizio Il reportage su Radio24

## **Dai senza casa agli "abusivi": così l'equità è a rischio se il Ssn chiede la residenza**

Tra progetti consolidati e nuove sperimentazioni le esperienze di soggetti del terzo settore, aziende sanitarie, operatori e volontari

*di Rosanna Magnano*

6 giugno 2026

La salute pubblica ha le sue periferie, aree di confine - urbane, geografiche, socio-economiche - in cui la sanità stenta ad arrivare. Quartieri sconosciuti all'anagrafe dove migliaia di abitanti sono privi di residenza e non possono iscriversi al Servizio sanitario nazionale, persone senza dimora che non hanno un medico di medicina generale, stranieri irregolari o comunque in condizioni di fragilità. A fare il punto a Brescia il recente congresso della Società italiana di medicina delle migrazioni.

Tra progetti consolidati e nuove sperimentazioni soggetti del terzo settore, aziende sanitarie, operatori, volontari lanciano ponti. Ma non può bastare. In un momento in cui c'è molta attesa per il rafforzamento delle cure sul territorio, l'implementazione del Dm 77/2022, rappresenta un'opportunità per rendere il Ssn più equo e accessibile. Mentre si avviano faticosamente i cantieri della Legge 176/2024 - approvata all'unanimità dal Parlamento - che garantisce il diritto all'assistenza sanitaria e l'accesso al medico di base alle persone senza dimora che soggiornano regolarmente in Italia. Una legge che rischia di restare un diritto di carta se non supportata da risorse organizzative e da un'efficace integrazione socio-sanitaria.

Le disuguaglianze sociali continuano a incidere profondamente sulla salute delle persone, in particolare delle più marginalizzate. Basti pensare che l'età media del decesso per una persona senza dimora è di circa 46 anni (dato che si abbassa a 42 anni per gli stranieri che sono il 56,5% dei senza tetto) a fronte di un'età media di morte di circa 82 anni nella popolazione generale (dati dal Rapporto 2026 "La strage invisibile" dell'Osservatorio Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora). Per superare questi gap molto si giocherà sul modo in cui l'assistenza primaria sarà resa accessibile, coordinata e condivisa. Per rispetto della Carta costituzionale e per il bene dell'intera collettività.

Nel reportage "Sanità di confine, la cura che include tra periferie e senza dimora", che si può riascoltare in podcast su sito e app di Radio 24, si raccontano tre esperienze sul campo.

Il progetto "Ferite invisibili", il servizio della Caritas di Roma attivo da oltre 20 anni dedicato alla cura dei migranti sopravvissuti a tortura, violenze intenzionali e traumi estremi.

"Un camper per i diritti", l'intervento della clinica mobile di Medici per i Diritti Umani, che da circa un anno opera in due diverse periferie romane. A Bastogi, un complesso residenziale di edilizia popolare isolato e privo di servizi che ospita circa 3.000 persone, e all'idroscalo di Ostia, un quartiere informale alla foce del Tevere con circa 500 abitazioni autocostruite e 2.000 residenti.

Il progetto Dimissioni Protette nelle strutture di accoglienza per persone senza dimora, nato nel 2013 dalla sinergia tra AUSL di Bologna e Comune per garantire la presa in carico socio-sanitaria per persone senza dimora che, dopo un ricovero ospedaliero, necessitano di un periodo di convalescenza e riposo.

**L'ENCICLICA**

## Una magnifica responsabilità verso l'umano

**GIORGIO METTA**

Sviluppare tecnologie sempre più potenti senza perdere di vista la persona: quale responsabilità ci consegna la "Magnifica humanitas".

**Gregis e Murzi a pagina 7**

# Una magnifica «responsabilità»

*La sfida è culturale, non tecnologica: evitare che l'innovazione produca nuove disuguaglianze e preservare la centralità della persona. Perché il futuro non appartiene all'Intelligenza artificiale e agli algoritmi, ma è tutto nella qualità delle scelte con cui decideremo di usarli*

La parola è: responsabilità. Tre sguardi provenienti dalla ricerca scientifica e dall'industria della salute leggono la *Magnifica humanitas* di papa Leone XIV e convergono su una stessa convinzione: l'Intelligenza artificiale rappresenta una delle più grandi opportunità del nostro tempo, ma il suo valore dipenderà dalla capacità umana di orientarla verso il bene comune. Giorgio Metta richiama la necessità di governare l'innovazione senza frenarla, ricordando che algoritmi e modelli non possiedono intenzioni proprie: discernimento, diritti e scelte restano nelle mani delle persone e delle istituzioni. Arianna Gregis porta questa riflessione nel campo della ricerca farmaceutica,

dove l'IA può accelerare la scoperta di nuove terapie e abbreviare i tempi che separano la scienza dai pazienti. Ma la velocità non può sostituire il giudizio, e l'efficienza non può prendere il posto della coscienza. Jacopo Murzi sviluppa lo stesso tema dal punto di vista della cura, sottolineando che nessun algoritmo potrà mai esaurire la complessità di una essere umano o sostituire la relazione di fiducia tra medico e paziente. Ne emerge una riflessione corale che rifiuta sia l'entusiasmo acritico sia il timore paralizzante. La questione decisiva non è quanto le macchine diventeranno intelligenti, ma quanto gli esseri umani sapranno restare, appunto, responsabili.

---

**ANALISI**


---

Cosa significa fare  
ricerca scientifica  
e biomedica  
nell'epoca dell'IA?

L'indirizzo  
del documento  
di papa Leone e  
tre contributi sulla  
trasformazione  
che sta cambiando  
il modo stesso  
di fare progresso



## L'IA non ha coscienza. Ma non è autonoma. Le intenzioni sono nostre

# SVILUPPARE STRUMENTI SEMPRE PIÙ POTENTI SENZA PERÒ PERDERE DI VISTA LA PERSONA


**GIORGIO METTA**

**L**eggio *Magnifica humanitas* da una prospettiva laica e scientifica. Il fatto che la prima Enciclica di papa Leone XIV sia dedicata all'Intelligenza artificiale è già un segnale importante: riconosce che questa tecnologia non appartiene più solo ai laboratori o alle grandi aziende digitali, ma incide ormai su lavoro, salute, educazione, sicurezza e produzione della conoscenza.

Non entro nel merito teologico del documento. Il punto che mi interessa è un altro: come sviluppare tecnologie sempre più potenti senza perdere di vista la persona, i diritti e le responsabilità delle nostre scelte.

L'Intelligenza artificiale non è una forza autonoma. È il risultato di modelli, dati, infrastrutture e decisioni progettuali. Può accelerare la scoperta di nuovi farmaci, migliorare la sanità, rendere più efficienti i processi indu-

striali, aumentare la sicurezza sul lavoro e supportare la ricerca scientifica. In molti ambiti sta diventando parte integrante delle infrastrutture con cui produciamo conoscenza e prendiamo decisioni.

Per questo va affrontata con serietà. L'IA non è coscienza, non ha intenzioni. Le intenzioni restano umane, così come le responsabilità. Il problema non è la tecnologia in sé, ma il modo in cui governi, imprese e organizzazioni scelgono di svilupparla e utilizzarla.

La ricerca deve poter sperimentare liberamente. Senza libertà scientifica non esiste progresso. Ma quando una

tecnologia esce dal laboratorio e incide sulla vita delle persone servono regole, verifiche e responsabilità. Nessuno accetterebbe un farmaco o un aereo senza controlli rigorosi. Lo stesso principio deve valere per l'Intelligenza artificiale nei settori sensibili: trasparenza, valutazione del rischio, responsabilità giuridica e standard tecnici affidabili. Questo tema riguarda direttamente anche l'Europa. La capacità regolatoria è importante, ma non sufficiente. Se l'Europa si limita a definire regole senza sviluppare infrastrutture, modelli e competenze, rischia di dipendere dalle scelte tecnologiche altrui. La sovranità tecnologica non è uno slogan: significa avere capacità scientifiche, industriali e formative adeguate a partecipare allo sviluppo delle tecnologie che useremo nei prossimi decenni.

Qui il ruolo dei centri di ricerca diventa cruciale. Non devono solo produrre conoscenza avanzata, ma anche formare ricercatori, ingegneri e decisori pubblici capaci di comprendere e governare tecnologie sempre più complesse. La formazione non è un'attività accessoria rispetto alla ricerca: ne è parte integrante.

Il tema del lavoro va affrontato con lo stesso realismo. L'Intelligenza artificiale trasformerà molte professioni. Alcune attività saranno automatizzate, altre cambieranno profondamente. La questione decisiva sarà evitare che si allarghi il divario tra chi possiede competenze tecnologiche e chi ne resta escluso. Parleremo sempre più di *AI divide*: non solo accesso agli strumenti, ma capacità di comprenderli e usarli criticamente. Per l'Italia questa è una questio-

ne strategica. Abbiamo un problema demografico, una produttività stagnante e una carenza strutturale di competenze tecnologiche. L'IA può contribuire a migliorare servizi, industria, sanità e qualità della vita, ma solo se investiremo davvero in ricerca, capitale umano e trasferimento tecnologico. La tecnologia migliore non è quella che impressiona di più, ma quella che rende le persone più autonome, sicure e capaci di partecipare pienamente alla vita sociale ed economica. In questo senso, la custodia dell'umano può diventare un terreno comune tra sensibilità diverse: per la ricerca significa sviluppare tecnologie affidabili e utili, per le istituzioni costruire regole efficaci, per le imprese innovare con responsabilità, per la scuola e la società diffondere competenze, spirito critico e cultura scientifica. La sfida non è fermare la conoscenza, ma orientarla verso obiettivi condivisi e socialmente desiderabili.

**Direttore scientifico  
Istituto Italiano di Tecnologia (IIT)**



Pochi minuti invece di settimane. Mentre il giudizio è solo dell'uomo

## LA MACCHINA VELOCIZZA I NUOVI FARMACI MA ALLA GUIDA RESTANO I RICERCATORI



**ARIANNA GREGIS**

**N**ella sua recente enciclica *Magnifica humanitas*, papa Leone XIV richiama tutti noi a una responsabilità profonda: non lasciare che il progresso tecnologico riduca l'uomo a semplice ingranaggio di sistemi sempre più sofisticati. È un monito importante, soprattutto in un tempo in cui l'Intelligenza artificiale sembra avanzare a una velocità superiore alla nostra capacità di comprenderne pienamente le implicazioni sociali, etiche e culturali.

Ma proprio per questo credo sia necessario evitare una contrapposizione sterile tra tecnologia e umanità. La vera domanda non è se l'Intelligenza artificiale sostituirà l'uomo. La domanda è: quale idea di uomo guiderà l'Intelligenza artificiale? L'IA, da sola, non possiede valori. Non conosce il significato della cura, né della responsabilità. Sono le persone a decidere quali obiettivi affidarle, quali limiti darle, quali priorità perseguire. Ecco perché la sfida che abbiamo davanti non è soltanto tecnologica: è prima di tutto umana.

Nel settore della salute questo tema assume un valore ancora più determinante. Ogni innovazione è chiamata a confrontarsi con bisogni reali, con il diritto ad accedere a cure migliori, più efficaci e più rapide. In Bayer vediamo nell'Intelligenza artificiale uno straordinario acceleratore di progresso

scientifico, a condizione che sia guidata da scelte consapevoli e da una responsabilità che appartiene alle persone.

Oggi sviluppare un nuovo farmaco richiede tempi molto lunghi, spesso superiori ai dieci anni, e investimenti enormi. Questo significa che il percorso che porta una terapia al paziente è complesso e troppo lento. Per questo, come Bayer, ci siamo fissati un obiettivo ambizioso: ridurre del 30%, entro il 2030, i tempi di scoperta di nuove terapie a beneficio dei pazienti. Un traguardo che intendiamo raggiungere proprio grazie all'utilizzo dell'Intelligenza artificiale nel percorso di Ricerca & Sviluppo.

Lavoriamo per rendere più efficaci le fasi iniziali, individuando più rapidamente le soluzioni promettenti e riducendo i tentativi meno utili. Qui l'Intelligenza artificiale affianca i ricercatori, orientandoli con maggiore rapidità e precisione. L'IA ci permette infatti di elaborare una enorme quantità di dati, individuare correlazioni invisibili all'occhio umano e aumentare le probabilità di successo nello sviluppo di nuove molecole. Oggi siamo in grado di sintetizzare in pochi minuti conoscenze scientifiche che in passato richiedevano settimane di analisi della letteratura specialistica, liberando tempo e risorse per attività a più alto valore aggiunto. Ma sarebbe un errore pensare che questo processo possa fare a meno dell'intuizione dell'essere umano. Al contrario, richiede ancora più

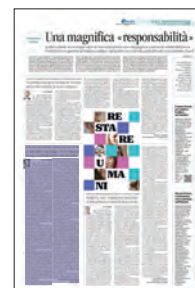
competenze, più responsabilità, più capacità di giudizio.

Dietro ogni algoritmo devono esserci scienziati, ricercatori, medici, bioeticisti e decisori consapevoli. Perché l'efficienza non può mai diventare l'unico criterio. La velocità non può sostituire la coscienza. E l'innovazione non può prescindere dalla fiducia.

L'Enciclica di papa Leone XIV ci invita a custodire l'umanità proprio mentre costruiamo il futuro. È un invito che riguarda le imprese, le istituzioni, il mondo della ricerca e ogni cittadino. Governare l'Intelligenza artificiale in modo etico significa garantire trasparenza, inclusione e accesso equo ai benefici dell'innovazione. Significa evitare che le tecnologie amplifichino disuguaglianze già esistenti. Significa credere in un progresso che non sia fine a sé stesso, ma che sappia mettersi al servizio delle persone, a partire da chi ha più bisogno. L'Intelligenza artificiale ci sta insegnando qualcosa anche su noi stessi. Più cerchiamo di replicare alcune capacità umane nelle macchine, più scopriamo quanto siano straordinarie quelle che non riusciamo a codificare, a partire da ciò che abbiamo di più prezioso: la capacità di prenderci cura gli uni degli altri.

La tecnologia non decide chi vogliamo essere. Questo resta un compito profondamente umano.

**Amministratrice Delegata  
Bayer Italia**



## Niente può sostituire la relazione di fiducia tra il medico e il malato PAZIENTI, NON “PARAMETRI BIOLOGICI” VA PRESERVATA L’UMANITÀ DELLA CURA



JACOPO MURZI

Nel tempo dell’Intelligenza artificiale, l’Enciclica *Magnifica humanitas* di papa Leone XIV ci consegna un messaggio essenziale: il progresso non può essere misurato soltanto dalla potenza degli strumenti che sviluppiamo, ma dalla capacità di custodire la dignità della persona umana. È un richiamo di grande forza, che interpella istituzioni, imprese, comunità scientifica e società nel suo insieme. La tecnologia, ci ricorda il Papa, non è mai neutrale. Assume il volto di chi la pensa, la finanzia, la regola e la utilizza. Per questo la vera domanda non è solo che cosa l’Intelligenza artificiale possa fare, ma quale idea di uomo, di salute e di convivenza intendiamo promuovere attraverso di essa.

Per chi opera nel mondo della salute, questo richiamo è particolarmente significativo. L’Intelligenza artificiale offre opportunità straordinarie: può aiutarci a leggere rapidamente grandi quantità di dati, rendere più tempestive le decisioni, sostenere il progresso della ricerca, accelerare lo sviluppo di nuove terapie, favorire percorsi di cura più personalizzati, ottimizzare produzione e catena di fornitura dei farmaci e contribuire a una sanità più predittiva, efficace e vicina ai bisogni delle persone. Ma proprio in sanità emerge con chiarezza il punto decisivo indicato dall’Enciclica: l’innovazione ha valore solo se resta al servizio della persona. L’IA non è un fine in sé, ma uno strumento clinico e scientifico che deve rispondere a una domanda fondamentale: tutto questo migliora davvero la vita delle persone?

Il rischio di un utilizzo freddo e cieco dell’IA è quello di trasformare i pazienti in “profili”, in aggregati di dati privati del loro volto, della loro storia, della loro fragilità. Nessun modello predittivo, per quanto so-

fisticato, può ridurre una persona alla somma dei suoi parametri biologici. E nessun algoritmo può sostituire la responsabilità clinica, il giudizio umano, l’ascolto e la relazione di fiducia tra professionista sanitario e paziente.

La sfida, allora, non è contrapporre medico e algoritmo. Al contrario, è costruire uno scenario in cui il medico sia potenziato dall’algoritmo, ma mai sostituito da esso. La tecnologia deve offrire ai professionisti della salute più informazioni per decidere, più strumenti per curare, più capacità di personalizzare i percorsi terapeutici. Ma deve anche restituire tempo alla relazione, non sottrarlo. Perché la cura non è soltanto decisione clinica: è ascolto, presenza, responsabilità, accompagnamento.

Ecco perché il tema dell’uso etico e sicuro dell’Intelligenza artificiale è oggi centrale. E questo non significa frenare l’innovazione, ma renderla degna della fiducia delle persone. Significa lavorare perché i sistemi siano trasparenti, sicuri e responsabili; significa prevenire bias e discriminazioni; proteggere i dati; garantire sempre una supervisione umana nelle decisioni cliniche; favorire un ecosistema dell’innovazione aperto, inclusivo e orientato al bene comune. In questo senso, il monito dell’Enciclica è chiaro e attuale: senza governo, senza responsabilità e senza una visione del bene comune, si rischia di perdere di vista il fine ultimo dell’innovazione, che resta il bene della persona e della comunità.

È anche da questa consapevolezza che come Johnson & Johnson, insieme a Microsoft Italia e a Fondazione Mondo Digitale, abbiamo lanciato il progetto “Il Futuro della Cura”, dove l’idea di fondo è semplice, ma decisiva: l’innovazione non si realizza davvero se il sistema non sviluppa le competenze per comprenderla, governarla e integrarla nei processi di cura. Formare gli

operatori della salute significa non solo trasferire strumenti, ma costruire cultura, senso critico e responsabilità. Ogni operatore sanitario, ogni regolatore, ogni istituzione deve poter comprendere e governare ciò che utilizza. Solo così l’IA potrà contribuire a una sanità più vicina ai bisogni delle persone, più capace di intercettare precocemente le fragilità, più pronta a offrire cure personalizzate e accessibili.

In fondo, il cuore di *Magnifica humanitas* è un invito esigente e concreto: restare umani. Per chi fa impresa, per chi innova, per chi cura, questo significa assumere fino in fondo una responsabilità pubblica. Significa scegliere un progresso che non metta in secondo piano la persona, ma la accompagni nel suo percorso; che non amplifichi le disuguaglianze, ma le riduca; che non impoverisca la libertà, ma la custodisca.

L’Intelligenza artificiale potrà essere una grande alleata della salute e dello sviluppo umano solo se sapremo orientarla con coscienza, competenza e visione etica. È questa la sfida del nostro tempo. Ed è anche una grande occasione per testimoniare che il futuro non appartiene semplicemente alla tecnologia più forte, ma all’umanità capace di metterla al servizio del bene, della cura e della salute delle persone.

**Managing Director  
di Johnson & Johnson  
Innovative Medicine Italia**



## QUEI MALI DIETRO LA GRAFIA

Secondo uno studio coordinato dalla Sapienza la modifica della scrittura può essere sintomo precoce di patologie che danneggiano aree cerebrali

di **Melania Rizzoli**

La scrittura manuale rivela lo stato di salute neurologica di ogni persona fin dalla più tenera età, e quando negli anni si perde la capacità di scrivere fluentemente ed in modo lineare e corretto, questo disturbo può essere un sintomo precoce di una patologia ancora silente e non manifesta.

L'uso quotidiano della penna è stato ormai abbandonato con l'era digitale, e in tutto il mondo la comunicazione scritta è passata dalla carta allo schermo, a causa dell'uso massiccio di tastiere, di tablet e smartphone, i quali indubbiamente producono testi più ordinati, leggibili e facilmente decifrabili.

Molti psichiatri però, insieme a pedagogisti ed esperti del settore, sostengono che aver abbandonato la scrittura manuale significa essersi privati di un esercizio motorio e cognitivo fondamentale, quello che aiutava a legare i pensieri in modo fluido, ad allenare la memoria, la coordinazione oculare-manuale, a rendere unitaria la parola scritta in senso grafico ed anche simbolico, ed essendo ogni grafia unica e il corsivo una forma di espressione personale, dalla quale si può rilevare anche il carattere del soggetto, il suo pensiero, il suo stato d'animo e soprattutto il suo stato di salute, è importante ogni tanto scrivere a mano una lettera, un messaggio o un semplice biglietto per verificare se siano insorti cambiamenti nella consueta grafia che si è imparato a vergare in età scolare e che resta impressa per sempre in modo indelebile nella nostra memoria.

Un nuovo studio, coordinato dal Dipartimento di Neuroscienze umane dell'Università La Sapienza di Roma, ha infatti dimostrato come la «disgrafia», ovvero la modifica della propria ed usua-

le scrittura manuale, può essere un sintomo molto precoce di patologie neurologiche come il morbo di Parkinson, l'Alzheimer, la Sclerosi Multipla, di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) od anche di un Tia (Attacco Ischemico Transitorio), tutte patologie che danneggiano irrimediabilmente ampie aree cerebrali, compromettendo, a lungo termine, molte funzioni esecutive necessarie per comporre parole e frasi. Anche la velocità di scrittura, e il modo in cui vengono organizzati i tratti della penna nelle sillabe o nelle consonanti, la dimensione dei caratteri, i tempi di esecuzione, o la difficoltà a tradurre in frasi su carta la dettatura di un testo, possono essere nuovi indicatori, anch'essi molto precoci, di declino cognitivo, un gruppo di patologie neurologiche inizialmente silenti, il cui indicatore più significativo e rivelatore si riconosce proprio sul tempo di avvio della scrittura manuale, sulla durata dell'esecuzione, sul numero dei tratti utilizzati e sulla dimensione verticale delle lettere. Quando infatti i sistemi cognitivi cerebrali iniziano a deteriorarsi, il primo sintomo evidente, fondamentale da individuare in tempo utile, è proprio la scrittura, che diventa più lenta, più faticosa, frammentata e meno coordinata, si riduce ad una micrografia poco comprensibile e non più armonica, e questo accade non perché non si è più abituati a tenere la penna a sfera in mano, ma perché nel cervello si sta verificando la morte di milioni di neuroni che governano il linguaggio, il movimento e il coordinamento motorio.

Quindi quando si prende dopo tanto tempo carta e penna, e si nota una lentezza nei movimenti della scrittura, una difficoltà a tradurre il proprio pensiero in corsivo, che appare tremolante, disordinato e non lineare, tendente all'alto o in basso, che non tiene più la riga, o peggio quando poi rileggendo il foglio non si riesce a capire o decifrare quello che si è

appena vergato, che appare addirittura illeggibile agli altri, tutto questo può essere il sintomo di un disturbo precoce di una funzione neurofisiologica, motoria, spazio temporale o sintattica che non risponde più ai comandi, ovvero un deficit neurologico che andrebbe fatto valutare da uno specialista per capire se esiste un margine per riacquistare tale competenza, se si tratta di una neuro divergenza che non inficia le capacità cognitive generali, o se è già in atto, anche se latente, una malattia neurodegenerativa cronica e progressiva.

La scrittura a mano infatti, essendo un compito cognitivo e motorio acquisito, e di particolare complessità, offre una precisa finestra di osservazione clinica sulle funzioni del cervello, e se alcune alterazioni della scrittura sono spesso attribuibili all'invecchiamento fisiologico di soggetti sani, come è considerato normale in età senile, quando cioè avviene una diminuzione dell'attività motoria, e di conseguenza cambia il tipo di scrittura, ogni cambiamento di destrezza della grafia o della propria firma in età ancora attiva fisicamente e socialmente, dovrebbe essere valutato da un neurologo. Questo perché quando si verifica una perdita di cellule nervose deputate alla coordinazione muscolare, come per esempio quelle che producono la dopamina, come avviene nella malattia di Parkinson, la scrittura, a causa del rallentamento dei movimenti e della diminuita destrezza manuale, si modifica, i caratteri si rimpicciolis-



# il Giornale

scono, il soggetto affetto non riesce più a mantenere la stessa riga, le parole non sono più ben allineate, le ultime lettere di una frase hanno dimensioni più piccole rispetto alle altre, e sono spesso incomprensibili, ma bisogna sottolineare che non esiste nessun paziente, non importa di quale età e in quale fase della vita, con qualunque patologia neurodegenerativa in atto, che non abbia o manifesti come primo sintomo un problema di scrittura.

La difficoltà della grafia è un deficit piuttosto serio e le persone più disturbate dai cambiamenti della propria scrittura sono quelle che nella loro vita erano abituate a scrivere bene e molto ed in ambito medico e grafologico la scrittura è tuttora considerata un importante indicatore co-

gnitivo, anche se ci sono fattori psicologici, fisiologici ed emotivi che possono influenzare il modo di scrivere, come quando si è in preda alla paura, all'ansia o alla rabbia, tutte emozioni che si riflettono sul tratto grafico, rendendo la grafia diversa da quella che si produce in situazioni di serenità e di calma.

Oggi lo sviluppo dell'Intelligenza Artificiale offre molti algoritmi accurati di «machine learning» in grado di rilevare immediatamente se alcuni disturbi della scrittura siano attribuibili all'età senile di un soggetto, ad uno stato emotivo, o ad una patologia neurologica ancora nascosta e non diagnosticata, e tale metodo viene sempre più frequentemente utilizzato in ambito medico-legale, sia per la datazione storica di un determinato documento

scritto a mano, sia per valutare lo stato mentale ed intellettuale della persona che lo ha scritto, per esempio per facilitare la datazione di un testamento al momento della stesura e della firma.

Se la scrittura cambia non è necessariamente un segnale negativo e la grafologia, come disciplina, permette di analizzare questi segni e di collegarli agli aspetti più profondi della nostra interiorità, ma la medicina internazionale ha chiaramente dimostrato come molte patologie neurodegenerative, già dal loro esordio, possono influenzare significativamente il modo di scrivere, per cui ogni cambiamento di grafia può rappresentare un campanello di allarme e un segnale utile per approfondimenti clinici.

**È un modo per riconoscere la morte di milioni di neuroni che governano il linguaggio, il movimento e il coordinamento motorio nelle persone più anziane**

**Lo sviluppo dell'Intelligenza Artificiale offre molti algoritmi in grado di rilevare immediatamente se alcuni disturbi della scrittura siano attribuibili all'età senile**



**L'APPELLO NEGLI USA**

## Scienziati e big-tech: su Dna e ricerca, allarme biosicurezza

Oltre settanta tra dirigenti hi-tech e scienziati seduti allo stesso tavolo negli Stati Uniti per condividere un allarme, messo nero su bianco in una lettera inviata al Congresso: in America infatti si possono già ordinare frammenti di Dna sintetico da società specializzate. «Bisogna rendere obbligatori i controlli sugli ordini».

a pagina 2

**Molinari**
**NUOVE TECNOLOGIE, POTENZIALITÀ E PERICOLI**

# IA e Dna sintetico, allarme biosicurezza

*Lettera aperta di scienziati e big del settore al Congresso Usa: «Rendere obbligatori i controlli sugli ordini»*

ELENA MOLINARI  
New York

**R**aramente negli Stati Uniti si vedono seduti allo stesso tavolo i vertici dei giganti dell'intelligenza artificiale, premi Nobel, esperti di biotecnologie, responsabili della sicurezza nazionale ed economisti. Questa settimana oltre settanta tra dirigenti dell'industria tecnologica e biotech, scienziati e specialisti di biosicurezza hanno scritto insieme al Congresso americano per chiedere di rendere obbligatori negli Stati Uniti i controlli sugli ordini di Dna sintetico e sui macchinari utilizzati per produrlo.

Tra i firmatari figurano alcuni dei nomi più influenti dell'intelligenza artificiale mondiale: Sam Altman di OpenAI, Dario Amodei di Anthropic, Demis Hassabis di Google DeepMind, Mustafa Suleyman di Microsoft AI, Alexandr Wang di Meta. Con loro hanno firmato il premio Nobel per la Chimica 2024 David Baker, il direttore del Johns Hopkins Center for Health Security Tom Inglesby, l'esperto di biosicurezza della Casa Bianca Gerald Parker, l'ex segretario dell'Esercito Christine Wormuth e altri ex responsabili della sicurezza nazionale americana.

L'oggetto della lettera aperta è una tecnologia poco conosciuta ma ormai centrale per la ricerca bio-

medica moderna: la sintesi artificiale di Dna.

Oggi laboratori universitari, aziende farmaceutiche e centri di ricerca possono ordinare online frammenti di Dna sintetico da società specializzate. La tecnologia ha accelerato lo sviluppo di vaccini, test e terapie geniche, soprattutto durante la pandemia. Ma la stessa tecnologia può essere usata come arma.

Da oltre vent'anni gli esperti sanno che, almeno in teoria, è possibile ricostruire alcuni virus partendo da sequenze genetiche sintetizzate artificialmente. Già nel 2002 un gruppo di ricercatori americani riuscì a ricreare in laboratorio il virus della poliomielite utilizzando informazioni pubblicamente disponibili. Negli anni successivi altri esperimenti hanno dimostrato la possibilità di ricostrui-

re agenti patogeni molto simili a quelli naturali.

Per questo motivo, nel 2009 le principali aziende del settore hanno creato l'International Gene Synthesis Consortium, introducendo controlli volontari sugli ordini. Le società aderenti verificano l'identità dei clienti e di accertano che le sequenze richieste non corrispondano a patogeni pericolosi o componenti di armi biologiche. Finora però questi controlli sono rimasti volontari. Secondo i firmatari della lettera, con l'avvento dell'intelligenza artificiale generativa è necessario fare di più.

«I sistemi di IA oggi superano viro-

logi con livello di dottorato nel rispondere a domande altamente tecniche relative a procedure di laboratorio», si legge nella missiva. Gli autori precisano che il dibattito sul livello della minaccia è aperto, ma ritengono difficile contestare che strumenti sempre più potenti potrebbero ridurre le barriere che finora hanno limitato lo sviluppo di agenti biologici pericolosi.

L'obiettivo non è vietare la ricerca, ma creare un sistema nazionale uniforme di verifiche. Le aziende che producono Dna sintetico verificare la legittimità di ogni cliente e conservare registrazioni delle sequenze richieste. Analoghi obblighi verrebbero estesi ai produttori delle macchine che consentono di sintetizzare Dna direttamente nei laboratori.

La richiesta arriva in un momento in cui la sicurezza biologica è tornata al centro delle preoccupazioni strategiche americane. Le lezioni della pandemia, le discussioni sulle origini del Covid e i progressi dell'intelligenza artificiale hanno progressivamente avvicinato due mondi che per anni sono rimasti separati: quello della



biosicurezza e quello dell'innovazione digitale.

Il dato più significativo dell'appello è proprio che i firmatari appartengono a comunità che spesso si trovano in disaccordo sulle politiche dell'IA, sulla regolamentazione tecnologica o sulla ricerca biomedica. «Questo è un raro momento di accordo tra soggetti che normalmente sono in contrasto tra loro — scrivono gli autori della lettera —. Ci auguriamo che i legislatori rispondano con decisione».

L'appello arriva mentre al Congresso sono già in discussione diverse iniziative legislative sulla biosicurezza. La richiesta degli esperti è che Washington intervenga rapidamente per

evitare un mosaico di norme statali differenti e introdurre uno standard federale unico.

Dietro la mobilitazione c'è infatti la convinzione che i margini di tempo per costruire barriere di sicurezza si stiano erodendo e che il momento per intervenire sia ora.

Laboratori e centri di ricerca possono acquistare online i frammenti sintetizzati. Sono utili per sviluppare vaccini e terapie genetiche, ma possono anche diventare un'arma biologica. Da qui l'appello



Un laboratorio di ricerca / Siciliani



# Chirurgia 3D, dati genetici e la La scuola romana dell'oculistica rivoluziona la medicina europea

► Il binomio tra ricerca e assistenza clinica è uno dei punti di forza della Fondazione Bietti, hub nazionale per le malattie rare dell'occhio. I soggetti a rischio vengono individuati in modo precoce grazie all'algoritmo

## IL DOSSIER

**ROMA** All'inizio sembrava quasi una follia: entrare nell'occhio per rimuovere il vitreo e intervenire direttamente sulla retina. Erano gli anni Settanta e quella tecnica sembrava a molti specialisti troppo invasiva e complessa. Non al professor Mario Stirpe. Figura centrale della scuola oftalmologica romana, Stirpe intuì prima di molti altri le potenzialità di una tecnica - la vitrectomia appunto - che oggi rappresenta la base della moderna chirurgia vitreoretinica e che viene utilizzata quotidianamente per il trattamento del distacco di retina e di numerose altre patologie dell'occhio.

Ecco, è da quell'eredità scientifica che prende forma il percorso della Fondazione G.B. Bietti, oggi unico Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs) italiano dedicato esclusivamente all'oftalmologia. E che conta, in 42 anni di attività, 77mila pazienti visitati e ben 1579 pubblicazioni scientifiche, con 12.564 interventi chirurgici realizzati dal 2022 ad oggi. Una realtà che negli anni ha contribuito a fare di Roma uno dei poli più avanzati della ricerca sulla vista in Europa.

## TRA RICERCA E CURA

Questo perché la visione del professor Stirpe non si limitava alla sola chirurgia: il suo progetto era un centro in cui ricerca e assistenza clinica fossero ogni giorno a stretto contatto. E oggi questo binomio rappresenta uno dei prin-

cipali punti di forza della Fondazione Bietti. Qui oculisti, biologi, genetisti, bioingegneri e biostatistici lavorano fianco a fianco, condividendo dati, esperienze e risultati. Così le scoperte scientifiche si trasformano in modo rapido in opportunità per il paziente. Non a caso, la Fondazione è stata riconosciuta come hub nazionale per le malattie rare oculari, il che la po-

ne al centro della rete italiana dedicata allo studio e al trattamento di patologie ereditarie complesse come alcune forme di retinite pigmentosa e coroideremie, che fino a pochi anni fa erano considerate prive di concrete prospettive terapeutiche.

## IL FUTURO

Le svolte più promettenti, poi, si giocano tutte sul campo della ricerca sulla genetica e sui meccanismi molecolari delle malattie, che stanno aprendo la strada a terapie

sempre più sofisticate e capaci di intervenire direttamente sui difetti genetici responsabili della patologia.

Ma l'avanguardia romana targata Fondazione Bietti passa anche dalla tecnologia. Ogni anno le migliaia di interventi chirurgici si svolgono in sale operatorie dotate di sistemi di ultima generazione: c'è la chirurgia tridimensionale, che consente ai chirurghi di operare osservando immagini ad altissima risoluzione su grandi schermi digitali e non attraverso

il tradizionale microscopio operatorio. E c'è poi quella che gli esperti definiscono la vera rivoluzione dei prossimi anni, che è tutta incentrata sulla medicina persona-

lizzata. Lo studio della genetica, della proteomica e dei meccanismi biologici che regolano le malattie oculari consentirà infatti sempre di più di adattare le cure alle caratteristiche specifiche di ogni paziente, applicando così all'oculistica un modello già consolidato in oncologia. In questo scenario, poi, un ruolo sempre più centrale lo avrà l'intelligenza artificiale, anche in oculistica. Gli algoritmi, infatti, sono utilizzati dalla Fondazione Bietti per analizzare grandi quantità di dati clinici, supportare la ricerca genomica e individuare in modo precoce i soggetti a rischio. Un esempio, tra gli altri, è l'analisi automatizzata delle immagini retiniche, che consente di migliorare gli screening e di indirizzare i pazienti verso diagnosi più tempestive. Certo, accanto alla tecnologia che raccoglie informazioni, resta centrale il

ruolo del medico: è lui poi a dover fare la diagnosi e la valutazione clinica del paziente. Quel che è certo, oggi come negli anni Settanta, è che la scuola romana dell'oculistica continua a guardare al futuro. Prima erano le intuizioni pionieristiche del professor Stirpe, oggi sono le terapie genetiche o l'intelligenza artificiale. A guidare, però, è sempre lo stesso obiettivo: innovare con coraggio per migliorare la cura dei pazienti.

**Asia Buconi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA STRUTTURA, CHE RACCOLLE L'EREDITÀ DEL PROFESSOR MARIO STIRPE, NELLA RETE ITALIANA PER LE PATOLOGIE EREDITARIE**



**Intervista Tommaso Rossi**

# «Cure su misura per ogni paziente: un obiettivo possibile in pochi anni»

**D**ottor Tommaso Rossi, direttore della Unità operativa complessa di Oftalmologia presso l'Irccs Fondazione G.B. Bietti di Roma, oggi si parla molto di intelligenza artificiale in medicina. Quanto sta cambiando il lavoro degli oculisti?

«L'intelligenza artificiale sta entrando in modo importante nella ricerca e nell'analisi dei dati. È utile nello screening e nell'elaborazione di grandi quantità di informazioni. Ad esempio, partendo da una semplice fotografia della retina, alcuni sistemi possono individuare pazienti che meritano approfondimenti per patologie come il diabete. È uno strumento prezioso per selezionare chi deve essere indirizzato a una visita specialistica. Tuttavia si tratta sempre di elaborazioni statistiche e matematiche che devono essere interpretate con cautela. Oggi hanno soprattutto un valore di supporto e ricerca».

**Quale sarà la grande rivoluzione dell'oculistica nei prossimi anni?**

«La comprensione dei meccanismi che causano le malattie. Genetica, proteomica e medicina personalizzata saranno sempre più importanti. L'obiettivo è arrivare a cure costruite sulle caratteristiche biologiche del singolo paziente, scegliendo il trattamento più adatto in base al suo profilo genetico e metabolico».

**La Fondazione Bietti è un punto di riferimento per le malattie rare oculari. Perché?**

«Siamo stati riconosciuti come hub nazionale per le malattie ra-

re oftalmologiche. Questo significa che seguiamo un numero molto elevato di pazienti e svolgiamo attività di ricerca traslazionale, cioè una ricerca che passa direttamente dal laboratorio alla cura. Oggi per alcune patologie ereditarie della retina, come alcune forme di retinite pigmentosa o la coroideremia, iniziamo a vedere risultati che fino a dieci anni fa sembravano impossibili».

**Quanto conta il lavoro multidisciplinare?**

«Conta moltissimo. Alla Fondazione Bietti convivono chirurghi, biologi, genetisti, bioingegneri e biostatistici. È uno dei nostri punti di forza. Le idee migliori nascono spesso dal confronto quotidiano tra professionisti con competenze diverse. È un modello che non si trova facilmente e che ha contribuito a rendere la Fondazione un centro di riferimento internazionale».

**Parliamo di prevenzione. Qual è il consiglio più importante?**

«La prima prevenzione è andare dall'oculista. Sembra banale, ma molte persone quando iniziano a vedere peggio comprano semplicemente un paio di occhiali senza effettuare controlli. Una visita oculistica serve invece a valutare retina, nervo ottico e pressione dell'occhio».

**Quando bisognerebbe sottoporsi ai controlli?**

«Ogni bambino dovrebbe effettuare una visita intorno ai tre anni e una successiva intorno ai sei anni, anche in assenza di sintomi. Poi bisogna prestare particolare attenzione ai pazienti diabetici, che possono sviluppare reti-

nopatie senza accorgersene. E dopo i cinquant'anni è fondamentale controllare il glaucoma, una malattia che può danneggiare il nervo ottico senza dare segnali evidenti».

**Roma oggi può competere con i grandi centri internazionali dell'oftalmologia?**

«Assolutamente sì. L'oculistica italiana è di altissimo livello e Roma è pienamente inserita nei principali circuiti scientifici internazionali. Lo dimostrano le pubblicazioni, la partecipazione ai congressi e il ruolo della Fondazione Bietti, che rappresenta l'unico Irccs italiano interamente dedicato all'oftalmologia e un punto di riferimento nazionale per le malattie rare oculari».

**Che cosa ci lascia oggi l'eredità del professor Mario Stirpe?**

«L'idea che bisogna avere il coraggio di guardare più lontano».

**As. Buc.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA: L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE E DELLE VISITE QUANDO SI NOTANO I PRIMI PROBLEMI UNO DEI NOSTRI PUNTI DI FORZA È NEL CONFRONTO QUOTIDIANO TRA PROFESSIONISTI CON COMPETENZE DIVERSE**



Tommaso Rossi



La donna condannata per aver negato la chemio alla figlia e poi morta di tumore era seguace del metodo Hamer

# Argilla e vitamina C per curare il cancro Un italiano su dieci non crede alla scienza

**L'INCHIESTA**

**LAURABERLINGHIERI**

**N**on l'ascoltava nessuno, Rita Benini. Non dopo la condanna a due anni di carcere per l'omicidio colposo della figlia Eleonora Bottaro. Malata di leucemia, morta nell'inerzia della famiglia e morta nella sua stessa convinzione, scriveva così: «I medici hanno sostenuto fin da subito che si trattava di una malattia mortale al 100%, se non curata con chemio urgentemente. Allora perché sono ancora viva? La mia vacanza al mare è già organizzata per festeggiare i miei 18 anni e la mia guarigione». Non l'ascoltava nessuno, Rita Benini, la sua bocca non poteva più proferire parola. E così si è ammalata di cancro: cancro alla lingua. È la base del metodo Hamer: «La malattia come segnale della risoluzione di un conflitto biologico innescato da un trauma» sintetizza il giornalista Luca Mastrantonio, che a questa teoria e alle sue inconsapevoli vittime ha dedicato un libro, *Piombo e latte*.

Ricostruire la struttura del fenomeno in Italia non è sem-

plice. Perché è un universo che si mischia al mondo scientifico, che abita le stesse città, frequenta gli stessi locali, si muove negli stessi luoghi di lavoro; ma che poi, in determinate situazioni - lo era stato manifestamente il Covid, lo sono le malattie che colpiscono i singoli individui - fa un passo laterale. Scegliendo di non curarsi. Preferendo alla chemioterapia gli impacchi di argilla, i massaggi, le diete e gli antinfiammatori: è il caso, tremendo, del vicentino Francesco Gianello, morto a 14 anni per un osteosarcoma al femore.

«Gli adulti hanno il pieno diritto di fare ciò che vogliono con la propria salute: di curarsi o non curarsi, di fare la chemio o preferire le erbe. Ma lo Stato ha il dovere di proteggere le persone più deboli: i bambini, in primis. Un conto è decidere per sé, altra cosa è decidere per un figlio. E, se una famiglia non ha strumenti culturali adeguati, allora dev'essere lo Stato a intervenire» sostiene il virologo e divulgatore scientifico Roberto Burioni.

Parla del «prezzo della libertà di parola». Lo stesso che, fino a pochi anni fa, permetteva a Lino Bottaro, papà di Eleonora, di diffondere le teorie hameriane in un blog. «Niente trattamenti invasivi, ma solo vitamina C e un approccio psicologico verso la malattia, che lui chiamava benattia» rico-

struisce Mastrantonio.

Un approccio molto più frequente di quanto si possa pensare, perché gli italiani a non credere nelle medicina sono milioni. Dati di un'indagine recente dell'istituto Piepoli per Fnomceo, la federazione degli ordini di medici e odontoiatri: il 13% degli italiani non crede che la ricerca scientifica aiuti la longevità e il 12% pensa che le innovazioni mediche ad alta tecnologia siano solo un grande business e non un'opportunità per la salute. Percentuali che, trasformate in numeri, ci dicono che 7 milioni di italiani non credono nella scienza. E sono quasi il doppio a ricorrere a medicinali non convenzionali. Soprattutto per disturbi secondari o a supporto delle terapie scientifiche, ma continua a esistere uno zoccolo duro di intransigenti che la cura la rifiuta a prescindere.

C'è senz'altro una spiegazione di natura psicologica. «Giulio Cesare, nel *De bello gallico*, scriveva che gli uomini credono a ciò che desiderano. E quello che un malato di tumore desidera è non soffrire» dice Burioni. È un meccanismo tanto semplice quanto pericoloso.

«In uno stato di angoscia, c'è chi preferisce illudersi dell'esistenza di una cura certa, piuttosto che affidarsi a complessità, incertezze e

percentuali di sopravvivenza» spiega Luca Pezzullo, presidente dell'Ordine degli psicologi del Veneto. E poi continua, anche quando il mondo in cui credeva - è il caso dei Bottaro - d'improvviso crolla. «Perché, dopo avere investito così tanto, rinunciare significa ammettere di avere sbagliato».

E del resto la teoria Hamer, a modo suo, è infallibile; perché una malattia che deriva da un trauma da risolvere soddisfa un po' tutti. Ragiona Mastrantonio: «Chi, nel proprio vissuto, non ha subito un lutto, avuto problemi sentimentali, sul lavoro o di altro genere?». L'origine della malattia, appunto: il trauma da superare, per rimanere vivi. «Se dovessi ammalarmi, mi comporterei esattamente come Eleonora e Rita», continua intanto a dire Lino Bottaro. Ormai solo. Ma volto di questo affollato mondo laterale che non crede a niente, se non alla propria verità. —

L'uomo che ha perso figlia e moglie: "Se mi ammalassi mi comporterei come loro"  
Il sondaggio: "Per il 12% le innovazioni mediche sono solo un business e non un'opportunità"

**Roberto Burioni**  
Virologo e divulgatore scientifico  
Gli adulti sono liberi di fare ciò che vogliono con la propria salute  
Ma lo Stato deve tutelare i minori

**Luca Pezzullo**  
Presidente psicologi del Veneto  
C'è chi preferisce illudersi piuttosto che affidarsi a incertezze e percentuali di sopravvivenza

**S Il caso della famiglia padovana**



No alle cure  
Su La Stampa di venerdì la storia di Eleonora Bottaro e della madre Rita Benini, morte di tumore senza ricevere cure



Servizio Lo studio

## Osteoporosi, le ossa dialogano con il cervello: perché serve una nuova prevenzione

Comprendere meglio il dialogo tra cervello, ipofisi, sistema nervoso e osso significa aprire la strada a strategie più precise per prevenire le fratture e proteggere le persone

*di Andrea Giustina \**

5 giugno 2026

L'osteoporosi è ancora troppo spesso considerata una conseguenza quasi inevitabile dell'invecchiamento, una fragilità "meccanica" dello scheletro legata soprattutto alla carenza di calcio, vitamina D o ormoni sessuali. Questa visione, pur fondata su elementi clinici importanti, oggi non è più sufficiente.

### **L'osso come tessuto vivo**

La ricerca sta mostrando con crescente chiarezza che l'osso non è una struttura inerte, né un semplice deposito minerale. È un tessuto vivo, dinamico, in continuo rinnovamento, capace di dialogare con il resto dell'organismo. In questo dialogo entrano in gioco anche il cervello, l'ipofisi e il sistema nervoso. È il messaggio centrale della review "Neuroendocrine and neural control of bone mass in health and disease", recentemente pubblicata sul *Journal of Clinical Investigation*, che abbiamo firmato con un gruppo internazionale di esperti. Il lavoro raccoglie le evidenze più recenti sul controllo neuroendocrino e nervoso della massa ossea, mostrando come lo scheletro riceva segnali non solo dagli ormoni tradizionalmente associati al metabolismo minerale, ma anche da circuiti centrali e periferici in grado di modulare l'equilibrio tra formazione e riassorbimento osseo. In termini semplici, esistono almeno due grandi vie di comunicazione tra sistema nervoso, ormoni e osso. La prima è neuro-ormonale e coinvolge alcuni ormoni ipofisari, come FSH, TSH, GH, ossitocina e vasopressina, che possono influenzare direttamente l'attività delle cellule responsabili del rimodellamento scheletrico. La seconda è nervosa e riguarda le fibre simpatiche, parasimpatiche e sensitive che raggiungono l'osso e contribuiscono a regolarne il metabolismo.

### **La fragilità "sistemica"**

Questo significa che la fragilità scheletrica deve essere letta sempre più come una condizione sistemica. Menopausa, invecchiamento, malattie endocrine, infiammazione, alterazioni metaboliche, farmaci, disturbi neurologici e segnali ormonali possono concorrere, in modi diversi, alla perdita di massa ossea e al rischio di frattura. Uno degli ambiti più interessanti riguarda l'FSH, l'ormone follicolo-stimolante. Tradizionalmente legato alla funzione riproduttiva, l'FSH è oggi studiato anche per il suo possibile ruolo diretto sulla perdita ossea, in particolare nella transizione menopausale. Il dato va interpretato con prudenza: non esiste ancora una nuova terapia

disponibile basata su questo meccanismo. Ma è un esempio importante di come la ricerca stia ampliando il modo in cui comprendiamo l'osteoporosi.

## **Una malattia complessa**

Questa nuova prospettiva non sostituisce i fattori di rischio già noti, né modifica i pilastri della prevenzione: alimentazione adeguata, attività fisica, prevenzione delle cadute, diagnosi precoce e terapie quando indicate restano fondamentali. Ma aiuta a spiegare perché l'osteoporosi sia una malattia complessa, spesso sottodiagnosticata e sottotrattata.

I numeri lo ricordano con forza. In Italia si stimano oltre 4,3 milioni di persone con osteoporosi e circa 568mila nuove fratture da fragilità ogni anno: 1.560 al giorno, 65 ogni ora. L'impatto clinico, sociale ed economico è enorme, con costi stimati in circa 9,45 miliardi di euro l'anno. Eppure, anche dopo una frattura da fragilità, molti pazienti non vengono identificati e trattati in modo adeguato.

La frattura dovrebbe rappresentare un campanello d'allarme, non un episodio isolato. Deve attivare un percorso diagnostico e terapeutico, ma anche una valutazione più ampia dei meccanismi che hanno portato alla fragilità. In questa prospettiva, l'endocrinologia ha un ruolo centrale: condizioni come alterazioni tiroidee, patologie ipofisarie, acromegalia, deficit di ormone della crescita o panipopituitarismo possono associarsi a un aumentato rischio scheletrico e richiedono attenzione specifica.

La sfida dei prossimi anni sarà passare da una visione dell'osteoporosi come semplice effetto dell'età a una medicina della fragilità ossea più integrata, preventiva e personalizzata. Comprendere meglio il dialogo tra cervello, ipofisi, sistema nervoso e osso significa aprire la strada a strategie più precise per prevenire le fratture e proteggere autonomia, qualità di vita e salute delle persone.

*\* Ordinario di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Università Vita-Salute San Raffaele; Direttore Endocrinologia Irccs Ospedale San Raffaele; Presidente GIOSEG.*

Servizio Alimentazione

## Cibo e fake news, ecco il decalogo per orientarsi contro le «bufale»

Dai prodotti “light” al glutine, dai carboidrati allo zucchero di canna: italiani promossi a metà e l’Istituto superiore di sanità dà una bussola per scegliere al meglio cosa mangiare

*di Redazione Salute*

5 giugno 2026

Promossi in alcuni casi a pieni voti, in altri con riserva. Gli italiani sono interessati ai temi della nutrizione e, nella maggior parte dei casi, riescono a riconoscere le false credenze in questo campo. A esempio, sanno che eliminare i carboidrati dalla dieta non rappresenta un modo efficace e salutare per dimagrire e non associano automaticamente i prodotti light o senza zucchero alla perdita di peso. La conoscenza del glutine appare meno consolidata rispetto ad altri aspetti indagati. La maggior parte dei rispondenti riconosce correttamente che esso è dannoso esclusivamente per le persone affette da celiachia, mentre una quota non trascurabile del campione (circa un terzo) mostra ancora incertezza o una conoscenza limitata dell’argomento.

### Il sondaggio

È quanto emerge dal sondaggio “Bufale nel piatto: riconoscere le fake news sull’alimentazione”, promosso dall’Istituto Superiore di Sanità sui propri canali social e che ha coinvolto oltre 4 mila partecipanti.

I risultati sono stati presentati nel corso di un convegno organizzato in occasione della Giornata mondiale della sicurezza alimentare. «Viviamo in un contesto in cui le informazioni circolano con una velocità senza precedenti – sottolinea il presidente dell’Iss, Rocco Bellantone –. Nel campo dell’alimentazione questo fenomeno è particolarmente evidente: fake news, miti nutrizionali e promesse di diete miracolose possono generare confusione, influenzare le scelte alimentari e compromettere l’adesione alle raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche».

### I risultati

I risultati - spiegano dall’Istituto - mostrano una buona capacità di riconoscere alcune delle più diffuse fake news nel campo della nutrizione, ma evidenziano anche aree nelle quali persistono dubbi e convinzioni errate.

Nel dettaglio:

- Il 93% dei partecipanti ha correttamente riconosciuto come falsa l’affermazione secondo cui eliminare i carboidrati dalla dieta rappresenta un modo efficace e salutare per dimagrire.
- Il 90% ha identificato come falsa l’idea che i prodotti light o senza zucchero facciano automaticamente dimagrire.

- Il 77% ha risposto correttamente alla domanda relativa al consumo di frutta dopo i pasti, riconoscendo che non esistono evidenze scientifiche che ne sconsiglino l'assunzione.
- Il 74% ha correttamente indicato che lo zucchero di canna è sostanzialmente equivalente allo zucchero bianco dal punto di vista nutrizionale.
- Più articolata è risultata la questione del glutine: il 67% dei partecipanti ha riconosciuto che il glutine è dannoso esclusivamente per le persone affette da celiachia, mentre circa un terzo dei rispondenti ha mostrato incertezza o ha fornito una risposta non corretta.

## **Il decalogo anti bufale**

Per aiutare i cittadini a orientarsi nel panorama dell'informazione online, il Dipartimento Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria dell'Iss ha realizzato un decalogo. Il documento, basato sulle più recenti evidenze scientifiche sulla disinformazione, propone strumenti pratici per sviluppare una lettura critica delle informazioni in ambito alimentare e sanitario. «L'obiettivo – conclude Laura Rossi, direttrice del Reparto Alimentazione, nutrizione e salute dell'Iss – è che questo decalogo possa diventare uno strumento utile per cittadini, professionisti della salute e operatori della comunicazione».

Ecco i dieci suggerimenti

### **Diffida delle soluzioni semplici a problemi complessi**

Se qualcosa promette risultati rapidi e universali (ad esempio, "detox", "cura miracolosa", "Perdi 5 kg in una settimana senza dieta né attività fisica"), è molto probabile che non sia supportato da evidenze solide

### **Chiediti: da dove viene l'informazione?**

Fonte, autore e competenza contano: sui mezzi di informazione e sui social in particolare, chiunque può diffondere contenuti senza qualifiche, con qualità molto variabile (ad esempio qualcuno che promuove una dieta o un integratore senza dichiarare eventuali interessi commerciali)

### **Attenzione al linguaggio emotivo**

Le fake news funzionano perché fanno leva su paura, speranza o indignazione: contenuti emotivi (ad esempio "Questo alimento ti sta avvelenando ogni giorno!", "Scoperta sconvolgente che i nutrizionisti non vogliono farti sapere") si diffondono più velocemente e sono più creduti

### **Non confondere esperienza personale con evidenza scientifica**

Testimonianze ("a me ha funzionato", "Io ho eliminato il glutine e mi sento meglio",) non equivalgono a prove: la scienza si basa su studi controllati e replicabili

### **Fai attenzione alle informazioni parziali**

Molte informazioni non sono completamente false, ma incomplete o decontestualizzate, presentando solo i benefici (a esempio, "Questo integratore rafforza il sistema immunitario" → senza indicare per chi, in quali condizioni o con quali evidenze). Anche questo è cattiva informazione.

### **Diffida dei "consensi sociali" (like, condivisioni, follower)**

La popolarità non è sinonima di verità: i meccanismi di approvazione o popolarità sui social fanno sembrare affidabili anche contenuti falsi (ad esempio "un post con migliaia di like che promuove

una dieta “miracolosa” senza basi scientifiche; “Un video virale che diffonde informazioni errate ma viene condiviso perché “tutti ne parlano”)

### **Non rimanere nella tua “bolla”**

Riconosci i tuoi bias cognitivi, ossia la conferma di quello in cui credi. Tendiamo a credere a ciò che conferma le nostre idee (confirmation bias): le fake news sfruttano proprio questo meccanismo. Ad esempio, se pensi che “lo zucchero sia il principale responsabile di tutte le malattie”, crederai più facilmente a messaggi che lo demonizzano, anche senza basi scientifiche solide.

### **Controlla se esiste consenso scientifico**

Un singolo studio non basta: le raccomandazioni affidabili derivano dalla valutazione complessiva delle evidenze, non da risultati isolati. “Uno studio dimostra che il caffè fa male”, viene citato un solo studio, ignorando tutte le altre evidenze (cherry picking)

### **Fermati prima di condividere**

Un semplice “pausa e verifica” riduce significativamente la diffusione di fake news: condividere d’impulso è uno dei principali motori della disinformazione. Ad esempio, quando condividi sui social un articolo dal titolo sensazionalistico senza leggere il contenuto completo oppure condividi un post solo perché ti colpisce o conferma ciò che pensi

### **Allena il pensiero critico**

Imparare a riconoscere tecniche, spesso manipolative, usate nella disinformazione (es. generalizzazioni, cherry picking) aiuta a diventare più resistenti alle fake news (e esempio, “Scoperta rivoluzionaria che i medici non vogliono farvi sapere” è un esempio di uso di linguaggio sensazionalistico per attirare attenzione e creare sfiducia.

Servizio L'intervento

## **Tumore prostata: bene le nuove strategie, ma senza dimenticare ruolo radioterapia**

Lo studio presentato all'Asco non include un braccio con radioterapia, che rappresenta oggi, insieme alla chirurgia, uno dei pilastri del trattamento curativo nei tumori prostatici

*di Stefano Pergolizzi\**

5 giugno 2026

Ho letto con grande interesse il Vostro articolo dedicato allo studio PROTEUS, recentemente presentato all'Asco, il Congresso americano di oncologia clinica, e pubblicato sul New England Journal of Medicine. Ritengo tuttavia necessario proporre alcune riflessioni critiche: l'auspicio è che l'informazione fornita – in particolare su un tema così rilevante e complesso come il trattamento del carcinoma prostatico ad alto rischio – sia il più possibile completa, equilibrata e contestualizzata.

In primo luogo, l'articolo sembra suggerire, seppur implicitamente, che i risultati dello studio possano “cambiare il paradigma” terapeutico per le persone con carcinoma prostatico ad alto rischio. Questa affermazione appare prematura. Lo studio PROTEUS, infatti, confronta una strategia di intensificazione ormonale sistemica (apalutamide + ADT) in setting perioperatorio con la sola terapia di deprivazione androgenica, ma non include un braccio con radioterapia, che rappresenta oggi – insieme alla chirurgia – uno dei pilastri del trattamento curativo nei tumori prostatici localmente avanzati o ad alto rischio. Questa assenza non è un dettaglio metodologico secondario, ma un limite sostanziale: oggi, una quota significativa di pazienti viene trattata con radioterapia associata a terapia ormonale, approccio sostenuto da robuste evidenze di lungo periodo in termini di controllo biochimico, sopravvivenza libera da metastasi e sopravvivenza globale. Pertanto, non è possibile, sulla base dei dati presentati, stabilire una reale superiorità o anche solo un vantaggio comparativo rispetto alle strategie radioterapiche attualmente consolidate. Semplificando, è come se si annunciasse una grande rivoluzione nella mobilità urbana, sulla base di uno studio che confrontasse un modernissimo drone con gli elicotteri sinora conosciuti, ma trascurando che in concreto, nelle nostre città, le persone si spostano in bici, in auto o con lo scooter.

In secondo luogo, l'enfasi sui risultati – pur interessanti – merita una lettura più cauta. Un tasso di risposta patologica completa o quasi completa inferiore al 10%, pur superiore al controllo, deve essere interpretato con prudenza, soprattutto considerando che il vero endpoint clinico rilevante resta la sopravvivenza globale a lungo termine, sulla quale, dallo studio, non emerge alcun impatto. Analogamente, il beneficio in sopravvivenza libera da eventi e da metastasi, sebbene statisticamente significativo, non è ancora maturo al punto da ridefinire standard consolidati. Il vantaggio offerto da questa strategia terapeutica deve essere inoltre valutato alla luce degli eventi

avversi riportati nello studio – tutt'altro che trascurabili – per un corretto bilanciamento fra rischi e benefici.

Un ulteriore aspetto completamente assente nell'articolo riguarda la sostenibilità economica. In presenza di alternative terapeutiche già efficaci e consolidate, e non confrontate con l'approccio testato nell'ambito dello studio PROTEUS, l'introduzione di farmaci di nuova generazione come l'apalutamide in fase perioperatoria comporta inevitabilmente un incremento significativo dei costi del trattamento. In sistemi sanitari pubblici come il nostro, è imprescindibile che ogni innovazione terapeutica venga valutata non solo in termini di efficacia, ma anche di costo-efficacia. Senza un'analisi farmacoeconomica rigorosa, il rischio è quello di proporre modelli terapeutici difficilmente trasferibili nella pratica reale, perché non sostenibili su larga scala.

Infine, appare necessario sottolineare che il carcinoma prostatico ad alto rischio è una malattia intrinsecamente multidisciplinare. Ridurre la narrazione a un confronto centrato esclusivamente sulla chirurgia – per quanto tecnologicamente avanzata, anche in ambito robotico – rischia di offrire una visione parziale. Va infatti sottolineato come gli stessi risultati del trial evidenzino che una significativa percentuale di pazienti, per la natura intrinseca di malattia ad alto rischio, ha necessitato di ulteriori trattamenti postoperatori, tra i quali la radioterapia. La vera sfida contemporanea è l'integrazione ottimale tra chirurgia, radioterapia oncologica e trattamenti sistemici, selezionando il percorso più appropriato per ciascun paziente.

In conclusione, lo studio PROTEUS rappresenta senza dubbio un contributo rilevante e apre scenari interessanti, in particolare sul ruolo della terapia sistemica precoce. Tuttavia, parlare oggi di cambiamento di paradigma appare eccessivo, in assenza di un confronto diretto con le strategie radioterapiche e senza un'analisi dei costi. Una comunicazione più equilibrata aiuterebbe i lettori – e soprattutto i pazienti – a comprendere meglio opportunità e limiti di queste innovazioni.

*\* Presidente AIRO, Associazione Italiana di Radioterapia e Oncologia clinica, Ordinario di Radioterapia, Università di Messina. Direttore UOC di Radioterapia Oncologica, Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino", Messina. Direttore Scuola di Specializzazione in Radioterapia, Università di Messina.*

Servizio Fesdi

## Hai il diabete? Sei escluso dai Gruppi sportivi militari per vecchie norme del 1932

Le atlete Anna Arnaudo e Monica Priore in Senato: "Superare regole scritte in un contesto medico-scientifico che non esiste più, serve una valutazione personale"

*di Ernesto Diffidenti*

5 giugno 2026

"Da anni gareggio a livello internazionale e rappresento l'Italia convivendo con il diabete tipo 1, che gestisco grazie alle tecnologie disponibili oggi. Ciononostante, questa diagnosi esclude me e altri atleti dai gruppi sportivi militari in modo automatico e indipendentemente dalle condizioni cliniche reali e dai risultati sportivi". Così Anna Arnaudo, campionessa di atletica leggera con diabete tipo 1 e Ambassador della Federazione delle Società diabetologiche italiane (FeSDI) audita con Monica Priore, atleta e vicepresidente di Diabete Italia, dalle Commissioni riunite Affari esteri e Cultura, ha espresso un disagio che parte da lontano. "Venire esclusi non sulla base di una valutazione individuale - spiega - ma di una norma del 1932, è una contraddizione che oggi si può e si deve superare".

### **Ammessi gli atleti paraolimpici**

Infatti, è proprio per effetto di criteri normativi risalenti a un Regio Decreto del 1932, elaborati in un contesto medico-scientifico che non esiste più, che atleti pienamente idonei sul piano clinico e sportivo vengono esclusi dai gruppi sportivi militari solo perché hanno il diabete.

Ora però le cose potrebbero cambiare anche perché il decreto legislativo 36/2021 ha aperto i gruppi sportivi militari agli atleti paralimpici, dimostrando che una riforma è possibile. "FeSDI - sottolinea il presidente Salvatore De Cosmo - anche tramite i propri Ambassador, simbolo di talento sportivo e umano, chiede al Parlamento di compiere lo stesso passo per gli atleti con diabete, introducendo criteri di valutazione medico-sportiva individuale in luogo dei meccanismi di esclusione automatica tuttora vigenti".

"Sono tanti gli atleti italiani con diabete che rappresentano già il Paese nelle competizioni internazionali, senza poter però accedere al sostegno e ai percorsi di crescita che i gruppi sportivi militari garantiscono - ha continuato De Cosmo -. Un paradosso che penalizza il talento sportivo nazionale e contraddice i principi di equità e valutazione individuale già affermati dalla giurisprudenza e dall'ordinamento europeo".

### **L'esempio del tennista Zverev**

C'è un esempio emblematico nel tennis e riguarda il campione tedesco Alexander Zverev che ha ricevuto a soli quattro anni la diagnosi di diabete di tipo 1, in cui il sistema immunitario distrugge le cellule del pancreas che producono insulina, causando una carenza di questo ormone fondamentale per il metabolismo dello zucchero. "Quando mi è stato diagnosticato, circa venti

anni fa, la situazione era diversa e praticare uno sport come il tennis era considerato impossibile - spiega Zverev -. La tecnologia e i farmaci hanno fatto enormi passi avanti. Quindi io sto vivendo il mio sogno ma non sono l'unico esempio di atleta con diabete. E oggi non c'è motivo per cui bambini e adulti con diabete non possano vivere al meglio la propria vita".

## **Il ruolo delle moderne tecnologie**

Raffaella Buzzetti, presidente Sid conferma: "Le moderne terapie, tra cui i sistemi di monitoraggio in continuo della glicemia, microinfusori e tecnologie integrate, consentono oggi alle persone con diabete di praticare sport agonistico in piena sicurezza, come dimostrano i numerosi campioni olimpici e mondiali che convivono con questa patologia".

L'Europa ha la più alta percentuale globale di persone affette da diabete di tipo 1, con circa 300.000 bambini e adolescenti colpiti e oltre un milione di pazienti complessivi. L'incidenza cresce del 2-3% annuo. La Finlandia detiene l'incidenza più alta al mondo per i giovani (57,4 casi ogni 100.000 abitanti). In Italia, la Sardegna ha un'incidenza eccezionalmente elevata (circa 4 volte superiore alla media nazionale) mentre Irlanda, Paesi Bassi e Austria hanno la prevalenza più bassa.

Servizio Lo studio

## **Dalla depressione al diabete: se il cibo cura a casa il malato sta meglio e cala la spesa**

Chi ha ricevuto pasti personalizzati in base alle esigenze mediche ha avuto il 31% in meno di ricoveri ospedalieri e un calo del 20% degli accessi al pronto soccorso

*di Federico Mereta*

6 giugno 2026

“Fa che il cibo sia la tua medicina”. Chi ricorda l'aforisma di Ippocrate non si stupirà certo se si parla del valore della corretta alimentazione per chi deve affrontare cronicità come diabete, scompenso cardiaco, depressione ed altre patologie. Ora però, su questo filone, si inserisce una ricerca che dice quanto e come “personalizzare” i pasti, sulla scorta delle indicazioni dei nutrizionisti, contribuisca a modificare non solo la traiettoria di salute del singolo ma anche le performance economiche e gestionali per la sanità. E segnala come “cucire” una dieta su misura al paziente cronico comporta vantaggi per la salute dell'individuo e della struttura ospedaliera, sia in termini di emergenze sanitarie che costi di assistenza quotidiana, nonostante le cronicità.

### **L'analisi pubblicata su Nature Medicine**

A dirlo è l'analisi apparsa su Nature Medicine (primo autore Kurt Hager) condotta da ricercatori del “Food is Medicine Institute”, della Tufts University, della UMass Chan Medical School, di Community Servings e di vari sistemi sanitari statali. Negli USA, da qualche tempo sono in corso progetti pilota mirati proprio alla fornitura di pasti personalizzati in base alle esigenze mediche attraverso Medicaid, il programma di assicurazione sanitaria federale-statale che serve 71 milioni di americani che ne hanno diritto in base al reddito o alla disabilità. “Dimentichiamo spesso che una corretta alimentazione del paziente ospedalizzato non è utile solo al normale sostentamento dell'individuo, ma può entrare a far parte della terapia utile alla guarigione o al non sopraggiungimento di co-morbidità al paziente – commenta Donato Angelino, docente di Nutrizione Umana presso il Dipartimento di Bioscienze dell'Università di Teramo -. Basti pensare che in Italia la percentuale di pazienti con malnutrizione conclamata o a rischio di malnutrizione è stimata tra il 49% nei pazienti ospedalizzati e il 69% in quelli ricoverati in strutture di lungodegenza”.

### **Calano le prestazioni ospedaliere**

L'analisi dei dati relativa ai beneficiari di Medicaid del Massachusetts rivela i significativi vantaggi di questa semplice misura, che peraltro favorisce anche il benessere del soggetto visto che parte dalle indicazioni del suo gusto personale. Chi ha ricevuto pasti personalizzati in base alle esigenze mediche ha avuto il 31% in meno di ricoveri ospedalieri e un calo del 20% degli accessi al pronto soccorso. I costi sanitari pro capite sono diminuiti di 3.433 dollari nel periodo in cui i pazienti hanno aderito al programma di pasti (in media circa sei mesi), con una sostanziale parità nel bilancio tra prestazioni offerte e costo del servizio: il risparmio nelle prestazioni mediche ottenuti

grazie ai pasti su misura è stato infatti pari al 98% dei costi del programma. Come spiega in una nota Dariush Mozaffarian, cardiologo e direttore del Food is Medicine Institute, “i risultati dimostrano che il cibo è davvero una medicina, con importanti implicazioni cliniche e politiche per la copertura assicurativa sanitaria dei pasti personalizzati dal punto di vista medico, al fine di contrastare le malattie legate all'alimentazione e ridurre i costi sanitari”.

## **Il valore del check up nutrizionale**

I ricercatori hanno analizzato i dati dal 2020 al 2023 relativi a 11 sistemi sanitari del Massachusetts, confrontando quanto si è osservato in poco meno di 2.000 persone che hanno ricevuto i pasti con quelli di altri beneficiari Medicaid con caratteristiche simili che non hanno avuto la “cura” nutrizionale. A chi ha goduto del servizio sono stati proposti 10 pasti a settimana, un mix di colazioni, pranzi e cene, oltre a spuntini. Ciascun partecipante ha avuto un consulto iniziale con un nutrizionista qualificato per personalizzare i pasti in base alle proprie esigenze mediche e preferenze dietetiche. “La visita nutrizionale è fondamentale soprattutto quando si iniziano percorsi di terapie a lungo termine – fa sapere Angelino -. Basti pensare al percorso terapeutico oncologico, in cui l'alterazione della percezione di olfatto e gusto possono portare ad escludere intere categorie di alimenti con conseguenti carenze nutrizionali. In questi casi, come in quelli di pazienti nefrologici o con disturbi gastro-intestinali, è fondamentale iniziare un percorso nutrizionale mirato e avere un affiancamento per la durata del ricovero che calibri la dieta in base ai cambiamenti comportamentali e nutrizionali del paziente”. Per la cronaca, nello studio in media i pasti sono stati offerti per sei mesi.

## **I possibili risparmi e il necessario un cambio di passo**

Utilizzando i dati delle richieste di rimborso Medicaid, i ricercatori hanno monitorato i ricoveri ospedalieri, le visite al pronto soccorso, le visite di medicina generale e i costi complessivi. Ed ecco, in conclusione, la conferma. I pasti su misura definiti in base alle esigenze mediche sono stati particolarmente utili (anche tenendo conto del costo di preparazione e servizio) per le persone con patologie come malattie cardiovascolari, patologie renali croniche, diabete e depressione, a riprova del vantaggio per il singolo e per la spesa sanitaria. Il tutto con effetti che si sono mostrati già entro pochi mesi dall'inizio del programma si è osservato un calo nei ricoveri ospedalieri e nelle visite al pronto soccorso, e con benefici legati alla durata nel tempo del servizio.

Chi ha ricevuto i pasti per un periodo più lungo ha infatti ottenuto i maggiori benefici in termini di riduzione dei costi sanitari senza peraltro pesare di più sull'assistenza territoriale o domiciliare. “Studi come questi ci portano all'attenzione che non solo la terapia farmacologica, ma anche l'aderenza a diete perfezionate su misura per il paziente siano importanti per evitare degenze più lunghe del dovuto sia per il paziente che per la struttura ospitante qualora il soggetto sia ricoverato - conclude Angelino -. Ci deve essere un cambio di passo nelle strutture di degenza, dove il team nutrizionale – che include medici, nutrizionisti, dietisti e psicologi – affianchi il team di riferimento per la patologia del paziente in modo tale che la sinergia si rifletta su un miglioramento della qualità di vita del paziente e una maggior sostenibilità economica”.

## **La necessità di aumentare gli anni in buona salute**

Questo approccio diventa ancor più importante considerando le caratteristiche demografiche dell'Italia, che è oggi il Paese più anziano dell'Unione Europea. L'età mediana ha raggiunto 84,1 anni, ben oltre la media UE, e cresce anche la fascia degli ultra-anziani: oltre 2,5 milioni di persone hanno più di 85 anni, e gli ultracentenari superano quota 24.000. La speranza di vita continua ad aumentare — 81,7 anni per gli uomini e 85,7 per le donne — ma la maggiore longevità non corrisponde a qualità della vita, perché diminuiscono gli anni vissuti in buona salute, soprattutto tra le donne e nel Mezzogiorno, con un impatto crescente sulla domanda di servizi sanitari e assistenziali.



Servizio Dottore, ma è vero che

## **I germogli freschi sono tra gli alimenti più a rischio di contaminazione batterica?**

Il team dei dottori e degli esperti anti-bufale dell'Ordine nazionale dei medici risponde ai principali dubbi sulla salute

5 giugno 2026

Possiamo trovarli nelle insalate, a decorare zuppe e altre ricette della cucina etnica: stiamo parlando dei germogli freschi, alimenti spesso apprezzati per il loro valore nutritivo, ma che sono stati anche al centro di allarmi alimentari legati a contaminazioni batteriche. In Europa, nel 2011, un grave focolaio di *Escherichia coli* fu ricondotto proprio ai germogli, con conseguenze drammatiche per la salute pubblica. Quell'episodio spinse le autorità sanitarie europee a rivedere le misure di sicurezza per questi alimenti. Vediamo quindi cosa dicono le evidenze scientifiche su questo rischio.

### **Perché i germogli sono considerati così rischiosi?**

I germogli si ottengono dalla germinazione di semi immersi in acqua, in ambienti caldi e umidi. Queste condizioni sono ideali per la crescita delle piante, ma lo sono altrettanto per quella dei batteri. Quelli che preoccupano maggiormente gli esperti sono la *Salmonella*, alcune varietà pericolose di *Escherichia coli* e la *Listeria* (di cui abbiamo già parlato nella scheda "Molti alimenti sono contaminati da listeria?")

Il problema principale è che la contaminazione è spesso già presente nel seme prima ancora che inizi la germinazione. Uno studio condotto dalla Food and Drug Administration (FDA) americana su oltre 800 campioni ha rilevato la presenza di *Salmonella* nel 2,35% dei semi analizzati. Quel che rende questo rischio insidioso è la quantità irrisoria di batteri sufficiente a scatenare un'epidemia: l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) ha stimato che bastano anche solo 4 batteri per chilogrammo di semi per causare un focolaio epidemico. Una volta avviata la germinazione, questi batteri si moltiplicano in modo esplosivo nei giorni successivi, raggiungendo livelli potenzialmente molto pericolosi senza che il prodotto mostri alcun segno visibile di alterazione. In altri termini, un germoglio contaminato può sembrare, al tatto e alla vista, perfettamente sano, un problema che riguarda molti altri alimenti contaminati, come spieghiamo nella scheda "Posso fidarmi del naso per capire se un alimento è avariato?"

Proprio per questo motivo, la FAO e l'OMS hanno classificato i germogli tra gli alimenti vegetali ad alta priorità dal punto di vista del rischio microbiologico. Dal 1988 a oggi, secondo una revisione scientifica pubblicata nel 2021 sulla rivista *International Journal of Food Microbiology*, si sono verificati nel mondo almeno 64 focolai di malattie alimentari riconducibili ai germogli. I batteri più frequentemente coinvolti sono stati la *Salmonella* e l'*Escherichia coli*.

### **I germogli fatti in casa sono più sicuri di quelli comprati al supermercato?**

Molte persone coltivano i germogli in casa pensando di ottenere un prodotto più fresco e controllato. Purtroppo, il rischio non dipende da dove si fanno germogliare i semi, ma dalle condizioni in cui avviene la germinazione. Le stesse temperature e l'umidità necessarie per far germogliare i semi sono favorevoli alla crescita batterica, in qualunque ambiente. L'EFSA ha sottolineato, in un parere scientifico del 2011, che anche chi coltiva germogli per uso personale deve essere consapevole del rischio microbiologico. Ha inoltre riconosciuto che, nonostante i progressi della ricerca, nessun metodo di decontaminazione chimico, fisico o biologico è attualmente in grado di eliminare completamente i batteri patogeni da tutti i tipi di semi senza compromettere la loro capacità di germinare.

Il caso più grave registrato in Europa riguarda il focolaio del 2011, causato da un ceppo particolarmente aggressivo di *Escherichia coli* (O104:H4). La fonte fu identificata in germogli di semi di fieno greco importati dall'Egitto: secondo i dati dell'EFSA, l'epidemia causò 49 vittime (48 in Germania e 1 in Svezia) e in totale, tra paesi dell'UE, Norvegia e Svizzera, furono segnalati 4.178 casi. L'Istituto Superiore di Sanità ha dedicato a questo focolaio un'analisi approfondita, che ne ricostruisce le cause e le conseguenze.

### **Chi dovrebbe evitare di mangiare germogli crudi?**

Non esistono indicazioni che vietino ai consumatori adulti e in buona salute di mangiare germogli. Tuttavia, le principali agenzie sanitarie internazionali - tra cui i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) degli Stati Uniti - raccomandano che alcune categorie di persone evitino completamente i germogli crudi o poco cotti. Si tratta di bambini piccoli, anziani, donne in gravidanza e persone con il sistema immunitario indebolito, come chi assume farmaci immunosoppressori, chi è in cura per un tumore, o chi soffre di alcune malattie croniche.

Queste persone sono più vulnerabili alle infezioni batteriche e alle loro complicanze. Tra le più gravi c'è la sindrome emolitico-uremica, una condizione che può causare insufficienza renale acuta, e la diarrea emorragica, che nei casi più severi richiede il ricovero ospedaliero. In caso di dubbio sulla propria situazione di salute, è sempre opportuno chiedere consiglio al proprio medico di medicina generale.

### **Come si possono ridurre i rischi?**

Il modo più efficace per ridurre il rischio di contaminazione batterica è cuocere i germogli. La cottura - anche una semplice bollitura o una saltata in padella - è sufficiente a eliminare i batteri responsabili delle principali malattie trasmesse dagli alimenti. I germogli cotti si prestano bene a zuppe, minestrone, riso saltato e molte ricette della tradizione asiatica.

Per chi sceglie di consumarli crudi e non appartiene alle categorie a rischio, è comunque importante lavarli accuratamente sotto acqua corrente prima del consumo. Va però tenuto presente che il semplice lavaggio non è sufficiente a eliminare tutti i batteri eventualmente presenti (il tema del lavaggio dei vegetali freschi e delle insalate confezionate è stato affrontato nella scheda "L'insalata in busta non va lavata?"). È buona norma conservare sempre i germogli in frigorifero e rispettare le date di scadenza indicate sulla confezione: il freddo non uccide i batteri, ma ne rallenta la moltiplicazione.

Leggi la scheda integrale sul sito [dottoremaeveroche.it](http://dottoremaeveroche.it) di Fnomceo

# Nove medici, pediatri e dentisti così funziona la Casa di comunità “Nessun paziente viene respinto”

*dal nostro inviato***MICHELE BOCCI**

PIETRASANTA

Un movimento brusco al lavoro e Anna ha sentito tirare nella schiena. Ha dolore e zoppica un po' mentre percorre il corridoio che conduce alla porta del medico di guardia. La raggiunge dopo aver sorpassato lo sportello del Cup all'entrata, la zona del centro prelievi, la stanza dove vengono organizzati gli aiuti per chi non è autosufficiente e la postazione delle segretarie dei medici di famiglia. È un giorno festivo ma il dottor Lorenzo Bazzan, che ha iniziato a visitare Anna, non è l'unica presenza nella Casa di comunità. Ci sono anche gli infermieri che si occupano delle visite a domicilio, e per l'appunto sono usciti per raggiungere l'abitazione di un paziente, e c'è l'operatrice del Pua, il Punto unico di accesso. Tutti gli altri servizi si attivano di nuovo questa mattina, per assicurare a chi vive a Pietrasanta una solida presenza sanitaria pubblica.

L'ex ospedale della “piccola Atene” della Versilia, a pochi passi dai ristoranti e dalle installazioni d'artista che riempiono le vie pedonali del centro, ha chiuso vent'anni fa ma oggi permette di allargare lo sguardo sul futuro della sanità. Che si basa proprio sulle Case di comunità, strutture finanziate dal Pnrr che a meno di un mese della scadenza del piano nazionale di ripresa e resi-

lienza sono ancora troppo rare in Italia. La Toscana è una delle regioni che ne ha aperte di più, insieme all'Emilia-Romagna. Per restare alla sola Versilia, sono 7, una sessantina in tutta la regione. Altrove ci sono ancora grandi problemi ad aprirle, tanto che grandi realtà governate dal centrodestra come la Lombardia e il Lazio hanno promosso, insieme al ministro alla Salute Orazio Schillaci, la riforma che servirebbe a riempire le Case di comunità, in particolare con i medici di famiglia. Mentre realtà come il Veneto per attivare le nuove strutture territoriali chiedono aiuto ai medici ospedalieri, Toscana ed Emilia hanno fatto accordi regionali con i dottori di famiglia, così sono potute partire.

La forza di Pietrasanta, in effetti, sono proprio i cosiddetti medici di medicina generale. Nella Casa di comunità, spiega la dottoressa Manuela Folena della Asl Toscana Nord-Ovest, ce ne sono ben nove, più un pediatra, per un bacino di utenza di 20 mila persone. I professionisti hanno una segreteria unica e si alternano nelle stanze messe a disposizione dalla struttura. Ricevono su appuntamento, ma chi ha un bisogno può comunque presentarsi, intanto perché durante la settimana è attivo un Pir, cioè un Punto di intervento rapido, ambulatorio per urgenze banali. E comunque, visto che i dottori sono in rete, se il medico di famiglia quel giorno non ha ambulatorio, i suoi colleghi possono conoscere la situazione sanitaria dell'assistito e di dare quindi indica-

zioni. «L'indicazione è di non mandare indietro nessuno», dice Folena.

Durante la settimana arrivano anche gli specialisti. C'è addirittura l'odontoiatra, presente tutti i giorni, due dei quali dedicati alle urgenze. Fanno poi ambulatorio il geriatra, il neurologo e lo pneumologo. Per fissare un appuntamento con loro e con qualunque altro professionista della Asl, la mattina presto apre lo sportello del Cup, il Centro unico di prenotazione. Ogni giorno, inoltre, si presentano le persone che hanno bisogno di un prelievo del sangue e quelle che devono fare una medicazione. Gli infermieri ricevono anche senza appuntamento e se c'è bisogno, come detto, vanno a domicilio. Poi ci sono gli assistenti sociali della Asl e il Pua, il punto unico di accesso, sportello di accoglienza per chi ha problemi di non autosufficienza, ad esempio l'anziano uscito dall'ospedale che deve essere aiutato ad affrontare la convalescenza. L'operatore compila una scheda e i vari servizi prendono in carico la persona. I casi sono anche 10-15 al giorno.

La Casa di comunità non chiude mai, perché nella notte e nel weekend c'è la guardia medica. Come ovunque, il servizio è molto utilizzato. E così, quando Anna esce dall'ambulatorio si presenta una signora con la figlia. Nemmeno il tempo di raccontare che si sta specializzando in cardiologia a Pisa, e il dottor Bazzan deve iniziare un'altra visita.

Le strutture sono messe  
in discussione dal  
centrodestra. Quella  
aperta in Versilia serve un  
bacino di 20 mila persone



## L'INAUGURAZIONE

Il governatore Rocca: «Una risposta in più per fragili e anziani»

# Terzo piano, 20 posti letto Ecco l'ospedale territoriale dentro l'Eastman

••• Dal Policlinico all'Ospedale di Comunità il passo è breve: la nuova struttura inaugurata ieri, infatti, è proprio adiacente all'Umberto I, ubicata al terzo piano del suo Istituto odontoiatrico Eastman, in viale Regina Elena 287/b. Dispone di 20 posti letto, che saranno dedicati alla presa in carico di pazienti già clinicamente stabilizzati al Policlinico, che però necessitano ancora di assistenza infermieristica continuativa, oppure di supervisione medica programmata, o ancora di percorsi di recupero funzionale prima del rientro al domicilio o del trasferimento verso altri servizi territoriali. «L'Ospedale di Comunità - ha spiegato il direttore generale dell'Umberto I, Fabrizio d'Alba - rappresenta un con-

tributo fondamentale: non solo favorirà dimissioni protette e appropriate, ma sarà anche uno strumento essenziale per evitare ricoveri impropri. In un grande Policlinico come il nostro, questa struttura assume un valore aggiunto, perché crea nuove consuetudini di collaborazione tra professionisti e rende più fluidi i percorsi dei pazienti che passano dalla fase acuta a quella sub-acuta». La nuova struttura è anche destinata a rispondere ai bisogni dei pazienti fragili, anziani e pluripatologici, oltre che prevenire le ri-ospedalizzazioni evitabili e garantire la continuità assistenziale del degente dopo dimissione dal reparto del policlinico. «Il nuovo Ospedale di Comunità del Policlinico Umberto I è un

altro passo in avanti per la nostra sanità - ha detto dopo il taglio del nastro il presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca - Strutture come

queste rafforzano l'assistenza sanitaria sul territorio perché ospitano quei pazienti che hanno bisogno di cure a bassa intensità, assistenza infermieristica continuativa, supervisione medica e percorsi di recupero personalizzati. Sono una risposta precisa alle necessità dei nostri cittadini più anziani, ai più fragili e un modo efficace per alleggerire la pressione sui nostri ospedali». Il governatore ieri pomeriggio ha poi anche inaugurato la nuova Casa della Comunità «Acilia» (ubicata in via Casal Bernocchi 61) con un altro taglio del nastro,

ma in video collegamento, della nuova Casa della Comunità di «Ostia Sant'Agostino».

**ANT. SBR.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**2**

**Case della Comunità**  
Quelle aperte ieri  
Una ad Acilia  
in via Casal Bernocchi  
e una a Ostia



**Tagli dei nastri**  
Giornata di inaugurazione per il presidente che ieri ha presenziato a quelli dell'ospedale dentro l'Eastman (sopra) e della Casa della Comunità di Acilia



# Borraccino (Pd) replica alle accuse di Gemmato «Sanità pugliese definanziata dal Governo»

● È un botta e risposta che accende il dibattito sulla sanità pugliese, già provata da bilanci in sofferenza e da un aumento dell'Irpef che ha scatenato proteste in tutta la regione.

A innescare la miccia sono state le parole del sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato, secondo cui «l'aumento della pressione fiscale regionale rappresenta una scelta sbagliata». Una dichiarazione che il consigliere regionale del Pd, Cosimo Borraccino, definisce «stravagante», accusando il Governo di centrodestra di aver tagliato risorse al Servizio sanitario nazionale negli ultimi quattro anni.

«Ascoltiamo con incredulità queste affermazioni» attacca, ricordando che la spesa sanitaria sul Pil «è scesa dal 6,8% del 2022 al 6,3% del 2026», segno di un definanziamento strutturale. Per Borraccino, il paradosso è evidente: «Gemmato e il centrodestra pugliese fanno opposizione a se stessi», perché il gap di 5 miliardi tra fabbisogno delle Regioni e fondi statali sarebbe responsabilità diretta del Governo. Il consigliere dem cita anche l'inchiesta giornalistica di Milena Gabanelli che ha denunciato presunti maggiori costi per i farmaci a carico del Ssn dopo una riforma «voluta proprio dal sottosegretario con delega alla farmaceutica».

«Questa sarebbe una questione seria da affrontare» incalza, «non le piazze semivuote del centrodestra». Borraccino ricorda inoltre che la spesa sanitaria italiana resta inferiore alla media Ocse ed europea, mentre la quota di costi a carico dei cittadini (il 27%) supera quella degli altri Paesi Ue.

«Il sottofinanziamento pubblico è ormai strutturale» cita dalla Fondazione Gimbe, «e sta mettendo in difficoltà tutte le Regioni».

Per il consigliere Pd, gli effetti sono sotto gli occhi di tutti: famiglie costrette a pagare visite e prestazioni di tasca propria, rinunce alle cure, bilanci regionali in rosso per l'aumento dei costi energetici, dei farmaci e dei contratti del personale. «Le parole di Gemmato sono uno schiaffo all'intelligenza dei pugliesi» conclude, chiedendo al Governo di colmare il gap di 5 miliardi nella prossima legge di bilancio.

**MELCHIORRE** - Ma dal centrodestra la replica non tarda ad arrivare. Il senatore di Fratelli d'Italia Filippo Melchiorre accusa il Pd di «preferire la propaganda alle risposte concrete», criticando la scelta dei dem di ironizzare sull'aumento dell'Irpef con vignette e contenuti social.

«I pugliesi meritano rispetto» afferma, ricordando le «centinaia di cittadini scesi in piazza» e le «migliaia di firme raccolte» contro

l'aumento della pressione fiscale. Per Melchiorre, la maggioranza regionale evita il confronto e «non affronta le questioni di merito», mentre la gente chiede soluzioni e non «iniziative autoreferenziali».

E lo stesso Gemmato, al centro della polemica, rivendica i numeri del Governo: «Le risorse per la sanità pugliese sono cresciute, passando da 7,2 miliardi nel 2018 a quasi 8,8 miliardi nel 2025».

A questi, aggiunge, si sommano «700 milioni in più dal 2022» e «40 milioni annui strutturali» derivanti dai nuovi criteri di riparto. Il problema, sostiene, non è Roma ma Bari: «Dal 2019 al 2025 la Regione ha registrato disavanzi costanti, frutto di sperperi e gestione clientelare».

Per il sottosegretario, il dato più significativo è uno: «I conti peggiorano mentre le risorse aumentano». E conclude: «È difficile attribuire altre responsabilità che sono interne alla gestione regionale». Tre voci, tre letture opposte della stessa crisi. Una certezza, però, resta: a pagare il prezzo più alto sono i cittadini pugliesi, stretti tra tasse in aumento e un sistema sanitario che fatica a reggere. [red.pp]



**SANITÀ**  
Il consigliere regionale del Pd Cosimo Borraccino

