

7 luglio 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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



I manager italiani al Campus École The Skill in Corsica

La Summer School dedicata alla comunicazione strategica

Roma, 4 lug. (askanews) – Anche quest’anno l’appuntamento estivo più atteso per la formazione dei manager italiani si fa sulle spiagge francesi. È in corso, infatti, dal 3 al 6 luglio il Campus École The Skill, la summer school dedicata alla comunicazione strategica, al media training, al crisis e reputation management che si svolge in Corsica, nel dipartimento della Haute Corse. Docenti di eccezione per quella che è stata concepita come una “vacanza-studio” con alternanza tra momenti di studio e approfondimento e altri di svago e divertimento. Tre le lezioni che caratterizzano questa seconda edizione: l’amministratore delegato di Sogin, Gian Luca Artizzu, tra i più apprezzati al vertice delle aziende di Stato, spiegherà come “persone e numeri sono ingredienti fondamentali e vincenti per un’impresa”, mentre il presidente di MBDA Italia, Giuseppe Cossiga, stimolerà i partecipanti al corso sulla “sfida della complessità” che si pone quotidianamente di fronte a un manager.

Il terzo intervento, dedicato al public speaking, sarà svolto dall’attore Filippo Contri, protagonista di diverse pellicole apprezzate nell’ultimo periodo, ma anche dello spettacolo teatrale Brokeback mountain e noto al grande pubblico per aver interpretato la parte della figlio di Verdone nella serie televisiva “Vita da Carlo”.

Al centro, quindi, top manager provenienti dai settori Nucleare e Difesa, i più centrali nel dibattito pubblico odierno, ma anche un artista per rispettare la multidisciplinarietà e lo spirito di contaminazione caro ai promotori del corso. Accanto ad Artizzu, Cossiga e Contri, gli esperti di comunicazione della scuderia The Skill, da Federica Fantozzi a Giovanni Cioffi, da Lorenzo Munegato a Giorgio Lainati, già vice presidente della commissione di Vigilanza Rai e consigliere per la comunicazione di Palazzo Chigi per 10 anni con Silvio Berlusconi.

L’evento, organizzato dalla business unit Learn The Skill, ha visto nel tempo l’adesione di importanti realtà: Deloitte, Novartis, Cattolica Assicurazioni, Max Mara, gli studi professionali Bandera, SZA e Fornari e Associati, ma anche le principali organizzazioni della sanità privata accreditata, come Aiop Lombardia e **ARIS**.

Ai lavori prendono parte quest’anno, tra gli altri, Angèle Bastiani, presidente dell’ufficio del turismo della Corsica, e il parlamentare francese e vice presidente del movimento Républicains, François-Xavier Ceccoli.

Per il promotore dell’iniziativa, il Ceo del Gruppo The Skill, Andrea Camaiora, “La summer school si conferma un’idea felice. Campus École rappresenta la scelta illuminata di alcune organizzazioni di valorizzare i propri talenti con questa esperienza. Mi piace sottolineare come l’effetto di allontanamento dai problemi quotidiani che regala ogni isola, l’esperienza internazionale e la scelta di assicurare momenti di relax e riflessione rappresentano la chiave del successo di questa quattro giorni”.

Barbour

la Repubblica

Barbour

Fondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

RSC

Rcultura
L'ultimo caso
di Simenon
di EDOARDO PRATI
a pagina 24

Rsport
Dominio McLaren
Hamilton quarto
di ANTONELLO GUERRERA
a pagina 28

Lunedì
7 luglio 2025
Anno 52 - N° 26
Oggi con
Affari&Finanza
In Italia €1,90

Nubifragio su Milano muore una donna

La tragedia a Robecchetto per la caduta di un albero. Si alza il livello dei fiumi. L'allerta in Lombardia prolungata fino a oggi

Pioggia, vento e alberi caduti. Il maltempo finisce in tragedia ieri nell'alto Milanese: muore una donna di 63 anni a Robecchetto. La signora, di San Vittore Olona, era di ritorno da una passeggiata sui Navigli. Il fronte di nubi nero alto fino a dieci chilometri ieri ha travolto il nord: Lombardia, Piemonte, Veneto, Liguria, Toscana. "In un giorno metà della pioggia del mese" dice il meteorologo.
di DUSI e ZINITI
a pagina 18



Gaza, trattativa e bombe

Netanyahu vola a Washington da Trump. Il presidente israeliano Herzog: "Firmi la tregua". Iniziati i negoziati a Doha con Hamas mentre nella Striscia i raid dell'Idf fanno 80 vittime

Gli Usa alla Ue
"Accordo subito
o i dazi più alti
dal primo agosto"

La Casa Bianca: "È ridicolo il partito di Musk"

di GIANNI RIOTTA

Non sono né di sinistra né di destra, io vado avanti». La battuta di Elon Musk, l'Uomo Avatar di Tesla e SpaceX, fa da manifesto all'America Party.
a pagina 9



Benjamin e Sara Netanyahu

Il premier israeliano Netanyahu vola a Washington dove oggi incontrerà Donald Trump. E il presidente Herzog gli raccomanda di firmare la tregua: «L'accordo per la liberazione degli ostaggi è un imperativo morale e supremo, anche se i costi non saranno facili. Sono fiducioso che il governo e i servizi di sicurezza affronteranno queste sfide». E a Doha sono iniziati i negoziati con Hamas mentre nella Striscia di Gaza i raid dell'Idf fanno 80 vittime.
dal nostro inviato FABIO TONACCI
alle pagine 2 e 3

Bruxelles, divorzio tra Belloni e von der Leyen

di TOMMASO CIRIACO

a pagina 14

di PAOLO MASTROLILLI

La riscossione dei dazi più pesanti, a partire da quelli contro l'Europa, scatterà il primo agosto. L'amministrazione Trump ha iniziato a inviare le lettere ai singoli paesi e ieri si è riunita per scrivere quella per Bruxelles, ma l'ultima parola spetta al presidente. Le nazioni prese di mira potrebbero negoziare accordi nelle quattro settimane rimaste. Non è una «nuova deadline», giura Washington, ma chi ha orecchie per intendere intenda.
alle pagine 6 e 7
con servizi di OCCORSIO e TITO

La politica dei miliardari

di CONCITA DE GREGORIO

Quindi come facciamo? Domanda una giovane donna che fino a poco fa era seduta in terza fila, sotto quel leone barocco di pietra che, illuminato dal basso, sembra che rida: avrebbe ragione, nel caso, a farsi beffe di noi umani di passaggio. Siamo a Trecastagni, alle pendici dell'Etna. Come facciamo cosa, signora? Come facciamo ora che tutto va a rotoli, chiarisce. Le sta accanto un'adolescente, sua figlia, pallida di esame di maturità. Parliamo, si forma un capannello.
a pagina 10

ITALPREZIOSI®
Investi oggi sul tuo domani
WWW.ITALPREZIOSI.IT

Tutti i danni dell'autonomia differenziata

MAPPE
di ILVO DIAMANTI

Il progetto di introdurre l'autonomia differenziata nelle Regioni a statuto ordinario non sembra attrarre più i cittadini italiani, come in passato. Al contrario. Nel recente sondaggio di Demos la maggioranza, 6 persone su 10, esprime dissenso, al proposito. Una componente stabile, negli ultimi mesi. I favorevoli, invece, sono stabili.
a pagina 17



Corinaldo, fuga dopo il permesso per la laurea

di BALDESSARRO e DE LUCA

a pagina 19

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Compostella 50 C - Tel. 06 658281

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 63767510
mail: servizioclienti@corriere.it

DATAROOM
Quanto costerà lo sminamento
di Milena Gabanelli e Marta Serafini
a pagina 9

«Pazza» gara in F1
Norris trionfa
sul circuito di casa
di Sparisci e Terruzzi
alle pagine 32 e 33



Società multietnica
**MIGRANTI,
MANCANO
STRATEGIE**
di Angelo Panebianco

L'Europa è a un tornante della sua storia e non siamo pronti ad affrontarlo. L'Europa è alle prese con una trasformazione epocale: quelle che erano un tempo società nazionali diventano con rapidità impressionante, o sono già diventate, società multietniche. Tra non molto, anche in Italia, saranno numerosi e sempre più visibili, nelle professioni e anche, a poco a poco, in ruoli dirigenziali, i figli di immigrati di origine extraeuropea. È il tema più politicamente incandescente che ci sia nelle democrazie occidentali: più di ogni altro divide l'opinione pubblica e influenza gli esiti delle consultazioni elettorali. Troppo spesso le parti politiche lo affrontano con slogan rozzi, semplicistici (viva gli immigrati, abbasso gli immigrati) che nascondono i problemi e inducono a fughe dalla realtà. La realtà è che la multietnicità è un fatto e che è da questa constatazione che bisogna partire per capire come tentare di governarla. Se si vuole governarla bisogna porsi una domanda, l'unica che conti: come si fa a garantire (o a tentare di garantire) un futuro di pacifica convivenza fra persone di differente provenienza culturale?

continua a pagina 26

Maltempo Disagi e danni al Nord e in Toscana



**Bomba d'acqua
colpisce Milano
Crolla un albero,
donna uccisa**

di Matteo Castagnoli e Alessio Ribaudò



Piazza del Duomo a Milano investita dal temporale. Sotto un albero caduto in piazza Baiamonti

Trump e la mossa di Elon: «Iniziativa ridicola, è un disastro»

Dazi verso il rinvio Il partito di Musk agita la Casa Bianca

Il presidente Herzog: Netanyahu firmi la tregua

di Basso, L. Cremonesi, Persivale e Sarcina

Si profila un rinvio per l'applicazione dei dazi americani all'Europa previsto per il 9 luglio. La discesa in campo di Elon Musk scuote la Casa Bianca. Gaza, pressing su Netanyahu per firmare il cessate il fuoco.

da pagina 4 a pagina 9

L'INTERVISTA - SCHLEIN

«Faremo noi
la politica
industriale»

di Maria Teresa Meli



La segretaria dem Elly Schlein ha un modello in Europa e si chiama Spagna: «La loro economia sta andando bene. Questo grazie all'accordo tra imprese e sindacati, con la regia del governo, per ridurre i contratti precari. Inoltre hanno aumentato il salario minimo e sono intervenuti sul prezzo dell'energia». Poi Schlein punta il dito contro Palazzo Chigi: «Meloni, pur di non infastidire Trump, ha sempre minimizzato l'impatto dei dazi». E sull'aumento della spesa militare al 5 per cento dice: «Per un Paese come il nostro è un colpo letale allo Stato sociale».

a pagina 13

GIANNELLI



Bologna La strage in discoteca
Morirono 5 ragazzi,
il condannato evade
Le famiglie: un colpo

di Giusi Fasano e Davide Soattin

Dal 3 luglio non si hanno più notizie del 26enne Andrea Cavallari, che stava scontando una pena di 11 anni nel carcere di Bologna. Era uscito in permesso per discutere la tesi di laurea. È uno dei componenti della «banda dello spray» che nel 2018 a Corinaldo provocò la morte di cinque ragazzi e di una donna in una discoteca.

a pagina 18

L'INCHIESTA

**Caso Bayesian,
le verità opposte
e i risarcimenti**

di Andrea Pasqualetto

a pagina 19

IL CENTRODESTRA

**Cittadinanza,
Tajani ci riprova
Muro degli alleati**

di Antonella Baccaro

a pagina 12

Un violento nubifragio ha investito Milano e l'Inghilterra. Esondato anche il Lambro. Sottopassì e taverne allagate. Il vento ha staccato anche i cartelloni pubblicitari. I vigili del fuoco hanno ricevuto oltre 150 chiamate. A Robecchetto con Induno una donna di 63 anni è morta, schiacciata da un albero caduto.

alle pagine 2 e 3

L'INTERVISTA - IL CLIMATOLOGO

«Lo scontro fra umidità
e aria fredda crea
questi eventi estremi»

di Agostino Gramigna

a pagina 2

«Meglio sfidare Borg che un mediocre»

Adriano Panatta compie 75 anni: gli anni 70, gli amori e le partite di un campione

di Aldo Cazzullo

«Vincere non era così importante. E poi sarei stato più felice». Adriano Panatta compie 75 anni e si confida al Corriere: Pietrangeli e Paolo Villaggio, Borg e Mussolini — «il mio maestro gli aveva insegnato a giocare a tennis» — la telefonata con Agnelli e l'incontro con Renato Zero «vestito da marziano». «Amarò ha punte più alte, Sinner è più continuo, schematico». «Entrai in un locale con Milla Medici e ne uscì con Loredana Berté».

alle pagine 24 e 25



Rivali Adriano Panatta e Björn Borg

LE REGOLE

**La Scala vieta
canotte, shorts
e infradito**

di Pierluigi Panza

La Scala difende il dress code. Niente infradito e canotte per chi assiste agli spettacoli. La stretta dopo una serie di lamenti.

a pagina 23

ISPI
Geeconomia per le imprese

Rischio geopolitico;
Briefing periodici;
Formazione 'su misura';
Datalab.

ispionline.it/per-imprese

SPECIALE ECONOMIA

Le vacanze assicurate
per evitare sorprese

ANNAMARIA ANGELONE - PAGINA 25

SPECIALE ECONOMIA



L'ESPLOSIONE DI TORINO

La confessione di Zippo
"Vorrei tornare indietro"

GIUSEPPE LEGATO - PAGINA 19

LO SPORT

Silverstone, flop Ferrari
Leclerc: "Troppi errori"

JACOPO D'ORSI - PAGINA 37

1,90€ II ANNO 159 II N.185 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 7 LUGLIO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

ULTIME ORE DI NEGOZIATO COMMERCIALE. LA CASA BIANCA ANTICIPA A OGGI L'INVIO DELLE LETTERE: "SENZA INTESA TARIFFA DAL 1° AGOSTO"

"Usa-Ue, l'accordo è vicino"

Il segretario al Tesoro Bessent: progressi nella trattativa sui dazi. Schlein: Meloni si prepara alla resa

IL COMMENTO

La patria perduta
dei sovranisti

STEFANO LEPRÌ

Non è falso che dazi americani al 10% sarebbero sopportabili per la nostra economia, e certo si tratta della meno peggiore tra le soluzioni in vista; ma c'era proprio bisogno di dirlo? - PAGINA 29

L'ANALISI

Il mondo appeso
agli umori di Donald

STEFANO STEFANINI

Tempi duri per i partner degli Stati Uniti. Donald ci tiene tutti in sospeso. La grazia sui dazi finisce domani. L'Ue non sa se con un accordo. Salvo chi si è accordato - pochissimi - tutti gli altri aspettano oggi una lettera sulle nuove tariffe che Washington - Donald Trump - intende applicargli. Zelensky, risparmiato sui dazi in quanto all'Ucraina tocca solo il minimo sindacale del 10%, aspetta invece i Patriot. - PAGINA 5

L'ASIA

Se il potere cinese
spaventa Bruxelles

ALESSANDRO ARDUINO

Di recente, la presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen ha messo in luce il crescente disagio di Bruxelles nei confronti della strategia industriale cinese, accusando Pechino di inondare i mercati mondiali con un eccesso di capacità produttiva sovvenzionata dallo Stato e di sfruttare il proprio monopolio sulle terre rare. - PAGINA 29

BONINI, GUANELLA, MONTICELLI
SCHIANCHI, SEMPRINI

Senza accordo i dazi sulle merci provenienti dall'Unione europea scatteranno il primo agosto e saranno a livelli stabiliti il 2 aprile. Scott Bessent conferma la perentorietà dell'amministrazione guidata da Trump in tema di scambi transatlantici. Il segretario al Tesoro degli Stati Uniti parla di «tariffe boomerang» nel descrivere il ritorno alle aliquote che erano state individuate nel "Liberation Day". - PAGINA 2-5

L'INTERVISTA

Tremonti: "Manca
una politica europea"

FABRIZIO GORIA

Mentre l'Europa negozia con Washington su una possibile base tariffaria del 10%, Giulio Tremonti sostiene che l'Europa abbia già ceduto su punti cruciali, in particolare sui servizi digitali e finanza. - PAGINA 3

LA POLITICA

Tajani: Ius Scholae
Marina non sapeva

NICCOLÒ CARRATELLI - PAGINA 12

I nuovi padroni
del circo degli Spettacoli

ILARIO LOMBARDO - PAGINA 15

LA SVOLTA ECOLOGISTA DI PREVOST: UN PARCO AGRIVOLTAICO SUI TERRENI INQUINATI DALLE ANTENNE

Il Vaticano Green

GIACOMO GALEAZZI - PAGINA 12



Tiziano senza cure dopo la meningite in carcere

VALENTINA PETRINI - PAGINA 18

GLI STATI UNITI

Il partito di Musk
non salverà
l'America
ma solo se stesso

ALAN FRIEDMAN



Chi l'avrebbe mai detto che la chance di salvare l'America dal regime di Trump potrebbe arrivare da Musk? SIMONI - PAGINA 67

IL MEDIO ORIENTE

Bibi a Washington
spinta per la tregua

CECCARELLI DEL GATTO

Luci e ombre sull'accordo di tregua a Gaza e sulla liberazione degli ostaggi. Le posizioni di Israele e Hamas lasciano pensare a un negoziato non breve. Ma a Doha è stata presentata una nuova bozza di intesa che prevede Trump come garante e il ritiro delle forze israeliane in una zona cuscinetto. Il tycoon proclama: «Accordo possibile in settimana». - PAGINE 68-9

IL REPORTAGE

In Cisgiordania
l'assedio dei coloni

FRANCESCA MANNOCCHI

Fino all'agosto del 2005 Ayelet viveva a Gush Katif, l'insieme dei 17 insediamenti israeliani nel sud della Striscia di Gaza. L'anno prima, a giugno del 2004, l'allora primo ministro Ariel Sharon aveva approvato il piano di disimpegno unilaterale. Gli ottomila abitanti israeliani avrebbero lasciato l'area e le abitazioni sarebbero state distrutte. - PAGINA 10

VIENI A STUPIRTI

SUMMER GARDEN
dei Giardini di Villa Taranto

IL RACCONTO

**Le mie ambizioni travolte
all'outlet di Serravalle**

RAFFAELLA ROMAGNOLO

Qui, basso Piemonte alessandrino quasi ligure, è tutta provincia, cioè paesini e paesoni, proloco, sagre, feste patronali, baretto, strade riasfaltate per la Milano-Sanremo, giardinetti, aree industriali e quella toponomastica lì, tipica, via della Tecnica, viale del Lavoro. - PAGINA 20

LA SOCIETÀ

**Il dress code della Scala
anche l'abito fa il Teatro**

ALBERTO MATTIOLI

Uno dei Grandi Problemi Italiani non è che non ci sono le regole, che anzi sono troppe. E che vengono fatte rispettare sempre meno, finché nessuno si ricorda più che esistano. Vale a tutti i livelli, anche per quello frivolo di come vestirsi a teatro, anzi a Teatro, il più prestigioso delle amate sponde: la Scala. - PAGINA 33

DENTAL FEEL

PROFESSIONISTI DEL BENESSERE DENTALE

RICHIEDI ORA LA TUA VISITA.

WWW.DENTALFEEL.IT
D.S. Dott. Armando Ferraro



€ 1,40* ANNO 147 AF 105
ISSN 1120-3330 (ISSN 1120-3330) n. 1/1/2025

Lunedì 7 Luglio 2025 • S. Claudio

Il Messaggero

NAZIONALE

IL MERIDIANO



VALLEVERDE



Commenta le notizie su [ilmessaggero.it](#)

Un aiuto per gli editori
Un filtro anti IA
per combattere
i furti di copyright

Paura a pag. 15



Wimbledon azzurro
Ottavi all'italiana
Sinner tifa Sonogo
e allena Cobolli

Martucci nello Sport



Concerto ad Atene
Piovani: «Porto
i suoni di Roma
sotto il Partenone»

Ippaso a pag. 19



L'editoriale
LA POLITICA
È SEMPRE
UN AFFARE
DI FAMIGLIA

Alessandro Campi

Nei giorni scorsi hanno destato sorpresa e preoccupazione le dichiarazioni di Eric Trump, il figlio terzogenito del presidente statunitense, secondo le quali non sarebbe difficile per lui o altri membri della sua famiglia, ad esempio il fratello maggiore Donald Jr. o la sorella Ivanka, proporsi un giorno nemmeno troppo lontano come successori politici del padre. I Trump sono già una ramificata dinastia imprenditoriale, perché non dovrebbero pensare di trasformarsi in una dinastia politica?

Un proposito, secondo molti osservatori, pericoloso. In realtà, gli Stati Uniti sono da molto tempo una democrazia con forti connotati dinastici. Il "potere del sangue", se così vogliamo definirlo, ha scandito la sua storia dai tempi dell'indipendenza (di pari passo col "potere del denaro"). Quando si parla della politica americana tutti pensano ovviamente al clan contemporaneo dei Kennedy, ma ci si dimentica degli Adams, dei Bayard, dei Breckinridge, dei Bush, dei Frelinghuysen, degli Harrison, dei Lee, dei Livingston, dei Lodge, dei Long, dei Muhlenberg, dei Roosevelt, degli Stockton, dei Taft, dei Tucker, degli Udall, dei Washburn... per limitarsi alle casate più importanti a livello nazionale.

Ma si potrebbero anche citare, a livello dei singoli Stati federati, i Polson in Alabama, i Brown in California, i Russell in Georgia, i Farrington nelle Hawaii, i Culver nell'Iowa, i D'Alessandro-Petosi nel Maryland, Johnson (...)

Continua a pag. 14

Dazi, il governo punta al 10%. «Sarebbe sopportabile»

► Oggi le lettere Usa
Bessent: progressi
sull'accordo con la Ue

ROMA Mercoledì scadrà la moratoria per l'entrata in vigore dei dazi e il vicepremier Tajani fa sapere: «Il 10% non sarebbe insopportabile per la nostra economia». Bessent: progressi nelle trattative con la Ue. Ma Bruxelles è cauto.

Andreoli e Pacifico a pag. 5

Bibi vede Trump: si fa alle nostre condizioni

Gaza, lite tra Herzog e Netanyahu
«Firma la tregua, anche se ci costa»

ROMA A Netanyahu in partenza per Washington (oggi vedrà Trump) è arrivato secco il monito di Herzog per la firma della tregua a Gaza e la liberazione degli ostaggi. «Anche se ha un costo».

Evangelisti, Ventura e Vita alle pag. 2 e 3

Verso la conferenza di Roma: «Pace lontana»

Ucraina, la Nato lancia l'allarme-armi
«Mosca produce più munizioni di noi»

ROMA Il segretario generale della Nato, Rutte, lancia l'allarme: «La Russia in tre mesi produce il triplo delle munizioni dei Paesi dell'Alleanza in un anno». Giovedì e venerdì a Roma il vertice sulla ricostruzione, ma la tregua appare lontana.

Sciarra a pag. 4

Meno tasse e bonus alle madri

► Il Mef lavora ad uno sconto fiscale crescente per spingere la natalità e tutelare le lavoratrici anche per i redditi più alti: misura slegata dall'Isee familiare. Pronti aiuti per l'accesso ai nidi

Parla l'addestratore del cane eroe: aveva salvato 9 vite. Il post di Meloni



Arangelo Caressa, direttore tecnico nazionale dell'Endas, e il cane eroe Bruno

Pace a pag. 11

ROMA In arrivo misure a favore delle madri lavoratrici. Bassi a pag. 7

«Tu sei un cretino» Punito il professore che insulta l'allievo

► Scuola, la Cassazione: «Quel docente in aula è andato oltre i suoi doveri di insegnamento»

Valentina Errante

Ha insultato un suo alunno apostrofandolo come «cretino» e la sanzione disciplinare della censura scritta, inflitta dal dirigente scolastico all'insegnante, è corretta o comunque «proporzionata al suo comportamento». Lo ha stabilito la Cassazione, che ha respinto il ricorso del docente contro il ministero dell'Istruzione e l'Istituto Alberto Boggli di Sassuolo.

A pag. 12

Nuove rivelazioni

Omicidio Vassallo, sopralluogo trappola per incastrare il boss

ROMA Emergono dettagli sull'omicidio Vassallo. La rivelazione dell'ex pentito Romolo Ridozzi: un sopralluogo trappola per coprire il vero killer.

Allegria a pag. 10

Mossa dei vettori aerei



Bagaglio a mano più grande gratis per evitare multe

ROMA Le compagnie aeree giocano d'anticipo e si adeguano alle nuove regole europee: ok all'imbarco, senza supplemento di prezzo, di un trolley di dimensioni maggiori rispetto al passato.

Bisozzi a pag. 13

L'ENERGIA PER SENTIRSI TOSTI!

SUSTENIUM PLUS 50+
ENERGIA FISICA E MENTALE

SUSTENIUM PLUS 50+
ENERGIA FISICA E MENTALE

BUSTINE
FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+
CON VITAMINA B12

FLACCONI

Gli integratori alimentari non vanno intesi come sostituti di una dieta varia, equilibrata e di uno stile di vita sano.

A. M. S. N. S. S.

Il Segno di LUCA

GEMELLI, UNA RIVOLUZIONE

L'arrivo oggi di Urano nel tuo segno è un vero e proprio evento, conoscerai il pianeta del cambiamento: un rivoluzionario il cui soggiorno, che durerà fino al 9 novembre per diventare definitivo l'anno prossimo, si farà sentire. Finalmente ti senti libero di decidere e seguire la linea che vuoi tu! Anche la Luna, nel settore dell'amore ti incoraggia. D'ora in poi la parola d'ordine è osare. Attenzione solo a non prendere la scossa! **MANTRA DEL GIORNO** Solo se sai cedere guadagni terreno.

L'oroscopo a pag. 14

* Tardoni con altri quotidiani (non sopportabili separatamente) nelle province di Palermo, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20. La domenica con Tuttosport € 1,40. In Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport, Stadio € 1,40. Nel Friuli, Il Messaggero - Piccolo Piccolo. Palermo € 1,50. Nella provincia di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport, Stadio € 1,50. * Passaggiati ed esaurienti nel Lazio € 0,90 (Lazio).

IL FATTO Lo stop dei fondi Usa per i vaccini mette a rischio un milione di vite. Dall'Italia 250 milioni in cinque anni

Sanità, i tagli globali presentano il conto

Più risorse alle armi, meno alle cure: nel 2025 previsto l'aumento dei decessi tra i bambini

WALTER RICCIARDI

Il 2025 sarà il primo anno dall'inizio del secolo in cui il numero di bambini che muoiono aumenterà invece di diminuire. I governi, in primis quello degli Stati Uniti,

tagliano i fondi per gli aiuti sanitari, compresi quelli per Gavi, l'organizzazione il cui scopo è vaccinare i bambini dei Paesi poveri. Si calcolano di conseguenza 1,2 milioni di morti in più nei prossimi 5 anni. E presto 12 milioni di americani si troveranno "senza rete" a causa dei tagli all'assistenza per tutti.

Gramolini e Napolitano a pag. 5

Sanità globale più fragile con i nuovi tagli Nel 2025 cresceranno le morti di bambini

WALTER RICCIARDI

Il 2025 sarà il primo anno dall'inizio del secolo in cui il numero di bambini che muoiono aumenterà invece di diminuire.

I governi, in primis quello degli Stati Uniti d'America, stanno tagliando i fondi per gli aiuti sanitari, compresi quelli per la Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Gavi), l'organizzazione pubblico-privata la cui missione strategica è salvare la vita dei bambini e proteggere la salute generale aumentando l'accesso all'immunizzazione nei Paesi poveri. Di conseguenza, Gavi non avrà tutti i fondi necessari per finanziare i suoi prossimi cinque anni di attività. Lanciata nel 2000, l'organizzazione ha reso possibile la vaccinazione per oltre un miliardo di bambini, salvando così oltre 19 milioni di vite e riducendo le morti sotto i cinque anni di più della

metà, da oltre 9 milioni di decessi infantili del 2000 a meno della metà (4,4 milioni) nel 2024. Un risultato incredibile. In questo periodo sono stati vaccinati oltre un miliardo di bambini e il costo totale per salvare quelle vite è stato di circa 22 miliardi di dollari, circa 1.000 dollari per ogni vita salvata. Inoltre, i bambini che questi vaccini hanno mante-

nuto in salute non solo vanno a scuola ma ottengono buoni risultati e contribuiscono all'economia del loro Paese. Ed è proprio per questo che migliorare la salute attraverso i vaccini è parte integrante della formula per aiutare i Paesi a raggiungere l'autosufficienza. Le vaccinazioni di Gavi hanno genera-



to 250 miliardi di dollari di benefici economici nei Paesi in cui opera. Di fatto, l'organizzazione ha ottenuto un beneficio economico così straordinario che oltre 19 Paesi che hanno beneficiato del suo impegno hanno completato il programma, il che significa che ora autofinanziano integralmente i propri programmi di immunizzazione.

Ma ora tutti i progressi che abbiamo fatto sono a rischio. Gli aiuti sono diminuiti di 30 miliardi solo nel 2025, il che significa che si sta aprendo una crisi sanitaria globale con conseguenze devastanti soprattutto per le popolazioni più fragili e vulnerabili, non solo nei Paesi più poveri ma persino nel Paese più ricco del mondo.

Nei giorni scorsi, infatti, negli Stati Uniti è stata approvata una legge che combina ingenti riduzioni fiscali per i ricchi con tagli drastici ai programmi di aiuto per gli americani a basso reddito, tra cui Medicaid, il programma federale sanitario. La perdita della copertura assicurativa sanitaria non sarà l'unica fonte di miseria di massa derivante da questa legge, ma è certamente la più grande e la più facile da illustrare.

Negli Usa, negli ultimi 15 anni, l'*Affordable Care Act* - noto anche come *Obamacare* - non è riuscito a raggiungere la copertura sanitaria universale, soprattutto perché molti Stati repubblicani si

ferto di finanziarlo. Ciò nonostante, esso ha portato a un forte calo del numero di americani privi di assicurazione sanitaria. Ha anche portato a una notevole riduzione dell'ansia tra gli americani con patologie preesistenti, che non hanno più dovuto temere di vedersi negata la copertura o di rimanere intrappolati per sempre in attività lavorative che gli mantenevano la protezione assicurativa per paura di perderla.

In sostanza, tutti questi progressi stanno per essere vanificati. Il Center on Budget and Policy Priorities ha stimato che fino a 16 milioni di americani perderanno ogni protezione sanitaria. Stiamo parlando di annullare tutti i progressi compiuti dall'America nell'espansione dell'assicurazione sanitaria.

Tutto ciò, come sottolinea il premio Nobel per l'Economia Paul Krugman, non sta accadendo per risparmiare: «Se i Repubblicani si preoccupassero del deficit potrebbero rinunciare ai tagli fiscali per i ricchi. Non sta accadendo per volontà popolare: il *Big Beautiful Bill* (la riforma fiscale, ndr) è già estremamente impopolare e lo diventerà ancora di più quando la gente ne vedrà gli effetti. Sta accadendo perché il nostro governo è stato preso in mano da fanatici che credono di poter sfuggire, in un modo o nell'altro, alle conseguenze elettorali di peggiorare di molto la vita di milioni di americani».

Se pensiamo che questo ridimensionamento dell'assistenza sanitaria non riguarda anche noi italiani siamo sulla cattiva strada. Solo pochi giorni fa il procuratore della Corte dei Conti Pio Silvestri ha pronunciato una vera e propria requisitoria in merito. Cito alcuni estrat-

ti: «Nella sanità liste d'attesa vergognose», «puntare sul capitale di medici e infermieri», «il capitale umano oggi è sacrificato sull'altare dei deficit di budget», «la spesa pubblica sanitaria in Italia, fatta eccezione per l'impennata nel corso della pandemia, è rimasta sostanzialmente stabile negli ultimi dieci anni, mantenendosi ben al di sotto sia della media Ocse e Ue»... In queste parole c'è tutto il paradosso italiano per cui l'ultima difesa del nostro Servizio sanitario nazionale non è nelle mani dei decisori politici ma in quelle della magistratura contabile, l'unica che da ormai qualche anno sprona i governi a finanziare più adeguatamente la più grande opera pubblica del nostro Paese, quella che dal 1978 ha consentito all'Italia di essere un Paese moderno.

Speriamo che qualcuno si svegli perché, in mancanza di questo, e di un ripensamento delle regole di funzionamento e delle modalità gestionali, anche il nostro Paese verrà coinvolto pesantemente nell'imminente ma ancora evitabile apocalisse sanitaria globale, con milioni di cittadini privati dell'assistenza sanitaria e di un diritto fondamentale.

Come dice Silvestri, «un fenomeno vergognoso, per un Paese civile».

Dal 2000 vaccinato un miliardo di minori: si calcola che così siano state salvate 19 milioni di vite riducendo i morti sotto i 5 anni di oltre la metà. Un trend virtuoso che ora si è invertito

sono rifiutati di estendere Medicaid anche quando il governo federale si è of-

IL TEMA

Lo sviluppo della salute pubblica registra un brusco dietrofront per il calo dei contributi e lo smantellamento di progetti di prevenzione e cura. Con effetti nefasti per i più vulnerabili se non si interverrà rapidamente



SUMMIT DELL'ALLEANZA MONDIALE

Stop ai fondi americani «Vaccini in calo: a rischio oltre un milione di vite»

ELISABETTA GRAMOLINI

Un'iniezione di speranza per milioni di bambini. Un passo fondamentale per ricordare all'umanità le priorità nella lotta contro le malattie prevenibili. La *Global Alliance for Vaccine Immunization* (Gavi), la partnership pubblico-privata che dal 2000 lavora per permettere l'accesso all'immunizzazione nei Paesi più poveri, verrà sostenuta ancora da quasi tutti i leader mondiali. Il recente summit Gavi a Bruxelles, cui hanno partecipato 55 Stati, ha fatto registrare un impegno complessivo di 9 miliardi di dollari. L'obiettivo è ambizioso: proteggere 500 milioni di bambini, scongiurando tra gli 8 e i 9 milioni di decessi, sbloccando 100 miliardi di dollari in benefici economici per i Paesi.

Oltre alla somma raccolta, sono previsti ulteriori contributi nei prossimi mesi, per raggiungere il budget fissato a 11,9 miliardi di dollari e sostenere il piano, noto come Gavi 6.0, per il quinquennio 2026-2030. L'Unione europea farà la sua parte, mettendo sul piatto in tutto oltre 2 miliardi di euro. Anche la Fondazione Gates ha confermato il sostegno con 1,6 miliardi di dollari. «Investire nella salute significa investire nel nostro futuro comune», sottolinea Ursula von der Leyen, presidente della Commissione

europea che direttamente verserà 360 milioni di euro. L'Italia non sarà da meno, con un contributo di 250 milioni nei prossimi 5 anni grazie a fondi dei ministeri degli Esteri e dell'Economia, come ha assicurato il titolare della Farnesina Antonio Tajani. Stecca nel coro non da poco è l'annuncio - neanche

che tanto a sorpresa - della Casa Bianca di non voler più

sostenere l'Alleanza. A dirlo è stato il segretario alla Salute, Robert F. Kennedy Jr., spiegando (senza offrire prove) che Gavi ignora la sicurezza dei vaccini. Di rimando Gavi ha fornito i suoi dati secondo i quali nel 2023 i dollari investiti in prevenzione si sono trasformati in oltre un miliardo di bambini immunizzati, 19 milioni di morti evitate, 250 miliardi di dollari di vantaggi economici per i Paesi beneficiari. I tagli americani, secondo le stime fornite dalla ceo di Gavi, Sania Nishtar, potrebbero causare 1,2 milioni di morti in più nei prossimi 5 anni.

Gavi intanto si sta concentrando sul rafforzamento dei sistemi sanitari e per questo due anni fa ha istituito un Fondo acceleratore di equità, grazie al quale 32 Paesi hanno ricevuto finanziamenti per identificare e raggiungere i bambini ancora non vaccinati con la prima dose contro difterite, tetano e pertosse. Lo scorso anno, è stata lanciata l'iniziativa "African vaccine manufacturing accelerator" (Avma) che mira a cambiare il modo in cui il continente produce i propri vaccini, passando da una dipendenza quasi totale dalle importazioni a un ruolo di attore autonomo. Il programma non prevede nuove fabbriche ma offre incentivi finanziari significativi (fino a 1,2 miliardi di dollari in dieci anni) alle aziende che investono in Africa. Il sostegno dell'iniziativa è stato confermato al summit di Bruxelles dove sono stati sbloccati 4,5 miliardi di dollari per importanti partnership, fra cui l'accordo con la Banca Asiatica per gli investimenti nelle infrastrutture (Aib) e la Banca mondiale, per mobilitare almeno 2 miliardi di dollari da investire in sistemi sanitari di base. Grazie a riduzioni di prezzo e a una maggiore efficienza produttiva nei vaccini si prevedono inoltre entro il 2030 risparmi sui costi fino a 200 milioni per i programmi supportati da Gavi.

La Casa Bianca
congela il contributo
all'istituzione che
sostiene le campagne
in tutto il pianeta
L'Italia va in direzione
opposta e assicura 250
milioni nel prossimo
quinquennio



STATI UNITI

«Medicaid, la stretta farà vittime»

La Casa Bianca limita l'accesso all'assistenza per tutti: presto 12 milioni "senza rete"

ANGELA NAPOLETANO

Il presidente Donald Trump la chiama «beautiful», bellissima, ma la legge di bilancio appena approvata dal Congresso degli Stati Uniti non ammalia. Anzi. Perno della manovra è un massiccio taglio dei fondi stanziati per Medicaid, l'assistenza sanitaria per poveri e famiglie a basso reddito. Secondo una stima del Congressional Budget Office gli americani che rischiano di perdere l'accesso alle cure entro il 2034 sono quasi 12 milioni. I risparmi derivanti dalla stretta - questo è in breve il senso del provvedimento - andranno a compensare gli sgravi fiscali per l'imprenditoria e il ceto medio-alto.

Medicaid è il più grande programma di sanità pubblica degli Stati Uniti: copre 71 milioni di statunitensi a basso reddito tra veterani, anziani e disabili. Finanzia la metà di tutte le nascite e l'assistenza di sei ospiti su dieci nelle case di riposo. La ratio a monte della "sforbiciata" da mille miliardi di dollari è vincolare

l'assistenza al lavoro. L'accesso a Medicaid continuerà a essere garantito a chi dimostra di avere un impiego di almeno 30 ore alla settimana. Ammessi anche i cittadini impegnati in attività di volontariato o formazione di 80 ore al mese. Secondo gli esperti è difficile che la mossa possa incidere favorevolmente sul mercato del lavoro perché chi, oggi, ne usufruisce un impiego già ce l'ha. Esperimenti simili a livello statale - uno è stato realizzato in Georgia nel 2023 - si sono rivelati un flop: espongono l'amministrazione a lungaggini burocratiche e a costosi contenziosi tentati (e vinti) da chi è tagliato fuori. Chima Ndumele, professore alla Yale School of Public Health, avverte: «I costi nascosti di questa iniziativa sono astronomici». Dal 2027 Medicaid non coprirà più prestazioni legate all'aborto o alla transizione di genere. Meno servizi e meno personale, però, potrebbero portare alla chiusura di molte strutture sanitarie. A rischio sono, in particolare, gli ospedali e le case di cura delle aree rurali che, avendo margini di profitto limitati, sopravvivono essenzialmente grazie ai fondi federali. Uno studio del Cecil Sheps Center ha stimato che le

cliniche di campagna sul filo del fallimento, soprattutto in Kentucky, Louisiana, California e Oklahoma, sono oltre 300.

I tagli riguardano anche i fondi destinati alle cure degli immigrati, compresi richiedenti asilo, vittime di tratta e rifugiati. Gli addetti ai lavori segnalano però che la mossa non procurerà alcun vantaggio agli americani, anzi. L'esclusione dalla sanità pubblica degli immigrati prosciugherà di giovani il bacino demografico facendo schizzare verso l'alto i premi assicurativi previsti per un'America sempre più vecchia e, di conseguenza, più acciaccata. La «Big Beautiful Bill» trumpiana metterà a dura prova la riorganizzazione dei servizi domiciliari dei singoli Stati e, dettaglio non secondario, la tenuta di Medicare, il programma sanitario per gli over 65. I repubblicani hanno imposto un limite del 4% ai tagli possibili su questo fronte che Trump, in campagna elettorale, aveva promesso di non toccare. Ciò significa che i fondi per gli anziani subiranno una stretta tra 45 e 75 miliardi di dollari all'anno per un totale di 490 miliardi. La portata della contrazione ha messo in allarme diversi deputati repubblicani, come il

medico Greg Murphy, rappresentante del North Carolina, che tuttavia, alla fine, l'ha votata. La modifica in chiave restrittiva dei criteri di accesso al «salvadanaio» a cui gli anziani poveri accedono per comprare i farmaci continuativi, per finire, potrebbe mettere in difficoltà oltre 1,3 milioni di persone con conseguente aumento - questo è l'allarme delle associazioni - dei tassi di mortalità. Intervistata dal *Guardian*, Molly Zenkler, infermiera al Mission Hospital di Asheville, sintetizza: «I tagli a Medicaid uccideranno».

Il sistema sanitario solidale copre 71 milioni di cittadini a basso reddito, ai quali ora la «Big Beautiful Bill» (la prima legge di bilancio dell'Amministrazione Trump) chiede un impiego per averne ancora diritto. Via i fondi per aborti e transizioni di genere.



SANITA', LA SVOLTA NECESSARIA

Il progetto Dopo l'intervento di Harari la Lombardia proporrà a tutte le Regioni un «Patto» per una riforma seria e condivisa

di **Attilio Fontana**

C

aro direttore,

le parole di Sergio Harari, riportate nell'articolo di mercoledì scorso — «Una Costituente per la sanità» — risuonano come un richiamo lucido e coraggioso alla responsabilità istituzionale e politica. Un appello che condivido e che io stesso lancia da tempo a colleghi presidenti di altre Regioni. Perché come rappresentante di una istituzione vivo ogni giorno le sfide, le tensioni e le criticità di un sistema sanitario che, così com'è, non può più reggere.

La riflessione del dottor Harari è priva di retorica e piena di saggezza: guardare in faccia la realtà, senza infingimenti ideologici, è oggi l'unico atto di vero amore verso il nostro Paese. È finito il tempo degli slogan e delle rassicurazioni facili: oggi è il tempo del coraggio, della verità e della responsabilità.

Siamo di fronte a un bivio: o affrontiamo con onestà e visione strategica la necessità di una riforma seria, strutturata e condivisa del nostro Servizio Sanitario Nazionale, oppure continuiamo a rinviare, a fingere che il sistema sia sostenibile, finendo per decretarne il lento declino. La pandemia ci ha mostrato in modo brutale quanto la sanità pubblica sia un bene essenziale e quanto la sua tenuta sia decisiva per la stabilità sociale, economica e istituzionale dell'intero Paese. E non si tratta di una mera questione economica, perché rispetto ai 10 anni prima del Covid, in cui abbiamo assistito

a continui tagli del fondo sanitario nazionale, ora che si è tornati ad investire, la domanda di salute è cresciuta in maniera esponenziale.

La realtà è sotto gli occhi di tutti: i bisogni di salute della popolazione sono cambiati, la sostenibilità economica è sempre più fragile, e il ruolo del privato non può più essere vissuto come un antagonismo, ma come un interlocutore con cui costruire alleanze regolamentate, trasparenti ed efficaci. Fingere che tutto possa restare immutato è irresponsabile. Serve una nuova visione, che parta dai territori, che metta al centro le persone, e che coinvolga tutti gli attori — pubblici e privati — per un progetto comune.

Per questo motivo, rilancio l'invito di Harari: proporrò nei prossimi giorni ai presidenti delle Regioni italiane, indipendentemente dal loro colore politico, di costruire insieme un patto di riforma sanitaria. Un'iniziativa trasversale, fondata sulla consapevolezza che oggi le differenze ideologiche devono lasciare spazio alla cooperazione istituzionale. Le Regioni, che sono titolari di gran parte della governance sanitaria, hanno il dovere di farsi promotrici di una nuova stagione di riforme. E lo devono fare insieme.

L'obiettivo è uno solo: costruire un sistema sanitario capace di garantire equità, qualità e sostenibilità. Un sistema che riconosca la complessità delle sfide demografiche, epidemiologiche ed economiche, e che sappia adattarsi senza rinunciare ai suoi principi fondanti. Un Servizio Sanitario Nazionale che torni a essere universalistico nei fatti, e non solo nella teoria.

In questo quadro, è altrettanto essenziale superare la logica dei silos e permettere alle Regioni di utilizzare le risorse in modo flessibile, là dove realmente servono,

sulla base delle specificità dei territori. Serve una programmazione integrata, moderna e aperta all'innovazione: penso in particolare alla telemedicina, che può rappresentare una leva fondamentale per ridurre le disuguaglianze e portare le cure più vicine ai cittadini, specialmente quelli che vivono in aree interne o montane.

Dobbiamo anche smettere di considerare il personale sanitario come una voce di spesa da comprimere: va valorizzato, ascoltato, messo in condizione di operare con dignità, motivazione e competenza. Senza operatori motivati e ben formati, nessuna riforma potrà mai funzionare davvero.

Infine, dobbiamo uscire definitivamente dalla logica ospedalocentrica. La vera presa in carico della cronicità, che oggi assorbe la maggior parte delle attività di cura, deve avvenire sul territorio, nelle Case di Comunità, attraverso l'integrazione tra medici di medicina generale, specialisti, infermieri e assistenti sociali. È lì che si costruisce la prossimità, è lì che si ricostruisce il rapporto di fiducia tra cittadino e istituzioni.

Non si tratta di «privatizzare» la sanità, né di svilirne la missione pubblica. Si tratta, invece, di accettare la realtà e governarla. Di dare regole, indirizzi, strategie. Di uscire dalla logica dell'emergenza e della continua rincorsa, per entrare in una fase di progettazione lungimirante, partecipata e, soprattutto, condivisa.

* Presidente
Regione Lombardia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TELEMEDICINA, TUTTE LE SOLUZIONI IN UN CATALOGO

Un ambiente informativo per diffondere la cultura della telemedicina, un'area formativa al fine di formare una platea di utenti consapevoli e operatori sanitari preparati, un catalogo con tutte le soluzioni di telemedicina disponibili e accreditate sul territorio e uno spazio dedicato al monitoraggio dove verranno raccolti i dati sull'uso effettivo dei servizi di telemedicina. Sono questi i quattro ambienti principali del nuovo Portale Nazionale di Diffusione della Telemedicina (PN-DT) adesso consultabile all'indirizzo www.telemedicina.gov.it. Il progetto, promosso dal Ministero della Salute, ha come scopo quello di rendere la telemedicina una realtà accessibile, trasparente e di qualità su tutto il territorio nazionale. In particolare, il Portale si inserisce nel più ampio contesto della Missione 6 "Salute" del Pnrr in particolare nel sub-investimento 1.3.2.4, che punta a costruire un'infrastruttura digitale capace di mettere in contatto la domanda e l'offerta di servizi di telemedicina erogati da soggetti accreditati. Nello specifi-

co, la piattaforma offre contenuti divulgativi e istituzionali per diffondere la cultura della telemedicina e chiarire il suo valore, il funzionamento e i vantaggi per utenti e operatori del sistema sanitario; condivide materiali didattici, risorse interattive e collegamenti a iniziative formative curate da enti pubblici e privati; offrire una panoramica sull'offerta di servizi di telemedicina presenti sul territorio; raccoglie dati sull'uso effettivo dei servizi di telemedicina con analisi su scala regionale e provinciale che saranno integrati con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) una volta che sarà completata l'interoperabilità tra i due sistemi.

Pasquale Quaranta



Salute, terapia digitale nei livelli di assistenza

Una nuova definizione di terapia digitale, inserimento della stessa nei livelli essenziali di assistenza e istituzione di un comitato tecnico con compiti di valutazione e orientamento. Sono queste le caratteristiche principali del nuovo disegno di legge unificato sulle terapie digitali all'esame della Commissione Affari sociali della Camera. Il testo, frutto di un lavoro di mediazione tra tutti i provvedimenti di materia analoga presentati nei mesi scorsi, identifica come terapie digitali tutti quegli interventi terapeutici mediati da software e progettati per prevenire, gestire o trattare un disturbo medico o una malattia. Le terapie digitali, secondo il nuovo articolato, saranno costituite, da un punto di vista tecnico, da un principio attivo digitale e da eccipienti digitali. Il primo dovrà essere il principale responsabile del risultato clinico e sarà riconducibile a un algoritmo terapeutico; i secondi saranno servizi a valore aggiunto necessari per garantire la migliore esperienza del paziente e per consentire un uso a lungo termine della terapia. Poi, il provvedimento chiarisce che i dispositivi medici digitali, ai fini dell'immissione in commercio, saranno dotati di specifica marcatura CE e saranno certificati da un organismo che verrà designato dal Ministero della salute idoneo a svolgere l'attività di valutazione della conformità così come disciplinata dal regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e

del Consiglio, del 5 aprile 2017. Inoltre, entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso il Ministero della salute sarà istituito un Comitato di valutazione che avrà come compito quello di fornire indicazioni preliminari e orientative sulle terapie digitali, al fine di un loro inserimento nei livelli essenziali di assistenza (LEA). L'organismo sarà presieduto da un componente del Dipartimento della programmazione dei dispositivi medici e delle professioni sanitarie e composto da quattordici membri nominati: tre, dalla Conferenza stato regioni; due, dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali; due, dal Ministero della salute; uno, dall'Istituto superiore di sanità; uno, dall'Agenzia italiana del farmaco; uno, dal Consiglio superiore di sanità; uno, dalla Federazione nazionale dei medici; uno, dalla Federazione dei farmacisti; due, dalle associazioni di pazienti più rappresentative in ambito nazionale, competenti in materia di terapie digitali.

Pasquale Quaranta



Errori medici, sentenza nulla se la Ctu non è collegiale

Risarcimento/1

Gli effetti della violazione della norma introdotta dalla legge 24/2017

Previsto il ricorso all'accertamento tecnico prima di aprire il giudizio

**Maurizio Hazan
Giovanni Paolo Travaglini**

Nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità sanitaria, se la consulenza tecnica sulla cui base il giudice fonda la propria decisione viola il principio di collegialità disposto dall'articolo 15 della legge 24/2017, la sentenza è nulla.

Lo ha ribadito la Cassazione nella sentenza 15594 dell'11 giugno 2025, affermando che questa nullità, derivante dalla «inosservanza di norma processuale inderogabile», travolge la decisione anche nel particolare caso in cui un accertamento tecnico preventivo sia stato svolto prima dell'entrata in vigore della legge 24/2017 (quando il principio di collegialità non era ancora in vigore) e poi posto alla base di una sentenza resa all'esito di un giudizio promosso successivamente.

La legge 24/2017 ha previsto (all'articolo 8) che chi voglia agire in giudizio per chiedere il risarcimento del danno da responsabilità sanitaria deve, come condizione di procedibilità della domanda, prima proporre un ricorso per ac-

certamento tecnico preventivo (in alternativa alla domanda di mediazione), a seguito del quale il tribunale nomina un collegio peritale che esamina il caso e deposita una relazione tecnica. Quest'ultima dovrebbe anzitutto favorire la composizione bonaria della lite, in un'ottica di deflazione

ne del contenzioso.

Ma nel caso in cui non si componga la lite, la consulenza dovrebbe fungere da ausilio al giudice per decidere il successivo giudizio di merito (laddove incardinato): in concreto, la relazione medico-legale finisce molto spesso per influenzare la decisione della controversia.

Vista la centralità dell'accertamento tecnico nelle cause di responsabilità sanitaria, la legge lo disciplina in modo dettagliato.

Per un verso (con l'articolo 15), prevedendo che il giudice debba (imperativamente) nominare un collegio, composto da un medico legale e da (almeno) uno specialista di branca; per altro verso (all'articolo 8), imponendo a tutte le parti di partecipare al procedimento di consulenza tecnica preventiva e prevedendo l'obbligo per le compagnie assicurative di formulare in questa sede un'offerta di risarcimento o di comunicare i motivi per cui ritengono di non formularla.

La Cassazione, per spiegare la ratio di questa disciplina, riprende la sentenza 102 del 20 maggio 2021 della Corte costituzionale, che ha affermato che «nel settore della responsabilità medica il principio di necessaria collegialità dell'incarico peritale scaturisce da una valutazione del legislatore circa la delicatezza delle indagini e l'esigenza di perseguire una verifica dell'an e del quantum della responsabilità che sia il più possibile esaustiva e conforme alle *leges artis*».

Di qui l'esigenza di coniugare l'expertise medico-legale con la preparazione specialistica e le conoscenze pratiche di professionisti incaricati.

Per questa ragione, secondo la Cassazione, deve intendersi superato quell'«orientamento, pure assai diffuso in dottrina e presente anche nella giurisprudenza di merito», secondo il quale, anche a fronte del chiaro dettato normativo, il giudice rimarrebbe libero, nella sua piena discrezionalità valutativa, di fondare il proprio giudizio su una consulenza espletata dal solo medico legale (anche se valutata comunque sufficiente ed esaustiva): la sentenza resa sulla base di una Ctu non collegiale sarà sempre e comunque nulla.

Rimane da chiedersi se un accertamento tecnico preventivo disposto senza incaricare un collegio, possa o meno integrare ugualmente la condizione di procedibilità prevista dall'articolo 8 della legge 24/2017.

Ragioni di buon senso e sistematiche potrebbero deporre per la soluzione affermativa, non rispondendo a esigenze di giustizia far ricadere sul ricorrente le conseguenze di una mancanza giudiziale. Ma l'eventuale procedibilità della domanda di merito non sanerebbe il vizio della consulenza, che dovrebbe comunque esser rinnovata durante il giudizio nel rispetto della collegialità imposta dalla legge.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medicina, atenei in ordine sparso sulla didattica del primo semestre

La riforma. Delle oltre 40 università coinvolte la metà non ha ancora deciso come erogherà i corsi. Tra le altre dieci hanno scelto la presenza, nove le lezioni miste e tre (Padova, Bologna e Campania) l'online

Eugenio Bruno

Università in ordine sparso sull'organizzazione dei corsi per il nuovo "semestre aperto" di Medicina che debutterà il 1° settembre. Quando sono passate due settimane dall'inizio delle iscrizioni attraverso il portale University e ne mancano ancora altrettante per la loro chiusura – che è fissata per le ore 17 del 25 luglio – quasi metà dei 40 e passa atenei con un corso per aspiranti camici bianchi in lingua italiana non ha ancora deciso come insegnerà le tre materie fondamentali (Chimica e propedeutica biochimica, Biologia e Fisica) da superare negli esami scritti e in data unica (nei due appelli del 20 novembre e 10 dicembre) per poter accedere al secondo semestre. Chi non ci riuscirà potrà ripiegare su un corso "affine", al quale si è iscritto in contemporanea, mantenendo gli eventuali 18 crediti (sei per esame) ottenuti. Nel caso optasse per un'altra laurea ancora sarebbe invece il regolamento di ateneo a decidere quanti ne conserverà.

Stando a una ricognizione del Sole 24 Ore del Lunedì aggiornata al 2 luglio, un'altra ventina di università si è già espressa per la didattica in presenza, a distanza o per un mix tra le due. Come hanno fatto le nove istituzioni da cui partiamo. Con una dupli-

ce premessa: la frequenza del primo semestre è obbligatoria; tutti o quasi i rettori si riservano la possibilità di modificare o implementare le scelte sull'erogazione dei corsi una volta conosciuto il numero finale di iscritti. Una variabile non da poco se consideriamo che dalle 21 mila matricole del 2024/25 si dovrebbe passare alle 50-60 mila nel 2025/26. Più nel dettaglio, la modalità mista dovrebbe essere la regola a Firenze, a Pisa (con la possibilità di scegliere all'inizio del corso), a Ferrara (con la preferenza da esprimere all'atto dell'iscrizione), a Chieti-Pescara, a Siena, all'Insubria e all'università della Calabria. Stesso discorso a Salerno, dove si fa riferimento alla capienza delle aule e si auspica una rotazione, e a Roma Tor Vergata, dove si aggiungeranno delle esercitazioni solo online dal 27 ottobre.

A proposito di online, le lezioni interamente da remoto saranno la regola in tre atenei. Inclusi due dalle dimensioni molto rilevanti, come Padova e Bologna. Per entrambe, la scelta che dovrebbe valere anche per le sedi decentrate, pensiamo a Treviso per la prima o a Forlì per la seconda. Completa il tris l'università campana Luigi Vanvitelli sia per la facoltà di Medicina di Napoli sia per quella di Caserta.

Più numerosi, anche se con una serie di distinzioni nelle ricadute

concrete, sono infine i fautori delle lezioni prevalentemente in presenza. Prendiamo la Sapienza di Roma che ha scelto la presenza a settembre, la modalità mista da ottobre e a novembre le esercitazioni online. Oppure Verona e Brescia che hanno deciso per l'aula a settembre e i corsi blended dal mese successivo. Altre tre istituzioni anno fissato una soglia di studenti (650 a Catanzaro, 900 a Pavia e 1.000 alla Politecnica delle Marche) oltre la quale scatterà lo streaming. Completano il quadro, da un lato, due atenei (Torino e Milano Bicocca) che hanno optato per corsi in aula accompagnati dall'avverbio «prevalentemente» e, dall'altro, due (Trento e Molise) che invece l'avverbio non lo hanno usato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alla Sapienza tutti in aula a settembre, poi subentra l'alternativa da remoto come a Verona e Brescia



Domande & Risposte

1

Posso iscrivermi a un corso in Medicina e chirurgia (LM-41), Odontoiatria e protesi dentaria (LM-46) o Medicina veterinaria (LM-42) in una sede diversa da quella del corso affine che ho scelto?

Sì, è possibile scegliere, per il corso affine, una sede diversa rispetto a quella del corso in Medicina, Odontoiatria o Veterinaria.

2

Gli esami del semestre aperto saranno solo sulle tre materie fondamentali che si dovranno studiare, o anche su altro?

Il semestre aperto, ai fini della formulazione della graduatoria nazionale di merito, si compone degli insegnamenti di: a) Chimica e propedeutica biochimica; b) Fisica; c) Biologia. Su queste materie sono previsti tre esami. Lo studente deve essere promosso in tutti e tre gli esami per accedere alla graduatoria di merito ai fini dell'immatricolazione al secondo semestre. Resta fermo che le università possono prevedere attività didattiche integrative.

3

Se la somma delle risposte esatte a un esame non dà un numero intero, come verrà arrotondato il punteggio conseguito per il voto finale?

Ai fini della determinazione del voto d'esame per la carriera dello studente, i punteggi conseguiti nelle singole prove si arrotondano all'unità più prossima solo qualora lo studente abbia superato

l'esame conseguendo un punteggio uguale o superiore a diciotto su trenta (18/30). In merito al criterio utilizzato per l'arrotondamento: da +0,1 a +0,4 oltre il numero intero resta fermo il punteggio; da +0,5 oltre il numero intero invece si passa all'intero successivo.

4

Se sono già iscritto a un corso di Medicina presso una università non statale legalmente riconosciuta, posso iscrivermi anche al semestre aperto in una università statale?

Lo studente già iscritto in una università non statale alla data di pubblicazione del Dm 418/2025 (4 giugno 2025) può iscriversi al semestre aperto per proseguire gli studi in una università statale. Resta fermo che lo studente non può essere contemporaneamente iscritto a due corsi di Medicina, indipendentemente dalla natura dell'Università (articolo 1, comma 2, legge 33 del 2022).

5

Se non accedo alla graduatoria finale perché non ho superato tutti gli esami del semestre aperto ma solo uno o due dei tre previsti, i crediti formativi (Cfu) comunque ottenuti possono essere utilizzati anche per l'anno accademico successivo?

Sì. Lo studente può iscriversi al semestre aperto per un massimo di tre volte, anche in anni accademici non consecutivi, usufruendo dei crediti formativi acquisiti.

Attesi 50-60mila iscritti.

Per le domande attraverso il portale University.it c'è tempo fino alle ore 17 del 25 luglio



I POSTI IN PALIO

A margine dell'assemblea di Farindustria a Roma di giovedì scorso la ministra dell'Università, Anna Maria Bernini, ha confermato che per l'ac-

cesso al secondo semestre ci saranno in palio 4mila posti in più rispetto all'anno accademico 2024/25. Da quasi 21mila si dovrebbe passare dunque a 25mila nel 2025/26.





LE IDEE

di ROBERTO BURIONI

La riforma per i medici del futuro

È possibile imparare a sciare a Taormina? No, perché per imparare a sciare sono indispensabili le piste da sci e nella costa siciliana la neve non c'è. Come lo sci, anche la medicina si può apprendere solo attraverso la pratica che si fa nei policlinici universitari, che hanno spazi limitati.

🕒 a pagina 13

Per i medici del futuro

di ROBERTO BURIONI

E possibile imparare a sciare a Taormina? No, perché per imparare a sciare sono indispensabili le piste da sci e nella costa siciliana la neve non c'è.

Come lo sci, anche la medicina si può apprendere solo attraverso la pratica che si fa nei policlinici universitari, che hanno spazi limitati. Dunque se sessantamila aspiranti medici vogliono accedere a un sistema che è in grado di insegnare a ventimila studenti, bisogna selezionarli e sceglierli in maniera equa. Fino all'anno scorso si è utilizzato un test di selezione a scelta multipla che ha attirato molte critiche. Le più giustificate erano quelle che mettevano in evidenza come lo studente fosse lasciato solo nella preparazione, finendo spesso per affidarsi a istituti privati che, al di fuori di ogni controllo e dietro il pagamento di costose rette, lo aiutavano a studiare le materie sulle quali si svolgeva la prova.

Il pregio maggiore della riforma è avere superato questa disdicevole situazione. Gli aspiranti medici si iscriveranno a Medicina, seguiranno fino a dicembre i corsi di tre materie (fisica, chimica e biologia) e poi sosterranno tre esami. Gli studenti con i voti migliori saranno quelli che potranno proseguire nella facoltà di Medicina, gli altri dovranno iscriversi ad altre facoltà (o riprovare l'esame).

Starete pensando che poco è cambiato: in fondo il test che si faceva prima dell'iscrizione viene fatto dopo. In realtà non è così perché la formazione degli studenti per affrontare la selezione non sarà più gestita da istituti privati, ma dagli atenei. Questa è una garanzia di

serietà e di equità, che prima non c'era perché qualcuno poteva pagarsi i corsi privati, altri no. Diciamo che anche se il governo ha una identità politica diversa, questa parte della riforma è oggettivamente "di sinistra".

C'è però un aspetto preoccupante. Gli esami saranno scritti e uguali per tutti. Ma siamo certi che le condizioni nelle quali si svolgerà l'esame saranno effettivamente le stesse? Se l'università di Paperopoli sarà – diciamo così – distratta nel controllare gli studenti durante l'esame, questi prenderanno voti più alti e saranno ammessi in numero maggiore rispetto ad altre sedi. L'università di Paperopoli si potrà vantare di questo risultato, attraendo l'anno successivo più studenti e, oltre ad avere perpetrato un'ingiustizia, finirà con il trarre vantaggio da un comportamento scorretto. Non possiamo consentire che quello che accade all'esame di maturità (in alcune regioni uno studente su 20 prende la lode, in altre uno su 100) accada anche nell'ammissione alla facoltà di Medicina. Il Ministero dovrà vigilare molto attentamente.

In ogni caso, è bene ricordare che in Italia il problema non è la mancanza di medici, perché il loro numero per abitanti è in linea con gli altri grandi Paesi europei e



non c'è pressante esigenza di averne di più. Il problema gravissimo e completamente ignorato dal governo, che mette in pericolo la tenuta del nostro Servizio sanitario nazionale, è la mancanza di medici disposti a specializzarsi in alcune discipline poco attrattive.

Mentre i posti disponibili in specialità che consentono una fiorente attività privata (come dermatologia, oculistica, chirurgia plastica, pediatria, cardiologia e via dicendo) sono coperti al 100%, per altre discipline la situazione è drammatica. I posti disponibili per medicina d'urgenza rimangono scoperti al 70%, quelli per radioterapia addirittura all'80%. Questo significa che quando radioterapisti e medici del pronto soccorso andranno in pensione non saremo in grado di rimpiazzarli. È un problema che possiamo prevedere con certezza e che bisogna affrontare in anticipo perché, quando si presenterà, non potrà essere risolto rapidamente. Però in questo caso non bastano le

parole, perché per rendere più attrattive queste discipline con stipendi più alti e migliori condizioni di lavoro ci vogliono delle risorse. Vediamo se l'esecutivo deciderà di destinarne a questa importantissima priorità.

Se questo non venisse fatto, come dice Bruto nel *Giulio Cesare* di Shakespeare, "la fine è nota": tra qualche anno andremo al pronto soccorso e lo troveremo senza medici, e non potremo creare dal nulla degli specialisti perché per formarli ci vogliono cinque anni. E in quei cinque anni come faremo?



Troppi maltrattamenti in Rsa: «Serve la videosorveglianza»

L'ultimo caso è emerso pochi giorni fa quando tre addetti di una casa di riposo a San Cataldo, in provincia di Caltanissetta, sono stati arrestati con l'accusa di sequestro di persona e maltrattamenti nei confronti di anziani. La settimana prima, era capitato nella comunità Mauriziana di Luserna San Giovanni, dove sette operatori sociosanitari e uno psicoterapeuta sono finiti in custodia cautelare per abusi su persone con gravi disabilità cognitive: stratonni, insulti, percosse. Un elenco lungo, di cui non si conosce l'estensione reale. In Italia, infatti, non esiste un registro pubblico dei maltrattamenti nelle strutture residenziali per anziani e disabili. Proprio la creazione di un Osservatorio nazionale è una delle richieste avanzate da Morena Manfreda, giurista e presidente dell'associazione Abilità Diverse Aps, promotrice di una petizione per l'obbligo di videocamere nelle strutture socio-sanitarie: «Sono situazioni sempre più frequenti. Chiediamo che venga fatta una legge che imponga l'installazione obbligatoria di sistemi di videosorveglianza, accanto alla creazione di un organismo di monitoraggio nazionale». Il tema non è nuovo: torna ciclicamente nel dibattito politico e nelle richieste delle famiglie che vogliono più tutele per i loro cari. «Mio figlio è autistico e al momento non frequenta un centro residenziale, ma so bene quanto sia necessaria una protezione a 360 gradi per chi non può difendersi o raccontare ciò che

subisce», aggiunge Manfreda. A livello nazionale non esiste ancora una legge organica che imponga in modo generalizzato le telecamere nelle strutture. Nel 2019 era stato istituito un fondo dal decreto "Sblocca Cantieri", con risorse stanziare per l'installazione di sistemi di videosorveglianza nelle Rsa e nei centri per persone con disabilità: 5 milioni di euro per il 2019 e 15 milioni per ciascun anno dal 2020 al 2024. L'obiettivo dichiarato era «assicurare la più ampia tutela» degli ospiti, finanziando videocamere a circuito chiuso e adeguati sistemi di archiviazione delle immagini.

Un altro tassello normativo è rappresentato dal decreto legislativo 29/2024: il testo prevedeva che entro 120 giorni il Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, definisse i criteri nazionali omogenei per la sicurezza e la qualità delle strutture residenziali e semiresidenziali, valorizzando la videosorveglianza, nel rispetto delle normative su privacy e tutela dei lavoratori. Non essendo disponibile un monitoraggio della diffusione di questi strumenti a livello nazionale, lo abbiamo chiesto direttamente alle Regioni: tra quelle che hanno risposto, nessuna ha dichiarato di disporre di un registro delle strutture dotate di videocamere, né di aver formalmente adottato questo criterio ai fini dell'accreditamento. Un caso d'eccezione è quello della Regione Puglia, che ha imposto l'obbligo di videocamere nelle strutture socio-sa-

nitare e socio-assistenziali a carattere residenziale, semi-residenziale o diurno. Tuttavia, la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 3 della norma regionale che «regolava l'installazione dei sistemi di videosorveglianza e la tutela della privacy, operando però un richiamo generico al Regolamento europeo per la protezione dei dati personali e alla normativa italiana e limitandosi, peraltro, alla sola fase dell'installazione», spiega l'avvocato Giuseppe De Marco, esperto di diritto sanitario. «La legge, ha chiaramente sottolineato la Corte, avrebbe dovuto considerare il complesso corpo normativo che regola il trattamento dei dati personali, come le modalità di raccolta del consenso, la durata della conservazione, l'accesso ai dati e la possibilità di opporsi alla loro diffusione». Le Regioni, quindi, possono prevedere l'obbligo di implementazione dei sistemi di videosorveglianza, ma non possono direttamente disciplinare sul trattamento dei dati. «È invece pienamente legittimo l'articolo 4 della legge pugliese, in base al quale l'installazione degli impianti di videosorveglianza entra a far parte dei requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale con il Servizio sanitario regionale ed è requisito indispensabile per ottenere o mantenere l'autoriz-



zazione all'esercizio».

La videosorveglianza nelle strutture sociosanitarie coinvolge la riservatezza e la dignità delle persone fragili da un lato, e la libertà e i diritti dei lavoratori dall'altro. Le telecamere non possono essere l'unica risposta agli abusi, ma resta il fatto che, se adottate con le necessarie cautele, possono rappresentare uno strumento utile di prevenzione, come riconosciuto, pur con le dovute precauzioni, anche dal sindacato Ugl Salute: «L'utilizzo degli strumenti di videosorveglianza è assolutamente da condividere

come misura preventiva», conferma il segretario nazionale Gianluca Giuliani. «Ma è fondamentale che non diventi uno strumento di controllo dei lavoratori, come evidenziato dall'articolo 4 dello Statuto dei lavoratori. In genere si procede solo previo accordo sindacale o con autorizzazione dell'Ispettorato». Al momento, però, non si registrano casi di questo tipo. «A livello nazionale non abbiamo rilevato contestazioni disciplinari:

quindi, dove presenti, vengono usate correttamente per prevenire abusi, senza strumentalizzazioni».

COSTANZA OLIVA

L'APPELLO

L'associazione Abilità Diverse Aps promuove una petizione per l'obbligo di videocamere nelle strutture e chiede di creare un Osservatorio sul fenomeno: l'ostacolo dei limiti sulla privacy



L'ASSOCIAZIONE COSCIONI

“Fine vita, superate 50 mila firme per una nuova legge”

Una proposta di legge sul fine vita di iniziativa popolare è in dirittura d'arrivo per affiancarsi al testo base definito dal centrodestra al Senato. L'annuncio viene dall'associazione Coscioni: si tratta di un'iniziativa per legalizzare tutte le forme di fine vita, inclusa l'eutanasia, che in pochi giorni ha superato le 50.000 firme necessarie per il deposito in Parlamento. L'obiettivo dei proponenti è di superare la soglia di sicurezza di 70.000 firme per poter depositare il testo entro il 15 luglio, in vista della discussione sul testo base che riprenderà in Senato il 17 luglio.



IL DIBATTITO E LA NORMA IN DISCUSSIONE IN PARLAMENTO SU CURE E FINE VITA

LA LEGGE E IL DIRITTO ALLA COMPASSIONE

di **Niccolò Nisivoccia**

Sarebbe bello che, nel dibattito che accompagnerà l'esame parlamentare del testo sul «fine vita», presentato in questi giorni, venisse fatta pulizia di questa finta contrapposizione, strumentalmente agitata, fra diritto alla vita da una parte e diritto alla morte dall'altra. Come se il punto fosse questo: stabilire se a dover prevalere sia, in assoluto, l'uno o l'altro di tali diritti. Come se fossero queste, semplicemente, le domande da rivolgere alla legge, da una parte o dall'altra: esiste, e va tutelato, un diritto a morire? Oppure: esiste, e va tutelato, un diritto alla vita? E come se, infine, fossero semplicemente queste le domande alle quali ha risposto la Corte costituzionale nelle due sentenze del 2019 e del 2024, cui ora la legge dovrebbe dare seguito.

In realtà nessuno, neppure fra coloro che ritengono doveroso il riconoscimento di un «diritto di morire», si è mai comunque sognato di mettere in discussione il «diritto alle cure». E quindi il punto è: fino a dove devono spingersi, le cure? Come deve porsi la legge davanti a qualunque genere di dolore, fisico o mentale, che sia reputato insopportabile, o non più sopportabile, da chi ne soffre? Prima ancora: a chi appartiene la nostra vita? A chi spetta di decidere non solo come viverla, ma anche se viverla o non viverla?

Una legge che almeno in qualche misura fornisca risposte a queste domande esiste già, in Italia: ed è la legge n. 219 del 2017 sulle «Disposizioni anticipate di trattamento», la quale «tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sani-

tario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge». Cosa dice, in particolare, questa legge? Dice, da un lato, che ogni persona capace di intendere e di volere deve vedersi garantito sia «il diritto di rifiutare» qualunque «accertamento diagnostico» e qualunque «trattamento sanitario» che non desidera ricevere, sia «il diritto di revocare in qualsiasi momento» l'eventuale consenso già prestato, «anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento»; e da un altro lato che il medico, a sua volta, «avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico» stesso, anche attraverso «un'adeguata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative» a loro volta previste da una legge del 2010. E non solo: la legge

del 2017 dice anche che, «Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati», e che, «In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente».

Certo, tutto questo è altro sia rispetto al suicidio assistito, sia rispetto all'eutanasia. Non è quindi di eutanasia e di suicidio assistito che si occupa, tecnicamente, la legge n. 219 del 2017, perché la morte derivante dal rifiuto o dall'interruzione delle cure non presuppone un intervento attivo da parte di terzi, com'è invece richiesto secondo le definizioni del

suicidio assistito e dell'eutanasia offerte dal Comitato Nazionale per la Bioetica italiano: somministrando un farmaco, nel caso dell'eutanasia, o anche solo porgendolo nel caso del suicidio assistito. E tuttavia la legge del 2017 induce a chiedersi: perché riconoscere il diritto al rifiuto o all'interruzione delle cure e non anche quello all'eutanasia o al suicidio assistito? Perché ammettere il diritto alla disconnessione di una macchina, a certe condizioni, e non anche quello a ricevere un farmaco? Cosa distingue le due ipotesi sotto il profilo ontologico ed etico?

Insomma: fermo il dovere di prendersi cura della paura e del dolore di chi vede la morte avvicinarsi, andrebbe condiviso il fatto che il bene in gioco è pur sempre lo stesso, e cioè la vita. E sarebbe bello che la legge, da parte sua, si dimostrasse capace di riconoscere la dignità d'essere anche nel momento più estremo, accogliendone appunto anche il dolore, facendolo proprio. Ecco, questo dovrebbe fare la legge, ora come sempre: essere capace, umanamente, di compassione. Saper includere il limite, e saper dichiarare, di là da quel limite, anche una resa. «C'è un limite a quello che ciascuno di noi considera sopportabile e c'è una capacità di adattamento che consente talvolta di spostarlo oltre», ha osservato Giada Lonati, medico palliativista, in un libro pieno di sensibilità e delicatezza dedicato alle storie di alcune delle persone che la stessa Lonati ha accompagnato nei tratti finali delle loro vite («L'ultima cosa bella»): «Poi per qualcuno di noi c'è una soglia superata la quale non ha più senso tollerare alcuna sofferenza. E come se il peso sulla bilancia si spostasse: fin qui era ancora accettabile, da qui in avanti non lo è più. E il confine lo stabilisce ogni essere umano per sé».



Testo emendabile, si riduce la platea dei beneficiari. Gli avvocati: tutelare libertà e dignità

Fine vita, il ddl sbarca al Senato

Non è reato l'aiuto al suicidio per malati terminali coscienti

DI DARIO FERRARA

Non è reato l'aiuto al suicidio per malati terminali coscienti, con sofferenze intollerabili, ma anche inseriti in percorsi di cure palliative e beneficiari di trattamenti sostitutivi di funzioni vitali.

Sbarcherà in aula al Senato giovedì 17 luglio, salvo ingorghi per decreti da convertire, il ddl sul fine vita che punta ad attuare dopo anni la sentenza costituzionale 242/19: un testo «emendabile» (proposte entro martedì 8 alle 11) su cui è iniziata la discussione generale in commissione Giustizia e Sanità. Si restringe la portata della pronuncia della Consulta: i requisiti aggiuntivi riducono la platea dei potenziali beneficiari.

Soprattutto è escluso dalla procedura il servizio sanitario nazionale, mentre il comitato nazionale di valutazione che rilascia il parere obbligatorio è nominato con decreto del presidente del Consiglio (che indica presidente, vice e segretario).

Intanto otto avvocati su dieci chiedono «una legge chiara» sul fine vita e si dichiarano favorevoli «ad ampliare l'attuale platea» di beneficiari «secondo i requisiti stabiliti dalla Corte costituzionale e a sem-

plificare le procedure previste»: è quanto emerge un'indagine Ipsos, commissionata a marzo dal Consiglio nazionale forense, che ha coinvolto un campione di 5.500 avvocati.

Area ridotta. Nel ddl all'esame di Palazzo Madama è anzitutto riaffermato come fondamentale il diritto alla vita senza distinzioni, per stoppare la nascita di «cliniche della morte», mentre scompare il riferimento alla tutela «dal concepimento alla morte», per evitare interpretazioni antiabortiste. A restringere la platea dei beneficiari è la previsione che la persona da assistere, oltre che inserita in un percorso di cure palliative, sia tenuta in vita da «trattamenti sostitutivi di funzioni vitali», invece che «di sostegno vitale», come indicato dalla Consulta.

Parere definitivo. È escluso per il suicidio assistito l'utilizzo di personale, farmaci o strumenti del Ssn: agevolazione a titolo personale da parte di medici, ma non è specificato il luogo. Il comitato nazionale valuta le richieste di fine vita entro 60 giorni, prorogabili di 30; in caso di diniego, il paziente può ripresentare l'istanza dopo sei mesi. Nel comitato siedono 7 tra giuristi e sanitari: incarichi gratuiti e di cinque anni, rinnovabili

due volte.

Equità di accesso. Nelle cure palliative l'obiettivo per le Regioni è raggiungere il 90 per cento della popolazione interessata entro il 2028. Il Governo punta chiudere l'esame del ddl entro fine 2025, quando arriverà la sentenza costituzionale sulla legge toscana sul fine vita, meno restrittiva. In aula si può chiedere il voto segreto. Opposizioni e medici contro l'esclusione del Ssn: va garantita l'«equità di accesso».

«Serve una legge sul fine vita che tuteli la libertà e la dignità della persona, senza ambiguità né zone grigie», afferma il presidente del Cnf, Francesco Greco. «Ora che il Parlamento sta discutendo il testo - conclude - è il momento di decidere con coraggio e responsabilità».



Pegoraro “Sul fine vita Chiesa pronta al dialogo Dubbi sul comitato etico”

Il presidente della Pontificia Accademia per la vita: “No al suicidio assistito ma il cuore dell'uomo è spesso impenetrabile”

di **IACOPO SCARAMUZZI**
CITTÀ DEL VATICANO

Sul fine vita serve un confronto «meno ideologizzato e più attento ai reali vissuti delle persone». Monsignor Renzo Pegoraro, medico e sacerdote, è il nuovo presidente della Pontificia Accademia per la Vita, nominato da papa Leone XIV a maggio. Mentre la politica italiana si appresta a discutere di una legge, Pegoraro valuta l'ipotesi di un comitato etico nazionale «un po' astratto e lontano dalle singole persone».

È noto il no della Chiesa all'eutanasia e all'accanimento terapeutico. E il suicidio assistito?
«Rimane sempre anche il no al suicidio assistito, che va comunque distinto dall'eutanasia, e che rappresenta in sé sempre una sconfitta per il malato, per la famiglia, per la medicina stessa, e per la società. È anche vero che in certe situazioni rimane il mistero della mente e del cuore della persona, talvolta impenetrabili e indecifrabili. Ma che l'unica soluzione intravista sia suicidarsi e chiedere aiuto per commettere il suicidio, risulta comunque una sconfitta di tutti».

Dopo che la Consulta ha aperto alla depenalizzazione condizionata, la Pontificia accademia per la vita l'anno scorso invitava i credenti a «contribuire a individuare un punto di mediazione». Una legge è opportuna?

«In una società pluralista e in parte secolarizzata occorrerà promuovere un dialogo, trovare delle mediazioni, per tutelare le persone malate, in particolare quelle più fragili fisicamente e psicologicamente più vulnerabili, e offrire quelle buone cure palliative che consentono l'accompagnamento nella fase conclusiva della vita. Teniamo presente che in Italia ci sono già due buone leggi, la 38 del 2010 sul trattamento del dolore e le cure palliative e la 219 del 2017 sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento che, se applicate bene, forse riuscirebbero a risolvere tutte le situazioni più complesse. Se venissero attuate in modo più capillare e preciso potrebbe succedere che si arriva a una legge sul suicidio medicalmente assistito e nessuno poi vi ricorre».

Che metodo andrebbe adottato?
«Insisto sull'impegno di un dialogo che coinvolga anzitutto i medici che hanno maggiore esperienza di cura e accompagnamento nella fase terminale della vita. Poi è opportuno il dialogo con le associazioni, il volontariato e tutti coloro che esprimono una presenza della società civile in queste fasi. La Chiesa si impegna a promuovere questo dialogo e questo confronto, meno ideologizzato e più attento ai reali vissuti delle persone, che nella stragrande maggioranza cercano sempre di essere curate, anche quando la malattia evolve in modo

negativo, ma non vogliono essere abbandonate né vogliono l'accanimento terapeutico».

Cosa direbbe a quegli anche pochissimi che, pur con le cure palliative, dicono: la vita per me è insopportabile?

«È importante che il sistema sanitario dia il messaggio che sempre si prenderà cura e offrirà assistenza ai bisogni della persona, e anche che stabilisca dei limiti su fin dove arrivare, fin dove spingersi, perché c'è anche il mistero del cuore dell'uomo, di come, quando malato, affronta certe situazioni: la legge del 2017 permette anche di sospendere tutti i trattamenti se il paziente lo chiede, di continuare ad assisterlo anche eventualmente con la sedazione palliativa profonda, che può essere accettata dalla Chiesa e regolamentata dalla legge, ed è competenza dei medici gestirla in maniera personalizzata. Significa accettare la morte quasi che un malato possa dire, in certi casi, “lasciatemi andare”, come disse anche san Giovanni Paolo II, e allora viene assistito ed



eventualmente aiutato affinché non abbia sofferenza».

Cosa pensa dell'ipotesi, contenuta nella bozza di legge, che a decidere sui singoli casi sia non il servizio sanitario nazionale ma un comitato etico nazionale?

«Nella mia esperienza, verifico che è sempre importante incontrare il malato, avere un dialogo reale, avere una visione concreta della sua situazione molto personale: un

unico comitato nazionale credo che faccia fatica ad andare in casa del malato per capire il suo vissuto e vedere quali sono i suoi bisogni e quali le risposte concrete alla sua situazione. Rischia di essere qualcosa di un po' astratto e lontano dalle singole persone e dai loro vissuti».

IL SACERDOTE



Un organismo unico nazionale per giudicare sui casi sarebbe astratto e lontano dalle persone



Una raccolta firme per il fine vita organizzata dall'associazione Luca Coscioni



Vaccini

• • • •

56,6 per cento

Gli italiani che dichiarano di voler continuare a vaccinarsi contro l'influenza in futuro. Durante l'emergenza sanitaria, il 74 per cento degli italiani ha seguito il calendario vaccinale raccomandato, ma una volta superata la fase più acuta, la disponibilità a ricevere ulteriori dosi di vaccino anti Covid è crollata.

63 per cento

La percentuale degli italiani che utilizzano internet per questioni legate alla salute. Questo aumento dimostra come il web sia diventato un canale fondamentale per la ricerca di informazioni sanitarie, comprese quelle sulle vaccinazioni. Tuttavia, l'aumento dell'accesso non si è tradotto automaticamente in un miglioramento della chiarezza delle informazioni.

97 per cento

La stragrande maggioranza

dei genitori (il 97 per cento) ha sottoposto a vaccinazione i propri figli. I genitori che dichiarano di fidarsi delle vaccinazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale sono peraltro aumentati in dieci anni, dal 30,7 al 50,6 per cento.

4 su 10

Le donne in gravidanza che si sottoporrebbero a vaccinazioni. Il 17 per cento delle donne con figli intervistate hanno effettuato il vaccino antinfluenzale durante il periodo di gravidanza. La maggioranza riferisce che nessuno ha consigliato loro di vaccinarsi in quel periodo e il 10 per cento dice che non ha ritenuto di doverlo fare per paura delle conseguenze sul feto.

L'atteggiamento degli italiani nei confronti dei vaccini è cambiato. Uno studio del Censis offre una fotografia approfondita di questo mutamento, partendo dal confronto con la precedente indagine del 2014. Il rapporto si basa su un campione di 1.462 italiani adulti, e rileva soprattutto il ruolo cruciale assunto dalla pandemia di Covid-19. Emergono, da un lato, segnali di fiducia rafforzata, dall'altro elementi di stanchezza e incertezza. **Pillole di Ilaria Coppola.**

36,9 per cento

Gli italiani che affermano di ricorrere al vaccino come forma di prevenzione, più del doppio rispetto al 16,9 per cento rilevato nel 2014. L'incremento è stato influenzato dall'esperienza collettiva della pandemia da Covid-19, che ha reso evidente l'efficacia delle campagne vaccinali di massa.



Inquinamento, ecco come influisce sul cervello

Scienza. Diversi studi mostrano possibili effetti per l'esposizione agli inquinanti atmosferici
E in futuro potrebbero esserci risvolti legali

Gianluca Dotti

Per lungo tempo si è ritenuto che l'inquinamento atmosferico colpisse principalmente i polmoni e il sistema cardiovascolare. Solo negli ultimi anni la comunità scientifica ha iniziato a dedicare attenzione agli effetti a livello neurologico e cerebrale, aprendo un fronte ancora in parte inesplorato in termini di salute pubblica. Le conferme iniziano a essere molte: studi epidemiologici e sperimentali indicano che l'esposizione agli inquinanti, anche a livelli moderati, può determinare serie conseguenze sul sistema nervoso centrale. Negli animali si osservano alterazioni strutturali e comportamentali: neuroinfiammazione, perdita di materia bianca, modifiche nei neurotrasmettitori, accumuli anomali di proteine e vari altri disturbi. «Abbiamo visto cambiamenti nei tessuti cerebrali dei topi esposti all'aria inquinata, tra cui alterazioni neurochimiche e segni precoci di patologie come l'Alzheimer», spiega Deborah Cory-Slechta,

tossicologa all'università di Rochester, New York. Una pubblicazione su *Nature* a gennaio di quest'anno ha raccolto una lunga serie di evidenze, segnalando correlazioni tra inquinamento atmosferico e un aumento del rischio di demenza, ansia, depressione, psicosi, persino di condizioni dello spettro autistico.

I dati provengono da studi condotti in Europa, Asia e America, compresi quelli su grandi coorti come la Biobank del Regno Unito. Dove la qualità dell'aria è migliorata, invece, c'è un rallentamento del declino cognitivo. Alcune ricerche hanno

documentato cambiamenti misurabili nella struttura del cervello, come la riduzione del volume dell'ippocampo e una minore connettività tra regioni corticali. A supporto di queste osservazioni, una revisione della letteratura scientifica pubblicata su *Neuroscience* lo scorso novembre ha analizzato 12 studi sul legame tra inquinanti atmosferici e spessore corticale del cervello. Quest'ultimo è considerato un indicatore precoce di rischio cognitivo, poiché associato al funzionamento esecutivo e alla memoria. I risultati mostrano un assottigliamento significativo nelle aree prefrontali e temporali in chi è esposto a polveri sottili (PM2.5) e ossidi di azoto, tanto nei bambini quanto negli adulti e anziani.

La possibilità che queste modifi-

che strutturali costituiscano una fase iniziale di patologie neurodegenerative rende urgente approfondire. Servono studi più ampi e trasversali, misurazioni più accurate dell'esposizione e strumenti per distinguere gli effetti dell'inquinamento da quelli legati al contesto sociale e alle condi-



zioni di vita.

Le particelle ultrafini, più piccole di 100 nanometri, sono tra i principali sospettati per via della loro capacità di superare le barriere protettive dell'organismo e raggiungere direttamente il cervello, per esempio attraverso il nervo olfattivo. «Le normative si concentrano su PM10 e PM2.5, ma le particelle più piccole sono le più reattive e penetranti», chiarisce Cory-Slechta. «Non abbiamo ancora strumenti adeguati per monitorarle, né limiti stabiliti per la loro presenza nell'aria: è un vuoto normativo enorme che dobbiamo colmare al più presto». Il problema riguarda anche livelli di inquinamento considerati accettabili. «Le esposizioni a bassi livelli, che si ritengono sicure per la salute pubblica, stanno in realtà generando effetti a livello cerebrale», sottolinea Megan Herting, neuroscienziata dell'università della California del Sud.

Questi risultati non pongono solo interrogativi scientifici, ma aprono scenari di rilevanza politica e legale. Se il legame tra inquinamento e danni neurologici verrà confermato in modo definitivo, le conseguenze potranno

estendersi oltre il piano sanitario. Del resto, i fattori ambientali che possono interferire con la salute cerebrale non si limitano all'aria: metalli pesanti, pesticidi e solventi industriali sono già stati associati a effetti neurotossici, in particolare durante le fasi critiche dello sviluppo. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, oltre il 90% della popolazione globale respira aria più inquinata rispetto ai limiti raccomandati. Se le evidenze scientifiche continueranno ad accumularsi e si arriverà a dimostrare un nesso causale robusto tra l'esposizione a inquinanti e i danni cerebrali, le implicazioni saranno inevitabilmente giuridiche, inclusa la prospettiva di *class action*.

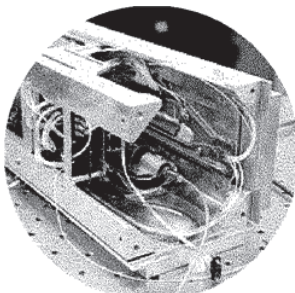
Inoltre, i problemi legati all'inquinamento non riguardano soltanto l'aria che respiriamo. Le microplastiche, oggi onnipresenti negli ecosistemi e nei nostri corpi, pongono un rischio crescente per la salute del cervello. Studi recenti condotti su animali hanno dimostrato che microscopiche particelle plastiche possono superare la barriera ematoencefalica ed entrare nel cervello, provocando neuroinfiammazione, stress

ossidativo e alterazioni del comportamento. Le nanoplastiche, ancora più piccole, sembrano essere le più pericolose: possono viaggiare nel flusso sanguigno o risalire direttamente lungo il nervo olfattivo, eludendo tutti i nostri sistemi di difesa. Alcune evidenze suggeriscono già che queste particelle siano presenti persino nel liquido cerebrospinale umano, arrivando a interferire con le funzioni del cervello.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La tossicologa
Cory-Slechta:
«Alterazioni
neurochimiche e segni
di precoci di Alzheimer»**

**Secondo l'Oms il 90%
della popolazione
respira aria più
inquinata rispetto
ai limiti raccomandati**



IN ORBITA CHIP QUANTISTICI

Sono in orbita i primi due chip fotonici quantistici, sviluppati dal Cnr, con partner europei. I ricercatori esploreranno le potenzialità della computazione

quantistica nello spazio e studieranno i principi fondamentali della meccanica quantistica in condizioni di microgravità per investigare il collegamento tra queste due teorie fisiche.



BEFFATO ANCORA IL CNR MENTRE STA PER SCOPPIARE LA BOLLA DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Bernini: più fondi agli enti di ricerca. Ma gli aumenti non coprono l'inflazione

■ Un taglio di risorse mascherato da aumento che non risolve l'emergenza dei precari della ricerca. È così che vanno letti i numeri presentati ieri dalla ministra dell'Università Anna Maria Bernini dopo aver firmato la ripartizione annuale del Fondo ordinario agli enti pubblici di ricerca (Foe) per il 2025, pari a circa un miliardo e mezzo. Sono i finanziamenti più importanti, quelli con cui si pagano soprattutto stipendi, bollette e spese di manutenzione nei centri di ricerca pubblici vigilati dal Mur. I tre enti principali - Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr), Istituto nazionale di fisica nucleare (Infn) e Istituto nazionale di astrofisica (Inaf) - incassano oltre l'80% del fondo totale. Il Cnr, in cui lavorano circa 12mila persone, vale da solo circa la metà della torta.

Rispetto al 2024, il fondo prevede un incremento di 10 milioni che la ministra sbandiera con un certo orgoglio: «Anche quest'anno abbiamo aumentato le risorse non solo per il loro funzionamento ordinario, possono incrementare le iniziative progettuali straordinarie

che sono la leva dell'innovazione». Se ci si limitasse ai numeri assoluti, la ministra avrebbe anche ragione. Ma in termini percentuali quei 10 milioni di incremento equivalgono a un più 0,6%, cioè un terzo dell'inflazione. In termini reali, dunque, si tratta di un calo: gli aumenti dei costi di energia e servizi si mangeranno tutti i fondi in più e per la ricerca rimarranno, come sempre, le briciole. I presidenti degli enti, tuttavia, ringraziano la ministra per il «chiaro riconoscimento politico e culturale», come dice il presidente Infn Antonio Zoccoli. Dimenticano che l'aumento del fondo in realtà era stato deciso dal governo Draghi nella legge di bilancio del 2022, che adesso sembra essere stata scritta in un'altra era geologica: l'invasione dell'Ucraina non era ancora iniziata e all'inflazione in doppia cifra come negli anni Settanta non pensava nessuno. Da allora, il finanziamento per gli enti è cresciuto a un ritmo dimezzato rispetto al carovita. Nella tabella della ripartizione ministeriale colpisce che sia proprio il Cnr, l'ente più grande, a non ricevere alcun aumento. I fondi a di-

sposizione del principale ente di ricerca italiano rimangono fermi ai valori del 2024, circa 735 milioni. È colpa di un'altra decisione presa nella stessa legge di bilancio 2022, che destinava un aumento di 100 milioni l'anno a regime per gli altri enti e ne stanziava 80 al Cnr - 20 in meno, nonostante rappresenti la metà del sistema ricerca - per il suo «piano di rilancio». Oggi il Cnr è penalizzato di nuovo perché quelle risorse sono appena state decurtate. Pochi giorni fa la ministra ha annunciato un finanziamento per gli enti di ricerca di 160 milioni in tre anni, in realtà una redistribuzione di fondi già appostati per il settore. Ma per coprire quei 160 milioni Bernini ne ha sottratti 30 proprio dai fondi destinati al Cnr dalla finanziaria del 2022. Dunque da un lato il Cnr non partecipa all'aumento del Foe, dall'altro perde una quota del finanziamento che ne giustificava l'esclusione.

Il Cnr è anche l'ente più in emergenza. Da quasi due mesi è senza presidente. In più, essendo l'ente che partecipa maggiormente ai progetti legati al Pnrr, alla conclusione ormai vi-

cina del piano europeo dovrà mettere alla porta 4mila ricercatori e tecnici assunti a termine per realizzare le «infrastrutture di ricerca», in mancanza di fondi strutturali.

Di fronte all'allarme per la bolla che sta per scoppiare e alle mobilitazioni dei precari, la ministra ha parlato di nuovi investimenti nel settore. Ma quasi sempre si è trattato di risorse spostate da un capitolo di spesa all'altro oppure decise dai governi precedenti. I soli denari destinati alle stabilizzazioni sono arrivate dalle opposizioni, che hanno devoluto così la piccola posta a loro disposizione nell'ultima legge di bilancio per circa 10 milioni l'anno. La partita più importante si giocherà nella prossima finanziaria, quando il governo dovrà anche rispettare l'impegno al riarmo assunto dalla premier e regalare qualche manetta alla defiscalizzazione chiesta dalla Lega. Bernini, e con lei tutta la ricerca pubblica, potrebbe fare di nuovo la fine del vaso di coccio. **an. cap.**

**A rischio 4mila
ricercatori
e tecnici senza
finanziamenti
strutturali**



Le infermiere che salvano l'India

Alle cinque del mattino, nel villaggio di Paswara, distretto di Mahoba, "Asha Shukla" è già in movimento. Non è una semplice infermiera: è la presidente distrettuale delle operatrici Asha (Accredited Social Health Activist) di Mahoba e lavora nella sanità pubblica da oltre un decennio. La sua giornata inizia con una lista di donne incinte da visitare e termina ben oltre il tramonto: «Quando chiediamo diritti o riconoscimenti, ci rispondono che siamo solo volontarie». In India, e in tutto l'Uttar Pradesh, le operatrici socio-assistenziali Asha rappresentano la base della sanità. Ma le loro paghe sono magre, e non hanno nessuna protezione.

Reportage di Khabar Lahariya a pagina 7

REPORTAGE

Il racconto di cinque operatrici di villaggio, base del welfare rurale



La cura di villaggio in villaggio In India le infermiere fantasma

Cinque operatrici socio-sanitarie raccontano la fatica del lavoro nelle comunità rurali e l'incuranza del governo che nega loro tutele e diritti. Le paghe sono magre, tardive e irregolari. Eppure, rappresentano la colonna portante della sanità

REPORT DI Khabar Lahariya
Distretto di Mahoba, Uttar Pradesh

Alle cinque del mattino, nel villaggio di Paswara, distretto di Mahoba, "Asha Shukla" è già in

movimento. Non è una semplice operatrice socio-sanitaria: è la presidente distrettuale delle operatrici Asha di Mahoba e lavora nella sanità pubblica da oltre un decennio. La sua giornata inizia con una lista di donne incinte da visitare e termina ben oltre il tramonto, dopo aver accompagnato pazienti, monitorato neonati e risolto controversie tra abitanti del villaggio e cliniche. «Siamo sempre le prime ad arrivare e le ultime ad andare via - dice -. Ma quando chiediamo diritti o riconoscimenti, ci rispondono che siamo solo volontarie». In India, e in tutto l'Uttar Pradesh, donne "Asha Shukla" rappresentano la base della sanità rurale, prive di supporto o finanzia-

menti ma dotate di pura resistenza. Sono infermiere, educatrici, procacciatrici di ambulanze, raccogliatrici di dati sanitari e soccorritrici d'emergenza: tutto in una sola persona. Il sistema sanitario rurale indiano si basa su



RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

oltre un milione di operatrici Asha e coprono circa il 75% della popolazione rurale del Paese. Nonostante il loro fondamentale contributo, sono costantemente sottovalutate: mal pagate e private di sicurezza lavorativa, reddito fisso o protezione di base. Questa inchiesta racconta le vite di cinque operatrici Asha provenienti da diverse zone dell'Uttar Pradesh. Insieme, testimoniano una verità condivisa: i risultati sanitari dell'India poggiano sul lavoro invisibile, non valorizzato e sfruttato delle donne.

Chi sono le operatrici socio-sanitarie Asha

Le Asha, ovvero operatrici socio-sanitarie accreditate, sono state introdotte nel 2005 nell'ambito della Missione nazionale per la salute rurale (oggi parte della Missione nazionale per la salute, Nhm). L'idea era che fossero donne della comunità incaricate di collegare le famiglie rurali ai servizi sanitari governativi. Ogni operatrice è responsabile di un bacino demografico compreso tra 1.000 e 2.500 persone, a seconda della regione. Il loro compito è promuovere la salute materna e infantile, monitorare le vaccinazioni, accompagnare i pazienti in ospedale e garantire che le comunità siano istruite su igiene, nutrizione e prevenzione delle malattie. «Spesso finisco per spendere soldi miei per portare i pazienti in ospedale o comprare loro medicinali. Nessuno ci rimborsa, né per il trasporto, né per il trattamento. È come se il sistema si aspettasse che pagassimo per fare il nostro lavoro», sottolinea una di loro.

Le Asha costituiscono la più grande forza lavoro sanitaria comunitaria del mondo. Eppure sono ancora classificate come "volontarie", il che significa nessun salario garantito, nessun beneficio, nessuna tutela come lavoratrici. A Chitrakoot, Renu Pandey, 45 anni, lavora come operatrice socio-sanitaria dal 2006 e copre una popolazione di 1.122 persone. Si sveglia alle cinque del mattino e incontra ogni giorno tra le 20 e le 25 donne. Alcune hanno bisogno di controlli

prenatali, altre sono madri con neonati. Monitora il peso dei bambini, controlla la febbre, segue la guarigione da malattie e consegna farmaci ai pazienti cronici con tubercolosi. «A volte dobbiamo assistere a parti di notte. Andiamo da sole, camminando nel buio. Abbiamo paura, ma non c'è nessuno che ci aiuti», racconta. «Non abbiamo dispositivi di protezione, né trasporto – aggiunge –. Se un paziente con tubercolosi salta una dose, la colpa è nostra».

Sunita Soni, un'altra operatrice di Chitrakoot, ha 44 anni. Anche la sua giornata è fatta di lunghe ore, camminate continue e documentazione infinita. «Non abbiamo scooter, né strade decenti. Portiamo i nostri registri, le nostre borse sotto il sole cocente. Eppure, alcune persone ci gridano contro dicendo che non facciamo abbastanza». Kanchan, 38 anni, lavora nel villaggio di Ahmedabad, nel sotto-distretto di Rudauli. Viaggia attraverso vicoli stretti per raggiungere case isolate. «Se qualcuno ha la febbre, chiamano noi. Se una donna incinta deve essere portata in ospedale, dobbiamo organizzare tutto noi. Anche il trasporto», argomenta. Geeta Devi, che lavora nel villaggio di Basudevpur, sotto-distretto di Bikaapur, afferma che il suo ruolo è fondamentale ma scarsamente riconosciuto. «Le persone nel villaggio si fidano più di noi che degli ospedali. Ma quella fiducia non si traduce in supporto o sicurezza». Dal 2005, il ruolo delle Asha si è notevolmente ampliato. Oggi non sono solo promotrici della salute, ma anche raccogliatrici di dati ed epidemiologhe.

Oltre ai compiti principali ora si occupano di malattie croniche, campagne di sensibilizzazione e rendicontazione digitalizzata. Le operatrici devono registrare il loro lavoro in una app, Mdm 360 Shield, sviluppata dal governo per monitorare i servizi di salute materno-infantile. Formalità che, nella pratica, ha aumentato il carico di lavoro. E che pesa anche economicamente visto che devono sobbarcarsi le spese della connessione internet. «L'app non funziona senza dati mobili – sottolinea Sunita da Chitrakoot –. Pago la bolletta del mio telefono da sola. Nessuno ci rimborsa».

Le infermiere sono pagate in base a

un modello standard di prestazioni. Il governo centrale offre 2.000 rupie al mese per otto attività principali, l'equivalente di 20 euro. Per il lavoro aggiuntivo, ricevono piccole somme: 300 rupie per ogni parto, 100 per accompagnare un paziente, 150 per il follow-up post-operatorio. Ma i pagamenti sono spesso in ritardo, irregolari e insufficienti. La maggior parte delle Asha guadagna tra 3.000 e 6.000 rupie al mese (tra i 30 e i 60 euro), pur prestando servizio a tempo pieno. «Lavoriamo otto-dodici ore al giorno. Come si può vivere con 4.000 rupie al mese?», si chiede Sunita.

Pagamenti insufficienti e nessun riconoscimento

La classificazione delle operatrici come "volontarie" consente allo Stato di evitare l'obbligo di fornire salari fissi, congedi di maternità, pensioni o assicurazioni. Solo alcuni Stati – come Andhra Pradesh, Kerala, Karnataka, Haryana, Bengala Occidentale e Sikkim – offrono retribuzioni fisse. Negli ultimi anni, le operatrici hanno iniziato a ribellarsi. Durante la pandemia e le elezioni statali, migliaia hanno protestato in tutta l'India. Chiedevano compensi garantiti, migliori condizioni di lavoro, riconoscimento come lavoratrici e un'assicurazione sanitaria.

Gli esperti di sanità pubblica sostengono da tempo che i risultati sanitari dell'India si basano sul lavoro non retribuito delle donne. «Le Asha sono essenziali per il funzionamento del sistema sanitario indiano», spiega un ricercatore di politiche sanitarie a Delhi. «Ma la loro invisibilità nei bilanci e nelle politiche mostra quanto il sistema dia per scontato il lavoro femminile».

In tutta l'India, le operatrici Asha continuano a essere la forza più affidabile nella sanità rurale. Ma finché non riceveranno dignità, protezione e una retribuzione equa, il Paese rischia di distruggere il sistema che tiene in vita i suoi cittadini più vulnerabili.

(Hanno collaborato: Shivdevi, Shyamkali, Sangeeta e Sejal)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL TESTIMONE

«Nuovi medici speranza dell'Africa»

Carraro
a pagina 18

Dal direttore del Cuamm la testimonianza di una strada efficace sperimentata sul campo: condividere la speranza di vita del continente

Medici e ostetriche nei villaggi il coraggio che cambia l'Africa

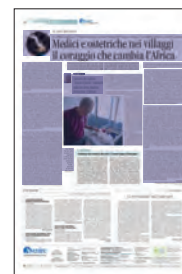
Nelle domeniche dell'Anno Santo "Avvenire" ospita voci credenti e laiche per offrire riflessioni a partire da domande ispirate dal Giubileo: qual è, oggi, la speranza che "non delude"? Quali speranze nutrono il nostro sguardo sul futuro? Su quali fondamenta edificiamo i progetti della vita, le attese, i sogni? E la società, a che speranza collettiva attinge? Le puntate precedenti su Avvenire.it/Opinioni.

DANTE CARRARO

Gordon, Amina, Sorry. Quando penso alla parola "speranza", mi vengono in mente i loro occhi, i volti, le loro storie che parlano di una grande speranza, quella di giovani pieni di vita, che hanno superato mille fatiche e ostacoli per realizzare un sogno: studiare, diventare infermieri oppure ostetriche, in Africa. In Paesi poverissimi, come il Sud Sudan, per esempio, che ha 12 milioni di abitanti, dei quali 7,7 hanno difficoltà a reperire cibo e oltre 2 milioni sono sfollati interni. Eppure la speranza degli occhi di questi giovani, nel giorno in cui si sono laureati a Rumbek, dove come Cuamm siamo presenti e contribuiamo alla loro formazione come professionisti sanitari, è una luce che porterò sempre nel cuore. Nel pensare al Giubileo della speranza è questa la prima immagine che mi viene in mente.

Sono appena tornato dalla Repubblica Centrafricana, Paese fragilissimo e dalle tante contraddizioni. Qui la speranza si traduce in azione concreta nella costruzione di una Scuola per ostetriche e infermieri a Bossangoa. A 150 chilometri dalla capitale Bangui, una di quelle periferie del mondo che pochi conoscono, ci stiamo impegnando, insieme al Governo locale, per costruire una scuola che dia una prospettiva di futuro alle giovani e ai giovani centrafricani, che dia una speranza di assistenza anche ai malati del vicino ospedale. L'Africa non chiede la carità ma opportunità di crescita. Sono tanti i giovani e le giovani che incontriamo nel nostro impegno in 9 Paesi nell'Africa a sud del Sahara, che hanno voglia di studiare e non ne hanno l'opportunità. Come Cuamm siamo presenti in 4 scuole di formazione per infermieri e ostetriche e in una Facoltà di Medicina: ed è proprio questa la speranza più grande che ho per l'Africa: dare opportunità ai suoi giovani, che hanno voglia di futuro, di indipendenza, di vita dignitosa, lì dove sono nati e vorrebbero vivere.

Nella bolla di indizione del Giubileo papa Francesco scriveva: «Il primo segno di speranza si traduce in pace per il mondo, che ancora una volta si trova immerso nella tragedia della guerra. Immemore dei drammi del passato, l'umanità è sottoposta a una nuova e difficile prova che vede tante popolazioni oppresse dalla brutalità della violenza. È troppo sognare che le armi tacciano e smettano di portare distruzione e morte?». È una ferita lacerante vedere quanto siano sempre i più poveri a pagare duramente gli effetti delle guerre che stanno martoriando alcune aree del nostro pianeta. Penso al dramma dimenticato del Sudan con 4,3 milioni di sfollati e almeno 300mila morti e alle migliaia di profughi che si spostano nei Paesi limitrofi, rendendoli ancora più fragili e poveri. Penso all'Etiopia dove si stanno contando i danni di una guerra fratricida durata oltre due anni tra il Tigray e il Governo centrale. Non dimentico il Congo, la Somalia, il Centrafrica, la Nigeria. Siamo tutti annientati dalla tragedia della guerra a Gaza e ancor prima da quella in Ucraina, a loro volta rapidamente scalzate, nella scala dell'attenzione mediatica, dal conflitto tra Israele, Iran e Usa. Ma quello di cui non si parla mai e che resta completamente fuori dal radar sono gli effetti indiretti di queste crisi sull'Africa, che si traducono, per esempio, nell'aumento del costo della benzina per le ambulanze o dei costi di tutti i beni di prima necessità e dei materiali sanitari. Di fronte all'irreversibilità degli scenari mondiali ci sentiamo impotenti. Non possiamo certo cambiare, noi così piccoli, le sorti di questi Paesi. Ma quello che possiamo e dobbiamo fare è continuare a fare la nostra parte. Come



Cuamm la facciamo ogni giorno, con tenacia e “ostinazione”, per il bene dei più poveri. Per prenderci cura dei malati, nei villaggi, nei centri di salute, negli ospedali. Per assistere le donne e i bambini nel momento del parto, perché una nuova vita possa nascere in sicurezza. Per curare i più piccoli colpiti da malnutrizione, o i malati di tubercolosi, malaria Hiv/Aids, senza dimenticare le malattie croniche che si stanno diffondendo sempre di più in Africa.

Sono 280mila ogni anno, nel mondo, le mamme che muoiono a causa del parto. La maggioranza vive in Africa sub-Sahariana. Il parto non è una malattia, è dare la vita, è il diritto di mettere alla luce un bambino in sicurezza. Allora il nostro impegno vicino alle mamme e ai neonati è il segno più concreto di quella speranza che diventa vita, concretezza, vicinanza nel momento più prezioso per una famiglia. Perdere una mamma di malattia è duro, ma succede; perdere una mamma di parto è un dolore inaccettabile. Sono loro i più fragili, i “carcerati” che incontriamo noi medici del Cuamm, e a cui cerchiamo di portare un po’ di speranza. Ma la speranza non può essere separata dalla giustizia. Ecco allora che il Giubileo ci aiuta a riflettere anche sul grande tema della remissione del debito. Del debito in denaro che i Paesi più po-

veri non riescono a pagare. E insieme anche del debito ecologico, verso questo nostro pianeta che stiamo consumando e distruggendo.

I dati e la realtà che tocchiamo con mano parlano chiaro: è di oltre 1.000 miliardi di dollari il debito dei Paesi africani, una cifra raddoppiata negli ultimi dieci anni, 163 miliardi l'anno di soli interessi che gravano su una popolazione giovane – un quarto degli africani nel 2050 avrà meno di 25 anni – e che nel 2100 sarà oltre il 40% della popolazione mondiale. E il debito africano, più basso di quello italiano o della media europea, purtroppo non è sostenibile. Ci sono, infatti, Paesi che crescono al ritmo del 7-8% l'anno, ma pagano interessi del 12-13%, per cui un tasso di crescita importante non è sufficiente nemmeno a coprire gli interessi. La conseguenza è che in un Paese come il Mozambico, per esempio, ogni anno migliaia di medici e operatori sanitari formati non vengono assunti, nonostante le ne-

cessità della popolazione, perché gli Stati non hanno la possibilità di pagarli. I tagli a Usaid voluti dall'amministrazione Trump, rendono ancora più drammatica la situazione, spingendo milioni di persone all'impoverimento.

A questo quadro si aggiunge il grande fronte del debito ecologico e dei cambiamenti climatici. Tutti sappiamo che una persona che vive nell'Africa sub-sahariana produce in media 0,8 tonnellate di Co2, mentre chi vive in Europa ne produce 6,4 e un cittadino degli Stati Uniti 16,5. Eppure gli effetti negativi più gravi dei cambiamenti climatici si fanno sentire soprattutto nel continente africano. Una maggior quantità di Co2 nell'aria surriscalda l'atmosfera favorendo l'aumento di disastri ambientali, come le alluvioni, i cicloni, la siccità e, di conseguenza, le carestie. In Africa, dal 2000 al 2019, i cataclismi climatici sono stati legati per il 65% alle alluvioni, per il 15% ai cicloni e per l'11% alla siccità, quest'ultima con effetti veramente drammatici in termini di mortalità. Siccità vuol dire penuria d'acqua, che si traduce in riduzione della produzione di cibo e conseguente aggravamento della malnutrizione cronica e acuta. Sono soprattutto i bambini a portare il peso maggiore in termini di impatto sulla salute. Una situazione fra tutte che porto nel cuore è la gravissima siccità che ha colpito qualche tempo fa la regione del Cunene, in Angola, e l'ospedale di Chiulo, con conseguenze gravissime sulla mortalità dei bambini.

Tra le lezioni che abbiamo imparato dal Covid-19 c'è soprattutto quella che il concetto di “salute globale” non è qualcosa di teorico e astratto ma una realtà che tocca tutti. La salute o è globale o non è. Abbiamo imparato che «nessuno si salva da solo», come diceva papa Francesco. Ecco allora che quello che possiamo fare è continuare a coltivare una speranza che si vesta di impegno. Ogni giorno, con onestà e rettitudine, che sia in Italia o in Africa, pensando non solo al nostro bene ma al bene comune, per costruire un futuro più giusto per tutti. Un impegno che quest'anno assume un significato speciale proprio in occasione del 75esimo anniversario di vita e attività del Cuamm, che celebreremo il prossimo 22 novembre a Padova. Una grande festa di compleanno a cui siete tutti invitati e che ha come messaggio-guida proprio “Crescere il futuro”: un altro modo di parlare di speranza.

Sacerdote
Direttore di Medici con l'Africa Cuamm

*I giovani che vogliono
“crescere il futuro” restando
nella loro terra chiedono
formazione. E fiducia*



Servizio Livelli essenziali di assistenza

Tumore allo stomaco, ecco la proposta per la profilazione molecolare completa

Dal Gruppo multidisciplinare innovatività l'analisi sull'importanza di definire una tariffa unica e "sostenibile" per la caratterizzazione bio-patologica in funzione terapeutica del carcinoma gastrico avanzato

di Carmine Pinto, Matteo Fassan**, Fabio Pagni****

4 luglio 2025

Il carcinoma gastrico rappresenta una neoplasia aggressiva con una prognosi particolarmente infausta sia per la frequente presentazione in fase avanzata, sia per l'elevato tasso di recidive, anche dopo chirurgia radicale: 14.000 nuovi casi all'anno (2024) con 9.900 decessi (2022) e con sopravvivenza a 5 anni pari al 32%, secondo quanto riportato da Aiom-Airtum ne "I numeri del cancro in Italia, 2024".

La chemioterapia ha rappresentato per anni il solo trattamento di questo tumore: l'aggiunta di farmaci target e dell'immunoterapia, più recentemente introdotti, ha ampliato la disponibilità di terapie efficaci. Pertanto, è attualmente possibile modulare il trattamento dei tumori dello stomaco in fase avanzata in accordo con l'espressione di 5 biomarcatori: HER2, PD-L1, MMR (o analisi molecolare MSI), claudina 18.2; inoltre, il targeting di FGFR2b potrebbe entrare nell'armamentario diagnostico/terapeutico a conclusione degli studi di fase III in corso.

Immunoistochimica (IHC): metodica diffusa con costi limitati

La profilazione molecolare del carcinoma gastrico si basa, attualmente e nei prossimi anni, sui 5 biomarcatori sopraindicati, analizzabili con 8 metodiche immunoistochimiche: 1 IHC per HER2; 1 IHC per PD-L1; 4 IHC per MMR; 1 IHC per claudina 18.2 e 1 IHC per FGFR2b, se positivi gli studi di fase III in corso. L'immunoistochimica è un metodo presente in tutti i laboratori di anatomia patologica, relativamente semplice e rapido, con costi limitati. Ovviamente, come per tutte le metodiche, vi sono delle limitazioni che possono andare a inficiare il risultato dell'analisi, principalmente legate alla fase preanalitica di preparazione del campione e alla sensibilità diagnostica determinata dall'adeguatezza e rappresentatività del campionamento effettuato della lesione.

Costi contenuti per un approccio molecolare completo

Obiettivo dell'analisi del Gruppo Multidisciplinare Innovatività (Gmi) – composto da oncologi, anatomopatologi ed economisti sanitari, coordinato da Economia Sanitaria – è stato quello di verificare la congruità dei costi dei test di profilazione/caratterizzazione immunoistochimica per il carcinoma gastrico con le tariffe del nomenclatore Lea (in vigore dal 30.12.2024). In particolare, l'analisi è stata effettuata nella prospettiva di un approccio complessivo che consideri tutti i biomarcatori sopraindicati. La valutazione economica ha stimato per effettuare le 8 IHC di cui

sopra, un costo totale di 447,00 euro con un rimborso Ssn di 252,60 euro: sottolineando quindi la necessità di aggiornare la specifica tariffa Lea per l'immunoistochimica predittiva, attualmente sottostimata, rispetto al reale assorbimento di risorse.

Ad aprile 2025 è stato proposto un Dpcm di aggiornamento Lea (in valutazione da parte della Conferenza Regioni), nel quale sarebbe rilevante inserire un "pacchetto" per la caratterizzazione immunoistochimica del carcinoma gastrico avanzato, che comprenda i 5 biomarcatori riportati, indispensabile per la scelta della terapia più appropriata ed efficace. La tariffa potrebbe essere assimilata a quella di 450 euro, indicata nel Dpcm per la profilazione di una sola alterazione (biomarcatore) con qualsiasi metodica di analisi genomica.

L'importanza della caratterizzazione bio-patologica complessiva

L'analisi ha evidenziato l'importanza di definire una tariffa unica per la caratterizzazione bio-patologica in funzione terapeutica del carcinoma gastrico avanzato, pari a 450 euro, affinché in ogni anatomia patologica in Italia siano valutati tutti i 5 biomarcatori e non solo alcuni, permettendo all'oncologo di personalizzare il trattamento ai pazienti con carcinoma gastrico. Ciò in modo analogo a quanto accaduto con l'introduzione della tariffa Ngs per l'adenocarcinoma del polmone (a seguito di un'analisi effettuata dal Gmi e recepita nel Dm del ministero della salute 30.09.22) che ha permesso la profilazione genomica di tutti i 9 biomarcatori relativi: valutazione complessiva non effettuata prima del decreto in moltissime realtà ospedaliere.

** Head Medical Oncology - Clinical Cancer Centre, Irccs - Ausl di Reggio Emilia*

*** Direttore Anatomia Patologica - Ospedale Ca' Foncello, Treviso Ulss 2 - Veneto*

**** Responsabile Patologia molecolare oncologica - Fondazione Irccs San Gerardo dei Tintori, Monza*

Screening neonatale: una goccia di sangue può cambiare una vita ma serve uno standard

In Italia solo pochissimi laboratori clinici sono accreditati Uni En Iso 15189 mentre un “bollino” garantirebbe uniformità di esecuzione dei test in tutto il Paese e monitoraggio di qualità dei risultati

*di Federico Pecoraro **

4 luglio 2025

Una goccia di sangue, raccolta nelle prime 72 ore di vita, può fare la differenza tra una diagnosi precoce e un destino segnato. Lo screening neonatale esteso (Sne), reso obbligatorio in Italia grazie alla Legge 167/2016, rappresenta una delle conquiste più importanti della sanità pubblica nazionale. Permette di individuare tempestivamente oltre 50 malattie rare, molte delle quali potenzialmente devastanti, ma trattabili con interventi tempestivi e mirati. Diagnosi precoce significa cure più efficaci, minori complicanze, qualità della vita migliore e, non da ultimo, risparmi importanti per il Servizio sanitario nazionale.

Perché l'accreditamento

Il principio alla base dello screening è semplice: identificare in anticipo, attraverso un test non invasivo, patologie gravi che, se non intercettate subito, rischiano di compromettere gravemente lo sviluppo e la salute del neonato. Oggi sono inclusi nello screening obbligatorio circa 50 disturbi, ma la lista si sta allungando: pannelli più recenti prevedono l'inclusione di condizioni come l'atrofia muscolare spinale (Sma) e le immunodeficienze congenite severe (Scid).

Ma non basta avere buone intenzioni o tecnologie all'avanguardia. Perché lo screening sia davvero efficace ed equo in tutto il Paese, è necessario che tutti i laboratori coinvolti operino secondo criteri condivisi, con procedure uniformi e risultati confrontabili. È qui che entra in gioco un elemento cruciale: l'accreditamento secondo la norma UNI EN ISO 15189:2024.

Uno standard condiviso per qualità e sicurezza

Questa norma internazionale non è un mero adempimento formale: rappresenta un vero e proprio strumento operativo per garantire che gli screening siano condotti con rigore, coerenza e trasparenza. Aderire alla UNI EN ISO 15189 significa dotarsi di procedure validate, tracciare ogni fase del processo diagnostico, garantire la qualità analitica dei dati e offrire risultati affidabili, con livelli di incertezza misurabili e documentati.

La norma prevede criteri stringenti per valutare l'adeguatezza complessiva dei laboratori medici, lungo l'intero ciclo delle attività. Dalla responsabilità del personale alla qualità degli spazi e delle attrezzature, fino alla gestione dei campioni e dei materiali, ogni fase – dalla raccolta alla comunicazione dei risultati – deve rispondere a requisiti precisi e misurabili. L'obiettivo è garantire controlli standardizzati, affidabili e costantemente migliorabili.

Il vantaggio è duplice: da un lato i cittadini e le famiglie possono contare su un servizio di screening sicuro e uniforme, dall'altro il sistema sanitario beneficia di una maggiore efficienza e affidabilità, fondamentali per indirizzare politiche pubbliche basate su evidenze cliniche e dati comparabili.

Verso una rete nazionale armonizzata

Costruire un progetto nazionale realmente condiviso, in cui i centri di screening si impegnino a operare secondo metodologie armonizzate, è la condizione essenziale per rafforzare l'intero sistema. Una standardizzazione concreta e verificabile consente non solo di garantire l'uniformità nell'esecuzione dei test su tutto il territorio nazionale, ma anche di monitorare costantemente la qualità dei risultati ottenuti, grazie a confronti tra laboratori e a circuiti di valutazione esterna. Inoltre, una rete armonizzata permette di mantenere costantemente aggiornata la banca dati nazionale, uno strumento strategico per la sorveglianza epidemiologica e per orientare in modo efficace le politiche sanitarie. In un momento in cui si discute ampiamente della necessità di rafforzare il Servizio sanitario nazionale e garantire standard omogenei da Nord a Sud, lo screening neonatale esteso potrebbe rappresentare un banco di prova ideale. Un punto di partenza per l'introduzione sistematica dell'accreditamento UNI EN ISO 15189 nei laboratori clinici.

A oggi, tuttavia, solo pochissimi laboratori che eseguono screening neonatale esteso sono accreditati secondo tale norma.

Un sistema che deve crescere insieme

Affinché il sistema possa esprimere appieno il proprio potenziale, è indispensabile investire nella formazione del personale, nell'aggiornamento tecnologico e nel potenziamento delle reti cliniche e familiari di supporto. La qualità analitica non può essere disgiunta dalla qualità del percorso di presa in carico: un risultato di laboratorio, per quanto accurato, deve tradursi in un intervento rapido, mirato e appropriato.

L'accreditamento secondo la UNI EN ISO 15189 può diventare il punto di riferimento su cui costruire fiducia, sicurezza e trasparenza. In un numero sempre maggiore di paesi europei, si sta diffondendo come requisito cogente. In Italia, alcune autorità locali hanno iniziato a richiedere ai laboratori che siano accreditati secondo tale norma, per poter operare per conto del sistema sanitario pubblico. Grazie a questo approccio lo screening neonatale esteso potrà essere, per ogni neonato e per ogni famiglia, non solo una procedura medica, ma una vera promessa di futuro.

** Vice Direttore del Dipartimento Laboratori di prova e medici di Accredia*

Servizio Il vademecum

Farmaci e caldo: gli effetti imprevedibili, le reazioni e come conservarli se si viaggia. Ecco l'elenco

L'Agenzia italiana del farmaco con un vademecum sui social e un approfondimento sul portale suggerisce indicazioni utili chi assume terapie

di Marzio Bartoloni

4 luglio 2025

Caldo, afa? Anche i farmaci “soffrono”. Ma cosa accade davvero ai medicinali quando le temperature schizzano così in alto come in questi giorni? Disattenzioni come lasciare una medicina in macchina o assumere un farmaco prima di esporsi al sole possono infatti avere conseguenze anche serie. Allo stesso modo, chi segue una terapia potrebbe essere più esposto a disidratazione o cali di pressione legati al caldo, ma anche a sfoghi sulla pelle. Le alte temperature, infatti, possono alterare l'efficacia e la sicurezza di molti medicinali, come quelli per l'ansia, l'ipertensione, il Parkinson e gli antibiotici, influenzando il loro meccanismo d'azione. A mettere in guardia è l'Agenzia Italiana del Farmaco che, con un vademecum sui social e un approfondimento sul portale, suggerisce indicazioni utili chi assume terapie.

Dalla disidratazione alla pressione: gli effetti del caldo sui medicinali

Alcuni principi attivi possono infatti compromettere la capacità dell'organismo di regolare la temperatura corporea o aumentare il rischio di disidratazione, causando effetti collaterali anche gravi. “In casi estremi, e solo su consiglio del medico, può essere valutata una rimodulazione della terapia”, chiarisce Aifa che passa poi ad elencare i singoli casi. Gli antistaminici, ad esempio, possono ostacolare la sudorazione. Gli antipsicotici e gli antidepressivi, così come gli antiparkinsoniani, possono abbassare la pressione arteriosa. Ansiolitici e miorilassanti possono peggiorare la sensazione di spossatezza, provocare vertigini o aggravare problemi respiratori. Beta-bloccanti e vasodilatatori possono incidere sulla capacità del corpo di dissipare il calore, aumentando il rischio di ipotensione e disidratazione. I diuretici possono contribuire alla perdita eccessiva di liquidi ed elettroliti. Un'altra raccomandazione riguarda le reazioni cutanee da fotosensibilizzazione: antibiotici, antinfiammatori topici e cortisonici possono provocare rash cutanei o eritemi quando combinati con l'esposizione ai raggi Uv. “Se si assumono questi medicinali bisogna proteggersi con creme solari e abiti leggeri”.

I consigli per conservarli e trasportarli in viaggio

Oltre alla gestione della terapia, un altro aspetto importante riguarda la corretta conservazione. Le alte temperature possono, infatti, modificare la stabilità chimico-fisica di molte molecole, rendendo inefficaci o persino pericolose. In particolare, insulina, ormoni o vaccini devono essere conservati a temperature controllate, spesso tra 2 e 8 °C. In estate, mai lasciare i farmaci in auto o sotto il sole. In viaggio, è consigliato usare borse frigo o contenitori termici. In aereo, i farmaci essenziali devono essere tenuti nel bagaglio a mano, insieme alla prescrizione medica. Se un

farmaco cambia colore, odore o consistenza, è importante non assumerlo. Quando possibile, meglio “preferire compresse o capsule rispetto a soluzioni liquide”, perché più stabili alle alte temperature. Infine, è buona norma “conservare sempre i farmaci nella loro confezione originale, che offre protezione da luce e umidità, e include tutte le indicazioni utili”.

Le categorie dei farmaci e i principali effetti

L'Aifa individua anche le categorie di farmaci che, in base ai meccanismi di interferenza con gli effetti del caldo, possono aggravare gli effetti delle alte temperature sulla salute. Ecco l'elenco:

Anticolinergici: possono interferire con la termoregolazione, ridurre lo stato di vigilanza, ostacolare la sudorazione

Antipsicotici: possono inibire il meccanismo di sudorazione, diminuire la pressione arteriosa e la termoregolazione a livello centrale e ridurre lo stato di vigilanza, rendendo il soggetto incapace di adottare strategie difensive

Antistaminici: possono inibire il meccanismo di sudorazione e ridurre la pressione arteriosa

Antiparkinsoniani: possono inibire il meccanismo di sudorazione e ridurre la pressione arteriosa, causare vertigini e stato di confusione

Antidepressivi: possono ridurre la sudorazione, interferire con la termoregolazione centrale e ridurre lo stato di vigilanza.

Ansiolitici e rilassanti muscolari: possono ridurre la sudorazione e causare vertigini, diminuire la gittata cardiaca e influenzare il raffreddamento tramite vasodilatazione, possono causare un aggravamento di sintomi respiratori

Antiadrenergici e beta-bloccanti: possono influenzare la dilatazione dei vasi sanguigni cutanei, riducendo la capacità di dissipare calore per convezione

Simpatomimetici: vasodilatatori, compresi nitrati e regolatori del canale del calcio, possono peggiorare l'ipotensione in soggetti vulnerabili

Antipertensivi e diuretici: possono condurre a disidratazione e ridurre la pressione sanguigna; un effetto collaterale comune è l'iponatremia che può essere aggravata da un eccesso di assunzione di liquidi

Antiepilettici: possono ridurre lo stato di vigilanza e aumentare lo stato di confusione

IL "PIANO CASA" DI ROCCA

Nel Lazio si possono
aprire cliniche&C.
pure nelle mansarde

© BISBIGLIA A PAG. 15

LAZIO • Il "piano casa" e gli assist ai signori della salute

Rocca, altro regalo ai privati: cliniche pure nelle mansarde

» Vincenzo Bisbiglia

Non solo Antonio Angelucci e le sue cliniche di famiglia. Ora anche le strutture sanitarie nelle mansarde. Il nuovo "piano casa" – tutta una serie di modifiche in senso concessivo delle leggi in materia edilizia – in corso di approvazione al Consiglio regionale del Lazio nasconde un altro, inaspettato, regalo alla sanità privata. È quello contenuto nelle pieghe dell'emendamento firmato dalla consigliera regionale di Fratelli d'Italia, Micol Grasselli, e avallato dall'attuale assessore all'Urbanistica, il forzista Giuseppe Schiboni, che ha ricevuto

da poche settimane le deleghe dal governatore Francesco Rocca.

La modifica all'articolo 3 della proposta di legge 171 del 2024 introduce infatti la possibilità di recuperare i sottotetti "a fini non solo abitativi e turistico-ricettivi" ma anche "sanitari e sociosanitari e assistenziali", consentendo il recupero "anche a quelli non attigui o annessi a unità immobiliari ubicate nel medesimo edificio". In sostanza, si potranno realizzare o comunque allargare centri diagnostici e cliniche private anche all'interno delle mansarde, proprio come già accade per i *bed and breakfast*. Non solo. Il provvedimento "esonera dal versamento del contributo per il rilascio del permesso di costruire i recuperi per l'edilizia residenziale pubblica" e "consente il recupero anche nelle zone individuate come insediamenti urbani storici". Il provvedimento rappresenta una manna soprattutto per i centri

diagnostici diffusi, che utilizzano appartamenti, di proprietà o in locazione.

INTANTO il consiglio regionale potrebbe prendere tempo dopo la notizia pubblicata ieri dal *Fatto* sull'emendamento salva San Raffaele, contenuto nello stesso gruppo di provvedimenti portati in aula dall'assessore Schiboni. La norma, la cui votazione potrebbe slittare a settembre, consente "interventi di ristrutturazione edilizia, compresa la demolizione e ricostruzione, di singoli edifici o di almeno il 60% di essi per una superficie lorda complessiva massima di 15.000 mq, con mutamento della destinazione d'uso" e tutto ciò anche "alle attrezzature di natura sanitaria realizzate anche dal privato, di interesse pubblico". La futura norma regionale, se recepita dal Comune di Velletri, potrebbe consentire alla locale clinica San Raffaele di sanare gli abusi edilizi intervenuti dal 2001 in



poi e che portarono al ritiro dell'autorizzazione regionale e dunque alla chiusura nel 2011.

Oltre alle sentenze del Consiglio di Stato – recepite dalla Cassazione – che definivano “insanabile” la situazione edilizia della clinica, anche la Prefettura di Roma riportava una relazione della Asl secondo cui “non sono state rispettate tutte le norme urbanistico-edilizie

nazionali, regionali e comunali legittimanti poi a seguire sia le autorizzazioni sia i rapporti di accreditamento sinora concessi dalla Regione”. La storia, però, ora può cambiare.

**SCOOP DEL FATTO:
LA NORMA
SALVA ANGELUCCI**

UN EMENDAMENTO

all'art. 4 della proposta di legge 171/2024, arrivato al consiglio regionale del Lazio, permetterebbe alla clinica San Raffaele di Velletri, su input del Comune, di sanare gli abusi edilizi che portarono nel 2011 alla chiusura della struttura



Governatore Francesco Rocca FOTO ANSA



» TANTI SOLDI E PISOLINI

Medico gettonista di 70 anni lavora 144 ore in un mese

» Linda Di Benedetto

Mentre a Roma il governo ha annunciato la stretta sui medici a gettone, a poco

più di un'ora dalla Capitale il sistema continua a funzionare senza freni.

A PAG. 15

FROSINONE ANZIANO MEDICO SEMPRE DI TURNO E SENZA CONTROLLI: "SI ADDORMENTA AL PRONTO SOCCORSO"

La sanità dei gettonisti: 70 anni, lavora 144 ore per 40 mila€ al mese

OSPEDALI

» Linda Di Benedetto

Mentre da Roma il governo Meloni ha annunciato la stretta sui medici a gettone, consentiti solo in caso di reale emergenza, a poco più di un'ora dalla Capitale, nella provincia di Frosinone, il sistema continua a funzionare come sempre. Senza limiti, senza verifiche, senza freni.

Qui, nel cuore dell'emergenza-urgenza dell'Asl di Frosinone, il Pronto Soccorso si reggono ancora sull'uso sistematico dei medici a gettone. È il caso di E.M. un medico ultrasettantenne libero professionista, con partita Iva, stabilmente inserito nei turni del Pronto Soccorso di Cassino e Alatri, e secondo fonti interne anche

di Sora. Dopo aver risposto a una manifestazione pubblica d'interesse, il medico ultrasettantenne è diventato l'uomo chiave della tenuta del sistema. Sempre lui. Sempre presente.

Sempre più stremato. Tra colleghi e infermieri ormai non c'è più sorpresa: lo vedrebbero arrancare davanti al computer, esitare durante le visite, addormentarsi e mostrare segni evidenti di affaticamento. Ma nessuno interviene. Nessun dirigente, nessun controllo, nessun richiamo. Il silenzio è diventato prassi.

I turni che abbiamo potuto visionare ricoperti dal medico parlano da soli: 14 giornate da 12 ore a Cassino, 21 notti consecutive ad Alatri, più altri 7 turni diurni sempre ad Alatri e alcuni pomeriggi da 6 ore. In totale oltre 144 ore settimana-

li. Ogni turno vale fino a 1.000 euro. Solo nel mese di luglio il compenso netto stimato supera i 40 mila euro. Una questione che va ben oltre i soldi, ma rappresenta una falla clinica, organizzativa ed etica. "Un tale carico di lavoro compromette inevitabilmente lucidità, prontezza e capacità decisionale, soprattutto in contesti ad alta intensità come il Pronto soccorso" – spiegano fonti sanitarie che ci hanno chiesto di restare



anonime.

Ed è qui che sorgono le domande. È mai stata fatta una valutazione di idoneità fisica, come previsto dalla normativa? La direzione sanitaria ha attivato forme di monitoraggio, controllo, verifica? Qualcuno ha valutato il rischio clinico? Domande che abbiamo rivolto all'Asl di Frosinone, ma a oggi rimaste ancora inevase. Eppure da quanto ci viene riferito la direzione amministrativa avrebbe persino segnalato all'azienda il caso delle buste paga spropositate del medico. Ma

nulla è cambiato: il medico è rimasto al suo posto, insieme ad altri quattro colleghi gettonisti, tutti in servizio nel Pronto soccorso di Cassino.

La regia? È dell'attuale direzione generale affidata ad Arturo Cavaliere, farmacista, al suo primo incarico in una Asl, già transitato come direttore generale all'Asl Roma 6 e poi rapidamente trasferito a Frosinone su decisione della Regione Lazio. Così, nonostante le riforme annunciate, nella sanità del Lazio targata Francesco Rocca, i Pronto soccorso continuano a poggiarsi su un utilizzo massiccio e poco controllato dei medici a gettone.

Una pratica già denunciata dai Nas

nel loro ultimo rapporto del 2024, che aveva messo nero su bianco anomalie gravi riscontrate nella regione: medici impiegati nei reparti d'emergenza senza la specializzazione in medicina d'urgenza (sei i deferimenti alla magistratura), un soggetto privo di una laurea riconosciuta in Medicina che svolgeva comunque attività clinica, e un ricorso diffuso a professionisti a gettone non abilitati a gestire i codici rossi, ovvero i casi più critici. Ma a quanto pare non è servito. Nella sanità del Lazio, la priorità non sembra essere la qualità delle cure, ma sempli-

cemente la copertura dei turni. A ogni costo. Per ora regge. Poi si vedrà.

TURNI
14 DA 12 ORE
A CASSINO,
21 NOTTI
AD ALATRI

CALABRIA, LA GDF INDAGA SU ACCREDITI

LA GUARDIA di finanza di Catanzaro ha eseguito ieri nuove perquisizioni, dopo quelle di giovedì, alla Cittadella regionale. I militari sono andati nell'Ufficio di presidenza nell'ambito di una inchiesta della Procura di Catanzaro. L'attività prosegue dopo le acquisizioni documentali eseguite dalle Fiamme gialle ieri nel dipartimento Tutela della Salute ed economia. Oggetto delle verifiche sarebbero le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie private



**Medicina
d'emergenza**
Il caso è stato
segnalato
in provincia
di Frosinone
FOTO ANSA



San Filippo Neri, apre il presidio della Polizia «Stop aggressioni»

Inaugurato il nuovo posto di polizia (aperto 24 ore su 24) e il completamento del blocco dell'emergenza-urgenza dell'ospedale San Filippo Neri. All'apertura, il presidente della Regione, Francesco Rocca, con il ministro alla Salute, Orazio Schillaci, il questore di Roma Roberto Massucci, il vicedirettore generale della

Polizia di Stato Carmine Belfiore (vicario) e Giuseppe Quintavalle, direttore generale della Asl Roma 1.

Martucci a pag. 43



Un presidio di Polizia al San Filippo Neri

«Basta aggressioni»

►Presentato il completamento del blocco emergenza-urgenza con il nuovo ufficio delle Forze dell'ordine, alla presenza del governatore Rocca e del questore Massucci

L'INIZIATIVA

«Quando i cittadini si lamentano delle attese, forse perché sono un medico, penso agli operatori sanitari sul posto di lavoro. Uno dei primi atti di questo governo è stato rafforzare la sicurezza negli ospedali, a partire da quelli dove si verificano le maggiori aggressioni». Il primo pensiero del ministro della Salute Orazio Schillaci è rivolto a medici e infermieri. Con queste parole si è aperta l'inaugurazione del nuovo posto di polizia (aperto 24 ore su 24) e il completamento del blocco dell'emergenza-urgenza dell'ospedale San Filippo Neri di Roma. Al taglio del nastro, ieri mattina, erano presenti anche il governatore del Lazio, Francesco Rocca, il questore di Roma Roberto Massucci, il vicedirettore generale della Polizia di Stato Carmine Belfiore (vicario) e Giuseppe Quintavalle, direttore generale della Asl Roma 1.

I LAVORI

L'obiettivo è avere spazi più funzionali e accoglienti per una sanità più moderna e accessibile. «Noi impediamo

comportamenti illegali secondo un preciso intento del ministro Piantedosi e del governo» - ha detto Massucci. E il fatto di avere un pronto soccorso collegato a un posto di polizia dà più sicurezza agli operatori sanitari e anche ai pazienti. «Dal mio arrivo, abbiamo aperto numerosi posti di polizia. Questa presenza ha un effetto mitigante anche se non risolutore del fenomeno delle aggressioni - ha evidenziato il governatore Rocca. Abbiamo presentato un piano elaborato dalla Direzione Salute alle organizzazioni sindacali, che secondo noi darà i suoi risultati».

L'unità specialistica di Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'ospedale contribuisce a un afflusso maggiore di pazienti fragili e con disturbi psicologici in pronto soccorso, situazione che spesso si traduce in episodi di aggressioni fisiche e verbali nei confronti degli operatori sanitari. I lavori, dell'importo complessivo per questa nuova parte di circa 3 milioni e 500 mila euro, miglioreranno l'efficienza e la rapidità di risposta alle esigenze cliniche di emergenza.

GLI SPAZI

Sono circa mille metri quadrati quelli che completano il progetto di ampliamento del pronto soccorso, inaugurato in parte nei mesi scorsi. Il piano vede la

realizzazione di nuovi fabbricati esterni dedicati al polo della radiologia d'urgenza, la sala d'attesa per gli accompagnatori e il posto di Polizia. L'intervento ha ampliato e migliorato l'offerta diagnostica per immagini con un nuovo corpo collegato al

pronto soccorso. Il secondo fabbricato, realizzato in tempi record, è stato destinato al nuovo posto di Polizia, che garantirà un ambiente più sicuro per pazienti e operatori.

La nuova sala d'attesa è stata dotata di una finestra digitale progettata sui principi dell'Evidenced Based Design, che evidenziano come immagini e paesaggi naturali possano contribuire a ridurre ansia e stress favorendo un'attesa più serena. Infine, è stata effettuata la ristrutturazione

della camera calda e i locali isolati a servizio del pronto soccorso, che includono tre camere di degenza, una zona filtro d'ingresso, una sala medici/infermieri e una sala medicheria.

Lucia Martucci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

