

**30 giugno 2026**

# **RASSEGNA STAMPA**



**ARIS**

ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

**A.R.I.S.**

**Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari**

**Largo della Sanità Militare, 60**

**00184 Roma**

**Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343**

Bergader

www.bergader.it

la Repubblica

Bergader

www.bergader.it

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



R cultura Il premio Limes al cardinale Pizzaballa

di PAOLO BERIZZI a pagina 33

R spettacoli Emma regina dei grandi live

di PATRIZIO RUVIGLIONI a pagina 35



Martedì 30 giugno 2026 Anno 51 - N° 149 Oggi con Motore In Italia € 1,90

Meloni: "Basta tabù destra al Quirinale"

La premier scopre le carte: è successo per Palazzo Chigi, può accadere ancora E su Vannacci: difficile costruire con chi come lui vuole solo distruggere tutto

La destra al Quirinale è un tabù che va infranto. Parola della premier Giorgia Meloni che ieri l'ha presa da lontano, a sorpresa. «Si pensava che niente potesse cambiare ma si è dimostrato che le cose potevano cambiare». Poi l'allungo: «Non è detto che non possa superarsi anche un altro grande tabù, quello di avere un presidente della Repubblica che non è di centrosinistra». E su Vannacci chiude.

di CERAMI e RIFORMATO alle pagine 2 e 3

IL RETROSCENA

Una scommessa per uscire dalla tempesta

di TOMMASO CIRIACO

È l'ultimo azzardo di Giorgia Meloni. Il più grosso, tanto da non averlo anticipato a nessuno alla vigilia dell'intervista tv. Per giunta, in un momento di estrema difficoltà: priva della sponda politica di Donald Trump, allarmata dal rischio che Roberto Vannacci provochi smottamenti irrimediabili nella destra di governo.

a pagina 3



WIMBLEDON

Sinner avanti ma che sofferenza

dal nostro corrispondente ANTONELLO GUERRERA a pagina 41



MONDIALI

Il Brasile di Ancelotti passa al 95'

di AUDISIO e GAMBA alle pagine 36 e 37

Corte Suprema contro Trump

"Non può licenziare dalla Fed". Ma più poteri sulle agenzie federali

Attentato all'oligarca di Kiev paura nel principato di Monaco



di ANNA CHIARA MOTTOLA

a pagina 14

La Corte Suprema ha respinto due ricorsi di Trump: uno contro la scrittrice E. Jean Carroll, a cui deve un risarcimento milionario dopo la condanna in sede civile per abusi sessuali e diffamazione; l'altro contro il membro del board della Fed, Lisa Cook, che aveva contestato il tentativo di rimuoverla dall'incarico. Ma la Corte ha riconosciuto al presidente più poteri sui vertici delle agenzie federali.

di MASSIMO BASILE a pagina 15

IL REPORTAGE

Con i pompieri che scavano prima della scossa

dal nostro inviato FABIO TONACCI

MACUTO (VENEZUELA) Lo chiamano callout. È il momento in cui, durante un'operazione di soccorso tra le macerie, tutto si ferma. I generatori a gasolio vengono staccati. Si spengono le macchine. Si rimane immobili. Non si parla. Si trattengono respiro e speranza. A Macuto alle dieci di domenica sera viene chiamato il callout.

alle pagine 8 e 9, con servizi di DEL PORTO, LOMBARDI e RUBANO

LE IDEE

La bolla dell'IA non sia un alibi per l'Europa

di ALESSANDRO ARESU

La discussione sulla bolla dell'intelligenza artificiale rientra ciclicamente al centro dell'attenzione pubblica. La prima volta è stata nell'estate 2023, sei mesi dopo l'avvento di ChatGpt. In quel momento, già ci si chiedeva se le risorse spese per costruire data center fossero giustificate. Cosa è accaduto dal 2023 a oggi?

a pagina 13



Caldo, due anziani morti a Genova allarme temporali

di DUSI e VISETTI

alle pagine 10 e 11

Advertisement for Citrus Limone Verdello featuring a truck and bags of citrus products.

CORRIERE DELLA SERA

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



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

Banca Ifis logo and branding

Il Mondiale
Il Brasile agli ottavi
Germania eliminata
di Paolo Condò, Carlos Passerini
e Paolo Tomaselli alle pagine 56 e 57

Un luogo, un delitto
Le nuove vite parallele
di Amanda e Raffaele
di Alessandro Capponi
alle pagine 26 e 27

SIAMO IL CREDITO PER LA TUA AZIENDA

Gli insulti a Roccella
GLI SPIETATI NELLA TANA DIGITALE
di Beppe Severgnini

Anche una tragedia può farci capire cosa siamo diventati. Non tutti, ma troppi. Mentre continuano le ricerche dell'ingegner Luigi Cavallari, scomparso sabato nel lago di Vico, la moglie Eugenia Roccella viene coperta di insulti, sarcasmo e insinuazioni. La sua colpa? Essere un personaggio pubblico. Un ministro del governo che ha espresso opinioni e ha preso decisioni. Alcuni non le condividono, com'è normale. Ma niente giustifica la colata di assurdità che ha riempito i social. Dov'era possibile commentare — i post Instagram dei siti d'informazione, per esempio — sono apparse molte affermazioni stupide, altre disgustose; alcuni riuscivano a essere disgustosamente stupidi. Una piccola selezione, sgradevole ma necessaria. «Il marito di qualsiasi donna non fa notizia mentre i parenti dei politici riempiono i tgbs». «Forse una tragedia potrebbe farle cambiare le idee che ha». «Poteva fare a meno di tuffarsi mentre c'è chi muore in mare andando in cerca di cibo per i suoi cari». «Il karma è arrivato fino al lago!». «Mi dispiace per questo ricco signore sulla sua bella barca». «Vorrei che questo dolore rendesse Roccella più empatica e umana. Anche se non credo. Chi non ha cuore non ce l'avrà mai». In un post su X, Giorgia Meloni ha definito «ignobili e disumani» i commenti contro Eugenia Roccella. «Qualcosa che fa rabbrivire», ha aggiunto. Difficile non essere d'accordo.
continua a pagina 40



A Genova morti 2 anziani ricoverati per l'afa. Il corpo di un sacerdote trovato in canonica a Padova

Il caldo torrido tiene in ostaggio mezza Europa. In Italia è allerta rossa in 25 città. Nella serata di ieri alcuni temporali hanno rinfrescato l'aria. Ma cresce il numero delle vittime. A Genova morti due anziani e un sacerdote a Padova.
da pagina 6 a pagina 9

TRAVOLTA DA UNA MOTO
Giulia muore a quindici anni, una coetanea le tiene la mano
di Lara Sirignano

Travolta da una moto nel Messinese muore una quindicenne. Una coetanea presente all'incidente le ha tenuto la mano. Arrestato l'investitore. Ha vent'anni.
a pagina 20

Meloni, la partita del Colle: si può rompere il tabù di un capo dello Stato non di centrosinistra

di Simone Canettieri e Tommaso Labate
«Non è detto che non si possa superare questo altro grande tabù e avere un presidente della Repubblica che non sia di centrosinistra». La premier Giorgia Meloni apre il fronte Quirinale. E sull'ipotesi di un'alleanza con Roberto Vannacci dice: «Difficilmente puoi costruire qualcosa con qualcuno che palesemente vuole solo distruggere».
alle pagine 14 e 15



Un ragazzo salvato a più di 100 ore dal sisma

DISPERSI OLTRE TRENTA CONNAZIONALI
Sisma in Venezuela, 16 le vittime italiane
di Sara Gandolfi
Terremoto in Venezuela, si aggrava il bilancio delle vittime italiane: sono sedici e oltre trenta i dispersi. Intanto una nuova scossa ha riportato la paura nel Paese sudamericano. 1 morti sono già più di 1.700. Ma si registrano ancora salvataggi miracolosi. Il lavoro dei soccorritori italiani.
da pagina 2 a pagina 5

Caldo, allerta rossa in 25 città
Emergenza in Europa: 40,5° in Slovacchia. Primi temporali nel Nord Italia

Il caldo torrido tiene in ostaggio mezza Europa. In Italia è allerta rossa in 25 città. Nella serata di ieri alcuni temporali hanno rinfrescato l'aria. Ma cresce il numero delle vittime. A Genova morti due anziani e un sacerdote a Padova.
da pagina 6 a pagina 9

Wimbledon Jannik va al quinto set: «Non ho giocato al meglio»



Il momento più difficile della partita di Sinner. Il campione scivola sull'erba. Nel riquadro il piede ferito

Sinner cade, soffre e vince con una scarpa insanguinata
Jannik Sinner vince al debutto sull'erba di Wimbledon. Il successo contro il serbo Miomir Kecmanovic arriva dopo cinque set e tre ore e mezza di gioco. L'azzurro soffre e vince con una scarpa insanguinata.
di Gaia Piccardi
a pagina 60

LE SENTENZE

Suprema Corte, più poteri a Trump
Ma sulla Fed arriva uno stop
di Massimo Gaggi
La Corte Suprema Usa ha stabilito che il presidente Trump non può licenziare la governatrice della Fed Lisa Cook. Ma ha anche riconosciuto al leader ampi poteri per rimuovere i vertici di agenzie federali indipendenti.
a pagina 13

TRE IFFERMATI

Germania, strage nella casa famiglia
Un padre spara e uccide 6 persone
di Federico Thoman
Separatoria in una casa famiglia in Germania. Sei le vittime, tutti operatori sociali. L'aggressore, un tedesco di origini turche, si era recato nel centro per discutere riguardo all'affidamento della figlia di tre mesi. L'uomo è stato arrestato. Con lui fermate anche due donne. L'episodio è avvenuto a Stade in Bassa Sassonia.
a pagina 18

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini

Con questo Sinner non ti annoi mai, neppure al primo turno, soprattutto al primo turno. Lo lasci 40 a o sul suo servizio per andarti a prendere qualcosa in frigo, ma appena torni davanti al televisore ti accorgi che ha perso la battuta e con essa il primo set. «Che succede?» ti agiti, prefigurando scenari disastrosi ma non inediti, e lui subito ti tranquillizza vincendo il secondo a colpi di bazoooka. Non fai in tempo a rilassarti che lo vedi scivolare sull'erba del Centrale di Wimbledon e aprire le gambe a compasso in una posizione innaturale, a metà tra Roberto Bolle e il teatro dei burattini. Pensi: «Aiuto, stavolta si è spaccato veramente» e in effetti al suo posto tu saresti già al pronto soccorso. Invece lui si rialza tutto intero: bene. Ma si tocca l'anca: male, ma-

Il fragile che resiste

lissimo. E cos'è quella macchia rossa che è apparsa all'improvviso su una delle sue scarpe immacolate? Si direbbe sangue. Avrà le stimate ai piedi? O un sugo di pomodoro come nuovo sponsor? Da qualche parte appare una statistica su quante volte gli è scoppiata una vescica. Falso allarme, pare si sia rotto l'unghia del mignolo. Anche se chi rompe più di tutti è il suo avversario, il serbo Kecmanovic. Dopo una vita passata a palleggiare all'ombra di Djokovic, sul suo tennis splende inopinatamente il sole: gioca un tiebreak che neanche in paradiso. Così Sinner si ritrova a un solo passo dal baratro. Ma non lo fa. Anzi, torna indietro, in rimonta fino alla vittoria. E domani si ricomincia, accidenti. Che bello.

Eberhard & Co. advertisement featuring a watch and the slogan 'CELEBRATE YOUR TIME' and 'CONTODAT automatico'.

**L'ODIO ONLINE**  
Rocella, gli altri bersagli  
e la legge anti hater tradita

ARCANGELO ROCIOLA - PAGINA 17



**IL GRANDE CALDO**  
Perché il negazionismo  
alimenta la crisi climatica

MARIO TOZZI - PAGINA 21



**IL PERSONAGGIO**  
La fede di Moreno il Biondo  
"Io, devoto a San Liscio"

FRANCO GIUBILEI - PAGINE 30 E 31

190€ II ANNO 150 II N.174 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV./N.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

MARTEDÌ 30 GIUGNO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



LA PREMIER APRE LA LUNGA CORSA AL DOPO MATTARELLA: TERRIBILE PER UN CERTO ESTABLISHMENT UN PRESIDENTE NON DI SINISTRA

## Meloni prenota il Colle: basta tabù sulla destra

IL RETROSCENA

Quel messaggio  
di Giorgia a Vannacci

ILARIO LOMBARDO

Un presidente della Repubblica di destra. Ieri Meloni ha messo sul tavolo quale è la posta in gioco nelle prossime elezioni. Il parlamento che uscirà dal voto del 2027 decreterà il successore di Mattarella. - PAGINA 3

FEDERICO CAPURSO

Meloni sceglie il salotto "amico" di Nicola Porro, su Rete4, per rivolgersi al suo elettorato. Parla di tutto ma c'è già aria di campagna elettorale. Un voto, quello del 2027, che la premier mette sulla bilancia dichiarando l'obiettivo intorno al quale vuol compattare la destra: «Non è detto che non possa superarsi anche quest'altro grande tabù: avere un Presidente della Repubblica non di centrosinistra». - CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 2 E 3

LA NUOVA LEGGE ELETTORALE

Nodo preferenze  
maggioranza in tilt

ALESSANDRO BARBERA

Complice la festività - ieri a Roma era San Pietro e Paolo - la maggioranza ha preso tempo per trovare un accordo che al momento sembra impossibile. Oggi la legge elettorale arriva in Aula. - PAGINE 4 E 5

Calenda: il premio  
è una forzatura

VALENTINA PETRUCCI - PAGINA 5

Magi: la democrazia  
così è a rischio

ALESSANDRO DIMATTEO - PAGINA 5

TELENOVELA HORMUZ, L'IRAN CHIEDE UN INCONTRO ALLA CASA BIANCA. OGGI WITKOFF E KUSHNER VEDRANNO IL PREMIER DEL QATAR

## Stati Uniti, superpoteri a Trump

La Corte suprema: libero di licenziare i vertici delle agenzie dalla Borsa alle tv. Ma è bocciato sulla Fed

IL COMMENTO

I giudici e gli equilibri  
della democrazia

ALAN FRIEDMAN

Ci sono giorni in cui una Corte Suprema decide delle cause. E ci sono giorni in cui riscrive gli equilibri di una democrazia. Lunedì è stato uno di quei giorni. Nel giro di poche ore, la Corte Suprema degli Stati Uniti ha emesso quattro decisioni destinate a lasciare un segno profondo. Tre rappresentano una netta sconfitta per Trump. La quarta è invece una vittoria storica per la sua idea di presidenza: un potere esecutivo sempre meno limitato. - PAGINA 7

L'ANALISI

La pace a singhiozzo  
nel futuro del Golfo

STEFANO STEFANINI - PAGINA 9

Quei bimbi spezzati  
dalla guerra a Gaza

MAJIDAL-ASSAR - PAGINA 11

SINNER CADE, SI FERISCE E VINCE AL QUINTO SET. IL BRASILE DI ANCELOTTI RECUPERA SUL GIAPPONE



Jannik Sinner ha vinto a Wimbledon contro il serbo Kecmanovic. A destra il coach del Brasile Carlo Ancelotti. - PAGINE 32-37

## Rimonta all'italiana

BARILLA, SANTOPADRE, SEMERARO, SIMONI

LE BANCHE

I nostri risparmi  
e quel patto  
Intesa-Unipol  
su Monte dei Paschi

ANDREA MALAGUTI



"La sfera politica e la sfera economica delle società complesse possono o sostenersi o distruggersi a vicenda"  
Martin Wolf  
("La crisi del capitalismo democratico")

Cena di saluti estivi con amici torinesi. A tavola c'è un importante banchiere, molto vicino all'amministratore delegato di Intesa Sanpaolo, Carlo Messina, e al presidente di Unipol, Carlo Cimbrì. In sostanza i due protagonisti della più sorprendente operazione finanziaria degli ultimi dieci anni. Quella che - salvo improbabili colpi di scena - risolve la guerra del Monte dei Paschi, stabilizza il sistema bancario e finanziario interno e mette al sicuro buona parte del risparmio italiano, "almeno per il prossimo secolo". I toni sono quelli di una chiacchierata amichevole. Ma il banchiere, molto informato, spiega nel dettaglio. - A PAGINA 27

L'AUTOMOTIVE

Crisi Volkswagen  
l'ora delle svendite

SARA TIRRITO

Volkswagen starebbe valutando la cessione o la quotazione in Borsa di Ducati e Lamborghini. L'indiscrezione l'ha rivelata il Financial Times. - PAGINA 25

LA GRAN BRETAGNA

## Kate, la sfida anti-cancro che rianima la monarchia

ELISAGIORDANO

Le monarchie cominciano a indebolirsi quando smettono di produrre significato. In questi giorni, l'immagine che meglio rappresenta parte della Corona britannica proviene dalle montagne del Regno Unito e non da un palazzo o da una cerimonia di Sato. - PAGINA 22



LA POLEMICA

## La pacco tax dell'Europa buona a vendere aria fritta

ASSIANEUMANN DAYAN



Tre sono le cose che nella vita sono certe: la morte, le tasse e l'Ue che monitora la situazione. L'Unione Europea, colta da un leggero sospetto, ha deciso di imporre dei dazi sulle merci provenienti da paesi extra Ue di 3 euro a prodotto, dal momento che chiamarla Temu Tax suonava male. ANGELONE - PAGINE 24 E 27

**CENTRI DENTALI ZANARDI**

PERCHÈ ANDARE ALL'ESTERO?

VIA VALSESIA, 7 28100 NOVARA (NO) • TEL. 0321 182 8313  
INFO@CENTRIDENTAZANARDI.IT • CENTRIDENTAZANARDI.IT



€ 1,40 ANNO 148 - N° 176  
Settimanale di Roma - 1.400.000 copie - L. 68/2004 art. 13 (333 RM)

# Il Messaggero

NAZIONALE



60 43 3  
8 9771129 62240 1

Martedì 30 Giugno 2026 • ss. Primi Martiri

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

**Vittoria ai Nastri d'Argento**

**Barbara Bouchet**  
**«Ritirarmi? Il bello comincia adesso»**

Palazzo a pag. 29



**Wimbledon, piede ferito**

**Sinner più forte del dolore vince al 5° set**

Martucci nello Sport



**Mondiali, Ancelotti avanza**

**Il Brasile soffre Giappone battuto in rimonta al 95'**

Sorrentino nello Sport



**L'editoriale**  
**SE CRESCE LA PRESSIONE FISCALE DELL'EUROPA**

Giuseppe Vegas

La Commissione europea aveva proposto, esattamente nel luglio dello scorso anno, di accrescere il volume del bilancio pluriennale dell'Unione, che contiene le prospettive finanziarie per i prossimi sette anni, dal 2028 al 2034, per portarlo ad un valore complessivo di circa 2000 miliardi per l'intero periodo. Il parlamento europeo ha giudicato la proposta insufficiente. La parola è ora al Consiglio, dove sono rappresentati tutti i governi europei. Una procedura che presenta un doppio vizio di origine: l'unanimità e la naturale propensione dei governi a tener stretto il borsellino non possono che provocare una corsa al ribasso rispetto alle aspirazioni.

Si tratta di una spesa complessiva di poco meno di 300 miliardi l'anno, che rappresenta un incremento di circa il 60 per cento rispetto ai circa 180 miliardi attuali. La crescita è destinata a far fronte a nuove spese, indirizzate prevalentemente alla sicurezza e alla competitività. Tuttavia, sebbene sia rilevante in quota percentuale, nella sostanza non muta la natura alquanto marginale del bilancio comunitario. Infatti, il bilancio dell'Unione equivale a circa l'uno per cento del Pil complessivo dei Paesi europei. Una somma modestissima rispetto a quanto spendono i singoli Stati membri, che impegnano somme che variano tra il 40 e 50 per cento del prodotto di ciascuna nazione. D'altronde, l'Unione Europea non è, allo stato attuale, (...)

Continua a pag. 31

RTARDI DEI VOLI OLTRE LE 2 ORE, DA LUGLIO TEMPI DOPPI PER I TRENI ROMA-MILANO E IL PIANO FS PER L'ESTATE VA AL CDA



## Aerei e treni, ritardi e caos Paese bloccato

Mario Ajello

Non si può viaggiare per piacere, non si può viaggiare per necessità, non si può viaggiare per lavoro e per affari. Sembra di stare negli anni '70 del secolo scorso con tutti questi ritardi nei voli aerei e nei treni. I servizi al potere. Mancano i velivoli e ne servirebbero molti di più e ci sono i treni ma il sistema delle ferrovie è in una situazione di caos gestionale e produttivo che ricorda, appunto, periodi che non andrebbero ripetuti.

Continua a pag. 31

Passengers in attesa alle stazioni di Roma e Milano  
Foto: M. ZENARO  
Evangelisti alle pag. 2 e 3

LA PREMIER: IL PROSSIMO PRESIDENTE NON DEVE ESSERE PER FORZA DI CENTROSINISTRA

## Meloni: destra al Colle? Non è tabù

«Vannacci è come l'opposizione. Non sono anti Usa oggi, non ero inginocchiata ieri»

Ileana Sciarra

Meloni: «Al Colle può cadere l'ultimo tabù»  
A pag. 5

L'analisi

LE POLITICHE 2027  
IL PRIMO TEMPO  
DELLE QUIRINARIE

Ernesto Menicucci a pag. 5

Le inchieste del Messaggero

Fine del Pnrr, spinta all'economia  
l'impatto sulla crescita del Pil

ROMA Oggi la fine del Pnrr, il Piano varato dall'Europa per superare lo shock della pandemia. Grazie ai fondi Ue, Pil più alto dell'1,8%. Ma si potrà arrivare al 2,6% nel 2030.  
Andreoli, Bisozzi e Pira alle pag. 6 e 7

Intervista a Urso

«Si possono fare tagli alla benzina»

Pacifico a pag. 21

Oggi record di città bollino rosso: 25  
Allerta temporali ma l'afa sale  
due anziani morti a Genova

Raffaella Troili

Dopo il caldo l'allerta temporali ma il termometro non scende.  
A pag. 13  
Il commento di Guido Bofo a pag. 13

Violenza familiare

Strage nella casa-rifugio  
6 vittime in Germania

Giasco a pag. 17

Date in adozione

«Sto morendo, fatemi rivedere le mie figlie»  
No del Tribunale

Michela Allegri

Una mamma che perde le figlie, perché in passato ha scelto la strada sbagliata: quella della tossicodipendenza, del degrado. Ma adesso, dopo che le bambine, ora diventate ragazze, sono state adottate, ha scoperto di avere ancora poco tempo da vivere e ha un unico desiderio che la sveglia al mattino e l'accompagna a dormire la notte: rivederle un'ultima volta. I giudici dicono no: è inopportuno.

A pag. 19

### ENERGIA PER LE TUE GIORNATE

FORMULAZIONE SPECIFICA PER ADULTI 50+  
con VITAMINA B12 | MAGNESIO  
E COMPLESSO **actiFu**

16 COMPRESSE  
ECCO IL COMPLESSO **actiFu**

ANCHE IN FLUOROCINI

Il Segno di LUCA

LEONE, ARRIVA L'OTTIMISMO

L'arrivo di Giove nel tuo segno può cambiare davvero tutto. Il pianeta della fortuna e del successo porta ottimismo e buonumore nelle tue giornate, trasformando in positivo il modo di vedere le situazioni e consentendoti di individuare sempre il bicchiere mezzo pieno. Per te l'astro governa anzitutto la creatività e la vita affettiva: la nuova configurazione porta amore nelle tue giornate e ti rende suo ambasciatore presso gli altri.

MANTRA DEL GIORNO  
Il buonumore genera altre regole.  
© IMMOBILIZZAZIONE INNOVATIVA  
L'oroscopo a pag. 31

\* Tariffe per abbonamenti (non accettabili il separamento): nella provincia di Mestre, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,30, la domenica TuttoMessaggero € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero • Giornale dello Sport • Strada € 1,40; nel Molise, il Messaggero • Primo Piano • Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport • Strada € 1,50; "Fiori porta al Mare" • € 0,90 (Roma)



Martedì 30 giugno 2026

ANNO LIX n° 151  
1,50 €  
Santi Primi Martiri della Chiesa romana

Edizione chiana  
088.046.02

# Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica [www.avvenire.it](http://www.avvenire.it)



## Editoriale

### Il nodo delle preferenze e dei listoni RIDARE VOCE AGLI ELETTORI

ANGELO PICARIELLO

Nel 1953 Alcide De Gasperi varò una legge che attribuiva un robusto premio di maggioranza a quel partito che avesse ottenuto, di suo, la maggioranza assoluta dei voti validi. La norma non dovette superare alcun vaglio di costituzionalità, in quanto la Consulta non era ancora operativa. Tuttavia, slungato l'obiettivo alla Dc per una manciata di voti (riportò il 49,8% essa non fu più riproposta, di fatto bocciata, dal verdetto popolare che le fu affibbiato, di "legge truffa". Sta prendendo corpo ai giorni nostri, invece, una norma che vorrebbe conferire alla minoranza più forte, che superi in entrambe le Camere il 25% dei voti espressi, un premio di 70 seggi alla Camera e 35 al Senato così da poter godere di un'ampia fiducia. In pratica, in nome della stabilità, si vorrebbe di fatto dirottare, con legge ordinaria, la centralità della nostra democrazia parlamentare dalle Camere al potere esecutivo, dando pieni poteri a una coalizione o al suo leader, sortetti dal consenso di circa un eleotore su quattro, visti gli attuali livelli di partecipazione al voto. Si fa leva sulla sentenza della Consulta sull'Italicum del 2017, che - è vero - non boccia la soglia minima che era stata inserita del 40%. Tuttavia proprio quella sentenza dovrebbe consigliare di evitare distinzioni estreme del principio di rappresentanza. In presenza di una contesa fra coalizioni che potrebbe decidersi sul filo, infatti, bisognerà spiegare ai cittadini, prima ancora che ai giudici costituzionali, la ragione per cui si ritiene giusto, fra due coalizioni che beneficassero in ipotesi di un consenso sostanzialmente paritario, portare il solo che le separa anche oltre il 20% attribuendo un "pegno di minoranza" che sembra incompatibile con il principio del voto "eguale" stabilito dall'articolo 48.

continua a pagina 7

## Editoriale

### Le sfide estive per genitori e figli ALLENATORI DI TEMPO BUONO

MARCO ERBA

«Prof, adesso che la scuola è finita si piazza il tavolo del divano e si cellulari in mano e non si muove più. Non sappiamo cosa fare». «Prof, non sta facendo niente. Esci con gli amici, vanno a zonzo per la città, si mettono su una panchina del parco fino a sera e non concludono nulla. Siamo preoccupati». Ah! la mano chi non ha mai sentito o detto queste e simili frasi. È vero, l'estate per un adolescente può essere anestetizzante. I lunghi mesi caldi possono trasformarsi in una sorta di letargo, in una spirale di perdita di tempo infinita. In parte ci sta: perdere tempo è nella nostra natura. Senza esagerare però. L'estate degli adolescenti non è solo un tempo fermo. Spesso è fatta di adrenalina, di uscite con gli amici, di amori, di euforia che porta a esplorare il mondo, di avventure e tuffi. E la scuola? E il dovere? Cosa possiamo fare noi adulti per aiutarli a utilizzare questi in mesi in modo il più costruttivo possibile? Una ricetta magica non esiste. Di certo però possiamo lanciare alcune sfide. La prima sfida è proporre con forza attività di volontariato oppure un lavoro. Fare l'animatore in un oratorio o in un centro estivo per un'adolescente è un'esperienza meravigliosa, che fa sperimentare che fatica e bellezza possono stare insieme. Un adolescente animatore torna a casa stremato, ma felice. Ho in mente tanti miei allievi che alla fine dell'estate raccontano con entusiasmo quanto è stato bello stare con i bambini affiatati loro. Bello, divertente, arricchente. Felicità è dare il proprio contributo al mondo, felicità è aprirsi agli altri, felicità è relazione: poche attività come il prendersi cura degli altri lo fanno sperimentare.

continua a pagina 14

**IL FATTO** Delle 1.038 previste attivate 781. Al Nord percentuali di completamento superiori. Bene pure la Sardegna

## Tutte da riempire

Aperte il 70% delle Case di comunità finanziate con i fondi Pnrr, ma il Sud resta indietro. Nonostante l'intesa con i medici mancano migliaia di specialisti e di infermieri per i centri

**CAMBIAMENTO CLIMATICO**

Le piogge non spengono la calura: ancora bollino rosso per 25 città

Dopo una settimana in cui l'Organizzazione mondiale della Sanità ha previsto almeno 1.300 vittime in tutta Europa, oggi in più di una città italiana i termometri faranno registrare temperature oltre i 40 gradi. I capoluoghi "bollino rosso" salgono a 25, contro i 22 di ieri.

Ceredani, Gori e Mira  
a pagina 4

ALESSIA GUERRIERI

Oggi scade il termine previsto dal Pnrr per il completamento delle strutture territoriali pensate per avvicinare i servizi ai cittadini, ma non tutte le regioni hanno raggiunto il target minimo fissato dal piano. Però di quelle finanziate con il Pnrr, oggi ne risultano operative circa il 70%. Raggiunto pochi giorni fa l'accordo collettivo per gestire la presenza del personale medico e infermieristico nelle Case di comunità. I medici obbligati ad almeno 6 ore di servizio a settimana.

Campli a pagina 5

**LIBANO** Bocciate dal premier Nawaf Salam al capo del Parlamento Nabih Berrì: «No a divisioni nazionali»



## A Beirut monta la protesta contro l'intesa con Israele

Eid e Mele a pagina 2

**POLITICA** La sfida sulla legge elettorale. Manifestazione di costituzionalisti

## Meloni prenota il Quirinale «Ma per alcuni è un tabù»

MATTEO MARCELLI

A meno di una settimana dall'intervista alla festa de La Verità, Giorgia Meloni torna a rispondere in pubblico. Il colloquio con Nicola Porro a 10 minuti (su Rete 4), ricalca in gran parte il precedente: le uscite di Mark Rutte e le relazioni con Washington, la spina Roberto Vannucci. Ma stavolta sul piatto arriva anche la posta più alta: il Colle e la successione a Sergio Mattarella. La premier evita di assecondare le voci su una sua candidatura. Ma rileva come «per un

certo establishment» la sola idea di una persona di destra al Colle sia ritenuta «terribile», anche se a suo avviso «non sia più un tabù». Su Rutte torna a chiedere di essere «cauti» e spiega che le ricostruzioni date dal segretario generale della Nato sui voti partiti dall'Italia sono «approssimative». Ancora porte chiuse a Vannucci («non è diverso dalle opposizioni»). E resta la difesa di una legge elettorale che «non avvantaggia nessuno».

Isaveoli a pagina 7

## NUOVE SCOSSE IN VENEZUELA

### Il miracolo degli estratti vivi Mancano cibo e medicine

Spagnolo e Tamburini a pagina 3

**REPORTAGE**

Il triste esodo degli ucraini dalla linea del fronte

Capuzzi (inviata a Odessa) a pagina 11

**SPERIMENTAZIONE**

Al via in 100 istituti il Liceo Matematico

Ferrario a pagina 8

**Corpo**  
Alessandro Diho  
**Corpo (finale)**  
«Venuto il mattino, tutti i capi dei sacerdoti e gli anziani del popolo temerò consiglio contro Gesù per farlo morire». (Mt 27,1). Il corpo di Cristo è ingombrante, scandaloso, la decisione è quella di sbarazzarsene. Sembra trama legata agli eventi di duemila anni fa invece il corpo di Cristo continua a essere scandaloso perché costringe l'amore, per essere credibile, a incarnarsi. Per Cristo l'essenziale non è invisibile agli occhi, al contrario, l'essenziale, cioè l'Amore, va reso visibile nei corpi, ospitato, manifestato. Cristo con il suo corpo non fa altro che celebrare l'umano, mostrando che la carne dell'uomo è lo spazio per

© ANSA/CONTRASTO

**Agorà**

**DIBATTITI**  
Dialoghi a Spoleto  
Il coraggio delle donne tra diritti e cultura  
Giametta a pagina 18

**LETTERATURA**  
Gesualdo Bufalino  
Immagini e ombre di un passato lontano  
Camplone a pagina 19

**CALCIO**  
Tutti i sogni più belli, come le favole Mondiali, finiscono all'alba  
Caprelli a pagina 21

**LUOGHI INFINITI**  
DOVE ABITA LA MUSICA  
Da martedì 7 luglio in edicola e online su abbonamenti.avvenire.it

318  
Luglio 2026

**IL FATTO** Delle 1.038 previste attivate 781. Al Nord percentuali di completamento superiori. Bene pure la Sardegna

# Tutte da riempire

*Aperte il 70% delle Case di comunità finanziate con i fondi Pnrr, ma il Sud resta indietro. Nonostante l'intesa con i medici mancano migliaia di specialisti e di infermieri per i centri*

ALESSIA GUERRIERI

I medici obbligati ad almeno 6 ore di servizio a settimana.

Campisi a pagina 5

Oggi scade il termine previsto dal Pnrr per il completamento delle strutture territoriali pensate per avvicinare i servizi ai cittadini, ma non tutte le regioni hanno raggiunto il target minimo fissato dal piano. Però di quelle finanziate con il Pnrr, oggi ne risultano operative circa il 70%. Raggiunto pochi giorni fa l'accordo collettivo per gestire la presenza del personale medico e infermieristico nelle Case di comunità.

## Case di comunità attive "a metà" Il Sud è in ritardo sulle aperture

ALESSIA GUERRIERI  
Roma

L'accordo con le Regioni e le sigle sindacali dei medici di base ha risolto una delle questioni che preoccupava di più, quella del personale della Case di comunità. Certo che oggi comunque, alla scadenza fissata dal Pnrr per l'entrata in funzione di queste strutture sul territorio nazionale, l'obiettivo non è stato raggiunto in tutte le Regioni. Nonostante l'istituzione nelle ultime settimane di *task force* regionali per dare un impulso a questi ambulatori di prossimità ideati con il compito di portare i servizi più vicini al cittadino, decongestionando in più il Pronto soccorso. Il Pnrr prevedeva 1.350 Case della comunità, poi ridotte a 1.038 con la rimodulazione del 2023. La programmazione concordata con il ministero della Salute è però salita a 1.715 strutture. La quota extra-Pnrr è stata infatti coperta con Fondi di

coesione, Fondo opere indifferibili e risorse regionali o provinciali. L'ultima rilevazione Agenas, resa nota a marzo 2026, conta 781 Case di comunità con almeno un servizio attivo. Ma solo 204 hanno presenza medica conforme al Dm 77/2022 e 216 presenza infermieristica: da qui la stima di oltre 2.500 medici e quasi 7.000 infermieri a tempo pieno mancanti. Un quadro che nelle ultime settimane ha fatto prima saltare il decreto legge per la riforma della medicina territoriale messo in piedi dal ministro della Salute Orazio Schillaci e poi correre ai ripari per scongiurare non solo la perdita dei fondi europei ma anche, e soprattutto, problemi organizzativi per la medicina di base.

Meno di una settimana fa, il 26 giugno, è arrivato il via libera in Conferenza Stato-Regioni dell'accordo collettivo per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la loro presenza nelle Case della Co-

munità. Per i medici già incaricati a tempo indeterminato, che non abbiano accettato il completamento dell'impegno settimanale, viene introdotto l'obbligo di svolgere fino a 6 ore settimanali nelle Case della comunità. Un'attività dovrà essere resa dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle ore 20, presso le sedi indica-

te dall'Azienda. Il compenso omnicomprendente è fissato a 38,72 euro per ogni ora di attività. Un punto, questo, che aveva creato non pochi problemi, poi risolto in una riunione straordinaria il 23 giugno sera tra Regioni e sin-



dacati di categoria Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale) e Fmt (Federazione medici territoriali).

Ad oggi, però, la situazione dell'operatività delle Case della comunità non è così omogenea in Italia - dove in totale risultano operative poco più del 70% - ma con il Nord che viaggia con una percentuale di completamento maggiore e il Sud che arranca, soprattutto in alcune regioni. In Valle d'Aosta sono pienamente operative

tutte e quattro le strutture previste. In Piemonte, dove la programmazione prevede 91 Case di comunità (di cui 82 finanziate con i fondi Pnrr), 78 sono operative e altre 4 lo saranno entro agosto. In Liguria sono tutte regolarmente funzionan-

ti le 32 Case di comunità previste. In Trentino sono aperte 11 delle 14 strutture stabilite, mentre in Alto Adige sono funzionanti 7 su 7 Case di comunità previste. In Emilia si viaggia sull'80% delle strutture realizzate delle 60 previste. In Toscana la situazione è migliore con 54 Case già operative che a giorni diventeranno 70 ed entro la fine dell'anno si toccherà 80 strutture. In Umbria sono previste 25 Case di Comunità (in 23 città) e tutte risultano operative. Nelle Marche il piano prevede 36 strutture totali, ma ad oggi sono aperte 29, prevalentemente con servizi ambulatoriali. Nel Lazio i lavori sono stati completati in 115 Case su 122 previste ed il target minimo è stato comunque raggiunto visto che prevedeva il

completamento di 107 strutture. In Abruzzo la situazione è quasi in dirittura d'arrivo, visto che sono regolarmente aperte 41 delle 43 strutture previste. In Molise sono 9 le Case previste e i lavori per la maggior parte si dovrebbero concludere in questi giorni. Ma dalla Regione assicurano che saranno immediatamente operative, dato che già si dispone del personale necessario.

Scendendo più a Sud la questione si complica. In Campania, ad esempio, ad oggi sono 98 le strutture attive anche se la previsione iniziale era di quasi il doppio, per la precisione 171. In Puglia ad oggi le strutture operative sono 42 e presto dovrebbero salire a 78. In Basilicata va meglio, con 15 Case della comunità funzionanti su 17. In Cala-

bria al momento è stato deliberato il completamento dei lavori di 48 Case di comunità sulle 60 pianificate. In Sicilia ne risultano attive 54 su 146 previste, mentre altre 27 risultano conclusi i cantieri e attendono l'attivazione. In particolare in provincia di Palermo ne risultano operative 35. Di gran lunga più rosea la situazione in Sardegna in cui erano previste 50 strutture e ad oggi ne sono operative addirittura 59, superando quindi il target del Pnrr.

L'accordo collettivo con i medici raggiunto il 26 giugno ha permesso di avere un quadro chiaro per il personale che deve lavorarci. Ma secondo le stime mancano migliaia di specialisti e di infermieri per questi centri

Oggi la scadenza fissata dal Pnrr per queste strutture: delle 1.350 previste inizialmente ne sono aperte 781. Al Nord percentuali di completamento molto superiori. Bene la Sardegna

La nuova casa di comunità "Ridotto" ex Astanteria Martini, a Torino  
/Ansa



AL VIA OGGI IL PROGETTO ALLA BOCCONI

# «Insieme per cure eque e tempestive»

*Venti associazioni di pazienti nell'iniziativa, per superare il divario Nord-Sud e i tempi lunghi*

Un paziente mette i propri referti medici in valigia e prende un aereo verso un'altra regione, sperando che pochi chilometri più in là quella cura della quale ha un disperato bisogno sia già disponibile. Un viaggio forzato che oggi riguarda molti italiani, costretti a spostarsi a causa delle disuguaglianze territoriali e ad attendere comunque in media 14 mesi prima di poter accedere a una nuova terapia innovativa. Una tempistica che grava sulla vita delle persone e sulla tenuta del Servizio Sanitario Nazionale. È per superare questa paralisi, che da oggi oltre 20 associazioni di pazienti - attive in più ambiti, dall'oncologia al cardiovascolare - si riuniscono alla Sda Bocconi School of Management in una nuova tappa del progetto "Pazienti in Agorà", promosso da Novartis dal 2025. Grazie all'aiuto degli esperti della Bocconi, d'ora in poi si daranno alle associazioni strumenti per aiutare le istituzioni a ridisegnare i modelli sanitari misurando il successo sul valore reale della cura attraverso gli esiti clinici, sociali, organizzativi ed economici.

La collaborazione è il valore fondante di "Pazienti in Agorà", parte del progetto "Partner per il Futuro", avviato da Novartis nel 2023 nell'ottica di un'azione condivisa da parte di tutti gli attori verso un obiettivo comune: garantire un accesso equo e rapido alla cura. «Oggi in Italia l'accesso ai farmaci innovativi non è ancora tempestivo. Dalla loro approvazione in Europa, servono in media 441 giorni, con ulteriori differenze a livello regionale. Tempi lunghi e disuguaglianze territoriali rischiano di limitare concretamente il diritto alla salute», commenta ad *Avvenire* Valentino Confalone, amministratore delegato di Novartis Italia. Il progetto sta permettendo dunque alle associazioni di identificare nodi chiave su cui agire, di dare il proprio contributo nella raccolta e analisi dei dati e partecipare ai processi decisionali sul tema avviati dalle istituzioni. «Il passaggio chiave è integrare in modo strutturato nuovi elementi di valutazione: dati real world, qualità della vita ed esperienza concreta delle persone. Questo consente di leggere in modo più completo l'impatto delle terapie. Perché questo avvenga, è fondamentale rafforzare le competenze delle associazioni e prevedere un loro coinvolgimento stabile e formalizzato. È così che possiamo passare da un sistema centrato sulla prestazione a una medicina realmente centrata sul valore per i pazienti», continua l'ad. I temi affrontati nel percorso di lavoro alla Bocconi comprenderanno infatti raccolta e misurazione di dati e indicatori del valore della cura; le dinamiche di interazione e comunicazione con gli interlocutori istituzionali e la partecipazione dei pazienti ai processi relativi all'innovazione,

a partire dalla ricerca. Perché la chiave, precisa Confalone, è cambiare il metro di misura: «Il valore di un'innovazione terapeutica parte sicuramente dai dati clinici di efficacia e di sicurezza ma si deve completare con aspetti che valutano il valore economico-sociale di un farmaco, come ad esempio il numero di ricoveri ospedalieri o accessi al pronto soccorso, minori costi per la gestione di complicanze, migliore qualità di vita, con riflessi sulla produttività in termini lavorativi e sociali». Sarebbe un nuovo paradigma sanitario, a fronte di sistemi di monitoraggio e di bilancio delle regioni che fanno ancora fatica a quantificare i benefici trasversali. «In questo contesto, la crescente integrazione dei dati sanitari - spiega ancora l'ad -, anche attraverso le iniziative avviate dal ministero della Salute per costruire un ecosistema nazionale dei dati, rende oggi possibile utilizzare in modo più sistematico evidenze real world per misurare il valore complessivo delle terapie». Un processo che interpella anche Novartis, che in questa direzione «ha avviato diversi progetti sul territorio per supportare l'evoluzione dei modelli di monitoraggio». È urgente, inoltre, avere «agilità nei processi decisionali, semplificazione, digitalizzazione e un quadro regolatorio stabile e prevedibile, che sono prerogative chiave di un sistema in grado di attrarre investimenti e garantire un accesso tempestivo ed equo all'innovazione». Per esempio, il Testo Unico della Farmaceutica «richiede un'accelerazione, con l'apertura quanto prima del tavolo tra ministero della Salute e ministero di Economia e Finanza, regioni e industria, per arrivare rapidamente a soluzioni condivise e concrete per il sistema e per i pazienti». Per Confalone, in definitiva, diventa sempre più rilevante orientare in modo efficace le risorse disponibili, privilegiando gli ambiti dove possono generare il maggiore valore per i pazienti e per il sistema, ossia, innanzitutto l'innovazione. «Il contributo più importante che possiamo dare resta quello di mantenere il focus sui bisogni dei pazienti e rafforzare la collaborazione tra tutti gli attori del sistema salute», conclude l'ad pensando al ruolo che può avere l'industria farmaceutica, in iniziative come quella avviata in Bocconi ma non solo, a fianco di pazienti e istituzioni.

ELISA CAMPISI

Confalone, amministratore delegato Novartis Italia: «L'accesso ai nuovi farmaci qui richiede in media 441 giorni dalla loro approvazione europea, è un limite per il diritto alla salute»

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



# Case di comunità al via: aperture al rush finale, l'incognita dei medici

**La scadenza.** Già 900 strutture certificate sulle 1.038 previste, ma il ministero ne stima circa 1.200. Schillaci: «Ora lavoriamo pancia a terra sul personale»

## Marzio Bartoloni

Il traguardo è vicinissimo anzi praticamente raggiunto: oltre mille e trecento tra Case e ospedali di comunità sono ufficialmente aperte in tempo per il triplice fischio finale fissato per oggi dall'Europa come scadenza per spendere i tre miliardi stanziati con il Pnrr per costruire queste nuove strutture della Sanità del territorio.

Il termine del 30 giugno fissato da Bruxelles prevedeva infatti come target minimo l'apertura di almeno 1038 Case di comunità e 307 Ospedali di comunità e i dati su cui in queste ore stanno facendo le verifiche i tecnici del ministero della Salute fanno respirare un'aria di cauto ottimismo sul raggiungimento del risultato. Sotto la lente le strutture che hanno dichiarato la piena operatività con la raccolta dei documenti che continuerà anche nei prossimi giorni - solo per le Case di comunità sono oltre 17mila le "carte" attese per l'invio a Bruxelles - ma gli ultimi numeri ufficiali sono positivi: se a metà giugno le Case di comunità per le quali le Regioni avevano dichiarato ufficialmente l'operatività erano poco più di 800, venerdì scorso si era arrivati a quota 900 che fa presagire il raggiungimento del target delle 1038 strutture sul filo di lana. Anzi i tecnici della Salute stimano che si potrebbe superare il target europeo raggiungendo subito le 1200 aperture complessive (in cantiere, ma senza scadenze precise, ce ne sono oltre 1700 in tutto di Case di comunità). Di scorso molto simile per gli Ospedali

di comunità che venerdì scorso erano già arrivati a quota 290 a fronte di un target di 307, insomma anche qui la meta è davvero a un passo.

Per questo al ministero della Salute si tira un sospiro di sollievo come dimostra anche la soddisfazione del ministro Orazio Schillaci che al Sole 24 ore spiega come si sia «lavorato tanto su questo target. Siamo sempre stati ottimisti. Il lavoro che stiamo facendo è di affiancamento delle Regioni e di monitoraggio continuo. Ringrazio le strutture del ministero per il grande impegno, ma anche i territori. La sfida del Pnrr era grande e troppo importante per sprecare l'occasione. Questo Paese quando vuole sa essere unito e può puntare dritto all'obiettivo. Ora lavoriamo pancia a terra sul personale. Abbiamo chiuso l'intesa con i medici di medicina generale, ma dobbiamo scrivere tutti insieme convintamente una nuova pagina per la medicina territoriale».

Ecco proprio l'accordo con i medici di famiglia andato in porto in extremis che prevede fino al massimo sei ore di impegno settimanale nelle Case di comunità con turni di non meno di 3 ore per quei dottori che non sono già impegnati nel distretto potrebbe essere la spina nel fianco. Il nodo come mostrano i monitoraggi di Agenas è riuscire a popolare queste strutture di personale e servizi - a dicembre scorso solo il 4% delle Case di comunità aveva tutti i servizi a regime - e la retromarcia del Governo sul decreto di riforma che prevedeva anche la dipendenza per i medici di famiglia da assoldare per le nuove strutture potrebbe far rischiare il flop a più di una Casa di comunità. L'accordo potrebbe non bastare come ha spie-

gato nei giorni scorsi l'assessore al Welfare della Lombardia Guido Bertolaso che l'ha definito un «pannicello caldo» visto che al momento solo il 17% della presenza di camici bianchi è garantita dai medici di famiglia: «Proveremo a far applicare l'accordo arrivato in zona cesarini. Se entro la fine di quest'anno qualcosa si potrà realizzare sarà un gran risultato, ma noi ci contiamo poco e intanto ci siamo organizzati in modo diverso per dare il personale alle nostre Case di comunità».

L'altro nodo della nuova Sanità territoriale potrebbe essere lo scarto tra Regioni del Nord dove si contano più strutture già operative e quelle del Sud che è in ritardo o ha target più bassi. Solo per quanto riguarda le Case di comunità al 30 Giugno la Lombardia ne conta già 186 operative mentre il Veneto ben 102 o il Lazio con 115 attivate contro a esempio le 42 attive della Puglia e le 48 messe in cantiere in Calabria di cui ancora non è nota l'operatività mentre in Sicilia le case di comunità attive risulterebbero 54 su 146 previste, mentre altre 27 risultano concluse e sono in via di attivazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Rischio scarto tra Regioni del Nord dove si contano più strutture già operative e quelle del Sud che è in ritardo**



## Veneto, Trento e Toscana al top nel gestire risorse Sanità Il ranking del Crea

Il Veneto si conferma al vertice del ranking "economico-finanziario" con un indice di performance pari al 64%, seguito dalla Provincia Autonoma di Trento (62%) e dalla Toscana (61%). Queste Regioni dimostrano una gestione efficiente delle risorse, con una spesa sanitaria pubblica pro-capite che si avvicina ai livelli medi europei e una spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata che riflette un buon equilibrio tra costi e qualità dei servizi. Al contrario, le Regioni del Sud, come Calabria (36%), Sicilia (35%) e Molise (31%), continuano a registrare i

livelli più bassi, evidenziando difficoltà strutturali nella gestione economica del sistema sanitario. Tuttavia, si osserva un miglioramento della performance in alcune di queste aree, come la Calabria, che ha registrato un incremento significativo nel periodo 2019-2025. È questo uno dei risultati che emerge dal XIV Rapporto «Opportunità di tutela della Salute: Le Performance Regionali», curato dal C.R.E.A. Sanità dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata che sarà presentato domani. Tra le novità di questa

nuova edizione c'è il fatto che il Rapporto introduce quest'anno la valutazione della percezione di miglioramento oltre alla soddisfazione attuale dei cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I PROGETTI DI AGENAS

## Telemedicina e Kit: cure a casa a 60mila anziani

Un'assistenza sanitaria domiciliare sempre più capillare per gli over 80 con almeno una patologia cronica, possibile grazie agli strumenti della telemedicina, come ad esempio tablet semplificati, misuratori della pressione collegati via bluetooth, kit di telemonitoraggio dei parametri e, soprattutto, l'interconnessione tra le varie figure di riferimento, tra cui medici di medicina generale, infermieri di famiglia e comunità, specialisti e operatori del Terzo settore. È l'obiettivo del progetto «Grandi anziani», tramite il quale l'Agenas, l'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali, ha selezionato 58 iniziative, su 146 domande pervenute, che beneficeranno di un finanziamento di 150 milioni del Pnrr, per ridurre isolamento, declino cognitivo, emotivo e motorio e, soprattutto, favorire l'aderenza alle terapie degli over 80. L'intervento coinvolgerà circa 60mila grandi anziani (24.937 al Nord; 17.478 al Centro e 17.585 al Sud). «È giusto che con il Pnrr siano finanziati anche servizi, non solo infrastrutture - ha dichiarato Angelo Tanese, direttore generale dell'Agenas -. I progetti coinvolgeranno le Regioni e le Asl, con l'obiettivo di trasformare la sperimentazione in nuovi modelli di servizio». Tra i progetti primi in graduatoria per il Nord è stato illustrato quello della Liguria, che punta alla presa in carico con telemedicina e un Kit domiciliare, composto da un tablet semplificato, un saturimetro, uno sfigmomanometro Bluetooth e un promemoria

per assumere le pillole al momento debito. Per l'area Centro il progetto di Tor Vergata di Roma, che prevede la personalizzazione degli interventi grazie a un modello che integra nonitoraggiamento attivo territoriale a un'infrastruttura avanzata di raccolta e analisi dei dati per identificare i soggetti a maggior rischio. Per il Sud, il progetto della Federico II di Napoli punta a una rete operativa stabile che integra Asl, medici di medicina generale, farmacie, ordini professionali e infrastrutture digitali regionali. Infine, sempre per il Sud il progetto di Ares Sardegna prevede l'attivazione di équipe multiprofessionali territoriali che collegano Aziende sanitarie, Case della Comunità, medici di medicina generale, Comuni e Terzo Settore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Investimenti nella sanità e attrazione dei giovani: due leve per lo sviluppo

**Politiche regionali.** Il presidente de Pascale: «Adesso che i conti sono stati messi in ordine il sistema della salute ha di nuovo riserve da spendere»

Pagina a cura di  
**Alessandro Cicognani**

La sanità dell'Emilia-Romagna prova a uscire dall'emergenza dei conti e a tornare su un terreno di programmazione. Dopo un disavanzo vicino ai 200 milioni nel 2024 e un 2025 chiuso con un rosso di 50 milioni, il 2026 è l'anno in cui via Aldo Moro punta al pareggio. Michele de Pascale, presidente della Regione da fine 2024, rivendica il passaggio più delicato della sua prima fase di mandato: mettere in sicurezza il servizio sanitario regionale senza arretrare sul modello pubblico. «Assumendoci anche il rischio di esserci sbagliati, possiamo dire che la sanità regionale chiuderà il 2026 finalmente in pareggio».

Il punto di partenza è la lunga coda del Covid. La pandemia ha alzato in modo strutturale l'asticella della spesa sanitaria, in Emilia-Romagna come nel resto del Paese, mentre le risorse straordinarie che avevano sostenuto il sistema si sono progressivamente esaurite. «Quando il rubinetto dei finanziamenti statali si è chiuso, si è inevitabilmente generato un buco di bilancio» ricostruisce de Pascale. Da qui la scelta, politicamente costosa, di intervenire su più leve: addizionale Irpef, ticket farmaceutico, Irap e bollo auto. «Mi rendo conto che a volte si debbano prendere decisioni che rischiano di risultare impopolari, ma non potevamo più permetterci di non avere il ticket sulla farmaceutica» dice il presidente, ricordando che l'Emilia-Romagna era rimasta l'unica Regione del Centro-Nord senza questa compartecipazione. Dentro que-

sta cornice si colloca il rafforzamento del Fondo regionale per la non autosufficienza, con una dotazione indicata in 568,2 milioni e incrementi progressivi rispetto al bilancio precedente. È uno dei capitoli più sensibili, perché riguarda una popolazione che oggi conta circa 220mila persone non autosufficienti e che nei prossimi vent'anni potrebbe salire fino a 370mila. «Abbiamo la fortuna di avere il fondo per la non autosufficienza più grande d'Italia - sottolinea de Pascale -. Prima una parte rilevante era coperta da Roma, oggi sono quasi tutte risorse regionali».

La partita, però, non è solo fiscale. La Regione rivendica anche una razionalizzazione della spesa nei presidi ospedalieri e una maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse. La rete è ampia e complessa: grandi ospedali provinciali, strutture intermedie, medicina territoriale, case della comunità. «Avere i conti in ordine non è facile», osserva il presidente. La sanità regionale 2026 parte da una programmazione da 10,2 miliardi, con 8,3 miliardi destinati alle aziende sanitarie e 1,9 miliardi distribuiti su azioni vincolate. Il passaggio decisivo è ora trasformare l'equilibrio dei conti in capacità di investimento.

Se il sistema tiene, ragiona de Pascale, può tornare a investire: completare le opere Pnrr (attualmente all'80%), dare continuità al piano ospedaliero, rafforzare la medicina di prossimità, alleggerire la pressione sugli ospedali e ridurre i costi impropri generati da ricoveri troppo lunghi o da risposte territoriali insufficienti. «Adesso che i conti sono stati messi in ordine, la sanità emiliano-romagnola ha di nuovo riserve da spendere», dice. Ma il quadro resta fragile, perché nel 2025 lo Stato non ha coperto l'inflazione, mentre per il 2026

ha garantito almeno questa copertura. «Speriamo che decida di fare lo stesso anche nel 2027».

La seconda gamba della strategia riguarda i giovani. L'Emilia-Romagna continua ad attrarre competenze alte grazie a un sistema produttivo che può contare su grandi marchi come Ferrari, Lamborghini, Ducati, Barilla e Technogym.

La Regione ha lanciato un bando da quattro milioni per portare dottori di ricerca nelle imprese, sostenendo progetti legati all'assunzione di nuovi talenti. «Sono arrivate 38 domande e ad oggi ne sono già state formalizzate 15 - spiega De Pascale -. Inserire ricercatori e ricercatrici dentro il tessuto produttivo è sempre fondamentale». Sulle alte competenze, però, il presidente invita a non leggere la mobilità solo come fuga. «Le esperienze e le contaminazioni fuori dai confini sono parte integrante del percorso di carriera di un ricercatore».

Il nodo più difficile è un altro: trattenere e attrarre giovani lavoratori in una regione dove il costo della vita, soprattutto a Bologna, rischia di diventare una barriera all'ingresso. Già oggi chi vince bandi pubblici nel capoluogo spesso preferisce rifiutarli per via del caro mattone. «Per troppo tempo si è pensato che quello della casa fosse solo un tema di mercato, ma è anche politico» afferma de Pa-



scale. La risposta passa dal piano regionale da 300 milioni, costruito anche attraverso il rapporto con la Banca europea per gli investimenti, per rigenerare patrimonio pubblico inutilizzato e aumentare gli alloggi a canone calmierato. A questo si aggiunge il tema delle foresterie aziendali. «Bisogna cambiare mentalità: l'abitazione può diventare un pezzo del welfare aziendale», dice. Alcune aziende hanno iniziato a muoversi in

autonomia, ma per far funzionare un sistema complesso, «serve un quadro normativo che distingua le foresterie dagli affitti ordinari». Quella che si dice, *conditio sine qua non*.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### MODELLO PUBBLICO

#### La sanità regionale

La sanità è il cuore della manovra regionale: dopo un disavanzo di circa 200 milioni nel 2024 e un rosso ridotto a 50 milioni nel 2025, ora la sanità emiliano romagnola punta al pareggio nel 2026. Un risultato reso possibile da interventi diretti sulle imposte, sui ticket farmaceutici, ma anche sull'efficientamento dell'intero sistema. La rete vale 11,5 miliardi e tiene insieme grandi ospedali provinciali, presidi intermedi, case della comunità e medicina territoriale. La visione di Michele de Pascale è difendere il modello pubblico, razionalizzando la spesa e usando risorse regionali per finanziare ciò che lo Stato non copre. E si torna anche a parlare di investimenti

**Grande successo del bando per portare dottori di ricerca nelle imprese e promuovere l'assunzione di talenti**



**MICHELE DE PASCALE**  
Presidente della Regione Emilia-Romagna

#### Eccellenze.

L'Ospedale Maggiore di Bologna è il secondo del comprensorio per dimensione (circa 900 posti letto), dopo il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi



# 220mila

#### PERSONE FRAGILI

Sul Fondo per la non autosufficienza la Regione investe 568,2 milioni, per una platea oggi stimata in 220mila persone



Il rapporto Caritas sulla povertà indica un peggioramento nell'accesso alle cure per i fragili

## ESSERE POVERI SIGNIFICA ESSERE ANCHE PIÙ MALATI PERCHÉ LA SANITÀ IN ITALIA STA DIVENTANDO ESCLUSIVA

GABRIELE PAGLIARICCIO

**P**iù poveri, più malati. È questo il quadro che emerge dal Report statistico nazionale 2026 "La povertà in Italia" recentemente pubblicato dalla Caritas Italiana.

Sono dati che provengono da 3.520 centri distribuiti in 206 diocesi italiane (pari al 94,5% del totale), presenti in tutte le 16 regioni ecclesastiche d'Italia: si tratta di 282.539 persone accompagnate dai servizi Caritas Italia con un aumento, rispetto al 2024, dell'1,7% delle persone seguite.

Si consolida di fatto una condizione di fragilità che il Report descrive «non più come una condizione transitoria legata a crisi circoscritte, ma come una realtà che tende a protrarsi nel tempo, alimentata dal susseguirsi e dall'intrecciarsi di shock economici, geopolitici, sanitari e ambientali».

In un contesto segnato da profonde disuguaglianze sociali, difficoltà abitative e fragilità relazionali che alimentano fenomeni di crescente isolamento, assumono un rilievo sempre maggiore anche i bisogni sanitari: il 16,1% delle persone accompagnate dalla Caritas ha presentato problematiche lega-

te alla salute.

La Caritas segnala che nel 2025 gli interventi di sostegno sanitario hanno superato quota 76 mila. Le richieste più frequenti riguardano la distribuzione e l'acquisto di farmaci, seguite dal supporto per visite specialistiche, esami diagnostici e altre prestazioni sanitarie. Si tratta di ambiti nei quali la risposta del servizio pubblico risulta spesso insufficiente. Numerosi farmaci prescritti da medici specialisti, infatti, sono classificati in fascia C e rimangono interamente a carico dei pazienti. È il caso, ad esempio, dei medicinali per le patologie vascolari, per i quali la spesa mensile può raggiungere anche 50 euro. L'ambito odontoiatrico rappresenta un'altra criticità: ormai da molto tempo le cure odontoiatriche sono ad appannaggio del privato ma la maggior rappresentazione del ceto povero comporta che anche una semplice cura della carie possa diventare una spesa insostenibile.

Ma la quantità di interventi sanitari descritti nel report è fortemente sottostimata provenendo solamente dai centri di ascolto della Caritas e non dagli ambulatori solidali che afferiscono alla Caritas stessa. Si tratta di strutture nate per rispondere ai bisogni di salute che il SSN non riesce a gestire: erogano gratui-

tamente servizi sanitari a chi non ha la possibilità economica di usufruirne. Nella sola regione Marche ne sono presenti 13 - di cui 10 gestiti nell'ambito Caritas - che nel 2025 hanno erogato circa 10.000 interventi sanitari.

I numeri raccontano una situazione in peggioramento: secondo gli ultimi dati Istat, quasi 5,8 milioni di persone, pari al 9,9% della popolazione, hanno rinunciato almeno una volta a una visita specialistica o ad un esame diagnostico. Solo nel 2023 la quota si fermava al 7,6%, segno di un incremento significativo che evidenzia le crescenti difficoltà di accesso alle cure. La diretta conseguenza di questo disagio ha comportato l'enorme innalzamento della spesa privata per la salute - la cosiddetta *out of pocket* - che si attesta a circa 920 euro/anno per cittadino (fonte Ocse 2024).

Dal report emerge con forza come la salute non possa essere considerata esclusivamente una questione sanitaria. I bisogni sanitari sono molto spesso direttamente connessi al disagio sociale: è quest'ultimo, spesso conseguente alle difficoltà economiche, ad essere il perno regolatore delle necessità di salute.

Oltre ai fondamentali vincoli di natura economica, emergono fattori meno visibili ma altrettanto deter-

minanti, legati alle disuguaglianze informative, relazionali e culturali. Tra queste la difficoltà di molte persone di comprendere a quali servizi e prestazioni abbiano diritto e come potersi accedere e la complessità nell'interagire con le procedure burocratiche sempre più complesse e digitalizzate.

Senza contare che nel contesto del bisogno sanitario esiste un'ampia area di fragilità invisibili e difficilmente intercettabili. È il cosiddetto "bisogno grigio" che rappresenta un vero e proprio fattore di amplificazione delle fragilità sanitarie. Comprende tutte quelle persone che, pur necessitando di assistenza, non riescono ad entrare in contatto con i servizi sanitari. Si tratta spesso dei soggetti più vulnerabili della società: le persone senza dimora, gli anziani soli, i cittadini extracomunitari e coloro che risiedono in territori in condizioni di marginalità.

La fotografia restituita dal rapporto Caritas è estremamente impietosa: un'Italia in cui il diritto alla salute risulta sempre più interconnesso alle condizioni economiche e sociali, alla capacità di orientarsi tra i servizi ed alle competenze digitali. Una sfida che interroga non solo il sistema sanitario, ma l'intero sistema di welfare.



**CAMBIAMENTO CLIMATICO**

## Le piogge non spengono la calura: ancora bollino rosso per 25 città

Dopo una settimana in cui l'Organizzazione mondiale della Sanità ha previsto almeno 1.300 vittime in tutta Europa, oggi in più di una città italiana i termometri faranno registrare temperature oltre i 40 gradi. I capoluoghi "bollino rosso" salgono a 25, contro i 22 di ieri.

**Ceredani, Gori e Mira**

a pagina 4

# Il bollino rosso arriva in 25 città d'Italia «Neppure le piogge porteranno sollievo»

ANDREA CEREDANI

**L**e previsioni non lasciano spazio a interpretazioni: dopo una settimana in cui l'Organizzazione mondiale della Sanità ha stimato statisticamente almeno 1.300 morti in più in tutta Europa dovuti all'innalzamento delle temperature, oggi in più di una città italiana i termometri faranno registrare ancora temperature oltre i 40 gradi. I capoluoghi "bollino rosso" salgono a 25, contro i 22 di ieri: sono questi i centri in cui, secondo il ministero della Salute, si registreranno «possibili effetti negativi sulla salute di persone sane e non solo su anziani, bambini piccoli e malati».

Negli ultimi cinque giorni, oltre 400 persone hanno chiamato il numero verde del ministero della Salute; le telefonate al 118 sono aumentate del 15%, con una crescita del 10% dei codici rossi. Solo l'altroieri in Lombardia si sono registrati oltre 11.000 accessi ai pronto soccorso per colpi di calore. E nel Ferrarese e nel Ravennate, stretti nella morsa del gran caldo, i lavoratori della Vsg Plant Sirio e della Marcegaglia hanno dato vita a uno sciopero climatico. Eppure, le previsioni meteorologiche per i prossimi giorni sembrano confortare gli

italiani: arriveranno piogge e temperature più basse, soprattutto nelle regioni del nord Italia, almeno per qualche giorno. A Firenze e Milano sono già scattate le allerte gialle per temporali. Ma non è una notizia per cui tirare davvero un sospiro di sollievo: «I temporali in arrivo non segnano la fine della "emergenza caldo" - sostiene Fabrizio Pregliasco, direttore della scuola di specializzazione in Medicina preventiva alla Statale di Milano, commentando le previsioni -. Il brusco passaggio tra masse d'aria molto calde e aria più fresca può generare situazione di particolare criticità, anche sanitaria. È tutto molto coerente con gli effetti del cambiamento climatico». In altre parole, dopo settimane di caldo, incombono piogge che rischiano anche di essere torrenziali. Negli scorsi anni, quando è successo, le precipitazioni hanno messo in crisi i letti dei fiumi, i campi inariditi dalla siccità e gli asfalti delle strade urbane. Oltre ai danni, miliardari nelle regioni del Centro, si sono contate anche decine di vittime. Non si tratta, però, di una emergenza: è l'altra faccia, o forse la stessa, del cambiamento climatico.

Non significa che i temporali sia-

no un effetto diretto del gran caldo, ma che si tratta in fondo dello stesso evento estremo. A ribadirlo, pochi mesi fa, è stata una ricerca pubblicata sulla rivista *Npj Climate ad Atmospheric science* firmata da Bruno Merz, che guida il Centro di ricerca tedesco per le geoscienze. Lo studio ha mostrato una relazione evidente tra le ondate di calore umide e le precipitazioni estreme registrate nei giorni successivi alla canicola. Dopo picchi simili a quelli registrati negli scorsi giorni in Italia, cioè, le chance di grandi piogge aumentano mediamente del 20-40%, con effetti ancora peggiori nelle città costiere. Il meccanismo è semplice e assomiglia a un circolo vizioso: un'atmosfera più calda trattiene più vapore acqueo, con una crescita del 7% per ogni grado in più. Di conse-



guenza, grandi ondate di caldo umido sono la premessa di temporali e grandinate. L'aria della canicola, di fatto, è la stessa aria degli acquazzoni. La ricerca pubblicata su *Npj* li definisce "compound events", ovvero eventi concatenati: non esistono più, cioè, eventi estremi isolati ma solo gli anelli, collegati tra loro, della catena del cambiamento climatico. Dopo i danni del caldo, il pericolo arriva dai temporali. In Italia il copione si è ripetuto spesso e non sempre i bacini idrici, le strade e i campi si sono rivelati pronti a tollerare le grandi piogge. Nel luglio del 2023, in tutto il nord Italia, temporali e grandinate hanno fatto quasi un miliardo di euro di danni tra auto distrutte, tetti danneggiati e campi devastati. In quel caso, dopo giorni di temperature oltre i 35-38

gradi e alcune notti tropicali, erano arrivate piogge intense e raffiche di *downburst*. Si tratta di folate di vento temporalesche che scendono molto rapidamente dalle nubi e che, toccato il suolo, si diffondono in tutte le direzioni. In Veneto, in particolare, erano anche caduti chicchi di grandine fino a quasi venti centimetri di diametro, tra i più grandi mai documentati in Europa. In altre occasioni, nel centro Italia, il caldo e l'umidità avevano provocato alluvioni e frane che avevano causato decine di vittime e danni multimiliardari. Che la canicola e i temporali siano, in fondo, lo stesso evento estremo lo mostrano anche gli effetti che hanno sui nostri corpi. In entrambi i casi - acquazzoni e ondate di calore - pericolosi. «Il caldo estremo aumenta

il rischio di disidratazione - spiega Pregliasco -, colpi di calore, peggioramento delle patologie cardiovascolari e respiratori». Ma l'arrivo di aria più fresca non è sempre un toccasana: «Anzi, i temporali possono determinare un peggioramento della qualità dell'aria e favorire crisi respiratorie nei soggetti predisposti, come chi soffre di asma o allergie».

Le previsioni parlano di precipitazioni in arrivo, ma i ricercatori spiegano che «è un'altra faccia dello stesso evento estremo, innescato dal cambiamento climatico» Pregliasco: «I temporali non segnano la fine dell'emergenza, sono coerenti con la crisi»

Negli ultimi cinque giorni si sono registrate 400 chiamate al numero verde del Ministero. Al pronto soccorso i codici rossi sono cresciuti del 10%. Alcuni operai hanno dato vita allo "sciopero climatico"



Cittadini e turisti cercano refrigerio dalle temperature record in piazza del Duomo, a Milano / Ansa



Servizio Corte Costituzione

## **Gravidanza: stop a norme penalizzanti per le candidate al diploma di medicina generale**

Bocciate le norme che impongono di recuperare il periodo di formazione perso in ragione dello stato di gravidanza con ricadute su anzianità e professione

*di Pietro Verna*

29 giugno 2026

L'articolo 24, comma 5, del decreto legislativo n.368 del 1999 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli) che impone alle aspiranti al diploma in medicina generale di recuperare il periodo di formazione perso in ragione dello stato di gravidanza produce un «indebito ritardo» nella trasformazione dei contratti da tempo determinato a tempo indeterminato con il Servizio Sanitario Nazionale con ricadute permanenti sull'anzianità di servizio e sulle condizioni di esercizio della professione.

Lo ha stabilito la Consulta (sentenza n. 76 del 2026) che ha dichiarato la norma incostituzionale, nella parte in cui non prevede che il diploma, conseguito nella prima data utile dopo il recupero del periodo di sospensione per gravidanza e maternità, sia equiparato a quello ottenuto nella sessione ordinaria dagli altri partecipanti.

### **La sentenza**

La questione di costituzionalità era stata sollevata dal Tar Lazio in riferimento agli articoli 3, 31, 32 e 37 della Costituzione, che salvaguardano rispettivamente il principio di uguaglianza e di pari opportunità, la famiglia, la salute e la protezione della madre e del bambino. In particolare, il Collegio aveva ritenuto la norma in contrasto con l'articolo 25, comma 2-bis, del codice delle pari opportunità tra uomo e donna, secondo cui «costituisce discriminazione» ogni trattamento che, «in ragione del sesso [o] dello stato di gravidanza pone il lavoratore in almeno una delle seguenti condizioni: a) posizione di svantaggio rispetto alla generalità degli altri lavoratori; b) limitazione delle opportunità di partecipazione alla vita o alle scelte aziendali; c) limitazione dell'accesso ai meccanismi di avanzamento e di progressione nella carriera».

### **Tesi che ha colto nel segno**

La Corte costituzionale, da un lato, ha richiamato l'articolo 15 della direttiva 2006/54/CE del 5 luglio 2006 (Attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego) secondo cui «alla fine del congedo di maternità, la donna ha diritto di riprendere il proprio lavoro o un posto equivalente secondo termini e a beneficiare di eventuali miglioramenti delle condizioni di lavoro che le sarebbero spettati durante la sua assenza». Dall'altro, ha statuito che la sospensione dell'attività formativa, finalizzata a proteggere la salute della donna e l'interesse preminente del bambino, non può

riflettersi negativamente «sulla posizione della donna lavoratrice che, per effetto sospensione, subisce un immediato pregiudizio nel suo rapporto di lavoro parasubordinato». Ragion per cui «la diversità di trattamento fra le donne che devono sospendere il corso per gravidanza e maternità e gli altri iscritti al medesimo corso non trova alcuna legittima giustificazione».



Servizio Lgbtq+

## Transizione di genere: in Italia l'accesso dipende ancora dal luogo di residenza

Nel Paese ci sono centri altamente specializzati per i percorsi di affermazione di genere, ma manca una rete nazionale strutturata secondo l'Iss

*di Ilaria Potenza*

29 giugno 2026

Per una persona transgender che decide oggi di intraprendere un percorso di affermazione di genere in Italia, il primo ostacolo può essere geografico prima ancora che clinico. Nel nostro Servizio sanitario nazionale non esiste infatti una rete strutturata di servizi dedicati al quesito clinico in questione. Sono attivi invece centri nati grazie all'iniziativa di singole équipe multidisciplinari, distribuiti in modo eterogeneo sul territorio e caratterizzati da modalità organizzative differenti.

Negli ultimi anni la domanda di presa in carico dei pazienti è cresciuta, mentre l'offerta pubblica continua a concentrarsi su un numero limitato di strutture specialistiche adeguate alla loro accoglienza. È quanto emerge dalla mappatura dei centri realizzata dall'Istituto superiore di sanità (Iss), che delinea il profilo delle principali realtà attualmente in funzione. Tra queste rientrano il Careggi a Firenze, il Cidigem di Torino, la Sapienza e il Policlinico Gemelli a Roma, oltre a strutture universitarie e ospedaliere presenti a Padova, Bologna e Bari. Si tratta di unità che nel tempo hanno costruito équipe multidisciplinari in grado di integrare competenze endocrinologiche, psicologiche, psichiatriche, ginecologiche, urologiche e chirurgiche, secondo gli standard clinici oggi riconosciuti a livello internazionale.

### Il percorso di presa in carico

Nello specifico, la fase iniziale della presa in carico è generalmente affidata a un inquadramento utile alla definizione del bisogno di salute e alla stabilizzazione del cammino di cura dei pazienti. Segue la valutazione endocrinologica, che consente l'eventuale avvio della terapia ormonale affermativa, con monitoraggi periodici dei parametri metabolici, ormonali e cardiovascolari. E in una parte dei casi il percorso prosegue con interventi chirurgici, che possono includere procedure sul torace o sugli organi genitali. La distribuzione territoriale di questi servizi però non è omogenea. Dalla rilevazione dell'Iss emerge che alcuni centri garantiscono una presa in carico multidisciplinare completa, mentre altri offrono soltanto singole prestazioni specialistiche o consulenze mirate. In molte aree del Paese inoltre, soprattutto al di fuori dei principali poli universitari, l'accesso ai percorsi richiede spostamenti significativi, alimentando fenomeni di mobilità sanitaria che raramente emergono nelle statistiche ufficiali ma che rappresentano una componente strutturale dell'esperienza di molti utenti.

Le differenze diventano poi particolarmente evidenti osservando i tempi di accesso ai servizi. I dati pubblicati nelle schede dei centri censiti dall'Iss mostrano una notevole variabilità già nella fase iniziale della presa in carico. Al Policlinico Gemelli di Roma l'accesso alla prestazione psicologica e psicoterapeutica viene indicato in circa quindici giorni, mentre le consulenze endocrinologiche richiedono mediamente un mese. Al San Raffaele di Milano le attese dichiarate oscillano tra quindici e trenta giorni per le principali valutazioni multidisciplinari. Il centro "6ComeSei" della Sapienza di Roma indica circa ventotto giorni per l'avvio del percorso psicologico. In altre realtà, tuttavia, le attese risultano sensibilmente più lunghe. Presso Careggi, uno dei principali punti di riferimento nazionali, la presa in carico psicologica può richiedere fino a cinque mesi, mentre quelle endocrinologia e psichiatria si attestano intorno ai due mesi e alcune consulenze genetiche possono persino richiedere tre mesi per l'erogazione.

## **Il percorso in Italia**

La variabilità non riguarda soltanto le liste d'attesa. Cambiano anche la composizione delle équipe, il livello di integrazione tra le diverse professionalità e le modalità con cui il paziente viene accompagnato lungo il percorso. Nei centri più strutturati la presa in carico si sviluppa attraverso un approccio multidisciplinare consolidato che coinvolge psicologi, psicoterapeuti, endocrinologi, genetisti, ginecologi, urologi, sessuologi e, quando necessario, specialisti della medicina della riproduzione. In altre realtà il percorso risulta più frammentato e richiede il coinvolgimento di servizi diversi non sempre coordinati tra loro. Questa differenza organizzativa può incidere non soltanto sui tempi, ma anche sulla continuità dell'assistenza e sulla capacità di accompagnare il paziente nelle diverse fasi del percorso clinico.

Sul piano economico, invece, le prestazioni vengono generalmente erogate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e sono soggette al pagamento del ticket secondo le regole regionali vigenti, salvo eventuali esenzioni. Tuttavia il costo diretto delle visite rappresenta soltanto una parte dell'onere complessivo sostenuto dagli utenti. Per chi vive lontano dai principali centri specializzati, la necessità di spostarsi comporta spese aggiuntive legate ai trasporti, ai pernottamenti e alle giornate di lavoro perse. A queste si aggiunge, in molti casi, il ricorso a prestazioni private per abbreviare i tempi di attesa o accedere più rapidamente a figure professionali specializzate. Si tratta di costi difficili da quantificare a livello nazionale ma che contribuiscono a rendere meno uniforme l'accesso effettivo alle cure.

## **Disuguaglianze territoriali e limiti dei dati**

La fotografia restituita dall'Iss mostra dunque un sistema che ha sviluppato competenze cliniche avanzate ma che continua a presentare elementi di frammentazione organizzativa. Da un lato esistono centri di eccellenza riconosciuti, capaci di offrire percorsi articolati e multidisciplinari. Dall'altro permane una forte dipendenza dalle risorse e dalle scelte organizzative dei singoli territori. È una caratteristica che riflette, in parte, le differenze storiche del regionalismo sanitario italiano, ma che assume particolare rilevanza in un ambito ad alta specializzazione come quello dell'affermazione di genere. Occorre però ricordare che la fotografia riportata dall'Iss è parziale. Mancano infatti dati nazionali completi e omogenei che permettano di descrivere in modo sistematico i volumi reali di accesso, gli esiti clinici e la durata complessiva dei percorsi di affermazione di genere. Le informazioni disponibili derivano soprattutto dalla mappatura dei singoli centri e da rilevazioni organizzative, che appaiono in ogni caso lacunose e che non consentono ancora una lettura pienamente standardizzata del fenomeno.

Nel frattempo il sistema delle competenze continua comunque a crescere. L'Istituto superiore di sanità segnala di aver formato circa dieci mila operatori sanitari nell'ambito delle attività dedicate alle persone transgender e ai percorsi correlati. Un dato che testimonia un investimento

significativo nella formazione professionale e nella diffusione delle conoscenze cliniche. La crescita delle competenze, tuttavia, procede più rapidamente della costruzione di una rete uniforme di servizi. La distanza tra questi due processi rappresenta oggi una delle principali sfide organizzative per il Servizio sanitario nazionale. Parliamo di uno squilibrio che chiama più in generale in causa uno dei principi cardine del sistema sanitario pubblico, vale a dire la capacità di garantire condizioni di accesso omogenee indipendentemente dal luogo di residenza. Perché oggi la qualità e la rapidità della presa in carico continuano a dipendere in misura significativa dal territorio di provenienza del paziente. E in un sistema universalistico, è una differenza che resta difficile da ignorare.

# COLPO DI COVID

**MOSSA A SORPRESA IN COMMISSIONE: BIGNAMI CONVOCATO, ANDRÀ IN AUDIZIONE. FDI: CONTE FACCIA ALTRETTANTO**

*di Maurizio Ferrini*

Colpo di scena in Commissione Covid: il gruppo di Fdi ha chiesto l'audizione del capogruppo alla Camera Galeazzo Bignami, oggi componente della Commissione, affinché possa riferire sulle vicende della pandemia di cui è stato protagonista come parlamentare impegnato nelle battaglie per ottenere gli atti del governo Conte e del ministero della Salute. Per rendere possibile la sua audizione, Bignami ha annunciato le dimissioni dalla Commissione, eliminando così qualsiasi profilo di incompatibilità.

Un guanto di sfida politica, ma anche un esempio, per Giuseppe Conte, che continua invece a sedere nell'organismo parlamentare e di farsi audire non ha alcuna intenzione. "In relazione ai lavori della Commissione d'inchiesta sul Covid il gruppo di Fratelli d'Italia ha richiesto l'audizione del deputato Galeazzo Bignami, oggi componente della stessa Commissione, per audirlo in riferimento alle vicende legate alla pandemia di cui è stato testimone principale", si legge nella nota diffusa dai parlamentari di Fdi. Tra i temi sui quali Bignami potrà essere ascoltato figurano le richieste di accesso agli atti sui contratti di acquisto delle mascherine, i verbali della task force e il Piano pandemico nazionale. Proprio

quei dinieghi opposti dall'allora ministro della Salute Roberto Speranza diedero origine ai ricorsi amministrativi promossi dallo stesso Bignami, conclusi con le sentenze del Tar del Lazio che obbligarono il ministero alla pubblicazione del Piano pandemico e dei verbali della task force. "Dando seguito alla richiesta avanzata nella Commissione d'inchiesta sul Covid di audirmi nell'ambito dei lavori della stessa, comunico di aver appena provveduto a presentare le mie dimissioni da componente della Commissione", afferma Bignami.



## IL DRAMMA DEI SENZA TETTO

# «Gli sfollati hanno bisogno di acqua, cibo e medicinali salvavita»

VINCENZO R. SPAGNOLO

«Grazie a Dio, la furia del terremoto ci ha risparmiato. Ma abbiamo perso tutto: siamo rimasti senza casa, senza scorte di cibo, senza medicine. E dobbiamo cercare di restare in vita...». In coda davanti a una farmacia di Caracas, la señora Gabriela descrive le difficoltà di chi, da cinque giorni, ha visto crollare le certezze di una vita sotto il maglio del sisma. Se i numeri delle vittime e dei dispersi, finora 70mila, vanno via via definendosi, quello dei potenziali sfollati rimasti senza un tetto è ancora incerto. «Continuano le scosse di assestamento, finora oltre 500, e ciò rende la gente estremamente nervosa e ansiosa - ci racconta l'ingegnere Feliciano De Sanctis -. Con altri colleghi, stiamo visitando gli edifici che hanno sofferto danni non strutturali. E cerchiamo di spiegare agli abitanti di non agitarsi. Ma poco fa c'è stata una scossa forte ed è arduo chiedere alle persone di restare calme...».

Jesus Pérez Fau, architetto sessantenne, sta cercando di dare una mano insieme alla famiglia: «Sono stato a La Guaira con mia nipote, per cercare di recuperare alcuni dei suoi beni», ci dice al telefono, anche se nella zona costiera dello Stato Vargas, fra cumuli di

macerie, attività di ricerca e strade pattugliate, non è semplice muoversi. «La popolazione venezuelana si è mobilitata in modo straordinario per quanto riguarda cibo e medicinali - prosegue l'architetto -. Le mie figlie, che studiano all'Università cattolica Andrés Bello, fanno volontariato. E si sono già recate due volte nella zona. L'altra sera anche la loro mamma e la madre di un'altra compagna di corso sono andate a distribuire cibo». Data la gravità del sisma e l'entità della distruzione, gli sforzi principali si concentrano sul salvataggio di eventuali sopravvissuti, spiega ancora Jesus: «Una mia nipote ha trascorso gli ultimi tre giorni insieme al marito nell'edificio in cui i suoceri sono rimasti intrappolati, sgomberando le macerie a mani nude. Poi un privato cittadino ha pagato di tasca sua il noleggio di escavatori per rimuovere i detriti».

Un episodio che fa comprendere perché stia montando la rabbia di molti venezuelani, infuriati con le autorità per la carenza e la lentezza della macchina dei soccorsi. In molti lamentano le carenze nella distribuzione di viveri, acqua e medicinali. «Siamo solo all'inizio e i bisogni continuano ad aumentare», considera Andreas Spaett, responsabile dei programmi di Medici Senza Frontiere in Venezuela. Le loro équipe continuano a prepa-

rare e distribuire kit medici di emergenza destinati agli ospedali che curano i feriti: «Ad oggi, 8 ospedali a Caracas e La Guaira hanno ricevuto forniture sufficienti a coprire i bisogni terapeutici di circa 3.500 pazienti. Essendo l'unica Ong internazionale operativa presente fin dalle prime ore successive al disastro, Msf è riuscita a colmare gravi carenze di forniture quando gli ospedali avevano esaurito le loro scorte di emergenza».

Spaett spiega che ora si sta «pensando a come intervenire nelle prossime settimane, perché continuiamo a vedere persone sfollate che vivono in luoghi improvvisati». Chi ha perso la casa, dice il responsabile di Msf, «cerca cibo, acqua, ripari. Stiamo organizzando e pianificando cliniche mobili in diversi grandi parchi e stadi di Caracas, dove vediamo radunarsi migliaia di persone, per dare loro assistenza sanitaria di base». E, conclude, «non dobbiamo dimenticare i bisogni di salute mentale: cercheremo di fornire supporto psicologico alle persone traumatizzate».

I volontari  
come Jesus e  
la sua famiglia  
portano viveri  
e farmaci a chi  
è per strada  
Msf Venezuela  
progetta di  
allestire «alcune  
cliniche mobili  
negli stadi  
e nei parchi»



## *Frontalieri, tassa salute rischia rinvio alla Consulta*

La cosiddetta “tassa sulla salute dei frontalieri” è, tecnicamente, una quota di compartecipazione al Ssn introdotta dall’art. 1, commi 237-238, L. 213/2023 e rivolta ai residenti che lavorano in Svizzera, ai frontalieri che hanno esercitato il diritto di opzione per l’assicurazione svizzera e ai loro familiari a carico; essa si innesta sul coordinamento con la Svizzera via Alcp e Reg. (Ce) n. 883/2004/987/2009, che garantisce l’accesso in Italia tramite modello S1 e rimborsi tra istituzioni. La quota è fissata in misura non inferiore a 200 euro per ogni mese lavorato, con raddoppio in caso di omesso pagamento o comunicazione, e criteri e modalità demandati a decreto del Ministero della salute/Mef; il versamento è alla Regione di residenza del soggetto obbligato.

Sul piano critico, l’importo fisso interroga l’art. 53 Cost. in tema di capacità contributiva, perché il prelievo prescinde da reddito e consumo sanitario effettivo, collegandosi allo status lavorativo; inoltre affiora il rischio di doppio finanziamento: le Asl già ricevono rimborsi tramite S1 ai sensi del Reg. 883/2004, cui ora si aggiunge la nuova compartecipazione regionale, senza un esplicito meccanismo di compensazione ex ante.

Il profilo della non discriminazione nell’Alcp merita

attenzione: l’S1 garantisce prestazioni “come se assicurati” nel Paese di residenza; un onere selettivo a carico dei frontalieri che hanno optato per la copertura svizzera potrebbe essere scrutinato per proporzionalità e compatibilità con l’assetto di coordinamento; la Cassazione ha, in ogni caso, riaffermato la tutela dei diritti sociali nel quadro del Reg. 883/2004, senza mettere in discussione discipline nazionali conformi al coordinamento.

La tenuta costituzionale dipenderà dall’attuazione regionale e dall’allineamento ai Lea e al coordinamento della finanza pubblica: destinazione vincolata alla copertura di prestazioni, trasparenza dei flussi e coordinamento con i rimborsi S1 attenuano i rischi di irragionevolezza; in difetto, la misura potrebbe essere valutata alla luce dell’art. 117 Cost., della giurisprudenza sui Lea e dell’autonomia finanziaria regionale delineata dalla riforma del federalismo.

Samuele Valente

— © Riproduzione riservata — ■



*Il fine-vita può avvenire per via naturale, per suicidio, per suicidio assistito, per eutanasia*

# Il fine vita torna alla Consulta

*Che aveva già invitato il Parlamento a legiferare*

DI GIOVANNI COMINELLI

**L'**udienza pubblica tenuta martedì 23 giugno dalla Corte costituzionale, cui hanno partecipato fisicamente o on line pazienti sia favorevoli all'assistenza al suicidio sia contrari, e la petizione sottoscritta da 270 medici su Change.Org intitolata «Suicidio assistito: non una cura, ma la fine del rapporto medico-paziente», che si oppone alla legiferazione in questo campo, hanno rinfocolato il dibattito sul fine-vita.

Il fine-vita può accadere in quattro modi: per via naturale, per suicidio, per suicidio assistito, per eutanasia. Quanto al suicidio (in Italia ne avvengono circa 4.000 all'anno, con un incremento di quelli degli adolescenti) occorre distinguere tra quello autoinflitto e quello «assistito». La Chiesa cattolica condanna da sempre il suicidio, il suicidio assistito e l'eutanasia, perché la vita è un dono di Dio e possiede una dignità intrinseca dal concepimento fino alla morte naturale. Questa posizione è ribadita nel Catechismo della Chiesa Cattolica (N. 2276/2279 e 2280/2283) e nella Lettera «Samaritanus Bonus» del 2020.

**I casi di suicidio assistito non sono stati molti, ma alcuni piuttosto clamorosi: Eluana Englaro, fine anni '90, Piergiorgio Wel-**

**by** nel 2006 e altri a seguire fino ai nostri giorni: **Libera** marzo 2026, **Silvano** marzo 2026, **Stefano** aprile 2026, dopo ricorsi, interventi e contro-interventi della magistratura ordinaria e delle Regioni interessate.

L'effetto finale è stato l'allungamento delle sofferenze delle persone coinvolte. Essi hanno evidenziato le contraddizioni tra le prescrizioni etiche, quelle giuridiche e la condizione reale di uomini e donne. Si dice «assistito», perché la persona vuole porre fine ad una vita fatta di sofferenze fisiche e psichiche, ma non dispone più dei mezzi né per vivere né per morire.

È eticamente giustificata e giuridicamente fondata la sua eventuale richiesta di essere aiutata a morire? Ne conosco una, da anni. Faceva l'idraulico. Dal 2019 un incidente stradale l'ha reso immobile. Il cervello funziona, ma solo dal collo in su. Sente le parole, ma non è in grado di rispondere. Muove le palpebre (aperte vogliono dire SI, chiuse vogliono dire No; se lo sguardo si concentra su una delle lettere dell'alfabeto che compaiono sullo schermo di un computer, riesce a comporre brevi messaggi. **Luca Coscioni** riusciva anche a sintetizzare una voce.). Nessuna funzione fisiologica attiva: non è in grado di deglutire. Essendo un uomo di cinquant'anni, in piena forza e salute fisica, ha davanti la prospet-

tiva di passare i prossimi quarant'anni della sua vita come gli ultimi sette. Ha l'intelligenza di un uomo, ma la mobilità di una pianta.

Che cosa ha impedito finora a quest'uomo di non rinnovare dal profondo della sua disperazione im-

mobile e impotente la richiesta di morire? Solo la rete degli affetti familiari e amicali. Ma non tutti hanno questa fortuna. Domanda: ha diritto una persona in tali condizioni di porre fine ad un dolore esistenziale insopportabile? La mia risposta è sì tanto sul piano etico quanto su quello del diritto fondamentale all'autodeterminazione.

**Donde la necessità di modificare l'art. 580 del Codice penale**, che recita: «Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni».

Un conto è istigare al suicidio e un conto è dare un aiuto a chi consapevolmente lo chiede. Il Parlamento non l'ha tuttora modificato, anche se la Corte costituzionale nella sentenza n. 242



del 2019 e nella sentenza 135 del 2024 lo ha dichiarato parzialmente anti-costituzionale e ha definito quattro condizioni sostanziali, perché l'assistenza al suicidio non sia punibile.

**È invece un'altra storia quella dell'eutanasia.** Ed è perciò un errore e una mistificazione ideologica far coincidere il suicidio assistito con l'eutanasia. Poiché gli anziani aumentano di numero, aumentano le patologie, tra cui il decadimento cognitivo. Così sono sempre più frequenti i casi di malati terminali, spesso gravemente sofferenti, incapaci di decidere consapevolmente di sé. In questo caso, sono i familiari, il personale medico o assistenziale a decidere al posto loro.

È qui, in quest'area-limite, che potrebbe farsi strada

«una cultura dello scarto», secondo l'espressione di **papa Francesco**, che tenda a liberarsi facilmente dei deboli e dei vulnerabili e che potrebbe portare lo Stato ad assecondare troppo facilmente chi vuole liberarsi del fastidio e dei costi dell'assistenza ai malati terminali o, al limite, troppo anziani.

Serve allora una nuova legge? C'è una contro-indicazione: se lo Stato fa una legge e inventa nuove procedure burocratiche, se poi la Magistratura interviene e contro-interviene, alla fine nasce un'industria giuridica di leggi e di circolari applicative nazionali e regionali, per la quale la protezione della vita umana diventa solo un pretesto, non il fine.

Dietro alle ten-

denze omni-giuridicizzanti, che pretendono di normare tutte le dimensioni dell'esistenza, comprese quelle più intime e più radicali, sta l'illusione che il Diritto possa sostituire la Morale. Se manca un'etica familiare, sociale e professionale, è illusorio pensare che la Legge possa riempire il vuoto.

*Un caso: nessuna funzione fisiologica attiva: non è in grado di deglutire. Essendo un uomo di cinquant'anni, in piena forza e salute fisica, ha davanti la prospettiva di passare i prossimi quarant'anni della sua vita come gli ultimi sette. Ha l'intelligenza di un uomo, ma la mobilità di una pianta*

***Che cosa ha impedito finora a quest'uomo di non rinnovare dal profondo della sua disperazione la richiesta di morire? Solo la rete degli affetti familiari e amicali. Ma non tutti hanno questa fortuna. Domanda: ha diritto una persona in tali condizioni di porre fine ad un dolore esistenziale insopportabile? Secondo me, sì***

***Ben diverso è il caso dell'eutanasia. Potrebbe farsi strada «una cultura dello scarto», secondo l'espressione di papa Francesco, per liberarsi facilmente dei deboli e dei vulnerabili e che potrebbe portare lo Stato ad assecondare chi vuole liberarsi del fastidio e dei costi dell'assistenza ai malati terminali o, al limite, troppo anziani***



Anziani (ma non solo) e il sistema sociosanitario  
 Il «metodo» di Fondazione Don Gnocchi  
 Parla Maria Cristina Messa, direttrice scientifica

# Cronicità e cura Per la presa in carico la sfida dei territori

di **Paolo Foschini**  
**Parole d'ordine?**

«Prevenzione, cura, presa in carico».

**Come si fa?**

«Non sarà facile. In un sistema strutturato per prestazioni che si occupano delle singole fasi acute, con pazienti costretti a saltare da un posto all'altro, costruirne uno fondato sulla presa in carico della persona nel suo insieme è una faccenda complessa. Ma è possibile. In Don Gnocchi è il nostro metodo. Anche grazie alla tecnologia. Abbinata alla ricerca».

Firmato Maria Cristina Messa, ministra dell'Università e della ricerca con Draghi, direttrice della Bicocca e oggi direttrice scientifica di Fondazione Don Carlo Gnocchi, a settant'anni dalla scomparsa dell'ex cappellano militare che la inventò dal niente per curare mutilati di guerra e che adesso vedrebbe la sua creatura gestire ogni anno 16 mila ricoveri, 357 mila persone seguite in ambulatorio o a domicilio, tremila in residenze o centri diurni. Il resto dei numeri è la foto di una società che in Italia invecchia al ritmo di 600 mila nuovi over 65 ogni

anno con le malattie che ne seguono a partire dalla più cronica di tutte che ci aspetta al varco fin dalla nascita e si chiama vecchiaia: tutti dati presentati durante un incontro dedicato appunto al «Metodo Don Gnocchi», promosso da *Corriere Buone Notizie* con la Fondazione.

**In che consiste il metodo?**

«Lo dicevo prima: seguire le persone sul territorio, in modo costante».

**E diceva che la tecnologia aiuta.**

«È uno strumento fondamentale. Basta pensare alle possibilità della teleriabilitazione che dal 2020 al 2025 ha consentito 70 mila trattamenti in nove regioni».

**Difficoltà?**

«La principale è il superamento delle diversità: un sistema digitale richiede piattaforme comuni che si parlino tra loro e se vuoi metterlo in piedi in regioni diverse devi prima uniformare l'alfabeto. Finora siamo riusciti a farlo in sette regioni su nove, ma il lavoro continua».

**In Italia una persona su quattro ha più di 65 anni.**

«E un milione e mezzo supera gli 85, è stata usata la parola tsunami per descrivere l'impatto sul sistema. Soprattutto, ripeto, in relazione alla cronicità delle malattie che con l'età riguardano sempre meno il singolo organo e

sempre più la persona nel suo insieme. Con l'aggravante di quelle altre due malattie che non stanno nei manuali ma sono patologie sociali a tutti gli effetti e non si curano in corsia: solitudine e povertà».

**E quali sono le cure?**

«Quelle che si creano unendo aspetto sanitario e aspetto sociale per formare un reale sistema sociosanitario, con la condivisione di dati e fascicoli. Il che tra l'altro è la premessa per sfruttare al meglio una risorsa preziosa come l'intelligenza artificiale».

**In che senso?**

«Nel senso che l'intelligenza artificiale combina dati. Trova correlazioni, in modo velocissimo, tra ambiti diversi. Ma questa velocità richiede che anche le scelte della politica non restino indietro».

**Per esempio?**

«Nella disomogeneità di cui parlavo, per esempio. O nel fatto che nei Livelli essenziali di assistenza, i famosi Lea, figurino ancora voci molto antiche e superate mentre altre nuove non vi siano ancora entrate. E poi ci sono due aspetti ulteriori, che non sono medici né propriamente poli-



tici ma impattano eccome sulla cura dei pazienti».

**Quali?**

«Uno è quello organizzativo, da *case manager*. Perché compito della ricerca e della tecnologia applicata alla medicina è trovare cure e terapie, ma fare arrivare quella tecnologia e quella terapia al letto del paziente è tema di organizzazione. L'altro è il tema della quotidianità».

**Cioè?**

«Cito il caso del progetto Teseo, a proposito di fusione tra sanitario e sociale, che ha messo insieme Don Gnocchi

con altre cinque realtà per seguire 200 pazienti e 400 caregiver in tutto ciò di cui avevano bisogno, dall'assistenza domiciliare al fare i documenti per l'invalidità, all'accompagnamento nei centri diurni... Ecco: occorre trasformare progetti come questo in prassi regolari, via via normali. I progetti servono a dimostrare che una cosa si può fare. Poi bisogna farla sempre».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Condivisione dei dati**

«Aspetti sanitari e sociali vanno uniti per formare un reale sistema sociosanitario»



L'evento organizzato da Fondazione Don Gnocchi con Corriere Buone Notizie: relatori la direttrice scientifica Maria Cristina Messa e i professori Sergio Harari e Stefano Paleari

**Attività**



● La Fondazione Don Gnocchi è presieduta da don Enzo Barbante, mentre direttore scientifico è Maria Cristina Messa (foto) Fra le tante attività oltre a ricoveri, ambulatori, domicilio, residenze e centri diurni, c'è anche la ricerca scientifica con oltre 260 pubblicazioni e 145 studi attivati nel periodo 2024-2025



# «Crispr ha una seconda vita: curerà il pianeta, non solo le persone»

L'intervista  
**Jennifer Doudna**

Premio Nobel per la Chimica

**Francesca Cerati**

**S**ono sempre stata una ribelle. Lo dice con una semplicità disarmante Jennifer Doudna, biochimica all'Università di Berkeley, Premio Nobel per la Chimica 2020 e cofondatrice dell'Innovative Genomics Institute (Igi). È stata tra i protagonisti della prima edizione del Woma Forum a Milano. Nata alle Hawaii, cresciuta leggendo La doppia elica di Watson regalatele da suo padre, ha scelto di occuparsi dell'Rna quando tutto il mondo scientifico guardava al Dna, e da quella scelta periferica è nata la rivoluzione Crispr, la forbice molecolare che può rimuovere o sostituire porzioni di Dna. Oggi questa tecnologia non serve solo a correggere geni malati: punta a riscrivere il metabolismo dei bovini per ridurre le emissioni di metano. Una seconda vita inaspettata, che dice molto su come funziona davvero la scienza.

**Il primo farmaco Crispr in meno di 12 anni dalla scoperta. Si aspettava una simile velocità?**

No, sono sinceramente sorpresa. È straordinario: il farmaco approvato usa esattamente la stessa proteina enzimatica su cui io ed Emmanuelle Charpentier stavamo lavorando anni fa. Un esempio perfetto di come la scienza più fondamentale possa trasformarsi in qualcosa di applicato quando c'è l'intuizione giusta e la determinazione per svilupparla. Ovviamente non è bastata la scienza: ci sono voluti accademici, aziende, investitori, pazienti disposti a partecipare ai trial clinici, medici coraggiosi e regolatori aperti. Tutti insieme. Questo mi rende molto ottimista sul futuro. Detto ciò, la terapia è ancora costosa e richiede di estrarre cellule dal paziente, modificarle in laboratorio e reinfonderle. Non è semplice né accessibile a tutti.

**Il passo successivo è la terapia in vivo, modificare il Dna**

**direttamente dentro il corpo.**

**Quanto siamo lontani?**

L'Igi ha già generato 31 aziende per un valore di circa 9 miliardi di dollari. Alcune, come Azalea o Scribe Therapeutics, stanno lavorando esattamente su questo: cellule antitumorali che si formano nel paziente da una singola infusione, o terapie per le malattie cardiovascolari. La capacità di somministrare Crispr in vivo è assolutamente la chiave per espandere il suo uso ben oltre le malattie rare. Esistono già terapie che modificano le cellule del fegato tramite iniezione, perché il fegato è naturalmente raggiungibile dal circolo. Nei prossimi anni vedremo progressi reali anche in campo neurologico - Parkinson, Alzheimer - anche se raggiungere il cervello resta una sfida enorme. Parliamo di alcuni anni, forse non moltissimi.

**Il suo laboratorio lavora anche sull'editing del microbioma bovino per ridurre le emissioni di metano.**

**Una seconda vita per Crispr**

È partito circa cinque anni fa, intorno al 2021. Alcuni scienziati dell'UC Davis avevano osservato che cambiare la dieta dei bovini alterava il microbioma intestinale e riduceva la produzione di metano. Il problema è che una dieta speciale ha costi insostenibili per la maggior parte degli allevatori. Allora abbiamo pensato: e se usassimo Crispr per modificare geneticamente i batteri nell'intestino dei bovini, una volta sola, in modo permanente? Non è il mio laboratorio a farlo direttamente, è un team dell'Igi. Abbiamo appena fatto nascere 24 vitelli che stiamo trattando con Crispr, monitorando le loro emissioni di metano nel tempo. Siamo fiduciosi. Il cambiamento climatico richiede soluzioni concrete, e questa può essere una.

**Sull'intelligenza artificiale: ottimista o cauta?**

Entrambe le cose. L'AI accelera

enormemente il lavoro tecnico:

analisi di grandi dataset, scrittura di report, stesura di codice. I miei studenti a Berkeley sono entusiasti, e risparmiano moltissimo tempo. Ma la biologia è straordinariamente complicata, più faccio ricerca, più me ne rendo conto. Non credo che l'AI porterà idee davvero innovative, almeno non nel prossimo futuro, perché per farlo avrebbe bisogno di dati estremamente precisi e affidabili che ancora non esistono in quantità sufficiente. L'intuizione umana resta insostituibile. Quello che mi aspetto è che l'AI liberi tempo agli scienziati per concentrarsi sulle domande che contano.

**Negli Usa i tagli ai fondi Nih stanno preoccupando. C'è rischio di fuga di cervelli?**

Siamo in un momento molto delicato. C'è una fazione che non riconosce il valore del finanziamento pubblico alla ricerca, e questo mi sembra in parte un fallimento nostro - degli scienziati - nel comunicare l'importanza del lavoro che facciamo. Per ogni dollaro investito dal Nih, l'economia americana genera 2,5 dollari di ritorno: aziende create, vaccini sviluppati, malattie un tempo incurabili che oggi si trattano. Vedo alcuni studenti mettere in discussione il loro futuro negli Stati Uniti, ma molti altri restano, convinti di poter far parte di un cambiamento positivo. Io sono ottimista di natura, e dico sempre ai miei studenti: ogni sfida nasconde un'opportunità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Biomedicale fucina di brevetti: Mirandola terzo polo al mondo

**Distretti**  
Dispositivi medici

In Emilia-Romagna il biomedicale vale 512 imprese, oltre 14.500 occupati e 131 milioni investiti in ricerca e innovazione. Ma il dato che racconta meglio la forza del settore è forse un altro: nel distretto di Mirandola (Modena), terzo polo biomedicale al mondo e primo in Europa, il tasso di innovazione arriva al 41,7%, quasi tre volte la media nazionale. È qui che la manifattura sanitaria regionale sta provando a trasformare competenze, brevetti e tecnologie in una piattaforma industriale sempre più strategica, in un 2026 segnato da nuove tensioni sulle filiere globali e da una domanda crescente di salute. «Il settore dei dispositivi medici è strategico non soltanto per la salute pubblica, ma anche per la competitività industriale europea» osserva Fabio Faltoni, presidente di Confindustria dispositivi medici. La posta in gioco, aggiunge, è ormai industriale e geopolitica insieme: «Competitività industriale e sicurezza sanitaria coincidono sempre di più». Per questo Mirandola resta un osservatorio privilegiato: multinazionali, Pmi specializzate, competenze regolatorie e ricerca convivono in pochi chilometri.

Fresenius HemoCare Italia rappresenta il volto globale del distretto. Lo stabilimento di Mirandola

produce filtri sangue ed è, all'interno del gruppo, un sito unico per questa tecnologia. Nel 2025 ha chiuso con 53 milioni di euro di fatturato, quasi interamente legato all'export, e conta circa 380 collaboratori. «Più di un quarto delle donazioni di sangue nel mondo viene trattato con i nostri filtri» spiega Luca Ferraresi, amministratore delegato di Fresenius HemoCare Italia. La crescita, però, passa dagli investimenti. «Negli ultimi anni abbiamo continuamente investito in tecnologia e abbiamo diversi progetti aperti» sottolinea Ferraresi. Il lavoro si concentra su automazione, digitalizzazione, intelligenza artificiale e reskilling. In reparto ci sono linee in cui il prodotto passa dall'assemblaggio al pallet finito senza essere toccato. «Essere semplicemente efficienti non è più sufficiente».

Se Fresenius racconta la dimensione multinazionale, G21 mostra quella imprenditoriale e brevettuale. Nata a San Possidonio dall'intuizione di Filippo Foroni sui cementi ossei, l'azienda produce dispositivi per ortopedia e applicazioni spinali, venduti in quasi 70 Paesi. «Il primo esperimento lo feci pesando 21 grammi di polvere: da lì è nato il nome e l'idea che mettiamo l'anima in tutto quello che facciamo», racconta Foroni, ceo e co-founder. G21 ha

chiuso il 2025 con 11,3 milioni di fatturato e punta a 20 milioni nel 2026, spinta soprattutto dagli Stati Uniti, che già valgono circa metà dei ricavi. La leva è la ricerca: «Investiamo quasi il 20% del fatturato annuo in ricerca e sviluppo e ogni anno lanciamo un dispositivo nuovo». Il quadro regionale si inserisce in un settore nazionale che oggi vale 13 miliardi. La produzione ha raggiunto 7,8 miliardi e l'export 5,1 miliardi. In Emilia-Romagna oltre metà degli addetti ha un titolo universitario o post-universitario e il 9% lavora in ricerca e innovazione. Perché è il capitale umano, insieme ai brevetti, a fare del distretto una delle infrastrutture industriali più sensibili per la sanità del futuro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Più sonno e meno stress Come riposare bene durante le notti tropicali (e a quale temperatura)

I consigli: ventilazione o aria condizionata tra 24 e 26 gradi

di **Valentina Santarpia**

**1** Dopo le notti tropicali e super tropicali di questi giorni ci svegliamo più stanchi, nervosi, meno attenti, più ansiosi, addirittura tristi. Perché succede?

«È normale, quando la temperatura sale al di sopra dei 26 gradi si riduce il sonno profondo, quello a onde lente, durante il quale ci riposiamo, mettiamo in ordine le nostre emozioni, facilitiamo il consolidamento dei nostri aspetti cognitivi. Invece quando fa caldo il sonno si frammenta, con tanti piccoli risvegli, e con ogni grado oltre i 26 l'effetto si moltiplica».

**2** Perché?

«Biologicamente durante la notte andiamo incontro a un abbassamento della temperatura: ma con queste temperature il corpo non riesce ad attuare la possibilità di disperdere calore, anzi. Se è troppo caldo, lo acquisisce, invece che perderlo, e questo disturba il sonno».

**3** Ci sono categorie particolarmente vulnerabili?

«Sì, le persone anziane, che

tendono a bere poco, i bambini, la popolazione femminile, chi ha problemi di diabete o cardiocircolatori».

**4** Come ci si difende?

«Aumentando la ventilazione, che riduce l'umidità: va bene anche quella artificiale, come quella del ventilatore. Se abbiamo l'aria condizionata, si può impostarla tra i 24 e i 26 gradi, anche con la funzione deumidificatore. Se ci si vuole rinfrescare, si può fare una doccia un'ora-due prima di

andare a dormire. Un altro accorgimento riguarda l'abbigliamento: non è consigliabile stare nudi, o completamente scoperti, anche perché, essendo fisiologica la riduzione della temperatura corporea, con l'aria condizionata rischiamo di avere piccolissime sensazioni di freddo. Meglio indossare un pigiama di cotone traspirante, e coprirsi con un piccolo lenzuolo se si è più suscettibili».

**5** Le lenzuola rinfrescanti possono essere utili?

«Se sono prodotti di cotone che facilitano la traspirazione vanno benissimo, non fanno rimanere la pelle umida».

**6** Il riposo può aiutare?

«È importante non rivoluzi-

zionare troppo la routine della

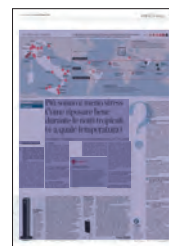
giornata, al massimo ci si può concedere la pennichella di 10-20 minuti. E non assumere caffè o altre sostanze energizzanti. Appena ci si sveglia è bene esporsi alla luce del sole per bloccare gli effetti della melatonina».

**7** Si può fare una corsetta al mattino?

«Va bene fare sport al mattino presto, se si è abituati. Ma attenzione a non cambiare le abitudini alimentari: di sera si tende a mangiare di più in estate, complici le occasioni sociali, quando a pranzo si è mangiato poco o niente. Invece bisogna mantenere un'alimentazione equilibrata, facendo attenzione la sera a non esagerare con alimenti proteici che non aiutano il sonno così come alcune verdure di difficile digeribilità, come l'insalata, pessima per il sonno. In generale va rispettata un'igiene del sonno».

**8** In cosa consiste?

«Mantenere un'umidità dell'aria al 60%, dormire in camera senza rumori né luce, allontanarsi dai device prima di andare a dormire per evitare



di attivare la parte logica del nostro cervello».

**9 Se nonostante tutti questi accorgimenti, ci si sveglia stanchi, che si fa?**

«Chi dorme male riesce a controllare meno le emozioni, il che espone a una giornata più stressante, e la nottata può subirne le conseguenze. Invece bisogna cercare di fare attenzione agli sforzi, rimandare quello che si può, dedicarsi ad attività rilassanti».

**10 Ci sono integratori o farmaci che si posso-**

**no prendere?**

«No, perché sono fenomeni raccolti in un breve periodo di tempo. Se proseguono a lungo si può interpellare il proprio medico, ma sono sempre sconsigliati i rimedi fai da te o da banco. Meglio piuttosto affidarsi ai piccoli rimedi per abbassare la temperatura, anche una borsa col ghiaccio».

*(Hanno collaborato Pierluigi Innocenti, fondatore dell'Associazione italiana per la ricerca e l'educazione nella Medicina del sonno e Claudio Liguori, professore di Neurologia all'università Tor Vergata)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La parola**

**ONDE LENTE**

Il sonno a onde lente, o sonno profondo non Rem, è la fase del sonno essenziale per il recupero fisico, il consolidamento della memoria e la rigenerazione cellulare. È caratterizzato da onde cerebrali delta ampie e sincronizzate. Quando la temperatura supera i 26 gradi, il sonno profondo si riduce e rende più difficile il recupero

**Le notti super tropicali**



Fonte Weather Underground

Le città italiane con la temperatura minima sopra i 25 gradi nella notte tra il 28 e il 29 giugno e i valori registrati in alcune città della fascia tropicale e subtropicale nel mondo

Gradi °C 20 23 24 25 26 27



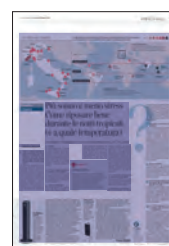
**L'IMPATTO IN EUROPA**

Le notti super tropicali alle nostre latitudini sono uno degli indicatori del cambiamento climatico oltre che un fattore che incide sulla qualità della vita e la salute

**BASSE LATITUDINI**

Nelle zone del mondo comprese tra i due tropici l'umidità elevata e il soleggiamento costante mantengono le temperature sui valori estremi tutto l'anno

Corriere della Sera



Università Bocconi: gli italiani spendono più nel gioco d'azzardo che nei prodotti finanziari

# Le ludopatie sono una malattia

## San Patrignano cura (in 18 mesi) la dipendenza da gioco

DI CARLO VALENTINI

Il gioco non va demonizzato ma gestito. Quando era vietato proliferava la clandestinità, ora che è ammesso è possibile monitorarlo e intervenire per arginare comportamenti compulsivi. In particolare è il gioco online che desta preoccupazione per le difficoltà di un effettivo controllo. Che il problema non vada sottovalutato, anche a vantaggio di chi considera il gioco un proprio divertente passatempo, lo conferma, insieme, una ricerca dell'università Bocconi e l'impegno di San Patrignano che accanto alla sua attività di recupero dei tossicodipendenti sta sviluppando anche un'appendice per chi è giocodipendente.

È la prima volta che la Bocconi compie un'analisi di questo fenomeno e Valerio Ferraro (economista nel team dell'Osservatorio sui conti pubblici della Bocconi) sintetizza i risultati: «Con una crescita che dura da più di vent'anni, nel 2025 il settore del gioco d'azzardo in Italia ha raggiunto dimensioni imponenti: 165 miliardi scommessi, il 7,3% del Pil, come se ciascun italiano (maggiormente) avesse giocato ogni giorno 7,65 euro. Una somma che vale l'85% della spesa delle famiglie italiane in alimentari e più del doppio della spesa in

servizi assicurativi e finanziari. La perdita netta (puntate meno vincite) è la più alta d'Europa, sia pro capite che sul Pil. Tra le regioni d'Italia, quelle del Sud spiccano per le somme giocate e perse pro capite, ma perdono con minore frequenza rispetto alle regioni del Nord grazie ad una preferenza per i giochi di abilità online. In questo scenario, il gettito erariale prodotto dal gioco, seppur in aumento nominale, soffre di una decrescita in rapporto ai volumi di gioco, dal 19,4% nel 2006 al 6,9% nel 2025. La riduzione dipende soprattutto dallo spostamento verso il gioco online, meno tassato, più capillare e più esposto a fenomeni di elusione o illegalità. Questo assottigliamento rischia inoltre di sottrarre risorse ad uno Stato che investe poco più di 30 milioni di euro in prevenzione e cura dei disturbi legati al gioco, ovvero neanche lo 0,3% di quanto incassa tassando i giocatori, anche patologici».

Non a caso San Patrignano si è aperta alle nuove dipendenze, dall'uso compulsivo dei cellulari al gioco. Dice Letizia Moratti, co-fondatrice della Comunità: «L'esperienza di San Patrignano insegna che dietro ogni dipendenza c'è una persona, con le sue fragilità, le sue ferite e il bisogno di essere accompagnata verso una nuova possibilità».

In Comunità il percorso è di tipo residenziale, dura un anno e mezzo o più. In alcuni casi ci si avvale di un supporto

psicoterapeutico volto a rimuovere tutte le convinzioni relative al gioco e a tutti gli atteggiamenti sbagliati che la dipendenza porta ad assumere. Spiegano i responsabili del settore: «La persona è seguita da uno psicoterapeuta e da un educatore. Oltre a questi, successivamente il giocatore patologico viene affiancato da un altro ospite della struttura che è in fase di conclusione del percorso. Inoltre viene individuata all'interno della famiglia la persona che diventerà per lui una figura di riferimento e che sarà in costante contatto con l'educatore. A metà percorso, è prevista una verifica di qualche giorno all'interno del proprio contesto d'origine e questo serve alla persona per responsabilizzarsi e prendere coscienza dei propri cambiamenti. Al termine di queste giornate, il rientro in comunità è seguito da un'analisi di quanto vissuto e si arricchisce della presa in carico di una nuova persona entrata in per-

corso».

L'Istituto di Neuroscienze conferma che dalla ludopatia si può guarire: «Essendo una dipendenza riconosciuta come disturbo psicologico, richiede un percorso di cura mirato. Non si guarisce da soli o dall'oggi al domani, ma con il giusto aiuto è possibile tornare a una vita serena».

Tra gli ospiti che San Patrignano ha già aiutato e si raccontano vi è Jacopo Ba-



**gherini**, giocatore di calcio (portiere) di successo: «Ero un giocatore con ottimi risultati ma fuori dal campo mi stavo distruggendo la vita a causa della dipendenza dal gioco, ho deciso quindi di partire per

San Patrignano per farmi curare. Sono rimasto 18 mesi, Adesso sono io che aiuto le famiglie in difficoltà».

Mentre **Nino Modica** è ora un apprezzato produttore di canditi artigianali: «A un certo punto della mia vita mi sono scoperto vulnerabile, un po' alla volta ho iniziato a caccarci dentro. Avevo una sorta di vita parallela; sia chiaro non ho mai commesso nulla di illecito, per fortuna. Ma la mattina mi alzavo e pensavo solo a giocare. Era un inferno, vivevo in funzione dei soldi che dovevo procurarmi per giocare. Quelli sono veri campanelli di allarme. Sono patito per San Patrignano sapendo che sarei stato via per circa un anno e mezzo; ho detto a tutti che andavo a Dubai per lavoro. Una volta in Comunità ho iniziato il percorso, all'inizio davvero duro. Ma sono riusci-

to a togliermi questo peso e ricominciare».

**Quindi se affrontata a dovere**, dalla ludopatia sene esce. Altre comunità, oltre a San Patrignano, hanno incominciato ad interessarsi alla questione, sono sorti in varie regioni gruppi di Giocatori Anonimi, i cui membri si sostengono tra loro, e l'Istituto superiore di sanità ha avviato un numero verde gratuito (800558822, dalle ore 10 alle 16, dal lunedì al venerdì) per ricevere consulenza e supporto. Molte Asl si stanno attrezzando.

**Conclude Ferraro: «Lo Stato** sembra trovarsi in una situazione di conflitto d'interessi. Da una parte ha interesse a incanalare entro circuiti legali una domanda di gioco che, se lasciata senza sbocchi regolati, alimenterebbe mercati illeciti e offshore; così facendo, garantisce al tempo stesso una fonte consistente di gettito e sottrae spazio alla criminalità organizzata.

D'altra parte, ha il do-

vere di contenere la diffusione dei disturbi da gioco e i costi sociali che ne derivano, con la difficoltà aggiuntiva che la componente più problematica del fenomeno è anche la più redditizia per i conti pubblici. Il conflitto d'interessi che caratterizza l'intervento pubblico nel settore del gioco d'azzardo non può essere eliminato, ma può essere gestito subordinando la produzione di gettito alle priorità di salute pubblica, ai rischi sociali e sanitari, sia nella definizione delle regole di mercato che nelle valutazioni delle politiche adottate, quand'anche ciò riduca le entrate erariali nel breve periodo».

— © Riproduzione riservata — ■

**L'Istituto di Neuroscienze conferma che dalla ludopatia si può guarire: «Essendo una dipendenza riconosciuta come disturbo psicologico, richiede un percorso di cura mirato. Non si guarisce da soli o dall'oggi al domani, ma con il giusto aiuto è possibile tornare a una vita serena»**

**Il gioco non va demonizzato ma gestito. Quando era vietato, proliferava la clandestinità, ora che è ammesso è possibile monitorarlo e intervenire per arginare comportamenti compulsivi. In particolare è il gioco on line che desta preoccupazione per le difficoltà di un effettivo controllo**



**Letizia Moratti cofondatrice della Comunità di San Patrignano e Roberta Metsola, presidente del Parlamento europeo**



Servizio Terapie innovative

## **Immunoterapia: così cambia la pratica clinica nei carcinomi di polmone e vescica**

Sono quattro le nuove indicazioni di durvalumab approvate dall'Aifa. Mantovani (Humanitas): "Continuare a investire in ricerca e innovazione"

*di Redazione Salute*

29 giugno 2026

Sono 4 le nuove indicazioni di durvalumab approvate dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), in tre diverse neoplasie. L'immunoterapia con durvalumab, prima e dopo la chirurgia (regime perioperatorio), cambia infatti lo standard di cura nel tumore del polmone non a piccole cellule in stadio precoce (IIA-IIIB) e nel carcinoma della vescica muscolo-invasivo resecabile. Il nuovo approccio determina un significativo miglioramento della sopravvivenza, con una consistente riduzione del rischio di recidiva. E, per la prima volta dopo oltre 40 anni, grazie a durvalumab si registrano progressi nella terapia sistemica del tumore del polmone a piccole cellule (microcitoma) in stadio limitato, con un miglioramento della sopravvivenza globale di quasi due anni. Passi avanti anche nella più frequente delle neoplasie ginecologiche. Nel carcinoma dell'endometrio avanzato o recidivante, nelle pazienti che presentano una particolare caratteristica biologica (deficit nel mismatch repair, dMMR), durvalumab in associazione a chemioterapia, seguito dal trattamento di mantenimento con durvalumab in monoterapia, ha ridotto del 58% il rischio di progressione o morte dovuto alla malattia. I benefici dell'immunoncologia nella cura del cancro sono approfonditi oggi a Milano, in un evento stampa promosso da AstraZeneca.

### **Mantovani (Humanitas): investire in ricerca e innovazione**

Nel 2025, in Italia, sono state stimate circa 390.000 nuove diagnosi di cancro. "Il sistema immunitario può essere paragonato a un'orchestra straordinaria ed estremamente complicata, costituita da almeno 4.000 miliardi di diverse componenti – spiega Alberto Mantovani, presidente della Fondazione Humanitas per la ricerca e professore emerito all'Humanitas University -. Non conosciamo tutti gli orchestrali, gli strumenti e gli spartiti dell'orchestra immunologica. Ma ogni passo avanti in questa comprensione si traduce in benefici per i pazienti. Per questo è fondamentale continuare a investire nella ricerca e nell'innovazione. All'inizio del nuovo Millennio, abbiamo assistito a un cambio di paradigma, che ha portato a una nuova visione del cancro, non più come malattia centrata solo sulla cellula tumorale, ma caratterizzata anche dal microambiente, cioè dalla nicchia ecologica in cui si sviluppa la neoplasia e di cui fanno parte alcune cellule del sistema immunitario, come i macrofagi e le cellule T regolatorie. La nuova visione è stata accompagnata dalla scoperta dei freni del sistema immunitario, i cosiddetti checkpoint, e dal conseguente sviluppo di farmaci in grado di sbloccare questi freni, per liberare la risposta immunitaria. Il cancro ha la capacità di ingannare e disorientare le cellule del sistema immunitario, sviluppando strategie di evasione ed innescando risposte infiammatorie

inappropriate. Ecco perché la ricerca contro i tumori è una strada in salita. La migliore comprensione dei meccanismi di evasione e resistenza consentirà di salvare più vite”.

## **Ogni anno più di 40mila diagnosi di tumore al polmone**

Nel 2025, in Italia, sono stati stimati 43.500 nuovi casi di tumore del polmone, la seconda neoplasia più frequente dopo quella della mammella. AIFA ha approvato la rimborsabilità di durvalumab in associazione a chemioterapia a base di platino come trattamento neoadiuvante (prima della chirurgia) seguito da durvalumab in monoterapia come trattamento adiuvante (dopo la chirurgia), in pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule resecabile ad alto rischio di recidiva e in assenza di mutazioni di EGFR o riarrangiamenti di ALK. “Nello studio AEGEAN, pubblicato sul ‘New England Journal of Medicine’ – afferma Cesare Gridelli, direttore della U.O.C. di Oncologia Medica dell’Azienda Ospedaliera ‘Moscati’ di Avellino -, il regime con durvalumab prima e dopo la chirurgia ha mostrato una riduzione del 32% del rischio di recidiva, progressione o morte rispetto alla sola chemioterapia neoadiuvante. All’analisi a 12 mesi, la sopravvivenza libera da eventi è stata osservata nel 73,4% dei pazienti che hanno ricevuto durvalumab rispetto al 64,5%. Inoltre, il quadruplo dei pazienti trattati con durvalumab più chemioterapia prima della chirurgia, il 17,2% contro il 4,3%, ha raggiunto la risposta patologica completa, che indica l’assenza di malattia residua, rispetto alla sola chemioterapia neoadiuvante. Anche la qualità di vita, valutata nello studio, è stata preservata”.

“L’aggiunta di durvalumab, prima e dopo la chirurgia, rappresenta una strategia fondamentale che modifica il paradigma terapeutico del carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio precoce, aumentando significativamente le possibilità di cura - sottolinea Silvia Novello, presidente WALCE (Women Against Lung Cancer in Europe), ordinario di Oncologia medica all’Università di Torino e responsabile Oncologia medica presso l’AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano –. È fondamentale il lavoro del team multidisciplinare, per un adeguato inquadramento diagnostico-stadiativo e per una corretta selezione dei pazienti, a cui offrire la migliore opzione terapeutica”.

## **I benefici per il tumore alla vescica**

Un’altra neoplasia molto frequente in cui il regime perioperatorio con durvalumab ha evidenziato benefici è quella della vescica, che ha fatto stimare 29.100 nuove diagnosi in Italia nel 2025. AIFA ha approvato la rimborsabilità di durvalumab in associazione a chemioterapia (gemcitabina e cisplatino) come trattamento neoadiuvante, cioè prima della cistectomia radicale (rimozione chirurgica completa della vescica), seguito da durvalumab come monoterapia adiuvante in pazienti con carcinoma della vescica muscolo-invasivo resecabile.

“Il trattamento standard, per 20 anni, è stato costituito dall’intervento chirurgico di cistectomia radicale, preceduto da 4 cicli di chemioterapia a base di cisplatino – afferma Lorenzo Antonuzzo, direttore della Struttura Complessa di Oncologia Clinica all’Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze -. Circa la metà dei pazienti, però, va incontro a recidiva o progressione di malattia, per cui resta un bisogno clinico finora insoddisfatto. L’aggiunta dell’immunoterapia con durvalumab, prima e dopo la chirurgia, rappresenta una strategia innovativa, che cambia la pratica clinica. È il primo regime immunoterapico perioperatorio a dimostrare un miglioramento statisticamente significativo e clinicamente rilevante della sopravvivenza globale in questa popolazione di pazienti. Nello studio NIAGARA, pubblicato sul ‘New England Journal of Medicine’, si è registrata una riduzione del 25% del rischio di morte, infatti l’82,2% dei pazienti trattati con durvalumab era vivo a 2 anni rispetto al 75,2% con la sola chemioterapia neoadiuvante. Inoltre, è stata evidenziata una riduzione del 32% del rischio di progressione di malattia, di recidiva, di non completare la chirurgia prevista o di morte”.

“È necessaria una presa in carico multidisciplinare del paziente candidato alla cistectomia – spiega Rodolfo Hurle, urologo IRCCS Istituto Clinico Humanitas -. Dopo la diagnosi istologica e la stadiazione radiologica, il trattamento deve essere discusso all’interno del gruppo multidisciplinare, costituito da figure centrali, che includono l’urologo, l’oncologo, il radioterapista, il radiologo e l’anatomo-patologo. Si possono aggiungere altri professionisti, come lo psiconcologo, il medico nucleare, il geriatra, il riabilitatore e il nutrizionista. L’approvazione del regime periperatorio con durvalumab rende ancora più importante il confronto multidisciplinare”.

“Dopo 20 anni finalmente clinici e pazienti hanno a disposizione una nuova opzione di cura – continua Laura Magenta, assistente alla Presidenza APS Associazione PaLiNUro -. L’impatto psicologico della cistectomia può essere difficile da gestire. È fondamentale che i pazienti abbiano a disposizione il supporto psiconcologico e dell’Associazione Pazienti e che siano informati e consapevoli delle importanti innovazioni prodotte dalla ricerca messe a loro disposizione”.

## **Il carcinoma polmonare a piccole cellule**

Un’altra forma di neoplasia, per cui da oltre 40 anni non si registravano progressi, è il tumore del polmone a piccole cellule in stadio limitato. AIFA ha approvato la rimborsabilità di durvalumab in monoterapia per il trattamento di pazienti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio limitato, la cui malattia non è progredita a seguito di chemioradioterapia a base di platino. “Nello studio ADRIATIC, pubblicato sul ‘New England Journal of Medicine’ – sottolinea Cesare Gridelli -, durvalumab ha ridotto il rischio di morte del 27%. La sopravvivenza globale mediana è risultata pari a 55,9 mesi per durvalumab rispetto a 33,4 mesi con placebo, un miglioramento di quasi 2 anni. Il 56,5% dei pazienti trattati con durvalumab era vivo a tre anni rispetto al 47,6% con placebo. ADRIATIC è il primo studio a evidenziare progressi con l’utilizzo dell’immunoterapia dopo il tradizionale standard di cura della chemioradioterapia concomitante nel microcitoma in stadio limitato. I risultati rappresentano una svolta per questa malattia aggressiva, in cui i tassi di recidiva sono elevati, con solo circa il 20% dei pazienti vivo a cinque anni”.

“Il tumore del polmone a piccole cellule, finora, ha ricevuto meno attenzione rispetto ad altre neoplasie, anche a causa dello stigma sociale, dovuto alla storia di tabagismo nella maggioranza dei pazienti – continua Silvia Novello -. Il notevole miglioramento della sopravvivenza globale osservato con durvalumab dopo chemioradioterapia concomitante trasforma il trattamento della malattia anche nello stadio limitato, dopo gli importanti risultati già dimostrati dall’immunoterapia nello stadio esteso”.

## **L’immunoterapia nelle neoplasie ginecologiche**

L’immunoterapia fa segnare importanti progressi anche nella neoplasia ginecologica più frequente, quella dell’endometrio, con 8.260 nuovi casi stimati in Italia nel 2025. AIFA ha approvato durvalumab in associazione a chemioterapia (carboplatino e paclitaxel) nel trattamento di prima linea di pazienti con carcinoma dell’endometrio primario avanzato o recidivante con deficit nel mismatch repair (dMMR), che sono candidate alla terapia sistemica, seguito dal trattamento di mantenimento con durvalumab in monoterapia.

“Circa il 30% delle pazienti presenta la malattia con deficit del mismatch repair, cioè un malfunzionamento del meccanismo di riparazione del DNA – afferma Domenica Lorusso, responsabile del Centro di Ginecologia Oncologica di Humanitas San Pio X e Professore Ordinario di Ostetricia e Ginecologia di Humanitas University -. Nello studio DUO-E, nelle pazienti con questa particolare caratteristica biologica, durvalumab più chemioterapia seguito da durvalumab in monoterapia ha dimostrato una riduzione del rischio di progressione di malattia o di morte del

58% rispetto alla sola chemioterapia. Grazie all'approvazione di AIFA, l'aggiunta di durvalumab alla chemioterapia costituisce una nuova strategia terapeutica di prima linea in queste pazienti”.

“Le opzioni terapeutiche della maggior parte delle donne con tumore dell'endometrio avanzato, per molti anni, non sono cambiate e lo standard di cura è stato tradizionalmente limitato alla chemioterapia – spiega Nicoletta Colombo, direttore del Gynecologic Oncology Program dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano -. L'ingresso dell'immunoterapia, nella malattia avanzata, oggi consente di ottenere risposte importanti e durature, in particolare nelle pazienti che presentano un deficit nel mismatch repair. La classificazione molecolare della neoplasia è essenziale a partire dal momento della diagnosi, per poter impostare il corretto percorso di cura, che sta diventando sempre più personalizzato”.

“Il carcinoma endometriale è una delle neoplasie ginecologiche più frequenti, ma vi è ancora scarsa consapevolezza di questa patologia - afferma Manuela Bignami, Direttrice di Loto OdV -. Inoltre, non riceve l'attenzione necessaria nelle politiche sanitarie, nonostante la sua elevata incidenza. È fondamentale riconoscerne la priorità, ponendolo al centro delle strategie di prevenzione, diagnosi e trattamento”.

“L'Italia continua a ricoprire un ruolo da protagonista nell'innovazione in oncologia - conclude Paola Morosini, Medical Affairs Head Oncology AstraZeneca -. Sono 110 gli studi clinici promossi da AstraZeneca in oncologia, di cui 15 in Fase 1, e abbiamo investito 14,2 miliardi di dollari in Ricerca e Sviluppo a livello globale nel 2025. Vogliamo portare i benefici dell'immunoncologia al maggior numero di pazienti. Stanno diventando sempre più importanti gli approcci terapeutici perioperatori, che combinano i benefici dell'immunoterapia prima e dopo la chirurgia, in particolare nei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule e della vescica muscolo-invasivo”.

Servizio L'evento Woma

## Farmaci, medici e pazienti: così l'IA cambia il pianeta delle cure

A Milano un migliaio di esperti al Forum internazionale promosso con 24Ore Salute: al centro l'impatto di tecnologie e intelligenza artificiale sul futuro della farmaceutica e delle life sciences

*di Marzio Bartoloni*

30 giugno 2026

Cerca nuovi bersagli per i farmaci e dimezza i tempi per scoprirli, aiuta i pazienti a capire come gestire le proprie terapie giornaliere o a seguire comportamenti e stili di vita migliori ed è lì “seduta” accanto al medico quando visita il suo assistito restituendogli il tempo per ricostruire un rapporto fatto di empatia e dialogo. L'intelligenza artificiale è già ovunque nel pianeta Sanità e sarà sempre più la protagonista incontrastata della nostra salute. Ma attenzione, lo farà con una presenza quasi silenziosa che non sostituisce nessuno “umano” ma lo accompagna e lo aiuta a prendere le decisioni migliori. Insomma dimenticatevi le visioni più apocalittiche che raccontano di un AI “cannibale” perché al WOMA – Inspiring the World of pharMA, il forum internazionale dedicato a pharma, medtech, healthcare e life sciences promosso da BioPharma Network e 24Ore Salute che ha riunito fino a venerdì scorso un migliaio di professionisti del settore a Milano si respira fiducia se si guarda al futuro dell'ecosistema delle cure.

Come quella che ha portato sul palco del Woma Bertalan Meskó, fondatore del Medical Futurist Institute: «Per capire dove sta andando la sanità - ha spiegato Meskó - dobbiamo immaginare di ricostruirla da zero, come se fossimo bloccati su Marte, senza nessuna delle certezze che diamo per scontate. Il futuro della medicina va progettato a partire dall'esperienza del paziente. L'AI, la salute digitale e le tecnologie avanzate contano solo se potenziano quell'esperienza: la tecnologia non sostituisce il medico, lo amplifica». Per Meskó «l'importante è che nel futuro non si inseriscano più tecnologie nel rapporto tra medico e paziente: basta tastiere o interfaccia, la tecnologia sarà invisibile e potrà restituire empatia e dialogo».

Per Zack Kass, consulente globale in intelligenza artificiale ed ex Head of Go-to-Market di OpenAI, «l'intelligenza artificiale non è una minaccia da contenere, è un Rinascimento da guidare. Nel pharma e nel medtech la differenza non la faranno quelli che adottano la tecnologia più avanzata, ma quelli che hanno il coraggio di guidare la trasformazione invece di subirla. I leader che usciranno da questo decennio in testa sono quelli che scelgono oggi di cambiare il modo in cui lavorano, non solo gli strumenti con cui lavorano». Anche per Kass il ritorno alle relazioni sarà cruciale: «Se costruiamo macchine sempre più intelligenti ci potremmo occupare della cosa più importante e cioè tornare ad essere più umani». Un filo rosso questo degli algoritmi e dell'Ia al servizio di medici e pazienti che condivide anche Robert Nisticò presidente dell'Aifa che ha sottolineato come oggi un over 65 su tre assume 10 farmaci al giorno e uno su due almeno cinque: «Credo che l'intelligenza artificiale in base a caratteristiche genetiche, stili di vita e ambiente in cui

vive il paziente può aiutarlo a assumere i medicinali di cui ha davvero bisogno. Anche perché solo unendo prevenzione e appropriatezza nelle prescrizioni riusciremo a rendere sostenibile anche la grande innovazione terapeutica che arriva ogni giorno di più».

A chiudere la prima edizione del Woma Forum è stata Amy Cuddy, psicologa sociale e autrice di bestseller per ricordare come mentre il settore attraversa una trasformazione tecnologica, scientifica e generazionale rapida e profonda, le competenze di leadership restano il capitolo meno aggiornato: «Nell'era dell'intelligenza artificiale, il vero vantaggio competitivo non è l'algoritmo, ma la fiducia. Le organizzazioni investono risorse enormi nell'innovare le proprie tecnologie, ma devono innovare con la stessa urgenza anche le proprie capacità umane, fiducia, creatività e sicurezza psicologica. Sono queste a decidere se le persone affrontano il cambiamento come un'opportunità o come una minaccia».

Servizio Sanità24

## Farmaci, Cina e Usa corrono: «Ora serve una strategia per difenderci»

30 giugno 2026

«Non vogliamo essere schiavi di nessuno, ma ora abbiamo bisogno di una direzione chiara, di una strategia per difendere la farmaceutica che è uno dei motori della nostra economia». Marcello Cattani, fresco di rielezione a presidente di Farindustria, è in piedi sul palco dell'assemblea pubblica a Roma e dietro di lui vengono proiettati dei numeri che racchiudono il senso delle sue parole: gli Usa che guidano oltre un terzo della ricerca (il 35%) di nuovi medicinali mondiali affiancati dalla Cina (32%) che a sua volta per la prima volta compie un sorpasso storico visto che nel 2025 ha scoperto più nuovi farmaci (46) di Stati Uniti (28) e Ue (16) messi insieme. «Siamo in un contesto geopolitico internazionale con molte opportunità, ma anche tanti rischi e occorre un'alleanza tra tutti gli attori del sistema per mantenere gli investimenti, gestire l'aumento dei costi e i rischi sanitari», sottolinea il presidente di Farindustria. Che ieri ha ricordato i numeri da record della filiera italiana con 74 miliardi di produzione (primato europeo) e un export di 69 miliardi in aumento del 248% negli ultimi 10 anni contribuendo per un terzo (il 33%) all'obiettivo di 700 miliardi di esportazioni fissato dal Governo per il 2027. Primati che ora potrebbero essere messi a rischio dalla nuova "geopolitica" del farmaco che rischia di mettere in un angolo l'Europa che «dorme e non tocca palla». Il Vecchio Continente è infatti schiacciato tra incudine e martello di Usa e Cina: da una parte la politica aggressiva di Trump che anche grazie alla clausola Most favored nation («Mfn») sull'allineamento dei prezzi a quelli degli altri Paesi (Italia compresa) spinge sempre di più Big Pharma a investire Oltreoceano: «Almeno 400 miliardi nei prossimi 5 anni dopo i 100 miliardi già investiti». Dall'altra la Cina che è diventata un colosso grazie a incentivi corposi «superando nel 2025 per la prima volta Europa e Stati Uniti messi insieme nella scoperta di nuovi farmaci».

Ecco perché è quanto mai urgente che il Governo difenda la filiera farmaceutica - la premier Meloni ieri in un messaggio l'ha definita «settore strategico ed eccellenza del made in Italy» - con Farindustria che indica quattro priorità da affrontare ora con urgenza per vincere la sfida della competitività: dal superamento del payback «una tassa sulle tasse» che frena gli investimenti e che pesa per 2,4 miliardi sulle imprese alla gestione della politica statunitense sui prezzi dei farmaci con la clausola «Mfn», dall'ipotesi di revisione del prontuario farmaceutico con l'abbassamento dei prezzi «impraticabile per le aziende» alla riduzione dei tempi di accesso alle cure che vedono i pazienti italiani aspettare centinaia di giorni dopo il via libera dell'Ema, l'Agenzia Ue dei farmaci, per avere la disponibilità delle nuove cure.

Insomma dalle aziende del Pharma arriva una sveglia forte per l'Italia e per l'Europa perché - come ha detto ieri Antonio Gozzi, delegato di Confindustria all'autonomia strategica europea, Piano Mattei e Competitività - «l'industria farmaceutica è la dimostrazione concreta che il sistema manifatturiero italiano sa essere competitivo ai massimi livelli internazionali e smentisce, numeri alla mano, i profeti di sventura e il continuo piagnisteo su un presunto declino dell'industria italiana». Un primato riconosciuto dai vari ministri che sono sfilati ieri sul palco dell'Assemblea di

Farmindustria: da quello degli Esteri Antonio Tajani che ha promesso il suo impegno per ridurre il carico del «fardello burocratico» e del «payback» sulle aziende al ministro delle imprese Adolfo Urso che parla di «modello del nuovo Made in Italy che si afferma nel mondo e traina export» o a quello dell'Università e della Ricerca Anna Maria Bernini che spinge sui «dottorati industriali e profili nuovi per portare la ricerca in azienda». A chiudere il ministro della Salute Orazio Schillaci che sull'ipotesi di revisione del prontuario farmaceutico - l'elenco dei farmaci a carico del Ssn - assicura di non volere che «i cittadini paghino di più per avere dei farmaci e non abbiano accesso ai farmaci». E anche il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato prende tempo: «La legge di Bilancio prevede che il nuovo prontuario farmaceutico entri in vigore dal primo gennaio 2027, quindi abbiamo tutti i tempi per fare delle indagini puntuali». Ma intanto fa capire che non ci saranno rivoluzioni anche perché la spesa cresce meno del passato: «Nel quinquennio 2014-2019 c'è stato un aumento medio del 7% della spesa farmaceutica. Tra il 2019-2024 l'aumento è stato del 7,2%, nel 2025 è stato del 5,7%, che significa più del 20% in meno». Un concetto ribadito con fermezza dallo stesso presidente di Farmindustria Cattani: «La spesa farmaceutica non è fuori controllo, ha una crescita fisiologica in linea con i nuovi bisogni della popolazione e con l'innovazione farmaceutica che sta contribuendo all'incremento dell'aspettativa di vita».



Servizio Dottore, ma è vero che

## **L'aria condizionata ci fa ammalare? Dai batteri al raffreddore: ecco come usarla correttamente**

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

29 giugno 2026

D'estate i condizionatori sono ovunque: in casa, in ufficio, sui mezzi pubblici, nei negozi. Ci proteggono dal caldo, ma spesso ci accompagna il dubbio che possano causare raffreddori, mal di gola, mal di testa o infezioni. Alcune preoccupazioni sono fondate, altre molto meno. Questa scheda risponde alle domande più comuni sulla salute individuale; chi volesse invece approfondire l'impatto ambientale e le disuguaglianze legate all'uso del condizionatore può leggere "L'aria condizionata fa male?".

### **L'aria condizionata mi fa venire il raffreddore?**

No, in senso stretto. Il raffreddore è causato da virus, non dal freddo in sé. Tuttavia, l'uso prolungato del condizionatore può creare condizioni che favoriscono fastidi alle vie respiratorie. L'aria raffreddata e seccata dagli impianti riduce l'umidità degli ambienti e questo può essiccare le mucose di naso e gola, rendendole meno efficaci come barriera contro agenti irritanti e microrganismi. In ogni caso, correnti d'aria e spifferi da soli non bastano a farci ammalare: senza l'intervento di un virus o di un batterio, il freddo non causa raffreddori né influenza, come abbiamo spiegato nella scheda "I colpi d'aria sono pericolosi per la salute?".

Il problema è aggravato quando la temperatura interna è troppo bassa rispetto a quella esterna. Il ministero della Salute raccomanda di impostare il condizionatore tra i 25 e i 27°C, per non esporre il corpo a sbalzi termici bruschi. Se si passa più volte al giorno da ambienti molto freddi a temperature di 35-40°C, l'organismo fa più fatica ad adattarsi. Vale poi la pena ricordare che tenere le finestre chiuse a lungo - per evitare il caldo o perché il condizionatore è acceso - riduce il ricambio d'aria e aumenta la concentrazione di microrganismi nell'ambiente indoor: aprire le finestre nelle ore più fresche, come spieghiamo su "È importante aprire le finestre?", resta una buona abitudine anche d'estate.

### **L'aria condizionata può diffondere batteri o altri microrganismi pericolosi?**

In alcuni casi sì, ma solo se gli impianti non sono correttamente mantenuti. Il rischio più noto è la legionellosi, una forma di polmonite causata dal batterio *Legionella pneumophila*. Il batterio non vive nell'aria fredda in sé, ma si moltiplica nell'acqua stagnante a temperature comprese tra i 20 e i 50 °C, come può accadere nei circuiti idrici dei grandi impianti di climatizzazione non sottoposti a manutenzione regolare. Quando quest'acqua viene nebulizzata, le particelle contaminate possono essere inalate. Nei mesi estivi il rischio aumenta, perché le temperature di stagione nei serbatoi e nelle tubature poco utilizzate sono proprio quelle in cui il batterio cresce più facilmente. Ne abbiamo parlato in dettaglio nella scheda "In estate aumenta il rischio di prendere la legionella?".

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

I condizionatori domestici tradizionali non nebulizzano acqua e presentano un rischio molto più basso rispetto ai grandi impianti centralizzati con torri di raffreddamento. Anche i filtri sporchi possono accumulare polveri, muffe e altri allergeni, peggiorando la qualità dell'aria indoor: aspetto particolarmente rilevante per le persone con asma o allergie respiratorie. La soluzione è semplice: pulizia e manutenzione regolari degli impianti, secondo le indicazioni del produttore e le linee guida del Ministero della Salute.

### **Il condizionatore protegge la salute durante le ondate di calore?**

Sì, e in modo significativo. Le ondate di calore rappresentano un rischio reale per la salute, in particolare per anziani, bambini molto piccoli, persone con malattie croniche e chi assume determinati farmaci. Il caldo eccessivo può alterare la capacità dell'organismo di regolare la temperatura corporea, portando a disidratazione, colpo di calore e, nei casi più gravi, alla morte. Revisioni sistematiche mostrano che il rischio di mortalità per malattie cardiovascolari e respiratorie aumenta già con incrementi di temperatura di un grado centigrado, specialmente nella popolazione anziana. Il Ministero della Salute include l'uso del condizionatore tra le misure raccomandate per migliorare l'ambiente domestico durante le ondate di calore. Le persone anziane che vivono sole in appartamenti poco ventilati e senza possibilità di raffrescare gli ambienti sono tra quelle più esposte.

### **Come ci si comporta quando in casa ci sono neonati o bambini piccoli?**

I bambini piccoli e i neonati sono più vulnerabili degli adulti sia al caldo eccessivo, perché il loro sistema di termoregolazione non è ancora completamente efficiente, sia agli sbalzi di temperatura bruschi. Il condizionatore può essere usato anche in loro presenza, con alcune accortezze. La temperatura consigliata non differisce sostanzialmente da quella raccomandata per gli adulti - intorno ai 25-27°C - ma nei bambini piccoli è ancora più importante evitare sbalzi bruschi rispetto all'esterno, perché il loro sistema di termoregolazione non è ancora completamente maturo. Inoltre, il getto d'aria fredda non deve mai essere diretto sul bambino: è opportuno orientare le bocchette verso l'alto o lateralmente.

La manutenzione dell'impianto è ancora più importante quando ci sono bambini in casa: filtri sporchi possono favorire la proliferazione di batteri e muffe, con conseguenti problemi respiratori.

### **Come si usa correttamente il condizionatore?**

Alcune accortezze semplici fanno la differenza. Impostare la temperatura tra i 25 e i 27°C, una differenza di 5-7°C rispetto all'esterno è sufficiente per stare bene senza sovraccaricare il corpo. Non dirigere il getto d'aria fredda direttamente sulle persone. Favorire il ricambio d'aria aprendo le finestre nelle ore più fresche. Pulire i filtri con regolarità e affidarsi a tecnici specializzati per la manutenzione degli impianti, specialmente quelli più grandi.

### **E i ventilatori? Sono un'alternativa sicura al condizionatore?**

Non esattamente. I ventilatori non abbassano la temperatura dell'aria: la spostano soltanto. Questo può dare sollievo perché favorisce la dispersione del calore corporeo, ma solo se la temperatura ambiente è inferiore a 35°C e il getto non è puntato direttamente sulla persona. Stimolano inoltre la sudorazione, aumentando il rischio di disidratazione se non si beve a sufficienza. Il Ministero della Salute sconsiglia l'uso del ventilatore quando la temperatura interna supera i 32°C, perché in quelle condizioni non è efficace e può aumentare la disidratazione; raccomanda in ogni caso di non dirigere mai il flusso d'aria direttamente sul corpo.

Dal punto di vista scientifico, la questione è più aperta di quanto si pensi. Una revisione sistematica Cochrane ha cercato studi che confrontassero l'uso del ventilatore con il non uso

durante le ondate di calore, ma non ne ha trovato nessuno di qualità sufficiente. Gli studi osservazionali disponibili davano risultati contrastanti: alcuni suggerivano che i ventilatori potessero ridurre i problemi di salute, altri che potessero peggiorarli. La conclusione degli autori è netta: le ricerche disponibili non risolvono le incertezze sugli effetti dei ventilatori elettrici durante le ondate di calore, e chi deve prendere decisioni - sia personali che di salute pubblica - dovrebbe tenere conto di questa incertezza insieme alle linee guida locali.

Leggi la scheda integrale sul sito [dottoremaeveroche](#) di Fnomceo

Servizio Clima

## Caldo, morti due anziani ricoverati al San Martino di Genova

L'uomo aveva 86 anni e si trovava al Policlinico da due giorni, mentre la donna - 74 anni - era arrivata in ospedale questa mattina. La sindaca Salis: «È un momento di dolore per la nostra comunità»

*di Pietro Menzani*

29 giugno 2026

L'ondata di calore ha causato le prime vittime. Un uomo di 86 anni e una donna di 74 anni sono morti per le temperature estreme che si sono abbattute sul paese. I due erano ricoverati al Policlinico San Martino di Genova. L'uomo era arrivato in ospedale in condizioni critiche due giorni fa, con febbre fino a 42 gradi e un forte stato di disidratazione, mentre la donna si trovava al Policlinico da questa mattina per un arresto cardiaco, con 43° di febbre e gravemente ipertermica. Nelle ultime 24 ore sono stati dieci gli accessi al pronto soccorso del capoluogo ligure dovuti al caldo.

### La reazione della sindaca

«A nome di tutta l'amministrazione comunale e della città di Genova - ha scritto in una nota la sindaca di Genova Silvia Salis - desidero esprimere il mio più profondo cordoglio e la mia sincera vicinanza alle famiglie delle due persone che hanno perso la vita a causa delle conseguenze dei colpi di calore. È un momento di dolore per la nostra comunità, che ci ricorda quanto i fenomeni climatici estremi possano incidere in modo drammatico sulla nostra quotidianità e sulla nostra salute».

La sindaca ha aggiunto che «stiamo affrontando diverse giornate consecutive da bollino rosso, con temperature che mettono a dura prova le persone più vulnerabili della nostra società. Abbiamo attivato il Piano caldo, ma la prevenzione individuale resta lo strumento più prezioso che abbiamo. Per questo, rivolgo un appello accorato a tutti i genovesi affinché adottino, con responsabilità, le principali regole di buon senso. Vi prego di non sottovalutare i rischi e di seguire queste raccomandazioni per proteggere voi stessi e i vostri cari», ricordando ai cittadini di evitare di uscire nelle ore più calde, di idratarsi costantemente e di limitare gli spostamenti non necessari e l'attività fisica intensa all'aperto tra le 11 e le 18.

«Chiedo a tutti di prestare massima attenzione agli anziani, ai bambini piccoli e alle persone con patologie croniche. Mantenete un contatto quotidiano con parenti o vicini di casa anziani che vivono soli, assicurandovi che stiano bene e che l'ambiente in cui si trovano sia rinfrescato» ha concluso Salis.

### Emergenza caldo

La situazione rimane critica in gran parte del territorio nazionale: in Italia, secondo il bollettino giornaliero del ministero della Salute, le città da bollino rosso (il livello massimo di emergenza) il 30 giugno salgono a 25, con l'aggiunta di Cagliari, Catania e Trieste.

In più, il ministero rende noto che nella scorsa settimana sono state oltre 400 le chiamate al numero verde 1500, attivo dal 22 giugno all'11 settembre. Il servizio fornisce ai cittadini informazioni e consigli in merito alle ondate di calore. La maggioranza delle richieste riguarda problematiche cardiocircolatorie (57%) e psico-sociali (37%).

Anche gli accessi ai pronto soccorso sono aumentati con l'arrivo delle temperature estreme che hanno colpito il paese. Il presidente della Società italiana di medicina di emergenza-urgenza (Simeu) Alessandro Riccardi stima infatti che vi sia stato un incremento del 10-15% degli accessi nei dipartimenti di emergenza-urgenza delle grandi città.

## **Il ministero della Salute**

I due anziani morti a Genova sono le prime vittime del caldo anomalo che ha investito l'Italia. Fino a questo momento, come aveva spiegato prima dell'accaduto Maria Rosaria Campitiello, capo dipartimento della Prevenzione del ministero della Salute, non è stato registrato «un picco o un aumento di mortalità per il caldo nella popolazione over 65». Le dichiarazioni di Campitiello erano arrivate in seguito alle allarmanti stime divulgate dall'Organizzazione mondiale della sanità, che ha parlato di 1.300 morti in eccesso in Europa legate alle alte temperature a partire dal 21 giugno.

Secondo Campitiello, quelli dell'Oms - che ha anche affermato che l'Europa si sta riscaldando a un ritmo doppio rispetto alla media globale - «sono dati di stima» ottenuti utilizzando «una metodologia statistica sulla mortalità prevista». Quelli del ministero della Salute, invece, sono «dati reali su quanti decessi effettivamente ci sono stati. Va fatta dunque una distinzione, perché altrimenti si mettono a paragone due valutazioni di tipo differente». Inoltre, il capo dipartimento della Prevenzione aveva spiegato che la popolazione italiana è «molto più abituata alle alte temperature rispetto al nord Europa».

In ogni caso, la raccomandazione del ministero rimane di mantenere alto il livello di attenzione e di non sovraffollare i pronto soccorso se non vi è una reale urgenza: «Stiamo monitorando la situazione, anche perché bisogna fare una giusta informazione ai cittadini, senza allarmismi, ma valutando il reale pericolo soprattutto per le fasce più deboli come anziani, bambini e donne in gravidanza».

## In Campania

Unica femmina in casa, arrivata alla laurea nonostante l'opposizione del padre  
Oggi la sua famiglia (di dottori) apre gratis lo studio una volta alla settimana

di Roberta Scorrane

## Elvira Serra

«La rivincita sul patriarcato: medico, dalla parte di chi soffre»

**L**a storia di Elvira Serra inizia nel 1956, in una città affacciata sul mare in provincia di Salerno. Agropoli è piccola, Elvira è l'unica figlia femmina in una famiglia dove per i quattro fratelli maschi si preparava il successo. Per lei, al massimo, un posto da insegnante non lontano da casa. «Sono stata - premette Serra, oggi settantenne - una figlia molto amata. Però mio padre non concepiva che anche una donna potesse costruirsi una carriera». Come medico, poi, figuriamoci. «Mio padre temeva che quell'ambiente dominato dagli uomini avrebbe

finito per distruggermi, ma io ero determinata e dopo il liceo mi iscrissi a Medicina». Quando il padre lo scoprì, quella sera stessa stracciò il certificato di iscrizione. «Furono i miei fratelli - ricorda oggi - a capirmi e a difendermi. Studiai, mi applicai con dedizione e finalmente mi laureai». Elvira non sapeva ancora che, pur nella sua rigidità di stampo patriarcale, il padre aveva intuito la verità: quello era un ambiente dominato dagli uomini, quasi fatto su misura per un uomo. E così «capitava spesso che, negli anni in cui ho prestato servizio sulle ambulanze, io mi precipitassi a soccorrere qualcuno per sentirmi chiedere "Signorina, ma dov'è il dottore? Si sbrighi a chiamar-

lo". E quando precisavo che il dottore ero io, prima notavo un leggero sbigottimento, poi diffidenza».

Ma erano gli Anni Ottanta, Serra non poteva nemmeno immaginare la svolta che avrebbe preso la sua vita quando, un giorno, nel cortile della «Federico II» di Napoli, intercettò lo sguardo timido di un ragazzo. «Ci stavamo preparando all'esame di Anatomia. Salvatore alzò gli occhi, con un sorriso catturò i miei». Quello sguardo li lega ancora oggi: Elvira e Salvatore hanno tre figli e sono nonni della piccola Elvira. Eppure, quel giorno assolato, quando si parlarono per la prima volta, è ancora impresso nei ricordi di Serra come un prelu-

dio, come una sensazione di un mondo che deve ancora arrivare. Aveva ragione: il bello doveva ancora venire.

continua a pagina 33



## Elvira Serra e lo studio di famiglia

# Medici di un esercito di pazienti

## «Non chiedono solo diagnosi: con i malati serve più empatia»

SEGUE DA PAGINA 31

Elvira e Salvatore hanno capito sin dall'inizio che cosa volevano fare: unire i percorsi professionali alla costruzione di una famiglia. «E comunque - continua Serra - per me non è stato facile. Ci sono stati periodi in cui ho fatto più lavori: facevo i turni al pronto soccorso e poi in reparto». E poi lo studio e la ricerca: prima la specializzazione in anestesia e rianimazione, quindi il perfezionamento in angiologia, poi sono venute le terapie del dolore.

Ma nel frattempo anche la famiglia è cresciuta. La prima figlia, Maria Gabriella, poi sono arrivati Gaetano e Valentina. «Non ho mai suggerito loro di seguire le nostre strade, mia e di Salvatore - continua Serra - ma ci sono arrivati da

solli. Sin da piccoli hanno assorbito una certa curiosità scientifica in casa: chiedevano che cosa fosse quel bizzarro strumento, magari uno stetoscopio. Oppure sfogliavano un manuale di medicina e facevano domande sul funzionamento degli organi».

Ecco allora un altro tassello del riscatto di Elvira: tutti e tre i figli sono diventati medici. Maria Gabriella è specialista nella riabilitazione, Gaetano è fisioterapista e posturologo, mentre Valentina è medico chirurgo e specialista in anestesia e rianimazione. La rivincita sulla società patriarcale può dirsi compiuta: una carriera nella medicina e una famiglia composta interamente da medici, comprese le due figlie femmine. Ma non è tutto. Serra è perfettamente consapevole che un riscatto limitato a una rivincita personale ha il sapore amaro del legoismo.

Ha quindi voluto fare un

passo avanti. «Abbiamo dato vita a uno studio privato - spiega - e abbiamo deciso che una volta alla settimana lo apriamo gratis ai pazienti». Un giorno che per Serra e Schettino (il cognome di Salvatore) vuol dire soprattutto ascolto, consiglio, indicazione di una strada da seguire. «Con il tempo - racconta - mi sono resa conto che l'intuizione di mio padre, cioè che la medicina fosse un mondo per uomini, non si riferiva soltanto a un atteggiamento sessista, ma era giusta anche e soprattutto in un'altra accezione. Manca l'ascolto, manca l'empatia, manca un contatto con il paziente che non sia di mera diagnosi».

E così, una volta alla settimana, Elvira e la sua famiglia danno vita a un piccolo rituale che consiste nel fermarsi e aprire le porte al dolore, alle preoccupazioni, ai dubbi altrui. «Io ho sempre cercato questa apertura verso gli altri

nel corso della mia carriera - conclude il medico - e potrei raccontare tanti aneddoti. Soltanto oggi mi rendo conto che questo punto fa la differenza e non solo i titoli accademici. Soltanto oggi mi rendo conto che questo era il mio vero obiettivo e ci sono arrivata grazie all'amore». Di un marito, di tre figli e di un piccolo esercito di pazienti.

[rsccorranese@corriere.it](mailto:rsccorranese@corriere.it)

### Attività

● Elvira Serra ha fondato con il marito Salvatore Schettino «Fisiomedica Agropoli» nella località salernitana. Con loro lavorano anche i figli Gaetano, Maria Gabriella e Valentina: un giorno alla settimana, il giovedì, le visite sono gratuite per chi è in situazione di povertà



Elvira Serra (prima a sinistra) con figli e marito

