

24 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



24/06/2026

Sos degli enti religiosi e non profit «La riabilitazione è in ginocchio»

La sanità privata è sul piede di guerra per il settore della riabilitazione, nel mirino la Regione Puglia. A lanciare l'allarme è l'**Aris** Puglia, l'associazione di categoria che rappresenta gli enti religiosi e non profit che garantiscono percorsi di cura a migliaia di persone con disabilità, minori e anziani.

«La sanità riabilitativa pugliese – dicono dall'**Aris** – è a un punto di rottura. La Regione chiede standard più alti ma rende impossibile sostenerli, imponendo un contratto che non è nemmeno il nostro. Senza interventi urgenti molte strutture non potranno più garantire la continuità dei servizi». Secondo **Aris**, sono quattro i nodi che rendono la situazione complicata. «A fronte di un'inflazione che dal 2007 supera il 43% - spiega - le tariffe delle prestazioni sono sostanzialmente ferme. L'unico adeguamento, il 7% nel 2022, è insufficiente e non è stato erogato in maniera uniforme da tutte le Asl, lasciando gli enti in una condizione strutturale di sotto finanziamento».

Quanto al contratto, «i centri di riabilitazione – si leggono un proprio contratto nazionale di settore sottoscritto nel 2012 e rinnovato con l'accordo ponte del gennaio 2024 che le organizzazioni sindacali stanno in queste settimane rinnovando al tavolo nazionale. La Regione impo-

ne però alle strutture, quale requisito di accreditamento, un contratto diverso e più costoso: quello dell'ospedalità privata, proprio dell'area ospedaliera e non di quella territoriale in cui operano i

centri. Si chiede così agli enti di applicare un contratto che non è il loro: dove è stato applicato, il costo del personale ha superato l'80%, con punte fino al 90% del fatturato. La legittimità di un'imposizione analoga è già stata messa in discussione dalla Corte costituzionale e la questione è tuttora sub iudice».

Il terzo nodo riguarda il piano di riconversione, con «un adeguamento in 18 mesi sulla base di un fabbisogno vecchio di 11 anni che richiede maggiori figure professionali difficilissime da reperire, come i medici specialisti in Neuropsichiatria infantile, in Fisia-

tria, logopedisti, e tutte le altre figure della riabilitazione. A ciò si aggiungono incertezze amministrative – preintese mai formalizzate e una terminologia applicativa confusa (“pacchetti ambulatoriali” invece di “Nuclei di riabilitazio-

ne”) – che generano solo caos e contenzioso». Infine «gli impegni sindacali sono disattesi». La richiesta è, dunque, di “aprire un tavolo istituzionale per trovare soluzioni concrete, rivedere le tariffe ex art. 26, adeguandole ai costi reali” e “riconoscere il contratto di settore”.

«Siamo al paradosso - si legge nel documento trasmesso anche al dipartimento Salute - la Regione chiede standard più alti ma rende impossibile sostenerli, e per di più ci impone un contratto che non è nemmeno il nostro. Senza interventi urgenti e adeguati, molte strutture non potranno più garantire la continuità dei servizi. Le vittime non saranno le strutture, ma i pazienti, le famiglie e i lavoratori».

Le richieste sono quattro: “apertura immediata di un tavolo istituzionale per trovare soluzioni concrete”; “sospensione dei termini della Dgr. 1933/2025 che possono produrre effetti irreversibili sugli accreditamenti”; “revisione immediata delle tariffe, adeguandole ai costi reali”; “una soluzione coerente della questione contrattuale, che riconosca il contratto di settore e accompagni ogni obbligo con la corrispondente copertura tariffaria”. “Siamo pronti al dialogo, ma non assisteremo in silenzio allo smantellamento della sanità riabilitativa pugliese”, dicono.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'associazione degli Enti religiosi e Non profit attaccano la Regione Puglia sullo stato di salute del settore della riabilitazione

Duro attacco dell'associazione di categoria **Aris alla Regione: «Strutture a rischio chiusura»**

Tra le accuse “le tariffe ferme da 20 anni” e un “contratto che è troppo oneroso”



Puglia, l'allarme dei centri di riabilitazione: «Costi insostenibili e promesse disattese, rischiamo lo stop»

La protesta dell'Aris: «Dalla Regione tariffe ferme da vent'anni a fronte di continue richieste di adeguamenti del servizio»

Martedì 23 Giugno 2026, 11:19

Le strutture che si occupano di riabilitazione sono pronte a fermarsi a fronte dell'impossibilità di garantire le prestazioni con tariffe insufficienti e continue richieste di nuovi servizi da parte della Regione. E' l'allarme lanciato da **Aris** Puglia, l'associazione che rappresenta gli enti religiosi e non profit che assistono persone con disabilità, minori e anziani.

«Siamo al paradosso – dice il presidente regionale dell'Aris, monsignor Mimmo Laddaga - in base a cui la Regione chiede standard più alti ma rende impossibile sostenerli, e per di più ci impone un contratto che non è nemmeno il nostro. Senza interventi urgenti e adeguati, molte strutture non potranno più garantire la continuità dei servizi. Le vittime non saranno le strutture, ma i pazienti, le famiglie e i lavoratori».

Sono quattro i nodi segnalate dall'Aris. A partire dalle tariffe riconosciute dalla Regione, ferme da vent'anni. «L'unico adeguamento – il 7% nel 2022 – è del tutto insufficiente e non è stato nemmeno erogato in maniera uniforme da tutte le Asl, lasciando gli enti in una condizione strutturale di sottofinanziamento». C'è poi il tema del contratto di lavoro: Aris ha un proprio Ccnl per i centri di riabilitazione ex articolo 26 e le Rsa, al momento in fase di rinnovo. «La Regione – dice però l'associazione - impone però alle strutture, quale requisito di accreditamento, un contratto diverso e più costoso: quello dell'ospedalità privata, proprio dell'area ospedaliera e non di quella territoriale in cui operano i centri». Questo ha portato il costo del personale a raggiungere l'80-90% del fatturato.

C'è poi il problema del piano di riconversione imposto da una delibera della giunta Emiliano del 2025, che prevede l'adeguamento dei requisiti in 18 mesi sulla base di un fabbisogno vecchio di 11 anni e richiede maggiori figure professionali difficilissime da reperire – come i medici specialisti in Neuropsichiatria infantile, in Fisiatria, logopedisti, e tutte le altre figure della riabilitazione.

Tutto questo, sostiene l'Aris, a fronte di impegni disattesi da parte della Regione. « Nel verbale del 22 giugno 2023 e nell'accordo ponte nazionale del 24 gennaio 2024 era già stato tracciato un percorso di equilibrio contrattuale sostenibile, vincolato all'adeguamento delle tariffe. Un percorso oggi ignorato, in favore di una forzatura unilaterale che non rispetta gli impegni assunti».

«Il disavanzo sanitario della Regione non può essere scaricato sui più fragili», prosegue Aris Puglia che chiede alla Regione e ai ministeri di aprire un tavolo, sospendere i termini del piano di riconversione e rivedere le tariffe adeguandole ai costi reali, con una soluzione per il contratto di settore. «Siamo pronti al dialogo – conclude Laddaga - ma non assisteremo in silenzio allo smantellamento della sanità riabilitativa pugliese. Non è un interesse di categoria: è una battaglia per la dignità delle persone e per il diritto alla cura».

l'Immediato

Centri di riabilitazione pugliesi sull'orlo della crisi: “Costi insostenibili, senza interventi rischiamo di fermarci”

L'allarme lanciato da Aris Puglia: tariffe ferme da vent'anni, aumento dei costi del personale e nuove prescrizioni regionali mettono a rischio la continuità dei servizi per disabili, anziani e minori

23 Giugno 2026

Le strutture pugliesi che si occupano di riabilitazione, assistenza agli anziani, ai minori e alle persone con disabilità lanciano un grido d'allarme alla Regione Puglia. Secondo **Aris** Puglia, l'associazione che rappresenta gli enti religiosi e non profit del settore, il sistema sarebbe ormai vicino a un punto di rottura a causa dell'aumento dei costi di gestione e dell'insufficienza delle risorse riconosciute.

“Se non arriveranno interventi urgenti e adeguati, molte strutture non saranno più in grado di garantire la continuità dei servizi”, avverte il presidente regionale dell'associazione, Mimmo Laddaga, che parla di una situazione destinata a ripercuotersi soprattutto su pazienti, famiglie e lavoratori.

Tariffe ferme da vent'anni

Uno dei principali problemi evidenziati dall'Aris riguarda le tariffe riconosciute dalla Regione Puglia per le prestazioni erogate dai centri di riabilitazione.

Secondo l'associazione, gli importi sarebbero sostanzialmente invariati da circa vent'anni. L'unico aggiornamento, pari al 7%, sarebbe stato introdotto nel 2022, ma ritenuto insufficiente a compensare l'aumento dei costi sostenuti dalle strutture. Inoltre, sempre secondo Aris, tale adeguamento non sarebbe stato applicato in modo uniforme dalle diverse Asl pugliesi.

Il nodo dei contratti di lavoro

Tra le criticità segnalate figura anche la questione contrattuale. Aris sottolinea di disporre di un proprio contratto collettivo nazionale dedicato ai centri di riabilitazione e alle Rsa, attualmente in fase di rinnovo.

L'associazione contesta però l'obbligo, previsto come requisito per l'accreditamento, di applicare il contratto dell'ospitalità privata, considerato più oneroso e pensato per realtà diverse da quelle territoriali in cui operano i centri di riabilitazione.

Una situazione che, secondo i rappresentanti del settore, avrebbe portato il costo del personale a incidere tra l'80 e il 90 per cento del fatturato delle strutture.

Le difficoltà del piano di riconversione

Ulteriori preoccupazioni riguardano il piano di riconversione previsto da una delibera della giunta regionale del 2025.

Il provvedimento richiede alle strutture di adeguarsi a nuovi standard entro diciotto mesi, introducendo ulteriori figure professionali specializzate. Tra queste neuropsichiatri infantili, fisiatri, logopedisti e altri professionisti della riabilitazione che, secondo Aris, risultano oggi particolarmente difficili da reperire sul mercato del lavoro.

L'associazione ritiene inoltre che il piano sia stato elaborato sulla base di un fabbisogno risalente a oltre dieci anni fa e non più aderente alla situazione attuale.

“Promesse non mantenute”

Aris richiama anche alcuni accordi e verbali sottoscritti negli anni scorsi tra istituzioni e rappresentanti del settore, nei quali sarebbe stato delineato un percorso di riequilibrio economico basato sull'adeguamento delle tariffe.

Secondo l'associazione, tali impegni non avrebbero trovato concreta attuazione, lasciando le strutture in una situazione di crescente difficoltà finanziaria.

La richiesta alla Regione

L'associazione chiede ora alla Regione Puglia e ai ministeri competenti l'apertura di un tavolo di confronto per affrontare le criticità del settore.

Tra le richieste avanzate figurano la sospensione dei termini previsti dal piano di riconversione, la revisione delle tariffe sulla base dei costi effettivi sostenuti dalle strutture e una soluzione condivisa sul tema dei contratti di lavoro.

“Il disavanzo sanitario non può essere scaricato sui più fragili”, sostiene Aris Puglia, che ribadisce la disponibilità al dialogo ma avverte di non voler assistere passivamente a quello che definisce un progressivo indebolimento della rete riabilitativa regionale.

Secondo l'associazione, la posta in gioco non riguarda soltanto il futuro delle strutture, ma il diritto all'assistenza e alle cure per migliaia di cittadini pugliesi.

"Contratti impossibili e tariffe bloccate da 20 anni": l'allarme delle strutture riabilitative in Puglia

A lanciare l'sos è l'Aris Puglia (Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari):
"Siamo al collasso, a rischio la continuità dei servizi per anziani e disabili"

Grazia Rizzi - 23 giugno 2026 12:32

Tariffe insostenibili e ferme ormai da vent'anni, un contratto "non corrispondente" al settore e "più oneroso", un piano di riconversione "irrealistico": una situazione che sta mettendo a dura prova la sanità riabilitativa in Puglia. A lanciare l'allarme è l'**Aris** Puglia (Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari), che riunisce enti religiosi e non profit che da decenni garantiscono percorsi di cura a migliaia di persone con disabilità, minori e anziani.

"A rischio continuità dei servizi": le criticità secondo Aris

"Siamo al paradosso - evidenzia l'associazione in una nota - La Regione chiede standard più alti ma rende impossibile sostenerli, e per di più ci impone un contratto che non è nemmeno il nostro. Senza interventi urgenti e adeguati, molte strutture non potranno più garantire la continuità dei servizi. Le vittime non saranno le strutture, ma i pazienti, le famiglie e i lavoratori".

In particolare, l'Aris indica quattro fattori che stanno contribuendo a rendere la situazione "esplosiva". Il primo punto riguarda le tariffe, "ferma da vent'anni" a fronte di un'inflazione che galoppa. "L'unico adeguamento - il 7% nel 2022 - è del tutto insufficiente e non è stato nemmeno erogato in maniera uniforme da tutte le ASL, lasciando gli enti in una condizione strutturale di sottofinanziamento". Il secondo aspetto riguarda "un contratto che non è quello del settore, e più oneroso". La Regione, secondo quanto evidenzia l'Aris, "impone alle strutture, quale requisito di accreditamento", il contratto "dell'ospedalità privata, proprio dell'area ospedaliera e non di quella territoriale in cui operano i centri. Si chiede così agli enti di applicare un contratto che non è il loro: dove è stato applicato, il costo del personale ha superato l'80%, con punte fino al 90% del fatturato. La legittimità di un'imposizione analoga è già stata messa in discussione dalla Corte costituzionale e la questione è tuttora sub iudice".

C'è poi la questione relativa al piano di riconversione, giudicato "irrealistico". "La Dgr n. 1933/2025 impone un adeguamento in 18 mesi sulla base di un fabbisogno vecchio di 11 anni e richiede maggiori figure professionali difficilissime da reperire - come i medici specialisti in Neuropsichiatria infantile, in Fisiatria, logopedisti, e tutte le altre figure della riabilitazione. A ciò si aggiungono incertezze amministrative - preintese mai formalizzate e una terminologia applicativa confusa ("pacchetti ambulatoriali" invece di "Nuclei di riabilitazione") - che generano solo caos e contenzioso". Infine, l'associazione fa riferimento a "impegni sindacali disattesi", richiamando "un percorso di equilibrio contrattuale sostenibile, vincolato all'adeguamento delle tariffe" tracciato nel 2024 ma "oggi ignorato".

Le richieste dell'associazione

"Il disavanzo sanitario della Regione non può essere scaricato sui più fragili - prosegue Aris Puglia, in una nota a firma del presidente, monsignor Laddaga -. Chiediamo alla Regione Puglia e ai Ministeri di intervenire con urgenza". In particolare, alla Regione viene chiesta l'apertura immediata

di un tavolo istituzionale, la sospensione dei termini della Dgr 1933/2025 "che possono produrre effetti irreversibili sugli accreditamenti", una revisione immediata delle tariffe e "una soluzione coerente della questione contrattuale, che riconosca il contratto di settore e accompagni ogni obbligo con la corrispondente copertura tariffaria".

"Siamo pronti al dialogo, ma non assisteremo in silenzio allo smantellamento della sanità riabilitativa pugliese. Non è un interesse di categoria: è una battaglia per la dignità delle persone e per il diritto alla cura".

Riabilitazione Puglia al collasso, A.R.I.S. lancia l'allarme: "A rischio cure per migliaia di disabili, anziani e bambini"

23 Giugno 2026

La sanità riabilitativa pugliese è a un punto di rottura. A lanciare l'allarme è **A.R.I.S.** Puglia, che rappresenta gli enti religiosi e non profit che da decenni garantiscono percorsi di cura a migliaia di persone con disabilità, minori e anziani. "Siamo al paradosso: la Regione chiede standard più alti ma rende impossibile sostenerli, e per di più ci impone un contratto che non è nemmeno il nostro. Senza interventi urgenti e adeguati, molte strutture non potranno più garantire la continuità dei servizi. Le vittime non saranno le strutture, ma i pazienti, le famiglie e i lavoratori".

Sono quattro i nodi che rendono la situazione esplosiva

1. Tariffe insostenibili, ferme da vent'anni. A fronte di un'inflazione che dal 2007 supera il 43%, le tariffe delle prestazioni ex art. 26 sono sostanzialmente ferme. L'unico adeguamento – il 7% nel 2022 – è del tutto insufficiente e non è stato nemmeno erogato in maniera uniforme da tutte le ASL, lasciando gli enti in una condizione strutturale di sottofinanziamento.
2. Un contratto che non è quello del settore, e più oneroso. I centri di riabilitazione ex art. 26 hanno un proprio contratto nazionale di settore – il CCNL ARIS Centri di Riabilitazione e RSA, sottoscritto nel 2012 e rinnovato con l'Accordo Ponte del gennaio 2024 – che le organizzazioni sindacali stanno in queste settimane rinnovando al tavolo nazionale. La Regione impone però alle strutture, quale requisito di accreditamento, un contratto diverso e più costoso: quello dell'ospedalità privata, proprio dell'area ospedaliera e non di quella territoriale in cui operano i centri. Si chiede così agli enti di applicare un contratto che non è il loro: dove è stato applicato, il costo del personale ha superato l'80%, con punte fino al 90% del fatturato. La legittimità di un'imposizione analoga è già stata messa in discussione dalla Corte costituzionale e la questione è tuttora sub iudice.
3. Un piano di riconversione irrealistico. La DGR n. 1933/2025 impone un adeguamento in 18 mesi sulla base di un fabbisogno vecchio di 11 anni e richiede maggiori figure professionali difficilissime da reperire – come i medici specialisti in Neuropsichiatria infantile, in Fisiatria, logopedisti, e tutte le altre figure della riabilitazione. A ciò si aggiungono incertezze amministrative – preintese mai formalizzate e una terminologia applicativa confusa ("pacchetti ambulatoriali" invece di "Nuclei di riabilitazione") – che generano solo caos e contenzioso.
4. Impegni sindacali disattesi. Nel verbale del 22 giugno 2023 ARIS Puglia / OO.SS. regionali e nell'Accordo Ponte nazionale del 24 gennaio 2024 era già stato tracciato un percorso di equilibrio contrattuale sostenibile, vincolato all'adeguamento delle tariffe. Un percorso oggi ignorato, in favore di una forzatura unilaterale che non rispetta gli impegni assunti.

"Il disavanzo sanitario della Regione non può essere scaricato sui più fragili – prosegue A.R.I.S. Puglia -. Chiediamo alla Regione Puglia e ai Ministeri di intervenire con urgenza".

Le richieste sono chiare

- Apertura immediata di un tavolo istituzionale per trovare soluzioni concrete.
- Sospensione dei termini della DGR n. 1933/2025 che possono produrre effetti irreversibili sugli accreditamenti.
- Revisione immediata delle tariffe ex art. 26, adeguandole ai costi reali.
- Una soluzione coerente della questione contrattuale, che riconosca il contratto di settore e accompagni ogni obbligo con la corrispondente copertura tariffaria.

“Siamo pronti al dialogo, ma non assisteremo in silenzio allo smantellamento della sanità riabilitativa pugliese. Non è un interesse di categoria: è una battaglia per la dignità delle persone e per il diritto alla cura”.

Riabilitazione Puglia al collasso, A.R.I.S. lancia l'allarme

La sanità riabilitativa pugliese è a un punto di rottura. A lanciare l'allarme è **A.R.I.S.** Puglia, che rappresenta gli enti religiosi e non profit che da decenni garantiscono percorsi di cura a migliaia di persone con disabilità, minori e anziani. “Siamo al paradosso: la Regione chiede standard più alti ma rende impossibile sostenerli, e per di più ci impone un contratto che non è nemmeno il nostro. Senza interventi urgenti e adeguati, molte strutture non potranno più garantire la continuità dei servizi. Le vittime non saranno le strutture, ma i pazienti, le famiglie e i lavoratori”.

Sono quattro i nodi che rendono la situazione esplosiva.

1. Tariffe insostenibili, ferme da vent'anni. A fronte di un'inflazione che dal 2007 supera il 43%, le tariffe delle prestazioni ex art. 26 sono sostanzialmente ferme. L'unico adeguamento – il 7% nel 2022 – è del tutto insufficiente e non è stato nemmeno erogato in maniera uniforme da tutte le ASL, lasciando gli enti in una condizione strutturale di sottofinanziamento.
2. Un contratto che non è quello del settore, e più oneroso. I centri di riabilitazione ex art. 26 hanno un proprio contratto nazionale di settore – il CCNL ARIS Centri di Riabilitazione e RSA, sottoscritto nel 2012 e rinnovato con l'Accordo Ponte del gennaio 2024 – che le organizzazioni sindacali stanno in queste settimane rinnovando al tavolo nazionale. La Regione impone però alle strutture, quale requisito di accreditamento, un contratto diverso e più costoso: quello dell'ospedalità privata, proprio dell'area ospedaliera e non di quella territoriale in cui operano i centri. Si chiede così agli enti di applicare un contratto che non è il loro: dove è stato applicato, il costo del personale ha superato l'80%, con punte fino al 90% del fatturato. La legittimità di un'imposizione analoga è già stata messa in discussione dalla Corte costituzionale e la questione è tuttora sub iudice.
3. Un piano di riconversione irrealistico. La DGR n. 1933/2025 impone un adeguamento in 18 mesi sulla base di un fabbisogno vecchio di 11 anni e richiede maggiori figure professionali difficilissime da reperire – come i medici specialisti in Neuropsichiatria infantile, in Fisiatria, logopedisti, e tutte le altre figure della riabilitazione. A ciò si aggiungono incertezze amministrative – preintese mai formalizzate e una terminologia applicativa confusa (“pacchetti ambulatoriali” invece di “Nuclei di riabilitazione”) – che generano solo caos e contenzioso.
4. Impegni sindacali disattesi. Nel verbale del 22 giugno 2023 ARIS Puglia / OO.SS. regionali e nell'Accordo Ponte nazionale del 24 gennaio 2024 era già stato tracciato un percorso di equilibrio contrattuale sostenibile, vincolato all'adeguamento delle tariffe. Un percorso oggi ignorato, in favore di una forzatura unilaterale che non rispetta gli impegni assunti.

“Il disavanzo sanitario della Regione non può essere scaricato sui più fragili – prosegue A.R.I.S. Puglia –. Chiediamo alla Regione Puglia e ai Ministeri di intervenire con urgenza”.

Le richieste sono chiare:

- Apertura immediata di un tavolo istituzionale per trovare soluzioni concrete.
- Sospensione dei termini della DGR n. 1933/2025 che possono produrre effetti irreversibili sugli accreditamenti.
- Revisione immediata delle tariffe ex art. 26, adeguandole ai costi reali.
- Una soluzione coerente della questione contrattuale, che riconosca il contratto di settore e accompagni ogni obbligo con la corrispondente copertura tariffaria.

“Siamo pronti al dialogo, ma non assisteremo in silenzio allo smantellamento della sanità riabilitativa pugliese. Non è un interesse di categoria: è una battaglia per la dignità delle persone e per il diritto alla cura”.

23/06/2026



la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



R cultura

Oates: io testimone dalla parte delle donne

di ANNALISA CUZZOCREA alle pagine 32 e 33

R sport

Ronaldo nella storia a segno in sei Mondiali

di EMANUELA AUDISIO a pagina 36



Mercoledì 24 giugno 2026

Anno 51 - N° 144

Oggi con

Velvet Gioielli

In Italia € 1,90

“Colpita da Trump per Hormuz ci siamo”

Meloni: non cambiano i nostri rapporti, la politica estera non è Temptation Island. Mozione contro la guerra, il Senato Usa sfida il presidente che crolla nei sondaggi

di FRANCESCO BEI

Il messaggio politico, o almeno la speranza, è che tutto torni come prima. «Non intendo continuare ad alimentare questo confronto. Penso che il nostro lavoro bilaterale con gli Stati Uniti debba tornare alla sua normalità». Giorgia Meloni, dopo il video sui social per rispondere alla legnata ricevuta da Trump, si sottopone per la prima volta a un'intervista sulla crisi diplomatica con gli Usa.

alle pagine 2, 3 e 4 con i servizi di DE CICCO, GINORI e MASTROLILLI

LA TRATTATIVA

L'Iran nega l'accordo sugli ispettori nucleari

di COLARUSSO, MANACORDA e TONACCI

alle pagine 6 e 7

Quattro maxi condanne chieste dai pm romani per la morte di Regeni



di GIULIANO FOSCHINI e ANDREA OSSINO

a pagina 9

Flotilla, liberi in Libia i due attivisti italiani sequestrati un mese fa



di ALESSIA CANDITO

a pagina 8



CALDO TORRIDO

Vittime e blackout l'Europa boccheggia

di MICHELE BOCCI e ELENA DUSI

alle pagine 10 e 11



Rimadesio 70

LE IDEE

Bimbi in cella il numero aumenta l'infamia pure

di LUIGI MANCONI

Non sarà tutta colpa di Giorgia Meloni, eppure... C'è un numero che si tende a rimuovere, ed è un numero infame: è quello dei bambini dai 0 ai 3 anni reclusi in una cella unitamente alle proprie madri, passato dai 17 del 2023 agli attuali 30. Su questo incremento pesa la discrezionalità del differimento della pena per le donne in gravidanza.

a pagina 13



Titoli tecnologici avanza l'incubo bolla finanziaria

di BASILE e SANTELLI

alle pagine 14 e 15

LA POLEMICA

Il corpo di Murgia è sempre più vivo come i pregiudizi

di VIOLA ARDONE

Quello che è successo qualche giorno fa durante il trasferimento dei finalisti al premio Strega verso la tappa pugliese del tour ci mostra una verità inattesa: il corpo di Michela Murgia è ancora vivo. A quasi tre anni dalla sua morte, il 10 agosto del 2023, di lei restano i libri, gli articoli, gli interventi pubblici.

a pagina 13 servizio di DE SANTIS a pagina 33

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

Bergader logo

La requisitoria del pm
«L'Egitto ha protetto gli aguzzini di Regeni»
di Giovanni Bianconi e Ilaria Sacchettoni
a pagina 21

Il Mondiale
Messi il migliore? Vi spiego perché
di Aldo Cazzullo e Carlos Passerini
alle pagine 40 e 41

Bergader logo

Democrazie
LA NUOVA FRAGILITÀ EUROPEA
di Angelo Panebianco

I lettori meno giovani del Corriere ne ricordano gli editoriali. Giovanni Sartori, nei suoi studi sulla democrazia, ha mostrato che la competizione politica, in democrazia, può assumere due diverse modalità. Nel primo caso, la competizione è, come Sartori la definisce, «centripeta», ossia le varie forze politiche, ovunque collocate, si sforzano di convergere al centro, di conquistare l'elettorato di centro. Uno spirito di moderazione, di bassa conflittualità ideologica (salvo che per la presenza di qualche frangia estremista irrilevante), pervade la democrazia e ne garantisce la stabilità. Nel secondo caso, la competizione è invece «centrifuga»: porzioni importanti dell'elettorato fuggono dal centro, estremisti di destra e di sinistra vedono gonfiare i propri consensi, lo scontro ideologico è rovente. Se non ci sono altre condizioni che ne annullano gli effetti (come, ad esempio, un quadro internazionale stabile) la competizione centrifuga, in casi estremi, può portare al crollo della democrazia. Nelle principali democrazie europee di oggi le spinte centrifughe sono molto forti. Lo sono in Gran Bretagna e in Germania, Paesi nei quali la competizione centrifuga è una novità. Come in Francia dove le spinte centrifughe non sono mai state così potenti dopo la nascita (nel 1958) della Quinta Repubblica. È vero, non è una novità per noi italiani: la competizione centrifuga (lo scontro ideologico rovente) ha accompagnato la storia della democrazia italiana, salvo per brevi fasi, dal '48 ad oggi.

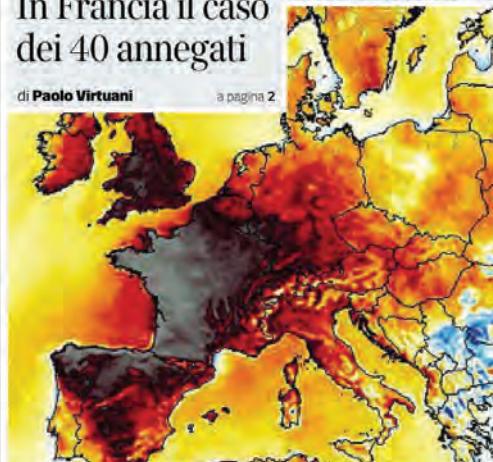
continua a pagina 28

Il clima, l'allarme In Italia bollino rosso in 16 città



Il caldo torrido blocca l'Europa
In Francia il caso dei 40 annegati

di Paolo Virtuani a pagina 2



In cerca di refrigerio davanti alla Tour Eiffel. La mappa dell'Europa arsa dal caldo

Le notti, i bimbi, gli anziani
Consigli anti afa

di Silvia Turin

Mezza Europa «ostaggio» dell'ondata di caldo torrido. A Parigi chiusi Tour Eiffel e Louvre. In Italia oggi bollino rosso per sedici città. E il caldo continuerà ancora per i prossimi dieci giorni. I consigli anti afa per le fasce deboli.

a pagina 3

La premier: colpita da Trump. La spinta sulla legge elettorale

Meloni e gli Usa: i rapporti bilaterali non cambiano

L'affondo: noi scarsi? Opposizioni scarsissime

di Caccia e Logroscino

La premier Giorgia Meloni torna sulle relazioni Italia-Usa. «I rapporti bilaterali non cambiano» commenta. Poi un nuovo invito ad approvare la nuova legge elettorale. E alle critiche delle opposizioni risponde: «Sono scarsissime».

alle pagine 8 e 9

PARLA L'OLLOBRIGIDA

«Stati Uniti e Ue, dividersi sarebbe grave»

di Paola Di Caro

a pagina 9

GIANNELLI
IL RILANCIO DELLA FIGG
MALA...GOL

ZANNEGA

Mercati Cala SpaceX, poi recupera. Giù Piazza Affari

L'ondata di vendite tech manda in sofferenza le Borse

di Iorio e Jattoni Dall'Asén

Gornata pesante per le Borse a causa delle vendite dei titoli tech. Male anche Milano.

alle pagine 10 e 11

IL CORDOGLIO DI MATTARELLA

Milano, il vigile morto inseguendo un Suv pirata

di Cesare Giuzzi e Pierpaolo Lio



Stava inseguendo un'auto che aveva forzato un blocco. Ma è caduto con la sua moto. Così è morto l'agente della polizia locale di Milano Francesco Impezzabile, 39 anni. Alla guida dell'auto pirata un albanese di 25 anni. Il cordoglio del presidente Sergio Mattarella.

a pagina 20

LA COMPETIZIONE GLOBALE

La coperta troppo corta dell'Unione

di Enzo Moavero Milanese

a pagina 28

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

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini

Iene da tastiera

Non chiamiamoli più leoni da tastiera: è ironico, lo so, ma loro ironia non la capiscono. Chiamiamoli iene o avvoltoi, con tutto il rispetto per quelle bestie mosse dai morsi della fame, non della fama. Tre ragazzi muoiono all'alba in fondo a un canale di Senago e a bordo di un'auto troppo carica di passeggeri. E le iene proprio non riescono a tenere le zampine in tasca o in altri luoghi ombreggiati. Devono sciornare sui social la solita litania di maldicenze condite di senso comune: «Ben gli stas», «I giovani d'oggi!», «E coi figli in giro la notte i genitori dormono sereni!». No, i genitori vegliano divorati dall'ansia. E adesso piangono come Alessandra, la madre di Lorenzo, che ha appena accusato le iene di non essersi fermate neanche davanti al suo dolore. Ma la

loro psiche funziona così: poiché conducono vite infelici e infelici, scaricano la bile facendo la morale a chi soffre il trauma di una perdita improvvisa e indicibile. Chi ha inventato i social lo sapeva benissimo. Sapeva che milioni di persone non aspettavano altro che uno strumento in grado di lanciare nel mondo il loro piccolo seme di cattiveria, senza più doverlo limitare ai confini di un bar, di un cesso o di un tinello. E senza mai pensare, neppure per un attimo, che il destinatario di quei giudizi superficiali e inappellabili è un altro essere umano che spesso sta patendo le pene dell'inferno. Tanto per loro, spedito il messaggio contundente, è già finito tutto. E possono tornare al solito niente.

octopusenergy
Energia pulita a prezzi accessibili e un servizio clienti superlativo
Trustpilot

LO SCHIANTO IN MOTO
Agente muore a Milano
inseguiva un'auto pirata

MONICA SERRA, ANDREA SIRAVO - PAGINA 17



IL CASO DI SENAGO
La mamma che sfida
i leoni da tastiera

ASSIANEUMANN DAYAN - PAGINA 19



L'ALLARME CALDO
Il Piemonte senz'acqua
ora va in crisi anche il riso

ANDREA ROSSI, OSCAR SERRA - PAGINE 20 E 21

190€ II ANNO 160 II N.168 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.IN.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

MERCOLEDÌ 24 GIUGNO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



BRUXELLES: UN MESE PER I FONDI SAFE, POI LI ASSEGNIAMO AD ALTRI. SCONTRO GIORGETTI-CROSETTO

Difesa, l'ultimatum Ue a rischio 15 miliardi

Meloni: la politica estera non è Temptation Island. Si rafforza l'ipotesi voto anticipato

IL COMMENTO

I nostri leader
senza un progetto

GIANNI OLIVA

La politica italiana di questi giorni è un gran ridefinirsi di perimetri: movimenti aggregativi al centro per l'area riformista, nostalgiche nordiste nella Lega. - PAGINA 27

AMABILE, BRESOLIN, LOMBARDO

La Commissione europea vuole avere una risposta chiara e in tempi brevi dal governo italiano sull'utilizzo dei prestiti del piano Safe: 14,9 miliardi a rischio. - PAGINE 2-5

Si salvano jet e droni
Addio a tank e navi

LUCAMONTICELLI - PAGINA 3

LA POLITICA

Alemanno, Vannacci
e il patto sovranista

FRANCESCO GRIGNETTI - PAGINA 14

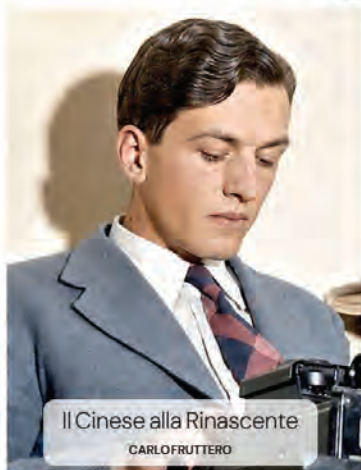
Bettini: campo largo
nessun veto su Renzi

PAOLO FESTUCCIA - PAGINA 15

IN UN LIBRO LE POESIE DI FRUTTERO E LUCENTINI. ALL'ASTA LE LETTERE DI BATTISTI ALLA MAMMA

Le nostre memorie

MARIO BAUDINO



Il Cinese alla Rinascente

CARLO FRUTTERO

Lo scrittore torinese Carlo Fruttero



Ho una doccia, sono felice

LUCIO BATTISTI

Il cantautore Lucio Battisti, scomparso nel 1998

GLI ESTERI



Rebus nucleare
La tregua fragile
tra Usa e Iran

NATHALIE TOCCI

Dopo mille giravolte, l'intesa Usa-Iran c'è. È fragile, stretta nella morsa degli umori di Trump, dell'arroganza delle Guardie rivoluzionarie iraniane e della volontà del primo ministro israeliano Netanyahu di far saltare il banco, continuando ad attaccare e occupare il Libano. Il Medio Oriente potrebbe riesplodere. Eppure non mancano motivi per sperare in una tregua duratura. DEL GATTO - PAGINE 6 E 7

IL REPORTAGE

La guerra infinita
e la rivolta di Gaza

MAJID AL-ASSAR

Mentre sul piano politico al Cairo proseguono i colloqui sul futuro di Gaza, a Gaza la guerra non è più un evento eccezionale. È diventata una condizione di vita costante. - PAGINA 9

IL NUOVO GOVERNO

Così Londra resta
dentro il fossato

MARCO VARVELLO

Dove è finito l'impassibile stoicismo degli inglesi? Il loro "stiff upper lip", rigido e orgoglioso labbro superiore, imperturbabile di fronte ad ogni avversità? - PAGINA 27

BORSE IN ROSSO

Investimenti record
ma pochi guadagni
La bolla dell'AI
pronta a scoppiare

SALVATORE ROSSI

Sta scoppiando una bolla speculativa nei mercati borsistici mondiali? È l'interrogativo che attanaglia tutti in questo momento, dai più sofisticati analisti e operatori finanziari alla gente comune che si preoccupa del proprio risparmio investito (anche) in azioni. L'ipotesi che molti formulano da tempo è che l'intelligenza artificiale (AI) abbia gonfiato i valori di Borsa della generalità delle imprese, non solo di quelle direttamente coinvolte nel sistema AI. Ora quei valori starebbero cominciando a sgonfiarsi. GORIA, TIRRO - PAGINE 12 E 13

LE IDEE

Se l'Europa rinuncia
alla sovranità
degli algoritmi
e si piega agli Usa

GABRIELE SEGRE



Mentre tutte le telecamere del pianeta erano puntate su Trump intento a firmare l'ennesima "pace del secolo" del suo mandato, la settimana scorsa il presidente americano ha preso un'altra decisione, molto meno fotografica, ma potenzialmente molto più incisiva: gli Usa hanno ordinato ad Anthropic di limitare l'accesso ai suoi modelli di intelligenza artificiale più avanzati ai soli cittadini americani, dipendenti stranieri compresi, con il paradosso di escludere molti che quella tecnologia l'hanno costruita. - PAGINA 27



IL CALCIO

Cr7, due gol per la storia
A segno in sei Mondiali

ALBERTO SIMONI

C'è un pensiero brutto che non fa nemmeno in tempo ad affiorare e viene subito spazzato via. Ecco, Cr7: piomba sul Mondiale dopo sei minuti e una girata delle sue assist di Caneolo che finisce alle spalle del portiere dell'Uzbekistan. Abbracci e sorrisi. ZONCA - PAGINA 32



Perché Messi è grande
ma Maradona immenso

MAURIZIO DE GIOVANNI



Succede relativamente spesso, in smania una volta ogni paio d'anni, che qui a Napoli tra gli appassionati di calcio della generazione nata tra la fine dei '50 e la metà dei '60 ci si sorrida indulgenti e scuotendo la testa. Appena una competizione propone nuovi record ci tocca assistere a dotti dibattiti in tv. - PAGINA 33

ACQUISTIAMO
ANTIQUARIATO
orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI
GRATUITE IN
TUTTA ITALIA
IMPORTANTI
COLLEZIONI O
SINGOLO
OGGETTO



Firenze
Barbieri



Mercoledì 24 giugno 2026

ANNO LIX n° 146
1,50 €
Natività
di San Giovanni
Battista

Edizione chiese
dal 06.02

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

La Sanità non somministra morte IN RECIPROCA DIPENDENZA

GIUSEPPE ANZANI

Due processi sul fine vita, ieri, in Corte costituzionale. L'uno sui trattamenti di sostegno vitale, tema che per la terza volta torna a farsi soglia del suicidio accessibile. L'altro sulla legge 26/2025 della regione Sardegna, dedicata al "suicidio sanitario". Sullo sfondo, una storia di giurisprudenza costituzionale sull'art. 380 del Codice penale: non viene più punto chi aiuta un suicida che è affetto da malattia irreversibile, fonte di sofferenze intollerabili, tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, pienamente capace di prendere decisioni consapevoli. La norma, che fuor di questa eccezione resta presidio della vita umana, dopo la mutilazione parziale del 2019 (sentenza 242) è stata riportata in sala operatoria per forzare la condizione della dipendenza dai sostegni vitali. Pareva chiaro, in origine, trattarsi di respiro, di circolo, e sia pure di nutrizione e idratazione artificiale, e simili; cioè a quei presidi mancando i quali la vita si spegne. La successiva sentenza 135 del 2024 riempì d'altro il panier terapeutico "vitale" affiancando ai trattamenti le "procedure" (fatte da infermieri o caregivers familiari, con qualche realistico esempio di evacuazione manuale, di inserimento di cateteri urinari o aspirazione del muco dalle vie bronchiali). Cose che in concreto occorrono alla vita, e se omesse conducono alla morte. Una rilettura disomogenea, ma in qualche modo a evitare una nuova sala operatoria nell'anno successivo (sentenza n. 66/2025) per dire che il sostegno vitale può anche non esserci perché rifiutato in anticipo.

continua a pagina 20

Editoriale

La priorità che non vediamo ancora LA NORMALITÀ DEGLI ESTREMI

LUCA MAZZA

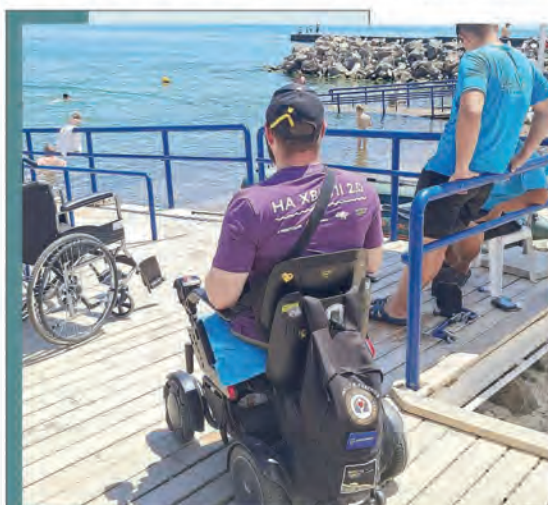
Nel weekend scorso, nella sola area di Parma e provincia, ci sono stati più di mille ingressi al pronto soccorso e ai servizi di emergenza per il caldo intenso. A Milano, lunedì, la seduta del Consiglio comunale si è chiusa in anticipo a causa dei continui cali di tensione della rete elettrica e dei conseguenti stop al server. In Francia, oltre alla tragica morte in auto dei bimbi di 2 e 4 anni probabilmente dovuta all'afa, negli ultimi giorni almeno quaranta persone sono affogate mentre cercavano refrigerio nei corsi d'acqua durante la cosiddetta canicola. Nel frattempo a Philadelphia, la notte scorsa la partita dei Mondiali Francia-Iraq è stata interrotta per oltre due ore a fine primo tempo (con stadio svuotato dagli spettatori) per allerta fulmini, tempesta e autentiche secciate d'acqua. E anche il match successivo, Norvegia-Senegal, è stato a rischio rinvio fino a pochi istanti dal fischio "l'inizio per fulminee forti piogge e allagamenti emessi dal servizio meteorologico degli Stati Uniti in alcune zone di New York e del New Jersey. C'è un filo rosso che lega questi episodi delle ultime ore, diversi e lontani tra loro: una crisi climatica che rende sempre più frequenti i fenomeni meteorologici estremi. Per anni siamo stati abituati a considerare come eventi eccezionali ondate di calore, alluvioni, tempeste, grandinate o siccità. Erano rarità destinate a interrompere per qualche giorno la routine legata alla stagionalità. Da tempo non è più così. Ormai è palese. Il vecchio cliché dell'inesistenza delle rozzesse stagioni sta assumendo un'evidenza empirica e scientifica connessa al riscaldamento globale. A certificarlo non sono soltanto le cronache quotidiane, ma anche gli studi della climatologia.

continua a pagina 7

IL FATTO Nell'udienza sull'aiuto alla morte volontaria la testimonianza dei pazienti a favore e contro la legge

La cura della vita

Alla Corte costituzionale la voce dei malati che paventano la deriva del suicidio "facile"
Il timore che il diritto all'autodeterminazione si trasformi in un invito a farla finita



Nuova udienza della Corte costituzionale sul suicidio assistito per verificare se uno dei criteri inderogabili di accesso stabiliti nella sentenza-pilota del 2019 (la presenza di trattamenti di sostegno vitale) vada confermato o meno. Hanno potuto farsi ascoltare, attraverso i loro avvocati, otto pazienti affetti da gravi patologie che chiedono di non allargare le maglie della deperalizzazione per non vedere di fatto compromesso il loro diritto di vivere e di essere curati, senza la morte a richiesta come alternativa "per legge".

Palmieri e Picariello a p.8

BRUXELLES
Così l'Europa riconosce i taleban per i rimpatri

Akbar e Rosana a pagina 3

I nostri temi

DA VENERDÌ
López Romero e il Concistoro: dialogo che serve

GIACOMO GAMBASSI

Il Papa torna a radunare per la seconda volta i cardinali di tutto il mondo per un nuovo Concistoro straordinario. Due giornate, venerdì e sabato, di dialogo e confronto fra il Pontefice e il Sacro Collegio. Parla il cardinale Cristóbal López Romero, arcivescovo di Rabat in Marocco.

A pagina 5

ATLANTE AFFETTIVO
La lealtà in questo tempo senza fiducia

LUIGI BALLERINI

Ammettiamolo, lealtà potrebbe suonarci come una parola un po' fuori moda. I ragazzi, invece, la trattano come qualcosa di sorprendentemente concreto e quotidiano, collocandola nei luoghi in cui scorre la vita. Un'esperienza che implica reciprocità.

A pagina 21

UCRAINA Sulla spiaggia di Odessa tra i mutilati

Quelle ferite di guerra che il sole non sana

Il sole estivo inonda la costa e lo stabilimento sul Mar Nero, d'un bianco accecante. Sulla pedana, centinaia di persone si contendono i coni d'ombra proiettati dai teloni. A prima vista, Bez Mezh non sembra differente dall'adiacente Kaleson o dalla baia dei Delfini e dalle altre stazioni balneari di Odessa. Il fronte, distante una sessantina di chilometri, sembra lontanissimo visto da qui. Ma è solo un'illusione: il suo fuoco è incisivo con lettere indelebili sulle carni arrossate dal sole degli uomini di Bez Mezh, la spiaggia dei feriti e dei mutilati in battaglia.

Capuzzi (Inviata a Odessa) a pagina 4

POLITICA La premier insiste sul rapporto con gli Usa e sui temi dell'immigrazione

Meloni cerca di smorzare la tensione con Trump

Giorgia Meloni arriva alla festa de *La Verità* a Roma alla vigilia di una due giorni cruciali: oggi a Berlino c'è l'incontro del formato E5 con i leader di Germania, Francia, Regno Unito e Polonia, domani il primo vertice bilaterale con Emmanuel Macron ad Antibes. Sulla lite con Donald Trump la linea resta quella dettata nel Consiglio dei ministri di lunedì, nella convinzione che le scaramucce col tycoon non avranno «contraccolpi» e le relazioni con Washington restano imprescindibili. Ciò detto, la politica estera «non è *Temptation Island*» e il quadro internazionale impone un veloce «ritorno

alla normalità». La premier rivendica poi il successo europeo del modello italiano sulla gestione dei flussi e sui rimpatri. Poi passa alle questioni interne, difendendo il Piano casa approvato alla Camera e soprattutto la legge elettorale che approderà in Aula venerdì: «Non dà un vantaggio a nessuno», sottolinea, «ma consente a chi vince di avere una maggioranza per governare cinque anni». Chi non la vuole, argomenta, «spera nel pareggio per poi governare senza vincere le elezioni».

Marcelli a pagina 9

IN TUTTA EUROPA

Il caldo avanza, è ormai emergenza sanitaria

Afflerì e Arena a pagina 7

INFANZIA

Asili nido, passato il Pnrr resterà la carenza di posti

Ferrario a pagina 6

FONDI DAL GOVERNO

Un piano per gli oratori: «presidio educativo»

Muolo a pagina 6

Muscoli

I famosi "prigionieri" di Michelangelo sono statue incomplete, blocchi di marmo da cui sembrano emergere figure nell'atto di liberarsi. Sono sculture di una potenza inarrivabile. I muscoli perfetti che emergono dal marmo sono inteso alla perfezione umana, al talento dell'artista, alla bellezza assoluta. Affascina il "non finito", questo loro essere opere ancora e sempre in cammino, corpi immutabili e paradossalmente destinati a un viaggio in-finito. Inquietano anche, sono corpi mai del tutto liberi, mai del tutto nati, mai del tutto partoriti. Ogni volta che mi perdo nella loro contemplazione

Corpo
Alessandro Debi'

mi chiedo sempre quanto "non finito" ci sia adesso in me. Quanto forza muscolare ancora potrò liberare, quali pensieri nuovi, quali dettagli prenderà il mio corpo e quindi il mio spirito? Ma soprattutto, quali saranno i colpi della vita che arriveranno a staccare dolorosamente parti di me che credevo indispensabili? Immerso in un blocco di materia preziosa io non so distinguere a priori dove debba scendere lo scalpello, quale sia il confine, il limite tra essenziale ed eccessivo. I corpi dei "prigionieri" rimangono a marciare la paura profonda che sento nel mio corpo, paura della libertà che so dolorosa, libertà che per essere accolta chiede sempre una perdita di sé.

© Immagine coordinata

Agorà

VISIONI
Da Rossellini a Zeffirelli, il cinema innamorato del Poverello di Assisi

Messallo a pagina 21

PROTAGONISTI
La fiducia contro l'odio, Primo Levi a scuola: lezioni di convivenza

Righetto a pagina 22

SCENARI
Così il calcio sta cambiando la pelle dell'America e il suo rapporto col mondo

Caprelli a pagina 24

LUOGHI INFINITO
LE FORME DEL PANE
In edicola e online su abbonamenti.avvenire.it

317
Giugno 2026

Case comunità: oggi sì dei medici di famiglia

Sanità

Compenso orario di 40 euro
fino a un massimo di sei ore
a settimana nelle strutture

Marzio Bartoloni

Raggiunto l'accordo di base che regola la presenza dei medici di famiglia nelle Case di comunità. Dopo settimane di confronto e polemiche, i sindacati di categoria hanno definito un'intesa preliminare con la Sisac, la Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, e la firma definitiva è attesa oggi dopo il via libera del Mef. Un passo decisivo in vista del 30 giugno, la scadenza prevista dal Pnrr per l'entrata in funzione delle 1.038 nuove strutture territoriali. Positivo il giudizio del ministro della Salute Orazio Schillaci, anche se le sigle sindacali non sono state compatte e due - Smi e Snami - hanno deciso di bocciare l'intesa. In pista un possibile compenso orario di circa 40 euro (38 euro più oneri) a livello nazionale. I medici saranno obbligati a lavorare fino a 6 ore settimanali, sulla base dei

fabbisogni individuati dalle Regioni, per 48 settimane l'anno. «Siamo ottimisti e aspettiamo di arrivare a una conclusione», ha annunciato Schillaci. Anche le Regioni confermano: «C'è condivisione sull'ipotesi di accordo collettivo nazionale di lavoro dei medici di medicina generale per l'attuazione delle Case di Comunità», rende noto la stessa Conferenza, che conferma anche l'intenzione ad avviare quanto prima il confronto sul triennio contrattuale 2025-2027, con l'impegno delle Regioni a emanare l'atto di indirizzo per tutta la medicina generale entro il 30 settembre 2026.

Luce verde da parte del maggiore dei sindacati dei medici di famiglia, la Fimmg, secondo cui prevale in questo modo il senso di responsabilità della categoria. Sul fronte opposto le sigle sindacali Smi e Snami con quest'ulti-

ma che parla di «stravolgimento della natura giuridica del rapporto di lavoro» dei medici di famiglia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dopo l'annuncio di Schillaci

Medici di base nelle case di comunità Firmato l'accordo con le Regioni

In tarda serata è arrivata la firma e ora l'accordo per i medici di medicina generale nelle case di comunità è realtà. Mancano solo i passaggi alla Corte dei conti e in Conferenza Stato-Regioni. Lo aveva preannunciato ieri mattina il ministro della Salute, Orazio Schillaci, durante l'assemblea annuale di Farmindustria («Geopolitica e innovazione: l'industria farmaceutica asset strategico per la salute e la crescita della Nazione»), di cui Marcello Cattani è stato rieletto alla presidenza per il biennio 2026-28. «Sono i medici di base quelli che conoscono meglio i pazienti e che li possono

gestire meglio — ha detto Schillaci —. Vogliamo una sanità moderna e vicina ai cittadini. Spero che questo porti anche a decongestionare i pronto soccorso». «È stato confermato — scrivono in una nota le Regioni dopo l'incontro con i sindacati — l'obbligo di svolgere fino a 6 ore per 48 settimane annue, per garantirne la funzionalità». Un passo importante che sblocca la situazione di stallo per 1.038 case di comunità sul tutto il territorio italiano, in vista della scadenza di martedì, fissata come termine per l'attuazione degli obiettivi del Pnrr.

Clarida Salvatori

Il ruolo
Orazio Schillaci,
60 anni,
ministro della
Salute dal 2022



Medici di famiglia e Case di comunità, c'è l'accordo

Raggiunto l'accordo di base che regola la presenza dei medici di famiglia nelle Case di comunità. Dopo settimane di polemiche e un decreto bloccato, i sindacati di categoria hanno definito ieri un'intesa preliminare con la Sisac, la Struttura sanitari convenzionati. La firma definitiva è attesa per oggi. Un passo decisivo in vista del 30 giugno, la scadenza prevista dal Pnrr. Positivo il giudizio del ministro della Salute, Orazio Schillaci, anche se due sigle, Smi e

Snami, hanno deciso di bocciare l'intesa. «Siamo ottimisti, c'è un accordo di base», ha annunciato Schillaci all'assemblea di Farindustria. «Vogliamo fortemente che i medici di medicina generale siano all'interno delle nuove strutture territoriali, perché sono quelli che meglio conoscono i pazienti. Questo ci farà vedere una sanità più moderna e più di prossimità e vicina ai cittadini e spero che ciò porti anche a decongestionare i

pronto soccorso», ha aggiunto. A stretto giro, le Regioni hanno confermato che la firma è attesa per questa mattina, assieme all'intenzione ad avviare quanto prima il confronto sul triennio contrattuale 2025-2027, con l'impegno delle Regioni a emanare l'atto di indirizzo per tutta la medicina generale entro il 30 settembre 2026. L'intesa prevede l'obbligo per i medici di base di svolgere nelle Case della

Comunità fino a un massimo di sei ore settimanali, per 48 settimane annue.



Il ministro Schillaci





Servizio Firmato l'accordo

Medici di famiglia in Casa di comunità: al via compenso orario di 38 euro fino a 6 ore a settimana

Dopo settimane di confronto e polemiche, i sindacati di categoria hanno siglato un'intesa con la Sisac, la Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, per riempire le nuove strutture previste dal Pnrr

di Marzio Bartoloni

23 giugno 2026

Raggiunto l'accordo di base che regola la presenza dei medici di famiglia nelle Case di comunità. Dopo settimane di confronto e polemiche, i sindacati di categoria hanno definito un'intesa preliminare con la Sisac, la Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, e la firma definitiva è arrivata in serata dopo il via libera del Mef. Un passo decisivo in vista del 30 giugno, la scadenza prevista dal Pnrr per l'entrata in funzione delle 1.038 nuove strutture territoriali. Positivo il giudizio del ministro della Salute Orazio Schillaci, anche se le sigle sindacali non sono state compatte e due - Smi e Snam - hanno deciso di bocciare l'intesa. In pista un compenso orario di circa 40 euro (38,72 euro più oneri) a livello nazionale. I medici saranno obbligati a lavorare fino a 6 ore settimanali, sulla base dei fabbisogni individuati dalle Regioni, per 48 settimane l'anno.

Accordo siglato per 6 ore a settimana e compenso orario di 38 euro

Con un'accelerazione della trattativa, è arrivata in serata la firma dell'ipotesi di accordo sul contratto che regola il lavoro dei medici di base nelle Case di Comunità. A sottoscriverlo Sisac, in rappresentanza delle Regioni, e i sindacati Fimmg e Fmt. Il contratto prevede l'introduzione di un obbligo per i medici fino a 6 ore settimanali per 48 settimane annue nelle Case di Comunità tra le 8:00 e le 20:00, con un turno di almeno 3 ore continue. Per ciascuna ora di attività nelle Case, ai medici è garantito un compenso di 38,72 euro, oltre oneri (40 euro lordi) secondo un principio di tariffazione unica su tutto il territorio nazionale. "Stiamo trattando con i sindacati e con le Regioni e speriamo a breve di avere una soluzione. Siamo ottimisti e aspettiamo di arrivare a una conclusione. C'è un accordo di base", aveva annunciato Schillaci. Che ha aggiunto: "Vogliamo fortemente che i medici di medicina generale siano all'interno delle Case di comunità, le nuove strutture territoriali, perchè sono quelli che meglio conoscono i pazienti. Questo ci farà vedere una sanità più moderna e più di prossimità e vicina ai cittadini e spero che ciò porti anche a decongestionare il pronto soccorso". A stretto giro, era arrivata anche la conferma da parte delle Regioni: "C'è condivisione sull'ipotesi di accordo collettivo nazionale di lavoro dei medici di medicina generale per l'attuazione delle Case di Comunità", rende noto la stessa Conferenza, che conferma anche l'intenzione ad avviare quanto prima il confronto sul triennio contrattuale 2025-2027, con l'impegno delle Regioni a emanare l'atto di indirizzo per tutta la medicina generale entro il 30 settembre 2026.

Saranno le aziende sanitarie a decidere il fabbisogno

Riempire le nuove strutture con i medici in numero adeguato per fornire ai cittadini l'assistenza territoriale necessaria è la priorità: per questo il ministro Schillaci aveva proposto un decreto ad hoc, strada poi accantonata a seguito delle polemiche e dell'opposizione dei sindacati medici. L'accordo ora raggiunto sblocca dunque la situazione dando un indirizzo di valenza nazionale, come auspicato dallo stesso ministro, ed evitando che ogni regione proceda in autonomia. L'intesa prevede l'obbligo per i medici di base di svolgere nelle Case della Comunità fino a un massimo di 6 ore settimanali, per 48 settimane annue con l'ipotesi di un compenso orario appunto di 38,72 euro. Questo intervento si somma in via residuale all'obbligo per i medici già a rapporto orario di coprire i turni notturni, festivi e del sabato, se richiesto dall'Azienda sanitaria. Saranno infatti le singole Aziende sanitarie a determinare il proprio fabbisogno e a distribuirlo in modo equo tra i medici, nei limiti delle risorse economiche individuate, garantendo comunque una presenza minima di almeno un medico in ogni casa di comunità. Nei giorni scorsi, Schillaci ha anche aperto alla possibilità che nelle Case di comunità possano operare, su base volontaria e al di fuori dell'orario di lavoro, pure i medici ospedalieri, eliminando alcune incompatibilità.

Via libera della Fimmg, no di Smi e Snami

Luce verde all'accordo da parte del maggiore dei sindacati dei medici di famiglia, la Fimmg, secondo cui prevale in questo modo il senso di responsabilità da parte della categoria. Perché "in questa fase - spiega il sindacato - è necessario tenere insieme più esigenze: la sostenibilità del lavoro dei medici di medicina generale, la necessità del Paese di raggiungere gli obiettivi previsti dal Pnrr e il dovere di evitare la restituzione di risorse che avrebbe conseguenze pesantissime sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale e, quindi, sui cittadini". Sul fronte opposto le sigle sindacali Smi e Snami, che annunciano che domani non firmeranno l'intesa. E' in atto, denuncia lo Smi, "uno stravolgimento della natura giuridica del rapporto di lavoro che attualmente disciplina l'esercizio della professione di medico di medicina generale con il Servizio Sanitario Nazionale nell'alveo della libera professione convenzionata".



Dir. Resp.: Marco Girardo

Abate eletto alla guida di Confcoop Sanità

Mauro Abate è il nuovo presidente di Confcooperative Sanità: è stato eletto ieri a Roma dall'assemblea della federazione che conta 372 cooperative aderenti, una base di oltre 392.000 soci di cui 6.750 sono medici (3.600 MMG e PLS) e oltre 10.000 sono farmacisti. Gli occupati a vario titolo sono quasi 22.000 per un fatturato di 6

miliardi. Abate, pugliese, 63 anni, una laurea in Sociologia all'Università di Roma "Sapienza", è un cooperatore di lunga esperienza. Il suo percorso professionale si è sviluppato nel campo della cooperazione sanitaria e sociale, con particolare attenzione ai servizi sociosanitari, alla salute mentale, alla riabilitazione, all'inclusione

lavorativa delle persone svantaggiate e alla costruzione di modelli organizzativi capaci di integrare cura, lavoro e comunità.



IL FATTO Nell'udienza sull'aiuto alla morte volontaria la testimonianza dei pazienti a favore e contro la legge

La cura della vita

*Alla Corte costituzionale la voce dei malati che paaventano la deriva del suicidio "facile"
Il timore che il diritto all'autodeterminazione si trasformi in un invito a farla finita*

Nuova udienza della Corte costituzionale sul suicidio assistito per verificare se uno dei criteri inderogabili di accesso stabiliti nella sentenza-pilota del 2019 (la presenza di trattamenti di sostegno vitale) vada confermato o meno. Hanno potuto farsi ascoltare, attraverso i loro avvocati, otto pazienti affetti da gravi patologie che

chiedono di non allargare le maglie della depenalizzazione per non vedere di fatto compromesso il loro diritto di vivere e di essere curati, senza la morte a richiesta come alternativa "per legge".

Palmieri e Picariello a p.8



Suicidio assistito: la voce dei malati per il diritto di cura

ANGELO PICARIELLO

In assenza di una legge del Parlamento, che difficilmente vedrà la luce in questo scorcio di fine legislatura, la contesa sul fine vita torna alla Corte costituzionale. Il tema è stato affrontato ieri mattina in un'udienza pubblica che ha visto fronteggiarsi giuristi e anche malati, su fronti opposti. Due ore di dibattito sull'applicabilità dell'articolo 580 del Codice penale (che vieta l'aiuto al suicidio) al caso sollevato il 29 settembre 2025 dal Tribunale di Bologna di una donna affetta da patologia irreversibile ma non tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale. Indicati dalla Consulta con la sentenza 242 del 2019 (e più di recente dalla sentenza 135 del 2024 e dalla 66 del 2025) come uno dei quattro requisiti richiesti perché possa esserci la non-punibilità dell'aiuto al suicidio, non figuravano nel caso discusso ieri di Paola R., malata 89enne di Parkinson: patologia grave, quindi, causa di sofferenze considerate insopportabili dal malato, ma nessuna dipendenza dai macchinari.

Nell'udienza pubblica era a tema la questione sollevata dal gip di Bologna Andrea Romito il 29 settembre scorso nel procedimento a carico di Marco Cappato, Felicetta Maltese e Virginia Fiume (dell'associazione Luca Coscioni) per l'aiuto prestato all'anziana, accompagnata nel 2023 in Svizzera per accedere al suicidio assistito. Essendo la donna deceduta, il caso nasce da una questione di principio sollevata dall'autodenuncia dei tre, pochi

giorni dopo aver portato a termine la loro iniziativa. La Procura di Bologna aveva chiesto l'archiviazione, ma nel 2025 il gip aveva rimesso alla Consulta la questione di legittimità costituzionale che riguarda, ancora una volta, il requisito dei trattamenti di sostegno vitale.

Secondo quella decisione, ricordano dall'Associazione Coscioni, una persona «può accedere legalmente al suicidio assistito se è affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psichiche ritenute intollerabili, è pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli ed è tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale». La signora Paola «possedeva tutti questi requisiti, a eccezione dell'ultimo», dal momento che «non dipendeva da macchinari o da trattamenti salvavita in senso tradizionale, ma da assistenza continuativa». Per questo il gip di Bologna «ha chiesto alla Corte di verificare se il requisito del trattamento di sostegno vitale sia ancora costituzionalmente ragionevole quando tutti gli altri presupposti risultano presenti». Il folto collegio difensivo dell'Associazione - con Marco Cappato presente fra il pubblico - ha indicato con chiarezza il suo obiettivo: sollecitare alla Consulta un «cambio di passo» per liberalizzare di fatto l'aiuto al suicidio: «Il requisito del sostegno vitale determina discriminazioni, esclusioni e non aggiunge nulla agli altri requisiti», ha sostenuto l'avvocato Filomena Gallo, segretaria dell'Associazione Coscioni: «Così molti malati sottoposti a sofferenze indicibili sono costret-

ti ad andare all'estero mentre potrebbero morire in Italia come desiderano».

Argomento contestato dell'Avvocatura dello Stato e dai legali che rappresentavano otto pazienti affetti da patologie irreversibili contrari all'estensione dei requisiti attualmente previsti dalla normativa, che - novità importante introdotta dalla Consulta - sono stati ammessi come soggetti interessati e hanno potuto assistere all'udienza video-collegati da una sala attigua, al pari di altri tre che invece hanno affidato le loro richieste di poter accedere al suicidio assistito all'Associazione Coscioni. Per Carmelo Leotta, componente del collegio di difesa con Mario Esposito, il tribunale competente avrebbe dovuto essere quello di Como, località dalla quale è stato organizzato l'espatrio. Quanto al merito, essi denunciano che «l'obiettivo è quello di rendere evanescente la prescrizione della Corte. Relativizzando il criterio della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale potrebbe bastare, in teoria, la dipendenza da un farmaco anti-coagulante, o dall'insulina. O dall'aiuto di un caregiver. Quindi sarebbe l'autorità sanitaria ad autorizzare di volta in volta l'aiu-



to al suicidio», ha detto Esposito, costituzionalista dell'Università del Salento.

La Corte, che dovrebbe pronunciarsi entro un mese, è chiamata per l'ottava volta a esprimersi sui trattamenti di sostegno vitale, ma - denunciano Leotta ed Esposito - si trascurano i precedenti pronunciamenti che pure sono chiarissimi.

Intanto la Consulta, in materia di fine vita, in una successiva udienza ieri si è occupata anche del ricorso contro la Regione Autonoma della Sardegna, giudici relatori Viganò e Antonini. Al vaglio il ricorso numero 43 del 2025,

promosso dal Presidente del Consiglio dei ministri contro la legge regionale che dal settembre dello scorso anno garantisce l'assistenza sanitaria alle persone che in Sardegna scelgono di accedere al suicidio assistito. Lo Stato, rappresentato dall'avvocato Gianna Galluzzo, ha contestato l'invasione della competenza legislativa esclusiva in materia sostenendo che solo il Parlamento nazionale può legiferare in modo uniforme sul territorio. «La legge regionale sarda non innova niente», ha replicato Alessandra Braglia che rappresentava la

Sardegna, in quanto si limita a dare attuazione organizzativa e temporale a quanto la stessa Corte costituzionale ha già legalizzato con la sentenza 242/2019.

I “trattamenti di sostegno vitale” come condizione per chiedere di poter morire con l'aiuto di un medico e la legge della Sardegna sulle scelte di fine vita al centro dei ricorsi sottoposti alla Consulta

Nella nuova udienza della Corte costituzionale sull'articolo del Codice penale che vieta l'aiuto alla morte volontaria i pazienti affetti da malattie invalidanti fanno sentire le ragioni di chi teme di veder leso il primato della vita

Tra le questioni più complesse da dirimere la partecipazione del personale sanitario alle procedure di suicidio assistito



Maria Letizia Russo con l'avvocato Carmine Leotta ieri a Roma dopo l'udienza della Corte costituzionale, dove con altri sette pazienti ha potuto rappresentare le ragioni del “diritto alle cure”



NEL 2019 IL VERDETTO-PILOTA SUL CASO DJ FABO

La frontiera che si sposta una sentenza dopo l'altra

MARCELLO PALMIERI

Aperta la breccia, sette anni fa, la Corte costituzionale fatica ad arrestare la valanga che rischia di diventare in caduta libera sul pendio scivoloso del fine vita volontario. Il primo intervento è del 2019, quando la Consulta, con la sentenza 242, disegna per la prima volta una finestra di non punibilità nell'ambito dell'aiuto nel suicidio, fino a quel momento sanzionato sempre e comunque dall'articolo 580 del Codice penale. La Corte, sulla spinta della vicenda emotiva di Fabiano Antoniani, "DJ Fabo", cieco e tetraplegico a seguito di un incidente stradale, stabilisce che non è punibile chi aiuta nell'estremo gesto una persona affetta da una malattia con prognosi infausta, che sia in grado di assumere decisioni libere e consapevoli, sottoposta a sofferenze ritenute intollerabili, e dipendente da trattamenti di sostegno vitale. Contestualmente, la Consulta precisa che la presenza di questi quattro requisiti debba essere verificata dal Servizio sanitario nazionale, e che in ogni caso, prima di accedere alla morte a richiesta, il paziente debba avere accesso alle cure palliative. Ben presto, tuttavia, accade che questi paletti iniziano a vacillare, sotto la spinta della campagna di opinione guidata dall'Associazione Coscioni. Il primo è proprio quello delle cure palliative: le pronunce dei giudici territoriali - innescate dalle disuniformi interpretazioni della Consulta operate dalle Aziende sanitarie regionali - annacquano questo requisito, ritenendo sufficiente, per l'accesso al suicidio, il semplice previo rifiuto del paziente alla terapia del dolore. Il secondo paletto, ormai piegato, è proprio quello oggetto dell'udienza di ieri: la sottoposizione a un trattamento salvavita. Quando i giudici costituzionali coniano questo requisito hanno davanti agli occhi il caso di Antoniani. E a quello pensano. Nel luglio dell'anno successivo, tuttavia, finisce nelle aule della Corte d'Assise di Massa il caso di Davide Trentini, che pure vuole morire: il suo caso certamente soddisfa i requisiti della capacità di scegliere, di essere affetto da una malattia con prognosi infausta, che provoca sofferenze fisiche ritenute intollerabili. Ma non dipende da alcun macchinario, bensì da trattamenti medici di altra natura, sia pur indispensabili. Ebbene: la Corte diluisce quest'ultimo requisito, ritenendolo

esistente anche in difetto di apparecchiatura meccanica. E l'anno successivo il procedimento d'appello a Genova conferma la sentenza. Si arriva così al 2024: con la sentenza 135 la Corte costituzionale da un lato resiste al tentativo di far cadere del tutto il requisito della sottoposizione al trattamento di sostegno vitale ma dall'altro precisa che lo stesso è soddisfatto non solo quando è già effettivamente praticato sulla persona che chiede di morire bensì anche qualora quest'ultima lo abbia previamente rifiutato. Per motivare questa interpretazione, che si rifà alla sentenza 242 del 2019, la Consulta cita la legge 2019 del 2017, che ha per la prima volta introdotto un vero e proprio diritto del paziente al rifiuto delle terapie quando anche in conseguenza di ciò sopraggiungesse la morte. Nella sostanza, dunque, sul fronte della dipendenza da un trattamento di sostegno vitale accade ciò che da subito si era verificato con le cure palliative: entrambe le condizioni rimangono requisiti formali - e non già anche sostanziali - della richiesta di accesso alla morte a richiesta. Ma la conseguenza è che, così facendo, si vanifica la classificazione del suicidio assistito operata dalla stessa Corte: ovvero quella di *extrema ratio*, applicabile solo una volta messe in atto tutte le possibili alternative.

Il tema ritorna con la sentenza costituzionale 66 del 2025: i giudici confermano la doverosità di questo paletto, così come interpretato in precedenza, e nel contempo auspicano che il Sistema sanitario nazionale renda effettivo il diritto d'accesso alle cure palliative. Ma ecco un'ulteriore falla alle porte: il Tribunale di Firenze manda in Consulta non l'articolo 580 del codice penale ma il 579, che pone il divieto di eutanasia, e chiede ai giudici di depenalizzarlo per le persone che non sono nelle condizioni di attivare autonomamente la somministrazione del farmaco letale (circostanza che scandirebbe il discrimine tra eutanasia e suicidio assistito). La Corte, con la sentenza 132 dello scorso anno, dichiara la questione inammissibile, ma solo perché ritiene non ben motivata in fatto (ovviamente in quel caso specifico) l'impossibilità, da parte di colui che vuole morire di autosomministrarsi il farmaco letale. Così, la sostanza della questione resta aperta.



LA TESTIMONE

«Chiediamo assistenza vera, non aiutateci a farla finita»

Affaticata ma contenta: «Dire che il mondo è un posto più bello senza di me lo trovo inaccettabile». Maria Letizia Russo è arrivata da Palermo, nonostante la malattia neurovegetativa da cui è affetta da 20 anni non le permetta di muoversi autonomamente e le consenta di parlare con qualche difficoltà. Terminata l'udienza si complimenta con l'avvocato Camelo Leotta che con il collega Marco Esposito ha portato alla Corte costituzionale le sue istanze e quelle di altri 7 malati gravi che vedono la loro vita segnata da una prognosi infausta, e dalla sofferenza ma non sono tenuti in vita da macchinari. Hanno solo bisogno di non essere lasciati soli, di essere aiutati. Però mentre altre tre malati in condizioni simili davanti al Palazzo della Consulta fanno una foto di gruppo con i legali dell'Associazione Coscioni che vorrebbero esten-

dere anche a questi casi la depenalizzazione dell'aiuto al suicidio, lei è qui per la ragione esattamente contraria, per dire che la loro è una vita degna di essere vissuta, anche se in condizioni difficili. Si racconta come «madre di tre figli ormai grandi, con un lavoro», e se le si chiede perché è qui di ragioni ne indica ben tre: «Per me stessa, innanzitutto. Poi per gli altri che vivono la mia stessa condizione, amano la vita come me ma non ce la facevano ad arrivare fin qui. E anche per chi si sente solo, e preso dalla debolezza e dalla disperazione vorrebbe farla finita». Perché «c'è un messaggio da far passare, e gli avvo-

cati sono stati bravi a farlo, anche con le giuste argomentazioni tecniche. E cioè che tutte le vite sono importanti, a prescindere dall'età e dalle situazioni. Chi non ha pensato, in un momento di debolezza e solitudine, di farla finita? Ma è troppo comodo fingere di non capire la richiesta di aiuto che contiene quella che in apparenza si presenta come una richiesta di aiuto al suicidio. Più facile assecondarla, e sfuggire al compito di essere davvero di aiuto a chi ha bisogno». Può ora sobbarcarsi, soddisfatta, il lungo viaggio di ritorno che l'aspetta: «Io dice - posso ritenermi fortunata. Ho una famiglia e degli amici che mi aiutano, ma la soluzione non può mai essere eliminare una vita come fosse un problema, evitando di spendere i soldi e le energie che servono per stargli accanto». **(A.Pic.)**

In Consulta anche Maria Letizia; da 20 anni affetta da una patologia neurologica: «Ascoltate anche chi vuole vivere»



La Sanità non somministra morte

IN RECIPROCA DIPENDENZA

GIUSEPPE ANZANI

Due processi sul fine vita, ieri, in Corte costituzionale. L'uno sui trattamenti di sostegno vitale, tema che per la terza volta torna a farsi soglia del suicidio accessibile. L'altro sulla legge 26/2025 della regione Sardegna, dedicata al "suicidio sanitario". Sullo sfondo, una storia di giurisprudenza costituzionale sull'art. 580 del Codice penale: non viene più punito chi aiuta un suicida che è affetto da malattia irreversibile. fonte di sofferenze

intollerabili, tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, pienamente capace di prendere decisioni consapevoli. La norma, che fuor di questa eccezione resta presidio della vita umana, dopo la mutilazione parziale del 2019 (sentenza 242) è stata riportata in sala operatoria per forzare la condizione della dipendenza dai sostegni vitali. Pareva chiaro, in origine, trattarsi di respiro, di circolo, e sia pure di nutrizione e idratazione artificiale, e simili; cioè a quei presidi mancando i quali la vita si spegne. La successiva sentenza 135 del 2024 riempiò d'altro il paniere terapeutico "vitale" affiancando ai trattamenti le "procedure" (fatte da infermieri o caregivers familiari, con qualche

realistico esempio di evacuazione manuale, di inserimento di cateteri urinari o aspirazione del muco dalle vie bronchiali). Cose che in concreto occorrono alla vita, e se omesse conducono alla morte. Una rilettura disomogenea, ma neppure bastevole a evitare una nuova sala operatoria nell'anno successivo (sentenza n. 66/2025) per dire che il sostegno vitale può anche non esserci perché rifiutato in anticipo.

...continua a pagina 20

IN RECIPROCA DIPENDENZA

Ieri la questione si è posta di nuovo, perché per i fautori della libera morte volontaria questo requisito della dipendenza da quel dato oggettivo è un impaccio, una remora. E ha un bel dire, la Corte, ogni volta che si piccona la breccia con le ordinanze di rimessione, che c'è il rischio di abusi a danno delle persone deboli e vulnerabili, e che le «persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine» potrebbero essere «facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita», invece che richiedere le cure, cui hanno diritto. E se finalmente irrompe la parola "cura" vien da fare un'osservazione paradossale: che la vita, la nostra vita, la vita di ciascuno di noi, malato o sano che sia, dipende da ciò che gli altri fanno per noi. Curioso che la sentenza 135 del 2024 accomini sanitari e caregivers "familiari": ma è la profonda inespresa intuizione del vero, che "la vita sono gli altri", la vita è il nostro reciproco prenderci cura, in reciproca dipendenza; e se ciò manca si muore, ci sono molti modi di morire, an-

che da vivi, nel clima dei reciproci abbandoni.

La questione della legge 26/2025 della Regione Sardegna, così simile nel suo impianto alla legge della Regione Toscana, già passata al vaglio della Consulta con una sentenza di illegittimità costituzionale parziale, si presta a un ragionevole pronostico di ripetizione del già detto, di cui vorremmo rammentare il punto essenziali. Le Regioni possono «dettare norme a carattere meramente organizzativo e procedurale» ma le norme civili e penali di sostanza può farle solo lo Stato. Vuol dire che non possono introdurre come "legge" quella stessa "disciplina" detta dalla Corte (le quattro condizioni necessarie a scriminare l'aiuto al suicidio). Singolare davvero questo punto, e rivelatore della relazione fra l'autore delle leggi (il Parlamento) e il giudice delle leggi (la Corte costituzionale). Quest'ultima dice che la "sua" disciplina posta nel 2019 sull'art. 580 non può esser cristallizzata in "legge" come fanno le Regioni che la richiamano, perché il

potere dello Stato non è usurpabile. Ciò dovrebbe riportare a chiarezza (e purezza giuridica) il senso della modifica apportata nel 2019 dalla Consulta all'art. 580 «in certe situazioni e a certe condizioni». Il target non è il diritto del suicida a essere aiutato a uccidersi (nessuno potendo essere obbligato a praticarlo) ma l'esonero da pena dell'aiutante nei casi definiti. Così vi si intreccia l'invito, detto e gridato in tutte le pronunce, al Parlamento perché stabilisca lui, come a lui solo compete, le regole acconce. Anche diverse da quelle che la Corte affermò in quella sua originaria decisione. L'inerzia del legislatore si fa ignavia se non si dà cura di proteggere la vita dei malati e dei fragili o lascia trasformare la sanità in un ufficio che somministra la morte.

Giuseppe Anzani



Fine vita, Il malati alla Consulta “Facilitatelo”. “No, è pericoloso”

di MICHELE BOCCI

Da una parte persone malate che vogliono poter scegliere il suicidio assistito, dall'altra cittadini colpiti anche loro da patologie gravissime che non intendono arrivare al gesto estremo, ma che hanno paura di poterlo prendere in considerazione se fosse reso più facile. Due posizioni contrapposte che ieri hanno portato undici corpi segnati dalla sofferenza ad assistere alla nuova udienza della Corte Costituzionale sul fine vita. Il tema continua a non essere risolto là dove dovrebbe, e dove la stessa Consulta ha chiesto che venga regolato, cioè in Parlamento. Le Camere non riescono a fare una norma, tra disegni di legge pluriemendati e, vista la situazione, pare impossibile che si arrivi in fondo in questa legislatura.

Ieri si è discussa l'eccezione di costituzionalità del gip di Bologna, che deve pronunciarsi sulla responsabilità penale di Marco Cappato, Felicetta Maltese e Virginia Fiume dell'associazione Coscioni perché nel 2023 accompagnarono in Svizzera Paola Ruffi per il suicidio assistito. La stessa Consulta ha detto che chi assiste una persona che si suicida non commette reato se ci sono 4 condizioni: una malattia irreversibile, grandi sofferenze fisiche o psicologiche, capacità di esprimere la propria volontà e un trattamento di so-

stegno vitale (anche farmacologico). La Corte affronta adesso proprio quest'ultima condizione, visto che Paola Ruffi era assistita da una persona ma non aveva il “sostegno vitale” e appunto le è stato vietato il suicidio assistito in Italia. Secondo il gip e l'associazione Coscioni questa condizione deve essere eliminata, visto che, come dice l'avvocata della Coscioni Filomena Gallo, «la Costituzione non può chiedere a una persona di attendere un ulteriore aggravamento o di dipendere da un macchinario per vedere riconosciuta una libertà che, sotto ogni altro profilo, le appartiene già».

La Corte aveva ammesso *ad opponendum*, cioè contro la richiesta di chi ha fatto il ricorso, otto pazienti, che hanno ascoltato le ragioni portate alla Corte dai loro avvocati, Mario Esposito e Carmelo Leotta. Altri tre, invece, partecipavano *ad adiuvandum*, ritenendo giuste le osservazioni dell'associazione Coscioni. Marco Gentili, che soffre di Sla come il fratello Carlo, parla attraverso un puntatore oculare. «La decisione della Corte riguarda direttamente il nostro futuro. Dipendiamo in tutto dall'assistenza di nostra madre e delle persone che ci aiutano ogni giorno. Oggi non vogliamo morire. Ma riteniamo che il riconoscimento di una libertà fondamentale non debba dipendere dalla presenza di un macchinario o da uno specifico trattamento sanitario. Chiediamo che, se un giorno decidessimo di intraprendere questo percorso, la nostra situazione sia valutata secondo crite-

ri uguali e ragionevoli, senza discriminazioni legate al tipo di malattia o alle cure ricevute».

Sono su posizioni opposte ci sono gli altri pazienti, come Maria Letizia Russo, che ha assistito all'udienza e parla con la voce resa incerta dalla atassia di Friedreich, una grave malattia genetica. «Ci sono perché la questione è importante. Se passa il ricorso, sarebbe come dire a me e a tanti nelle mie condizioni che la nostra vita non vale nulla. Che il mondo è un posto migliore senza di me». Ma spetterebbe comunque al malato decidere cosa fare. «Se una vita viene buttata o trascurata - prosegue la malata - è mio dovere fare tutto quello che posso per salvaguardarla. Rendere più facile il suicidio assistito è un rischio, perché si dà l'opportunità a una persona di farla finita in un momento di sconforto. Come avere una pistola carica sul comodino, che uno in un momento di debolezza si punta alla fronte».

LE TAPPE

► La Consulta

La Corte costituzionale ha chiesto più volte alle Camere di intervenire sul fine vita con una legge organica

► Lo stallo

Il Pd ha presentato una sua proposta ma è stata affossata dalla maggioranza che con FdI e FI hanno portato avanti un testo che finora ha portato a un nulla di fatto a causa di divisioni interne a destra

IL PERSONAGGIO



Marco Cappato
Tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, fondatore e co-presidente di Eumans, ha 55 anni ed è milanese



Fine vita alla Consulta, per la prima volta i malati in aula

Suicidio assistito

Patrizia Maciocchi

La presenza dei malati, per la prima volta, nell'udienza di ieri della Corte costituzionale sul "fine vita", segnala l'urgenza di parole chiare, nel silenzio del legislatore, su un tema etico che continua a dividere le coscienze. Il giudice delle leggi è chiamato ora ad esprimersi sui "trattamenti di sostegno vitale", uno dei quattro requisiti dettati – con la storica "sentenza Cappato" del 2019 – per rendere lecito l'aiuto al suicidio: essere affetti da una patologia irreversibile e considerata incurabile; subire sofferenze fisiche o psicologiche che la stessa persona malata giudichi del tutto intollerabili; dipendere da trattamenti di sostegno vitale; e, infine, conservare la capacità di prendere decisioni libere e consapevoli. Il giudice si era già espresso sulla questione del sostegno vitale con due sentenze nel 2024 e nel 2025, ampliando la definizione ai farmaci e ad altri presidi medici, oltre alle macchine. Decisioni interpretative, sul diritto di rifiutare le cure, che hanno lasciato un ampio margine di discrezionalità.

Ad oggi sono 17 le persone che hanno avuto accesso al suicidio assistito perché nelle condizioni indicate dalla Corte costituzionale. Poi ci sono gli altri. Ieri, video collegati con l'aula, c'erano 11 pazienti. Otto hanno fatto entrare le loro storie nella sala in cui erano riuniti i giudici delle leggi – attraverso le parole dei legali e le memorie – per chiedere una decisione che limiti il sostegno vitale all'ausilio dei macchinari. Altri tre, nella stesse condizioni, erano lì per sollecitare un verdetto che estenda anche a chi non è tenuto in vita da macchinari o trattamenti salvavita la possibilità di essere aiutato a morire. Nessuna di queste persone è oggi pronta a morire. Ma gli otto che sono contro affermano di non volere una pistola sul tavolino, da usare, quando sono in difficoltà.

I fratelli Marco e Carlo Gentili, affetti da Sla, e Roberto, malato oncologico, sono i tre favorevoli all'interpretazione estensiva. Hanno voluto essere presenti per sfuggire alla rappresentazione impersonale di un tema che riguarda direttamente il loro futuro. Dalla sala dedicata hanno rilasciato le loro dichiarazioni, grazie allo strumento che usano per comunicare, chiedendo di allargare i requisiti per accedere al fine vita. Premesso che non vogliono morire "oggi", i fratelli Gentili hanno raccontato della loro convivenza con la Sla dall'infanzia e dall'assistenza costante della madre e delle persone che li aiutano ogni giorno. Vorrebbero una legge chiara per il giorno in cui decideranno di non voler più vivere così. Qualora scegliessero di porre fine alle loro sofferenze, la loro situazione andrebbe valutata «senza discriminazioni legate alla tipologia della malattia o delle cure ricevute».

La decisione della Consulta, che potrebbe arrivare entro un mese, prende le mosse dal rinvio del Gip del Tribunale di Bologna, secondo il



quale l'interpretazione restrittiva del requisito del sostegno vitale viola i principi costituzionali di uguaglianza, dignità e autodeterminazione, per persone che si trovano a vivere situazioni simili: imporre il vincolo del sostegno vitale crea una discriminazione tra malati che soffrono allo stesso modo e, come evidenziato anche dal Comitato Nazionale di Bioetica, rischia di costringere un paziente a subire trattamenti invasivi al solo scopo di poterli poi rifiutare per accedere alla procedura.

Il caso esaminato da Gip riguarda una donna affetta da una patologia irreversibile ma non tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale come la ventilazione meccanica, accompagnata in Svizzera per accedere al suicidio assistito da alcuni attivisti dell'Associazione Luca Coscioni, tra cui Marco Cappato, che si sono autodenunciati per il reato di aiuto al suicidio (punito con pene dai cinque a 12 anni di carcere), dal momento che la situazione in cui si trovava la donna non rientrava nella non punibilità automatica definita dalla sentenza costituzionale del 2019.

A fronte di una richiesta di archiviazione da parte della Procura, il Gip di Bologna ha scelto di sospendere il giudizio rinviando gli atti alla Consulta. Per l'ottava volta i giudici sono dunque chiamati a colmare il vuoto lasciato dal legislatore, nonostante due disegni di legge in campo, uno della maggioranza (sul potenziamento delle cure palliative, nelle scorse settimane tornato in Commissione, dopo l'approvazione di una sospensiva), e il testo unitario dell'opposizione bloccato al Senato.

Di fronte a un'impasse che meriterà l'ennesimo monito della Consulta, sono anche arrivate parole chiare dal Papa. Leone XIV ha sottolineato che il valore di una persona non dipende da ciò che realizza o produce. Per questo motivo, «nessun medico dovrebbe mai presumere, basandosi su algoritmi di laboratorio, di decidere sulla vita di un embrione o di una persona anziana! La medicina non può mai diventare serva di una morte programmata». E ieri c'è stata la voce dei malati che ha portato i giudici ad un passaggio inedito dalle carte alla vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“La spesa va controllata” Schillaci, Farmindustria e i numeri della discordia

di **MASSIMO FERRARO** ROMA

La spesa farmaceutica non è fuori controllo». Lo dice Marcello Cattani, fresco di riconferma alla presidenza di Farmindustria prima del suo intervento all'assemblea annuale. Lo ripete dal palco e poco dopo lo stesso concetto viene ribadito dal sottosegretario Marcello Gemmato. «È un dibattito surreale - aggiunge - non c'è questa proiezione di spesa senza controllo». Sui numeri si gioca un pezzo del braccio di ferro con il ministro Orazio Schillaci, che ieri era ospite all'incontro e che sul contenimento dei costi è stato chiaro: «Nel prossimo futuro si ipotizzano circa 75 nuovi farmaci approvati ogni anno. Sempre più specifici, sempre più efficaci e sempre più costosi. Nessun bilancio pubblico al mondo può tenere questo ritmo. Bisogna ridisegnare il sistema».

All'auditorium di via della Conciliazione si mostrano i numeri del settore: l'export è cresciuto del 248% in dieci anni e ha un fatturato nazionale complessivo di 75 miliardi. Ma la politica si concentra an-

che su altri numeri. Nel 2025, tra spesa farmaceutica diretta e convenzionata, il conto è stato di 25 miliardi di euro, nel 2019 era di 18,7 miliardi. Per Gemmato la curva dell'aumento è «in flessione» ed è il segnale di un rallentamento. Il confronto va fatto sul quinquennio 2019-2024, «quando la crescita è stata del 7,2%, mentre nel 2025 è del 5,2%, una frenata del 20 per cento rispetto alla media del quinquennio precedente». I numeri dicono però anche che dal 2022 i costi sono aumentati del 22%, a un ritmo quasi triplo rispetto al periodo precedente. L'invecchiamento del-

la popolazione, che non è una contingenza, e la spinta sulla ricerca, considerato che il Fondo farmaci innovativi dello scorso anno non è stato esaurito, non bastano a spiegare l'impennata. Non è un caso se il ministro della Salute da inizio anno ha inviato più di una lettera, sia ad Aifa sia allo stesso Gemmato, allarmato dalle tabelle. Segnalando «criticità significative» e parlando di «credibilità compromessa», e chiedendo all'agenzia di prevedere una serie di interventi per risistemare i conti e governare in modo diverso l'accesso dei farmaci nel sistema italiano.

Sul punto, l'Aifa ha avanzato

una proposta di revisione del prontuario che ha scontentato tutti. Allargando la competizione tra farmaci non per principi attivi ma per classi terapeutiche, il rischio è che aumentino i medicinali non rimborsati. Farmindustria si è detta preoccupata e Cattani in assemblea ha aggiunto: «Le modifiche non possono essere guidate da criteri economicistici, di risparmio. Deve esserci una valutazione scientifica». Anche il ministero ha storto il naso. «Non voglio che i cittadini paghino di più per avere dei farmaci e non voglio che i cittadini italiani non abbiano accesso ai farmaci», ha chiosato ieri Schillaci. Che ha poi indicato la strada per una «nuova strategia Life science», con una «legge delega entro fine anno, semplificazione e dialogo internazionale», con l'industria che «farà la sua: investimenti, trasparenza dei dati, partenariato autentico». Una via stretta, considerato che nel 2027 si entra nell'ultimo anno della legislatura. O un puzzle, come lo ha definito Gemmato, passando la palla al ministero: «Ora la decisione sulle misure da adottare spetta al ministro Schillaci».

L'Aifa ha avanzato una proposta di revisione del prontuario che ha scontentato tutti
Il ministro: “Non voglio che i cittadini paghino di più”

Ma il sottosegretario alla Salute Gemmato si schiera con le imprese: “Dibattito surreale, non c'è questa crescita allarmante”



Il presidente Farmindustria Marcello Cattani, a sinistra, e il ministro della Salute Orazio Schillaci



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

Farminindustria

Le priorità delle aziende: payback da superare, prezzi e accesso alle nuove cure

Cattani: «La spesa non è fuori controllo e la revisione del prontuario è impraticabile»

Marzio Bartoloni

«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 Farminindustria, 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 Farminindustria. 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 Farminindustria 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 Farminindustria: 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 l'export» o a quella 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



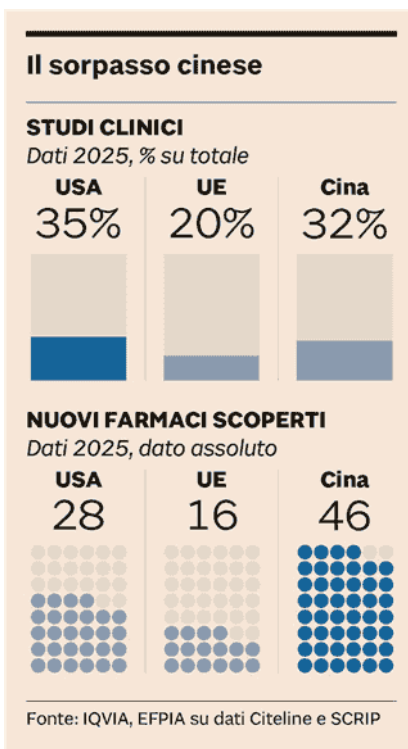
farmaci a carico del Ssn - assicura di non volere che «i cittadini paghino di più per avere dei farmaci e che non abbiano accesso ai medicinali».

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 si-

gnifica 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».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'Assemblea 2026. Sul palco il presidente di Farmindustria Marcello Cattani appena rieletto per il biennio 2026-2028



SCHILLACI IN PANNE

Farmaci, spesa fuori controllo

■ Quando scandisce «la spesa farmaceutica non è fuori controllo!» l'applauso al presidente di Farmindustria Cattani è forte. Big Pharma ha incassato quasi 25 miliardi dallo Stato: 1,5 in più dell'anno precedente. Sul tavolo la riforma del prontuario e la partita dei rimborsi. **CAPOCCIA PAGINA 10**



Farmaci, spesa fuori controllo Schillaci media con le aziende

Big Pharma ha incassato quasi 25 miliardi dallo Stato: 1,5 in più dell'anno precedente

ANDREA CAPOCCI

■ Quando scandisce dal palco «La spesa farmaceutica non è fuori controllo!» l'applauso che accoglie il presidente di Farmindustria Marcello Cattani, appena rieletto, è forte e sincero. Più di quello che ha salutato l'inno nazionale, patriotticamente cantato in piedi, come ai mondiali, dagli industriali del farmaco all'apertura ieri della loro assemblea annuale. Il prezzo dei farmaci è stato al centro dell'incontro, dopo l'allarme sulla spesa farmaceutica pubblica che continua a sfondare i preventivi. Nei giorni scorsi l'Agenzia del farmaco (Aifa) ha pubblicato i dati 2025: Big Pharma ha incassato quasi 25 miliardi dallo Stato italiano per le medicine, 1,5 in più dell'anno precedente. Ottima notizia per l'industria, meno per le finanze pubbliche. La spesa ha superato di oltre 4 miliardi il tetto fissato all'inizio dell'anno, anche

se metà dello sfioramento sarà a carico delle aziende in base al meccanismo del «payback». In sostanza, le società farmaceutiche si sono mangiate buona parte degli investimenti pubblici in sanità, costringendo le regioni a tagliare altri servizi.

IL PROBLEMA riguarda soprattutto i farmaci comprati direttamente da ospedali e Asl attraverso le gare d'appalto e origina dai prezzi sempre più elevati richiesti dalle aziende. Per frenare gli squilibri l'ultima legge di bilancio aveva avviato una revisione del prontuario, il listino dei prezzi negoziati da Aifa per le medicine a carico del Servizio sanitario: d'ora in poi i produttori riceveranno un importo pari al prezzo più basso tra le molecole con la stessa indicazione terapeutica e pari efficacia, anche se la composizione chimica è diversa. Per alcune patologie sono infatti disponibili (e rimborsati dallo Stato) molti farmaci con effetti simili. Ad esempio: gli italiani posso-

no scegliere tra sette statine contro il colesterolo e otto ACE-inibitori contro l'ipertensione. Setacciando i doppioni, si potrebbe abbassare la spesa

di almeno un miliardo. Stima prudente: secondo il farmacologo Silvio Garattini con il giusto rigore se ne possono risparmiare addirittura 5 senza penalizzare i pazienti. Farmindustria però fa muro e, nonostante gli ottimi risultati su export e profitti, dipinge un settore vessato e sotto pressione. Da un lato il protezionismo del governo Trump, dall'altro la concorrenza di India e Cina sul piano dei costi e, adesso, anche dell'innovazione. Nel 2026 l'industria farmaceutica italiana si difende ancora bene, ma quanto durerà? Di qui la richiesta di un



aiuto al governo dal palco di Roma: «chiediamo il superamento del payback», cioè del meccanismo che obbliga le aziende a partecipare al ripiano della spesa. E giù applausi. Cattani però manda un grazie al governo per la sospensione della direttiva europea sull'inquinamento delle acque reflue, che avrebbe impedito agli stabilimenti di scaricare Pfas e altre sostanze nocive nell'ambiente.

IL PRESIDENTE di Farmindustria ritiene «fisiologico» il costo crescente dei farmaci. Le sue stesse slide lo smentiscono: dopo un decennio in cui la spesa farmaceutica diretta pubblica è salita del 7% all'anno, nel 2025 l'aumento è stato del 5,2%, comunque il triplo dell'inflazione. I farmacologi spiegano da anni che gli investimenti in ri-

cerca e sviluppo non giustificano i ricavi delle aziende. «I calcoli non tengono conto che le aziende devono remunerare gli azionisti» obietta candido Cattani. «Il prezzo dei farmaci lo fa il mercato». Il problema è proprio questo. Gli industriali minacciano di alzare i prezzi in farmacia per recuperare i profitti. Sarà decisivo il ruolo dei medici di base: se prescriveranno ai pazienti il prodotto più appropriato i malati non ne risentiranno. Ma il rischio che nell'opinione pubblica la revisione del prontuario si trasformi in un boomerang esiste. Il ministro della salute Schillaci, ospite dell'Assemblea, prova a fare da paciere tra industria e Aifa: «Non voglio che i cittadini paghino di più per avere i farmaci - spiega - voglio che abbiano tut-

ti quelli di cui necessitano». Non è uno stop, perché la revisione è prevista per legge. Ma si farà il minimo indispensabile.

CON L'AVVICINARSI della campagna elettorale e della legge di bilancio il governo non intende farsi nuovi nemici. Anche con i medici di base la tregua sembra vicina: salvo sorprese, oggi sindacati e regioni firmeranno un'intesa che obbliga i dottori a lavorare un massimo di sei ore settimanali nelle Case di Comunità: un accordo al ribasso ma la scadenza del Pnrr fissata al 30 giugno è rispettata.

**Arriva la firma:
per i medici
di base sei ore
settimanali nelle
Case di comunità**



Il presidente di Farmindustria Marcello Cattani foto Fabio Frustaci/Ansa





Servizio Assemblea

Farmindustria: l'export vola del 248% in dieci anni e la spesa non è fuori controllo

Il presidente Cattani riconfermato per il terzo mandato: "Per i farmaci trend fisiologico, intervenire su payback. Schillaci: dialogo sul nuovo Prontuario

di Ernesto Diffidenti

23 giugno 2026

"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". Il presidente di Farmindustria, Marcello Cattani, nel corso dell'Assemblea che lo ha riconfermato alla presidenza per il terzo mandato fino al 2028 è pronto a ripeterlo "fino alla sfinita": la spesa farmaceutica è cresciuta dal 2014-19 del 7,2% nel 2021-24 del 7% e nel 2025 del 5,2%. "La verità - ha spiegato - è che cambiano i bisogni in una società che invecchia mentre la ricerca accelera sullo sviluppo dei farmaci innovativi".

A guidare l'innovazione oggi sono Stati Uniti e Cina mentre l'Europa fa da spettatrice. Eppure, l'industria farmaceutica è fra i motori più dinamici della crescita economica, soprattutto in Italia, dove in un contesto internazionale sempre più complesso, l'export ha registrato un aumento del 248% negli ultimi 10 anni. Per questo, in un contesto geopolitico internazionale con molte opportunità, ma anche tanti rischi, secondo Cattani, "occorre un'alleanza tra tutti gli attori del sistema per mantenere gli investimenti, gestire l'aumento dei costi e i rischi sanitari".

Le quattro priorità per l'industria farmaceutica

Per Cattani sono 4 priorità per l'industria farmaceutica "da affrontare nello spirito di confronto costruttivo che da anni caratterizza il rapporto con le Istituzioni, e con pari senso di urgenza: dal payback alla politica statunitense sui prezzi dei farmaci, dall'ipotesi di revisione del prontuario alla riduzione dei tempi di accesso alle cure". "Mentre Usa e Cina aumentano gli strumenti per attrarre investimenti - ha spiegato il presidente di Farmindustria - l'Europa rischia di diventare meno competitiva. Già oggi osserviamo segnali preoccupanti: nei 10 mesi successivi all'annuncio della Most favored nation lanciata dagli Usa si registra una riduzione del 40% nei lanci di nuovi farmaci nel continente europeo". In risposta alla sfida competitiva globale dell'MFN "occorre un patto per compensare gli investimenti in Italia e gli oneri per le aziende, perseguendo una logica win-win, sul modello dell'accordo USA-UK", ha proposto Cattani. In questo quadro, "fondamentale è affrontare e risolvere il payback farmaceutico, che ha raggiunto un valore di circa 2,4 miliardi di euro nel 2025".

La revisione del prontuario farmaceutico

Secondo elemento da affrontare con urgenza, secondo Farmindustria, è intervenire sul percorso di revisione del prontuario terapeutico avviato dall'Aifa, esprimendo "preoccupazione sulle proposte ricevute dalle aziende". "La personalizzazione delle cure è una delle grandi conquiste della

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

medicina moderna – ha spiegato Cattani - non si possono considerare confrontabili, solo per abbassarne il costo per il Ssn, farmaci che presentano profili clinici differenti e che rispondono alle esigenze di pazienti diversi”.

Su questo tema è intervenuto il ministro della Salute, Orazio Schillaci. “Discuteremo sulla revisione del prontuario farmaceutico nell’interesse dei cittadini che devono avere accesso ai farmaci, anche quelli innovativi, in maniera rapida ma senza pagarli di più e indipendentemente dalla residenza e dal reddito”. Schillaci riconosce che esiste un tema legato alla sostenibilità del Ssn “ma serve una nuova visione, capire i farmaci non solo dal costo ma dal contesto e collaborare con chi i farmaci li sviluppa, ovvero l’industria”. Schillaci ha parlato anche delle case di comunità. “Stiamo trattando con i sindacati e con le Regioni, quindi speriamo a breve di avere una soluzione - ha detto -: vogliamo fortemente che i medici di medicina generale siano all’interno delle nuove strutture territoriali, perché sono quelli che conoscono meglio i pazienti”.

Migliorare l’accesso ai farmaci

Terzo tema sottolineato dal presidente di Farindustria, “è la necessità di migliorare l’accesso ai nuovi farmaci, di integrare i benefici dell’innovazione nelle valutazioni di farmaci e vaccini e di aumentare gli investimenti del Ssn” mentre, infine, il quarto nodo da sciogliere è legato alla riduzione dei tempi nazionali e regionali di accesso ai farmaci. Ancora oggi sono necessari circa 400 giorni per far sì che, dopo l’approvazione a livello europeo, un farmaco venga autorizzato in Italia. Tempi ai quali si aggiungono poi quelli legati all’inserimento nei vari prontuari regionali. “È necessario dunque prevedere un meccanismo strutturato di early access”, ha detto Cattani.

Il messaggio della premier Meloni

“La visione che muove l’impegno del Governo - ha scritto in un messaggio all’Assemblea Farindustria, la premier Giorgia Meloni - è garantire cure sempre più efficaci ai cittadini, rafforzare l’accesso al farmaco, consolidare la nostra leadership industriale, essere sempre più attrattivi per gli investimenti”. Per questo, oltre alle misure già adottate in questi anni per rafforzare il comparto, “stiamo lavorando con grande determinazione per portare a termine una riforma attesa da decenni, ovvero il nuovo Testo Unico della legislazione farmaceutica. Un provvedimento fondamentale per semplificare l’impianto regolatorio, dare maggiori certezze agli operatori, accelerare l’accesso all’innovazione e rimanere competitivi davanti alle grandi trasformazioni in atto, dall’intelligenza artificiale alle nuove piattaforme terapeutiche”.

Tajani: farmaceutica fiore all’occhiello

Ai lavori di Farindustria è intervenuto anche il ministro degli Affari esteri, Antonio Tajani, secondo cui “l’industria farmaceutica è un fiore all’occhiello dell’industria italiana che favorisce l’indipendenza e traina l’export: una qualità della produzione che si è dimostrata più forte di guerre e dazi”. Per l’economia italiana, ha ricordato il ministro “l’export è fondamentale, pari al 40% del Pil, ma è necessario esplorare nuovi mercati”. In questa direzione l’industria farmaceutica è strategica. “Noi siamo ottenendo dei risultati straordinari - ha continuato Tajani - nonostante i dazi e le guerre: siamo cresciuti lo scorso anno del 3,3% raggiungendo quota 650 miliardi, e continuiamo a crescere in questi primi mesi dell’anno anche grazie alle performance dell’industria farmaceutica”.

Gozzi: farmaceutica dimostra che l’industria non è in declino

Secondo 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". Il settore, infatti, con oltre 64 miliardi di euro di export e il quarto posto al mondo nelle esportazioni del settore, davanti anche al Giappone, il farmaceutico "rappresenta una delle punte di diamante della nostra economia". "Questo risultato è frutto di investimenti, innovazione e competenze - ha aggiunto Gozzi - ma per consolidare questo vantaggio competitivo servono politiche industriali efficaci, a partire dalla riduzione del costo dell'energia, dalla semplificazione normativa e da una maggiore attenzione alla competitività europea".



Servizio Il modello

Farmaci, superare l'attuale logica del payback si può programmando i bisogni di cura

Mettere a sistema l'enorme patrimonio di dati e gli strumenti di classificazione, stratificazione e previsione del fabbisogno sanitario: è la "base" del nuovo meccanismo di governance che consentirebbe di arginare la spesa

*di Silvia Mandarino **

23 giugno 2026

Arginare l'exploit della spesa farmaceutica con un nuovo meccanismo di governance che migliori l'allocazione delle risorse, ottimizzi l'offerta di terapie ai pazienti e superi l'attuale logica di controllo fondata esclusivamente sull'attuale meccanismo del payback, oggi è possibile. A una condizione: mettere a sistema l'enorme patrimonio di dati e gli strumenti di classificazione, stratificazione e previsione del fabbisogno sanitario su cui i ministeri della Salute e dell'Economia stanno investendo negli ultimi anni. È questa la conclusione a cui giunge il documento tecnico che LS CUBE mette a disposizione delle istituzioni.

Il farmaco come leva strategica

Il punto non è l'abolizione del payback, piuttosto il superamento della logica dell'attuale sistema basato su tetti rigidi e meccanismi di ripiano ex post, che rischia di produrre effetti distorsivi. Non si tratta di spendere di più o di meno, ma spendere meglio. In questa prospettiva il farmaco non rappresenta una semplice voce di costo, bensì una leva strategica per realizzare gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale. Obiettivi che si possono raggiungere inserendo correttivi volti ad evitare che le Regioni con reti assistenziali più evolute, maggiore capacità di diagnosi e più elevato ricorso all'innovazione terapeutica superino i limiti di spesa non per inefficienza, ma per rispondere ad un fabbisogno sanitario effettivo.

Il modello

Mettere a sistema l'infrastruttura informativa con cui porre al centro il fabbisogno clinico-epidemiologico, articolandolo per aree patologiche, sulle stime di prevalenza e incidenza regionale, integrate da indicatori di severità clinica, comorbilità, fragilità sociale e demografica. Il tutto, da una lato, implementando dei tetti adattivi in grado di catturare il valore dell'impatto del farmaco grazie a strumenti di HTA integrati con dati di Real World Evidence e indicatori di outcome clinici; dall'altro introducendo un'accountability regionale differenziata con quote dinamiche, fondate su fabbisogni specifici e sull'efficienza dei modelli organizzati e dei risultati raggiunti. Questo nuovo modello consentirebbe la progressiva sostituzione dell'attuale meccanismo di payback retroattivo e basato su tetti rigidi e lineari con tetti intelligenti e adattivi fondati su modelli di responsabilità ex ante calibrati sul fabbisogno previsto e sulla capacità gestionale delle regioni.

Programmare le risorse

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

La proposta di LS CUBE, parte da una constatazione: il sistema dei tetti di spesa e del payback è nato in un contesto storico in cui mancavano gli strumenti per leggere in modo puntuale i bisogni di salute della popolazione. Oggi, invece, il Servizio sanitario nazionale dispone di un patrimonio informativo senza precedenti che, se sistemico e strutturale, consente di programmare le risorse.

Un cambio di paradigma che sposta il baricentro dal controllo retrospettivo della spesa alla programmazione prospettica dei bisogni, mettendo finalmente i dati al servizio delle decisioni pubbliche. Questo cambio di passo oggi vede una finestra unica e concreta nel disegno di legge delega per il Testo unico della legislazione farmaceutica, che si propone di razionalizzare e modernizzare il quadro normativo del settore.

** Partner LS CUBE*

Ricerca e cura in ematologia

Dalle Car-T alla medicina personalizzata, Associazione AIL al fianco dei pazienti e a sostegno di progetti innovativi

■ Ogni anno in Italia vengono diagnosticate circa 30mila nuove neoplasie ematologiche, di cui oltre 2.100 riguardano bambini e adolescenti. Oggi sono circa 500mila le persone che convivono con un tumore del sangue ma grazie ai progressi della ricerca scientifica lo scenario è profondamente cambiato: terapie innovative come l'immunoterapia e i trapianti di cellule staminali emopoietiche hanno aumentato le possibilità di guarigione e consentono a un numero crescente di pazienti di convivere a lungo con la malattia mantenendo una buona qualità di vita. Per questo è quanto mai importante la Giornata Nazionale per la lotta contro Leucemie, Linfomi e Mieloma, il tradizionale appuntamento dell'Associazione AIL, per sottolineare e condividere i progressi della ricerca ematologica e per ribadire un messaggio importante rivolto ai pazienti e ai loro familiari: non siete soli. «AIL è nata quasi 60

anni fa con l'obiettivo di essere accanto ai pazienti ematologici e alle loro famiglie in tutte le fasi del percorso di malattia con una vicinanza concreta fatta di ascolto, supporto umano e sostegno alla ricerca scientifica e alle cure - spiega Giuseppe Toro, Presidente Nazionale AIL-. In questi anni abbiamo continuato a rafforzare questo impegno, mettendo sempre al centro la persona, i suoi bisogni, la qualità della vita e l'avanzamento della ricerca. Oggi AIL, insieme alle sue 83 sezioni provinciali e grazie all'impegno di oltre 18mila volontari, rappresenta una rete capillare di solidarietà presente su tutto il territorio nazionale». AIL rafforza ulteriormente il proprio investimento nella ricerca indipendente sostenendo, insieme alle principali società scientifiche in ambito ematologico (SIE, SIES, FIL, GITMO e AIEOP), progetti innovativi, presentati proprio in occasione della Giornata Nazionale, che spaziano

dall'applicazione del Digital Twin alle sindromi mielodisplastiche, agli studi sulla leucemia linfoblastica acuta pediatrica, fino a nuove ricerche sui linfomi cutanei rari e a programmi di alta formazione per medici e infermieri ematologici e di ricerca.

F.R.



Documento finale siglato da dodici Paesi con le cinque priorità

Alzheimer, firmato a Roma il consensus europeo Mindshift

■ Colmare il divario tra innovazione scientifica e reale accesso dei pazienti a diagnosi e terapie attraverso cinque priorità: integrare la diagnosi nei percorsi assistenziali standard; allineare i modelli organizzativi e di rimborso per garantire accesso equo e tempestivo alle terapie innovative; rafforzare la capacità del sistema sanitario; adottare una pianificazione di lungo periodo e consolidare il coordinamento tra Paesi. È questo il cuore del documento di consensus, firmato a Roma nell'ambito di MindShift - A cross-country mission to reshape Alzheimer's Care, iniziativa internazionale che ha riunito esperti, istituzioni e rappresentanti dei pazienti da 12 Paesi per accelerare la trasformazione della cura dell'Alzheimer. Rappresenta una vera e propria roadmap europea, per superare approcci frammentati e ancora troppo tardivi nella presa in carico.

«L'Alzheimer è una patologia devastante che compromette memoria, identità e autonomia, con profonde ripercussioni su pazienti, famiglie, caregiver e società, anche sul piano economico. La vostra missione di

riprendere l'assistenza all'Alzheimer è così importante e potente contare sul sostegno della Commissione europea», ha spiegato in un messaggio Olivér Várhelyi, Commissario europeo per la Salute e il benessere degli animali, aprendo i lavori.

E questo perché l'Alzheimer è oggi una priorità di sanità pubblica: in Europa si stimano circa 9 milioni di persone con demenza, un numero destinato a superare i 14 milioni entro il 2050. In Italia sono oltre un milione, di cui circa il 60% con Alzheimer, con un impatto significativo su famiglie, caregiver e sostenibilità del sistema di welfare. La demenza è associata a un elevato carico assistenziale e a costi globali superiori ai 1.300 miliardi di dollari mentre in Italia il costo complessivo è stimato in circa 23 miliardi di euro l'anno.

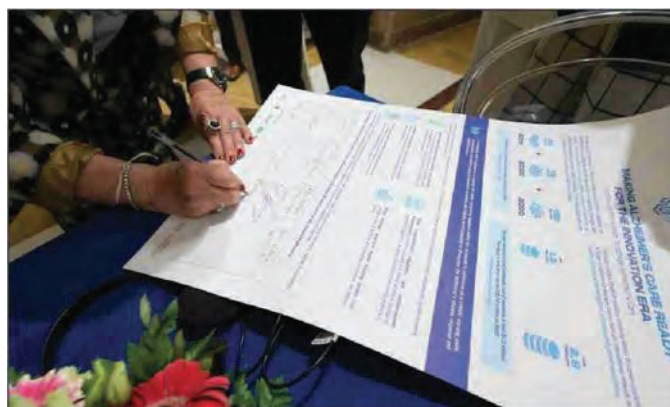
«Il nostro rapporto del 2026 evidenzia chiaramente il crescente impatto della demenza in Europa, con una prevalenza che dovrebbe superare i 14 milioni di persone entro il 2050. Questi dati riflettono una sfida urgente per le persone, i sistemi di assistenza e le società, una sfida che non può più essere ignorata. È fondamentale garantire un

accesso equo e tempestivo alla diagnosi, alle cure, all'assistenza e al sostegno, sfruttando i recenti progressi della ricerca per migliorare la vita delle persone affette da demenza», ha ribadito Angela Bradshaw, Director for Research di Alzheimer Europe. Ma c'è una buona notizia: l'Alzheimer è entrato in una fase nuova. Seppure non esista ancora una cura definitiva, oggi sono disponibili nuove terapie che, intervenendo sui meccanismi biologici della malattia, consentono di rallentare la progressione e ritardare il declino cognitivo, soprattutto se somministrate nelle fasi iniziali. È proprio qui che la diagnosi biologica, grazie all'arrivo dei nuovi biomarcatori ematici, gioca un ruolo decisivo: permette infatti di individuare la malattia molto prima e di identificare con maggiore precisione il target dei pazienti che possono beneficiare di queste terapie. Inoltre la ricerca sta esplorando la possibilità di agire in fasi ancora più precoci del continuum, prima che i sintomi si manifestino.

«Le terapie per l'Alzheimer aprono prospettive nuove e

richiedono un approccio rigoroso nella valutazione del loro impatto clinico. La sfida è trovare un punto di equilibrio tra accesso all'innovazione e tutela dei pazienti nell'interesse delle tante famiglie che vivono l'impatto di una patologia come l'Alzheimer. In questo senso, il dialogo tra istituzioni, comunità scientifica e pazienti, come quello avvenuto con Mindshift, è essenziale per definire modalità di utilizzo appropriate, sicure e sostenibili», ha sottolineato Mario Zappia, presidente della Società Italiana di Neurologia (Sin).

Antonio di Lugano



Diabete di tipo 1

Non è solo una malattia dell'infanzia

■ Il diabete di tipo 1 è storicamente considerato una malattia dell'infanzia, ma può insorgere frequentemente anche in età adulta, spesso, ad esempio, dopo i 30 anni. Tuttavia, in questa fascia di età, la malattia è spesso sottodiagnosticata o erroneamente classificata come diabete di tipo 2, con conseguenze rilevanti sul trattamento e sugli esiti clinici.

Negli adulti, infatti, la diagnosi del diabete di tipo 1 (malattia autoimmune) è spesso complicata dall'elevata prevalenza del diabete di tipo 2 (non autoimmune). Un articolo pubblicato sulla rivista "Diabetes Care", coordinato dall'Università degli Studi di Milano in collaborazione con University of Exeter, propone

una rilettura del diabete di tipo 1 lungo tutto l'arco della vita, analizzando come l'età influenzi lo sviluppo, la diagnosi e la gestione di questo tipo di diabete, con particolare attenzione agli adulti e agli anziani. Le evidenze attuali indicano che il diabete di tipo 1 rappresenta un continuum biologico lungo tutto l'arco della vita: le differenze cliniche osservate con l'avanzare dell'età non identificano forme di malattia distinte ma riflettono soprattutto i cambiamenti del contesto biologico in cui si sviluppa l'autoimmunità, come il rimodellamento del sistema immunitario, le modificazioni pancreatiche e l'aumento dell'insulino-resistenza. Sebbene l'incidenza del diabete di tipo 1 a

esordio adulto sia sostanzialmente stabile, la prevalenza è in aumento, soprattutto tra le persone di età pari oppure superiore a 65 anni, grazie al miglioramento della sopravvivenza.

Negli anziani con diabete di tipo 1, la gestione della malattia deve tenere conto di comorbidità (fragilità, declino cognitivo e disabilità sensoriali), che aumentano il rischio di ipoglicemia e rendono necessaria una personalizzazione degli obiettivi terapeutici.



A lungo utilizzato come scorciatoia per il giudizio morale e la distinzione

Il naso: un riferimento tra storia e cultura

■ Una nuova ricerca della Edith Cowan University (ECU) ha esplorato come i filtri facciali, la cultura pop e gli stereotipi influenzino la percezione che le persone hanno del proprio volto. Lo studio ha analizzato il modo in cui il naso viene rappresentato sui social media e come questo si colleghi a una lunga storia di politiche di genere e razziali. La ricercatrice Laura Glitsos, della Edith Cowan University a Perth (Australia), afferma che, sebbene il naso sia un organo sensoriale vitale, le piattaforme digitali lo hanno ridotto a una caratteristica visiva idealizzata, spesso conformandola a ristretti canoni di bellezza eurocentrici. «I filtri per il viso, gli strumenti di fotoritocco e le tendenze estetiche rimodellano costantemente i nasi per conformarli a un ideale occidentale piccolo

e dritto - sottolinea Glitsos -. Questo rafforza l'idea che certi nasi siano più accettabili di altri, un'idea con radici storiche molto profonde». La ricerca collega le pratiche dei social media, come i filtri di Instagram, la manipolazione fotografica tramite intelligenza artificiale e i tutorial di contouring, a tradizioni visive molto più antiche, presenti nelle fiabe, nel cinema e nel folklore religioso. L'esperta ha affermato che, dalle streghe contraddistinte da nasi esagerati ai cattivi del cinema classico visivamente codificati come "diversi", il naso è stato a lungo utilizzato come scorciatoia per il giudizio morale e la distinzione. «I social media non hanno inventato queste idee - aggiunge -. Le hanno ereditate e amplificate su una scala senza precedenti». Analizzando quasi mil-

le post della community r/Noses di Reddit, lo studio ha dimostrato come queste pressioni visive influenzino l'immagine che le persone hanno di sé. «Molti utenti credevano che il loro naso avesse "rovinato" il loro viso dopo anni di esposizione a immagini filtrate e influencer di bellezza - sottolinea -. Altri hanno riferito di aver imparato ad apprezzare il proprio naso solo dopo essersi allontanati da questi standard online». Tuttavia, lo studio evidenzia anche come i social media possano fungere anche da spazio di resistenza: comunità come r/Noses celebrano la "diversità nasale", l'orgoglio per i nasi legati al patrimonio familiare, all'etnia e all'identità, compresi i nasi storicamente presi di mira da razzismo o sessismo.

E.B.



L'Assemblea rinnova il Consiglio Direttivo **Assobiotec celebra 40 anni di attività**

■ Un comparto industriale trainante che sfiora le 6.000 imprese, supera i 102.000 addetti e genera un fatturato complessivo di 53,4 miliardi di euro. È questa l'ultima fotografia del comparto biotech italiano, che fa da sfondo all'Assemblea privata di Assobiotec, l'Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie, parte di Federchimica, che si è svolta a Milano. Un appuntamento che ha dato inizio alle celebrazioni pubbliche per il quarantesimo anniversario dalla fondazione dell'Associazione e, allo stesso tempo, segnato l'avvio di una nuova fase di riflessione strategica e di lungo periodo per lo sviluppo del comparto.

Nel corso dei lavori della giornata è stato, infatti, presentato il Manifesto "One Life. One Health. One Future" (documento che raccoglie i valori e la visione che da 40 anni guidano Assobiotec) e annunciato l'avvio di Orizzonte Biotech 2036: una pubblicazione programmatica, che sarà presentata in occasione dell'Assemblea pubblica di fine anno. L'Assemblea dei Soci è stata anche la cornice per l'elezione del nuovo Consiglio Direttivo dell'Associazione (2026 - 2029).

La nuova squadra affiancherà il Presidente Fabrizio Greco (AbbVie), i Vicepresidenti Carlo Rosa (DiaSorin) ed Elena Sgaravatti (PlantaRei Biotech), i componenti del Consiglio di Presidenza Federico

Viganò (Vertex pharmaceutical) e Andrea Paolini (Fondazione Toscana Life Sciences (TLS) e il Past President Riccardo Palmisano.

«Oggi le biotecnologie rappresentano una leva strategica per la salute, la sostenibilità, la competitività industriale e la qualità della vita delle persone - ha dichiarato il presidente Fabrizio Greco-. "One Life. One Health. One Future" è la sintesi di ciò che siamo e di ciò in cui crediamo».

A.C.



Il caldo estremo è emergenza sanitaria Parchi e musei diventano rifugi climatici

CINZIA ARENA

Il caldo estremo che da giorni tiene sotto scacco l'Europa è una vera e propria emergenza sanitaria. Se la Francia si conferma l'epicentro del ciclone africano, con la conta dei morti, le scuole chiuse e i treni soppressi, dall'Inghilterra alla Spagna la situazione è preoccupante. L'ondata di calore non mollerà la presa ancora per giorni, almeno sino alla fine del mese. In Italia il bollettino quotidiano del ministero della Salute continua ad allungarsi: se ieri le città roventi da bollino rosso erano 15 oggi saranno 16 e domani 17 su un totale di 27 città monitorate. A preoccupare non sono tanto le temperature elevatissime quanto la durata dell'emergenza che amplifica gli effetti negativi sulla salute. In particolare sulle categorie a rischio come bambini piccoli, anziani e persone affette da malattie croniche.

«La nostra regione sta vivendo il riscaldamento più rapido al mondo» ha detto ieri il direttore regionale dell'Oms per l'Europa Hans Kluge sottolineando i rischi sulle vite umane e le pressioni sui sistemi sanitari. «Lo stress da calore può aggravare patologie preesistenti, aumentare il rischio di incidenti e di trasmissione di alcune malattie infettive». Negli ultimi vent'anni, in base ai dati dell'Oms, in Europa la mortalità correlata al caldo è aumentata del 30% e il caldo ha causato oltre 200mila decessi in quattro anni. Da Londra un appello per il rilancio degli impegni contro il surriscaldamento globale è arrivato dal segretario generale dell'Onu Antonio Guterres in apertura della *London Climate Action week*. Guterres ha sottolineato la necessità di agire con la massima urgenza sostenendo che «la crisi del clima e quella dell'energia non sono separate ma condividono la stessa origine distruttiva: i combusti-

bili fossili».

A soffrire di più sono le città dove cemento e asfalto, insieme al traffico, amplificano la sensazione di soffocamento. Servono interventi strutturali come la depavimentazione e l'aumento delle aree alberate per avere effetti a lungo termine ma anche iniziative di contrasto alla povertà energetica che amplifica le disuguaglianze tra chi può permettersi di andare in vacanza o di restare in città con l'aria condizionata a mille e chi invece non può permettersi né l'una né l'altra soluzione.

Il cambiamento climatico non è democratico: le fasce più fragili sono le più penalizzate per questo i Comuni dovrebbero inserire le oasi climatiche nei quartieri più cementificati di altri, abitati da persone straniere, anziane o con bambini piccoli.

«Il tema è adattare il nostro sistema di vita il nostro territorio per renderlo capace di fronteggiare queste emergenze, un lavoro che richiederà anni, non mesi» sottolinea il sindaco di Torino Stefano Lo Russo. Tra le misure più efficaci introdotte negli ultimi anni, in chiave ambientale ma soprattutto sociale, c'è la creazione dei

rifugi climatici nelle città. Spazi gratuiti e accessibili a tutti dove trovare qualche ora di sollievo e un po' di compagnia. Il Comune di Bologna che è stato uno dei primi a proporli quest'anno ha ampliato l'offerta individuando 24 rifugi, distribuiti su tutto il territorio comunale. Sono prevalentemente parchi e zone verdi ombreggiate, ma anche biblioteche comunali, musei e case di quartiere. Una mappa interattiva (anche per ipovedenti) consente di individuarli e fornisce indicazioni anche sulle fontanelle pubbliche. «Bologna prosegue il percorso avviato negli ultimi anni per costruire una città più resiliente, inclusiva, capace di affrontare gli impatti del cambiamento climatico» ha sottolineato l'assessore alla Missione clima Anna Lisa Boni. A Milano sono ben 116 i luoghi indica-

ti dal Comune come «spazi freschi».

«Un presidio territoriale - spiega l'assessore al Welfare Lamberto Bertolè - a disposizione di chi trascorre i mesi più caldi in città, vale a dire soprattutto gli anziani». Proprio ieri l'amministrazione milanese ha presentato il piano di interventi per l'estate. A Venezia il piano «Ocio al caldo» prevede tra le altre cose visite guidate gratuite per i residenti over 75 nei musei civici, a Treviso due pomeriggi a settimana appuntamento nei locali dell'oratorio di San Lazzaro per attività ricreative contro l'isolamento sociale rivolte agli anziani. È partita ieri da Napoli e toccherà diverse città lungo la penisola la nuova campagna di Legambiente, in collaborazione con Rse (Ricerca sul sistema energetico) e Croce Rossa italiana «Che caldo che fa! Contro la pooling poverty; città più fresche, città più giuste». L'associazione ambientalista ha organizzato un flash mob nel cuore di Napoli, nel quartiere popolare di San Pietro a Patierno, tra misurazioni della pressione e bacinelle di acqua fredda per rinfrescarsi. «Non bastano le misure emergenziali. A più di due anni dall'approvazione del Piano nazionale di adattamento ai cambiamenti climatici è tempo che il governo stanzi risorse affinché i comuni possano adottare azioni concrete» sottolinea Mariateresa Imparato responsabile Giustizia climatica di Legambiente.

**L'allarme dell'Oms:
«In Europa 200mila morti
in quattro anni»
Il segretario dell'Onu
Guterres: serve più impegno
sulla decarbonizzazione**



È il momento dell'allenamento Reset, l'ultima tendenza del Longevity Fitness per ricalibrare il fisico in vista delle partenze estive. Il segreto? Il giusto equilibrio tra sequenze mirate e trattamenti benessere

In forma per le vacanze con 30 giorni di esercizi

LA DISCIPLINA

Le vacanze estive si avvicinano, e il desiderio di remise en forme in queste settimane è vivo più che mai. Se la prova costume è sempre un punto interrogativo per molti di noi, la buona notizia è che un allenamento mirato, frutto del know how in sinergia fra tecniche di fitness e longevity science, può prepararci, con un programma di 30 giorni, alla partenza per la villeggiatura in energia e vitalità. Il percorso di esercizi prevacanze estive è pensato per accompagnare corpo e mente verso un vero Reset, attraverso il mix di sequenze ad hoc e trattamenti benessere. «Allenarsi per 30 giorni non significa solo trasformare il corpo, ma costruire una nuova relazione con se stessi, fatta di ascolto e costanza. Il rischio più comune è quello di affrontare questo periodo dell'anno con urgenza e rigidità, fissando obiettivi poco sostenibili. Il vero cambiamento nasce, invece, da un approccio graduale, in cui il movimento diventa un piacere e non un obbligo», afferma Stefano Marini, fitness supervisor presso Aspria Harbour Club Milano. «Questo momento di transizione fra l'inizio dell'estate e il grande esodo di agosto», continua il personal trainer, «rappresenta un'opportunità concreta per pren-

dersi cura di sé in modo più consapevole, adottando un approccio equilibrato e sostenibile». La routine di Reset prevacanze si compone di un mix armonico di movimento e momenti di benessere in cui, specifica l'esperto, «la costanza è la chiave di tutto. Per trasformare davvero queste settimane in un'occasione di benessere, è fondamentale affidarsi a un programma di allenamento strutturato, capace di accompagnare il corpo in modo graduale verso una nuova condizione di tonicità. Una routine efficace prevede 4 o 5 sessioni settimanali, che alternano allenamento funzionale, lavoro cardiovascolare e momenti di recupero attivo».

LA TECNICA

Il vero risultato nasce dall'equilibrio tra intensità e rigenerazione: il cardio migliora la resistenza e l'efficienza metabolica, la forza tonifica e protegge il fisico, mentre il recupero consente ai muscoli di adattarsi e rigenerarsi. Nel corso dei 30 giorni, l'approccio Reset si traduce in una combinazione di diverse attività: allenamento funzionale per sviluppare forza, coordinazione e stabilità, sessioni di HIIT (High Intensity Interval Training, workout a intervalli ad alta intensità) per stimolare il metabolismo e ottimizzare i tempi, e discipline come Yoga o Pilates per favorire mobilità, equilibrio e recupero.

LA COMBINAZIONE

Una combinazione ideale, suggerisci

l'esperto, prevede l'abbinamento di 2 sessioni di allenamento funzionale, tra HIIT e disciplina rigenerativa, creando un ritmo vario ma sostenibile nel tempo. In questa fase dell'anno, inoltre, alternare attività indoor e outdoor aiuta a mantenere alta la motivazione,

sfruttando sia gli spazi interni sia l'energia della luce naturale. Accanto all'allenamento, il recupero gioca un ruolo fondamentale, nel rendere il percorso efficace e persistente nel tempo. Massaggi decontratturanti, trattamenti drenanti e percorsi in acqua particolarmente indicati per accompagnare il programma di fitness Reset, poiché favoriscono il rilassamento muscolare, stimolano la circolazione e contribuiscono a una sensazione diffusa di leggerezza e grinta. Quando è possibile abbinarli all'allenamento, percorsi benessere (1 o 2 volte a settimana) con sauna, bagno turco e idromassaggio aiutano a eliminare le tossine e a ridurre la rigidità muscolare, mentre le tecniche come il massaggio sportivo o miofasciale risultano ottime dopo allenamenti più intensi.

Maria Serena Patriarca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ESPERTO STEFANO MARINI
«LA COSTANZA È
FONDAMENTALE: SERVE
UN PROGRAMMA DEFINITO
PER OTTENERE UNA
CONDIZIONE DI TONICITÀ»**

**IN QUESTA FASE
DELL'ANNO, ALTERNARE
ATTIVITÀ INDOOR E
OUTDOOR AIUTA A
MANTENERE ALTA
LA MOTIVAZIONE**



Sentire una grande gioia attiva
l'amigdala, l'area che elabora
le emozioni. Un toccasana di piacere
anche per il cuore e lo stomaco

Benvenuta felicità scatena il cervello e azzerava lo stress

Giulio Maira*

La domanda alla quale è più difficile rispondere è quella che riguarda una delle cose che l'uomo ricerca di più nel corso della sua breve o lunga esistenza.

Che cos'è e come si raggiunge la felicità. Potremmo dire con Schopenhauer che felicità è l'assenza di dolore oppure che è la capacità di dare senso e valore alla propria vita nonostante i problemi. Si può pensare di essere felici in tanti modi, e talvolta, provando nostalgia per qualcosa che abbiamo vissuto senza che ci rendessimo conto del suo valore, può accadere di realizzare di essere stati felici senza capirlo.

Ma cosa può aiutarci nella ricerca della felicità? Tra le cose che possono aiutare c'è sicuramente la bellezza, nell'arte, nella musica, in una poesia, in una persona, nel mondo che ci circonda. Succede che quando ve-

diamo una cosa che giudichiamo bella si attiva l'amigdala, l'area deputata all'elaborazione delle emozioni, e questa spinge il cervello a spargere ormoni della felicità: sentiamo il batticuore e le farfalle nello sto-

maco, e siamo felici.

I PICCHI

È proprio la gradazione dell'attivazione dell'amigdala in funzione della forza del piacere provato, che regolerà la quantità di neuro-ormoni prodotti; da questo dipenderà il livello di felicità che riusciremo a raggiungere, se questa sarà fatta di picchi che ci faranno gioire, oppure se sarà una forma più blanda di benessere che potremo chiamare serenità.

Un altro elemento che potrà aiutarci nella nostra ricerca della felicità è la socialità, capire che la felicità nostra non è mai disgiunta da quella degli altri.

Uno studio dell'Università di Harvard condotto su 724 persone seguite per 79 anni cercando di individuare parametri indicativi di uno stato di felicità, conclude che, "Alla fine, sono le buone relazioni sociali a dare benessere e felicità, più che i soldi o il successo".

LA LONGEVITÀ

Perché noi siamo animali sociali e abbiamo bisogno gli uni degli altri, per la felicità, per la salute, per la longevità.

Uno studio pubblicato su *Lancet* nel 2018 affermava che la solitudine aumenta le probabilità di morte prematura del 26% e che l'isolamento rappresenta un fattore di rischio superiore

al fumo, al consumo di alcol o all'obesità. Anche questo ha a che fare con la chimica del cervello: l'isolamento porta a livelli elevati di cortisolo, deprime il sistema immunitario e aumenta l'infiammazione cronica.

LA NATURA

Durante una serata tra amici, o per l'attività fisica o il soddisfacimento dei propri piaceri, si abbassa il cortisolo, si rinforzano le difese immunitarie e si riduce la produzione di citochine pro infiammatorie.

La cosa certa è che ci conviene avvicinarci quanto più è possibile alla felicità. Se ci pensiamo bene, la natura ci vuole felici perché questo ci aiuta a vivere più a lungo e più sani, e inoltre tiene attivo il nostro cervello.

*Presidente Fondazione Atena
Già Professore ordinario e
direttore di Neurochirurgia,
Università Cattolica,
Policlinico Gemelli, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gengive e denti sani con la dieta ipocalorica

LO STUDIO

Una dieta ipocalorica (la "mima-digiuno") riduce l'infiammazione associata alla malattia parodontale. Lo rivela uno studio pubblicato sul *Journal of Clinical Periodontology* e condotto al King's College di Londra. Le persone che seguono una dieta povera di calorie tendono a presentare una riduzione dei marcatori infiammatori associati alla pa-

rodontite. Una grave forma di malattia gengivale.

Dopo sei mesi di ricerca su un campione di pazienti i ricercatori hanno analizzato campioni di sangue e di fluido gengivale dei pazienti (è nello spazio tra il dente e la gengiva). È emerso che coloro che avevano seguito la dieta presentavano marcatori di infiammazione ridotti nei campioni di sangue e tessuto gengivale rispetto al gruppo di controllo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RISCHIO EUGENETICA
 Alla base di questo approccio c'è il "gattaca Stack", una lista di pratiche che vanno dai test genetici preimpianto, alla creazione di ovuli da cellule di pelle fino alla "riscrittura" del Dna embrionale.

I MILIARDARI DELLE BIG TECH FINANZIANO UNA NUOVA IDEA DI RIPRODUZIONE CHE SOSTITUISCA LA BIOLOGIA CON IL CAPITALE TECNOLOGICO. TRA UTERI ARTIFICIALI E SELEZIONE GENETICA, IN QUESTO MODO LA GRAVIDANZA DIVENTA PIANIFICAZIONE DI UNA SPECIE PRODOTTA IN LABORATORIO.

CI RUBANO ANCHE IL GREMBO MATERNO

di Irene Cosul Cuffaro

tassi di natalità e i conteggi della popolazione stanno diventando irrilevanti quanto monitorare il numero di cavalli nel 1935 per prevedere la capacità dei trasporti. La riproduzione sta uscendo dall'era vincolata dalla biologia ed entrando nell'era mediata dal capitale e dalla tecnologia».

In queste poche parole, pubblicate sul profilo X "Gattaca Stack", è racchiusa la filosofia che orienta i progetti di eugenetica dei volti più noti della Silicon Valley: "grazie" a una tecnologia infinitamente più efficiente, rendere il concepimento naturale di esseri umani obsoleto in un futuro non troppo lontano, in cui il numero di nuovi nati dipenderà dagli investimenti finanziari, dalla capacità dei laboratori e dalla volontà di "progettare" la prole. La natura umana è dunque un limite che la bioingegneria, tramite i miliardi dei vertici delle Big Tech, deve superare, partendo dalla fecondazione in vitro fino all'uso di uteri artificiali.

Ma torniamo intanto al concetto chiave di "Gattaca Stack". Coniato da Brian Armstrong, fondatore e ceo di Coinbase (una delle piattaforme più grandi di criptovalute), tra i volti più influenti della Silicon Valley, richiama il film di fine anni Novanta *Gattaca* in cui la società è divisa tra chi è nato con un corredo genetico «perfetto», selezionato in laboratorio, e chi è venuto al mondo naturalmente. Questi ultimi bambini sono definiti «non validi». Si tratta chiaramente di una pellicola distopica che ha evidentemente ispirato le persone oggi più influenti (e ricche) al mondo.

Lo rivela candidamente lo stesso Armstrong, che nell'aprile 2025 scriveva su X una sorta di manifesto/road map: «La clinica per la fecondazione in vitro del futuro combinerà una manciata di tecnologie (la Gattaca Stack)». Eccole: «1. Gametogenesi in vitro (IvG) - creazione di ovuli da cellule della pelle o del sangue; 2. Test genetico preimpianto (PGT) - scelta dell'embrione che meglio corrisponde a ciò che desideri; 3. Editing dell'embrione - apportare ulteriori modifiche per la prevenzione delle malattie; 4. Uteri artificiali - per eliminare il rischio/onere della gravidanza». Armstrong infine specifica, con ottimismo: «Tutto ciò potrebbe aiutare a contrastare il calo della natalità. E inizierebbe ad accelerare l'evoluzione».

Quella che, apparentemente può sembrare una lista di follie visionarie, dettata dall'hybris che caratterizza la cerchia dei nerd californiani, è invece uno scenario molto più concreto di quanto si pensi. A parte gli uteri artificiali, infatti, gli altri punti del progetto sono già realtà. Di nicchia, per ricchi, ma esistenti e funzionanti. Negli States, infatti, sono numerose le startup che offrono servizi di procreazione assistita con la possibilità di selezionare gli embrioni perfetti. Tra queste, spiccano Nucleus, Preventive e Orchid (di cui Panorama si è già occupato, ndr). Progetti finanziati a vario titolo, tra gli altri, da Armstrong, Sam Altman (OpenAi), Elon Musk, Vitalik Buterin



rinn (Ethereum), Elad Gid (ex dirigente di Google e Twitter), Alexis Ohanian (Reddit) e Peter Thiel (PayPal e Palantir).

Ma anche per gli uteri artificiali gli studi sono in crescita e i progressi sono rapidi. Attualmente, non esiste ancora una tecnologia in grado di far sviluppare un feto fin dal concepimento, e per nove mesi, in un ambiente riprodotto in laboratorio. Lo stato dell'arte si ferma all'ectogenesi parziale in caso di parti prematuri: i neonati, anziché nell'incubatrice, sarebbero immersi in una capsula ermetica chiamata "bio bag" riempita di fluido simile al liquido amniotico. Ciò permetterebbe ai polmoni di continuare a svilupparsi evitando il trauma dell'ossigeno gassoso e della ventilazione meccanica, il tutto a una temperatura costante, proprio come nel grembo materno.

Armstrong e compagnia hanno ovviamente puntato gli occhi sulle diverse startup, aziende e università che stanno lavorando agli uteri sintetici. Sul sito di Gattaca Stack, infatti, sono elencate le varie realtà che stanno maggiormente investendo nello sviluppo di tali tecnologie, spaziando dalla medicina neonatale d'urgenza a visioni radicali di ingegneria biologica. Ad oggi, l'azienda più all'avanguardia è la Vitara Biomedical. La società è nata come braccio operativo del Children's Hospital of Philadelphia, dove un team di chirurghi e ricercatori ha inventato e testato il prototipo del bio bag su feti di agnelli. Gli animali sono cresciuti normalmente all'interno di sacche trasparenti piene di liquido amniotico artificiale per diverse settimane, sviluppando lana, polmoni e cervello, e sono stati poi "fatti nascere".

Acquisiti i brevetti e la licenza per utilizzare la tecnologia, chiamata Extend, Vitara ha attratto capitali privati dai pezzi grossi della Silicon per centinaia di milioni di dollari. Tra gli investitori principali spiccano GV (Google Ventures), il fondo di venture capital di Alphabet Inc; Khosla Ventures, fondata dal miliardario Vinod Khosla (co-fondatore di Sun Microsystems); Sands Capital, società di investimento con sede in Virginia, ma molto attiva nei network della Silicon Valley. In diverse interviste, i dirigenti di Vitara hanno confermato che Extend è stato progettato specificamente per soddisfare gli standard della Fda americana per i primi test umani, previsti entro la fine dell'anno.

La seconda impresa attenzionata da Armstrong è AquaWomb. La startup è nata dagli studi dell'università di Tecnologia di Eindhoven, in Olanda. Il suo obiettivo è far restare i feti partoriti a 24 settimane in un ambiente protetto, riempito di liquido amniotico sintetico mantenuto a 37,6°, all'interno del quale il neonato riceve ossigeno e nutrienti attraverso una placenta artificiale collegata al cordone ombeli-

cale fino alla ventottesima settimana.

I capitali che l'hanno finanziata provengono da programmi di ricerca dell'Ue, enti pubblici e fondi olandesi. Non si può comunque escludere che la società stia preparando un round di raccolta fondi destinato agli investitori americani, spinta dalla pubblicità gratuita ricevuta da Armstrong.

Un'altra azienda citata dal padre di Coinbase è la Colossal Biosciences. Fondata dall'imprenditore Ben Lamm e George Church (celeberrimo genetista di Harvard), è nota al grande pubblico come «l'azienda della de-estinzione» intenzionata a «riportare in vita il mammut lanoso». Dietro al bizzarro slogan c'è il concreto obiettivo di ricreare specie estinte come il proboscideato preistorico, il dodo e la Tigre della Tasmania, modificando il Dna di specie viventi simili (come l'elefante).

Per la gestazione di questi animali scomparsi, Colossal sta costruendo uteri artificiali. Ed ecco quindi arrivare fiumi di soldi dall'élite delle Big tech: Khosla Ventures, Founders Fund (di Peter Thiel), Thomas Tull, Breyer Capital. Fondi ingenti sono arrivati anche da In-Q-Tel (il braccio di venture capital della Cia) e persino da volti "pop" come Paris Hilton, Tiger Woods, Peter Jackson e George R.R. Martin.

Renewal Bio è invece la realtà più estrema e bioeticamente discussa di tutto il "Gattaca Stack". Fondata nel 2022 in Israele, punta a utilizzare l'ectogenesi (l'utero artificiale) come una vera e propria "fabbrica di pezzi di ricambio" per il corpo umano. Partendo da semplici cellule staminali del paziente, senza l'uso di ovociti o sperma, i feti crescerebbero fino a 40-50 giorni. In questa fase, l'embrione sviluppa cuore, fegato, reni e sangue.

Questi tessuti "giovani" verrebbero poi prelevati e trapiantati nel paziente originale per curare malattie o rallentare l'invecchiamento. In questo caso non sono previste sacche ermetiche che riproducono il grembo materno, bensì un'incubatrice composta da barattoli di vetro rotanti. Qui, i ricercatori guidati dal professor Jacob Hanna sono riusciti a far crescere embrioni umani fino al giorno 14 (il limite legale e biologico critico). Ma l'obiettivo dichiarato è spingersi oltre il quarantesimo giorno. Malgrado l'origine israeliana, Renewal è strettamente legata alla Silicon Valley grazie al suo co-fondatore e ceo, Omri Amirav-Drory, General partner di Nfx, uno



dei fondi di venture capital più influenti di San Francisco.

Infine, pur non comparando nella lista di Armstrong, un risultato incredibile è stato raggiunto a Valencia, in Spagna, dalla Fundación Carlos Simón. Per la prima volta, un utero umano è stato estratto da un corpo e mantenuto attivo e funzionale per 24 ore grazie a una tecnologia di supporto vitale esterna chiamata Puper (Preservation of the Uterus in Perfusion). Gli inventori di Puper (soprannominata "Madre") puntano a mantenere in vita gli uteri per circa 28 giorni e studiare il ciclo mestruale e disturbi come endometriosi e fibromi. Ma, come rivela un articolo del *MIT Technology Review*, l'obiettivo principale è approfondire la conoscenza dell'impianto di embrioni nella mucosa uterina all'inizio della gravidanza. Essendo l'uso di embrioni umani vietato, i ricercatori spagnoli punterebbero sui sintetici, come quelli prodotti dalla Renewal Bio,

creando una convergenza tra l'azienda israeliana e la clinica iberica. Manna dal cielo per Armstrong, deciso a unire le scoperte biologiche con le infrastrutture cliniche, passando per l'editing genetico, in un'unica catena di montaggio.

La velocità con cui il progetto della Silicon Valley sta prendendo forma non è da sottovalutare. Forse le stime del patron di Coinbase, per il quale «il 100% della riproduzione umana avverrà attraverso la Gattaca Stack entro il 2050» sono troppo ottimistiche, ma non del tutto implausibili. D'altronde, Armstrong e la squadra del "Gattaca" non usano mezzi termini, e sempre su X si può leggere la loro profezia: «Il nome dell'azienda di fertilità che ti ha generato sarà più importante del nome del Paese in cui sei nato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTERVENIRE COSÌ TANTO SULLA GESTAZIONE È ETICO?

GLI UTERI ARTIFICIALI POSSONO AIUTARE IN CASO DI MALATTIA, MA IL LORO ABUSO È RISCHIOSO



CATENA DI MONTAGGIO

Sopra, un modello di utero artificiale della startup olandese AquaWomb. A lato, Brian Armstrong, ceo della più grande piattaforma di bitcoin, Coinbase: è convinto che la riproduzione umana sarà sempre più svincolata dalla biologia.



Servizio Cosa dice la ricerca

Il mondo guarda i Mondiali e la scienza scopre che il calcio cura cuore e obesità

Le indicazioni di 32 studi controllati, per un totale di 1.126 partecipanti di età compresa tra 11 e 68 anni, provenienti da contesti e culture diverse

di Maria Rita Montebelli

23 giugno 2026

In queste settimane il mondo ha gli occhi incollati sulla TV per i Mondiali di calcio. Milioni di appassionati che tifano, urlano e sognano. Seduti sul divano. Ed è proprio qui, in questo cortocircuito stridente tra lo sport più amato del pianeta e la sua fruizione da spettatori sedentari, che si inserisce una ricerca scientifica che potrebbe far cambiare prospettiva: e se quel pallone, invece di guardarlo, lo prendessimo a calci davvero? Anche malamente e senza avere il talento di Messi o Mbappé? Perché passare dal calcio guardato in poltrona, a quello giocato potrebbe salvarci la vita.

Lo dimostrano i risultati di una revisione sistematica con meta-analisi pubblicata sulla rivista *Life*, che ha passato al setaccio sei grandi banche dati internazionali — da PubMed, alla Cochrane Library — per riassumere tutto ciò che la ricerca ha prodotto sull'argomento "impatto del calcio amatoriale e ricreativo sulla salute di chi è in sovrappeso o obeso". L'analisi finale ha riguardato 32 studi controllati, per un totale di 1.126 partecipanti di età compresa tra 11 e 68 anni, provenienti da contesti e culture diverse.

Non c'è bisogno di grande intensità

Il primo dato che sorprende riguarda l'intensità richiesta. Non si parla di allenamenti estenuanti, di marcature a uomo o pressing ad alta intensità come quelli dai grandi campioni. I programmi analizzati prevedevano sessioni brevi, da un minimo di quattro minuti a un massimo di trenta, con una frequenza variabile da settimane a mesi. Nessun campo in erba sintetica di ultima generazione, nessun Mister. Solo un pallone, uno spazio vagamente rettangolare e qualcuno con cui giocare. E la composizione corporea cambia, in modo statisticamente significativo. Il calcio amatoriale riduce il peso, l'indice di massa corporea, la percentuale di grasso e la circonferenza vita. E fa anche un po' aumentare la massa magra. Insomma: meno grasso, più muscolo. Non regalare magari un fisico da atleta, ma è abbastanza da promuovere un cambiamento metabolico misurabile, con potenziali ricadute sulla salute. E i benefici non si limitano al peso o alla circonferenza vita.

L'impatto su parametri cardiovascolari e colesterolo

Il calcio amatoriale ha un impatto anche su parametri cardiovascolari fondamentali: la pressione arteriosa si abbassa, la frequenza cardiaca a riposo si riduce, la capacità aerobica (cioè l'efficienza con la quale cuore e polmoni lavorano sotto sforzo) migliora. Tre indicatori che i cardiologi usano per valutare il rischio di infarto e ictus e che, con la partitella tra amici, si spostano nella direzione

giusta. Ma c'è di più. Le analisi del sangue dei partecipanti hanno mostrato riduzioni dei livelli di colesterolo totale, di LDL (il "colesterolo cattivo") e di trigliceridi. Effetti particolarmente marcati nelle donne e nei più giovani, a suggerire che alcune categorie possano trarre benefici ancora maggiori dall'attività calcistica ludica. Infine, la ricerca ha riscontrato anche una riduzione dei livelli di insulina a digiuno, segnale indicativo di un miglior controllo metabolico del glucosio, con tutto ciò che questo significa in termini di prevenzione del diabete di tipo 2.

A quale dose il calcio diventa strumento di prevenzione?

Anche il calcio amatoriale mostra una relazione dose-risposta: i suoi benefici sono risultati maggiori in chi si allenava con maggiore frequenza e per periodi di tempo più lunghi. Chi ha continuato a scendere in campo per mesi, allenandosi più volte a settimana, ha ottenuto risultati migliori rispetto a chi ha fatto una partitella ogni tanto o ha chiesto il cambio prima, continuando a seguire la sua squadra dagli spalti. Ma, ed è questo il punto cruciale, anche gli allenamenti più brevi e meno frequenti hanno prodotto benefici misurabili. Non è necessario fare moltissimo (o peggio strafare); anche muoversi un poco fa già la differenza rispetto alla sedentarietà.

Un fatto da tenere in seria considerazione. L'obesità è una delle emergenze sanitarie più pressanti del nostro tempo, un'epidemia globale, con tassi che in molti Paesi hanno raggiunto livelli mai visti prima. Ma non è facile convincere le persone a fare attività fisica in modo costante. Le palestre si riempiono a gennaio e si svuotano a marzo. La corsa può annoiare. Per nuotare serve una piscina. La cyclette diventa subito un appendiabiti.

Il segreto del calcio è che sembra un gioco

Ma il calcio invece, funziona. Perché è un gioco e ha una dimensione sociale, competitiva e anche emulativa. C'è la squadra, c'è l'avversario, il gol, il tifo degli spettatori. Tutti elementi psicologici non secondari. Che sono forse la ragione per cui, chi ha partecipato agli studi analizzati in questa meta-analisi, ha continuato a giocare, settimana dopo settimana, anziché abbandonare il campo, come accade con tante altre tipologie di allenamento. Ma il ferro va battuto finché è caldo. Anche se l'Italia quest'anno non gioca, milioni di persone, anche molte che di solito non seguono il calcio, si scoprono improvvisamente tifosi di questa squadra o di un'altra, travolti dalla magia dei Mondiali. Tanti bambini chiederanno un pallone, molti ragazzi e adulti organizzeranno il classico torneo di calcetto 'scapoli contro ammogliati' e tanti sportivi da divano approfitteranno della partitella in spiaggia per dare un calcio al pallone. L'onda emotiva generata da un Mondiale è una delle forze più potenti che esistano per avvicinare la gente al calcio. E, secondo i risultati di questa ricerca, potrebbe essere anche la spinta per avvicinarla all'attività fisica e alla salute.

Non è necessario saper segnare un gol in sforbiciata. Basta uscire di casa, immaginare nel rettangolo di un cortile un campo di calcio o una porta tra due alberi in un parco e prendere a calci un pallone. Il resto, dice la scienza, viene da sé. E si scrive nel nostro "DNA", come cantano Bocelli e EJAÉ.

Servizio La ricerca

Maratona e corse lunghe, ecco vantaggi e rischi per il cuore: attenzione ai segnali d'allarme

Dopo uno sforzo intenso e prolungato il cuore si adatta. E non sempre in chiave positiva. I consigli di Stefano Carugo, cardiologo e maratoneta

di Federico Mereta

23 giugno 2026

La sedentarietà è un formidabile nemico per cuore ed arterie. Ma anche gli sforzi eccessivi o troppo prolungati, se non si è preparati, si possono rivelare nocivi per il cuore. Ed allora, occorre attenzione, considerando che per chi corre a lungo e riproduce attività di resistenza come la maratona l'apparato cardiovascolare risponde diversamente da persona a persona, in base all'età, al genere e al livello di allenamento. Queste sono le tre variabili che incidono su prestazioni e salute, stando ad una ricerca apparsa su *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, (primo nome Inarota Laily) che ha preso in esame le sollecitazioni che il cuore subisce in caso di corse prolungate e le risposte dell'organo, con potenziale rischio di disadattamento a lungo termine. Insomma: se è vero che chi è pigro può veder aumentare i rischi di morte, anche l'esercizio di resistenza è in grado di indurre cambiamenti acuti nella funzione cardiaca con un incremento di enzimi e proteine che possono indicare danno dei tessuti ed infiammazione, con conseguente impatto sulle prospettive di salute.

La morale dello specialista: "Fare sport fa bene ma come direbbe Alessandro Manzoni, "cum judicio" - commenta Stefano Carugo, ordinario di Cardiologia e direttore della Cardiologia presso il policlinico di Milano, oltre che maratoneta -. L'attività fisica è importante ma non bisogna abusarne".

Cosa accade dopo una maratona

Gli studiosi hanno esaminato 69 (49 poi quelli effettivamente considerati) studi su 3274 persone, in prevalenza maschi, tra i 27 e i 63 anni. Ed hanno considerato tre biomarcatori (troponina T cardiaca - cTnT; troponina I cardiaca - cTnI; peptide natriuretico di tipo B N-terminale - NT-proBNP). indicativi di stress della parete cardiaca o di danni al miocardio, considerando analizzando anche esami mirati come ecocardiografia o Risonanza Magnetica. Si è visto che tutti e tre i biomarcatori risultavano costantemente elevati entro la prima ora dopo la fine della maratona, con superamento delle soglie cliniche comunemente utilizzate per la diagnosi di danno miocardico, ischemia o insufficienza cardiaca. Non solo: dopo la corsa ci sono state variazioni nella capacità del cuore di spingere il sangue necessario per l'organismo, quindi nella frazione di eiezione ventricolare sinistra, che misura proprio quanto sangue viene spinto dal ventricolo sinistro a ogni battito. Sia chiaro: si è trattato di cambiamenti lievi. E senza alterazioni della Risonanza Magnetica. Se la ricerca indica come una maratona non induca segni visibili di danno miocardico strutturale clinicamente rilevante, bisogna ricordare che occorre più attenzione se si va avanti con l'età nella donna e, ovviamente, in base all'allenamento.

I tre parametri considerati hanno inciso sull'impatto delle variazioni dei biomarcatori e sulle rilevazioni dell'ecocardiografia. Insomma: finale: dopo uno sforzo prolungato esistono effettivamente aumenti dei biomarcatori cardiaci e dell'osservazioni delle alterazioni della funzione ventricolare, ma è difficile calcolarne la rilevanza clinica. Non esageriamo, quindi. "Correre una maratona è incredibile – fa sapere Carugo -. Ma farne troppe e chiedere al proprio fisico un surplus di sforzo non è salutare. Questo dice l'articolo pubblicato e aggiungo un consiglio: la cifra più idonea è di due maratone l'anno". Con il giusto allenamento, ovviamente"

I segnali che qualcosa non va

Per essere utile, l'esercizio fisico deve essere calcolato su misura. E soprattutto non deve prevedere la richiesta di prestazioni eccessive al corpo, specie in chiave di rischio cardiovascolare. Quindi, prima regola ricordate l'allenamento e non fate gli "Highlander". Occorre iniziare con calma, partendo da sforzi brevi di tipo aerobico (che cioè consentono di rifornire l'organismo di ossigeno) come corsa lenta, bicicletta o nuoto. Poi, progressivamente, si possono aumentare i tempi di attività. Per chi ha superato la soglia degli "anta", infine, meglio evitare le attività che inducono brusche variazioni della tensione muscolare, con scatti brevi e intensi: è il caso ad esempio del padel o del calcetto. In qualche modo, poi, nel definire il rapporto rischio-beneficio conta anche l'ambiente: se non si è allenati e in buona salute, in montagna, complice anche l'ipossia (cioè la carenza di ossigeno) a cuore e vasi viene imposto uno stress significativo. E magari difficile da sostenere. Per sapere se si eccede, specie se si soffre di ipertensione o il cuore non è propriamente in forma, il fiatone e l'impossibilità di scambiare una parola con il vicino debbono metterci in guardia. Altrettanto importante, una volta avuto il via libera dallo specialista in seguito ad un test da sforzo o altri accertamenti, è controllare la frequenza cardiaca massima, semplicemente misurando le pulsazioni.

La formula basata sui battuti al minuto

Volete una formula semplice (pur se non precisissima, quindi da discutere con il medico)? Provate a ragionare in termini di frequenza massima accettabile togliendo l'età da 220. Quindi una persona di quarant'anni in perfetta salute ed altrettanto ben allenata potrebbe giungere al 60-80 per cento della frequenza cardiaca massima (che si potrebbe attestare circa 180 a battiti al minuto), per poterla poi superare in competizione. Attenzione: stiamo parlando di misure empiriche. Occorre sempre valutare caso per caso con il medico come comportarsi. Un'ultima raccomandazione: occorre sempre fare stretching (anche per tronco e braccia) ed iniziare a correre lentamente prima della competizione. Così il corpo arriva a regime e sangue ed ossigeno vanno ai muscoli, cuore compreso.

Cure senza più barriere il progetto San Bartolomeo supera i mille assistiti

SANITÀ

Più di 3.600 prestazioni sanitarie fornite e oltre 1.000 pazienti in condizioni di fragilità assistiti in tre anni. Sono i numeri del progetto San Bartolomeo che ieri, nell'Aula Magna dell'Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola, ha riunito tutti i promotori per parlare dei risultati ottenuti e del futuro. Comunità di Sant'Egidio, Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola, Fondazione dell'Ospedale, Deloitte e Fondazione Deloitte dal 2023 sono riusciti insieme ad assistere persone in condizioni di fragilità sociale ed economica provenienti da più di 75 Paesi.

I NUMERI

Ogni paziente viene seguito lungo tutto il percorso di cura. Dalla comunicazione del bisogno al follow-up, ricevuto dal 34% dei pa-

zienti. Le prestazioni sanitarie fornite riguardano odontoiatria, ginecologia e ostetricia, senologia, oculistica e ortopedia. Tra i pazienti presi in carico, il 70% è donna mentre sono oltre 140 i minori che hanno beneficiato di cure specialistiche. I bambini nati sono 35 mentre sono 85 i ricoveri ospedalieri registrati. Non solo numeri. «Dietro ciascuno ci sono storie, volti, persone che hanno trovato nel nostro Ospedale cura, accoglienza e ascolto» ha sottolineato Leonardo Gallitelli, presidente dell'Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola.

GLI OSTACOLI

«La mediazione culturale e linguistica effettuata ha contribuito ad aggiungere al sostegno sociale anche quello sanitario. Il progetto rappresenta una speranza e un impegno per il futuro perché il diritto alla salute sia sempre equamente garantito a tutti», ha evidenziato Marco Impagliazzo, presidente della Comunità di Sant'Egidio che fornisce la mediazione linguistica e culturale tra i servizi

di supporto sociale. Come i kit multilingua, che accompagnano e orientano al meglio i pazienti durante il percorso.

LA COLLABORAZIONE

La governance del progetto si basa su un modello collaborativo integrato tra pubblico, privato e terzo settore. Sant'Egidio fa da ponte tra pazienti vulnerabili e il sistema sanitario, l'Isola Tiberina eroga i servizi di cura mediante le competenze cliniche specialistiche mentre la Fondazione dell'Ospedale pensa alla sua promozione. Deloitte e Fondazione Deloitte coordinano e monitorano il progetto. «Questo è solo l'inizio di un percorso che vuole trasformare questa iniziativa in un modello replicabile. Il progetto ci ricorda che quando pubblico, privato e terzo settore collaborano, possono generare un impatto di valore per tutti», ha dichiarato Fabio Pompei, Ceo Deloitte Central Mediterranean.

Omar Riyahi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IN TRE ANNI SONO
PIÙ DI 3.600 LE
PRESTAZIONI
SANITARIE EROGATE
OLTRE 140 I MINORI
TRATTATI**



La Medicina romana Frugoni, il medico che scongiurò la guerra civile

Manfellotto a pag. 43



Il medico dell'Umberto I che salvò la vita a Togliatti evitando una guerra civile

► Cesare Frugoni nel 1948 curò l'allora segretario del Partito Comunista ferito da uno studente con 4 colpi di pistola. Quando il politico si riprese invitò alla calma i militanti

La Medicina romana

Il professor Dario Manfellotto è Specialista in Medicina Interna e Nefrologia al Gemelli Isola Tiberina e Docente di Storia della Medicina

Nel 1948 l'Italia fu sull'orlo di una guerra civile. Ad evitarla fu senz'altro il rapporto medico, umano e culturale, fra due grandi uomini, Cesare Frugoni e Palmiro Togliatti. Il 14 luglio 1948, lo studente Antonio Pallante sparò quattro colpi di pistola contro Togliatti, allora segretario del Partito comunista italiano, ferendolo gra-

vemente. Togliatti, ricoverato d'urgenza al Policlinico Umberto I di Roma, fu operato con successo dal grande chirurgo Pietro Valdoni e assistito dal professor Frugoni, clinico medico dell'Università.

Nel frattempo, esplosevano rivolte e scontri di piazza. Venivano recuperate le armi che i gruppi partigiani avevano nascosto dopo la liberazione dell'aprile 1945 e vi furono manifestazioni e violenze in tutto il Paese. Nel complicato stato post-operatorio, come racconta lo stesso Cesare Frugoni nella sua autobiografia, «Togliatti cominciò a parlare in modo un po' confuso e disordinato, dicendo la sua prima frase: le azioni umane vanno comprese. E poiché del tutto aveva ripreso la lucidità io di rimando e dol-

cemente: no la citazione non è completa. Spinoza disse testualmente: *humanas actiones non ridere, nec lugere, nec detestari, sed intelligere*. Cioè, le azioni umane non vanno derise, né detestate, né rimpiante, ma solo capite. Togliatti rispose con un sorriso e una stretta di mano ma dopo un po', più sicuro di sé alle parole di incorag-



giamento che ancora gli erano rivolte, diceva, "se vivrò ne sarò contento perché ho ancora molte cose da fare"».

Un coltissimo scambio culturale, mentre il paese era in subbuglio. Col miglioramento della sua condizione clinica, supportato da Frugoni, Togliatti riuscì a riportare la calma nel paese, soprattutto con un video messaggio dal letto dell'ospedale, il 30 luglio. Dopo aver ringraziato i due «grandi scienziati italiani, il professor Valdoni che mi ha operato e il professor Frugoni, che mi ha assistito come clinico», il segretario del Pci invitava tutti i militanti del partito ad essere tranquilli, perché presto sarebbe ritornato al suo posto di lavoro.

Con Frugoni si era creato un grande rapporto umano e professionale e Togliatti fu sempre assistito da lui in occasione dei suoi tanti incidenti e malattie, fino alla morte.

Cesare Frugoni era bresciano e dopo aver insegnato a Firenze e Padova, era stato chiamato nel 1931 all'università La Sapienza di Roma, pur non essendo iscritto al partito fascista, succedendo a Vittorio Ascoli, per assumere la direzione dell'Istituto di Clinica medica, la più prestigiosa del tempo. Era noto per la sua cultura e la sua umanità. Negli anni in cui si cominciava a parlare di baroni della medicina, veniva de-

scritto come un principe.

Frugoni era diventato il medico di alcuni grandissimi personaggi, fra cui Re Fuad d'Egitto, che si fidava soltanto di lui e del suo giudizio; Guglielmo Marconi; Alfonso XIII re di Spagna; il musicista Ildebrando Pizzetti.

Vi è poi il rapporto con Benito Mussolini, veramente straordinario ed incredibile. Lo stesso Frugoni racconta di quando ricevette la telefonata di Guido Buffarini Guidi, allora Ministro degli interni, che lo informava che il duce lo avrebbe voluto come suo medico curante: «Con grande suo stupore rifiutai anche quando fece presente che mi assumevo con ciò grave responsabilità. Al che risposi non essere il mio rifiuto particolare, ma la continuazione e conferma di una norma per me da decenni regola assoluta e cioè che svolgendo opera e ruolo di consulenza non potevo assumere impegni di medico curante e che avrei delegato a ciò il mio primo aiuto della Clinica medica, professor Arnaldo Pozzi, persona di assoluta competenza e fiducia, che avrebbe potuto chiedere la mia consulenza per Mussolini in qualunque momento e per qualunque ragione».

Dire di no al Duce non era una scelta facile, ma era basata su principi deontologici e professionali profondi, dai quali il

medico non può derogare neanche di fronte ai poteri più forti. Proprio per questo rigore morale, gli fu chiesto di guidare la commissione per la redazione del Codice di deontologia medica, che venne pubblicato nel 1954 con il nome di Codice Frugoni, con l'inserimento di alcuni concetti fondamentali. Quello del segreto professionale, da rispettare in modo assoluto, ed esteso a tutto ciò di cui il medico sia venuto comunque a conoscenza per ragioni della professione: non solo a ciò che gli fu confidato, ma anche a ciò che ha veduto, inteso ed intuito.

E infine la necessità di parlare al malato mantenendo sempre accesa la luce della speranza. Infatti, afferma Frugoni: «Se non sempre guarire si può, sempre consolare si deve».

Dario Manfellotto

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FU SEMPRE LUI ANNI PRIMA A RIFIUTARE DI DIVENTARE IL MEDICO CURANTE DEL DUCE BASANDOSI SU SALDI PRINCIPI DEONTOLOGICI



Palmiro Togliatti durante il ricovero al Policlinico Umberto I in una foto d'epoca risalente al luglio del '48: operato con successo dal grande chirurgo Pietro Valdoni e assistito dal professor Frugoni, clinico medico universitario



LA SANITÀ CHE CAMBIA**Acquisti e pagamenti
Dopo 5 anni d'attesa
l'Asl Roma 0 è realtà**

Sbraga a pagina 20

LA SANITÀ CHE CAMBIA

Sarà operativa, ma non pienamente, dal primo luglio prendendo il posto di Lazio Crea

**Ecco dopo 5 anni l'Asl Rm0
Pagamenti centralizzati***È la 19esima Azienda sanitaria. Aiuterà le «sorelle» negli acquisti***ANTONIO SBRAGA**

••• Da luglio ripartiranno da "Zero" i pagamenti delle aziende sanitarie del Lazio: a saldare tutto, infatti, ci penserà la nuova "Azienda Regionale Sanitaria Lazio.0". Si tratta, in realtà, della 19esima azienda laziale, alla quale tra una settimana spetterà dunque «la funzione di pagamento centralizzato per conto» delle altre 18 tra Asl e aziende ospedaliere del Sistema Sanitario Regionale. E così, 5 anni dopo la sua istituzione, entrerà in funzione questa nuova azienda che fungerà da centrale acquisti, «in qualità di soggetto delegato esclusivamente al pagamento, senza accollo del debito, in relazione alle fatture

elettroniche gestite attraverso il Sistema Pagamenti e dei debiti di natura non commerciale» delle 18 sorelle-sanitarie. L'azienda Lazio.0 prenderà il posto finora occupato da LazioCrea, l'altra azienda regionale che ora «provvederà, entro 60 giorni dall'avvio della funzione di pagamento tramite l'Azienda Sanitaria Regionale Lazio.0, alla chiusura dei conti correnti utilizzati per l'esecuzione dei pagamenti per conto delle Aziende del SSR». Anche se poi LazioCrea continuerà «a garantire il necessario supporto tecnico, con particolare riferimento alla gestione», soprattutto nella modalità informatica, i veri cordoni della borsa sanitaria laziale però passeranno all'azienda La-

zio.0. Com'era stato, peraltro, più volte richiesto anche dalla Corte dei Conti, che 3 anni fa aveva bacchettato la Regione sulla mancata attivazione dell'azienda: «Nonostante l'approvazione della Legge regionale, l'Azienda Lazio 0 non ancora risulta operativa», avevano scritto i magistrati contabili nel «Giudizio di parificazione sul Rendiconto generale» del gennaio 2023. Perché la proposta di legge regionale istitutiva dell'azienda Lazio.0 risale al febbraio 2019, quand'era stata concepita per «ottimizzare i livelli di efficacia ed efficienza organizzativa del servizio sanitario regionale attraverso forme di integrazione funzionale di servizi tecnici e operativi». Per fungere come una sorta di holding a



cui faranno riferimento le altre 10 Asl e le 8 aziende per «semplificare ed efficientare la catena di comando». Le altre 18 aziende hanno firmato l'apposita convenzione con la Lazio.0 che, oltre alla centralizzazione del sistema dei pagamenti dei fornitori del servizio sanitario regionale, svolgerà anche altre funzioni. La nuova azienda, in-

fatti, sarà chiamata a fornire «supporto agli enti del servizio sanitario regionale nella gestione del personale e del sistema contabile» e svolgerà anche «controlli sulla appropriatezza e sulla qualità dell'assistenza prestata dalle strutture accreditate».

18

«Sorelle»
Le Asl laziali che comprendono anche le aziende sanitarie ospedaliere



Forniture mediche

Tra i compiti quello di aiutare le aziende in fase di acquisto e nei pagamenti alle ditte fornitrici

