

22 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





SEGUI SU @GIORGIOARMANI
E ARMANI.COM

la Repubblica



SEGUI SU @GIORGIOARMANI
E ARMANI.COM

Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
MARIO ORFEO



Rspettacoli
Quarant'anni di film
del Cinema Ritrovato
di **ARIANNA FINOS**
a pagina 32

Rsport
La Spagna si rilancia
Belgio senza vittorie
di **AUDISIO e GAMBA**
alle pagine 34 e 35



Lunedì
22 giugno 2026
Anno 33 - N° 24
Oggi con
Affari&Finanza
in Italia **€ 1,90**

Trump mina i colloqui

A Lucerna negoziato Usa-Iran in bilico dopo la minaccia: "Aprite Hormuz o vi faccio saltare" Poi il nuovo attacco all'Italia: "Non è lì a difenderci anche se spendiamo miliardi per la Nato"

Mentre sono in corso i colloqui tra Usa e Iran a Lucerna, in Svizzera, il presidente Trump minaccia di radere al suolo tutto se lo Stretto di Hormuz non verrà subito aperto. Le parole del presidente Usa hanno avuto conseguenze immediate nel resort svizzero di Bürgenstock dove si svolge il negoziato. La delegazione di Teheran infatti si è alzata dal tavolo in segno di protesta. Poi la seduta è ripresa e le trattative sono andate avanti. Il vicepresidente Vance, prima dell'incidente, si era detto ottimista. Ma ieri è stata anche la

giornata dell'ennesimo attacco del presidente Usa all'Italia e a Giorgia Meloni. Con un post sui social il tycoon ha detto: "Dopo aver speso miliardi di dollari per la Nato, l'Italia e il suo premier non sembrano nemmeno disposti a prendere parte all'azione contro l'Iran e la sua seria minaccia nucleare. Da decenni li difendiamo, ma quando arriva il momento di difendere noi, non ci sono. Non va bene".

di **CASTELLANI PERELLI COLARUSSO e MASTROLILLI**
da pagina 2 a pagina 5

ALTAN

NON POSSIAMO
ROMPERE CON QUELLA
SIMPATICA CANAGLIA.



Le conseguenze dell'obbedienza

di **CONCITA DE GREGORIO**

Il problema non è la disobbedienza, è l'obbedienza. Dei leader, dei popoli. Talvolta la nostra di cittadini un tempo attenti, reattivi, che con sempre maggior fatica assistiamo all'incessante tragico spettacolo quotidiano, trenta notifiche al giorno sul cellulare: un altro bambino mutilato in lacrime, cinquantasette anegati, una cattedrale dell'anno Mille distrutta.

a pagina 14



Stavolta Meloni non replica ordine ai ministri: ricucire

di **LORENZO DE CICCO**

alle pagine 6 e 7, con un servizio di **CERAMI**

Premio Strega Mari resta in gara "Il regolamento vieta esclusioni"

di **RAFFAELLA DE SANTIS**

Alla fine ha vinto la soluzione di compromesso: una strigliata alle esternazioni sessiste di Michele Mari contro Michela Murgia ma nessuna esclusione dal gioco perché «non consentita dal regolamento». Dire che sei dentro perché le regole non permettono di espellerti, non è proprio il massimo. Chissà Mari come la prenderà. E se il regolamento avesse permesso il contrario?

a pagina 30, servizio di **VALTORTA**

Saper distinguere l'opera e l'autore

di **CORRADO AUGIAS**

La Fondazione Bellonci, nella rovente polemica Mari-Ciabatti, ha tenuto conto di un aspetto che per almeno tre giorni è stato trascurato. La domanda inespresa è: il romanzo di Michele Mari *Invitati di pietra* favorito allo Strega è o non è una buona opera? Intendo chiaramente separare l'opera dal suo autore, chiunque egli sia. Dovremmo forse escludere dai consessi culturali Ezra Pound o Ferdinand Céline per le loro dichiarate simpatie filofasciste?

a pagina 31

GIORGIO ARMANI
COLLEZIONE UOMO PRIMAVERA/ESTATE 2027
E COLLEZIONE DONNA CRUISE
LUNEDÌ, 22 GIUGNO - ORE 18

L'INCIDENTE

Strage dei ragazzi sulle strade auto in un canale, tre vittime

dal nostro inviato **MASSIMO PISA**

In due sul sedile anteriore, lato passeggero, uno sull'altro. In sei su quelli posteriori. Più il guidatore: Gabriele Popovici, 18 anni, al volante dell'Audi A2 di famiglia. L'Audi decolla sulle erbacce di un terrapieno, rimbalza sul cemento e plana in un metro e mezzo d'acqua. Muoiono in tre: Lorenzo Benin, Riccardo Provasi e Camilla Copparoni, tutti 17 anni.

alle pagine 10, 11 e 12
di **ABIS, BOCCI, BOERO e DI RAIMONDO**

La rimozione della morte

di **ELENA STANCANELLI**

“O pudore d'una infanzia uccisa/perdonami questa indecenza di sopravvivere”. Elsa Morante chiudeva così *“Addio”*, poema che fa da introduzione a *“Il mondo salvato dai ragazzini”*. Parlava al suo amore, il pittore Bill Morrow.

a pagina 14



Ritrovate a casa dello zio materno le sorelline sparite

di **CORRADO ZUNINO**

a pagina 25



CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281150
anni
DEL LUNEDÌServizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it

Erano a casa di una zia
Ritrovate le sorelle
scomparse in Abruzzo
di **Alfio Sciacca**
a pagina 21



L'intervento
Difendere la biodiversità
senza le doppiette
di **Susanna Tamaro**
a pagina 22



Partiti oligarchici

LA POLITICA
CHE PERDE
I CITTADINIdi **Sabino Cassese**

El momento della diaspora. A destra, un altro politico improvvisato; al centro e a sinistra, qualche neofita della politica e politici di lungo corso si danno da fare per aumentare il già numeroso mondo dei partiti.

Sono una ventina i partiti che hanno rappresentanti in Parlamento. Ora si aggiunge a destra Futuro nazionale. Nell'area del centro-sinistra pullulano le iniziative: Progetto civico Italia, Partito liberale democratico, Più Uno, Centro democratico, area riformista del Pd.

Insomma, per secessione o dispersione, il mondo dei partiti si frammenta sempre di più. Questo accade perché manca quel collante che è costituito dalle piattaforme politiche. I partiti sono sempre meno caratterizzati da politiche, progetti, programmi. Questo spinge anche a fare continue dichiarazioni ed altre esternazioni in forma di slogan. E a ricorrere a succedanei, per esempio appellandosi alla Resistenza o alla Costituzione, o all'antifascismo, o a una forma generica di patriottismo, per coprire il vuoto della politica con valori che debbono o dovrebbero essere condivisi da tutti, invece che essere la bandiera di questo o quell'altro partito. Né aiutano le antiche definizioni geografiche, destra, centro, sinistra, derivate dalla distribuzione del personale politico nelle aule parlamentari, una volta elemento qualificativo dei partiti.

A questa assenza di politiche fa riscontro la debolezza interna dei partiti.

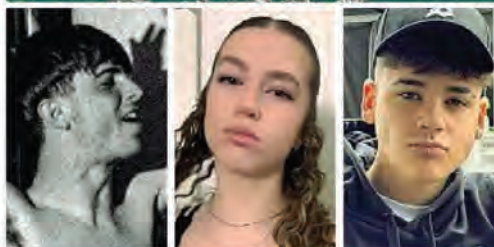
continua a pagina 28

Le guerre Le condizioni del regime: Israele deve lasciare il Libano. I 150 attacchi di Kiev alle linee di rifornimento dell'esercito russo

Iran, Trump mette a rischio l'intesa

Il leader americano: se bloccano Hormuz li faccio saltare in aria. La protesta di Teheran

Milano Arrestato il guidatore: positivo all'alcoltest



Riccardo Provasi, Camilla Copparoni e Lorenzo Benin, morti nell'auto finita nel canale Villorè, nel Milanese

LA STRAGE DEI 17ENNI

In nove nell'auto,
finiscono nel canale:
morti tre ragazzidi **Cesare Giuzi**

Camilla, Lorenzo e Riccardo, 17 anni tutti e tre. Amici. Sono morti l'altra notte imprigionati nell'auto che li ha trascinati a fondo nel canale Villorè, a Senago. Erano in nove, sulla vecchia Audi A2 che correva troppo. Tomavano da una festa. Al volante un altro amico, 18 anni, ubriaco, adesso in cella a San Vittore.

alle pagine 12 e 13

di **Viviana Mazza**
e **Greta Privitera**

Ancora una frenata sull'intesa tra Stati Uniti e Iran. Mentre Vance è a Lucerna per i negoziati, dal social il presidente Trump torna ad attaccare l'Iran. Al centro della polemica sempre lo Stretto di Hormuz. «Se lo bloccano li faccio saltare in aria», minaccia il presidente americano. Ma per gli iraniani rimarrà chiuso finché l'esercito israeliano bombarderà il Libano. Sul fronte in Europa, raid ucraini sulla Crimea: colpiti hub petroliferi e la penisola resta senza carburante.

da pagina 2 a pagina 6
Agnoli, Ricci Sargentini
Serafini

GIANNELLI

Italia-Usa Parla il ministro. La premier sfilata con gli alpini
Meloni, uscita «patriottica»
Tajani: noi alleati, non sudditidi **Paola Di Caro** e **Marco Galluzzo**

Tra poco più di 15 giorni, in Turchia, al vertice Nato, Trump e Meloni (che ieri ha sfilato con gli alpini) saranno di nuovo allo stesso tavolo. Intanto, il ministro Tajani tiene i contatti con Rubio: «il rapporto con gli Usa è solido».

alle pagine 9 10 e 11 Scaglione

IL DIRETTORE RISPONDE

IFALLIMENTI DI DONALD

di **Luciano Fontana**

L'attacco di Trump è stato così volgare e incomprensibile, visto che parliamo del presidente degli Stati Uniti, che trovare una qualche giustificazione è un'impresa ardua. A meno che non si voglia dare per buona la diagnosi di Mary Trump, psicologa e nipote di Donald, che parla di misoginia e declino mentale.

continua a pagina 29

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**

Qualche giorno fa ero al concerto di Cesare Cremonini che ho potuto salutare prima che diventasse un supereroe da palco. Mi ha detto che non sono stati i traumi a renderlo un artista ma i sogni, che l'hanno salvato dai traumi alimentando sempre la musica. Ma per cosa usiamo il plurale metaforico «sogni»? Nella vita c'è tanta gioia quanta creazione, la creazione viene dall'ispirazione, l'ispirazione dall'immaginazione, che non è fuga ma immersione nello spessore della realtà: quando un bambino vede un cavallo in una scopa è uno scienziato che scopre la gravità in una mela o un poeta che trova l'infinito in una siepe. L'immaginazione non è fantasia ma attenzione innamorata, capacità di stare di fronte



Di che sogno sei?

alle cose per portarle a compimento. Ogni vocazione è infatti uno sguardo unico sul mondo: nella luce Einstein trova la relatività e Monet un modo nuovo di dipingere. Per raccontare quale stupore sei venuto al mondo? Di che «sogno» sei? Domande che ogni educatore dovrebbe incarnare, perché l'energia creativa nasce dalla catena attenzione-immaginazione-ispirazione che, come i sogni, genera il nuovo a partire da dati di realtà vissuti in modo unico da ognuno di noi. Purtroppo a volte la catena si interrompe, magari proprio nell'età fatta per «sognare». Questo consegna i ragazzi al potere e ai traumi, senza difese. Che cosa uccide i sogni?

continua a pagina 24

MAGNESIO
COMPLETO
4 fonti di Magnesio
per un'azione completa

PRINCIPIUM®

BIOS LINE

In Farmacia, Parafarmacia ed Erboristeria.



principiumlife.com



8 771120 493008

Il paradosso del mattone affari boom e alloggi vuoti

ANGELONE, JOLY - PAGINE 22 E 23

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ



L'equivoco patrimoniale e la giungla delle imposte

VERONICA DEROMANIS - PAGINA 11



DIRITTI

Quella culla per la vita che aiuta bimbi e genitori

ALESSANDRA KUSTERMANN - PAGINA 26

1,90 € II ANNO 160 II N.1166 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DGB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 22 GIUGNO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



SCONTRO SUL CESSATE IL FUOCO IN LIBANO: ALTRE 7 VITTIME NEI RAID, NETANYAHU: RIMANIAMO NEL SUD FINCHÉ NECESSARIO

Iran-Usa, negoziati nel caos

Via ai colloqui ma Hormuz è chiuso. Minaccia americana: apritelo o bombardiamo. Furia Teheran

IL RETROSCENA

Bibi, The Donald e il prezzo di Beirut

FRANCESCA MANNOCCHI

eri a Bürgenstock, in Svizzera, il vicepresidente americano Vance si è seduto nella stessa stanza dei negoziatori iraniani. Fuori dalla sala, dove la guerra si combatte, Israele continuava a occupare un quinto del territorio libanese. - PAGINA 3

L'ANALISI

Se il mondo cancella gli orrori di Gaza

ANNA FOA

Ci siamo dimenticati di Gaza e ci siamo dimenticati del Libano, negli stessi momenti in cui l'esercito israeliano lo sta attaccando sempre più duramente. Non servono più anni o mesi a dimenticare, a mettere in secondo piano, a fare scomparire nell'indifferenza le tragedie più grandi. Le ricordiamo un attimo solo, e quando il televisore si spegne sulle immagini di morte e distruzione, queste smettono di essere reali. E invece non c'è stato arresto alle distruzioni, il sangue continua ad essere sparso. - PAGINA 8

LA GRAN BRETAGNA

La resa di Starmer i rimorsi per Brexit

CATERINA SOFFICI

La maledizione della Brexit. Potrebbe essere un buon titolo per una serie Netflix. Domani, 23 giugno, sono dieci anni dal nefasto referendum indetto con grande leggerezza dall'allora premier inglese David Cameron. - PAGINA 9

DANILO CECCARELLI, FABIANA MAGRI

Il primo round di colloqui diretti tra Stati Uniti e Iran dopo il vertice di Islamabad di aprile inizia con l'incontro tra Vance e i mediatori dei colloqui. Trump irrompe: «Possiamo colpire ancora». Il dialogo non si ferma, ma Teheran rifiuta la stretta di mano. - PAGINE 2-5

Così la diplomazia si trasforma in show

MARCO FOLLINI - PAGINA 26

IL CASO

Difesa, l'ira di Trump "Meloni non ci aiuta"

MALFATANO, MONTICELLI

«Non vi preoccupate, non mollo». La frase arriva mentre Giorgia Meloni attraversa la folla, stretta nella scorta politica e simbolica di Luca Ciriani, tra le penne nere del raduno del terzo Raggruppamento Alpini del Triveneto. Un passaggio studiato. - PAGINE 6 E 7

L'INTERVISTA

Ross: "La insulta perché non si piega"

GIUSEPPE BOTTERO

«Credo che Trump si iriti con ogni persona e con ogni Paese che non sia completamente subordinato alla sua volontà», dice Alec Ross. Americano di origini italiane, autore e professore alla Bologna Business School, ha appena pubblicato The Italian Dream. - PAGINA 8

IL FUORI CLASSE DEL BARCELONA TROVA SUBITO IL GOL. E LA SPAGNA DILAGA CON L'ARABIA SAUDITA: 4-0

Il codice Yamal

ALBERTO SIMONI



Il calcio nell'era della confusione

GIULIA ZONCA - PAGINA 27

Lamine Yamal sblocca Spagna-Arabia Saudita, vinta dalle Furie Rosse 4-0.

REUTERS/CLAUDIO AUREO BALICE, ODDENINO, RIVA - PAGINE 32-36

L'INCIDENTE DI CERIALE

"La mia Sofia tra Vasco e le torte. Non voglio vedere i video delle risate"

GRAMAGLIA, RAMBALDI



Barbara De Stefano è una donna, una mamma, devastata. Guarda fisso verso quella porta da cui la sua Sofia non entrerà più. - CON UN COMMENTO DI OLIVIERO FERRARIS - PAGINE 16 E 26

IL DRAMMA DI SENAGO

I ragazzi nel fiume e il senso del limite

RAFFAELLA ROMAGNOLI

È della prima giovinezza la necessità di tracciare i confini del proprio spazio, di misurare il limite. Strada impervia, che si imbrocca in solitaria oppure in gruppo di pari età. L'abbiamo percorsa tutti e tutte, a suo tempo, per la naturale esigenza di trovare posto nel mondo, con tanti saluti a mamma, papà e anche ai professori, agli adulti di riferimento insomma, perlopiù percepiti come, appunto, limitanti. - PAGINA 27 DEL VECCHIO, SRAVO, VENDITTI - PAGINE 16 E 15

L'OMICIDIO DI TORINO

Strangola la figlia e si uccide in casa

GENTA, GIACOMINO

Nelle poche parole dei vicini di casa si intuisce il dramma che ha travolto la famiglia di Mhaela Belecciu, 39 anni. Origini romene ma almeno vent'anni trascorsi a Torino. Qui sono nate le sue figlie. - PAGINA 17

LO SCRITTORE RESTA IN GARA

Murgia, Mari, lo Strega e la cultura sotto attacco

CALANDRONE, SCIANDIVASCI

Stregacidio, giorno tre. È più probabile scoprire cosa viene detto in un'udienza riservata del Papa che risalire a chi origina le voci che corrono nel mondo editoriale, pertanto il dibattito è stato presto dirottato su quanto sarebbe stato opportuno o scandaloso escludere Michele Mari dallo Strega. - PAGINE 28 E 29



IL COLLOQUIO

Cucinotta: "Io, Troisi e 007. La fama? È una trappola"

FRANCESCA D'ANGELO



Ogni volta che parla di sé, Maria Grazia Cucinotta non può fare a meno di raccontare qualcosa di sua madre: un aneddoto, una battuta, un ricordo. Perché è lei che le ha insegnato ad avere fame di riscatto («il vero ingrediente segreto dei miei 40 anni di carriera») non abbassando mai lo sguardo. - PAGINA 19

mail: info@frattini.it
web site: www.frattini.it
tel. 0322 96127
f i n

SERIE NARCISO



€ 1,40 ANNO 148 - N° 108
Sped. in A.P. 0333/2003 come L.46/2004 art.1 (C) 03/04/01

Il Messaggero

NAZIONALE



Lunedì 22 Giugno 2026 • S. Paolino da Nola

IL MERIDIANO

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

Annuncio dopo i veleni
Il premio Strega
«Non escluderemo
Mari dalla corsa»

Pezzoli a pag. 19



Quante star al Costanzi
L'Opera applaude
una Traviata
hollywoodiana

Arnaldi a pag. 15



Elezioni in Figg
Il calcio sceglie
il suo presidente
Malagò è pronto

Abbate nello Sport



L'editoriale
L'OCCASIONE
POLITICA
DA COGLIERE
SUI RIMPATRI

Luca Ricolfi

Stanno provando in molti a persuadere Giorgia Meloni che sia suo interesse evitare l'abbraccio esiziale del Generale Vannacci. Qualcuno si spinge a pensare che la nascita di Futuro Nazionale (il partito del Generale), le offra una formidabile occasione per completare il processo che, nel giro di pochissimi anni, ha permesso di trasformare Fratelli d'Italia in un partito moderato, affidabile, dialogante con l'Europa. Insomma, la discesa in campo del Generale fornirebbe a Giorgia Meloni una inaspettata, forse irripetibile opportunità per percorrere l'ultimo miglio della sua corsa verso il centro.

Questi consigli non richiesti sono ragionevoli. Se c'è un posto, in Europa, in cui l'eventualità di una mossa che isoli l'estrema destra ha senso questo è l'Italia. Ben più che la Francia, la Germania o il Regno Unito, dove i partiti sbrigativamente definiti di estrema destra raccolgono qualcosa come un terzo dei consensi elettorali. In Italia, per ora, a destra di Fratelli d'Italia e Lega c'è solo il partito di Vannacci, che - se vogliamo credere ai sondaggi - veleggia fra il 4 e il 6%. Dunque, verrebbe da pensare, un'operazione di tipo "cordone sanitario", o brandmauer come la chiamano i tedeschi, potrebbe avere senso. Specie se fosse in grado di aprire un dialogo con la galassia di centro (Azione, Partito Liberaldemocratico, Ora!), che proprio l'ultimo sondaggio - quello che ha proclamato il sorpasso nei confronti della Lega - accredita del 5,4%, più o meno la forza elettorale di Vannacci (dato al 5,9%).

Continua a pag. 21

Sarah e Alysia erano nascoste da una zia a Formia: erano scomparse da 15 giorni. Il blitz di 70 carabinieri: madre, compagno e nonno in caserma



Le due sorelline ritrovate a Formia, Sarah e Alysia

«Temo per loro»
I depistaggi
della mamma

Sonia Paglia

L'Ultimo depistaggio della madre in guerra con la casa famiglia: «Ho timore che le mie figlie siano morte».

A pag. 3

Allegri e Giunti a pag. 2

Guidava un 19enne ubriaco. «Un'emergenza sottovalutata»
In 9 in auto volano nel canale
strage di ragazzi: morti in tre

Valeria Di Corrado
Laura Pace

Nell'auto finita in un canale c'erano 9 ragazzi, tre minorenni sono morti. Tornavano da un compleanno.

Alle pag. 12 e 13



Da sinistra, Riccardo Provasi, Camilla Copparoni e Lorenzo Benin

Negoziato in Svizzera in bilico dopo 80 minuti
Hormuz, Trump
minaccia l'Iran
trattativa sospesa

► Vance non molla ma Teheran rompe con la Casa Bianca

Evangelisti e Guaita alle pag. 4 e 5

Gli approfondimenti

● Se il presidente boicotta il suo vice

Andrew Spannaus a pag. 21

● Le nuove rotte del petrolio

Roberta Amoroso a pag. 4

La premier dagli alpini. Donald: Italia, così non va
Meloni: «Orgoglio nazionale»
Ma Trump attacca ancora

Bechis alle pag. 6 e 7

L'analisi/1
RISPETTO
PER L'ITALIA

Mario Ajello

Se lo aspettavano tutti, E Trump riparte all'attacco. Calpestando il valore del rispetto.

A pag. 6

L'analisi/2
PAROLE
E SOSTANZA

Umberto Vattani

Per molti anni trascorsi a Palazzo Chigi ho osservato da vicino presidenti come Forlani, De Mita (...)

A pag. 7

L'intervista al ministro dell'Istruzione

Valditara: «Scuola pluralista
contro l'indottrinamento»

Ajello a pag. 9

L'inchiesta



Longevità sana
grazie agli esami
di prevenzione

Roberto Bernabei*

Ho scritto più volte sulla tripartizione dei 15 milioni di ultrasessantacinquenni che abitano il Paese.

A pag. 14



Esami uguali per tutti o
PERCORSI
SU MISURA PER TE?

Scegli i Check-up SYNLAB
con colloquio orientativo medico incluso*

Scopri di più su [synlab.it](#)

*Fino a esaurimento posti.
Diventure Medico: Marco Caputo (OMC)



Il Segno di LUCA

CAPRICORNO
NUOVO SLANCIO

La tua settimana inizia subito con una bella spirita per il lavoro. La Luna ti offre il suo appoggio e ti invita a non lasciarti condizionare troppo da una rigidità di cui adesso inizi a vedere meglio le controindicazioni. È il momento di esporti in prima persona, accettando le critiche e magari incoraggiandole, in modo da capire meglio qual è la rotta. Concentrati sul traguardo, da lì guarda indietro e vedrai la strada da seguire.

MANTRA DEL GIORNO
Il risultato modella la strategia.

L'oroscopo a pag. 21

* Tardem con altri quotidiani (non accreditati separatamente): nella provincia di Matera, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,30, la domenica con Tuttomessaggero € 1,40 • in Abruzzo, Il Messaggero • Giornale dello Sport, Strada € 1,40 • nel Molise, Il Messaggero • Primo Piano • Nola € 1,50 • nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport, Stadio € 1,50, il Messaggero • Fiumiporta al Mare € 0,90 (Roma)

Sono quasi 10 mila gli specializzandi assunti nella sanità dal 2018

Un pieno di specializzandi contro la carenza di personale nella sanità. Dal 2018 al 2025, infatti, quasi un terzo dei nuovi medici approdati nel servizio sanitario nazionale (9.889) lo ha fatto grazie alle possibilità introdotte dal decreto Calabria, che permette l'assunzione degli specializzandi a partire dal terzo anno del percorso di specializzazione. È quanto emerge da un'analisi promossa dal sindacato dei medici ospedalieri Anaa Assomed e Anaa Giovani.

Lo studio, basato sui dati Onaosi, Almalaurea e del Conto annuale del tesoro, evidenzia come il decreto Calabria si sia progressivamente evoluto da misura emergenziale a strumento strutturale per il reclutamento del personale sanitario. Nel 2023 i medici entrati nel Ssn seguendo lo schema del

dl hanno rappresentato il 32,9% delle assunzioni complessive, quota scesa al 30,9% nel 2024 e al 26,1% nel 2025. Una diminuzione percentuale che, sottolinea Anaa, va letta alla luce dell'aumento generale delle assunzioni e dell'accesso ai concorsi pubblici da parte di un numero crescente di specialisti formati grazie all'incremento delle borse di specializzazione finanziate negli anni precedenti.

Secondo il sindacato, i numeri dimostrano che il decreto ha segnato un vero e proprio «punto di svolta» per il Ssn. «Nato inizialmente come misura eccezionale per il rilancio della sanità calabrese, ha favorito un ricambio generazionale ritenuto essenziale per il futuro del servizio sanitario nazionale».

Restano però alcune criticità: «persistono significative differenze territoriali e aziendali nelle attività e nelle responsabilità affidate ai medici assunti con il decreto Calabria», si legge nella nota diffusa da Anaa. «In particolare, continua a emergere una scarsa integrazione tra sistema universitario e sistema ospedaliero, con ricadute sulla formazione e sull'impiego dei professionisti». Da qui le richieste del sindacato alla politica: superare le disomogeneità esistenti, definire in modo più chiaro e uniforme competenze e responsabilità, rafforzare il ruolo delle strutture ospedaliere nella rete formativa e valorizzare adeguatamente il tutoraggio svolto dai professionisti del Ssn.



Semestre filtro a Medicina, il Tar respinge il ricorso dei prof

I giudici amministrativi: è legittima la scelta del ministero sul meccanismo che sostituirà i test d'ingresso

Il nuovo sistema di accesso ai corsi di laurea in Medicina, Odontoiatria e Veterinaria supera il primo esame davanti alla giustizia amministrativa. Il Tar del Lazio ha respinto il ricorso presentato da decine di docenti universitari di diversi atenei contro il decreto ministeriale che disciplina il cosiddetto «semestre filtro», il nuovo meccanismo introdotto dal governo per sostituire il tradizionale test di ingresso.

I docenti sostenevano che il ministero dell'Università e della Ricerca avesse compreso l'autonomia degli atenei e la libertà di insegnamento. Le contestazioni sulla definizione centralizzata degli insegnamenti del primo semestre, i programmi uniformi a

livello nazionale e le modalità standardizzate degli esami. Secondo i ricorrenti, il ministero sarebbe andato oltre i limiti fissati dalla legge individuando direttamente le tre materie del semestre filtro — Chimica e propedeutica biochimica, Fisica e Biologia — e attribuendo a ciascuna sei crediti formativi universitari, imponendo di fatto agli atenei l'adeguamento dei piani di studio. Contestata anche la scelta di affidare prove e programmi a livello nazionale attraverso syllabus uniformi (programmi di insegnamento definiti a livello nazionale dal ministero e validi per tutti gli atenei che erogano il semestre filtro) e procedure centralizzate. Il Tar ha però ritenuto infondate le censure.

I giudici sottolineano che il semestre filtro ha una natura duplice: «Da una parte è attività universitaria a tutti gli effetti, dall'altra rappresenta il primo segmento di una procedura selettiva nazionale destinata a formare una graduatoria unica per l'accesso al secondo semestre dei corsi di laurea a numero programmato», principio, questo, che era già emerso nelle prime ordinanze sul nuovo accesso a Medicina.

Proprio questa funzione selettiva, secondo il tribunale, giustifica l'esistenza di discipline comuni, programmi uniformi e modalità di verifica omogenee su tutto il territorio nazionale. Una graduatoria nazionale basata su prove differenti da ateneo ad ateneo, osservano i giudici, comprometterebbe infatti il principio di parità di trattamento tra gli studenti e la comparabilità dei risultati.

La sentenza ricostruisce inoltre il nuovo modello introdotto dal legislatore nel 2025: iscrizione libera al primo semestre, frequenza di tre insegnamenti comuni per un totale di 18 crediti e successiva selezione sulla base dei risultati ottenuti negli esami universitari, con la formazione di una graduatoria nazionale. Chi non riesce ad accedere a Medicina può proseguire gli studi nei corsi affini, mantenendo i crediti acquisiti. Per il Tar, dunque, l'autonomia universitaria non viene annullata.

Che cos'è

- Il semestre filtro è il nuovo sistema di accesso ai corsi di Medicina, Veterinaria e Odontoiatria. Andrà a sostituire i test

- In questo semestre si studieranno Chimica e propedeutica biochimica, Fisica e Biologia

Le contestazioni

I docenti sono contro la gestione centralizzata delle materie e dei programmi





Servizio Cure sul territorio

Infermiere di famiglia, Italia ai primi passi ma nella Ue una realtà già consolidata

Nei principali paesi europei è per lo più profilo assunto stabilmente da enti pubblici, servizi sanitari locali, municipalità, aziende territoriali o organizzazioni accreditate

di Paolo Del Bufalo

19 giugno 2026

In diversi Paesi europei esiste una figura funzionalmente analoga all'infermiere di famiglia e comunità italiano, ma spesso è già inserita stabilmente nei servizi territoriali. Le denominazioni cambiano: district nurse, public health nurse, community nurse, family nurse, enfermeiro de família, enfermera familiar y comunitaria, wijkverpleegkundige.

La differenza principale rispetto all'Italia è che in molti sistemi non si tratta di una figura programmata sulla carta, ma di un profilo assunto stabilmente da enti pubblici, servizi sanitari locali, municipalità, aziende territoriali o organizzazioni accreditate.

Spagna chiama Italia

Gli esempi più vicini all'infermiere di famiglia e comunità italiano, ma già contrattualizzati in modo strutturale, sono in Spagna, dove gli infermieri hanno una vera specialità di Enfermería Familiar y Comunitaria, con accesso tramite formazione specialistica e assunzioni nei servizi sanitari regionali come personale statuario. In Portogallo c'è l'enfermeiro de família nelle unità di salute familiare. Il district/community/public health nurse è una figura storica del territorio, assunta direttamente dal sistema sanitario pubblico. In Svezia, Finlandia e Danimarca l'infermiere territoriale è normalmente dipendente di regioni, contee o municipalità e non una figura solo progettuale. Nei Paesi Bassi il wijkverpleegkundige è molto vicino all'idea dell'infermiere di comunità, ma con un modello più misto: organizzazioni accreditate, home care, assicurazioni e anche lavoro autonomo.

Presidio di territorio

La formula italiana, quindi, non è isolata, ma nella scia di una tradizione europea consolidata: l'infermiere come presidio stabile del territorio, vicino alla famiglia, alla cronicità, alla domiciliarità e alla prevenzione.

La differenza è che in molti Paesi questa figura è già un posto di lavoro definito, con datore di lavoro, contratto, selezione e carriera; in Italia, invece, l'IFeC è ancora spesso una figura prevista dal DM 77 e dai piani regionali, ma non sempre tradotta in organici dedicati e assunzioni effettive.

Modelli in campo

Ecco più nel dettaglio, in base alle informazioni contenute nei siti ufficiali dei servizi sanitari nazionali dei vari paesi e in studi specifici sugli infermieri territoriali, chi è, come funziona e che rapporto di lavoro ha "l'infermiere di famiglia e comunità" in Europa.

Regno Unito: il district nurse, community nurse o health visitor è assunto come dipendente del NHS o di trust e health board territoriali. Il reclutamento avviene tramite portali come NHS Jobs o quelli dei singoli trust, con selezione pubblica, colloquio e verifica dei requisiti professionali. Per ruoli avanzati è richiesta una formazione specialistica in district nursing.

Irlanda: il public health nurse o community nurse lavora come dipendente dell'Health Service Executive, il servizio sanitario pubblico nazionale. I team territoriali includono diverse figure infermieristiche. Il reclutamento avviene tramite HSE Jobs, con percorsi di formazione post-laurea e selezioni nazionali o locali.

Spagna: l'enfermero especialista en enfermería familiar y comunitaria è una figura specialistica del Sistema Nacional de Salud. L'accesso avviene tramite un percorso di formazione sanitaria specialistica. L'assunzione nei servizi sanitari delle Comunità autonome si realizza tramite concorsi pubblici o procedure di stabilizzazione.

Portogallo: l'enfermeiro de família o specialista in enfermagem de saúde familiar opera nelle unità di salute familiare e nel servizio sanitario nazionale. Il reclutamento è pubblico, tramite concorsi per la carriera infermieristica o specialistica, con possibilità di rapporto pubblico a tempo indeterminato.

Paesi Bassi: il wijkverpleegkundige lavora come dipendente di organizzazioni di assistenza domiciliare e cure territoriali, spesso private non profit o accreditate. L'assunzione avviene tramite enti di home care, organizzazioni territoriali o cooperative, con possibilità di attività autonoma. Il finanziamento proviene dal sistema assicurativo e dall'assistenza di lungo periodo.

Svezia: il distriktssköterska è dipendente di regioni, municipalità o strutture private convenzionate. Gli infermieri lavorano in autorità regionali, municipalità, centri sanitari, assistenza domiciliare e servizi per anziani o disabili. Il reclutamento avviene tramite bandi delle regioni, municipalità o datori privati.

Finlandia: il public health nurse o terveydenhoitaja è dipendente delle contee del benessere, che organizzano assistenza primaria, specialistica, sociale e servizi territoriali. L'assunzione avviene da parte delle contee, municipalità speciali o organizzazioni sanitarie. Il profilo opera in centri sanitari, scuole, ospedali, aziende e organizzazioni di salute pubblica.

Danimarca: l'home nurse, community nurse o APN territoriale è spesso dipendente delle municipalità, con attività in assistenza domiciliare, cronicità e long-term care. Il reclutamento avviene a livello comunale o regionale.

Francia: l'infirmier en pratique avancée e, in parte, l'infermiere ASALEE svolgono funzioni territoriali di presa in carico, prevenzione e collaborazione con i medici di medicina generale. L'assunzione avviene con contratti a tempo determinato o indeterminato in centri di salute, ospedali, strutture territoriali o associazioni, e recentemente anche da Comuni e centri municipali di salute.



Servizio L'allarme degli psichiatri

Salute mentale, dagli adolescenti alle Rems la mappa di un'Italia a troppe velocità

Risposte "lente", poco personale, ricoveri ripetuti in ospedale e accesso difficile ai farmaci più innovativi: Regioni frastagliate mentre raddoppia in 5 anni la pressione sui servizi e gli esperti chiedono una Cabina di regia

di Redazione Salute

19 giugno 2026

L'Italia della salute mentale offre risposte troppo spesso inadeguate, con grandi differenze tra le Regioni su tematiche cruciali come la capacità di intercettare i bisogni in netto aumento - la pressione sui servizi è raddoppiata negli ultimi cinque anni - l'emergenza giovani e giovanissimi, la gestione degli autori di reato psichiatrici nelle Residenze Rems e un'appropriata presenza di personale e di disponibilità di farmaci innovativi.

A fare il punto sul "puzzle" dei territori è la Società italiana di Psichiatria, che ha presentato i risultati delle "performance" locali, raccolti dalle sue Sezioni regionali. E proprio dalla Conferenza nazionale delle Sezioni regionali della Sip emerge anche una proposta operativa: istituire una Conferenza permanente delle Regioni per monitorare i problemi e i servizi, per definire gli interventi immediati e quelli programmabili.

Chi è al top e chi fatica

Alcune regioni del Nord, come Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige, mostrano una forte capacità di intercettazione dei bisogni e una buona dotazione di servizi territoriali: in Emilia-Romagna la presa in carico raggiunge 234,8 utenti ogni 10.000 abitanti, rispetto a una media nazionale di 171,9, mentre nella Provincia di Bolzano supera i 327 utenti ogni 10.000 abitanti. In altre realtà emergono invece criticità specifiche: la Liguria registra la più alta prevalenza nazionale, con 447 utenti trattati ogni 10.000 abitanti contro una media italiana di 171,9, il Lazio evidenzia tassi di riammissione ospedaliera superiori al 20%, mentre Marche, Abruzzo, Molise e Calabria continuano a confrontarsi con una carenza di personale, con dotazioni che in alcuni casi scendono fino a circa 40 operatori ogni 100.000 abitanti rispetto a una media nazionale di 66,2. Nel Mezzogiorno permangono inoltre differenze significative nell'organizzazione dei servizi, con regioni come la Puglia che hanno sviluppato una solida rete territoriale e riabilitativa e altre che devono ancora rafforzare la capacità di presa in carico. Un quadro complesso, che però conferma come le principali disuguaglianze non seguano rigidamente una direttrice geografica tra Nord e Sud, ma dipendano soprattutto dall'organizzazione locale dei servizi e dagli investimenti realizzati nel tempo.

I dati nazionali

Gli accessi ai servizi di neuropsichiatria infantile e adolescenziale e ai pronto soccorso per motivi psichiatrici sono cresciuti in modo rilevante, con incrementi stimati tra il 30% e oltre il 50% nel periodo post-pandemico, in particolare per disturbi d'ansia, depressione e comportamenti autolesivi. Sul fronte della psichiatria giudiziaria le REMS (le residenze destinate a persone autrici di reato) continuano a fare i conti con problemi che spesso esulano dal contesto medico: attualmente si contano circa 632 persone presenti nelle strutture e circa 750 in lista d'attesa, a fronte di una disponibilità limitata di posti, con tempi di attesa che in alcune regioni superano anche i 12 mesi. In forte crescita anche gli accessi al pronto soccorso e le richieste di aiuto ai centri di salute mentale e ai servizi per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Numeri confermati anche dai dati epidemiologici più recenti: nel 2024 gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici sono stati circa 845.516, con 272.497 persone entrate in contatto per la prima volta con i Dipartimenti di Salute Mentale e oltre 10 milioni di prestazioni erogate (media 13,6 per utente), confermando un aumento dei bisogni di salute mentale. Nel 2024 si registrano inoltre 636.113 accessi al pronto soccorso per motivi psichiatrici (3,3% del totale) e 4.586 trattamenti sanitari obbligatori (Tso). A questo si aggiungono la grande complessità nella gestione delle emergenze psichiatriche e il tema, sempre più rilevante, della sicurezza degli operatori sanitari.

La proposta di una Conferenza permanente

«In Italia la salute mentale riguarda complessivamente circa il 15-20% della popolazione nel corso della vita – spiega Guido Di Sciascio, presidente SIP e direttore Dsm dell'Asl di Bari – ma la risposta dei servizi resta disomogenea. Non tanto e non solo per una differenza geografica tra Nord e Sud, quanto per la presenza e l'organizzazione dei servizi sul territorio: le aree metropolitane concentrano competenze e strutture, mentre i contesti più periferici faticano a garantire continuità e tempestività nella presa in carico. Per questo è necessario rafforzare il coordinamento tra Regioni e istituire una conferenza permanente di monitoraggio dei servizi».

Focus giovani

Dal dibattito a Roma, è emersa dunque la necessità di un'applicazione più omogenea degli interventi, con modelli organizzativi capaci di garantire maggiore equità nell'accesso alle cure. «Abbiamo dedicato particolare attenzione alla salute mentale negli adolescenti e nei giovani (18-30 anni), che spesso sfuggono alla presa in carico e rappresentano una delle principali aree critiche, anche alla luce dell'aumento dei comportamenti patologici – spiega Antonio Vita, presidente eletto SIP e professore ordinario di Psichiatria e direttore DSM dell'Università di Brescia - Spedali Civili. Per questo è necessario rafforzare la prevenzione e l'intercettazione precoce dei disturbi, soprattutto nella fase di transizione verso l'età adulta».

Il nodo Rems

Il tema del rapporto tra psichiatria e sistema giudiziario, con particolare riferimento alle REMS e ai percorsi di cura per le persone autrici di reato rappresenta un altro punto chiave. «Il sistema presenta criticità rilevanti – aggiunge Di Sciascio – carenza di posti, liste d'attesa consistenti, inappropriately degli inserimenti (fino al 50% degli ospiti non necessiterebbe di alta sicurezza), difficoltà nella gestione dei trasferimenti e assenza di una filiera strutturata tra alta sicurezza, REMS e territorio, oltre a problemi normativi e organizzativi che espongono gli operatori a responsabilità non coerenti con il ruolo sanitario. La necessità di una maggiore integrazione tra sistema sanitario e magistratura e di modelli organizzativi più chiari ed efficaci è fondamentale».

Accesso a cure innovative

Infine, ma non meno importante, anche il tema delle cure è importantissimo per la gestione dei pazienti, sia durante i ricoveri che dopo le dimissioni. La disponibilità di nuovi trattamenti

innovativi, sia farmacologici che non farmacologici non dovrebbe mai essere a macchia di leopardo o diversa tra centro e periferia nelle Regioni. «Un ulteriore elemento di criticità riguarda la disponibilità delle terapie più innovative, che oggi non è uniforme sul territorio nazionale – conclude Antonio Vita –. Le differenze tra Regioni, già evidenti nei dati su servizi e presa in carico, si riflettono anche nell’accesso ai trattamenti. Questo si traduce in percorsi di cura disomogenei, in cui la qualità dell’assistenza rischia di dipendere più dal luogo di residenza che dal bisogno clinico della persona. Garantire equità di accesso alle terapie significa ridurre queste disuguaglianze e assicurare standard di cura omogenei su tutto il territorio».

Il piano Aifa per tagliare i rimborsi. Il ministro: no all'aggravio dei costi a carico dei cittadini

Stretta sui farmaci, ora Schillaci frena

IL CASO
PAOLORUSSO

«**O**gni tipo di revisione del prontuario farmaceutico sarà valutata con attenzione, al fine di escludere qualsiasi ricaduta negativa, sia in termini di qualità dell'assistenza offerta che di possibile aggravio dei costi a carico dei cittadini». Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, frena sull'operazione già avviata dall'Aifa, che per ogni categoria terapeutica di farmaci, an-

che con principi attivi differenti, prevede di rimborsare appieno solo quello con il prezzo più basso, lasciando a carico del cittadino la differenza, salvo che le aziende non accettino di ribassare i listini. Cosa che finora è stata esclusa dalla maggioranza dei diretti interessati.

Un'operazione che non piace al ministro, ma e che lascia perplessi i medici. Prima di tutto quelli di famiglia. «Se andrà in porto, quello che si profila è un modello di medicina a taglia unica, oramai fuori dai tempi», afferma Silvestro Scotti, numero uno della Fimmg, il più forte sindacato di categoria. «Il meccanismo che si sta mettendo a punto - prosegue - porta dritti al farmaco di Stato, quello con

il prezzo più basso, mentre chi deve proseguire la terapia con il medicinale più adatto alla propria condizione e alle sue comorbidità non potrebbe far altro che ricorrere al portafoglio. Anche perché molti farmaci si legano a nivel-

lo epatico ai recettori che servono poi a mandarli in circolo, ma che possono essere agganciati da altri medicinali con i quali si è in trattamento, che rischiano così di non essere più assorbiti dal paziente».

Più che scettici anche i medici internisti ospedalieri. «Se l'obiettivo è spingere i produttori ad abbassare i prezzi non so quanto questo sia possibile, perché parliamo di molecole differenti sia

per la ricerca che hanno alle spalle che per i costi», afferma Andrea Montagnani, presidente di Fadoi che li rappresenta. «Cambiare molecola - aggiunge - può portare a un momento critico nella cura del paziente, con il rischio che questo incida ancora una volta negativamente sull'aderenza alla terapia». «Magari - suggerisce Montagnani - può essere opportuno sfoltire il prontuario da quelli più simili e meno efficaci». Una scelta che «andrebbe fatta mettendo intorno a un tavolo società scientifiche, associazioni di pazienti e imprese». —



LA SANITÀ

Prezzi dei farmaci
il piano dell'Aifa
“Rischio stangata
da un miliardo”

PAOLORUSSO

La spesa per i farmaci acquistati direttamente dalle Regioni sfonda di 4,7 miliardi il tetto programmato per il 2025 e l'Aifa corre ai ripari. - PAGINA 13



Stangata farmaci

L'Aifa rivede il Prontuario: lo Stato pagherà solo il prezzo del medicinale meno caro tra quelli della stessa categoria
Il rischio è un miliardo di costi extra per i malati
I dubbi del ministro della Sanità Schillaci

IL CASO
PAOLORUSSO
ROMA

La spesa per i farmaci acquistati direttamente dalle Regioni sfonda di 4,7 miliardi il tetto programmato per il 2025 e per correre ai ripari l'Aifa prepara una revisione del Prontuario terapeutico, che rischia di trasformarsi per gli assistiti in un super-ticket occulto che potrebbe arrivare, se non superare, il

miliardo di euro.

Procediamo con ordine. Il monitoraggio di mercoledì dell'Agenzia del farmaco certifica il nuovo, massiccio sfondamento di spesa, tra l'altro dovuto solo in minima parte ai farmaci innovativi. Soldi che per metà dovranno mettere le Regioni e per metà le aziende, che solitamente però si rifanno al momento di fissare i prezzi dei

nuovi prodotti. Per questo il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha da tempo sollecitato l'Aifa a intervenire per tamponare la falla. Solo che la topa ora sembra peggiore del buco. Perché anziché sfronda-



re dal prontuario quel 40% di farmaci inutili e copia, come sollecitato da anni dal farmacologo Silvio Garattini, si è deciso di procedere con quello che in gergo tecnico si chiama “prezzo di riferimento”.

Un meccanismo che si applica già ai farmaci fuori brevetto e che consiste in questo: tra medicinali identici, con lo stesso principio attivo, dosaggio, via di somministrazione e identica forma farmaceutica, lo Stato rimborsa appieno solo quello con il prezzo più basso, di solito il generico. Chi vuole la pillola “griffata” paga la differenza di prezzo. Solo che questa volta il metodo non lo si vuole applicare a medicinali fotocopia ma a quelli appartenenti alla stessa categoria terapeutica. Ad esempio i gastroprotettori: ne esistono di svariati tipi, con principi attivi diversi e non tutti adattabili alle singole esigenze del paziente che così, alla faccia della medicina di precisione invocata dalla stessa Aifa, si troverebbe non per scelta ma per necessità a pagare la differenza di prezzo, a volte anche notevole.

Per evitare il salasso bisognerebbe sperare che le aziende accettino di abbassare i prezzi dei prodotti più costosi. Ma non sarà così. L'Aifa ha

già iniziato a inviare le Pec con richiesta di riduzione dei listini, ma a larga maggioranza le imprese hanno risposto picche. Per due motivi. Il primo è che, trattandosi di medicinali con peculiarità e livelli di efficacia diversi, le aziende pensano di poter reggere sul mercato l'eventuale differenza di costo a carico dell'assistito. Il secondo è che dal 12 maggio l'Italia è nel gruppo degli otto Paesi, tra cui Germania, Francia e Regno Unito, che determinano il prezzo di riferimento da praticare poi negli Usa nell'ambito dei programmi Medicare, dedicato agli anziani, e Medicaid per le persone a basso reddito. Ed è improbabile che qualcuno accetti di abbassare il prezzo da noi per vederselo poi ridurre nel mercato statunitense. Questo potrebbe anche indurre le imprese che operano in Italia a generare carenze di medicinali pur di non subire poi ribassi da Trump.

Intanto però gli ingranaggi si sono già messi in moto e in prima battuta riguarderanno un vasto plotone di medicinali ad ampio consumo: gastroprotettori, Ace-inibitori e sartani per la cura dell'ipertensione, le

statine mangia-colesterolo e gli Omega 3, che servono anch'essi contro ipertensione e trigliceridi. Escludendo queste due categorie, solo per le altre si calcola un risparmio di 300 milioni, che in larga parte rischiano di essere prelevati dalle tasche degli italiani.

Ma nel mirino ci sono anche medicinali ancora coperti da brevetto: contro la sclerosi multipla, il tumore al polmone e alla mammella, patologie immunomediate in ambito reumatologico, dermatologico e gastrointestinale. Considerando anche il gruppo dei fuori brevetto, a spanne non è azzardato stimare un costo di circa un miliardo.

L'Aifa ha anche messo a punto una “clausola di salvaguardia”, per ridurre i prezzi dei farmaci che dopo tre anni risultassero avere fatturati più alti del previsto, in base alla logica del “più compro e più devi scontare”. Le riduzioni sarebbero proporzionali agli aumenti di fatturato più un altro 5% di taglio orizzontale a tre anni dall'immissione in commercio. Farmindustria ha già espresso a Schillaci e Palazzo Chigi la sua contrarietà all'applicazione della clausola, che come per la

revisione del prontuario rischia di generare carenze di farmaci sul territorio per evitare ricadute negative negli Usa.

Che si rischi penuria di medicinali in farmacia e di «trasferire l'intero impatto della manovra a carico dei cittadini» lo dicono del resto anche alcune carte dell'Agenzia del farmaco circolate nelle stanze del Ministero della Salute. Tanto da spingere Schillaci a prendere carta e penna per scrivere due lettere, una al suo sottosegretario, Marcello Gemmato, farmacista con delega proprio alla farmaceutica e meloniano di ferro, l'altra al presidente dell'Aifa, Robert Nisticò. Missive dove si imputa all'Agenzia di voler scaricare sulla politica scelte tecniche per il contenimento della spesa, senza tra l'altro fornire analisi solide e motivate. Tutto questo condito dal timore che possano comportare rischio di carenza di farmaci e aggravio di spesa per i cittadini. Quello che non sarebbe auspicabile nemmeno per il Governo in fase pre-elettorale.—

Si parte con i gastroprotettori e i prodotti per la cura dell'ipertensione

L'Agenzia ha chiesto alle aziende di ridurre i prezzi ricevendo i primi no

4,7

In miliardi, lo sfioramento del tetto di spesa per il 2025

S La lettera

OGGETTO: Comunicazione di avviso d'Ufficio del procedimento di revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 1296 - 1316 della Legge 30 dicembre 2010, n. 203 (Legge di Bilancio per l'anno 2011) - 1347496.

Spett.le Società,

in seguito ad averne espresso dalla CSE nella seduta del 24 - 22 Maggio 2024, il seguente parere: “La Commissione ha individuato come rappresentativi di prodotti con caratteristiche analoghe di uso e indicazione terapeutica prevalentemente quella delle statine. Pertanto, la CSE opera le riduzioni previste in situazione delle normative di revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN) in ordine ai codici 200 - 220 della CSE, e della legge 30 dicembre 2010 - 203 in attuazione della stessa normativa. La Commissione valuta la revisione dei prezzi di riferimento dei medicinali e ha avuto in considerazione i prezzi nelle liste di trasparenza della CSE di riferimento nell'ambito di un'operazione di analisi e confronto con il prezzo di riferimento 2024 più basso, tenendo conto del numero di unità possedute dalla confezione. Gli az. per individuare la confezione con il costo maggior per il 2024 (base 2019).

La CSE, mediante l'individuazione tecnica scientifica degli az. idonei per le attività relative al drafting, approvazione, pubblicazione, investimento, promozionale, pubblicitario e amministrativo e degli altri che consentano la massima intensità di trattamento come indicato in tabella.

Principio attivo	Dosaggio	Quantità	Dosaggio	Quantità	Quantità
atorvastatina	10 mg	20mg	40 mg	80 mg	80 mg
rosuvastatina	10 mg	20mg	40 mg	80 mg	80 mg
simvastatina	20 mg				

Una delle lettere di avviso inviate alle case produttrici sulla modifica del prontuario farmaceutico nazionale



Le ricadute

Potrebbe valere un miliardo di euro l'aumento della spesa degli assistiti per i farmaci dopola revisione del prontuario terapeutico in corso da parte dell'Agenzia italiana del farmaco



LA PROPOSTA

Obiettivo 90% dei medicinali nelle farmacie

Mentre per tamponare la voragine di spesa sui medicinali si profila un salasso a carico degli assistiti, il sottosegretario alla Salute, il farmacista Marcello Gemmato, ha da tempo annunciato l'obiettivo di «portare il 90% dei farmaci dalla distribuzione diretta sul territorio, andando incontro ai cittadini». Cioè dagli ospedali alle farmacie sotto casa. Tradotto: spostare circa 15 miliardi di fatturato, il 90% di quello relativo ai

medicinali acquistati direttamente dalle Regioni con lo sconto, verso le farmacie, con un aggravio di spesa che potrebbe arrivare a costare circa 2 miliardi di euro. Pari a quel 20% di spesa in più che, secondo le stesse Regioni, avrebbe comportato negli ultimi due anni lo spostamento di fascia degli antidiabetici gliptine e glifozine da un sistema di distribuzione all'altro, anche se l'Aifa sostiene che ci sarebbe stato, al contra-

rio, un risparmio. Con gli acquisti centralizzati regionali si ottengono sconti tra il 40 e il 50%, superiori a quelli confidenziali ottenuti dall'Aifa. P.A.R.U. —



“Un incidente su quattro è provocato dall'alcol la quantità non c'entra”

L'INTERVISTA
di **MICHELE BOCCI**

Claudia Gandin è la responsabile scientifica dell'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto superiore di sanità. «Gli incidenti causati da chi ha bevuto sono almeno un quarto del totale», dice.

I giovani italiani bevono più di un tempo?

«Soprattutto sono aumentati, da parte dei giovani, il consumo fuori pasto e il binge drinking, cioè il bere per ubriacarsi».

Quanto è pericoloso l'alcol per i ragazzi?

«Fino a 25 anni sono a rischio di danno cerebrale per mancanza di un enzima che serve a metabolizzare l'alcol. Così la sostanza, che è un solvente, gira indisturbata nell'organismo, facendo danni a livello di membrane, anche dissolvendo le cellule cerebrali».

È un processo che fa anche diminuire la percezione del rischio?

«I giovani già per loro natura hanno una bassa percezione del rischio. Con l'alcol la perdono ancora di più. Quello che è importante dire dopo

ciò che è successo è che l'alcol compromette la capacità di guidare. Non è una questione di quantità, né di tolleranza. Il messaggio per tutta la popolazione, in particolare i giovani, è sempre lo stesso: se guidi non bere. Il limite del codice della strada per neopatentati e under 21, del resto, è zero e non 0,5, grammi per litro come per gli altri».

Il tipo di drink non cambia niente?

«Niente. Stiamo facendo uno studio europeo su questo tema. È una stupidaggine dire che si regge un tipo di sostanza meglio di un'altra. L'alcol è alcol comunque venga presentato. Si tratta di una sostanza tossica, che induce dipendenza, è anutrienti, perché ha tante calorie ma che non servono al metabolismo, e cancerogena».

Quanti sono in Italia gli incidenti stradali legati all'alcol?

«I numeri hanno una serie di problemi, non solo nel nostro Paese. Di base, da noi l'alcoltest non si fa in tutti gli incidenti ma solo se c'è uno stato di ebrezza manifesto o se ci sono morti o feriti. E a volte si ritarda. Così i numeri sono molto sottostimati».

Quando vale questa sottostima?

«Le forze dell'ordine parlano di meno del 10% di incidenti provocati dalla guida in stato di ebrezza, ma la stessa Istat già nel 2010 ha bloccato la diffusione dei dati perché non precisi. Allora possiamo guardare agli Stati europei dove l'alcoltest è sempre obbligatorio in caso di

sinistro. Qui la percentuale è tra il 25 e il 30%. Probabilmente anche da noi almeno un quarto degli incidenti è alcol correlato».

Come si convincono i ragazzi a non bere prima di guidare e comunque a ridurre l'uso di alcol?

«Dal punto di vista normativo sono stati fatti passi avanti, ma per far diminuire gli incidenti, ci vuole un pacchetto di misure. Va ridotta la disponibilità fisica e economica degli alcolici. Nei locali dovrebbero essere vendute più bibite analcoliche. Servono più controlli stradali perché è dimostrato che sono il deterrente principale. Serve puntare sull'alfabetizzazione sanitaria: l'alcol va spiegato nelle scuole, ma non basta più andare nelle superiori, si deve iniziare dalle elementari. E bisogna intercettare chi fa incidenti dopo aver bevuto. Queste persone vanno seguite per individuare problemi di consumo e prevenire nuovi episodi».



«Troppi ragazzi senza limiti Dicono: so cosa faccio, ma non sentono il pericolo»

Mencacci: poco sonno, troppa connessione. E poi l'alcol

di **Alessandro Fulloni**

«**C**os'ho pensato quando ho saputo di quella serie terribile di incidenti iniziata venerdì? Alle sfide ai limiti e all'illusione dell'invulnerabilità del giovane adulto. Questo è il tema centrale».

Perché?

«Per dare un'idea: è come se fossimo passati dalla "gioventù bruciata", quella di una generazione alla quale io appartengo, a una gioventù iperconnessa. Il balzo è stato dall'essere visti, come una volta, solo dagli amici, mentre oggi la sfida avviene perché si è visti su uno schermo. E quindi siamo davanti a una condivisione che si fa assolutamente molto, molto più ampia».

Claudio Mencacci, direttore del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale al Sacco di Milano, è uno dei luminari della psichiatria italiana. I giovani li conosce, li frequenta, li ascolta. Ma padroneggiando anche i numeri sulla mortalità stradale, premette: «Le cifre, come le assicurazioni ben sanno, ci dicono che c'è un pericolo intrinseco in una fascia d'età precisa, fondamentalmente quella

dei guidatori dei 18 ai 30 anni».

Appunto: i giovani.

«Esatto: ragazzi poco più che adolescenti e giovani il cui cervello confonde l'intensità con la quale si vogliono vivere le emozioni con l'invulnerabilità».

Questione decisiva...

«Difatti: anche perché ci ritroviamo di fronte a questa illusione dell'invulnerabilità piegata da distorsioni cognitive che oggi sono amplificate dal digitale, cioè dal virtuale».

La conseguenza?

«Il vero e il virtuale sempre più spesso si confondono: sono, appunto, le distorsioni cognitive per le quali da un lato nasce l'illusione dell'invulnerabilità, quindi la sottostima del pericolo...».

E dall'altro lato cosa c'è?

«Vengono ignorati gli allarmi. Qualunque giovane dice: "ma perché mi dici di stare attento? Io so quello che faccio, ho tutto sotto controllo". Però questo non è vero, c'è un "bias di controllo", una sovrastima delle proprie capacità».

Vale per entrambi i sessi?

«I numeri ci dicono che negli incidenti normalmente alla guida sono più frequentemente i maschi. Anche delle donne, ovvio: ma più frequentemente maschi, che hanno un processo di maturazione cerebrale più tardivo rispetto a quello delle don-

ne».

E dunque?

«A contraddistinguere i maschi è una maggiore impulsività e un minor senso del pericolo: che viene anche annacquato, e pure questo lo dobbiamo ricordare, nell'alcol, coca, cannabis. Ma io aggiungo anche dalla privazione del sonno, anche questo si riscontra di frequente. E torniamo sempre lì: da una parte un cervello più sensibile, e dall'altra una percezione di assoluta invulnerabilità».

Il 15,7% degli incidenti è causato dalla distrazione, voce che comprende l'uso del cellulare alla guida. Questo dato cosa le suggerisce?

«Proprio che la distrazione cognitiva, cui accennavo prima, è legata al digitale: abbiamo sempre bisogno di una ricompensa rapida, quindi c'è l'urgenza di controllare e di rispondere. Messaggini continui, con il corollario, e questo è un altro dato, di un'attenzione sempre più diluita, sempre più frammentata».

A cosa porta questa connessione continua?

«Alla paura di essere esclusi e alla conseguente riduzione della percezione del rischio. Mi spiego: è come se la mente fosse divisa, in bilico tra l'irreale, l'idea del limite e della velocità. Ma è divisa anche nel virtuale, con il biso-



gno di rimanere connessi, e della continua approvazione sociale».

Conta molto quest'approvazione?

«Certo, tanto: conta molto di più l'approvazione sociale sul virtuale che quella sul dato di realtà; contano più i contatti attraverso il digitale che attraverso il reale».

A proposito: l'altra notte un giovane a bordo dell'auto che ha travolto e ucciso la 22enne Sofia, ha pubblicato, poco dopo la tragedia, un video con queste parole: «Ve lo giuro, questa è morta, abbiamo rot-

to tutto stanotte, bro».

«Ho visto... terribile. Una scena che ci dice come l'esperienza reale venga trasformata all'istante in un'immagine da condividere diventando così un atto di desensibilizzazione senza empatia».

Conclusione?

«Si corre, ma si corre perdendo il senso del limite. Il virtuale ti dà l'idea che tutto possa essere resettato. Ma poi non è così: e nel reale non succede».

**I numeri
Negli incidenti,
normalmente,
alla guida ci sono più
frequentemente i maschi**



Chi è
Claudio Mencacci
è direttore di
Neuroscienze e
Salute mentale al
Sacco di Milano



Longevità

grazie a una sana

prevenzione

Contrastare
le fragilità
prodotte
dall'età
significa
conoscere
i test giusti
e le strutture
territoriali
di supporto

Roberto Bernabei*

Ho scritto più volte sulla tripartizione dei 15 milioni di ultrasessantacinquenni che abitano il Paese. Arrotondando molto, ma utile per la fotografia dell'Italia, ce ne sono 5 sani e vispi, 5 così così e 5 scassati e bisognosi di "long-term care". La parola non esiste in italiano (non a caso!) ed è traducibile come cure a lungo termine. Insomma, quelli che necessitano di assistenza continuativa. Bene, partiamo da questi che sono nella sostanza non autosufficienti. Hanno cioè bisogno di un qualche aiuto per gestire la propria vita perché insufficienti in una o più delle attività del vivere quotidiano: vestirsi, lavarsi, andare al bagno, alimentarsi, trasferirsi da un posto ad un altro, essere continenti nelle vie urinarie o fecali. Oppure avere difficoltà ad usa-

re il telefono, fare acquisti, preparare i pasti, gestire la casa, gestire i farmaci, lavare gli indumenti, gestire le finanze. Il tutto perché c'è stata una o, più frequentemente, ci sono state molte malattie che hanno precipitato una condizione di difficoltà. A questo ovviamente si deve aggiungere la condizione socio-economica: più sei solo e povero più la non autosufficienza incide.

LA LEZIONE DEL COVID

E che si fa? Vi convinco facilmente che non è l'ospedale il punto di riferimento di una persona, certamente malata, ma che ha una serie di problemi come quelli che vi ho elencato nelle attività del vivere quotidiano. È la fragilità a 360 gradi di questa persona che deve essere presa in carico e qui entra in scena la celebre assistenza nel territorio che

il Covid ha disvelato.

Il Covid ha, nel bene e nel male, sdoganato tre parole che tutti oggi conosciamo: fragilità, RSA e territorio. Perché il Covid ci ha detto che se intercettiamo la malattia che colpisce i più fragili nel territorio (ho messo in fila le tre parole), li curiamo prima e meglio ed evitiamo una congestione diventata impossibile nel Pronto Soccorso/Ospedale. E sicco-



me sono fragili i miei 5 milioni di non autosufficienti, sviluppiamo questa assistenza nel territorio. Tra l'altro, è argomento caldo perché ministro della Salute e medici di medicina generale (conosciuti anche come medici di famiglia) stanno cercando di trovare una quadra ad

un'assistenza, che è normata in quanto a strutture da sviluppare, ma non nell'organizzazione delle stesse. Vi descrivo allora un percorso ottimale per un nuovo non autosufficiente, come se le strutture previste da apposito decreto (la norma, il DM 77) fossero tutte disponibili e con le professionalità giuste al loro interno.

In qualche ASL questo succede! E diventa obbligatorio che questa macchia di leopardo tipica del Paese e di un'assistenza demandata a ciascuna Regione, diventi uniforme per evitare l'affannosa ricerca di aiuto quando accade la non autosufficienza in una famiglia.

Ecco, capita a nonna che spiccava le faccende, faceva la spesa, andava in banca (anche perché non sapeva fare l'home banking... meditate banchieri meditate), viveva da sola e non voleva nessuno in casa che l'aiutasse... di aver avuto una "toccatina", come gentilmente si dice di chi ha avuto un ictus. È chiaro che è iniziata, in questo caso acutamente ma in tanti ci si scivola quasi senza accorgersene, la non autosufficienza.

LA CASA DI COMUNITÀ

Nella ASL citata dove funziona l'assistenza territoriale la nonna è valutata a casa o in una "casa di comunità" dal punto unico di accesso (PUA), cioè lo sportello che accoglie la richiesta di assistenza. Mica solo sportello, lo chiamo sportello per far capire che se mi rompo una gamba so che in analogia lo "sportello" è il Pronto Soccorso, perché il PUA è lo sportello di entrata ma dotato di professionalità soprattutto infermieristiche e sociali in grado di valutare la nonna. E, per la prima volta, si sa dove andare, c'è un telefono che risponde, un qualcuno che si fa carico della nonna.

Il PUA valuta l'entità del problema: gli ictus lasciano deficit minimi o massimi rispetto ai quali si capirà di cosa ha necessità la nonna. Magari solo un ciclo riabilitativo da fare in casa di comunità o un'assi-

stenza domiciliare massiva con il fisioterapista a casa, controlli frequenti dei valori del sangue (nonna diabetica...) e pasti forniti a casa perché, come abbiamo detto, nonna è sola.

La regia è della Centrale Operativa Territoriale (COT) nella casa di comunità. Questa è la "casa madre" di tutte le assistenze, il luogo fisico centrale dove tutti, i fragili, semi fragili o integri che vogliono arrivare o mantenersi longevi, si appoggiano per trovare risposte.

Rivoluzione. È chiaro che è un'evoluzione rispetto all'ambulatorio del medico di medicina generale (famiglia) ed è centrale che ci sia una presenza del medico di medicina generale (famiglia) dentro queste case. Che sono aperte anche 24 ore al giorno permettendo ai Pronto Soccorsi di rifari. Non è finita: la nonna è talmente non autosufficiente che altro che fisioterapia nella casa di comunità o assistenza domiciliare estensiva.

RSA E COT

La nonna infatti può essere non solo non autosufficiente ma, ci se ne è accorti nella valutazione, ha un principio di demenza. RSA allora, non ci sono alternative anche perché la nonna è sola. Si apre il problema delle liste di attesa e dell'augurarci che nonna vada in quella RSA di cui ci parlano tanto bene (esistono, esistono) ma il cerchio si chiude. Punto unico di accesso, casa di comunità e COT (cominciamo a familiarizzare con i nuovi acronimi, questo è Centarle Operativa territoriale come scritto sopra), assistenza domiciliare integrata (se il fisioterapista di nonna è "sanitario", i pasti sono "sociale" a definire l'integrazione) ed infine RSA per le non autosufficienze più importanti. Passiamo ai 5 milioni così così: sono quelli che hanno una o più malattie croniche ma che, grazie alla medicina moderna, continuano a vivere normalmente o semi-normalmente. Esempio tipico l'iperteso con tumore della prostata e magari con screzio glicemico. Qui serve la regia del medico di medicina generale che lo ha in carico e che lo invia, quando serve, dall'oncologo per la terapia per la prostata. In più mi serve che il medico di medicina generale abbia, per lui ed i suoi assistiti sopra i 65 anni, un profilo annuale del livello di fragilità degli iscritti al suo studio. Ci sono degli algorit-

mi (se preferite semplici test) che misurano attraverso indicatori validati (la velocità del cammino, il colesterolo, pressione, forza muscolare etc) come sta messo il singolo ultrasessantacinquenne rispetto alla fragilità. E così si può intervenire prima che la fragilità esploda valutando le aree deboli del soggetto e lavorandoci sopra. Sennò la longevità te la scordi, visto che già parti in salita perché sei nei 5 milioni così così. Le case di comunità debbono aiutare con i servizi per mantenere la traiettoria della longevità, dai check del sangue agli esami strumentali semplici (ecografia).

Per tutti poi il medico di medicina generale programma gli esami riconosciuti obbligatori (tipico esame mammella e pap test nelle donne) per una sana prevenzione, parola che sostituirei con longevità. Sana longevità. Lo spazio mi sa che è finito ma rimangono i 5 milioni sani e vispi. Ovvio che i controlli di cui ho appena detto li debbono a maggior ragione fare per conservarsi sani e vispi.

Per il resto che dirvi? Io 75enne sano e vispo vi scrivo queste righe dal Cammino di Santiago, quest'anno sto completando il Cammino del Norte mentre lo scorso anno ho fatto il Cammino francese. 25 chilometri al giorno per un totale di 320, l'anno scorso 400... ma ho un anno in più. Sempre con un amico 77enne... Tra pochi giorni rientro e, come ho scritto su queste pagine varie volte, mi sento obbligato a contribuire al paese. Come? Io come tanti faccio parte dell'inedito invecchiamento/longevità di massa esplosivo nel mondo occidentale, ed allora mi sento obbligato a produrre un po' di prodotto interno lordo, Pil. E sollecito i miei compagni ultrasessantacinquenni pensionati sani e vispi (ma anche i così così) a fare lo stesso, produrre Pil oltre a godersi (se si può...) il pensionamento. Se poi la politica ci aiuta indicando strade di finanziamento di idee progettuali valide o di defiscalizzazione di imprese sempre di pensionati sani e vispi o così così... meglio.

**Presidente di Italia Longeva (Agenzia del Ministero della Salute), già direttore del dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento, neurologiche, ortopediche e della testa collo del Policlinico Gemelli e membro del CdA della Cattolica, è uno dei massimi promotori della geriatria in Europa*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo scienziato impara a co-creare con l'AI

Conoscenza. La professoressa e ricercatrice Diana Ferro racconta come viene utilizzato Co-Scientist di Google all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Gianluca Dotti

La ricerca scientifica si è sempre basata su un limite pratico difficile da aggirare: il ricercatore poteva attingere solo alla conoscenza che riusciva a raggiungere — le pubblicazioni disponibili, la propria rete di collaborazioni, l'esperienza accumulata nel proprio dominio. I sistemi multi-agente basati sui modelli linguistici di grandi dimensioni (gli Llm) stanno cambiando questa condizione di base. Un ricercatore con accesso a queste piattaforme si trova in contatto con la conoscenza prodotta a livello globale, così può generare e co-ideare ipotesi in un modo fino a pochi anni fa impensabile. Il Co-Scientist di Google è uno degli esempi emblematici di questa categoria: più agenti di intelligenza artificiale si confrontano su un determinato tema, si correggono a vicenda in un processo iterativo, generano ipotesi e le restituiscono al ricercatore per la validazione in laboratorio — spostando il contributo umano dalla raccolta e sintesi delle informazioni verso il giudizio critico sui risultati. Secondo una pubblicazione su *Nature* del 19 maggio, il sistema “accelera le scoperte scientifiche”.

«Strumenti con questa capacità mostrano che i modelli di intelligenza artificiale possono migliorare molte delle operazioni che prima ci rallentavano, soprattutto con la co-creazione», commenta Diana Ferro, professoressa rientrata dagli Stati Uniti nel 2023 e oggi all'Ospedale

Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Un centro che è tra i primi al mondo ad avere ottenuto l'accesso anticipato alla piattaforma per scopi di sperimentazione, nel caso specifico per la ricerca clinica. «Se prima il ricercatore scopriva le ricerche altrui attraverso le riviste scientifiche, adesso un sistema multi-agente può sintetizzare in tempo reale la letteratura globale, e questo cambia già nella fase iniziale il modo in cui una ricerca viene concepita».

I punti d'attenzione non riguardano solo le capacità in sé del sistema: uno degli obiettivi della fase di *early adoption* è capire come lo strumento venga utilizzato in modo diverso da ricercatori con livelli di esperienza diversi, e quali competenze servano per distinguere un'ipotesi scientificamente solida da un'allucinazione. È una domanda che riguarda formazione e competenze, prima che la tecnologia: i modelli sono addestrati su grandi masse di dati testuali, il che li rende particolarmente adatti all'analisi delle scienze omiche - genomica, proteomica, ... - dove i dati si presentano sotto forma di sequenze, ossia di stringhe di lettere che i modelli lin-

guistici gestiscono con naturalezza. «La novità rispetto ai sistemi precedenti non sta nella capacità di analisi, già presente negli strumenti tradizionali, ma il fatto che non sia più necessario saper scrivere codice per accedere a quel tipo di elaborazione», aggiunge Ferro.

La stessa logica si applica alla piattaforma Biomni di Stanford, che

il Bambino Gesù ha avuto modo di testare: un sistema in cui agenti virtuali altamente specializzati, programmati in linguaggio naturale, permettono al ricercatore di delegare alcune attività di base e costruire simulazioni più rapidamente, liberando tempo e risorse cognitive per attività più importanti. In ambito farmacologico, questo si traduce nella possibilità di fare predizioni sull'uso non ancora esplorato di molecole farmacologiche abbandonate, il cui sviluppo clinico è stato per qualche ragione interrotto.

Eppure, la capacità di restituire sintesi ottimizzate e letture probabilisticamente corrette genera anche un rischio, a livello di metodo scientifico. «Questo approccio tende a esacerbare luoghi comuni e a restituire le letture più probabile dei fenomeni, riducendo la visione specialistica e appiattendolo il pensiero critico, perché ovviamente il sistema raccoglierà i dati sulla base di ciò che è più probabile il ricercatore voglia leggere», chiarisce Ferro. Il punto è epistemologico: se un biochimico, uno statistico e un clinico leggono uno stesso la-



voro scientifico, ciascuno si focalizza su elementi diversi, e da quella diversità deriva l'essenza del fare scienza. Un sistema che restituisce la lettura più probabile comprime la molteplicità di sguardi in una risposta ottimizzata, magari corretta ma non originale. «Se perdiamo la capacità di essere unici, perdiamo anche la capacità di pensare in maniera nuova», osserva Ferro. «Il ricercatore deve imparare a portare parte della propria identità all'interno della macchina attraverso il prompting. La specificità di sguardo, che si potrebbe percepire come un limite, diventa invece la risorsa più preziosa nell'interazione con il sistema».

La letteratura globale è sintetizzata da un sistema multi-agente. Questo cambia la genesi di una ricerca

La questione della titolarità della conoscenza scientifica è l'altro nodo irrisolto. Quando la ricerca passa attraverso piattaforme proprietarie, il ragionamento stesso è fornito da un soggetto terzo con proprie possibili linee politiche e commerciali — una differenza sostanziale rispetto all'acquisto tradizionale di hardware, dove l'infrastruttura di calcolo è neutra e il pensiero resta esclusiva dell'umano. «Il ricercatore deve riconoscere il *bias* di questi modelli e lavorare con le aziende per chiedere che vengano gestiti per riflettere al meglio l'utilizzo specifico che se ne farà, a maggior ragione in ambiti delicati

come la sanità», conclude Ferro. «Il codice deontologico del Medico e del Biologo non può venire mai meno, anche quando si affida a una macchina parte del lavoro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



UN FONDO PERMANENTE PER LA RICERCA SUI TUMORI PEDIATRICI

Proprio la loro rarità comporta un interesse molto relativo per l'industria rispetto alle necessità

di **Sergio Aglietti***

I tumori pediatrici sono una delle principali cause di morte tra bambini e adolescenti, nonostante i progressi compiuti negli ultimi decenni. Si tratta di neoplasie relativamente rare, con caratteristiche biologiche che rendono indispensabile una ricerca dedicata. Proprio la loro rarità comporta un interesse molto relativo per l'industria farmaceutica, con il risultato che gli investimenti privati sono insufficienti rispetto alle necessità cliniche.

Di conseguenza, è fondamentale che lo Stato assuma un ruolo diretto nel sostenere la ricerca su queste patologie attraverso l'istituzione di un fondo pubblico permanente e vincolato. Alcune decine di milioni di euro all'anno con-

sentirebbero programmi di ricerca traslazionale, studi clinici multicentrici, sviluppo di nuove terapie e reti di collaborazione tra centri di cura.

Ciò anche alla luce del fatto che la ricerca italiana sui tumori pediatrici è di livello mondiale e fa progredire le conoscenze in materia, oltre a salvare tanti piccoli pazienti. Un impegno che nel tempo ha permesso di raggiungere risultati eccezionali e invertire statistiche che sino a pochi anni fa descrivevano un destino segnato dalla diagnosi: oggi la percentuale di guarigioni è circa l'80%, ed è questo trend che siamo chiamati a mantenere e migliorare. Va considerato che un tumore infantile ha un impatto significativo su tutta la famiglia: oltre a un rilevante aggravio economico, la malattia stravolge la vita, con un impatto emotivo che si allarga a tutta la comunità di amici e parenti. Il bambino malato non è un paziente isolato, ma un

soggetto inserito in reti educative, affettive e comunitarie che vengono profondamente trasformate.

Questa dimensione familiare e sociale è una delle differenze fondamentali rispetto all'oncologia degli adulti: insieme a ogni paziente, si stima una piccola comunità di circa 150-200 persone venga colpita dall'esperienza di malattia. La cifra che riteniamo necessaria è contenuta se rapportata al bilancio dello Stato, ma capace di produrre un impatto enorme in termini di vite salvate, qualità delle cure, innovazione scientifica e speranza per migliaia di famiglie. Investire nella ricerca sui tumori pediatrici diventa così un dovere morale e civile. Un Paese dove il diritto alla salute ha rilievo costituzionale deve proteggere i suoi cittadini più fragili e sostenere la scienza dove il mercato, da solo, non è in grado di intervenire. L'istituzione di un

fondo pubblico nazionale dedicato alla ricerca sui tumori pediatrici sarebbe un segnale concreto di responsabilità, lungimiranza e attenzione verso il futuro, consentendo all'Italia di contribuire significativamente al progresso scientifico globale e di offrire ai bambini malati le migliori prospettive di guarigione possibili.

**Pres. Fiagop Ets, Fed.it. Ass. Genitori e Guariti Oncematologia Pediatrica*

Alcune decine di milioni di euro consentirebbero programmi di ricerca traslazionale, studi clinici multicentrici, sviluppo di nuove terapie e reti collaborative tra centri



Il machine learning per le cure antimicrobiche

Studio accademico in collaborazione con la napoletana Kelyon

Ricerca Vera Viola

L'intelligenza artificiale applicata ai dati clinici e microbiologici può offrire un contributo concreto nella lotta all'antibiotico-resistenza, una delle emergenze per la salute pubblica globale.

È quanto emerge dallo studio coordinato da Idi-Irccs di Roma e realizzato in collaborazione con Kelyon, Università di Salerno, Cnr, Istituto Superiore di Sanità e Università Link di Roma, pubblicato sull'*International Journal of Infectious Diseases*.

La ricerca dimostra che è possibile misurare, con elevata accuratezza, la sensibilità agli antibiotici attraverso modelli di machine learning addestrati su dati clinici e microbiologici raccolti nella pratica ospedaliera quotidiana. Lo studio ha coinvolto quasi 10.000 pazienti italiani e ha analizzato 15.581 isolati batterici provenienti da 9.966 pazienti assistiti tra il 2018 e il 2024 in due ospedali italiani.

I modelli sviluppati sono in grado di elaborare un antibio-

gramma digitale con un'accuratezza superiore al 90%, anticipando di almeno 48 ore i tempi necessari per ottenere un antibiogramma standard. Un vantaggio particolarmente rilevante nei contesti clinici in cui la tempesti-

vià della decisione terapeutica può incidere in modo determinante sugli esiti del paziente, sulla durata della degenza e sull'uso appropriato degli antibiotici.

Kelyon, azienda napoletana, ha preso parte all'iniziativa sviluppando soluzioni digitali avanzate per supportare i professionisti sanitari e favorire una gestione più efficace e personalizzata delle infezioni batteriche.

«Questo studio rappresenta un passo avanti importante perché mette in evidenza il valore concreto dei dati e dell'intelligenza artificiale nel migliorare il contrasto alla resistenza ad antibiotici - dice Stefano Tagliaferri, cto di Kelyon -. L'obiettivo non è sostituire il clinico, ma offrirgli strumenti più rapidi, accurati e integrabili nella pratica quotidiana, capaci di supportare decisioni terapeutiche più tempestive e consapevoli. In questa prospettiva, la ricerca serve a costruire modelli sempre più efficaci per affrontare un problema che ha un

impatto diretto sulla qualità delle cure, sugli esiti clinici e sulla sostenibilità del sistema sanitario».

Lo studio si inserisce in un filone di ricerca che punta a coniugare medicina personalizzata, microbiologia e tecnologie digitali per rendere più efficaci le strategie di *antimicrobial stewardship*. «Per Kelyon, il contributo a questo studio conferma quanto sia strategica la collaborazione tra ricerca clinica, istituzioni scientifiche e innovazione tecnologica per trasformare i dati in strumenti concreti a supporto della pratica medica -», commenta Gaetano Cafiero, ceo di Kelyon -. Il nostro obiettivo è contribuire a una nuova generazione di sistemi di supporto clinico, in grado di favorire terapie antimicrobiche di precisione e rafforzare il contrasto all'antibiotico-resistenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Cafiero (ceo Kelyon):
«Collaborazione strategica tra ricerca clinica e innovazione tecnologica»**



Intelligenza artificiale e salute, le donne frenano gli eccessi: “Il medico resta insostituibile”

L'intelligenza artificiale rappresenta una grande opportunità per migliorare prevenzione, diagnosi, ricerca e gestione della salute, ma il rapporto umano resta fondamentale». Parole del presidente di Farindustria, Marcello Cattani, all'evento “Salute al femminile: la conoscenza che cura. Health Literacy e intelligenza artificiale per le pari opportunità”, tenutosi qualche settimana fa, con il patrocinio del Ministero per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità. L'intelligenza artificiale è ormai entrata nella vita quotidiana degli italiani, compresa la gestione della salute. Secondo l'indagine Censis “Gli italiani, l'IA e la salute: percezioni, comportamenti e differenze di genere”, il 63% della popolazione ha già utilizzato strumenti basati sull'IA e quasi un cittadino su quattro li impiega con regolarità. In ambito sanitario, il 35% degli italiani si rivolge all'intelligenza artificiale per chiarire dubbi, comprendere sintomi o ricevere informazioni sulle cure. Dalla ricerca emerge però una differenza significativa tra uomini e donne. Sono soprattutto queste ultime ad adottare un approccio più equilibrato e responsa-

bile nei confronti delle nuove tecnologie. Il 92,3% delle donne ritiene che le informazioni ottenute tramite strumenti digitali debbano essere sempre verificate con il medico, considerato la principale fonte di riferimento per la salute. Una convinzione condivisa anche dall'88% degli uomini. Il 65,3% delle donne dichiara inoltre di non sentirsi pienamente a proprio agio nell'affidarsi esclusivamente all'intelligenza artificiale, a causa del rischio di informazioni non corrette e della maggiore fiducia riposta nelle valutazioni umane. Ne emerge una visione equilibrata, nella quale la tecnologia rappresenta un supporto e non un sostituto del rapporto medico-paziente. L'intelligenza artificiale sta già producendo risultati importanti anche nella ricerca farmaceutica. Negli ultimi anni il numero delle molecole individuate grazie all'IA è aumentato del 300% e i tempi della fase preclinica si sono ridotti del 40%. In questo settore la presenza femminile raggiunge il 52% nelle attività di Ricerca e Sviluppo, confermando il contributo decisivo delle donne all'innovazione scientifica. «Dobbiamo accompagnare e governare questi fenomeni, offrendo soprat-

tutto alle famiglie strumenti di controllo e di accompagnamento», ha sottolineato la ministra per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità, Eugenia Roccella. L'avanzata dell'IA rappresenta una straordinaria occasione per rendere più efficiente la medicina e accelerare la ricerca. Tuttavia, fiducia, empatia e rapporto umano continuano a essere elementi irrinunciabili della cura. E proprio l'approccio prudente e responsabile delle donne sembra indicare la strada per un utilizzo equilibrato dell'innovazione, senza perdere di vista il valore insostituibile della relazione tra medico e paziente. Una sfida che richiederà sempre più competenze, consapevolezza e capacità di coniugare progresso tecnologico e centralità della persona.

Giovanni Ianni





Servizio Giornata nazionale

Tumori del sangue, ogni anno 30mila diagnosi ma con la ricerca più qualità di vita e guariti

Focus AIL sulle nuove opportunità terapeutiche che tra Car-T e medicina personalizzata in molti casi segnano una svolta nelle esistenze di pazienti adulti e pediatrici

di Redazione Salute

19 giugno 2026

Ogni anno in Italia vengono diagnosticate circa 30mila nuove neoplasie ematologiche, di cui oltre 2.100 riguardano bambini e adolescenti. Oggi circa 500mila persone 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. In diversi casi, l'aspettativa di vita delle persone affette da una patologia ematologica si avvicina sempre più a quella della popolazione generale.

A fare il punto in occasione della Giornata nazionale del 21 giugno per la lotta contro Leucemie, Linfomi e Mieloma è l'AIL, l'Associazione che da oltre mezzo secolo di vita sostiene i pazienti e le loro famiglie con una rete di 83 sezioni provinciali e oltre 18mila volontari che operano attraverso le "Case AIL", nelle cure domiciliari e fornendo supporto psicologico. L'occasione è stato l'evento "Ricerca e cura in ematologia: l'impegno di AIL tra presente e futuro", organizzato a Roma per condividere i progressi della ricerca ematologica, in cui l'Italia è tra i Paesi di punta.

Risposte positive per 7 pazienti su dieci

«Il nostro sogno è quello di un "mondo libero dai tumori del sangue" - ha spiegato ai microfoni di Radiocor il presidente AIL Giuseppe Toro - e già oggi il 70% dei pazienti dà risposte positive». Grazie anche al sostegno alla ricerca, le terapie per leucemie, linfomi e mieloma sono diventate sempre più efficaci e mirate. In particolare, nel 2025 AIL ha finanziato 206 progetti di ricerca sulle malattie del sangue, sostenendo anche studi promossi da ematologi italiani e dal Gruppo GIMEMA, e supportando 111 Centri di Ematologia e Trapianto con personale, strutture, farmaci e attrezzature. «Nel 2026 l'Associazione ha rafforzato l'impegno nella ricerca indipendente insieme alle principali società scientifiche, finanziando progetti innovativi su sindromi mielodisplastiche, leucemia linfoblastica acuta pediatrica, linfomi cutanei rari, Digital Twin e formazione specialistica», ha proseguito il presidente.

«Agli inizi degli anni Ottanta nacque il GIMEMA - ha proseguito Marco Vignetti, Presidente Fondazione GIMEMA Franco Mandelli, Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto - una rete collaborativa con l'obiettivo di condividere idee, progetti e protocolli terapeutici per i pazienti affetti da leucemie acute. Attualmente sono oltre 50 gli studi attivi all'interno del network. Uno dei

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

progetti è LabNet, che quest'anno celebra 20 anni di attività. Oggi LabNet, in Italia, collega 160 centri clinici e 60 laboratori specialistici attraverso una piattaforma digitale che assicura l'accesso a una diagnostica molecolare avanzata, certificata e omogenea. – E ha continuato – ha raggiunto circa 15.000 pazienti ed eseguito oltre 200.000 esami molecolari, confermandosi una realtà unica nel panorama italiano dell'ematologia. L'impatto sulla pratica clinica è significativo: molte decisioni terapeutiche dipendono oggi dalla risposta molecolare del paziente e richiedono test affidabili e standardizzati. Questo si traduce in cure più appropriate e personalizzate e al tempo stesso il Servizio Sanitario Nazionale beneficia di un utilizzo più efficiente delle risorse».

Rivoluzione Car-T

Le terapie CAR-T, intanto, stanno ridefinendo il paradigma di cura di numerosi tumori ematologici, oltre che i per i risultati ottenuti nei pazienti con malattia refrattaria o resistente, anche per le nuove prospettive di impiego nelle fasi più precoci. «Le cellule CAR-T rappresentano una delle frontiere più avanzate dell'immunoterapia- ha spiegato Franco Locatelli, Direttore Area Clinica di Onco-Ematologia Pediatrica, Terapia Cellulare, Terapie Geniche e Trapianto Emopoietico Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma-. Esistono già numerosi prodotti CAR-T approvati per l'uso clinico nel trattamento delle forme refrattarie e resistenti delle leucemie linfoblastiche acute a cellule B, dei linfomi non-Hodgkin a cellule B e del mieloma multiplo. Oggi, però, l'obiettivo si sta spostando progressivamente verso un utilizzo più precoce - ha aggiunto Locatelli -. Sono infatti in corso, o in fase di attivazione, trial clinici che prevedono l'impiego delle CAR-T già alla prima ricaduta, nei pazienti con caratteristiche di alto rischio, e potenzialmente anche in pazienti neo diagnosticati nei quali esistano evidenze di un'elevata probabilità di fallimento delle terapie tradizionali».

Mieloma: focus sugli anziani

Le patologie ematologiche sono malattie rare e alcune come il mieloma multiplo vengono diagnosticate prevalentemente in persone con più di 70 anni. Fino a tempi recenti le opzioni erano limitate, oggi il panorama è cambiato anche grazie all'introduzione di sempre più efficaci anticorpi bispecifici. «Negli ultimi anni uno dei progressi più importanti è stato l'impiego di schemi di induzione basati su quattro farmaci anziché tre - ha fatto sapere Paolo Corradini, Professore Ordinario di Ematologia Università di Milano, Direttore di Ematologia e Direttore Scientifico f.f. Istituto nazionale dei Tumori di Milano - a questo si è aggiunta l'introduzione di un anticorpo monoclonale molto efficace, il daratumumab, che riconosce una proteina presente sulla superficie delle cellule di mieloma, chiamata CD38. L'integrazione di questo farmaco nelle fasi di consolidamento e mantenimento ha rappresentato un cambiamento significativo, contribuendo sia a migliorare la sopravvivenza sia ad aumentare la qualità di vita dei pazienti. Quando la malattia è sotto controllo e il paziente è in remissione, infatti, si riducono sintomi importanti come il dolore e il benessere complessivo migliora sensibilmente».

Curare la leucemia mieloide acuta

La leucemia mieloide acuta è una patologia rara e aggressiva che colpisce soprattutto gli over 60. «Negli ultimi anni sono diventate disponibili nuove terapie con meccanismi d'azione molto diversi da quelli della chemioterapia tradizionale - ha spiegato Alessandro Rambaldi, Professore di Ematologia, Direttore Scientifico Fondazione per la Ricerca-FROM, Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo -. Le nuove terapie hanno ampliato enormemente il numero di malati ai quali oggi possiamo proporre un trattamento con intento potenzialmente curativo. In passato molti pazienti di età superiore a 65 anni ricevevano esclusivamente cure di supporto, perché non erano candidabili a trattamenti efficaci. Oggi, grazie a terapie meglio tollerate, possiamo portarli in

remissione e offrire loro anche il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche, che resta la strategia curativa per eccellenza».

Tre risposte per le rare

Le neoplasie mieloproliferative croniche sono un gruppo di malattie rare che globalmente hanno un'incidenza inferiore ai 5 casi per 100mila all'anno. Le principali sono tre: trombocitemia essenziale, policitemia vera e mielofibrosi. «La scoperta che la via JAK-STAT è alterata in queste malattie, indipendentemente dalla mutazione presente, ha portato allo sviluppo degli inibitori di JAK- ha detto Alessandro M. Vannucchi, Presidente SIES, Professore di Ematologia, Direttore della SOD Ematologia, CRIMM, Centro Ricerca e Innovazione delle Malattie Mieloproliferative, Direttore Dipartimento di Oncologia, Direttore Scuola di Specializzazione in Ematologia Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi e Università di Firenze -. Attualmente disponiamo di tre farmaci approvati in Europa e di quattro negli Stati Uniti. Questi trattamenti hanno cambiato radicalmente l'approccio terapeutico, migliorando in modo significativo la qualità di vita dei pazienti. In molti casi consentono un controllo ottimale dei sintomi e permettono alle persone di tornare a svolgere una vita pressoché normale».

Le terapie target

E ancora, la leucemia mieloide acuta riguarda prevalentemente persone con un'età media alla diagnosi di circa 60-70 anni, oggi le terapie target hanno modificato il trattamento. «Fino a pochi anni fa, chi non era eleggibile a trattamenti chemioterapici intensivi aveva a disposizione principalmente terapie di supporto oppure agenti ipometilanti utilizzati da soli, strategia quest'ultima che spesso garantiva risposte limitate e di breve durata - ha affermato Adriano Venditti, Consiglio direttivo SIE, Professore Ordinario di Ematologia Università di Roma Tor Vergata, Direttore Dipartimento di Onco-Ematologia Azienda Universitaria Policlinico Tor Vergata - Oggi lo scenario è profondamente mutato grazie all'introduzione delle terapie target, farmaci mirati che agiscono su specifiche alterazioni molecolari della cellula leucemica oppure interferiscono con processi metabolici critici per la sua sopravvivenza».

Servizio Prevenzione

Tumore gastrico: possibile lo screening esteso con un innovativo breath test

Necessario un piano di sanità pubblica rivolto a fasce di popolazione sana, progettato per individuare l'*Helicobacter*: il ruolo delle nuove tecnologie

di *Alberto Vannelli**

19 giugno 2026

Ogni anno in Italia oltre 14mila cittadini ricevono una diagnosi di tumore gastrico; nonostante siamo tra i Paesi europei con i migliori risultati in termini di sopravvivenza, quando si parla di prevenzione oncologica, questa malattia sembra quasi scomparire dai radar.

Una contraddizione da cui è nata la riflessione al centro dell'incontro 'Prevenzione del tumore gastrico, organizzato con il patrocinio di Erone Onlus e Regione Lombardia, presso il Centro Meet-Med di Como e che ha riunito specialisti, medici di medicina generale, rappresentanti delle istituzioni ed esperti di nuove tecnologie diagnostiche

Il ruolo dell'*Helicobacter pylori*

Nel corso della mia attività professionale ho operato moltissimi cittadini con una diagnosi di tumore dello stomaco; oggi disponiamo di immunoterapia, farmaci biologici e percorsi terapeutici sempre più efficaci, ma in meno del 20% dei casi la malattia è scoperta in uno stadio iniziale. Il paradosso è che, a differenza di molte altre neoplasie, per quello gastrico la causa è molto ben conosciuta: l'80% dei carcinomi gastrici è associato direttamente o indirettamente all'infezione da *Helicobacter pylori*. Il 13% di tutti i casi di tumore nel mondo è causato da infezioni croniche non trattate. Il tumore della cervice uterina rappresenta probabilmente l'esempio più noto: in Australia l'identificazione del ruolo dell'HPV, l'introduzione dei programmi di screening e la vaccinazione completa della popolazione hanno profondamente modificato la storia naturale della malattia. Analogamente, la vaccinazione contro l'epatite B e C sta contribuendo a ridurre il numero di tumori primitivi del fegato. Stimiamo che oltre il 20% degli italiani conviva con l'*Helicobacter*, un batterio che nel 22% dei casi favorisce la comparsa di lesioni pre tumorali. Fortunatamente solo una percentuale compresa tra l'1% e il 3% svilupperà un tumore allo stomaco nell'arco di 10-20 anni, da qui la necessità di un programma di sanità pubblica rivolto a fasce di popolazione sana, progettato per individuare l'*Helicobacter* e impedire la formazione di questo tumore.

Costi stimati fino a 18.500 euro a paziente

Secondo una recente analisi italiana i costi sanitari sono stimati in circa 12.800 euro per cittadino con una malattia localizzata, 18.500 euro per quella localmente avanzata e oltre 15.000 euro per la malattia metastatica. Oltre l'88% della spesa risulta legato ai ricoveri ospedalieri. Si tratta purtroppo di dati raccolti prima della diffusione delle più recenti terapie innovative, come l'immunoterapia e i nuovi farmaci a bersaglio molecolare. A questo si aggiungano i costi del follow-

up, delle recidive, delle complicanze nutrizionali, della perdita di produttività lavorativa, dell'invalidità e del ruolo spesso invisibile ma fondamentale dei caregiver.

Lo screening per il tumore allo stomaco permetterebbe in Italia di aumentare la sopravvivenza a 5 anni (attualmente ferma a circa il 32%), portandola fino a oltre il 60%.

Come identificare il rischio con la tecnologia Helitron

L'eradicazione dell'*Helicobacter pylori* può ridurre fino al 46% l'incidenza del tumore gastrico e del 39% la mortalità correlata. Nessuno immagina uno screening di massa basato sull'endoscopia. La strada è un'altra: identificare il rischio prima che compaia la malattia, utilizzando strumenti semplici, accessibili e sostenibili.

Accanto al contributo istituzionale dell'Assessore all'Università, Ricerca e Innovazione di Regione Lombardia Alessandro Fermi, il convegno ha acceso i riflettori su Helitron, una tecnologia innovativa sviluppata e prodotta in Italia. Presentato da Raffaele Correale, Managing Director di NanoTech Analysis, Helitron è uno spettrometro di massa miniaturizzato progettato per l'analisi dell'aria espirata. L'obiettivo è identificare segnali biologici associati alle patologie gastriche attraverso un semplice breath test molto più preciso e rapido rispetto a quelli oggi in commercio. L'evento presentato a Como è il primo tentativo italiano di costruire un modello organizzato di identificazione del rischio per il tumore gastrico; un progetto che punta a mettere insieme ricerca, tecnologia, medicina territoriale e prevenzione, con l'obiettivo di verificare se un approccio basato sulla ricerca dell'*Helicobacter pylori* con nuove tecnologie, possa rappresentare il nucleo di una futura strategia nazionale.

Le campagne di screening rappresentano la più grande conquista dello stato sociale al pari di acqua potabile e istruzione pubblica. Oggi il tumore dello stomaco rappresenta una sorta di orfano della prevenzione oncologica. La disponibilità di tecnologie italiane come Helitron apre la possibilità di costruire modelli di identificazione del rischio basati su test non invasivi, analogamente a quanto avvenuto con il sangue occulto fecale per il tumore del colon-retto: la medicina dà il meglio di sé non quando riesce a curare una malattia, ma quando riesce a renderla evitabile.

**Presidente Erone onlus*

Chirurgo oncologo ASST Lariana - Ospedale sant'Anna

Servizio Studio Vesalius

Diabete: un'azione precoce sul colesterolo Ldl riduce il rischio cardiovascolare

Una corretta identificazione del profilo di rischio del paziente e terapie efficaci consentono di intervenire sulla progressione della malattia aterosclerotica

di Ernesto Diffidenti

19 giugno 2026

Il diabete è una patologia cronica globale che colpisce oltre mezzo miliardo di adulti nel mondo, in Italia circa 4 milioni. Chi vive con il diabete ha un rischio molto più elevato, alcuni studi indicano il doppio, di sviluppare malattie cardiovascolari, come infarto e ictus: per questo la gestione del rischio richiede un approccio sempre più integrato e personalizzato. Una corretta identificazione del profilo di rischio del paziente con diabete, infatti, consente di intervenire tempestivamente sui principali fattori che contribuiscono alla progressione della malattia aterosclerotica, tra cui il colesterolo LDL, modificando il decorso del rischio cardiovascolare lungo il continuum della malattia.

I risultati dello studio Vesalius

A confermarlo sono le nuove evidenze scientifiche, tra cui i risultati dell'analisi dello studio Vesalius-CV presentati al recente congresso americano di diabetologia, a New Orleans, secondo cui, nelle persone con diabete ad alto rischio cardiovascolare ma in assenza di un infarto o un ictus, una riduzione intensiva del colesterolo LDL con evolocumab in combinazione alla terapia ipolipemizzante ottimizzata, "è associata a una significativa diminuzione del rischio di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore rispetto al placebo".

"I risultati con evolocumab in questa nuova analisi dello studio Vesalius-Cv confermano quanto sia importante valutare correttamente il rischio cardiovascolare nelle persone con diabete anche senza evento pregresso. Essendo il colesterolo Ldl il fattore causale della malattia aterosclerotica, queste evidenze rafforzano la necessità di identificare precocemente i pazienti a più alto rischio e di intervenire in modo efficace sui livelli di Ldl per ridurre la probabilità di futuri eventi cardiovascolari - afferma Salvatore De Cosmo, direttore della Struttura Complessa di Medicina Interna-Endocrinologia Irccs "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG) e presidente Nazionale dell'Associazione medici diabetologi (AMD) -. Poiché il rischio cardiovascolare dipende infatti non solo dai livelli di colesterolo LDL, ma anche dal tempo di esposizione a valori elevati, anticipare la mossa con terapie efficaci come evolocumab, è fondamentale per ridurre il carico cumulativo di colesterolo LDL nel corso della vita e contribuire a modificare il percorso del rischio cardiovascolare, a favore della salute futura dei pazienti".

Il fattore tempo è cruciale

Quando si parla di colesterolo LDL, dunque, il tempo conta. Il rischio cardiovascolare dipende infatti non solo da quanto è alto il colesterolo, ma anche da quanto a lungo il nostro organismo vi è

esposto. L'aterosclerosi è un processo che si sviluppa nel corso degli anni e spesso non dà sintomi fino a quando non si manifesta con un infarto o un ictus. Ecco perché la vera sfida è anticipare la mossa: identificare precocemente le persone con diabete più a rischio e intervenire tempestivamente per ridurre il colesterolo LDL. "Farlo - continua De Cosmo - significa cambiare la storia naturale della malattia e offrire ai pazienti una migliore protezione cardiovascolare nel lungo periodo". L'obiettivo, dunque, è ridurre il rischio di eventi cardiovascolari tramite la riduzione del colesterolo LDL e, quando possibile, prevenire il primo evento investendo nella salute futura del paziente.



Servizio Dottore, ma è vero che

La meditazione può sostituire i farmaci per l'ansia? Ecco cosa dice la scienza

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

19 giugno 2026

Che meditare faccia bene è una convinzione diffusa, e la scienza la supporta almeno in parte. Negli ultimi anni si è parlato molto della meditazione come strumento per ridurre lo stress e l'ansia, tanto che alcuni si chiedono se non possa addirittura sostituire i farmaci. La risposta non è semplice: dipende dal tipo di disturbo, dalla sua gravità e da molti altri fattori individuali. Ma qualcosa di importante lo sappiamo, e vale la pena raccontarlo con chiarezza, soprattutto alle porte della Giornata Internazionale dello Yoga, il prossimo 21 giugno.

Quante persone soffrono di disturbi d'ansia?

I disturbi d'ansia sono tra i problemi di salute mentale più diffusi al mondo: nel 2021 ne soffrivano 359 milioni di persone, pari al 4,4% della popolazione mondiale. Nonostante esistano trattamenti efficaci, l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che solo circa una persona su quattro con un disturbo d'ansia riceva una cura adeguata. In Italia, come documentato dalla Consensus Conference promossa con il patrocinio dell'Istituto Superiore di Sanità, i trattamenti psicologici per l'ansia sono spesso sottoutilizzati e molti pazienti non vengono intercettati o non ricevono cure appropriate. I disturbi d'ansia non sono tutti uguali: comprendono il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di panico, la fobia sociale e l'agorafobia, tra gli altri. Per tutti, i trattamenti raccomandati dalle principali linee guida internazionali includono la psicoterapia - in particolare quella cognitivo-comportamentale - e, in alcuni casi, farmaci specifici.

Cosa dice la ricerca sulla meditazione per l'ansia?

Le tecniche di meditazione più studiate in ambito clinico appartengono al programma MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), sviluppato negli anni Settanta negli Stati Uniti. Si tratta di un percorso strutturato di circa 8 settimane, con sessioni di gruppo e pratica quotidiana individuale, lo stesso approccio di cui abbiamo parlato nella scheda "La meditazione riduce il dolore da emicrania?", dove l'MBSR ha mostrato risultati interessanti anche nella gestione del dolore cronico. Una revisione sistematica e metanalisi pubblicata su JAMA Internal Medicine ha analizzato i risultati di 47 studi randomizzati e controllati, concludendo che i programmi di meditazione basati sulla consapevolezza producono un effetto moderato sulla riduzione dei sintomi ansiosi. L'effetto è reale, ma non è grande: su una scala standardizzata, la differenza rispetto a non fare nulla equivale a un miglioramento parziale, non a una guarigione.

Uno studio più recente, pubblicato su JAMA Psychiatry nel 2023, ha confrontato direttamente l'MBSR con un farmaco comunemente usato per i disturbi d'ansia in 276 adulti con diagnosi di ansia generalizzata, disturbo di panico o fobia sociale. Dopo otto settimane, i miglioramenti nei

due gruppi erano statisticamente equivalenti. Gli effetti indesiderati, però, erano molto diversi: quasi il 79% dei partecipanti trattati con il farmaco ha riferito effetti collaterali come nausea, mal di testa o affaticamento, contro il 15% del gruppo che ha praticato la meditazione. Questo è un risultato interessante, ma va letto con cautela: si tratta di un singolo studio, condotto su un campione selezionato e in un contesto controllato, lontano dalla pratica clinica quotidiana.

Posso smettere di prendere i farmaci e meditare?

No, non è questo che la ricerca suggerisce. I risultati appena citati non significano che la meditazione funzioni per tutti, né che possa sostituire in ogni caso un trattamento prescritto da un medico. Innanzitutto, gli studi più promettenti riguardano forme moderate di ansia: per i disturbi più gravi, le prove a favore della sola meditazione sono ancora insufficienti. In secondo luogo, la meditazione richiede un impegno considerevole: nel programma MBSR, i partecipanti svolgono sessioni da due ore e mezza a settimana più 45 minuti di pratica autonoma ogni giorno. Non tutti riescono a mantenere questa disciplina, e l'efficacia dipende molto dal tempo realmente dedicato alla pratica.

Va anche considerato che la meditazione, pur essendo generalmente sicura, non è priva di rischi. Una revisione sistematica pubblicata su *Acta Psychiatrica Scandinavica* ha stimato che circa l'8% delle persone che meditano può sperimentare effetti indesiderati, tra cui ansia, sintomi depressivi o anomalie cognitive come difficoltà di pensiero e disorientamento. Questi effetti possono comparire anche in persone senza una storia pregressa di disturbi mentali, il che rende importante iniziare qualsiasi pratica meditativa strutturata con il supporto di un professionista qualificato e in accordo con il proprio medico di medicina generale o specialista.

La meditazione può comunque essere utile?

Sì, come strumento di supporto e non di sostituzione. Le prove disponibili indicano che la meditazione può "affiancare" i trattamenti convenzionali, contribuendo a ridurre i sintomi ansiosi, migliorare la qualità della vita e aiutare a gestire lo stress quotidiano. Un ragionamento analogo vale per lo yoga in ambito oncologico, come abbiamo visto nella scheda "Lo yoga aiuta chi sta affrontando un tumore?": anche in quel caso le prove supportano il suo utilizzo come pratica complementare, non sostitutiva delle terapie convenzionali. La Consensus Conference promossa con il patrocinio dell'Istituto Superiore di Sanità ha ribadito che i trattamenti psicologici efficaci per l'ansia - tra cui anche approcci basati sulla consapevolezza - sono spesso sottoutilizzati in Italia, anche per difficoltà di accesso. Chi soffre di ansia farebbe bene a parlarne prima di tutto con il proprio medico di medicina generale, che può aiutare a valutare la situazione, escludere cause fisiche e orientare verso il percorso più adatto, che sia psicoterapia, farmaci, tecniche di meditazione strutturate o una combinazione di questi.

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

Sanità, in Veneto l'IA entra anche nelle Case di comunità e darà supporto al 116117 per le cure sanitarie non urgenti

DI CORRADO SAPEGNO

Pronto, IA? Dica 33: l'Intelligenza artificiale (IA) si prepara a scendere in campo a supporto del 116117, il nuovo numero europeo per le cure mediche non urgenti e la valutazione (triage) della priorità sugli altri pazienti a servizio delle Case di comunità. È al telefono che, spiega *La Tribuna di Treviso*, che l'IA aiuterà gli operatori per guidare e supportare la classificazione delle chiamate. In particolare, risponderanno operatori "laici" che in precedenza hanno ricevuto una formazione specifica in ambito sanitario finalizzata anche a eseguire un triage.

Il numero entrerà in servizio il 30 giugno con le Case di Comunità, al quale farà da supporto. Lo spiega l'accordo integrativo regionale sugli scopi del 116117: mettere a disposizione dei cittadini: «Un unico riferimento telefonico per tutte le attività territoriali a carattere sanitario, socio-sanitario e di informativa di non urgenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e rappresenta il punto di contatto e integrazione col sistema territoriale delle cure primarie».

Insomma, il 118 non va in pensione ma

viene affiancato dal numero delle Case di comunità, le strutture per assistenza sanitaria e socio-sanitaria non urgente. Una precisazione: nate nel 2026, le Case sono state pensate per essere a metà tra gli ambulatori dei medici e dei pediatri di famiglia e l'ospedale, questo per dare ai cittadini un'assistenza di base complementare a quella già ricevuta dal proprio medico e pediatra, e ridurre il ricorso improprio al Pronto soccorso. Inoltre nelle Case si potrà fare attività di prevenzione, cura e riabilitazione per cittadini fragili per malattia o condizione sociale oppure affetti da malattie croniche. L'Italia dovrà arrivare ad averne 1700 su tutto il territorio.

Torniamo al numero unico attivato in Veneto. Spiega alla Tribuna **Andrea Dini**, segretario generale provinciale di Padova di Fimmg, che gli operatori disporranno di un dispositivo medico certificato che consente anche di offrire una priorità alla richiesta. Valutata la ragione della chiamata, essi rimanderanno l'interlocutore alla Casa di comunità di riferimento. Il nuovo numero è attivo tutti i giorni dell'anno 24 ore su 24, e sarà gratuito.

-----© Riproduzione riservata-----■



REGIONE LAZIO

Accordo sul San Giacomo 145 milioni per riaprirlo come ospedale territoriale

••• Un altro passo in avanti verso la riapertura dell'ex ospedale San Giacomo, chiuso dal 2008. La giunta regionale ha approvato infatti lo schema di accordo tra ministero della Salute, Regione Lazio e Asl Roma 1 per la gestione delle risorse, pari a 145 milioni, che serviranno a realizzare un ospedale di comunità, una Rsa e una lungodegenza. Successivamente Regione Lazio e Invimit (Investimenti immobiliari italiani Sgr Spa), stazione appaltante del progetto, stipuleranno un protocollo d'intesa per definire nel dettaglio le fasi necessarie all'esecuzione dell'intervento. «Andiamo avanti con determinazione per restituire alla comunità romana il San Giacomo - ha dichiarato il governatore del Lazio, Francesco Rocca - Con questo accordo compiamo un passo decisivo verso la riapertura di un presidio storico che ha rappresentato, fin dall'inizio, un obiettivo strategico della nostra amministrazione. La nuova struttura offrirà risposte assistenziali di media e bassa intensità, contribuendo ad alleggerire la pressione sui pronto soccorso e a rafforzare la rete dei servizi sul territorio».

L'assessore regionale al Patrimonio, Fabrizio Ghera, ha sottolineato che «la riapertura del San Giacomo rientra nel programma di valorizzazione del patrimonio avviato dalla giunta in collaborazione con il governo Meloni». Soddisfazione da Fratelli d'Italia, con il vicepresidente della Camera, Fabio Rampelli, che sottolinea come «la giunta della Regione Lazio, guidata da Francesco Rocca, ha onorato i suoi impegni e compiuto ciò che per due mandati le giunte Zingaretti hanno deliberatamente ignorato e osteggiato. Riaprirà l'ex San Giacomo. Per anni abbiamo combattuto, assieme a cittadini e comitati, affinché questo evento si concretizzasse».

R. C.

San Giacomo
L'ex ospedale
chiuso
nel 2008



Sanità, ottocento medici nelle Case di Comunità «Ma manca quasi tutto»

► Dal 1 luglio in funzione il nuovo modello di continuità assistenziale previsto dal Pnrr. In Campania 171 centri: camici bianchi in servizio per sei ore ma non c'è il personale

IL FOCUS

Ettore Mautone

Il 1° luglio scatta il decollo ufficiale delle strutture sanitarie previste dal Pnrr (Case e ospedali di Comunità) dove la Campania è tra le poche regioni che ci arriva con un rodaggio già completato. Ma andiamo con ordine: l'accordo nazionale per portare i medici di famiglia nelle Case di Comunità è in dirittura d'arrivo e dovrebbe arrivare in tempi brevi, come affermato dal ministro della Salute Orazio Schillaci a margine del Congresso Anao Assomed, all'indomani dell'approvazione da parte del Comitato di settore Regioni-Sanità dell'atto di indirizzo che avvia il percorso per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale della medicina generale. Il documento, approvato dalle Regioni all'indomani del flop sul decreto Schillaci per la dipendenza dei medici di famiglia, prevede che questi svolgano nelle Case di comunità fino a sei ore settimanali per 48 settimane all'anno. L'obiettivo dichiarato è garantire la piena operatività delle strutture previste dal Pnrr e rafforzare l'assistenza territoriale. «Credo che troveremo l'accordo con i medici di medicina generale. Dobbiamo farlo nel minor tempo possibile per rispettare gli impegni con l'Ue (fissato al 30 giugno)», ha detto Schillaci. Intanto la Fimmg, il principale sindacato di categoria che si era messo di traverso sulla riforma proposta da Schillaci, poi naufragata, per voce del segretario na-

zionale Silvestro Scotti parla ora di «ritorno alla contrattazione» e chiarisce: «Il lavoro dei medici non è un debito orario ma prestazioni aggiuntive riconosciute e retribuite, con funzioni definite e risorse certe». L'avviso è netto: «Se le Case di Comunità restano strutture vuote a fallire è la scommessa che l'Italia ha fatto con l'Europa».

IL MODELLO

Intanto la Campania ha anticipato il processo in atto con l'accordo integrativo firmato a ottobre 2025. Coinvolge tutti i 3.150 medici di famiglia e configura le 181 Aft (Aggregazioni Funzionali Territoriali), reti di 20-30 medici per quartiere con almeno uno studio aperto dalle 8 alle 20, che funziona come uno spoke ma nelle case di Comunità hub, dislocate quasi sempre nei distretti, andranno circa 800 camici bianchi. I primi servizi sono partiti a Pasqua: gruppi da 2 a 6 medici garantiscono ambulatori per screening, vaccinazioni e controlli a cronici e anziani. I massimalisti con 1.500 assistiti fanno da 4 a 6 ore in almeno due spazi distrettuali, nelle Aft 4 ore. Per i 300-400 nuovi convenzionati entrati in convenzione nel 2025 l'obbligo di andare in Casa di Comunità è già scritto nero su bianco nell'accordo integrativo regionale in attuazione del vecchio contratto ora al rinnovo al tavolo nazionale. In Campania dunque il nuovo sistema di cure territoriali che ora si introduce nel nuovo contratto, cammina già e integra le 181 reti di medici di famiglie attive sui territori con

le strutture Pnrr. La Regione ha messo a regime l'integrazione tra Aft dei medici di famiglia e Case di Comunità. I medici di medicina generale garantiscono già turni programmati nelle nuove strutture con presa in carico dei cronici, anziani e fragili e raccordo con specialisti ambulatoriali. Un sistema hub & spoke che evita la duplicazione dei servizi e mette il medico di famiglia al centro della rete territoriale ma resta il nodo delle carenze strumentali e di personale.

I NUMERI

In Campania sono previste 171 Case di Comunità: 69 hub e 102 spoke. Quasi tutte realizzate, ma attive solo al 50%. Attesi anche 47 ospedali di Comunità di cui operativo è solo il 25%. Il nodo resta il personale, medici, specialisti, infermieri di comunità e anche tecnici delle 18 professioni che si fanno avanti per coprire almeno una quota del fabbisogno scoperti. L'obiettivo della giunta Fico è portare dal 4% al 20% gli over 65 in cure domiciliari integrate. Resta il nodo risorse. «In queste Case di Comunità ci andiamo ma attualmente mancano le strumentazioni essenziali - avverte Pina Tommasielli, dirigen-



te Fimmg - Attendiamo una convocazione del governatore Fico. Attualmente portiamo spirometri ed elettrocardiografi personali ma servono anche i cestini per rifiuti speciali e il personale di supporto».

GLI OSPEDALIERI

A livello nazionale si parla anche di impiego di specialisti ambulatoriali e ospedalieri nelle Case di Comunità. Per rafforzare gli organici Schillaci valuta di superare le incompatibilità ma Anao Assomed, il principale sindacato della dirigenza ospedaliera frena. «Il coinvolgimento degli

ospedalieri deve avvenire nel rispetto del contratto e delle relazioni sindacali», afferma il segretario Vincenzo Bencivenga. «Le Case di Comunità non possono diventare il luogo dove trasferire carichi di lavoro senza programmazione condivisa. La Regione convochi le parti sociali. Tutto va nell'alveo della contrattazione, non per decreto». La sfida ora è una per tutti: trasformare gli edifici in servizi, senza lasciare vuote le nuove cattedrali della sanità territoriale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PARTITA IN ANTICIPO NELL'ORGANIZZAZIONE LA REGIONE ORA È IN RITARDO. I SANITARI: «IL PRESIDENTE FICO CI CONVOCHI SUBITO»

in Campania 171 centri, cinque bianchi in servizio per sei ore ma...



L'accordo nazionale per portare i medici di famiglia nelle Case di Comunità è in dirittura d'arrivo ma la Campania è tra le poche regioni che ci arriva con un «rodaggio» già completato. Ma le strutture sono in ritardo e senza dotazioni



“Noi senza medici, vieto a tutti di ammalarsi”

di MICHELE BOCCI

Ha imposto ai suoi concittadini l'autoguarigione. Non è uno sciamano, ma un sindaco, che con un'ordinanza ha anche vietato di aggravarsi, «stante l'impossibilità di acquisire indicazioni professionali continuative sul territorio comunale». Matteo Manca guida Norbello, comune da 1.100 abitanti attaccato ad altri due paesi, Abbasanta e la Ghilarza dove ha trascorso infanzia Antonio Gramsci. Siamo nell'interno della provincia di Oristano, dove i problemi della sanità territoriale si manifestano in tutta la loro drammaticità. Manca, un sindaco-lavoratore pendolare, si fa portavoce di un disagio comune a tanti piccoli centri, non solo sardi.

A chi ha inviato la sua ordinanza?

«A tutte le istituzioni, dalla presidenza del Consiglio al ministero alla Salute, dalla Regione alla Asl. È provocatoria e simbolica e vuole evidenziare l'insanabile contraddizione tra il diritto alla salute, sancito dalla Costituzione, e l'effettiva assenza di servizi sanitari territoriali nel nostro comune».

Non avete il medico di famiglia?

«L'unico che c'era è andato in pensione nel 2022. Ci sono medici a Ghilarza ma sono pieni di pazienti e non possono assistere tutti i nostri abitanti. Alcuni hanno trovato altri dottori. Ad esempio, quello di mio padre è a Sedilo, cioè a 15 chilometri di distanza. Ma 300 concittadini sono senza medico».

Chi li cura?

«Chi può va a pagamento, altri vanno nell'Ascot di Ghilarza, un ambulatorio straordinario di continuità assistenziale della Asl, con dottori in pensione. E ci sono problemi anche per i bambini: a Ghilarza è andato via un pediatra e ne è rimasto uno solo».

Cosa le dicono i cittadini?

«Mi chiedono aiuto. Per una coppia di malati oncologici ho provato a contattare un medico di famiglia di un altro paese. Mi ha detto, quasi commosso, che non era proprio possibile, perché segue già duemila persone. Non è colpa della Asl se non si trovano i medici, non voglio fare polemiche. Mi hanno promesso che apriranno un Ascot anche da noi, per sei ore alla settimana».

Quanto è difficile vivere in paesi come il suo?

«Norbello è un paese gioiello, curato, con strutture sportive, attività per gli anziani. Si sta bene anche economicamente. Ma nessun

medico vuole venire qui, anche se ho offerto alloggio e ambulatorio gratuito».

Come si sbloccherà la situazione?

«La salute è un diritto costituzionale, non è negoziabile, una soluzione va trovata e basta. Vogliamo i diritti che hanno tutti gli altri».

Lei che lavoro fa?

«Sono segretario generale del Comune di Montevarchi, in Toscana. Ho sempre lavorato in Sardegna, ma devo stare qui due anni per poter fare gli scatti di carriera. Raggiungo tutti i fine settimana mia moglie, il mio cagnolino, i miei genitori e i miei concittadini. E a molti di loro provo a trovare un medico».



La provocazione di Matteo Manca, sindaco di Norbello in provincia di Oristano "Un'ordinanza per far capire alle istituzioni che la salute è un diritto costituzionale"

