

25 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



25/06/2026

A rischio chiusura il centro educativo appena aperto

In allarme i genitori di ragazzi con fragilità di Conversano, Polignano e Monopoli: «Come lo potrò spiegare a mio figlio?»

ANTONIO GALIZIA

● **NORDEST BARESE.** Otto mesi fa l'inaugurazione. Ieri la notizia delle difficoltà. Sono preoccupati i genitori dei ragazzi con disturbo dello spettro autistico: il Centro socio educativo e riabilitativo «La fiamma sul ghiaccio», al servizio degli utenti dell'ambito sociale di Conversano, Polignano e Monopoli, avrebbe difficoltà a garantire la continuità assistenziale.

Diverse le segnalazioni degli utenti. Bianca Nicole S. è la mamma di Victor: «Con enorme rammarico apprendo la notizia. Il Centro è stato per mio figlio casa, guida, insegnamento, supporto, amore. Nel periodo di tempo trascorso, è migliorato sotto tanti aspetti, educativi, comportamentali e relazionali ed è un grande peccato privarlo ora di tutto questo, dopo i risultati ottenuti. Purtroppo sarà molto difficile spiegarli che non potrà più preparare lo zainetto la mattina e correre felice verso il pulmino che lo porterà nel centro. Sarà

uno strazio».

Pietro Brescia (consigliere comunale di opposizione, a Monopoli): «Che fine ha fatto il Centro? Risulta che non stia funzionando dopo avere speso tanti soldi? Le attività sono state sospese?».

Lucrezia Lapietra: «Pochi mesi fa, abbiamo festeggiato l'inaugurazione della struttura. Ci turba la notizia della probabile sospensione delle attività. E ancor più turba il silenzio assordante nel quale tutto questo sta accadendo».

In pre-allarme i sindaci. «La notizia è giunta anche a noi – conferma Angelo Annese, sindaco di Monopoli, città che ospita la struttura in contrada San Bartolomeo - Per capire cosa sta succedendo abbiamo convocato la cooperativa che gestisce il Centro, la Asl che manda gli utenti e i responsabili dell'Ambito socio-sanitario». «La fiamma sul ghiaccio», questo il nome del Centro, è un fiore all'occhiello, nel barese, per i servizi resi alle famiglie con paziente autistico. «Lo scorso anno – prosegue Annese – riuscimmo ad attivarlo e avviarlo».

Inserito nel piano proposto dal coordinamento istituzionale dell'ambito

dei Piani di zona Conversano-Monopoli-Polignano, è stato realizzato con finanziamento regionale. Nella struttura vengono garantiti servizi personalizzati e di continuità nel supporto alle famiglie. Dopo le segnalazioni, i comuni dell'Ambito fanno sapere che la Asl sta seguendo da vicino la vicenda e se ve ne sarà la possibilità, si impegnerà nel reclutamento di un numero maggiore di utenti.

Non sarebbe questo il primo caso di un centro riabilitativo in difficoltà e che andrebbe sostenuto per continuare a garantire i servizi. Lo conferma la principale organizzazione regionale delle strutture socio-sanitarie no profit, l'Aris Puglia: «Molte strutture che si occupano di riabilitazione e assistenza alle persone con disabilità – è l'allarme del presidente Mimmo Lad-daga – non sono in grado di garantire la continuità di servizi. Se non arriveranno aiuti, molte chiuderanno».



«LA FIAMMA SUL GHIACCIO» Gli interni

25/06/2026

L'allarme lanciato da **Aris** Puglia. Centri di riabilitazione pugliesi sull'orlo della crisi

“Costi insostenibili, senza interventi rischiamo di fermarci”

Le strutture sanitarie della Puglia che operano nei settori della riabilitazione, assistenza agli anziani, ai minori e alle persone con disabilità hanno lanciato un accorato appello alla Regione Puglia, denunciando una situazione critica. Secondo **Aris** Puglia, l'associazione che rappresenta gli enti religiosi e non profit del comparto, il sistema è ormai prossimo al collasso a causa del continuo aumento dei costi di gestione e dell'inadeguatezza delle risorse stanziare. Mimmo Laddaga, presidente regionale di **Aris**, avverte che, in assenza di interventi urgenti ed efficaci, molte strutture non saranno più in grado di garantire la continuità dei propri servizi, con conseguenze gravi per pazienti, famiglie e lavoratori coinvolti. Una delle principali problematiche segnalate riguarda le tariffe riconosciute dalla Regione Puglia per le prestazioni dei centri di riabilitazione. L'associazione sottolinea che gli importi rimangono sostanzialmente invariati da circa vent'anni, eccezion fatta per un lieve aggiornamento del 7% introdotto nel 2022. Questo incre-

mento, però, viene giudicato insufficiente a coprire i crescenti costi operativi e, ancor peggio, non risulta applicato uniformemente dalle diverse Asl pugliesi. Un altro punto critico riguarda la normativa sui contratti di lavoro. **Aris** ricorda di disporre di un proprio contratto collettivo nazionale specifico per i centri di riabilitazione e le Rsa, attualmente in fase di rinnovo. Tuttavia, la normativa regionale prevede, come requisito per l'accreditamento, l'applicazione del contratto dell'ospitalità privata, considerato dall'associazione più oneroso e inadatto alle realtà territoriali tipiche dei centri riabilitativi. Questa imposizione, secondo i rappresentanti del settore, determina un'incidenza dei costi del personale tra l'80% e il 90% sul fatturato delle strutture. Ulteriore fonte di preoccupazione è il piano di riconversione previsto da una delibera approvata dalla giunta regionale per il 2025. Il provvedimento obbliga le strutture a conformarsi a nuovi standard entro diciotto mesi, imponendo l'assunzione di figure professionali altamente specializzate

come neuropsichiatri infantili, fisioterapisti e logopedisti. **Aris** ritiene che sia estremamente complicato reperire tali profili sul mercato del lavoro e sottolinea che il piano è stato elaborato basandosi su dati di fabbisogno superati, risalenti a oltre dieci anni fa. L'associazione sottolinea, inoltre, l'inadempienza rispetto a precedenti accordi e verbali siglati tra istituzioni e rappresentanti del settore, che avevano delineato un percorso per adeguare le tariffe in base ai costi reali e riequilibrare la sostenibilità economica delle strutture. La mancata attuazione di quegli impegni ha aggravato una già delicata situazione finanziaria. Per far fronte all'emergenza, **Aris** Puglia richiede l'apertura immediata di un tavolo di confronto con la Regione e i ministeri competenti. Tra le istanze avanzate figurano la sospensione delle scadenze previste dal piano di riconversione, una revisione delle tariffe coerente con i costi sostenuti e una soluzione concertata in merito alla normativa sui contratti di lavoro. L'associazione conclude ribadendo l'urgenza dell'intervento: il deficit sani-

tario non può essere scaricato sulle spalle delle persone più vulnerabili. **Aris** è pronta al dialogo ma non intende rimanere spettatrice passiva davanti a quello che descrive come un inesorabile indebolimento della rete riabilitativa regionale. In gioco non c'è solo il futuro delle strutture coinvolte, ma anche il diritto all'assistenza e alle cure per migliaia di cittadini pugliesi.



Riabilitazione in Puglia verso la crisi: gli enti religiosi chiedono interventi urgenti

Antonio Procacci – 24 Giugno 2026

Migliaia di disabili, anziani e bambini potrebbero ritrovarsi senza cure o con servizi fortemente ridimensionati. È l'allarme lanciato da **Aris** Puglia, l'associazione che rappresenta gli enti religiosi e non profit della riabilitazione, secondo cui il sistema regionale sarebbe ormai vicino al collasso. Alla base della denuncia ci sono tariffe considerate ormai insostenibili. Per gli enti, i rimborsi riconosciuti alle strutture sono sostanzialmente fermi da vent'anni, mentre i costi di gestione sono aumentati in modo significativo. Tra i punti più contestati anche l'obbligo di applicare, come requisito per l'accreditamento, il contratto dell'ospedalità privata, ritenuto più oneroso rispetto a quello specifico del settore della riabilitazione. Una scelta che, secondo Aris, rischia di mettere ulteriormente in difficoltà i bilanci delle strutture.

L'associazione critica inoltre il piano di riconversione previsto dalla Regione, sostenendo che si basi su un fabbisogno ormai superato e che richieda personale specializzato oggi difficile da reperire. Gli enti chiedono l'apertura immediata di un tavolo istituzionale, la sospensione dei termini della delibera regionale e un adeguamento delle tariffe ai costi reali dei servizi.

<https://telenorba.it/2026/06/24/riabilitazione-in-puglia-verso-la-crisi-gli-enti-religiosi-chiedono-interventi-urgenti/>





DIFENDIAMO L'EUROPA VALLEVERDE

la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



il venerdì

DOMANI IN EDICOLA

il venerdì Ma gli Stati sono ancora Uniti?

Rspettacoli Sciarelli lascia la guida di "Chi l'ha visto?"

di DIPOLLINA e VITALE alle pagine 16 e 17



Giovedì 25 giugno 2026

Anno 51 - N° 145

Oggi con

Salute

In Italia € 2,50

Scontro sulle basi Usa

Il segretario Nato Rutte: "Dall'Italia decollati 500 aerei per l'Iran". Il governo nega: "Solo voli logistici". A Berlino vertice europeo a 5 con Meloni: "Rilanciare l'alleanza atlantica". Ma Trump: mi hanno deluso

La politica estera degli espedienti

di ANNALISA CUZZOCREA

È stato confortante sentir dire da Giorgia Meloni che la politica estera non è Temptation Island, perché a giudicare dagli ultimi giorni di querele avvelenata tra lei e Donald Trump, agli italiani era parso il contrario. Era sembrato che ogni dichiarazione e controdeklarazione, l'audio di lui, il video di lei, il post social di lui, la risposta subito sotto di lei, somigliassero più a un battibecco tra ex che a un confronto serio tra il presidente degli Stati Uniti e la presidente del Consiglio italiana. Che avrebbe potuto evitare di rilanciare, come hanno fatto prima di lei gli altri leader europei sotto attacco, da Macron a Merz a Sánchez. Ma ha scelto invece di farlo nel goffo tentativo di usare lo scontro per costruire l'immagine di una leader tutta d'un pezzo che non guarda in faccia nessuno. Con tanto di post social che riprendono volto feroce e passo marziale. Ed è questo il punto: l'immagine di Giorgia Meloni.

continua a pagina 13

È polemica sulle parole del segretario generale della Nato Mark Rutte che, in un'intervista a Fox News, dichiara che «500 aerei americani sono decollati dalle basi italiane per supportare l'operazione Epic Fury in Iran». Il governo ribatte: «Solo voli logistici». Le opposizioni chiedono a Giorgia Meloni di chiarire in Parlamento. La presidente del Consiglio, a Berlino per il vertice E5 con Merz, Macron, Starmer e Tusk, esorta a «rafforzare l'alleanza atlantica». Donald Trump insiste: «Deluso da Italia, Regno Unito, Germania e Francia».

di CIRIACO COLARUSSO, MANACORDA, MASTROBUONI, MASTROLILLI, PIGNI, RIFORMATO e VECCHIO da pagina 2 a pagina 9

Quei mezzi spia partiti da qui

di GIANLUCA DI FEO

a pagina 4

Alemanno esce dal carcere asse a destra con Vannacci

di FRANCESCO BEI



Avrebbe potuto essere una scena memorabile, alla Blues Brothers, con Elwood-Vannacci che raccoglie il fratello Jake-Alemanno fuori dal penitenziario e lo porta via sulla vecchia Cadillac. E invece no, il generale ha dato buca e rimandato l'incontro alla sera, grigliata sarda a Roma Nord, da Sa Carligia. «La sporca dozzina prospera», gongola soddisfatto l'ex militare. Sul social lo ha salutato con uno spezzone di un altro film, Robin Hood, con Kevin Costner che prova a convincere Lady Marian, perché «gli anni di prigionia possono cambiare un uomo». Cambiare è cambiato Alemanno, nel senso che adesso sembra un ronin, un Mishima con la katana. Il suo ex compagno di cella, Michele Darida, racconta che «appena sveglio meditava per un'ora, poi si allenava in palestra». Il samurai, uscito di cella, è deciso a fargliela pagare a quelli che nella sua visione hanno trasformato la destra italiana in una sottomarca globalista, in una succursale del Ppe.

continua a pagina 11 servizi di CARTA e PUCCIARELLI a pagina 10



LA TRAGEDIA

dal nostro inviato ANDREA VIVALDI CAMAIORE (LUCCA)

"Meglio morto che gay" uccide a fucilate figlio e moglie

alle pagine 22 e 23 con un'intervista di ALESSANDRA ZINITI

Kety Andreoni con il figlio Mirko, 24 anni

Book advertisement for 'IL BEVITORE DI TÈ' by Michele Fioroni. Includes text: 'IL NUOVO ROMANZO MICHELE FIORONI IL BEVITORE DI TÈ', '«Chi controlla il sottosuolo controlla la Storia.»', and publisher 'Baldini+Castoldi'.

Real estate advertisement for Villa Certosa. Includes text: 'Una veduta di Villa Certosa, la residenza estiva di Silvio Berlusconi in Costa Smeralda, acquistata da Al Thani', 'Da Berlusconi allo sceicco Al Thani Villa Certosa, affare da 350 milioni', and authors 'di SARA BENNEWITZ, FILIPPO CECCARELLI e IRENE MARIA SCALISE'.

Advertisement for music. Includes text: 'LE IDEE La bellezza unica della musica nelle città d'estate', 'di CORRADO AUGIAS', and 'Così, dopo quasi mezzo secolo, l'orchestra di Santa Cecilia torna a suonare nella basilica di Massenzio. Felice intuizione ridare vita, vita musicale, a questo luogo di somma maestà. L'imperatore Massenzio viene ricordato quasi unicamente per la sconfitta nella battaglia di ponte Milvio.'.

CORRIERE DELLA SERA

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



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

Bergader logo and image

Il campione narcisista
Ronaldo, ego e gol
«Io arrivo sempre»
di Aldo Cazzullo
a pagina 43

Dopo 22 anni
Sciarelli lascia
«Chi l'ha visto?»
di Baccaro e R. Franco
a pagina 35

Bergader logo and image

La violenza e le città

LA PAURA
E IL PESO
SUL VOTO

di Carlo Verdelli

Tre del pomeriggio, gli viene sete, scende dal sentiero verso una fontanella in mezzo a delle giostrine. La figlia che l'accompagna vede la scena dall'alto. Un tipo sui vent'anni va dritto e minaccioso verso il padre, che forse gli dice qualcosa. La risposta è un pugno in faccia, una spinta. L'agredito fa per allontanarsi ma il giovane lo raggiunge, altri colpi, uno sulla nuca fa cadere il povero bersaglio e, mentre è a terra, ancora pugni dall'alto, e calci nello stomaco, sul fianco, dove capita. C'è una ragazza con il giovane furioso, gli urla di fermarsi. Niente. Arrivano i carabinieri, in tre non riescono a bloccarlo, lo spengono col taser. La figlia: «Papà ha tre costole rotte, contusioni alla faccia, per fortuna nessun trauma cranico. I dieci minuti più brutti della mia vita. Non è ammissibile vivere nella paura temendo che qualcuno senza motivo possa assalirti». È successo a un uomo di 75 anni, ma al suo posto poteva esserci chiunque e di qualsiasi età. È successo in un parco vicino a Padova, ma un posto ormai vale l'altro. È successo sull'argine di un fiume ma poteva essere una stazione di benzina o una panchina su un viale di una città grande, media, piccola. Ormai succede ogni giorno, anche più volte in un giorno. Rimbalza in cronaca se c'è un morto, come il ventunenne incensurato colpito al petto sotto casa a Napoli mentre andava al lavoro, e non risulta che c'entrasse con la camorra.

continua a pagina 26

Crossetto: solo voli logistici, rispettati i trattati. Iran, nuovo scontro sulle ispezioni ai siti nucleari

Tensione sulle basi Nato

Rutte: dall'Italia partiti 500 jet Usa. Il governo: falso. Meloni al vertice a cinque

L'AMBASCIATORE AMERICANO

Fertitta ricuce con Roma: dalla premier lavoro eccellente

di Maurizio Caprara

L'ambasciatore degli Stati Uniti Tilman Fertitta smorza i toni dopo le frasi di Trump: «Meloni ha portato l'Italia a diventare leader mondiale. I disaccordi sono normali, ma restiamo grandi alleati».



Il segretario Nato Rutte con il presidente Trump (Afp)

«Dall'Italia partiti 500 jet americani» dice il segretario della Nato Rutte. «Non è vero» replica il governo.

da pagina 2 a pagina 9

IL LEADER: NON MOLLO

Sánchez, lo show in Aula
Gli alleati lo attaccano:
«Faccia come Starmer»

di Sara Gandolfi a pagina 19

DALLE PRIMARIE AL «METODO» REGIONALI

La saga del Campo largo
Tutti i modelli e le liti
per la scelta del leader

di Antonio Polito a pagina 17

LA CLASSE DIRIGENTE

Il disfaccimento della politica senza esperienza (ma in ascesa)

di Ernesto Galli della Loggia

Giuro che non ho davvero nulla contro Silvia Salis, la gentile signora che oggi è sindaco di Genova dopo essere stata una celebre atleta del lancio del martello. Confesso che tuttavia sarei a dir poco perplesso se in occasione del prossimo appuntamento elettorale, Salis, eventuale vincitrice alla testa del «campo largo», dovesse diventare presidente del Consiglio del governo italiano. Per una ragione assai semplice.

continua a pagina 26

Versilia Colpiti a fuclate. Il ragazzo aveva scritto: «Mi preferisce morto»



Mirko Moriconi e la madre Kety Andreoni. Entrambi vittime della follia omicida del padre Piero. Che non accettava il figlio gay

Uccide la moglie e il figlio
«Papà non mi accetta gay»

di Simone Dinelli

«Per mio padre meglio morto che gay». Così scriveva in un post Mirko Moriconi. Il ragazzo, che aveva 24 anni, è stato ucciso a fuclate insieme alla madre Kety Andreoni, 52, a Camaiore. Autore del gesto Piero Moriconi. «Mi sono liberato di loro».

alle pagine 20 e 21

Clima Prime misure nelle Regioni
Afa, cinque vittime
Lavoro, i divieti
nelle ore più calde

GIANNELLI



Ancora vittime per l'afa: 5 morti in Italia. Prime misure regionali per gli orari di lavoro: divieti nelle ore più calde. Disagi nelle scuole per la Maturità. Nel weekend previsto il picco.

da pagina 10 a pagina 13

2 GIUGNO 1946 NASCE LA REPUBBLICA ITALIANA GRAZIE ALLE DONNE. IL 1948, LE DONNE, LA REPUBBLICA. CORRIERE DELLA SERA

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini La Neverland di B. Oggi che Villa Certosa è stata venduta a uno degli straricchi dal nome esotico che si stanno comprando l'Italia mi ritrovo a pensare parole ancora più paradossali: che in fondo un po' mi dispiace. Intendiamoci, se anziché l'emiro del Qatar amico di Renzi l'avesse acquistata lo Stato italiano per adibirla a museo degli anni ruggenti del berlusconismo, sarei stato il primo a deprecare lo spreco di denaro pubblico. Però non posso negare che quell'enorme parco-giochi a strapiombo sul mare, la Neverland di B., rappresenti qualcosa (non chiedetemi cosa) che appartiene alla memoria di molti italiani: sostenitori e critici, frequentatori e allergici. Addio Villa Certosa, d'ora in poi ti vedremo ancora solo nel selfie di Renzi.

MATTEO BUSSOLA IL SOLE NELLE POZZANGHERE. Un romanzo delicato e struggente che racconta il nostro bisogno di legami, il bisogno che ognuno di noi ha degli altri per restare vivo.

LA RESIDENZA VENDUTA
Dai Berlusconi ad Al Thani
uno sceicco a Villa Certosa

MARIA CORBI — PAGINA 21



L'EMERGENZA CALDO
Valentini: serve una nuova
umanità climatica

EDOARDO VENDITTI — PAGINA 18



IL LIBRO
Gawronska e Mussolini
il coraggio di una donna

MARCELLO SORGI — PAGINE 28 E 29

1.90 € II ANNO 160 II N.169 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

GIOVEDÌ 25 GIUGNO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



LE PAROLE SUL SOSTEGNO ALLE MISSIONI AMERICANE NEL GOLFO INNESCANO UNO SCONTRO. L'OPPOSIZIONE: MELONI VENGA IN AULA A SPIEGARE

Aerei Usa, bufera Italia-Nato

Il segretario dell'Alleanza: 500 voli dal vostro Paese all'Iran. Crosetto: trattati rispettati. Trump attacca l'Europa

IL COMMENTO

Ora Roma scelga
il suo ruolo nell'Ue

STEFANO STEFANINI

Sorpresa, sorpresa. Apprendiamo da Mark Rutte, segretario generale dell'Alleanza Atlantica, che l'Italia avrebbe fatto la sua parte nel sostegno logistico alle operazioni americane contro l'Iran. Circa 500 voli sarebbero passati dalle basi in Italia. — PAGINA 27

IL RETROSCENA

L'ira della premier
"Rutte, perché?"

FRANCESCO MALFETANO

Alla fine è Mark Rutte a riaprire la ferita. Non Trump, che da giorni martella Palazzo Chigi. Ma il segretario generale della Nato. Quando le sue parole raggiungono Giorgia Meloni a Foggia, la premier coglie subito il rischio: se davvero l'Italia ha offerto così tanto il fianco all'operazione militare Epic Fury condotta contro l'Iran, allora torna in dubbio la retorica da alleato rentiente costruita nelle ultime settimane dal governo, almeno da quando la vicinanza a Trump ha cominciato a far perdere consenso. — PAGINA 3

IL BILATERALE

E con Macron resta
il nodo delle armi

ILARIO LOMBARDO

Oggi Emmanuel Macron accoglierà Giorgia Meloni per il primo vertice intergovernativo tra Francia e Italia da quando la leader della destra italiana è a capo del governo. Sono stati 4 anni turbolenti nelle relazioni tra la premier e il presidente. — PAGINE 2 E 3

BARBERA, BRESOLIN,
GRIGNETTI, MONTICELLI

Una frase di Mark Rutte fa infuriare Giorgia Meloni. Il segretario della Nato ha detto che durante la guerra Usa-Iran 500 aerei americani sono decollati da basi italiane. A Roma l'opposizione chiede di riferire in Aula. — PAGINE 2-3

Così la solidarietà
sfida anche l'Ice

MATTIA FERRARI — PAGINA 26

LE INTERVISTE

Dyer: Londra paga
la rabbia popolare

MARCO VARVELLO

«Stamer ha pagato un malcontento diffuso che va al di là di chi governa in uno specifico momento — dice lo scrittore Geoff Dyer —. Da tempo in Gran Bretagna le elezioni non sono un voto per qualcuno ma referendum su quanto sono arrabbiati i cittadini». — PAGINA 11

Cartarescu: Donald?
La poesia ci salverà

GIACOMO GALEAZZI

«Ho sofferto per decenni la dittatura, ho esperienza diretta della geopolitica del terrore», dice Mircea Cărtărescu, il maggiore romanziere di lingua romena, più volte candidato al Nobel per la Letteratura, e ricevuto ieri in udienza privata dal Papa. — PAGINA 8

TEHERAN VUOLE LA STRISCIA NEL PATTO CON GLI STATI UNITI. IN SALITA I NEGOZIATI SUL LIBANO

Noi a Gaza oltre le macerie

MAJDAL-ASSAR



Un uomo lancia in aria una bimba tra le macerie di Khan Yunis, nella Striscia di Gaza

ANADOLU VIA GETTY IMAGES
DEL GATTO, MAGRI, SIMONI — PAGINE 6-7

LA POLITICA

Alemanno libero
cena con Vannacci
"Non voglio posti
Giorgia lo chiami"

ANTONIO BRAVETTI



Il "patto del porceddu" tra Vannacci e Alemanno viene sigillato sulla via Flaminia, in un ristorante di cucina sarda. Solo dieci ore prima Alemanno usciva dal carcere. DIMATTEO — PAGINA 13

IL CASO

Schlein, la sinistra
e i suoi pregiudizi

FLAVIA PERINA

Il momento della verità per l'area progressista si avvicina con un inedito elemento di polemica e riflessione. Gli ha dato corpo Elly Schlein con una frase affilata sull'ostracismo che subisce ormai da mesi: «Sconto anche il fatto di essere donna, di stare con un'altra donna e di avere 40 anni». La leader del Pd offre al suo campo uno specchio in cui rifletterci e una domanda: davvero mi intralciate perché mi giudicate troppo estremista per vincere, oppure esiste un retropensiero di natura diversa? — PAGINA 27

LE IDEE

Il salario giusto
e i dubbi sulla legge

CHIARA SARACENO — PAGINA 27

La grande lezione
della Costituente

ALFONSO CELOTTO — PAGINA 12

FAGNANI IN POLE PER LA SUCCESSIONE

Nuova era "Chi l'ha visto?"
il rebus del dopo Sciarelli

MICHELA TAMBURRINO

Dopo la rincorsa forsennata tra notizie date per certe e smentite altrettanto granitiche, in Rai si affronta l'ennesimo terremoto. A pochi giorni dal 3 luglio quando i palinsesti della prossima stagione verranno svelati agli investitori chiamati a metterci i soldi, esplose il «caso Sciarelli». — PAGINE 30 E 31



IL VIDEO VIRALE

Quella bambina protetta
al concerto di Olly

GIULIA MIETTA, ASSIA NEUMANN DAYAN



Olly sta cantando nel suo concerto a Marassi (Genova). Il pubblico si scatena nel ballo. Anche S., 8 anni, comincia a ballare, insieme alla mamma. Sul prato, davanti al palco, è una bolgia. Ma alcuni ragazzi si mettono in cerchio attorno a S., un girondo improvvisato che la protegge. — PAGINA 20

Sono arrivati i nuovi formati di **PASTA ALL'UOVO** Takeaway 250g

FONTANETO
www.fontaneto.com

Sono arrivati i nuovi formati di **PASTA ALL'UOVO** Takeaway 250g

FONTANETO
www.fontaneto.com



€ 1,40 ANNO 148 N° 171
Spese in P.P. 0,333/0,000 come L. 48/2004 art. 1 (L. 03/08/04)

Il Messaggero

NAZIONALE



Giovedì 25 Giugno 2026 • S. Guglielmo

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Le inchieste del Messaggero/Intervista a Francesco Rocca

«Vietiamo le golf-car in Centro Una legge entro la fine dell'anno»

Urbani a pag. 11



Oggi Molto Donna
**Ambra: vivo
senza libretto
di istruzioni**

Un inserto di 24 pagine



**I numeri veri
ECCO COME
L'ITALIA
SI DIFENDE
DALLE BOLLE**

Marco Fortis

Le vicende delle ultime ore, comunque evolvano, lasciano chiaramente capire fino a che punto le bolle possono essere un grande boomerang per le industrie e i Paesi che ne sono più coinvolti a livello di filiere. L'onda lunga di vendite in borsa è partita dall'America lunedì. Poi il panico sellings sui titoli tecnologici si è trasferito martedì al Korean Exchange, la borsa di Seul, con forti vendite di fondi esteri che hanno provocato un calo dell'indice Kospi del 10% circa. È stato un vero e proprio terremoto improvviso. C'è da sperare che si tratti solo di una scossa di assestamento (come mostrerebbe il parziale recupero di mercoledì) dopo due mesi di crescita forsennata dell'export di circuiti elettronici integrati da parte della Corea del Sud, a seguito della bolla dell'IA. Mesi caratterizzati anche da una impennata in borsa dei titoli di Samsung Electronics e SK Hynix, i due leader del segmento dei chip di memoria fondamentali per lo sviluppo di vasta scala dell'IA, che martedì hanno perso entrambi oltre il 12% sul listino di Seul. Va ricordato anche che Nvidia ha firmato recentemente un importante accordo con SK Telecom per lo sviluppo delle infrastrutture tecnologiche nel Paese, tra cui una gigantesca IA factory.

Dunque, la febbre dell'IA in Corea è altissima. Ma è dagli Usa che è partita. D'altronde, le ultime grandi bolle, da quella della new economy di fine anni '90 a quella immobiliare e dei mutui subprime di inizio secolo, fino alle successive ondate delle tecnologie dei social e delle tic, sono venute sempre dagli Stati Uniti.

Continua a pag. 17

Picco atteso nel weekend. Gli Uffici riducono gli accessi

Il caldo sale ancora 5 vittime in Italia



Alcune turiste si rinfrescano in piazza Venezia, a Roma

Evangelisti e Errante alle pag. 2 e 3

Le opposizioni: il governo chiarisca. La Difesa: solo aerei logistici

«Dalle basi italiane 500 voli verso l'Iran» È polemica su Rutte

► Summit di Berlino, i leader a Trump: pronti a contare di più nella Nato. Ma Donald: deluso da Italia, Francia, Germania e GB

Dal nostro inviato a Berlino Francesco Bechis, Bulleri e Pacifico alle pag. 4 e 5

Le analisi del Messaggero

LA SOLIDARIETÀ
TRA ALLEATI

Stefano Silvestri a pag. 25

LA COMPIACENZA
DI MARK

Guido Boffo a pag. 25

L'intervista/Primo giorno di libertà

Alemanno: «Io esco innocente dal carcere Sistema da cambiare»

Ajello a pag. 6



Orrore in Versilia, il giovane musicista e la mamma-amica

«Meglio morto che gay» Un operaio uccide il figlio e la moglie che lo difendeva

► L'uomo arrestato: «Finalmente mi sono liberato di loro»
Bernardini a pag. 12

Parla Terzopoulos



Con le Baccanti al via il Festival di Ostia Antica

ROMA Theodoros Terzopoulos, il grande regista greco che firma le "Baccanti" di Euripide che stasera apriranno il Teatro Ostia Antica Festival: «Il mio Dioniso è lo straniero dentro di noi».
Ippaso a pag. 21

ENERGIA PER LE TUE GIORNATE

SUSTENIUM PLUS 50+
ENERGIA FISICA E MENTALE

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

E COMPLESSO **actifu**

NANCHE IN FLUOROCINI

© Integratori alimentari non vanno usati come sostituti di una dieta varia, equilibrata e di uno stile di vita sano. ACTIFU® è un marchio di Bioactiv. I Loghi ACTIFU® e il logo di Bioactiv sono marchi registrati di Bioactiv (SUISSE) SA.

Il Segno di LUCA

PESCI, SENSAZIONE
DI SICUREZZA

Il trigonetra Venere e Saturno ti scosione e ti trasmette una sensazione di sicurezza, grazie alla quale diventa più facile operare quelle scelte in ambito economico che un eccesso di precauzioni e scrupoli rischiava di impantianare. Emerge un forte senso pratico, sul quale non sempre puoi fare affidamento. Ti arrendi ai tuoi talenti, dei quali inizi ad avere una consapevolezza diversa. E scopri che il piacere guadagna nuovi spazi. **MANTRA DEL GIORNO**
La musica celta arabeschi di silenzi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA.
L'oroscopo a pag. 25

* Tardem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Padova, Lecco, Brescia 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 • Napoli € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport • Stadio € 1,50; "Fuoriporta al Mare" • € 0,90 (Roma)



Giovedì 25 giugno 2026

ANNO LIX n° 147
1,50 €
San Massimo di Torino
messico

Edizione chiusa
dal 08/02

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

L'Europa e la necessità della transizione L'ENERGIA CHIEDE SCELTE COMUNI

GIOVANNA LANNANTUONI
LUCA VISSONTI PARISO

L'Europa continua a parlare di crisi energetica come se fosse un imprevisto, quando in realtà è il risultato di scelte rinviate troppo a lungo. Ogni volta che i prezzi salgono, si ripete lo stesso copione: allarme, interventi tampone, rassicurazioni di circostanza. Ma il patto è un altro: un continente che dipende ancora in modo così pesante dal gas importato non può darsi davvero sovrano, né sul piano economico né su quello politico. Finché l'energia resterà un problema da gestire in emergenza e non una priorità strategica, l'Europa continuerà a pagare il prezzo della propria esitazione. Ogni volta che i prezzi dell'energia tornano a salire, il dibattito politico si riaccende tra l'urgenza di aiutare famiglie e imprese a reggere l'impatto di bollette sempre più pesanti e la necessità di non perdere di vista gli obiettivi di lungo periodo: tagliare le emissioni, rafforzare la sicurezza energetica e ridurre la dipendenza dalle importazioni di combustibili fossili. È una tensione ormai strutturale, non un episodio passeggero. Eppure la politica continua a trattarla come una parentesi, invece che come uno dei nodi decisivi del presente europeo. La questione energetica italiana, in realtà, può essere letta proprio come uno scontro tra due tempi: il tempo breve dell'emergenza, che impone risposte rapide per proteggere cittadini e sistema produttivo, e il tempo lungo della transizione, che richiede investimenti nelle tecnologie pulite, nelle reti e nell'autonomia energetica del Paese. Il problema della politica è sempre lo stesso: intervenire sul presente senza bruciare il futuro, ma anche promettere il futuro senza lasciare indifeso il presente. Se si sbaglia equilibrio, si finisce per perdere entrambi. Gli choc energetici degli ultimi anni hanno mostrato con chiarezza quanto la nostra economia resti esposta alle oscillazioni del mercato internazionale del gas. Quando il gas diventa scarso o costoso, l'effetto si manifesta in fretta ai prezzi dell'elettricità, alle bollette e alla competitività delle imprese. In altre parole, la fragilità energetica non resta confinata al settore energia: attraversa l'intero sistema economico e si scarica, alla fine, sui redditi delle famiglie e sulla tenuta delle attività produttive. Di fronte a queste emergenze i governi devono intervenire, e su questo non ci sono alibi. Famiglie vulnerabili, piccole imprese e settori energivori non possono essere lasciati soli davanti a rincari improvvisi che rischiano di compromettere redditi, occupazione e coesione sociale. Ma gli strumenti di emergenza hanno un difetto evidente: se alterano i segnali economici che orientano investimenti e consumi, finiscono per rallentare proprio quella transizione che dovrebbe rendere l'Europa meno esposta alle crisi future. È qui che la politica spesso si contraddice: vuole proteggere il presente, ma lo fa in modo da rendere più fragile il domani. Ed è questa, in fondo, la lezione degli ultimi anni: intervenire sui sintomi senza affrontare le cause significa soltanto rinviare il problema. La risposta strutturale non può che passare da un taglio progressivo della dipendenza dal gas importato, attraverso lo sviluppo delle fonti rinnovabili, il rafforzamento delle reti elettriche, gli investimenti negli accumuli, nell'efficienza energetica e nell'elettificazione dei consumi. Non esistono scorciatoie credibili. O si cambia davvero il sistema, oppure si continuerà a inseguire le crisi una dopo l'altra. C'è poi un aspetto ancora più scomodo: le crisi energetiche hanno messo in luce anche i limiti dell'attuale costruzione europea. Di fronte all'aumento dei prezzi, i governi nazionali sono intervenuti ciascuno con strumenti propri e con risorse molto diverse. Alcuni Paesi hanno potuto mobilitare centinaia di miliardi di euro per sostenere cittadini e imprese; altri avevano margini fiscali molto più ristretti.

continua a pagina 2

IL FATTO Oggi i responsabili delle fedi firmano l'impegno al dialogo e al lavoro comune. Prima iniziativa in Europa

Il patto tra le religioni «Insieme per l'Italia»

A YAD VASHEM

Due preti e una donna:
dalla Toscana tre volti
"Giusti tra le Nazioni"

Don Aldo Mel, ucciso dalle SS lungo le mura di Lucca, don Egidio Salvatori e Stella Coppedè, entrambi del Comune di Stazzema, che avevano aiutato a nascondere una piccola - oggi una donna che vive in Israele - sono i nomi che verranno incisi nel Muro d'Onore del memoriale della Shoah a Gerusalemme.

Bernardini
a pagina 5

IL RABBINO CAPO

La tradizione ebraica
legge l'Enciclica
di papa Leone XIV

La Torre di Babele e l'uso distorto della tecnica per "farsi un nome". Le mura di Gerusalemme ricostruite, insieme, da tutto il popolo: il libro di Noemìa che "conserva i nomi". È la parola «emèt», verità in ebraico, formata dalla prima lettera, da quella centrale e dall'ultima dell'alfabeto, che invita ad approfondire.

Rav Arbib
a pagina 18

AGNESE PALMUCCI

Un Patto tra i responsabili delle religioni presenti in Italia che «segna un punto di non ritorno», una svolta storica, un «unicum in Europa». Un documento condiviso per dire al Paese e al mondo che, anche in presenza di «forze esterne e interne» che tentano di dividere, loro non abbandoneranno «il tavolo del dialogo» per costruire la pace. Si è fatto portavoce dei leader religiosi, che stamattina alle 9,30 firmano un Patto comune per il dialogo all'Ana Piacca, il direttore dell'Ufficio nazionale per l'ecumenismo e il dialogo interreligioso della Cei, don Giuliano Savina. L'evento di oggi a Roma è una tappa centrale del percorso iniziato nel 2023, con papa Francesco, nell'ambito del Cammino sinodale delle Chiese che sono in Italia, chiamato «La via italiana del dialogo». Le religioni nello spazio pubblico e per la coesione sociale? L'obiettivo era una riflessione comune sulla necessità di essere, nello spazio pubblico, una risorsa capace di tessere dialogo, comunione e pace. I leader delle religioni diffuse nel Paese hanno avuto, ogni anno, almeno un incontro in presenza nella sede della Cei e due confronti online, «con la metodologia della conversazione spirituale», spiega il coordinatore.

Primopiano alle pagine 4 e 5

I nostri temi

È VITA
Jérôme Lejeune
e l'obbligo
di curare

DANIELE ZAPPALÀ

A cent'anni dalla nascita, il genetista scopritore della trisomia 21 insegna a ribellarsi al fatalismo davanti alle minacce contro la vita umana.

A pagina 17

L'INIZIATIVA CNEL

Rendere
più fraterni
i luoghi di lavoro

ANTONIO FERA

Una proposta di legge sulla fraternità nei luoghi di lavoro: elaborata dal Cnel è ormai prossima all'approdo in Aula alla Camera.

A pagina 15

CLIMA Oggi vertice del Governo: allo studio misure per i più fragili. In città blackout a raffica



Il caldo non molla, cinque vittime

Cinque morti in due giorni: il ministro Schillaci convoca un vertice per «tutelare anziani e bambini». Ma nelle scuole, dove sono in corso gli esami della Maturità, si boccheggia: protestano studenti e professori. Il ministro Viallita chiede fondi per i condizionatori. Intanto, si studiano soluzioni innovative per le case. Vernici «cool» e tegole solari per respingere il calore prodotto dalle città. Oggi in 17 città bolino rosso.

LA RELAZIONE AL PARLAMENTO
Allarme dipendenze:
«È la nuova pandemia»
Carucci, Daloiso e un intervento di don Chino Pezzoli a pagina 8

IL REPORTAGE
A Ochakiv, dove l'Ucraina chiude la sua "porta Est"
Capuzzi (inviata a Ochakiv) a pagina 6

POPOTUS
Kiribati sogna il Mondiale
Otto pagine tabloid

Corpo
Alessandro Deho'
Capelli
Capelli famosi quelli di Sansone, personaggio biblico che porta nel nome, probabilmente, un riferimento al sole. Sansone è il sole e Dalila, la donna che con astuzia lo priverà della forza, è il suo contrario: se lui è possente lei è la minuta, lei è la notte. In questo gioco di opposti la vicenda biblica ci porta a conoscere la storia di questo eroe fragile, forte e potente ma anche ingenuo e schiavo delle passioni e lo fa fino al dramma finale, lo conosciamo, i capelli dell'eroe vengono tagliati ed è come togliere i raggi al sole. Sansone è drammaticamente accecato e costretto a lavori forzati. Prima della fine però i capelli ricrescono, almeno un po', e con i

Agorà
L'INCONTRO
«Oggi lo scrivere è un atto di verità e gesto di umanità»
Lione XXV a pagina 21
SCENARI
E se l'Italia in declino sciogliesse le vele? Il pensiero di Onado
Ferraro a pagina 22
SOCIETÀ
Il mondiale liquido cancella i 90 minuti per la logica smartphone
Capretti a pagina 24

LUOGHI INFINITI
LE FORME DEL PANE
In edicola e online su abbonamenti.avvenire.it
317
Giugno 2026

TURNI RIDOTTI DI SEI ORE A SETTIMANA

Case di comunità al via Medici di base a rotazione

ANDREA CAPOCCI

■ ■ È stato firmato a Roma l'accordo sulla presenza dei medici di famiglia nelle Case di comunità realizzate con i fondi europei del Pnrr. L'intesa tra le regioni e i sindacati Fimmg e Fmt prevede che i medici lavorino nelle nuove strutture per un massimo di 6 ore a settimana, con turni di almeno 3 ore distribuiti tra le 8 e le 20 e una retribuzione di 38,72 euro l'ora. Insieme alla guardia medica notturna, i dottori accoglieranno i pazienti che oggi troppo spesso si rivolgono impropriamente al pronto soccorso anche per le cure di base e le patologie croniche. Le Asl determineranno il fabbisogno di professionisti in ciascuna struttura. Per il ministro Schillaci «è un passo decisivo per andare verso una sanità più moderna, che dia la giusta importanza alla medicina territoriale, un po' quella che è mancata, per esempio, durante il Covid». La soddisfazione è solo di facciata.

L'accordo rappresenta un compromesso al ribasso rispetto alla proposta iniziale del ministro,

che prevedeva l'assunzione di una parte dei medici come dipendenti Asl assegnati in permanenza alle «Case» e una nuova specializzazione universitaria che avrebbe reso la professione più attrattiva. Ha vinto il sindacato Fimmg, maggioritario tra i camici bianchi, da sempre difensore della libera professione dei medici di famiglia contro ogni forma di dipendenza.

Mentre sarà garantita la presenza di un medico di medicina generale in circa 2mila case di comunità (tra hub e spoke), i medici manterranno gli studi privati come sede principale, dedicando una mattina o un pomeriggio a settimana alla Casa di comunità. Una presenza così frammentata mette a rischio l'organizzazione delle nuove strutture prevista dalle linee guida dell'Agenas, che parlano di

una «équipe multidisciplinare» (medici di base, specialisti, infermieri e assistenti sociali) che condivide formazione, momenti di confronto e protocolli.

Con medici di base diversi ogni giorno, sarà difficile trasformare la compresenza in vera integrazione. Il testo non è stato firmato dai sindacati minoritari Smi e Snam, che contestano il ruolo delle Asl nel decidere il fabbisogno di professionisti e lo «stravolgimento della natura giuridica del rapporto di lavoro». Per Pina Onotri, segretaria nazionale Smi, la nuova organizzazione prevede «elementi di un rapporto di subordinazione» e, allo stesso tempo, «l'assenza di tutele previste per il lavoro dipendente».

**Le linee guida
Agenas
prevedevano
invece «équipe
multidisciplinari»**



Orazio Schillaci | Imagoeconomica



L'emergenza dimenticata nella sanità

Boom di medici a gettone, affidamenti diretti e altri segnali di danni strutturali

Il dato non lascia spazio a interpretazioni rassicuranti: nel biennio 2024-2025 il Servizio sanitario nazionale ha speso oltre un miliardo di euro per acquistare sul mercato medici e infermieri "a gettone". Cinquecentosessantotto milioni nel solo 2025, in crescita del quindici per cento rispetto all'anno precedente. Non una diminuzione, dunque, nonostante i vincoli introdotti dal decreto-legge del 2023. Un aumento. Qualcosa non va. Il rapporto Anac fotografa con precisione ciò che molti operatori denunciano da anni: quello che nacque come rimedio emergenziale durante la pandemia si è trasformato in una componente strutturale e ordinaria del funzionamento della sanità pubblica italiana. Le aziende sanitarie non ricorrono ai gettonisti perché non sanno fare altrimenti: lo fanno perché non possono fare altro. Colpisce in particolare la composizione della crescita. La domanda di medici a

gettone è esplosa (più 68 per cento in numero di contratti) mentre quella di infermieri ha registrato una contrazione. Il sistema, insomma, non riesce a garantire nemmeno la copertura medica di base attraverso i canali ordinari, e supplisce acquistando prestazioni sul libero mercato a condizioni che l'Autorità stessa definisce spesso opache e poco competitive. Sul fronte procedurale, il quadro è altrettanto eloquente: il 70 per cento dei contratti è stato affidato in via diretta, senza gara. Una scelta che, come osserva Anac, privilegia rapidità e semplicità a scapito della concorrenza e della trasparenza. Le ispezioni condotte congiuntamente ai Carabinieri dei Nas hanno rilevato criticità ricorrenti che restituiscono l'immagine di un sistema che gestisce l'emergenza cronica a colpi di scorciatoie. I dati del primo trimestre 2026 mostrano una contrazione, ma Anac avverte: è prematuro parlare di

inversione di tendenza. La storia recente insegna che i trimestri successivi tendono a recuperare e superare i valori iniziali. E quindi, nonostante gli attuali paletti normativi, il miliardo del biennio appena trascorso rischia di diventare il nuovo punto di partenza più che un picco da non ripetere.



Medici di famiglia: il pasticcio del Governo

Il ministro Schillaci aveva presentato una bozza di riforma della medicina di base. Che aveva un senso. Ma il suo sottosegretario Gemmato l'ha impallinato. Col rischio di non attivare le Case di Comunità pagate dall'Europa. Così spunta una manciata

di DANIELA MINERVA



Il ministro della Salute Orazio Schillaci aveva avuto un rigurgito d'orgoglio. Non poteva, forse, accettare di chiudere il suo mandato senza aver lasciato un segno intelligente. E aveva scritto una bozza di riforma dei medici di famiglia che finalmente recepiva l'idea che non possono continuare a fare i liberi professionisti dentro un sistema pubblico e

pagato dalla fiscalità generale; l'ha presentata il 23 aprile alla Conferenza Stato-Regioni con una certa urgenza perché a fine giugno scadeva il termine per rendere operative le Case di Comunità pagate coi denari del Pnrr. Ma, tempo un mese e la sua stessa maggioranza lo ha respinto; così lui è stato costretto a ritirare il provvedimento: protagonista il vero plenipotenziario del ministero, il sottosegretario meloniano Marcello Gemmato, già alfiere dell'idea delle "farmacie dei servizi", molto utile ai farmacisti. Che oggi sposa un'altra corporazione, quella dei medici di base che non vogliono diventare dipendenti del Ssn per mantenere i loro vantaggi corporativi, anche se non servono alla salute degli italiani. E dire che il testo Schillaci era un testo morbido. I medici di famiglia avrebbero potuto continuare ad avere la loro convenzione, i loro stu-



REPUBBLICA SALUTE

dioli, i loro orari decisi sulla base delle loro esigenze, ma non sarebbe stata questa l'unica forma di rapporto con Ssn. Infatti, se volevano (e molti giovani lo vorrebbero) potevano diventare dipendenti del Ssn per essere operativi nelle Case di comunità e nelle reti, ovvero nei luoghi del Servizio che costruiscono salute. Un deliberato del testo che non è piaciuto ai medici, ma fondamentale, prevedeva che essi non sarebbero più stati pagati ad assistito (come fossero operatori che dell'intero sistema se ne possono fregare), bensì in base a obiettivi concreti di funzionamento dell'intero Ssn, come ad esempio, le ore prestate nelle Case di comunità, la presa in carico dei cronici secondo i piani regionali, l'utilizzo dei sistemi informativi, la collaborazione con infermieri e servizi territoriali vari.

Insomma, era un abbastanza buon testo. Saporato per far piacere alle corporazioni. Ma restava il problema di rendere operative le Case di Comunità. E così il Governo ha riscoperto il vecchio sistema delle manette: nel rinnovare l'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, ha inserito l'obbligo dei dottori di prestare servizio nelle Case di Comunità fino a 6 ore alla settimana retribuite circa 40 euro l'ora, a mo' di straordinario. Insomma, nulla di strutturale, i medici continuano a essere liberi professionisti; ancora una volta non cambia niente se non l'*argent de poche*.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Affossata l'idea
dei dottori
dipendenti del
Ssn o comunque
legati a fare
rete con le
sue strutture.
Resta la
Babele che ben
conosciamo.
Foraggiata da
un po' di argent
de poche**



CASE DI COMUNITÀ**I VETI INCROCIATI
CHE FRENANO
LA NUOVA SANITÀ****MATTEO BASSETTI**

Si parla moltissimo delle Case di Comunità (CDC), che rappresentano - sulla carta - un modello innovativo di assistenza sanitaria, più accessibile e vicina ai cittadini. Si cerca di creare un ambiente integrato in cui i pazienti possano ricevere cure complete e continue. Una sorta di struttura a cavallo tra ospedale e territorio per la gestione delle cronicità, della prevenzione e delle patologie meno gravi.

La riforma vuole superare il modello ospedaliero tradizionale mirando a migliorare la collaborazione tra i medici di medicina generale e gli specialisti. Sono già molti i paesi orientati verso un approccio di questi tipo: Francia, Spagna, Svezia e UK. Solo attraverso un lavoro di squadra tra specialisti, medici gene-

rici, infermieri, operatori socio sanitari e amministrativi sarà possibile offrire un'assistenza completa e personalizzata.

La medicina moderna richiede competenze diverse ma complementari. Nessuno di noi, da solo, è in grado di rispondere a tutti i bisogni di salute dei cittadini. Il medico di base conosce il paziente nella sua storia clinica e nella continuità del tempo. Il medico ospedaliero contribuisce con competenze specialistiche e con la gestione delle fasi acute e più complesse della malattia. Sono due prospettive diverse che acquistano pieno valore solo quando riescono a dialogare e a integrarsi. Ogni volta che ospedale e territorio collaborano in modo efficace, il cittadino riceve cure più appropriate, più sicure e più umane.

Spesso, però, le riforme a parole uniscono tutti. Tuttavia, non appe-

na viene presentato un testo, che potrebbe essere migliorato e che suscita dibattito, inizia il consueto gioco del tutti contro tutti. Le proposte, prima di essere annunciate e, poi, imposte, andrebbero condivise e concordate con tutti gli attori coinvolti, per evitare brusche ritirate e magre figure, di una politica, talvolta pilatesca e terrorizzata dall'idea di perdere voti.

Finché il sistema sanitario nazionale rimarrà ostaggio di veti incrociati, personalismi e distinguo, si rischia che affondi definitivamente. Ogni volta che una proposta fallisce, si rafforza l'idea che sia meglio non fare nulla. Fino al giorno in cui non parleremo più di riforma, perché non ci sarà più nulla da riformare.





Servizio Dopo la firma dell'accordo

Medici di famiglia in Casa di comunità: ecco chi dovrà andarci e per fare cosa

I medici di medicina generale entrano nelle Case di comunità e lo fanno con precisi obblighi, ma anche con una nuova remunerazione

di Paolo Del Bufalo

24 giugno 2026

Il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per l'attuazione dell'investimento 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona" e parte del PNRR, segna un cambiamento significativo per loro e per il sistema sanitario territoriale italiano. L'obiettivo principale è rafforzare la rete di assistenza primaria, migliorando la presa in carico dei pazienti e garantendo una maggiore accessibilità alle cure. Nel dettaglio dell'accordo, i medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria operano all'interno delle Case della Comunità (CdC), strutture che rappresentano il fulcro della nuova organizzazione sanitaria territoriale. Questi medici, che possono essere titolari di incarico a tempo determinato o indeterminato, svolgeranno attività assistenziale a prestazione oraria, seguendo le indicazioni dell'Azienda sanitaria locale (ASL) di appartenenza.

Per quali medici scatta l'obbligo e con quali orari

La novità principale rispetto al passato è che prima il lavoro nelle CdC era facoltativo: l'accordo di inizio anno prevedeva almeno 4 ore su base volontaria che però nessuno ha fatto in l'Italia e quindi da qui la necessità di renderle obbligatorie.

In assenza di accordi regionali specifici – che restano comunque validi, soprattutto se sono maggiormente remunerativi - l'obbligo di lavorare nelle CdC diventa ora vincolante per i medici. I medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta, che non abbiano accettato di completare il loro impegno settimanale (sia per quanto riguarda le ore da garantire nell'ambulatorio sia per i servizi da erogare nel distretto), sono obbligati a svolgere fino a sei ore settimanali nelle Case della Comunità. Queste ore devono essere distribuite dal lunedì al venerdì, tra le 8:00 e le 20:00, presso le sedi indicate dall'ASL. L'Azienda sanitaria ha il compito di individuare il fabbisogno orario necessario per garantire l'operatività delle CdC e di ripartire il fabbisogno residuo tra i medici operanti nel territorio di competenza. Questo rappresenta un cambiamento rispetto al passato, in cui la distribuzione del lavoro nelle CdC era meno regolamentata e spesso dipendeva da accordi regionali o locali.

Cosa faranno nelle Case di comunità

Un altro aspetto nuovo dell'accordo riguarda l'organizzazione del lavoro. I medici possono concordare tra loro una diversa articolazione delle ore assegnate, purché venga garantita una presenza continuativa di almeno tre ore presso la CdC. Un turno che dovrebbe consentire al medico di svolgere tutti quei compiti che "tradizionalmente" sono suo appannaggio. In particolare nelle Case di comunità il medico di medicina generale lavora in modo integrato con infermieri,

specialisti, assistenti sociali e altri professionisti e individua i pazienti fragili e cronici, predispone e aggiorna i piani assistenziali, coordina il percorso di cura, monitora l'aderenza alle terapie. Tutto continuando - come nel suo studio - a svolgere visite mediche, prescrizioni di farmaci, richieste di esami e visite specialistiche, certificazioni, controlli periodici anche per evitare ricoveri impropri. Tuttavia, è obbligatorio fornire una comunicazione preventiva al Distretto, indicando gli orari e i medici che svolgeranno il servizio. Questo sistema ha come obiettivo quello di garantire una copertura costante e coordinata, migliorando l'efficienza delle strutture e la qualità dell'assistenza.

I compensi e gli obblighi per le Asl

Per quanto riguarda i compensi, il nuovo accordo stabilisce che i medici ricevano un compenso onnicomprensivo di 38,72 euro per ogni ora di attività svolta nelle CdC. Questo importo include un contributo assicurativo pari allo 0,72%, calcolato sulla quota A del compenso (la quota capitaria nazionale). A differenza del passato, in cui i compensi potevano variare in base agli accordi regionali, l'ACN stabilisce che le tariffe siano definite esclusivamente dalla contrattazione nazionale. Tuttavia, le Regioni possono prevedere integrazioni economiche per funzioni specifiche, lasciando spazio a una certa flessibilità.

L'accordo introduce anche obblighi per le ASL, che devono garantire una corretta pianificazione delle attività nelle CdC, individuando il fabbisogno orario e allocando il personale in modo da assicurare una copertura adeguata. Inoltre, le ASL devono collaborare con i referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) per organizzare il lavoro dei medici e garantire la continuità assistenziale.

Il nuovo accordo rappresenta un cambiamento strutturale nel sistema sanitario territoriale italiano. I medici di medicina generale ampliano il loro ruolo, con un impegno settimanale che può includere attività nelle Case della Comunità. Questo nuovo modello di organizzazione del lavoro, parte integrante del PNRR, e punta a rendere il sistema sanitario più efficiente e vicino ai bisogni dei cittadini. Tuttavia, richiede un adattamento significativo da parte di tutte le parti coinvolte, dalle ASL ai medici, fino alle Regioni, che potrebbero giocare un ruolo chiave nel definire ulteriori funzioni e compensi.

Servizio Il Rapporto Anac

I gettonisti sono ancora nelle corsie degli ospedali: speso oltre un miliardo in due anni

Prosegue la corsa a reclutare personale esternalizzato. Busia: «Contratti onerosi per la Pa, servizi inadeguati, rischi per i pazienti»

di Flavia Landolfi

24 giugno 2026

L'emergenza che si fa strutturale, esce dal rimedio nato in epoca Covid per rimpolpare i reparti e diventa sistema. È questo lo sfondo nel quale si muove ormai da anni il ricorso ai gettonisti, medici e infermieri a tempo, che tengono in piedi le corsie degli ospedali italiani. E che tendono, di anno in anno, ad ingrossare le file.

Lo mette nero su bianco il nuovo Rapporto dell'Anac «Domanda del Ssn di servizi di fornitura di personale medico e infermieristico» che Il Sole 24 Ore è in grado di anticipare. Nel biennio 2024-2025 le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale hanno movimentato una domanda pubblica da 1,064 miliardi di euro per l'acquisto di personale esternalizzato. E il dato più significativo è che nel 2025 il fenomeno non rallenta: accelera.

«Purtroppo rimane ancora alta la tendenza all'esternalizzazione del personale sanitario», avverte il presidente dell'Anac Giuseppe Busia. Una deriva che, secondo il numero uno dell'Autorità, produce «contratti onerosi per la pubblica amministrazione, prestazioni inadeguate, rischi per i pazienti» e finisce per impoverire ulteriormente gli organici degli ospedali pubblici. I numeri mettono il dito nella piaga. Nel solo 2025 la domanda pubblica ha raggiunto i 568 milioni di euro, in crescita del 15% rispetto ai 496 milioni dell'anno precedente. Ancora più marcato l'aumento delle procedure, passate da 187 a 255, con un balzo del 36 per cento. Ad accelerare sono soprattutto i medici a gettone. Gli affidamenti per il personale medico salgono da 31 a 50 milioni di euro in un anno, segnando una crescita del 62%, mentre il numero delle procedure aumenta del 68%, passando da 25 a 42. Più contenuta, pur restando imponente, la dinamica della fornitura generica di personale, che da sola vale 947 milioni di euro nel biennio e cresce da 441 a 506 milioni tra il 2024 e il 2025. In controtendenza gli infermieri a gettone. Qui la spesa si riduce da 24 a 13 milioni di euro (-48%) e il numero dei Cig passa da 24 a 18 (-25%). Un rallentamento che tuttavia non basta a invertire il quadro complessivo di una sanità che continua ad attingere a un mercato esterno e precario, a la carte, le risorse necessarie che non riesce più a reclutare stabilmente.

Non si ferma il grande spreco dei gettonisti in ospedale

«È indispensabile che il Servizio Sanitario Nazionale torni ad investire sul personale interno, mediante concorsi pubblici trasparenti, meritocratici e garanti di una congrua remunerazione - ha proseguito Busia -. Le amministrazioni pubbliche dispongono di eccellenti risorse professionali che, tuttavia, in molti casi non sono adeguatamente valorizzate e, anzi, sono spesso spinte verso altri approdi, privando le amministrazioni del loro patrimonio più prezioso». Il numero uno

dell'Anticorruzione stigmatizza «la crescente esternalizzazione del personale sanitario, caratterizzata da contratti particolarmente onerosi per le amministrazioni, in cambio di servizi non adeguati, spesso con rischi per la salute dei pazienti». Non va meglio per le procedure di affidamento e le regole di ingaggio. Il rapporto dell'Anac mostra infatti una crescente preferenza per le formule più rapide e meno competitive. Nel biennio 2024-2025 la modalità prevalente è stata l'adesione ad accordi quadro e convenzioni già esistenti, utilizzandone la residua capienza finanziaria senza avviare nuove procedure di gara. Questa tipologia rappresenta quasi il 60% dei Cig acquisiti nel biennio e arriva a superare il 61% nel solo 2025. Anche sotto il profilo economico il peso è rilevante. Le adesioni ad accordi quadro e convenzioni assorbono il 43,9% dell'importo complessivo movimentato nel biennio, quota salita dal 36% del 2024 a oltre il 50% del 2025.

E veniamo poi agli affidamenti diretti: sette procedure su dieci, spiega l'Authority, vengono assegnate senza gara. Nel biennio rappresentano il 70% del numero complessivo degli affidamenti e nel 2025 registrano una crescita particolarmente marcata: +41% nel numero delle procedure e +59% nel valore economico, fino a raggiungere quasi 290 milioni di euro. Il risultato è che le procedure senza gara finiscono per superare, in termini di valore, le procedure aperte. La geografia del fenomeno conferma infine un forte squilibrio territoriale. Oltre la metà delle procedure si concentra nel Nord Italia, che raccoglie il 54% del totale, seguito dal Mezzogiorno e dalle Isole con il 29% e dal Centro con il 17%.

Limitando l'analisi ai servizi di fornitura di personale medico e infermieristico, le maggiori spese si registrano in Veneto, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia. Se invece si considera l'intero universo della fornitura di personale, comprensivo delle categorie più generiche, cambia il podio: al primo posto si colloca la Sardegna con quasi 329 milioni di euro, davanti alla Lombardia con oltre 207 milioni e al Piemonte con circa 157 milioni. Infine il primo trimestre del 2026 sembrerebbe segnare una flessione della domanda comunque sostenuta da oltre 12 milioni di Cig « ma appare prematuro affermare che si delinei un'inversione di tendenza consolidata», conclude Anac.

Scuola e sanità, rischi di «privatizzazione sostanziale»

L'allarme

Stipendi bassi e investimenti insufficienti allontanano dipendenti e utenti

La lotta all'evasione è una delle leve indispensabili per dare ossigeno a un bilancio pubblico che fra gli affanni della crescita e la zavorra portata dai costi fissi di debito pubblico e pensioni fatica ad alimentare settori vitali delle politiche pubbliche. Dove gli stipendi bassi rendono meno appetibile il posto di lavoro e gli investimenti insufficienti abbassano la qualità dei servizi, con la conseguenza che dipendenti e utenti si spostano verso il privato: quando possono.

La Corte dei conti vede in azione queste due dinamiche gemelle in due settori cruciali delle politiche pubbliche, la scuola e la sanità. L'evoluzione corre sotterranea, senza un disegno politico esplicito: ma appare strutturale, e solidamente fondata sui numeri del bilancio pubblico.

È il presidente della Corte dei conti, Guido Carlinò, a mettere il tassello iniziale del puzzle nella sua introduzione alla parifica. «L'analisi evidenzia un rafforzamento della spesa per investimenti diretti dello Stato nel 2025, sia sotto il profilo programmatico sia in termini gestionali», riconosce. Ma sotto ai numeri complessivi, che in particolare mostrano le autorizzazioni finali per investimenti fissi lordi crescere del 9% a 17,26 miliardi, si

muove una «polarizzazione delle risorse in un numero ristretto di missioni», concentrato su difesa e ordine pubblico, grandi infrastrutture di trasporto, giustizia e beni culturali; e in questo «quadro di sviluppo non pienamente equilibrato», altri settori di intervento «risultano penalizzati o caratterizzati da dinamiche recessive».

Tra questi ci sono appunto scuola e sanità, in cui è il Procuratore generale Pio Silvestri a leggere i segni di una parallela «privatizzazione sostanziale».

«Gli impegni tesi al rilancio della sanità pubblica devono fare ancora i conti con la crisi del personale che continua a rappresentare uno dei principali problemi del servizio sanitario nazionale, e che si riverbera sulla qualità e sull'efficienza del sistema», spiega senza mezzi termini Silvestri sottolineando la «carenza di personale medico e infermieristico» che azzoppa i progetti di rafforzamento della sanità di prossimità, come mostra il tramonto del progetto organico sulle case di comunità, e di taglio delle liste d'attesa, su cui gli ambiziosi obiettivi fissati dal Governo continuano a perdersi nella vischiosità della spesa effettiva delle Regioni oscurata anche da una rendicontazione spesso caotica. Questi fenomeni si manife-

stano con diverse intensità territoriali, in una geografia che penalizza in particolare il Mezzogiorno dove però oltre ai servizi sono più poveri anche i redditi medi, che spesso quindi ostacolano anche le possibilità reali di rivolgersi all'alternativa privata. «Bisogna investire sul capitale umano altrimenti inevitabilmente attratto dalla medicina privata, non bisogna più indugiare o lesinare risorse per il tangibile miglioramento del trattamento economico, della formazione e dell'aggiornamento e dei livelli assunzionali», sostiene Silvestri rimarcando un'urgenza che però fatica a farsi strada nel dibattito politico.

Lo stesso, mutatis mutandis, rischia di accadere nella scuola. Dove a fine 2024 il 53% degli edifici non aveva ancora il certificato di agibilità.

Questo è solo uno dei sintomi più immediati della «tendenza al definanziamento dell'intero settore», che «pare consolidarsi» anche nel confronto internazionale, con l'Italia che dedica all'istruzione il 7,6% della spesa pubblica contro il 9,3% della media europea.

—G.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per il presidente Carlinò e il Pg Silvestri la polarizzazione delle risorse lascia scoperti settori cruciali



Qui ci vuole una sanità Europea

Creare un vero e proprio Servizio comune. Che integri e rafforzi le realtà nazionali. Un'utopia possibile. Partendo da quello che funziona

di MAURIZIO MARANGOLO



Quando le politiche della Commissione e del Parlamento Europeo toccano temi che incidono direttamente sulle condizioni di vita dei cittadini, l'opinione pubblica sul continente si compatta e lo spirito europeo si rafforza. Un'analisi di Eurobarometro

2025, che monitora l'opinione pubblica della Ue, ci dice che quasi tre quarti (72 per cento) degli europei ritiene che il loro Paese abbia beneficiato nel complesso dell'appartenenza all'Unione, e che essa è un luogo di stabilità e di benessere. In questo

contesto geopolitico, tuttavia, se vogliamo rafforzare l'orgoglio europeista bisogna che il governo europeo avvii processi di ulteriore unificazione partendo da argomenti che incidono profondamente sulla qualità di vita dei cittadini europei. La Sanità è certamente uno di questi e forse il più sentito dal-



la maggioranza degli europei. Perciò pensiamo sia venuto il momento di lanciare l'idea, certamente visionaria, di un possibile Servizio Sanitario Europeo; idea che poi dovrebbe essere recepita dalle forze politiche realmente europeiste, elaborata e portata nelle sedi opportune. Un punto sul quale varrebbe la pena soffermarsi è ricercare i punti di convergenza e quelli di dissonanza dei diversi servizi sanitari del continente, valutarne la caratura al fine di una scelta finale sicuramente frutto di compromessi, come normale in una buona politica. Quella che segue è una disamina della situazione in diversi Paesi. Su cui ragionare per cominciare a pensare a una sanità europea.

La lezione del Covid

La politica sanitaria della Ue si fonda sull'articolo 168 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea che identifica i compiti dell'Unione: I) tutela e migliora la salute pubblica, II) previene malattie e pericoli per la salute, III) coordina le politiche sanitarie nazionali, che comunque hanno la responsabilità per l'organizzazione e la gestione dei propri sistemi sanitari, IV) sostiene la cooperazione fra gli Stati membri. È chiaro quindi che la Ue svolge principalmente un ruolo di coordinamento, sostegno e integrazione, ruolo che, e questo è indicativo, si è di molto rafforzato durante la pandemia di Sars-Cov 2. Per lo svolgimento dei propri compiti la Ue si avvale di tre Istituzioni e Agenzie principali: la Commissione Europea che propone la legislazione sanitaria e coordina le politiche tra gli Stati membri, l'Edcd (European Centre for Disease Control) che monitora le minacce sanitarie e coordina le risposte alle epidemie, l'Agenzia Europea per i Medicinali (Ema) che valuta e autorizza i farmaci a livello europeo.

Dopo il Covid-19 c'è stata una svolta importante che ha permesso di rafforzare la prevenzione alle emergenze sanitarie, di centralizzare gli acquisti di farmaci e vaccini e di costituire scorte strategiche europee. In sintesi, la politica sanitaria dell'Ue non sostituisce i sistemi sanitari nazionali, ma li coordina, integra e rafforza, soprattutto in caso di crisi. Dopo la pandemia l'Unione ha assunto un ruolo più attivo puntando su cooperazione, prevenzione, digitalizzazione e resilienza. Rispetto ad altre problematiche, come il lavoro, la fiscalità, e la difesa, l'ambito sanitario sembra aver raggiunto un maggior livello di integrazione, un ottimo punto di partenza per cercare di realizzare un vero e proprio Servizio Sanitario Europeo.

Per vedere come e quanto è un obiettivo possibile ho preso in considerazione le linee guida principali dei servizi sanitari di Italia, Francia, Germania, Spagna e Paesi Bassi, nonché del regno Unito che, pur non facendo più parte dell'Ue ha un Nhs che ha rappresentato un modello di riferimento per molti servizi sanitari europei. L'analisi è stata condotta principalmente per evidenziare alcuni punti fondamentali di ciascun servizio: il tipo di finanziamento, i costi in rapporto al Pil, i punti di forza e quelli di debolezza allo scopo di individuare i punti di convergenza e quelli di divergenza in modo da offrire elementi per formulare delle linee

guida comuni da adottare a livello europeo.

Casa nostra

Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano è stato istituito con la Legge 833 del 1978 che ha sostituito il precedente sistema mutualistico e ha come fondamento giuridico l'articolo 32 della Carta Costituzionale che tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Nel corso degli anni ha subito alcune riforme, la più importante delle quali è stata la modifica del titolo quinto della Costituzione che ha rafforzato il ruolo delle Regioni. I principi fondamentali su cui si basa sono tre: "Universalità", nel senso che tutti hanno diritto alle cure, "Uguaglianza" che garantisce che non vi sia nessuna discriminazione nell'accesso ai servizi, e "Equità" che sancisce la priorità ai bisogni sanitari e non alla capacità di reddito.

Dal punto di vista organizzativo il Ssn è articolato su tre livelli: a) Livello statale in cui lo Stato definisce i Lea (Livelli Essenziali di Assistenza), stabilisce il Piano Sanitario Nazionale, e ripartisce alle Regioni il Fondo Sanitario Nazionale. b) Livello regionale in cui le Regioni organizzano e gestiscono i servizi sanitari, programmano la rete ospedaliera, e controllano le Aziende Sanitarie. c) Livello locale in cui operano le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli Irccs.

Il finanziamento avviene principalmente tramite la fiscalità generale (Irpef e Iva), l'Irap regionale e i ticket sanitari come quota di partecipazione del cittadino. Punti di forza sono: la copertura universale, l'elevata qualità professionale, i buoni risultati in termini di aspettativa di vita, la solidarietà del sistema. I punti di debolezza, invece, sono: il divario nella applicazione dei Lea fra le varie Regioni, in particolare fra quelle del Centro-Nord e quelle del Sud e Isole (come attesta l'ultimo rapporto Gimbe), la lunghezza delle liste d'attesa legate soprattutto alla carenza di personale sanitario, conseguenza quest'ultima anche del sottofinanziamento rispetto alla media Ue (in Italia è il 6,2 per cento del Pil).

Due riforme sono necessarie: bisogna rafforzare la sanità territoriale modificando il rapporto di lavoro dei Medici di Medicina Generale e puntando sulle Case e Ospedali di Comunità, e bisogna incrementare la Sanità digitale con la digitalizzazione dei Servizi, l'uniformità del Fascicolo Sanitario Elettronico, e l'implementamento della telemedicina.

Oltraipe



Il Servizio Sanitario Francese è stato istituito di fatto nel 1945 con l'istituzione della "Sécurité Sociale", è considerato uno dei più efficienti ed universalistici in Europa fondato sul principio della copertura sanitaria universale, garantendo l'accesso alle cure a tutti i residenti legali in Francia. La Sécurité Sociale, su cui si basa il servizio sanitario è un modello di assicurazione sociale obbligatoria che gestisce l'assicurazione sanitaria attraverso l'Assurance Maladie, il tutto supervisionato e regolamentato dal Ministère de la Santé.

I principi su cui si basa sono: a) Universalità che assicura la copertura per tutti i residenti; b) Solidarietà per cui il finanziamento è basato sui contributi proporzionali al reddito; c) Libertà di scelta: i pazienti possono scegliere il proprio medico; d) Qualità di cure grazie a un forte investimento in strutture e personale. Il tutto è finanziato principalmente tramite i contributi sociali su salari e redditi, sui contributi fiscali (Contribution Sociale Généralisée) e attraverso un ticket sanitario moderato. In ogni caso la spesa sanitaria rappresenta circa l'11-12 per cento del Pil. Inoltre, la Francia garantisce assistenza anche alle categorie svantaggiate (basso reddito, disoccupati, pensionati indigenti, stranieri residenti regolari) attraverso una copertura sanitaria solidale e un Aide Médicale de l'Etat per persone senza documenti. Ogni cittadino sceglie il proprio medico di riferimento

che, a sua volta, coordina l'accesso agli specialisti. Il paziente paga la visita e viene rimborsato dall'Assurance Maladie per circa il 70 per cento, la parte restante può essere coperta da assicurazioni complementari private. Le strutture sanitarie comprese dal sistema sono: gli ospedali pubblici, le cliniche private convenzionate, gli studi medici privati, e i centri specialistici. I principali ospedali universitari fanno capo all'Assistance Publique-Hopitaux de Paris. Punti di Forza sono l'alta qualità delle strutture ospedaliere, l'accesso universale, una buona aspettativa di

vita, una forte prevenzione e campagne vaccinali. Punti di debolezza, invece, sono: l'aumento della spesa pubblica, la carenza di personale medico e infermieristico nelle aree rurali, lunghi tempi di attesa per alcune specialità, la forte pressione sul personale sanitario.

Made in Germany

Il Servizio Sanitario Tedesco è certamente il più blasonato di tutti in quanto ha origine dalla legge sull'assicurazione malattia obbligatoria voluta nel 1883 dal cancelliere von Bismark. Adotta un sistema misto pubblico-privato finanziato principalmente tramite l'Assicurazione Sanitaria Obbligatoria (Gkv) che copre circa il 90 per cento della popolazione. È obbligatoria per i lavoratori sotto una certa fascia di reddito, i contributi sono proporzionali al reddito e pari al 14-15 per cento dello stipendio diviso fra datore di lavoro e dipendente. Accanto c'è l'Assicurazione Privata accessibile ai liberi professionisti, ai dipendenti con reddito elevato e ai funzionari pubblici; il premio assicurativo

è basato su età e rischio sanitario, garantisce servizi spesso più rapidi e dà una maggiore libertà di scelta. In ogni caso il servizio sanitario copre: le cure primarie e quelle specialistiche, i ricoveri ospedalieri, le cure preventive, la riabilitazione, la salute mentale, la maternità, e con una assicurazione separata anche l'assistenza a lungo termine. In linea di massima il principio fondamentale è legato al fatto che chi guadagna di più paga di più.

Complessivamente la spesa sanitaria è la più alta d'Europa: circa il 12 -13 per cento del Pil. Tutto il sistema è decentralizzato. Il Governo Federale definisce il quadro normativo e supervisiona tutto il sistema tramite il Ministero della Salute. I Lander sono responsabili della pianificazione ospedaliera e gestiscono tutte le strutture pubbliche. Le Casse Mutue in competizione fra loro raccolgono i contributi e rimborsano le prestazioni. Tutti i servizi vengono erogati dagli ospedali con il più alto numero di posti letto per abitante in Europa (pubblici, privati no-profit e for-profit), dai medici di base, e dalle farmacie. Punti di forza sono l'alta qualità delle cure, i tempi di attesa relativamente brevi, la libertà di scelta del medico, l'ampia copertura e una forte rete ospedaliera. Punti di debolezza: costi molto elevati, complessità amministrativa, carenza di personale sanitario e una forte differenza fra assicurati pubblici e privati.

Sanidad spagnola

La sua istituzione risale al 1986 con la Ley General de Sanidad che estende la copertura sanitaria a tutta la popolazione; nel 2003 viene rafforzato il coordinamento fra Stato e Comunità autonome. Come caratteristica generale il servizio spagnolo è Universalistico in quanto copre tutti i residenti, è finanziato principalmente dalla fiscalità generale, ed è decentrato con ampie competenze attribuite alle comunità autonome; situazione molto simile a quella italiana. Prima fonte di finanziamento sono le imposte generali (Iva, Irpef, imposte societarie) e i trasferimenti statali alle Regioni. In questo modo Madrid garantisce l'accesso gratuito, anche se prevede un ticket moderato e basato sul reddito per i farmaci, e pagamenti diretti per alcune prestazioni non essenziali.

La spesa sanitaria rappresenta circa il 9-10 per cento del Pil. Operativamente il servizio è articolato su tre livelli: statale (Ministerio de Sanidad) che definisce la normativa generale, coordina il sistema, garantisce equità fra le Regioni, e stabilisce il "catalogo comune" delle prestazioni, simile ai nostri Lea. C'è poi il livello Regionale delle comunità autonome, in tutto 17, che gestiscono gli ospedali e centri sanitari, assumono il personale, organizzano i servizi sanitari, gestiscono i bilanci regionali. Infine, a livello locale sono gestiti i centri di



assistenza primaria e il coordinamento territoriale. Esiste anche una forte sanità privata che interessa il 20-25 per cento della popolazione; è usata principalmente per ridurre i tempi di attesa ed è convenzionata con il pubblico in alcune, non tutte, le Regioni.

Tre sono i livelli di assistenza: a) primaria, che è il pilastro del sistema, costituita da Medici di famiglia e pediatri, infermieri, prevenzione e vaccinazioni e gestione delle malattie croniche; b) specialistica e ospedaliera che include: ospedali pubblici, centri specialistici, alta tecnologia, chirurgia ed emergenza-urgenza; c) farmaceutica che garantisce una ampia copertura, prevede un ticket dal quale sono esclusi i pensionati con un tetto massimo mensile.

Punti di forza sono universalità della copertura, buona qualità clinica, forte assistenza primaria, alta aspettativa di vita, efficienza nei costi. Punti di debolezza, invece, sono: liste di attesa per visite specialistiche e interventi, disegualanze fra Regioni, carenza di personale in alcune aree.

Salute e tulipani

Il servizio sanitario olandese è entrato in vigore dal 2006 con l'introduzione di un modello di assicurazione sanitaria universale obbligatoria. Il sistema si articola su tre pilastri principali. Innanzitutto c'è l'assicurazione sanitaria di base obbligatoria: ogni residente deve stipulare a proprie spese una polizza presso una compagnia privata autorizzata che offre una copertura standard stabilita dal Governo. Il premio mensile è a carico del cittadino, anche se tale contributo è proporzionale al reddito e la scelta della compagnia è libera in una lista di autorizzate; prevede una franchigia annuale obbligatoria che, generalmente, è compresa fra i 350 e 400 euro.

Esiste, comunque, un'assistenza, coperta da apposita legge e finanziata dalla tassazione generale, che riguarda gli anziani non autosufficienti, le gravi disabilità, e le cure residenziali permanenti. Così come esistono assicurazioni complementari facoltative che coprono servizi non compresi dall'assicurazione di base: le cure dentistiche per adulti, la fisioterapia aggiuntiva, la medicina complementare, la possibilità di essere ricoverati in camere private. Il fulcro del sistema sanitario è rappresentato dal medico di famiglia che funziona come filtro obbligatorio per accedere agli specialisti; senza la sua indicazione l'assicurazione non rimborsa determinate prestazioni. Da notare che il medico di famiglia è un libero professionista (non dipendente dal sistema) che ha un contratto con le assicurazioni e viene remunerato con una quota capitaria più un compenso per le prestazioni effettuate.

La rete ospedaliera è costituita per lo più da enti privati senza scopo di lucro, fortemente regolamentati dal ministero della Salute e in concorrenza fra loro. La spesa sanitaria, il 10-11 per cento del Pil, generalmente considerata elevata ma sostenibile in base al livello economico della popolazione, permette di offrire buoni indicatori di qualità e tempi di attesa

generalmente inferiori alla media europea. Punti di forza sono la copertura universale obbligatoria, l'elevata qualità delle cure, il forte ruolo della medicina territoriale, un sistema competitivo regolamentato; il che garantisce un alto grado di soddisfazione dei cittadini. Punti di debolezza, invece: negli ultimi anni i premi assicurativi sono aumentati, la complessità dell'amministrazione, c'è una pressione crescente sul personale sanitario per contenere i costi di gestione. Nel complesso il Servizio sanitario olandese rappresenta un modello di assicurazione universale obbligatoria regolamentata particolarmente efficiente e garante di equità e universalità.

Il National Health Service

Il sistema del Regno Unito, attivato nel 1948, uno dei modelli più noti al mondo di sanità universalistica finanziata dalla fiscalità generale, è uno dei pilastri del welfare britannico. Principi fondanti sono l'Universalità (accesso a tutti i residenti), la Gratuità poiché

nessun pagamento diretto è dovuto per la maggior parte dei servizi, e il finanziamento tramite la tassazione generale. È un sistema decentralizzato composto da quattro sistemi distinti: quello inglese, quello scozzese, quello delle isole e quello nord-irlandese, ognuno con autonomia amministrativa e gestionale. La spesa sanitaria è pari a circa il 10-11 per cento del Pil e ha come principale fonte la fiscalità generale, in parte poi ci sono contributi previdenziali. Il budget complessivo è stabilito dal governo centrale. Il servizio garantisce gratuitamente le visite mediche, i ricoveri ospedalieri, gli interventi chirurgici e le emergenze. Sono invece a carico, parziale, del cittadino: i farmaci con un ticket fisso, le cure dentistiche, e gli occhiali.

I servizi sono così organizzati: c'è l'assistenza primaria costituita dal Medico di base (General Practitioner) che è il primo punto di accesso al servizio ed è l'unico a poter prescrivere l'accesso agli specialisti. L'assistenza secondaria, invece, comprende gli ospedali pubblici, le cure specialistiche e gli interventi chirurgici. Un ulteriore livello è quello dell'assistenza terziaria, rappresentata dai centri di alta specializzazione e dai trattamenti complessi come l'oncologia avanzata, i trapianti. E infine ci sono servizi complementari: la salute mentale, le ambulanze, le cure domiciliari, molto sviluppate, gli screening e la prevenzione comprese le vaccinazioni. Punti di forza sono una elevata equità e universalità di accesso, i costi amministrativi relativamente bassi, la forte attenzione alla medicina preventiva. Punti di debolezza: lunghe liste d'attesa, carenza di personale sanitario e una pressione finanziaria crescente, soprattutto dopo la pandemia di Covid che ha richiesto di ampliare rapidamente la capacità degli ospedali e ha accelerato sulla digitalizzazione e sulla telemedicina.



Clima Prime misure nelle Regioni Afa, cinque vittime Lavoro, i divieti nelle ore più calde

Ancora vittime per l'afa: 5 morti in Italia. Prime misure regionali per gli orari di lavoro: divieti nelle ore più calde. Disagi nelle scuole per la Maturità. Nel weekend previsto il picco.

da pagina 10 a pagina 13

Afa, dalle Regioni lo stop al lavoro tra le 12.30 e le 16 Il summit al ministero

Monitoraggio negli ospedali, numero verde e cabina di regia

di **Valentina Santarpia**

Bollino rosso in 16 città su 27 monitorate: il ministero della Salute è in pieno stato di allerta per l'ondata di caldo che sta colpendo l'Italia. Scatta l'allarme per Ancona, Bologna, Brescia, Bolzano, Firenze, Frosinone, Latina, Milano, Perugia, Pescara, Rieti, Roma, Torino, Venezia, Verona, Viterbo mentre sono a livello arancione Genova e Bari. Oggi si riunisce una cabina di regia per fare il punto della situazione, valutare i dati raccolti e decidere se attuare ulteriori misure di intervento. Al tavolo ci saranno anche i tecnici del Dep Lazio (il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale) e della Protezione civile che, dopo aver monitorato i numeri, proprio come se stessero af-

frontando una mini emergenza da epidemia, solleciteranno le Regioni ed eventualmente il governo sulle criticità.

«Codice calore»

Da lunedì scorso è attivo il 1500, il numero di pubblica utilità del ministero della Salute operativo dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 17: gli operatori forniscono consigli per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute, orientano ai servizi sul territorio, fanno counseling medico sanitario e danno informazioni sulla tutela della salute dei lavoratori esposti al sole durante le attività all'aperto. Ma questo è solo un pezzo del piano nazionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute, che prevede, oltre ai bollettini, un sistema di sorveglianza della mortalità giornaliera e degli accessi al pronto soccorso: l'obiettivo è monitorare quante persone si rivolgono ai

servizi ospedalieri per motivi legati al caldo, in modo da attivare una risposta tempestiva, con il cosiddetto «codice calore», per dare un'assistenza differenziata e preferenziale.

Le ordinanze

Fondamentali sono anche le risposte delle Regioni delle città «rosse». Molte — sulla scia della norma prevista dal decreto Infrastrutture — hanno già approvato ordinanze per vietare i lavori faticosi all'aperto nelle ore più calde, dalle 12.30 alle 16.00. Il divieto



scatterà nei giorni e nelle aree della Regione in cui la piattaforma Workclimate segnala un livello di rischio «alto».

I bollettini

Lo stop è scattato nelle Marche, in Lombardia, in Umbria (dove sono state adottate indicazioni specifiche per i riders), e in Abruzzo, dove si è posta l'attenzione anche a chi lavora «in ambienti chiusi che devono essere adeguatamente climatizzati o isolati per ridurre i rischi per il personale». La Toscana tiene sotto controllo i livelli di ozono. Nel

Lazio vengono pubblicati quotidianamente sul sito della Regione tutti i bollettini legati al meteo in modo da allertare la Protezione civile. La Regione Piemonte ha attivato un tavolo sull'emergenza caldo. Sul sito di Arpav (Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto) c'è la mappa dell'Indice di disagio fisico, piattaforma interattiva che fotografa in tempo reale l'impatto del caldo sul corpo umano attraverso l'indicatore Humidex. La Protezione civile della Regio-

ne Puglia fornisce dati in tempo reale sui picchi di caldo. Ma nei prossimi giorni potrebbero essere attivati altri provvedimenti.

16
Regioni

Le amministrazioni regionali che hanno approvato le ordinanze territoriali (con scadenza di solito a fine agosto, metà settembre) con le quali vietano i lavori pesanti all'aperto dalle 12.30 alle 16

I punti

L'allerta

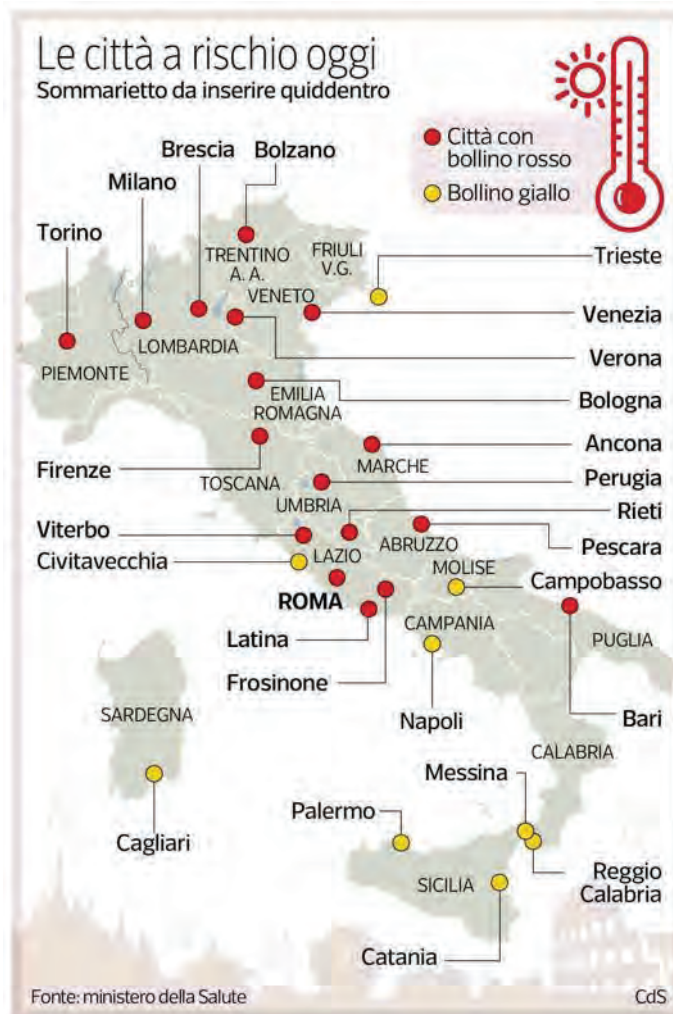
✓ L'Italia è in stato di allerta per l'ondata di calore con 16 città con bollino rosso e 2 con bollino arancione

Le ordinanze

✓ Quasi tutte le Regioni hanno approvato di recente le ordinanze per vietare i lavori faticosi all'aperto durante le ore di picco

La fascia di stop

✓ La fascia oraria di stop è 12.30-16, laddove la piattaforma Workclimate segnala livelli di rischio «alto»



Già pronte le raccomandazioni per prevenire l'influenza nel 2026-2027 Tra gli obiettivi, ridurre l'impatto sui lavoratori dei servizi pubblici primari

Ridurre la trasmissione complessiva dell'influenza, proteggere le persone vulnerabili, diminuire l'impatto dell'influenza sui lavoratori dei servizi pubblici di primario interesse collettivo, diffondere le buone pratiche vaccinali, le misure di igiene e protezione individuale non farmacologica. Sono questi gli obiettivi principali della circolare n. 0005134 in materia di "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2026-2027", predisposta dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, le Regioni e Province Autonome, sentito il Consiglio Superiore di Sanità.

Il documento, pubblicato ufficialmente il 23 giugno, elabora annualmente le raccomandazioni per l'uso dei vaccini antinfluenzali in Italia sulla base delle indicazioni in materia dell'Organizzazione Mondiale

della Sanità (OMS) e tenendo presente una serie di aspetti, come il trend epidemiologico della malattia influenzale, le popolazioni target per la vaccinazione, la sicurezza, l'immunogenicità e l'efficacia dei vaccini antinfluenzali.

Nello specifico, la circolare chiarisce l'importanza delle campagne vaccinali al fine di ridurre il rischio di costi sociali e sanitari; ospedalizzazione; trasmissione a persone ad alto pericolo di complicanze. Per tal motivo il Ministero della salute chiarisce che il vaccino antinfluenzale è indicato per i bambini dai 6 mesi ai 6 anni, le persone

di età pari o superiore a 60 anni, le donne in gravidanza, gli operatori sanitari, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza. Infine, tra le attività di prevenzione, utili a contrastare la diffusione dell'influenza senza far ricorso ai farmaci, troviamo una serie di azioni volte alla protezione individuale quali: l'igiene delle mani per un tempo minimo di 40-60 secondi ogni volta, l'utilizzo di disinfettanti per le mani a base alcolica specialmente dopo aver tossito o starnutito, protezione delle vie respiratorie in presenza di sintomatologia alle vie aeree superiori come raffreddore e tosse, gestione prudente delle dinamiche sociali con persone i cui sintomi sono attribuibili all'influenza.

Pasquale Quaranta

—© Riproduzione riservata—



Circolare del Minsalute



È VITA

Jérôme Lejeune e l'obbligo di curare

DANIELE ZAPPALÀ

A cent'anni dalla nascita, il genetista scopritore della trisomia 21 insegna a ribellarsi al fatalismo davanti alle minacce contro la vita umana.

A pagina 17

La scoperta delle origini genetiche della sindrome di Down doveva servire, nelle sue intenzioni, a prevenire e curare i pazienti. Ma il grande scienziato francese non si arrese mai all'uso distorto delle sue ricerche. E al fatalismo

Lejeune, la lezione di non rassegnarsi

DANIELE ZAPPALÀ

«**J**érôme Lejeune amava i suoi pazienti ed è stato un segno di contraddizione, resistendo alle pressioni subite. Sapeva che i più disprezzati sono spesso i più vulnerabili». A parlare è Jean-Marie Le Méné, presidente della fondazione che porta il nome del celebre co-scopritore francese della causa genetica della sindrome di Down, chiamata da allora scientificamente trisomia 21. Ricercatore e medico di fama mondiale, ma anche fervente difensore della vita, Lejeune, scomparso il 3 aprile 1994, nel giorno di Pasqua, è stato dichiarato venerabile nel gennaio 2021, nel quadro del processo di beatificazione.

Lunedì, all'indomani dei cent'anni dalla nascita dello scienziato (13 giugno 1926), papa Leone XIV ha ricevuto in udienza una folta delegazione internazionale della Fondazione Jérôme Lejeune e degli altri enti affiliati, sottolineando nel suo discorso che «il messaggio e l'opera del venerabile Jérôme Lejeune poggiano sull'universalità della ragione e del cuore coniugati». Per Le Méné l'udienza con il Papa ha rappresentato un momento chiave: «In un mondo in cui diventa così difficile difendere la vita umana, il suo incoraggiamento ci dà una forza particolare per proseguire nella nostra azione con fiducia e determinazione».

Lei ha definito l'eredità di Jérôme Lejeune come «visiona-

ria». In che senso?

Nel Dopoguerra fu uno dei pochi a realizzare una scoperta tanto importante nella genetica. Ma comprese fin da subito che ciò poteva ritorcersi contro il rispetto della persona umana. Il cromosoma in più che scoprì permetteva di conoscere che il nascituro era affetto da trisomia, consentendo di prevedere attenzioni speciali. Ma ciò apriva la strada pure ad aborti pensati per evitare quella nascita. Anche per questo, Jérôme Lejeune si lanciò in ricerche per cercare di migliorare in ogni modo la salute, il benessere, l'autonomia dei bambini.

Dal 1994, anno della morte, l'eredità di Lejeune suscita crescente ammirazione. Quali omaggi l'hanno più toccata?

Naturalmente fummo particolarmente colpiti dall'immediato omaggio di Giovanni Paolo II, che presentava Jérôme Lejeune come un modello di lotta per la vita. Un modello per i



medici, per le famiglie, per i genitori, nella Chiesa. Un omaggio che oggi percepiamo come una prefigurazione della causa di beatificazione. Ma ci colpiscono pure omaggi molto più discreti e impreveduti, da parte di famiglie che ci dicono di pregare pensando al professor Lejeune, anche in Paesi lontani in cui lui non era mai stato, come in America Latina. Riceviamo pure testimonianze di medici che ci dicono di considerarlo un modello, pur essendo cresciuti in contesti molto lontani. Il suo messaggio, la sua reputazione umana e spirituale si sono propagati in modi che non ci aspettavamo.

I progressi sulla trisomia 21 non mancano. L'aura del professore contribuisce a queste ricerche?

In effetti, nella sua scia rimane in vita la convinzione che una prospettiva terapeutica non sia impossibile. In passato l'opinione pubblica si fermava all'idea che non si potesse far nulla. Ma con il tempo i ricercatori hanno maturato la convinzione che si dovesse tentare di andare oltre, magari partendo da obiettivi intermedi. I progressi più importanti riguardano il benessere e la speranza di vita, ad esempio intervenendo sull'apnea notturna: trattandola precocemente si accresce l'ossigenazione cerebrale, con miglioramenti notevoli descritti in una pubblicazione sulla rivista *The Lancet*. Nella scia del professore, continua la battaglia contro il fatalismo, anche su fronti come l'Alzheimer, che colpisce più spesso chi è affetto da trisomia.

In che modo la Fondazione contribuisce a far conoscere l'impegno del professore?

Fra le nostre attività, da una decina d'anni, figurano pure quelle dell'insegnamento per formare giovani del mondo scientifico, medico, giuridico. Si tratta di corsi ispirati alla medicina ippocratica che praticava il professor Lejeune. Attività simili contribuiscono a un passaggio del testimone anche sul piano morale ed etico.

Quest'eredità romperà il ghiaccio dei pregiudizi che resistono?

In termini di finanziamenti per la ricerca, le no-

stre speranze hanno oggi una dimensione internazionale. Nutriamo così una piena speranza che le ragioni che animarono il professore possano sempre più espandersi nei Paesi con cui collaboriamo, come Spagna, Italia e Stati Uniti. Dobbiamo fornire prove che le nostre ricerche avanzano nella direzione giusta. Sul piano antropologico, difendere la vita è oggi una battaglia molto dura. Cerchiamo di esprimerci in tutti i dibattiti bioetici, compreso quello attuale sul fine vita. Ma nei media e nel mondo politico permangono fossati d'incomprensione e ostilità. In tal senso, è chiaro che scoperte scientifiche di prim'ordine potrebbero influenzare il fronte etico. Del resto, Jérôme Lejeune

diceva di conoscere solo un modo per salvare davvero i suoi pazienti: riuscire a guarirli.

Le capita di parlare con giovani ricercatori sulle orme di Lejeune?

Sì, e ogni volta è toccante. Si tratta di persone che non hanno conosciuto Jérôme Lejeune, per ragioni generazionali, ma che restano ispirate dalla sua opera. Sono giovani che non hanno vissuto le battaglie del professore contro l'aborto, ma che esprimono una forza morale e un impegno molto incoraggianti. Alla Fondazione ci diciamo che riuscire a trasmettere il nome di una personalità alla posterità è davvero raro, ancor più nel mondo scientifico.

Il vostro impegno è proprio lo stesso del professore, su un triplice fronte: fare ricerca, prestare cure, difendere. Cercano ancora di dissuadervi?

Sì. In effetti, molti faticano a cogliere il nesso di coerenza fra queste tre missioni. La ricerca e le cure sono ben comprese, a differenza della testimonianza in difesa dei malati. Ma rinunciare a quest'ultimo fronte sarebbe tradire il senso più profondo dell'impegno di Jérôme Lejeune e della sua visione della medicina. Se un medico smette di difendere la vita ciò significherebbe rinnegare, prima o poi, l'obbligo di curare.

Cent'anni dalla nascita del genetista difensore della vita. Il leader della "sua" Fondazione, Le Méné: non ci arrendiamo alle sfide che minacciano l'umanità



A sinistra, il genetista francese Jérôme Lejeune (1926-1994) con una giovane affetta da trisomia 21. Sopra, lo scienziato Jean-Marie Le Méné, presidente della Fondazione intitolata a Lejeune.



DECINE LE FIRME ALLA PETIZIONE ONLINE

La lettera dei medici: no al suicidio assistito

«Suicidio assistito: non una cura, ma la fine del rapporto medico-paziente» è il titolo della «lettera aperta» affidata alla piattaforma online Change.org per la libera sottoscrizione dei colleghi da «un gruppo di medici di varie specializzazioni» convinti sostenitori del «principio secondo cui l'attività medica è ontologicamente in opposizione al suicidio: si studia anni per cercare di curare al meglio il paziente, non per eliminarlo. Pertanto – chiariscono – il suicidio medicalmente assistito è deontologicamente non accettabile». I 270 – sinora – sottoscrittori della lettera vanno oltre dicendosi persuasi che «una legge sul suicidio assistito non è, a oggi, necessaria in Italia» perché «qualunque testo di legge, anche il più garantista, introdurrebbe, nei fatti, il suicidio come diritto, secondo l'illusione che la soluzione dei problemi della vita possa essere la fine della vita stessa, aprendo a un piano inclinato che porta al suicidio persone malate di depressione o solo perché anziane, come già accade in altri

Paesi dove queste leggi sono approvate da anni e da cui occorre imparare». L'intervento del gruppo di medici suona come una ribellione morale a quello che a molti pare un piano inclinato verso l'accettazione del principio che la vita umana a certe condizioni sarebbe «sacrificabile». La loro lettera fa notare che «la possibilità da parte del paziente di rifiutare le cure è già chiaramente garantita dall'attuale ordinamento», un «diritto» che «si deve accompagnare alla certezza di non essere abbandonati, attraverso un adeguato accesso alle cure palliative». Inoltre, la «sentenze della Consulta dal 2019 in poi hanno introdotto una sorta di diritto al suicidio assistito "gratuito"», arrivando «a forzare il Parlamento a legiferare in materia di suicidio assistito, ma anche a deciderne le condizioni di attuazione: esiste forse un diritto a disporre della propria vita obbligando la società a farsi carico di terminarla?». Richiamando «le radici della professione medica», i firmatari della lettera citano le parole di Cicely Saunders,

«fondatrice degli hospice», rivolte al malato: «Faremo tutto ciò che è in nostro potere non solo per aiutarti a morire in pace, ma anche per farti vivere fino al momento della tua morte». E invitano la società a «ripensare il suo ruolo» offrendo «una prossimità umana al bisogno del malato e della sua famiglia, che un popolo cresce e si educa alla speranza». La lettera è aperta alla firma dei medici ([tinyurl.com/bdhzvw49](https://www.change.org/p/la-lettera-aperta-dei-medici-no-al-suicidio-assistito)). (F.O.)



«Il dottore» di Luke Fildes, opera che illustra la lettera



INIZIATIVA DI ITALIA E SANTA SEDE PER UNO STOP ALLA "GESTAZIONE PER ALTRI"

«Moratoria internazionale per la surrogata»

ANTONELLA MARIANI

Una moratoria internazionale sulla maternità surrogata, da raggiungere attraverso un impegno comune degli Stati, attraverso la sottoscrizione di una Dichiarazione Politica Congiunta (Joint Political Declaration) lanciata nei giorni scorsi a Ginevra. È un obiettivo che può sembrare arduo, ma in passato abbiamo assistito alla messa al bando di pratiche ritenute per secoli accettabili e infine rivelatesi lesive della dignità umana: lo stesso processo ora si potrebbe aprire anche per la Gpa, la Gestazione per altri, legale in pochissimi Paesi, tra cui gli Stati Uniti, non autorizzata in forma commerciale in quasi tutta Europa, consentita con limitazioni in alcuni altri tra cui Sudafrica, India e Ucraina e dichiarata reato universale dall'Italia nel 2024, unica al mondo. La Dichiarazione

per la moratoria è stata promossa dai governi di Italia, Cile e Camerun durante una conferenza a margine della sessione del Consiglio diritti umani dell'Onu, in corso dal 15 giugno e fino al 10 luglio a Ginevra. Tra i primi aderenti c'è anche la Santa Sede. L'Argentina ha partecipato da remoto. La Dichiarazione - ha rilanciato la ministra per la Famiglia Eugenia Roccella nell'incontro di presentazione del 22 giugno - riafferma principi già sanciti dagli strumenti fondamentali del diritto internazionale dei diritti umani: la dignità di ogni persona e delle donne in particolare, il diritto di ogni bambino ad avere una identità certa. La Dichiarazione ora viene sottoposta al vaglio della diplomazia internazionale: se l'obiettivo più ambizioso è quello dichiarato, cioè l'adozione di una moratoria internazionale sulla Gpa, l'orizzonte è lo sviluppo di un quadro giuridico internazionale per abolirla in tutto il mondo. «Collaboriamo - ha continuato Roc-

cella - per garantire che le donne siano protette dallo sfruttamento, che i bambini siano tutelati dalla mercificazione e che la dignità umana rimanga al centro di ogni politica che perseguiamo».

Al Consiglio Diritti Umani è intervenuta Reem Alsalem, relatrice speciale dell'Onu sulla violenza contro le donne e le ragazze, che già nel 2025 aveva inserito la Gpa tra le forme di violenza. A Ginevra ha presentato un rapporto specifico sulle madri, documentando come povertà, discriminazioni, marginalità economica, migrazioni e guerre si accaniscono contro di loro. Un capitolo del report è dedicato alla Gpa, che nel mondo genera un giro d'affari stimato tra i 23 e i 32 miliardi di dollari: le madri surrogate sperimentano molte forme di violenza e discriminazione, tra cui sfruttamento, manipolazione psicologica e dipendenza. Un esempio: se il feto non corrisponde a ciò che era stato pattuito, i contratti tra i genitori commit-

tenti e la donna che porta avanti la gravidanza possono prevedere l'aborto forzato, cioè anche se non voluto dalla gestante. Esiste poi il trauma della separazione del neonato dalla madre che l'ha partorito subito dopo la nascita. Con il lancio della Dichiarazione congiunta, al di là degli obiettivi prossimi, si vuole soprattutto aprire il dibattito su una pratica che trasforma le donne in strumenti di riproduzione e i bambini in oggetto di contrattazione e compravendita. «La dignità umana fondamentale non può dipendere dai confini geografici», ha concluso la ministra Roccella.



I promotori della moratoria a Ginevra, al centro la ministra Roccella



L'analisi

IL DOLORE DEL FETO EVIDENZA INNEGABILE

CARLO BELLINI

Ho pubblicato sul "Journal of Medical Ethics" un articolo in commento a quanto ivi scritto da Stuart Derbyshire, filosofo dell'Università di Singapore. La sua tesi si riassume in due punti: occorre una prova concreta, cioè la chiara espressione a parole e non solo forti indizi, per sostenere che il feto senta dolore, e - secondo punto - questo vale anche per il bambino già nato finché non sa esprimersi a parole. Partiamo da quest'ultimo punto: viene a essere messa a rischio la coscienza faticosamente fatta crescere nel mondo medico sul dolore del neonato e di chi non sa esprimersi a parole per una malattia o per disabilità. Ci rimanda il pensiero a periodi grigi, quando negando il dolore dei neonati si ometteva anche la loro cura con farmaci antidolorifici; e ad altre ere in cui le persone che non possono esprimersi sembrano avere meno diritti degli altri o comunque meno possibilità. "Lancet" titolava tempo fa che in Inghilterra le persone con disabilità mentale sono «invisibili al sistema sanitario nazionale». Vediamo ora di chiarire il fatto del dolore fetale: che piaccia o no, il feto può sentire dolore dalla metà della gravidanza. Questo riguarda tutta la medicina e non solo il tema dell'aborto, dato che oggi i feti possono essere curati chirurgicamente prima di nascere, e di conseguenza bisogna evitare che soffrano. Derbyshire dice che, dato che non sanno

dire che soffrono, noi dobbiamo usare l'anestesia solo se l'intervento provocherà conseguenze fisiche. Molto riduttivo. Ho avuto l'onore di essere l'editor di un numero speciale della rivista "Frontiers in Pain Management" accogliendo numerosi studiosi - da Bridget Thill a Kim Doheny - che rafforzavano questi dati. Ed è da poco uscito sullo "European Journal of Pain" un "position paper" che spiega bene come il feto senta il dolore e abbia coscienza. Già, oggi la domanda non è "se" il feto sente il dolore, ma «esattamente da quale settimana di gravidanza» lo sente e «che caratteristiche ha questo sentire il dolore», «che coscienza ne ha». Oggi si indaga addirittura su quando la coscienza inizi a essere presente nell'essere umano in via di sviluppo. Ho pubblicato recentemente uno studio che rivede tutta la letteratura scientifica in proposito, tra cui studi fatti con l'ultrasofistica tecnica della magnetoencefalografia fetale. Le conclusioni sono interessantissime. Ovviamente non sono un banale bianco e nero, ma un forte invito al ragionamento. Che parte dalla domanda su cosa sia davvero la coscienza (per esempio: nel sonno, nelle persone con danno cerebrale, nei feti, nelle persone comuni); e arriva a sintetizzare che, seppure sia difficile dire a parole cosa è la coscienza, possiamo riconoscere il suo tratto di base, il suo minimo denominatore: la memoria. Quando c'è memoria c'è coscienza. E la memoria deve essere non solo quella espressa a parole ma anche quella di chi mostra un comportamento particolare quando rivive una precedente esperienza; come fa un feto, per esempio riconoscendo

dopo la nascita la voce sentita prima di nascere, o i sapori sentiti nell'utero. La presenza della coscienza rende ancor più cogente bloccare ogni minimizzazione e negazione del dolore dei piccolissimi, sia già nati che ancora nel pancione. Per questo è importante che questi studi proseguano: per ora infatti sono pochi, come abbiamo mostrato recentemente in un lavoro sul dolore fetale pubblicato su una delle maggiori riviste pediatriche mondiali, "Early Human Development", insieme a Sumy Anand, il pioniere del dolore del feto e del neonato. Gli studi sono pochi e poco conosciuti. Ma i dati di cui siamo in possesso sono tali da far riflettere sull'importanza e la sensibilità nell'alba della vita. E da non far dubitare sul dolore del feto e del neonato. Vale la pena sottolineare un fatto, a conclusione: la pubblicazione citata ha come sottotitolo "Rivista dedicata alla continuità della vita pre e post-natale". In poche parole spiega l'approccio scientifico da tenere verso questi piccoli pazienti meglio di una lunga conferenza.



Un confronto tra la “Caritas in veritate” e la “Magnifica humanitas”

BENEDETTO XVI E LEONE XIV: DUE LETTERE TRA CONTINUITÀ E SVILUPPO DEL MAGISTERO

GIOVANNI SCANAGATTA

Il confronto tra *Magnifica humanitas* (2026) e *Caritas in veritate* (2009) è particolarmente fecondo perché entrambe le Encicliche affrontano il rapporto tra sviluppo umano e trasformazioni storiche, ma lo fanno a partire da due rivoluzioni diverse: quella della globalizzazione tecno-economica per Benedetto XVI e quella dell'intelligenza artificiale per Leone XIV. Entrambi i Pontefici si oppongono a ogni forma di riduzionismo dell'essere umano. Per Benedetto XVI, il problema fondamentale è uno sviluppo che pretende di essere autosufficiente rispetto alla verità sull'uomo e su Dio. Lo sviluppo autentico deve essere “integrale”, cioè riguardare tutte le dimensioni della persona: economica, sociale, culturale, spirituale e religiosa.

Per Leone XIV, il rischio è ancora più radicale: l'essere umano può essere ridotto a dato, algoritmo, funzione calcolabile. L'Enciclica insiste sul fatto che l'IA non possiede coscienza, responsabilità morale, relazioni autentiche o esperienza vissuta; pertanto non può mai essere equiparata alla persona umana.

In entrambe le Encicliche la dignità umana precede e giudica la tecnica.

C'è poi il nodo della tecnica: da tema importante a questione centrale. E qui emerge la differenza più significativa. In *Caritas in veritate*, la tecnica occupa una posizione di grande rilievo, culminando nel celebre capitolo VI, “Lo sviluppo dei popoli e la tecnica”. Si tratta di una novità storica nel magistero sociale: per la prima volta un intero capitolo di un'enciclica è dedicato alla tecnica come questione teologica, antropologica ed etica.

Benedetto osserva che: a) la tecnica è espressione della creatività umana; b) non è mai neutrale; c) tende però a trasformarsi in ideologia; d) induce l'uomo a credere di essere l'unico artefice di sé stesso. La domanda fondamentale è: l'uomo governa la tecnica o viene

governato da essa? Per Benedetto il problema non è ancora una tecnologia specifica, ma la mentalità tecnocratica che rischia di dominare la politica, l'economia e persino la bioetica.

Leone XIV raccoglie precisamente l'eredità di Benedetto XVI e la sviluppa. Laddove Benedetto parlava della tecnica in generale, Leone si concentra sulla sua forma oggi più avanzata e pervasiva: l'intelligenza artificiale. L'intero terzo capitolo di *Magnifica humanitas* è dedicato a: 1) paradigma tecnocratico; 2) potere digitale; 3) algoritmi; 4) IA; 5) transumanesimo; 6) postumanesimo. Se Benedetto temeva che la tecnica diventasse un criterio assoluto di giudizio, Leone mostra come questo rischio si concretizzi negli algoritmi che: i) orientano decisioni sociali; ii) influenzano il lavoro; iii) concentrano il potere nelle mani di pochi soggetti; iv) possono essere impiegati in ambito militare; v) tendono a sostituire il discernimento umano. Si potrebbe dire che *Magnifica humanitas* rappresenta l'applicazione dell'analisi di *Caritas in veritate* all'era dell'IA.

Quindi il tema della Carità nella verità e umanità abitata da Dio. Le categorie teologiche principali sono differenti. Per Benedetto XVI, la categoria decisiva è la *Caritas in veritate*. L'amore ha bisogno della verità per non ridursi a sentimentalismo. La verità ha bisogno della carità per non diventare astrazione. Lo sviluppo umano nasce dall'incontro di queste due dimensioni. Per Leone XIV, la categoria decisiva è la *Magnifica humanitas*. L'essere umano è grande non perché tecnologicamente potenziato, ma perché creato da Dio e chiamato alla comunione con Lui. Per questo Leone critica le prospettive transumaniste che identificano il progresso con il superamento biologico dell'uomo. Dove Benedetto difende la verità dello sviluppo umano, Leone difende la stessa verità contro il rischio di una ridefinizione algoritmica dell'umano.

Un altro capitolo da considerare riguarda lo sviluppo dei popoli. Anche qui vi è una forte continuità.

Benedetto XVI colloca lo sviluppo dei popoli come tema centrale dell'intera Enciclica. Riprendendo *Populorum progressio*, Benedetto insiste sul fatto che il sottosviluppo non è soltanto economico ma soprattutto umano. Lo sviluppo, come affermava Polo VI, e il nuovo nome della pace.

Per Leone XIV, lo sviluppo rimane essenziale, ma assume una nuova forma. Il problema non è più soltanto l'accesso ai mercati o alle risorse.

Si aggiungono: accesso ai dati; controllo degli algoritmi; proprietà delle infrastrutture digitali; distribuzione dei benefici dell'IA. Leone denuncia infatti il rischio che dati, piattaforme e sistemi algoritmici siano concentrati nelle mani di pochi attori globali. In questo senso, si può parlare di una nuova questione sociale: la questione algoritmica.

Infine, una sintesi conclusiva. Una formula efficace potrebbe essere la seguente: *Caritas in veritate* è la grande Enciclica sullo sviluppo umano integrale nell'epoca della globalizzazione; *Magnifica humanitas* è la grande Enciclica sulla custodia dell'umano nell'epoca dell'intelligenza artificiale. Oppure, in termini di sviluppo del magistero: Benedetto XVI si chiede: come può la tecnica servire lo sviluppo dei popoli senza dominare l'uomo? Leone XIV si chiede: come può l'Intelligenza artificiale servire l'uomo senza ridefinire ciò che significa essere uomo?

Da questo punto di vista, il capitolo VI di *Caritas in veritate* (“Lo sviluppo dei popoli e la tecnica”) appare quasi profetico: esso prepara il terreno teorico e antropologico sul quale Leone XIV costruisce l'intera riflessione di *Magnifica humanitas*. La seconda può essere letta come uno sviluppo organico della prima, nel passaggio dalla “questione della tecnica” alla “questione dell'intelligenza artificiale”.

Professore di Politica economica e monetaria all'Università di Roma “La Sapienza”



**LA RELAZIONE
AL PARLAMENTO**

Allarme dipendenze: «È la nuova pandemia»

Carucci, Daliso e un intervento di don Chino Pezzoli a pagina 8

«La pandemia delle dipendenze»

*Il sottosegretario Mantovano presenta la Relazione annuale: «Preoccupano i giovani, nessuna famiglia può considerarsi immune»
Aumenta al 26% il consumo di stupefacenti nella fascia 15-19 anni. Il messaggio di Meloni: «Più risorse ma dobbiamo fare squadra».*

MAURIZIO CARUCCI
Roma

Quelli che emergono dalla Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle dipendenze in Italia 2026 sono «numeri di una pandemia che ha la caratteristica di non essere percepita come tale». Per il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Alfredo Mantovano la situazione è seria, lo sforzo da compiere condiviso: «Come governo abbiamo raddoppiato le risorse nella lotta contro le dipendenze, dai 90 milioni di euro ai 160. C'è una necessità di fare squadra. Non è un problema solo di controlli. Nessuna famiglia può essere considerata immune».

I numeri del fenomeno

Un dato su tutti: uno studente minorenni su quattro, nel 2025, ha provato almeno una sostanza illegale. Se nel 2024 erano il 20%, quest'anno sono il 23%, in aumento. Cifra che sale al 26% nella fascia 15-19 anni. Tra le droghe assunte dai più giovani, cannabis e cocaina sono ancora le più diffuse, ma si osserva una crescente diffusione di prodotti ad alta potenza e di Nuove Sostanze Psicoattive (Nps) in particolare cannabinoidi sintetici e nuovi oppioidi. Tra gli studenti dai 15 ai 19 anni, dopo la flessione osservata tra il 2022 e il 2024, si osserva una ripresa, tra gli altri, di oppiacei, oppioidi sintetici e ketamina, mentre la cannabis, pur restando la sostanza più diffusa, mostra un lieve calo.

Nel complesso, in Italia, la cocaina si conferma una delle sostanze con il maggiore impatto sanitario e sociale e rappresenta un ter-

zo dei decessi per droga. Inoltre il 28% degli utenti Serd risulta in carico per uso primario di questa sostanza/crack. Mentre l'eroina - che per la prima volta fa registrare meno decessi rispetto a quelli attribuiti al consumo di cocaina - continua a rappresentare la sostanza principale per il 57% delle persone attualmente in carico.

Quanto poi alle nuove tendenze nei comportamenti a rischio tra gli studenti minorenni, ci sono le forme legate al digitale: quasi 230mila giovani hanno mostrato un utilizzo problematico di Internet e il 47% ha riferito di essere

stato vittima di episodi di cyberbullismo. La relazione si focalizza poi anche sul gaming: il 17% degli studenti under18 ha mostrato profili di gioco a rischio. Infine, il gioco d'azzardo che tra i minorenni raggiunge i livelli più elevati osservati negli ultimi anni: il 64% ha giocato almeno una volta nella vita e il 59% lo ha fatto nel corso dell'ultimo anno. Le modalità più diffuse restano Gratta&Vinci e scommesse calcistiche. Venerdì 26 giugno, in occasione della Giornata Onu contro le dipendenze, le comunità di recupero insieme a una delegazione di circa 300 persone saranno ricevute al Quirinale dal presidente della Repubblica. E Mantovano esprime il ringraziamento a Mattarella per «il suo costante sostegno, per la sua partecipazione e vicinanza in questo percorso». Infine l'altra grande novità: l'unificazione dei telefoni verdi per le diverse dipendenze (droghe, fumo, alcol, azzardo e doping) in un numero unico. L'800940789, che offrirà attraverso l'Istituto superiore di sanità una

prima risposta, del tutto gratuita, a chi ha bisogno e lo indirizzerà verso i servizi territoriali specifici. Uno strumento che sarà affiancato da una nuova linea specialistica dedicata alle dipendenze da Internet e dalle nuove tecnologie.

Un Piano nazionale

La Relazione descrive un fenomeno in evoluzione: cambiano i consumi, le vecchie dipendenze si intrecciano alle nuove, emergono problemi sconosciuti in passato, non solo tra i più giovani. «È una realtà molto complessa che richiede un approccio a 360 gradi e il coraggio di risposte lungimiranti, risposte che abbiamo tentato di dare in questi anni partendo dalle priorità, come la questione delle risorse». Lo dice la presidente del Consiglio Giorgia Meloni in un videomessaggio, spiegando che l'esecutivo è al lavoro per definire il nuovo Piano nazionale sulle dipendenze che «individuerà gli obiettivi dei prossimi anni». «Con questo Governo - sottolinea la premier - il sistema nazionale contro le dipendenze può contare sulla dotazione economica più robusta di sempre, oltre 160 milioni di euro solo nel 2025, fondamentali per sbloccare le assunzioni nei Serd, sostenere il lavoro delle comunità di recupero, investire nei programmi di prevenzione e garantire la libertà di cura su tutto il territorio».



L'IA aiuta la ricerca: nasce una piattaforma affinché i risultati diventino utilizzabili

Una sanità che macina record

L'ormone regola l'appetito e le cellule la senescenza

DI CARLO VALENTINI

L'IA può non essere un oggetto misterioso. Un esempio sono i passi avanti che in concreto sta facendo la medicina grazie al suo uso. Per esempio in alcune cliniche inglesi già avvengono utilizzati i farmaci Crispr (è il nome attribuito a una famiglia di segmenti di DNA contenenti brevi sequenze ripetute) per abbassare il colesterolo. Ma la stessa famiglia di farmaci viene utilizzata contro la sordità congenita.

Altre sostanze sono state perfezionate grazie all'IA, si tratta del GLP-1: è il surrogato di un ormone intestinale che regola l'appetito e la glicemia. Esso simula questa azione e stimola l'insulina, rallenta lo svuotamento gastrico e aumenta il senso di sazietà. Anche in questo caso le prime utilizzazioni stanno avvenendo in Gran Bretagna per il diabete e l'obesità.

A breve ci sarà una diffusione in tutto il mondo di questi antidoti a malanni che sembravano invincibili. Accanto ai farmaci già in corsia in taluni ospedali altri sono in uno stato avanzato e alla vigilia di un probabile loro uso. Spiega **Nicoletta Lanese**, di LiveScience (New York): «Siamo più vicini che mai a ottenere cure efficaci per malattie un tempo incurabili, tra cui l'HIV. Le terapie con cellule staminali stanno riparando danni oculari che causano cecità e stabilizzando cuori in insufficienza. Le nuove terapie contro il cancro promettono di prolungare la vita dei pazienti e ridurre la probabilità di reci-

diva. E trattamenti all'avanguardia stanno salvando i bambini da devastanti malattie genetiche. Per esempio **Kj Muldoon**, un bambino nato con una rara malattia genetica, è diventato la prima persona a ricevere un trattamento personalizzato, ovvero anziché il prelievo di cellule, la loro modifica in laboratorio e la successiva reintroduzione nell'organismo questo nuovo trattamento è consistito nel correggere una specifica mutazione nelle sue cellule, e la modifica è avvenuta direttamente all'interno del suo corpo. Altre sperimentazioni in fase avanzata riguardano i senolitici, farmaci che eliminano le cellule senescenti, ovvero biologicamente invecchiate, dall'organismo, poi ecco lo xenotrapianto, ovvero il

trapianto di organi animali nell'uomo che sta facendo notevoli progressi, e infine il ruolo dei virus nella demenza, che potrebbero fare riscrivere radicalmente la nostra comprensione delle malattie neurodegenerative e come trattarle».

L'Europa cerca di non rimanere indietro e ha stanziato una prima tranche di 10 miliardi di euro per cercare di posizionarsi tra i leader del settore entro il 2030. Sono state individuate le carenze e proposte soluzioni. Tra le prime: ecosistemi di innovazione frammentati, dati e intelligenza artificiale sottoutilizzati e una lenta adozione delle innovazioni da parte del mercato. Perciò il piano approntato prevede di ottimizzare e coordinare il sistema della ricerca e innovazione e garantire un accesso rapido al merca-

to per ciò che supera la fase sperimentale.

L'Italia risponde, tra l'altro, con una piattaforma il cui logo è *PerfeTTO*, che già raggruppa 50 partners, 12 università e 4 fondazioni (tra esse: l'Istituto Humanitas, la fondazione Agostino Gemelli, l'Istituto per lo studio dei tumori Irst) presentata a Bologna in occasione di *We make future*, (Noi creiamo il futuro), rassegna (nei padiglioni fieristici, fino a domani) dedi-

cata allo sviluppo tecnologico. Scopo della piattaforma è dare sbocco alla ricerca italiana. Dice **Luca Battistelli**, tra coloro che coordinano la piattaforma: «Vogliamo cancellare la cosiddetta valle della morte, il punto critico in cui un'idea o un'innovazione scientifica rischia di non arrivare al mercato, il passaggio dalla ricerca alla commercializzazione richiede infatti competenze, tempi e risorse diverse da quelle della ricerca e, proprio in questa fase, molte tecnologie promettenti si arenano nel nostro Paese, impedendo ai risultati della ricerca di trasformarsi in soluzioni concrete per i pazienti».

Quindi qui dovrebbero confluire le ricerche, favorite nel loro sviluppo dalla centralizzazione della documentazione, e una volta raggiunti gli obiettivi scientifici delle sperimentazioni la piattaforma metterà in contatto i ricercatori con le aziende interessate. È un tentativo di superare la frammentazione, che spesso è un freno tira-



to che impedisce lo sviluppo. La partenza avviene con 30 milioni di euro, di cui 15 investiti dal ministero della Salute. Tra i promotori di *PerfeTTO* vi è **Erica Rurali**, del Centro cardiologico Monzino, sede a Milano. Lei spera, tra l'altro, di riuscire a completare una sperimentazione che è già a buon punto: «Le malattie cardiovascolari, quelle ischemiche del cuore e cerebrovascolari sono tra le principali cause di invalidità e mortalità in Italia e nei Paesi con economie avanzate. Una delle patologie più rischiose per la sua natura improvvisa è l'aneurisma dell'aorta, una dilatazione innaturale di un tratto dell'aorta dovuta al cedimento della sua parete. Le cause dell'aneurisma aortico sono condizioni infiammatorie o traumi, ma includono anche l'arteriosclerosi. In particolare, studiamo l'interazione tra due mo-

lecole, *Emmprin* (il recettore molecolare) e *CyPa*, che si legano insieme, e il funzionamento ricorda la relazione tra una chiave e la sua serratura. Questo legame è coinvolto in diverse patologie cardiovascolari, e la nostra ipotesi è che sia coinvolto anche nello sviluppo degli aneurismi».

Con PIA arriva la Sanità 5.0. La ricerca avanza nel mondo, l'Italia riuscirà a dare un suo contributo? Intanto le tre speranze mediche del 2026 (speranze: guai ai facili ottimismo) sono state individuate da organismi internazionali. Ci vorrà tempo ma la strada sembra quella giusta.

1. In studi condotti su topi di laboratorio e cellule umane, gli scienziati hanno scoperto che bloccando la proteina FGFR2, che accelera la crescita delle cellule tumorali pancreatiche in fase iniziale è possibile impedire che diventino cancerose in de-

terminate situazioni.

2. Il primo cerotto impiantabile capace di rafforzare la parete cardiaca nelle scimmie. Cellule staminali coltivate in laboratorio sono state indotte a trasformarsi in muscolo cardiaco e tessuto connettivo prima di essere impiantate e integrate nel cuore.

3. Trapiantare una vescica è tecnicamente più complesso di trapiantare un cuore. La vescica ha un groviglio di vasi sanguigni, nervi, connessioni urinarie che la natura ha assemblato con precisione millimetrica. Ora un team dell'università della Southern California ha compiuto il primo trapianto di vescica funzionante: medici-pionieri, come lo fu **Christiaan Barnard**.

Grazie all'IA è stato sintetizzato il GLP-1: è il surrogato di un ormone intestinale che regola l'appetito e la glicemia. Esso simula questa azione e stimola l'insulina, rallenta lo svuotamento gastrico e aumenta il senso di sazietà. Le prime utilizzazioni stanno avvenendo in Gran Bretagna per il diabete e l'obesità

In fase avanzata sono farmaci che eliminano le cellule biologicamente invecchiate, dall'organismo. Novità anche sul trapianto di organi animali nell'uomo che sta facendo notevoli progressi, e infine il ruolo dei virus nella demenza, che potrebbero iscrivere la comprensione delle malattie neurodegenerative



Ok definitivo al Fondo per gli enti di ricerca: in arrivo 1,54 miliardi

Il decreto sul Foe

La dote a disposizione sale di 22 milioni rispetto allo stanziamento del 2025

Cresce, anche se di poco, la dotazione a disposizione degli enti pubblici di ricerca italiani. A confermarlo è il decreto che è stato firmato ieri dalla ministra Anna Maria Bernini e che porta a 1,54 miliardi il valore del Fondo di finanziamento ordinario per il 2026, il Foe (che è un po' l'equivalente dell'Ffo per le università), con una crescita di circa 22 milioni rispetto al 2025.

Lo schema di Dm e la tabella riepilogativa ricalcano quanto anticipato sul Sole 24 ore del 6 giugno. Rispetto a un anno fa, infatti, diminuiscono leggermente (di 5 milioni, ndr) le assegnazioni base che arrivano a 1,44 miliardi. Contemporaneamente si aggiungono però 60 milioni di euro destinati al finanziamento premiale degli enti pubblici di ricerca, in aumento di 20 milioni rispetto ai 40 milioni stanziati per il medesimo fine nel 2025. Risorse che verranno assegnate sulla base di indicatori relativi alla produzione scientifica, alla partecipazione alle infrastruttu-

re di ricerca e alla capacità di avanzamento degli interventi finanziati con il Pnrr. Da aggiungere ci sono poi altri 7,27 milioni di euro destinati al reclutamento di ricercatori e tecnologi degli enti pubblici vigilati dal Mur, nell'ambito del piano straordinario di assunzioni previsto dalla legge di Bilancio 2026. Per arrivare agli 1,54 miliardi complessivi bisogna infine tenere conto dei 40 milioni vincolati in partenza. Di questi, 14 milioni sono destinati a Elettra- Sincrotrone di Trieste, 7,4 milioni all'Invalsi e 18,8 all'Indire.

Passando alla ripartizione tra i singoli enti la fetta più ampia di contributi andrà anche stavolta al Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr), che si prepara a ricevere 734 milioni. Alle sue spalle troviamo l'Istituto nazionale di Fisica nucleare (Infn) con 353,4 milioni in arrivo e l'Istituto nazionale di astrofisica (Inaf) con 151,3, che a sua volta precede l'Istituto nazionale di geofisica e

vulcanologia (Ingv) con 85 milioni o giù di lì. Completano il quadro delle istituzioni finanziate dal Foe: l'Area di ricerca scientifica e tecnologica di Trieste, che si vede recapitare 34,4 milioni; l'Istituto nazionale di ricerca metrologica (Inrim) con 30,4 milioni; l'Istituto nazionale di oceanografia e di geofisica sperimentale (Ogs) con 25,1 milioni; la Stazione Zoologica "Anton Dohrn" di Napoli (17,5 milioni); il Museo storico della fisica e centro di studi e ricerche "Enrico Fermi" con 3,7 milioni; l'Istituto nazionale di alta matematica (Inam) con 3,5 milioni; l'Istituto Italiano di Studi Germanici (2,1 milioni).

— **Eu.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In testa anche stavolta c'è il Cnr con 734 milioni, alle sue spalle un terzetto formato da Infn, Inaf e Ingv



Biopsia liquida: il test che c'è ma non per tutti

Una goccia di sangue svela se una malata di tumore del seno beneficerà dei nuovi farmaci. Ma non tutti i centri possono fare il test. E le pazienti sono costrette a viaggi onerosi e faticosi. Basterebbe un sistema di reti che semplifichi prelievi ed esecuzione

di ADRIANA BONIFACINO

Innovatività farmacologica, medicina di precisione personalizzata, attenzione alla qualità della vita del paziente, sono parole che sentiamo spesso, soprattutto in oncologia. E sono anche realtà, forse non equamente ancora distribuite su tutto il territorio nazionale, senza dover necessariamente pensare ad una Italia divisa tra Nord e Sud. L'attenzione alla centralità della malattia e l'accesso alle cure negli ultimi anni non è più tanto una differenza di latitudine, ma forse più una differenza di codice postale. Città metropolitane verso province, mancanza di rete fra ospedale e territorio, difficoltà territoriali nel soddisfare i bisogni di chi un problema serio di salute lo ha e magari anche nella stessa Regione è costretto a spostamenti che mettono in crisi la persona e la famiglia.

Quella che vi racconto ora, è una storia vera, quella di un farmaco, disponibile, rimborsabile, costoso, frutto della innovatività farmacologica ma per molti pazienti ancora irraggiungibile. Per poterne usufruire è necessario avere la positività di un test da una biopsia liquida, cioè un prelievo di sangue con un trattamento particolare. È il paradosso della medicina di oggi: la ricerca scientifica corre veloce, produce terapie sempre più mirate e personalizzate, ma il sistema organizzativo fatica a tenere lo stesso passo. E così il rischio è che l'innovazione esista

sulla carta, ma non nella vita concreta delle persone.

Dietro il tema tecnico della biopsia liquida ci sono storie di vita e di malattia. Il tumore della mammella continua, infatti, a essere la neoplasia più frequente nella donna e sono migliaia coloro che oggi convivono con una diagnosi metastatica. Grazie ai progressi della ricerca e delle terapie, la sopravvivenza è aumentata significativamente, consentendo a molti pazienti di vivere più a lungo e con una migliore qualità di vita. Ma proprio per questo diventa fondamentale garantire un accesso rapido ed equo agli strumenti della medicina di precisione che oggi consentono di comprendere meglio l'evoluzione biologica della malattia e orientare i trattamenti. Attraverso la biopsia liquida è possibile ricercare nel sangue una mutazione chiamata ESRI; questa è una mutazione che possono avere alcuni pazienti con tumore ormonale metastatico della mammella, la forma più frequente di carcinoma mammario avanzato, in progressione di malattia dopo terapia endocrina. In Italia, i pazienti (per lo più donne, ma anche gli uomini) che potrebbero beneficiare del test sono circa 15.500 l'anno, con trend purtroppo in crescita. Per una parte di loro, l'identificazione della mutazione ESRI attraverso la biopsia liquida può consentire l'accesso a nuove terapie mirate oggi disponibili per il tumore mammario metastatico resistente alle terapie ormonali.

La biopsia liquida è un nuovo modo di pensare l'oncologia: un semplice prelievo di sangue può oggi aiutare a comprendere l'evoluzione biologica della malattia e

orientare scelte terapeutiche più appropriate. Ma una innovazione è davvero tale solo quando diventa concretamente accessibile.

Non tutti i centri di anatomia patologica in Italia possono eseguire questo test; la piattaforma ha un costo ed è necessario personale formato per l'esecuzione di test molecolari. Sarebbe auspicabile che in ogni Regione ci siano più centri che possano effettuarlo, ma per alcune Regioni non è così. E ancora una volta il rischio è che il luogo in cui si vive finisca per condizionare le opportunità di cura. Ci sono pazienti che possono accedere ai test e altre che devono affrontare attese, spostamenti e percorsi complessi proprio nel momento di maggiore complessità della malattia. Non dovrebbe accadere in un Servizio Sanitario Nazionale fondato sul principio dell'universalità e dell'equità.

E le pazienti si incamminano, pur metastatiche, per raggiungere i centri regionali dove eseguibile. Ma è giusto? Dietro questi spostamenti ci sono costi di viaggio, magari famiglie da gestire o figli da accompagnare, caregiver che devono assentarsi dal lavoro. C'è una tossicità finanziaria e psicologica della malattia di cui ancora troppo poco si parla. E che rischia di



REPUBBLICA SALUTE

aggravarsi ulteriormente quando l'accesso all'innovazione dipende dalla Regione in cui si vive. Certamente non tutti i centri di anatomia patologica possono dotarsi di piattaforme tecnologiche avanzate e costose. Ma sicuramente un paziente oncologico soprattutto se metastatico ha diritto a un service che, in 24 ore massimo, porti il sangue prelevato con le modalità corrette nei centri di raccolta. Ser-

ve una modalità di rete fra centralità e periferie in connessione fra loro. Nostro compito è sollecitare le Regioni e i Direttori Generali a organizzare reti che semplifichino i percorsi. Dare una ulteriore chance di vita e di qualità della vita a chi non risponde più a una linea di trattamento e potrebbe usufruire di un farmaco che esiste ed è disponibile. La cura è un diritto. E il cancro non aspetta.

**Serve personale
formato
nell'esecuzione
di test
molecolari
Tutti hanno
diritto alla cura**



**ADRIANA
BONIFACINO**
Oncologa
e senologa.
Fondatrice
dell'Associazione
IncontraDonna.
In pensione dal
1° luglio 2022
per quanto
riguarda l'attività
accademica e
assistenziale
presso il
Policlinico
Umberto I e
l'Ospedale
Sant'Andrea
di Roma.
Attualmente
responsabile della
Senologia Clinica
e Diagnostica
dell'Istituto
di Roma



Robot o chirurgo?

Qui vince l'uomo

Non sempre una maggiore tecnologia si traduce in risultati migliori. Talvolta comporta un aggravio di costi senza vantaggi per il paziente. I risultati di uno studio coordinato dall'Italia

di VALENTINA ARCOVIO

Più tecnologia non significa sempre e automaticamente cure e risultati migliori. O almeno è così nella cardiologia interventistica, dove il fattore umano resta il vero "game changer". A emettere questo inaspettato verdetto sono i ricercatori dello studio internazionale Optimal, coordinato dall'Irccs Policlinico San Donato insieme all'Oxford Heart Centre. Nell'era del tecnocentrismo, i risultati del lavoro, pubblicati sul *The New England Journal of Medicine*, ribaltano l'approccio consolidato e riportano l'esperienza clinica in una posizione di primaria importanza. Al centro dello studio c'è l'angioplastica (Pci) del tronco comune, l'arteria regina che irrorà il muscolo cardiaco. Per anni si è ritenuto che l'uso dell'ecografia intravascolare (Ivus), una sonda microscopica che "guarda" dentro le arterie, fosse indispensabile per garantire il successo dell'intervento. Tuttavia, i dati raccolti su 806 pazienti tra Italia, Spagna e Regno Unito raccontano una storia diversa: dopo tre anni, non sono emerse differenze significative tra chi è stato operato con il supporto dell'ecografia e chi con la sola angiografia tradizionale in termini di infarti, ictus o mortalità.

«Il nostro studio dimostra chiaramente che l'utilizzo dell'Ivus non è collegato a esiti migliori rispetto all'approccio tradizionale

quando l'intervento viene eseguito da specialisti esperti», spiega Luca Testa, cardiologo delle Unità di Cardiologia Clinica, Interventistica e Terapia Intensiva Coronarica dell'Irccs Policlinico San Donato, nonché coordinatore del lavoro. «Rimane invece una significativa differenza sui tempi d'intervento: con l'Ivus l'operazione dura all'incirca mezz'ora in più. Oggi sembrerebbe che i robot stiano per sostituire tutto – continua – ma è l'integrazione tra uomo e macchina a fare la differenza. Il tecnicismo fine a sé stesso è vuoto se manca il fattore umano».

Del resto la storia ci ricorda che la tecnologia è un cantiere aperto. «Pensiamo agli stent bio-riassorbibili, dispositivi in polimero biodegradabile che si dissolvevano nel sangue, ma che sono stati momentaneamente abbandonati perché meno sicuri delle leghe metalliche. La ricerca – racconta Testa – serve a questo: a capire cosa funziona davvero, a rimettere in discussione le innovazioni e migliorarle finché non diventano realmente efficienti».

Il risultato dello studio non è però una condanna alla tecnologia, bensì un inno all'appropriatezza clinica. La chiave di lettura risiede nell'eccellenza dei centri coinvolti. «Lo studio Optimal – commenta Ciro Indolfi, professore straordinario di Cardiologia all'Università di Cosenza e past-president della Società italiana di cardiologia – sembra offrire una risposta chiara: l'uso dell'Ivus non migliora gli esiti rispetto alla sola angiografia. Ma la realtà è più sfumata. I pazienti sono stati trattati in centri altamente specializzati,

da operatori esperti. In queste condizioni ideali, anche la sola angiografia raggiunge risultati eccellenti. Ma nella pratica quotidiana, dove l'esperienza è variabile, l'Ivus può essere un "equalizzatore", riducendo il rischio di errori. Inoltre, studi e meta-analisi hanno mostrato una riduzione degli eventi cardiovascolari con l'uso dell'Ivus, in particolare nelle lesioni più complesse come quelle del tronco comune. In definitiva, lo studio Optimal non chiude il dibattito, ma lo riapre su basi più realistiche: non se l'Ivus serva sempre, ma quando e per chi possa fare davvero la differenza».

Oltre all'aspetto clinico, emerge prepotente il tema della sostenibilità: evitare procedure lunghe e costose quando non strettamente necessarie, come può essere talvolta l'Ivus, permette di concentrare le risorse dove possono fare la differenza. Mentre il gruppo di ricerca guarda già oltre, il messaggio dello studio Optimal resta scolpito: la tecnologia è uno strumento potente, ma il "bussole" della decisione clinica resta saldamente nelle mani (e nella testa) del medico. La medicina del futuro non sarà meno tecnologica ma sarà più intelligente.



Emergenza fegato e non è solo l'alcol

La minaccia globale si chiama Masld, più a rischio chi è obeso o ha il diabete 2. L'organo si riempie di grasso, si infiamma e si arriva alla fibrosi (e non solo)

dalla nostra inviata **ELVIRA NASELLI**

Non sono soltanto i reni gli organi di cui spesso ci dimentichiamo. Nella poco invidiabile classifica c'è anche il fegato. E tutti hanno in comune il fatto che, anche se stanno parecchio male, non danno segnali chiari e sintomi evidenti, se non quando il danno ormai è avanzato. Le malattie legate al fegato, però, rischiano di avere effetti incalcolabili sui sistemi sanitari del mondo perché il danno epatico non è solo legato all'alcol, come molti continuano a pensare, ma alle patologie metaboliche oggi diffusissime, come diabete di tipo 2 e obesità.

E aumentando i numeri di malati di diabete 2 e obesità crescono in parallelo i numeri della Masld, un acronimo che disegna una malattia del fegato in cui l'accumulo di grasso nell'organo porta a infiammazione prima e poi, in una pericolosa escalation, a una malattia più grave, la Mash, che comporta fibrosi, cirrosi epatica fino ad arrivare al cancro. Ed è un'emergenza sanitaria perché rispetto alla popolazione generale i diabetici di tipo 2 corrono il 66 per cento di rischio di ammalarsi di Masld, gli obesi con Bmi sopra i 35 addirittura il 90 per cento. E la percentuale non è bassa neanche tra la popolazione generale: 38 per cento, un terzo della popolazione adulta.

L'allarme per i sistemi sanitari mondiali arriva da Barcellona, dove si è svolto un evento internazionale, il Global Think Thank on Steatotic Liver

Disease, che ha raccolto decine di esperti epatologi da tutto il mondo, che avvertono: intercettare subito la marea in arrivo dei malati di Masld prima che sia troppo tardi e la malattia sia più difficile da curare. Il direttore del Global Think Thank, Jeffrey Lazarus, professore al Barcelona Institute for Global Health, cita i numeri: «Oggi le malattie epatiche colpiscono 1.7 miliardi di persone nel mondo, la sfida è globale ma queste malattie sono sottovalutate dai sistemi sanitari e solo ora l'Assemblea dell'Onu ha votato una prima risoluzione che le considera un pezzo mancante nella strategia contro le malattie non trasmissibili. È un inizio, ma bisogna andare oltre: oggi nessun Paese con malati di Masld ha preso misure di contrasto. E a fronte di centomila diagnosi nel mondo, la stragrande maggioranza dei pazienti ancora non è stata raggiunta. Devono cambiare i sistemi sanitari, le politiche e le città: per questo abbiamo portato avanti il pro-



getto delle Mash Cities, città dove le istituzioni si impegnano a portare avanti iniziative di comunicazione, presa in carico e cura delle malattie di fegato. E la prima è in Italia, ed è Bergamo».

C'è anche da dire che non dando sintomi particolari allo stadio iniziale e fino a quando in realtà non ci sono già i primi malfunzionamenti del fegato intercettare la Masld non è facile. Anche quando c'è già l'infiammazione, che è silente. E del resto solo da pochissimo ci sono farmaci efficaci; fino a qualche tempo fa si curava come si poteva, con risultati non particolarmente lusinghieri. E poi, come sempre, ci sono i costi. Come se poi risparmiare su un test oggi non facesse spendere molti più soldi domani, a malattia conclamata.

Ma allora quale strategia usare? «Intanto bisogna insegnare ai medici come diagnosticare la Masld. E dare indicazioni chiare ai pazienti: contro il fegato grasso bisogna perdere

peso – ragiona Luis Antonio Diaz, epatologo al Centro di ricerca Masld dell'università di San Diego California – seguire la dieta mediterranea, che ha una forte componente anti infiammatoria, non bere alcolici. Se bevi alcolici e smetti, in 4 settimane il fegato grasso non c'è più. Ma se continui bisogna sapere che l'alcol è un fattore estremamente importante per la progressione della Masld. Poi serve muoversi, l'esercizio fisico è fondamentale, purché sia costante. Questo dovrebbe valere per tutta la popolazione generale, non

solo per diabetici e obesi, perché il fegato grasso riguarda ormai percentuali importanti di persone».

Come si individuano i malati di Masld? «Non c'è un check up del fegato ma intanto si deve cominciare dal fare a chi è più a rischio – ovvero diabetici di tipo 2 e obesi – un esame di sangue annuale da non dimenticare mai, il fib4, dove fib sta per fibrosi. Un esame semplice e poco costoso che incrocia il numero delle piastrine con l'età e i valori Ast e Alt di emocromo: se il risultato è sotto 1.3 il livello di rischio è basso, tra 1.3 e 2.67 moderato e sopra 2.67 alto rischio. Dovrebbero prescriverlo i medici di famiglia, senza bisogno di mandare i pazienti dall'epatologo. L'esame successivo di approfondimento è l'elastografia (più nota come fibroscan,

dal nome commerciale), un esame di imaging più accurato, simile a un'ecografia, che misura l'elasticità e l'accumulo di grasso nel fegato. Con questo esame si individua anche la fibrosi, che non dà sintomi ma che impedisce al fegato di funzionare bene. In caso di fibrosi trattiamo i pazienti, per evitare che la fibrosi peggiori e progredisca verso la cirrosi».

Quello del trattamento è il capitolo più spinoso perché in realtà non c'è niente di specifico per la Masld ma un aiuto inaspettato è arrivato da uno dei farmaci Glp1 per dimagrire, il semaglutide. «Non è la soluzione – premette Diaz – ma è l'unica cosa che abbiamo e che ha dimostrato di funzionare. Tra l'altro semaglutide 2.4 mg, approvato negli Usa da Fda e in Europa da Ema, funziona anche quando la patologia è causata dall'alcol, perché induce a bere meno. E studi presentati al congresso europeo Easl dimostrano come riduca infiammazione e fibrosi in pazienti con Mash, la forma più grave di malattia».

A Barcellona si insiste molto sulla scarsa conoscenza della malattia Masld, e delle sue conseguenze per il fegato. Occorre più consapevolezza, si ripete a ogni sessione. «Bisogna sensibilizzare i medici di medicina generale, i diabetologi, i cardiologi, gli esperti di obesità – premette Nicola Pugliese, epatologo all'Humanitas di Milano e al Karolinska svedese – e anche i pazienti stessi che devono fare più attenzione al loro fegato, chiedendo anche l'esecuzione del fib4 come esame annuale. E invece l'accesso al test è scarso e a noi in ospedale arrivano pazienti con patologia avanzata mai diagnosticati e referati. Ma soprattutto bisogna ridisegnare i modelli di screening, integrando la cura del fegato con la terapia per il diabete e l'obesità, per evitare il collo di bottiglia delle Epatologie, che provoca inevitabili liste di attesa. Inoltre l'elastografia, che viene rimborsata diversamente da Regione a Regione, deve essere fatta e referata da un medico. Ma non c'è ragione che non possa farla e referarla un tecnico, come accade già per l'elettroencefalogramma o l'ecografia dei tronchi sovraortici: poi la vedrebbe un medico, ma si risparmierebbe tempo da dedicare all'assistenza e potrebbe essere un modo per implementare l'utilizzo dell'esame e per portarlo anche fuori dall'ospedale, come si fa già in altri Paesi, per esempio nei poliambulatori del territorio o nelle unità mobili. Questo esame è il più efficace, ma non è così accessibile, mentre il fib4 non è preciso e dà tanti falsi negativi: se il fib4 è basso, certamente non chiedi un esame più costoso come questo e magari ti perdi un paziente grave».

**Bisogna
insegnare
ai medici
a diagnosticare
la malattia
allertando
chi è a rischio**



Tutte le strade per battere la Duchenne

Si punta sulla terapia genica per correggere il difetto che ne è responsabile. Ma ci sono già farmaci capaci di frenare la degenerazione muscolare. E i sintomi
Un ricco carnet di sforzi. Che promette risultati

di ANNA LISA BONFRANCESCHI



io figlio ha avuto la diagnosi a tre anni. Ci dissero che non sarebbe sopravvissuto oltre i 15. Oggi, malgrado sia immobilizzato e abbia bisogno costante di assistenza, ne ha 36». Filippo Buccella, fondatore dell'associazione Parent Project aps, fotografa così l'evoluzione di cui sono stati testimoni i pazienti con distrofia muscolare di Duchenne dagli anni Novanta. La speranza è che nei prossimi anni le aspettative e la qualità di vita possano essere viste ancora al rialzo. Ad alimentarla i tanti filoni di ricerca che, per strade diverse, puntano tutti nella stessa direzione: contrastare la progressiva perdita di tessuto muscolare che avviene in conseguenza della mancanza della proteina distrofina, a causa di un difetto genetico. Con l'assenza della distrofina non perdono funzionalità solo i muscoli di gambe e braccia ma anche quelli coinvolti nella respirazione e il cuore. Ecco perché, nella lista delle sperimentazioni attive nel campo, curata da Parent Project, figurano strategie terapeutiche molto diverse tra loro. In cima ci sono quelle di terapia genica che mirano a introdurre il gene di una proteina, la microdistrofina, per compensare l'assenza della distrofina.

Diversi gli studi di terapia genica in corso, ma non sono gli unici che mirano a ristabilire la produzione della distrofina mancante. «Un'altra strategia per farlo è l'exon skipping, che utilizza particolari molecole per ripristinare la possibilità di

lettura del gene, permettendo la produzione di una distrofina più corta, ma comunque parzialmente funzionante», spiega Ilaria Zito, dell'area scienza di Parent Project: «Altre strategie agiscono sugli effetti secondari che si generano quando manca la distrofina, come l'infiammazione cronica, la sostituzione del tessuto muscolare con tessuto fibroadiposo, e il deficit cardiaco». Pur in assenza di una cura, un filone di ricerche così ricco è già di per sé un successo nel panorama delle malattie rare. In buona parte reso possibile dal ruolo di catalizzatore svolto dall'associazione di pazienti. «Finanziamo la ricerca – spiega Buccella – principalmente incoraggiando lo sviluppo di progetti innovativi». Un contributo relativamente modesto, ammette, rispetto agli sforzi necessari per lo sviluppo di un farmaco, ma è uno stimolo per i ricercatori a occuparsi di malattie neuromuscolari, e aiuta a portare all'attenzione delle grandi aziende le idee che nascono a livello accademico. Anche grazie a incontri promossi per mettere insieme industria, ricercatori e pazienti.

Da questo modello di ricerca è nato per esempio il farmaco givinostat, per cui Aifa ha appena approvato la rimborsabilità, e che aiuta a frenare la degenerazione muscolare tipica della patologia. «Abbiamo finanziato gli studi del professor Pier Lorenzo Puri, che ha condotto le prime ricerche su questa molecola, poi sviluppata da un'azienda italiana, e sperimentata su tanti pazienti. L'Italia – riprende Zito – è stato uno dei principali Paesi coinvolti, soprattutto grazie al nostro Registro Pa-

zienti, dove ce ne sono circa 900, per cui raccogliamo dati genetici, clinici, demografici». Negli anni il registro ha più volte consentito alle aziende studi di fattibilità e arruolamento di pazienti per lo sviluppo di nuove terapie.

Delle strade che la ricerca ha intrapreso non ce n'è una più prioritaria dall'altra. «Il decorso della patologia può essere estremamente diverso da un paziente all'altro, e a complicare il quadro è la molteplicità di diverse mutazioni che colpiscono il gene», riprende Buccella. Alcune delle sperimentazioni attive riguardano solo alcune di queste mutazioni, altre, soprattutto quelle per il trattamento dei difetti secondari causati dall'assenza della distrofina, si rivolgono a tutti i pazienti, a prescindere dal tipo di mutazione genetica. «Molte ricerche si sono concentrate sulla terapia genica, ma – spiega Buccella – ad oggi la produzione di distrofina che si riesce a ottenere è limitata, e servirà del tempo per comprendere la sua efficacia a lungo termine».

Bisogna dunque lavorare perché queste terapie diventino sempre più sicure ed efficaci. E questo riguarda anche trattamenti standard usati oggi per la malattia. La recente approvazio-



ne della rimborsabilità del vamorolone va in questa direzione: «Vamorolone produce gli stessi effetti anti-infiammatori senza determinare gli effetti collaterali, come osteoporosi, ritardo di crescita, alterazioni metaboliche e cardiovascolari, che da sempre rendevano l'uso degli steroidi problematico», ha commentato Puri. Ma anche condividere l'e-

sperienza clinica può migliorare la gestione della patologia. «Aver portato in avanti le varie tappe della patologia ci pone in una situazione in cui la Duchenne acquisisce una nuova faccia, con più pazienti adulti, con altri sintomi e bisogni. Per questo – conclude Zito – è necessario armonizzare le conoscenze a livello internazionale, per capire come gestire al meglio tutte le complicazioni, ed è quello che stiamo facendo in una serie di incontri, propedeutici agli aggiornamenti delle linee guida sulla presa in carico clinica».

NUMERI

1
Maschi
L'incidenza della malattia genetica è di un malato ogni 3.500 maschi. Il gene difettoso + sul cromosoma X

1.500
In Italia
Sono i pazienti stimati in Italia
Nel mondo i malati di questa patologia si stima siano circa trecentomila

900
L'associazione
Sono i pazienti inclusi nel registro di Parent Project aps, associazione italiana che raccoglie dati genetici, clinici e demografici

I movimenti
La malattia provoca la perdita di tessuto muscolare e compromette la funzionalità degli arti

**La vita dei malati si è allungata
E oggi i pazienti adulti hanno nuovi bisogni**

LA MALATTIA

La distrofia muscolare di Duchenne è una malattia neuromuscolare rara, causata da un difetto genetico che provoca la perdita della distrofina, una proteina centrale per il funzionamento dei muscoli. Colpisce soprattutto i maschi. L'assenza della proteina causa la progressiva perdita di tessuto muscolare, compromettendo movimento e funzionalità degli arti superiori e inferiori, così come la postura, e il funzionamento di cuore e muscoli respiratori. La malattia si manifesta inizialmente con sintomi muscolari legati alle difficoltà di movimento. La diagnosi si fa con test genetico per rivelare alterazioni presenti nel gene della distrofina (che si trova sul cromosoma X). Diverse sono le mutazioni che possono colpire il gene, e questo influenza anche la gravità delle manifestazioni della malattia.





Servizio Innovazione

Fibrillazione atriale: è la tecnologia pulsata la nuova frontiera

E' una delle strategie più efficaci soprattutto se eseguita nelle fasi iniziali della malattia, quando il cuore del paziente è ancora strutturalmente sano

di Ernesto Diffidenti

24 giugno 2026

La fibrillazione atriale è l'aritmia cardiaca più diffusa in Italia, con circa 1,1 milioni di pazienti diagnosticati. Colpisce l'1-2% della popolazione generale e oltre l'8% degli over 65, rappresentando una delle principali cause di ictus ischemico e di accessi al pronto soccorso. A causa del progressivo invecchiamento della popolazione, si stima che i casi quasi raddoppieranno, arrivando a circa 2 milioni entro il 2060.

Si tratta di un fenomeno che, da un lato, riflette i progressi della medicina e il miglioramento della qualità di vita, consentendo alle persone di vivere più a lungo; dall'altro, pone importanti sfide assistenziali e organizzative, perché questi pazienti necessitano di un percorso di cura e di monitoraggio continuo.

Trattamenti sempre più efficaci

“Oggi disponiamo di strumenti terapeutici sempre più efficaci per la gestione della fibrillazione atriale - sottolinea Patrizio Mazzone, Direttore della Cardiologia 3 Elettrofisiologia, Ospedale Niguarda di Milano -. Da un lato abbiamo nuovi farmaci, soprattutto per la prevenzione e il trattamento dello scompenso cardiaco; dall'altro possiamo contare su anticoagulanti che utilizziamo da tempo e che hanno dimostrato una grande efficacia nel ridurre il rischio di eventi tromboembolici”. L'evoluzione più significativa, tuttavia, riguarda l'ambito tecnologico. “Negli ultimi anni - continua - abbiamo assistito a importanti progressi nei dispositivi e nei materiali utilizzati per l'ablazione trans catetere, una procedura che rappresenta oggi una delle strategie più efficaci per il trattamento della fibrillazione atriale, soprattutto quando viene eseguita nelle fasi iniziali della malattia, quando il cuore del paziente è ancora strutturalmente sano”.

Cos'è la Pulse Field Ablation

L'ablazione ha ormai una storia consolidata, che dura da circa trent'anni, “ma recentemente si è affermata una nuova forma di energia, nota come Pulse Field Ablation (PFA), basata sul principio dell'elettroporazione. Si tratta di una tecnologia che sta cambiando in modo significativo il nostro approccio alla procedura”.

La PFA utilizza impulsi elettrici ultrarapidi per colpire e neutralizzare selettivamente solo le cellule cardiache malate, salvaguardando i tessuti circostanti come nervi ed esofago. Ma a fronte di una prevalenza in costante crescita della fibrillazione atriale, l'accesso alla terapia ablativa non è ancora

proporzionato al numero di pazienti potenzialmente candidabili. Questo fenomeno dipende da diversi fattori.

“Da un lato – spiega Alessandro Giorgetti, direttore generale Divisione di Elettrofisiologia di Abbott in Italia - esistono ancora barriere culturali: molti pazienti arrivano troppo tardi o continuano a considerare l’ablazione come un’opzione di ultima linea. Dall’altro vi sono aspetti organizzativi legati alla capacità dei centri, alla disponibilità delle sale e alla crescente pressione sui reparti di elettrofisiologia. In un contesto in cui il volume aumenta anno dopo anno, il tema dell’efficienza dei percorsi diventa cruciale.

È proprio qui che la Pulsed Field Ablation può rappresentare un fattore abilitante e Abbott è presente sul mercato con alcune innovazioni. “Da una parte, Volt PFA è stato progettato per supportare procedure dedicate all’isolamento delle vene polmonari attraverso un workflow standardizzato e altamente efficiente – continua Giorgetti -. Dall’altra, TactiFlex Duo rappresenta un’evoluzione particolarmente interessante perché mette a disposizione degli operatori la possibilità di utilizzare, attraverso un unico catetere, sia la forma di energia a campo pulsato sia la radiofrequenza, consentendo di adattare la strategia terapeutica a qualsiasi paziente, esigenza clinica o anatomia”.

Il valore delle persone e il ruolo in sala operatoria

Quando si parla di innovazione in sanità si tende spesso a concentrarsi sulla tecnologia, ma la vera differenza la fanno sempre le persone. Questo vale in modo particolare nell’elettrofisiologia, dove l’evoluzione delle piattaforme richiede figure professionali capaci di coniugare competenze tecniche avanzate e una forte capacità relazionale. Il background scientifico e bioingegneristico è naturalmente fondamentale ma in sala operatoria si lavora in contesti caratterizzati da elevata intensità, tempi decisionali rapidi e forte multidisciplinarietà. “I nostri specialisti – sottolinea Giorgetti - devono comprendere il funzionamento di sistemi complessi, interpretare dati in tempo reale e supportare l’utilizzo di tecnologie altamente sofisticate. Per questo ritengo che le soft skills siano diventate altrettanto importanti come le competenze tecniche. Penso innanzitutto alla capacità di comunicare in modo chiaro ed efficace, di ascoltare le esigenze dell’équipe, di mantenere lucidità e autocontrollo sotto pressione e di adattarsi rapidamente a situazioni che possono evolvere nel corso della procedura”.

E nel futuro dell’elettrofisiologia già non si parla più di una singola innovazione, ma dalla convergenza di più tecnologie capaci di rendere le procedure sempre più personalizzate, predittive e integrate. “L’Intelligenza Artificiale, l’imaging avanzato, i sistemi di mappaggio ad alta densità e le nuove tecnologie di ablazione stanno già iniziando a dialogare tra loro – conclude Giorgetti -. Il vero salto di qualità avverrà quando queste informazioni potranno essere elaborate in modo sempre più intelligente per supportare il processo decisionale clinico”.



Servizio Farmaci

Biosimilari: rischi su gare e accesso alle cure, rilanciare il modello italiano

Francesca Romana Ramundo (IBG Egualia): bene il terzo Position Paper di Aifa, nella revisione del Testo unico farmaceutico superare le criticità

di Ernesto Diffidenti

24 giugno 2026

Sono trascorsi dieci anni dall'approvazione della legge 232/2016 che ha introdotto un modello che nel tempo si è affermato come riferimento a livello europeo, contribuendo a coniugare l'accesso ai farmaci biosimilari, la libertà prescrittiva del medico e la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Oggi questo modello è messo sotto pressione: negli ultimi anni, i modelli di gestione delle gare si sono sempre più orientati a ottenere il massimo risparmio nel breve periodo con una contrazione dei prezzi e una concentrazione dei volumi sul primo aggiudicatario. Dinamiche che sollevano alcune criticità, in particolare sulla sostenibilità del mercato, sulla continuità delle forniture e sulla capacità complessiva della catena di approvvigionamento di resistere agli imprevisti. Di questi temi si è parlato a Roma in un confronto promosso dall'Italian Biosimilars Group (IBG) di Egualia.

Trattare più pazienti e diminuire i costi delle terapie

“I biosimilari hanno dimostrato di poter ampliare l'accesso alle cure e generare risparmi significativi per il Servizio sanitario nazionale - spiega Giorgio Lorenzo Colombo, professore di Economia all'Università di Pavia e presidente e direttore scientifico del Centro di ricerca S.A.V.E. Studi Analisi e Valutazioni Economiche - . Le prime evidenze del nostro studio indicano che non basta guardare a quanti biosimilari vengono utilizzati: il vero risultato si misura nella capacità di trattare più pazienti e di ridurre il costo delle terapie. La sfida è preservare nel tempo le condizioni che hanno consentito di raggiungere questi risultati”.

In Italia nel 2025 le 21 molecole biosimilari in commercio, con la stessa qualità, efficacia e sicurezza dei farmaci di riferimento non più coperti da brevetto, hanno registrato una crescita dei consumi del 7% a fronte di una contrazione del 6,1% delle vendite di tutti gli altri farmaci biologici, scavalcano i corrispondenti originatori e assicurandosi quasi il 55% del mercato di riferimento (51,2% nel 2024).

Russo (Aifa): biosimilari strumento strategico

Merito anche dell'Agenzia italiana del farmaco che nel recente III Position Paper sui farmaci biosimilari ha richiamato alcuni dei principi cardine della legge 232/2016, riaffermando il valore di un modello fondato sulla valutazione clinica del medico, sulla corretta informazione del paziente e sulla presenza di una pluralità di operatori in grado di garantire continuità delle forniture e sostenibilità del sistema. “I biosimilari sono uno strumento strategico per garantire l'accesso alle cure e la sostenibilità del Ssn - sottolinea il Direttore Tecnico Scientifico dell'Aifa, Pierluigi Russo - .

Il terzo position paper Aifa mira a rafforzare ulteriormente il loro l'impiego, introducendo la raccomandazione al cosiddetto 'switch informato' e ribadendo la centralità dell'accordo quadro come modello per l'affidamento e la fornitura di questi farmaci in grado di stimolare la competizione di mercato e garantire un'ampia disponibilità di opzioni terapeutiche per i pazienti".

Il 75% dei farmaci in scadenza non ha un biosimilare in sviluppo

Secondo recenti analisi di settore, oltre il 75% dei farmaci biologici in scadenza di brevetto entro il 2032 potrebbe non avere biosimilari in sviluppo, con un potenziale impatto sui risparmi attesi per i sistemi sanitari europei. Uno scenario che rende ancora più centrale la capacità di preservare condizioni favorevoli allo sviluppo e alla permanenza degli operatori nel mercato.

"Il richiamo alla Legge 232/2016 contenuto nel nuovo Position Paper Aifa rappresenta per noi un segnale molto importante - ha dichiarato Francesca Romana Ramundo, coordinatrice dell'Italian Biosimilars Group di Egualia - soprattutto alla luce delle applicazioni non sempre omogenee che abbiamo osservato in questi anni a livello regionale. L'auspicio è che, si possa avviare un dialogo tra Parlamento, industria, Aifa e Conferenza delle Regioni al fine di individuare una piattaforma comune e condivisa per fa fronte alle criticità attuali, anche per mezzo dell'attuale revisione del Testo Unico della farmaceutica affinché la norma trovi un'applicazione coordinata e uniforme su tutto il territorio nazionale, contribuendo a superare le criticità segnalate dalle associazioni dei pazienti e dalle società scientifiche.

Anmar: assistenza a macchia di leopardo

Un appello, quello sulla capacità della filiera di rispondere efficacemente alle esigenze di continuità delle forniture per il sistema sanitario per evirare potenziali ricadute negative sui pazienti, rilanciato dall'Associazione nazionale malati reumatici.

"I pazienti chiedono soprattutto uniformità di accesso alle cure e continuità terapeutica. Le scelte organizzative e di acquisto - ha sottolineato Silvia Tonolo, presidente di ANMAR - non dovrebbero tradursi in cambiamenti di trattamento non motivati da esigenze cliniche, con possibili ripercussioni sul percorso di cura. È quindi fondamentale preservare un sistema che garantisca disponibilità delle terapie, continuità assistenziale e tutela dei pazienti in maniera omogenea su tutto il territorio italiano, superando la situazione a macchia di leopardo tipica delle Regioni italiane".



Servizio Women in Rare

Malattie rare: dai primi sintomi alla diagnosi le donne attendono 2 anni in più

Ritardo diagnostico, disuguaglianze di genere, costi invisibili: un Libro Bianco quantifica per la prima volta l'iniquità delle malattie rare in Italia

di Ernesto Diffidenti

24 giugno 2026

C'è da risolvere una questione di genere anche nelle malattie rare. Le donne con malattia rara attendono in media 2 anni in più degli uomini per ottenere una diagnosi, al Sud 1 paziente su 2 è costretta a spostarsi fuori regione una diagnosi, e il 37,2% delle donne caregiver abbandona il lavoro per assistere un proprio caro. Sono i dati del Libro Bianco "Da Rara a Riconosciuta. Cause e impatto del ritardo diagnostico sulla vita delle persone con malattia rara e caregiver", un dossier che svela il gravoso impatto delle malattie rare su lavoro, famiglia e opportunità economiche delle donne.

L'indagine, presentata in Senato su iniziativa della senatrice Elena Murelli, è stata condotta da Censis e Altems, spin-off dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, per Women in Rare - il Think Tank ideato e promosso da Alexion, AstraZeneca Rare Disease, in partnership con Uniamo, Federazione italiana malattie rare, e con la collaborazione di Fondazione Onda e di un Comitato scientifico multispecialistico e istituzionale.

L'impatto della diagnosi sulla vita delle persone

"L'indagine rappresenta un contributo di ricerca unico poiché documenta i tempi che trascorrono dai primi sintomi alla diagnosi e focalizza le profonde ripercussioni sociali ed economiche che le malattie rare hanno sulla vita delle persone e i loro caregiver – afferma Giorgio De Rita, segretario generale Fondazione Censis -. Le conseguenze delle malattie rare coinvolgono una molteplicità di ambiti di vita, dalle relazioni familiari al lavoro alla fruizione del tempo libero sino alla socialità con gli altri. Sono in particolare raccontate le non poche criticità, a cominciare dalle difficoltà nell'interpretare i sintomi delle patologie con conseguente allungamento dei tempi per arrivare alla diagnosi finale. L'esito della ricerca è un formidabile strumento a supporto del necessario sforzo collettivo per migliorare l'infrastruttura sanitaria e sociale di supporto alle persone con malattia rara e ai loro caregiver".

Il quadro è quello di un percorso diagnostico frammentato che rivela due fasi critiche. La prima – dalla percezione dei sintomi alla prima visita medica – impiega mediamente 2,5 anni, ma emerge una differenza di genere: le donne attendono in media quasi 3 anni, mentre gli uomini 1,4 anni. Segue una seconda fase – dalla prima visita alla diagnosi definitiva – che richiede mediamente 3 anni.

Sul territorio amplificate le disuguaglianze

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Il ritardo diagnostico non rimane confinato alla sfera sanitaria, al contrario, ridisegna interi percorsi di vita, cancellandoli o deviandoli, comportando interruzioni di carriera o addirittura la completa rinuncia della ricerca di un impiego. E per chi era occupato al momento della diagnosi, l'impatto è stato spesso drammatico: il 46,6% è stato infatti costretto ad andare in pensione anticipatamente.

L'indagine documenta inoltre un fenomeno che amplifica le disuguaglianze già evidenti nel percorso diagnostico. "La ricerca evidenzia che il 31,6% delle persone con malattia rara è stato costretto a spostarsi fuori regione per ottenere una diagnosi corretta. Tuttavia, a livello territoriale, questa mobilità sanitaria risulta non equamente distribuita: mentre al Nord e al Centro si sposta quasi un paziente su 3, al Sud e nelle Isole la percentuale tocca il 46%, praticamente 1 persona con malattia rara su 2 - commenta Eugenio Di Brino, Altems Advisory -. A questo si aggiunge il peso socioeconomico: il 70% dei pazienti appartiene a famiglie con un reddito annuo inferiore a 35.000 euro, rendendo particolarmente gravoso l'impatto dei costi sanitari, assistenziali e sociali aggiuntivi che la malattia rara comporta".

Women in Rare: dal dato all'azione

Con questa indagine, Women in Rare consolida la sua identità di Think Tank, uno spazio stabile in cui l'analisi rigorosa si converte in proposte concrete per le Istituzioni e in advocacy per le persone con malattie rare. L'impegno non si ferma alla presentazione dei risultati: tutte le evidenze sono confluite in un Libro Bianco con l'intento di promuovere alcune raccomandazioni e supportare le Istituzioni nella traduzione di queste in linee d'azione e politiche concrete, monitorando nel tempo l'impatto degli interventi sulla vita delle persone con malattia rara, con particolare attenzione alle disuguaglianze di genere e territoriali.

"La voce delle persone con malattia rara e dei caregiver contenuta in questo rapporto è un appello alle Istituzioni perché agiscano - dichiara Annalisa Scopinaro, presidente di Uniamo – Federazione Italiana Malattie Rare -. Abbiamo certificato disuguaglianze che fino ad oggi erano invisibili nei dati ufficiali. Il ritardo diagnostico non è solo una questione clinica: è una questione di equità e di giustizia sociale. Le donne e le famiglie che si prendono cura di loro meritano percorsi rapidi, trasparenti e giusti. Ora abbiamo evidenze solide per chiederlo con forza".

Questa ricerca, dunque, può rappresentare uno spartiacque e un'opportunità per trasformare le evidenze in strumenti concreti a supporto delle decisioni. "In questi anni, Women in Rare ha portato alla luce una situazione critica per oltre due milioni di donne che, come pazienti e caregiver, affrontano ogni giorno l'impatto di una malattia rara - dichiara Anna Chiara Rossi, VP & General Manager Italy di Alexion, AstraZeneca Rare Disease -. Oggi è fondamentale offrire ai decisori una comprensione chiara delle ricadute reali dell'odissea diagnostica sulla qualità della vita e sul piano socioeconomico, e individuare le azioni di policy in grado di generare un cambiamento concreto. Il genere emerge come una variabile discriminante lungo tutto il percorso del paziente e non può essere considerato un elemento secondario, ma una chiave di lettura essenziale per ripensare come diagnosticare, curare e proteggere le persone che convivono con una malattia rara. Women in Rare vuole essere uno spazio in cui la ricerca si traduce in impegno concreto e le raccomandazioni diventano azioni di cambiamento".



Servizio Dottore, ma è vero che

Fare il bagno al mare fa bene alle ossa? 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

24 giugno 2026

L'estate porta molti di noi in riva al mare con la speranza di un po' di relax e spesso con la convinzione che il sole, il sale e l'acqua del mare facciano bene "alle ossa". C'è del vero in questa credenza, ma la realtà, come sempre, è ben più articolata di quanto si pensi. Se esposizione solare moderata, movimento e una dieta equilibrata sono alleati concreti della salute ossea, nessuno di questi elementi da solo è sufficiente a proteggere le ossa nel tempo. Scopriamo allora insieme cosa dice la scienza.

E' vero che il sole aiuta le ossa?

Sì, ma con alcune precisazioni importanti. Quando la pelle è esposta ai raggi ultravioletti B del sole, produce vitamina D, una sostanza essenziale per assorbire il calcio nell'intestino e fissarlo nelle ossa. La vitamina D è, di fatto, la principale via attraverso cui il nostro corpo ottiene questo nutriente: la dieta da sola copre solo una piccola parte del fabbisogno. L'International Osteoporosis Foundation raccomanda un'esposizione quotidiana di mani, viso e braccia per circa 10-15 minuti, sufficiente per la maggior parte delle persone nelle ore di luce non centrali. Tuttavia, molti fattori influenzano la quantità di vitamina D prodotta: l'orario, la stagione, la latitudine, l'età, la superficie di pelle esposta, il tipo di pelle. Le persone anziane, per esempio, producono meno vitamina D rispetto ai giovani a parità di esposizione.

Va sottolineato che l'integrazione di vitamina D da sola non basta a prevenire le fratture. Una revisione sistematica della Cochrane Library che ha analizzato 53 studi clinici su circa 92.000 persone ha concluso che è la combinazione di vitamina D e calcio, non la vitamina D da sola, a ridurre modestamente il rischio di frattura dell'anca e di altri tipi di fratture negli anziani. I dati sull'integrazione di vitamina D in assenza di calcio adeguato sono invece molto meno convincenti. Un tema su cui vale la pena fare chiarezza: ne abbiamo parlato anche nella scheda "La vitamina D aiuta a prevenire le fratture", in cui spieghiamo perché l'integrazione isolata di vitamina D ha prove di efficacia molto più deboli di quanto si pensi comunemente e perché stile di vita e alimentazione varia restano la strategia più solida.

E l'acqua di mare? Ha qualche effetto diretto sulle ossa?

Non esistono prove scientifiche robuste che il bagno in acqua di mare abbia un effetto diretto sulla densità ossea o sulla prevenzione dell'osteoporosi. La talassoterapia - cioè l'uso terapeutico dell'ambiente marino - è stata studiata principalmente per le sue possibili applicazioni su alcune malattie della pelle come la psoriasi e per disturbi reumatici come la fibromialgia. Una revisione narrativa del 2025 pubblicata sull'International Journal of Biometeorology ha analizzato 14 studi

sull'argomento e ha concluso che le evidenze restano limitate e che sono necessarie ricerche di qualità superiore, soprattutto per valutare gli effetti sull'apparato muscolo-scheletrico.

Non esiste quindi oggi uno studio controllato di qualità sufficiente che dimostri che nuotare in mare o bagnarsi in acqua salata migliori direttamente la salute delle ossa. L'acqua di mare non contiene minerali in quantità tali da influenzare il metabolismo osseo in modo misurabile attraverso il semplice bagno.

Nuotare in mare è un buon esercizio per le ossa?

Il nuoto è un ottimo esercizio per il cuore e la muscolatura, ma non è il più indicato per rafforzare le ossa. Il motivo è fisico: nell'acqua il corpo è sorretto dalla spinta di galleggiamento e non deve lavorare contro la forza di gravità. Proprio questo carico meccanico è ciò che stimola le ossa a diventare più dense e resistenti.

Una meta-analisi del 2023 pubblicata su *Frontiers in Physiology* ha analizzato studi sull'esercizio in acqua e ha rilevato effetti positivi sulla densità minerale ossea a livello della colonna lombare e del collo del femore rispetto a chi non pratica alcuna attività fisica. Tuttavia, questi effetti sono meno marcati di quelli ottenuti con esercizi a terra che comportano un vero carico di peso, come camminare, fare le scale, correre o ballare. Il nuoto va quindi preferibilmente abbinato ad attività fisiche a terra per proteggere le ossa in modo efficace.

Detto questo, l'esercizio in acqua rimane una scelta valida per chi ha difficoltà articolari, problemi di equilibrio o teme di cadere, condizioni in cui il rischio di fratture è già elevato. In questi casi, muoversi in acqua è sicuramente meglio che non muoversi affatto, e può contribuire a preservare la massa ossea e la forza muscolare.

Cosa dovrei fare concretamente per proteggere le ossa?

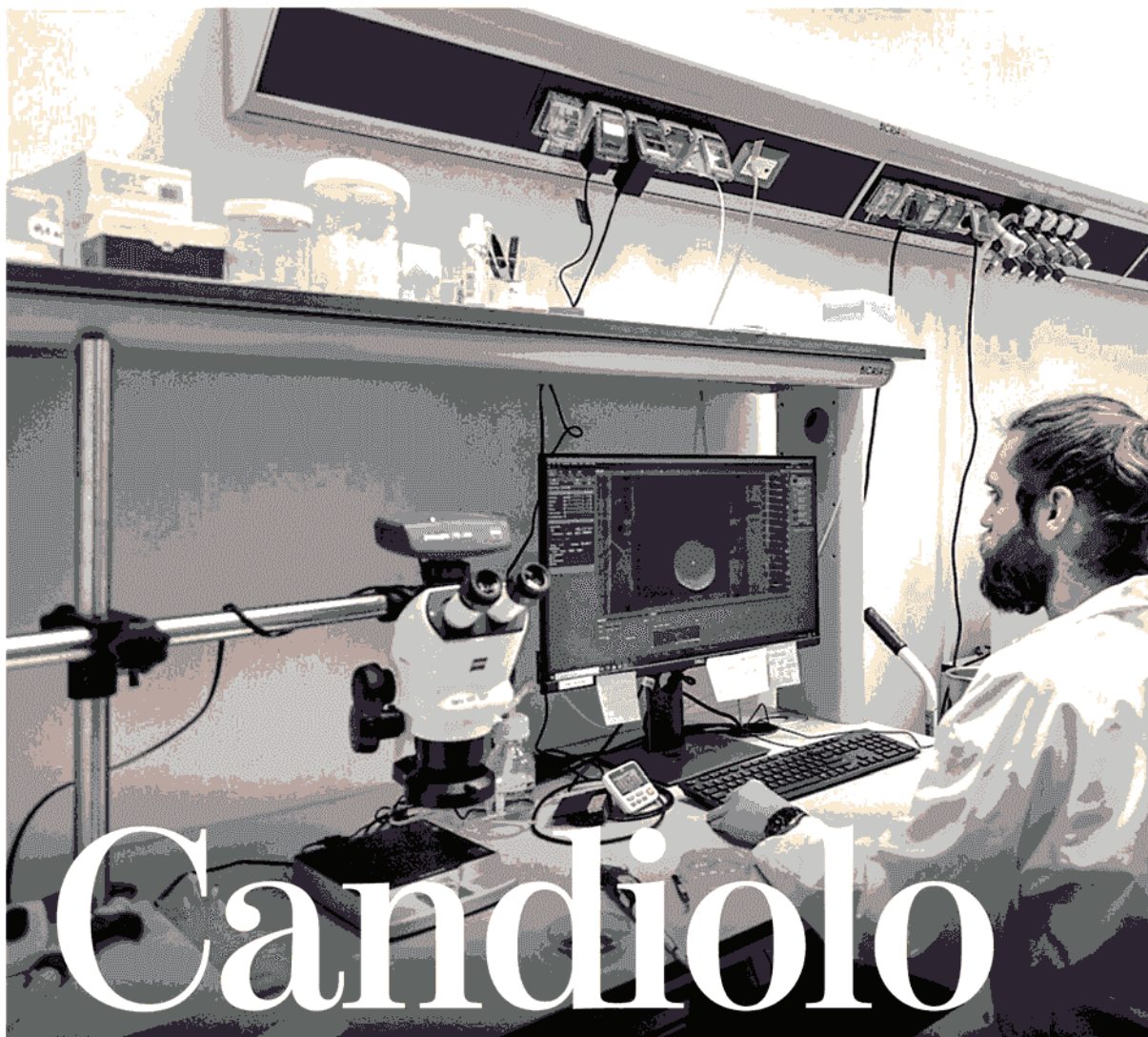
La salute delle ossa si costruisce nel tempo, combinando più fattori. L'Istituto Superiore di Sanità ricorda che l'esercizio fisico regolare è essenziale, e che gli adulti dovrebbero svolgere almeno 150 minuti a settimana di attività aerobica moderata. Per essere efficace sulla salute ossea, però, l'esercizio deve prevedere un carico meccanico, ovvero il corpo deve lavorare contro la gravità. Camminare a passo svelto, fare le scale, danzare o praticare ginnastica sono attività più utili del nuoto per le ossa.

Sul fronte alimentare, calcio e vitamina D sono i nutrienti chiave. Il calcio si trova soprattutto nei latticini, nelle verdure a foglia verde e nei pesci con le lisce, come le sardine. La vitamina D si trova in quantità significative in pochi alimenti - come i pesci grassi e il tuorlo d'uovo - ma la fonte principale rimane l'esposizione solare moderata. Fumo e consumo eccessivo di alcolici, al contrario, danneggiano le ossa e andrebbero evitati.

Vale la pena ricordare che l'osteoporosi di per sé non fa male: il problema vero sono le fratture, e queste avvengono quasi sempre in seguito a una caduta. Ne abbiamo parlato nella scheda "Un po' di osteoporosi ce l'abbiamo tutti?", in cui si spiega perché prevenire le cadute - con piccole precauzioni domestiche, esercizio fisico regolare e controlli della vista - è spesso più importante dei farmaci.

Se si hanno dubbi sulla propria salute ossea o si appartiene a categorie a rischio - donne dopo la menopausa, anziani, persone con familiarità per osteoporosi - è importante parlarne con il proprio medico di medicina generale.

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



Candiolo

la ricerca del futuro

Presentati a Roma i progetti dell'Istituto oncologico piemontese
Obiettivo la medicina di precisione, dal passaporto molecolare alla biobanca

LA STORIA

VALENTINA ARCOVIO

Una banca dati che non custodisce sterili sequenze numeriche o scartoffie, ma frammenti di vita reale, capaci di riprodursi in laboratorio. E, al suo fianco, una carta d'identità molecolare progettata non per registrare dati anagrafici, ma per rivelare in anticipo come l'or-

ganismo del paziente reagirà a ogni singola molecola. È la nuova frontiera della medicina di precisione che prende forma alle porte di Torino, frutto della metamorfosi dello storico Istituto di Candiolo IRCCS in Istituto Nazionale Oncologico Candiolo (Inoc).

Ieri, al ministero della Salute, l'istituto piemontese ha celebrato i suoi 30 anni cambiando pelle e nome per aprire ufficialmente un capitolo inedito della sanità pubblica. Un compleanno accompagnato dall'an-

nuncio di un piano di sviluppo decennale finanziato con ben 250 milioni di euro dalla Fondazione Allegra Agnelli, nuova denominazione della Fondazione Pie-



montese per la Ricerca sul Cancro. Questo colossale cantiere scientifico e strutturale, al via in autunno, punta a raddoppiare l'impatto della ricerca traslazionale entro il 2035.

Biolife

Il cuore pulsante di questa svolta porta il nome di Biolife, la piattaforma tecnologica che ospiterà la più grande Biobanca oncologica d'Italia. Nei suoi 3.000 metri quadrati non si metteranno solo a congelare tessuti o filamenti di Dna, ma si conserveranno campioni biologici umani (dal plasma alla saliva, fino ai tessuti) mantenendoli rigorosamente "vitali". La conservazione di materiale biologico vitale servirà a creare vere coorti di pazienti in vitro.

È dunque l'alba di una nuova era per il Centro organoidi, che sfrutterà tecnologie avanzate per replicare mini-modelli tridimensionali dei tumori derivati dalle cellule malate. La vera rivoluzione risiede nel ricostruire in laboratorio non solo l'aggregato tumorale, ma l'esatto microambiente in cui cresce, compresi vasi sanguigni, cellule immunitarie e fibroblasti. «L'obiettivo - sottolinea Anna Sapino, direttrice scientifica di Inoc - è ricreare in laborato-

rio il tumore così come è presente nell'organismo e vedere come reagiscono tutte le componenti di difesa messe in campo. Tutto questo consentirà di testare nuovi farmaci con uno screening farmacologico su ampia scala per offrire terapie contro il cancro su misura, non solo ai nostri pazienti ma anche a tutti coloro che hanno le stesse caratteristiche molecolari».

Il "passaporto"

A potenziare l'attacco al tumore interviene il passaporto farmacogenomico. «Si tratta di una carta d'identità genetica del paziente - spiega Sapino - che rivelerà come l'organismo di ogni individuo metabolizza i farmaci. Nella pratica clinica tutto questo si tradurrà in terapie più mirate, non solo antitumorali, ma anche ad esempio antibiotici o antiacidi per lo stomaco, per ridurre il rischio di "tentativi" di trattamenti inefficaci o addirittura dannosi». Gli studi permetteranno la creazione di un sistema evoluto di analisi predittiva del rischio di tossicità e complicanze, dove l'integrazione della genomica con i dati dinamici di proteomica e metabolomica offrirà finalmente una visio-

ne olistica del cancro nel Centro di omiche avanzate. «Credo davvero che la medicina personalizzata - commenta il ministro della Salute, Orazio Schillaci - sia l'innovazione che più di ogni altra riporta il paziente al centro, che consente di guardare alla persona e non solo alla malattia. È una sfida alla nostra portata e che possiamo vincere, grazie a realtà come l'Inoc».

La struttura

Un'evoluzione scientifica di tale portata richiede un'architettura altrettanto flessibile e integrata. Entro il 2035, l'orizzonte strutturale dell'ospedale supererà i 95.000 metri quadrati totali (35.000 in più rispetto a oggi). «Il cuore operativo - illustra Salvatore Nieddu, direttore generale dell'Inoc - sarà la nuova piastra tecnologica con 15 sale operatorie hi-tech per la chirurgia robotica, concepita per affiancare alle attività di diagnosi e cura un vero e proprio "living lab" per la prototipazione e l'incubazione di nuove tecnologie, in un ambiente ospedaliero reale e controllato, adatto a studi real world».

Tra le innovazioni spicca la "Nuvola dei Saperi", uno spazio di incontro quotidiano dove «la prossimità fisi-

ca favorisce un confronto più rapido tra le esigenze cliniche e le potenzialità della ricerca biomedica», sottolinea Nieddu.

Collaborazioni

Per Andrea Agnelli, presidente di Inoc, «una sfida decisiva sarà l'internazionalizzazione: per restare competitivi e rilevanti sarà necessario rafforzare collaborazioni strutturate con i principali centri oncologici italiani, europei e mondiali, partecipare ai grandi network della ricerca e aumentare sempre di più la capacità di attrarre talenti, competenze e progettualità anche dall'estero, al servizio di tutti». Una visione limpida che raccoglie l'eredità nata 40 anni fa con Allegra Agnelli. La presidente della Fondazione ha ricordato che «dare concretezza al sogno di sconfiggere il cancro significa trasformare la speranza in strumenti sempre migliori di ricerca e cura al servizio del paziente». —

Salvatore Nieddu
Direttore generale dell'Inoc

La nuova piastra tecnologica affiancherà alle attività di diagnosi e cura un vero e proprio "living lab"

S Il progetto di sviluppo



La Biobanca "vivente" e studi in tempo reale

La struttura di 3milametri quadri raccoglie e conserva campioni biologici umani (come tessuti, plasma, DNA, saliva e feci) mantenendoli rigorosamente in condizioni vitali. Questa enorme banca dati biologica serve a creare coorti di pazienti "in vitro" per poter così studiare i tumori in tempo reale



Il Centro organoidi e il microambiente

Coltiva mini-modelli in 3D del tumore partendo dalle cellule malate del paziente, ricreando anche il microambiente circostante (vasi sanguigni e cellule immunitarie). Questa tecnica permette di testare i farmaci in laboratorio su un "gemello" fedele della malattia prima che questi vengano somministrati



La carta d'identità farmacogenomica

Si tratta di una vera e profilata "carta d'identità" genetica che rivela in anticipo come l'organismo di ogni singolo individuo metabolizza i farmaci. Consente ai medici di prescrivere dosaggi e molecole su misura del paziente, azzerando i tentativi terapeutici che possono rivelarsi inefficaci o tossici



Il Centro di omiche avanzate

Una piattaforma scientifica che integra la genomica del paziente e del tumore con i dati dinamici di proteomica e metabolomica. L'incrocio di queste complesse discipline biologiche offre una visione olistica a 360 gradi della patologia tumorale. U approccio personalizzato che riporta il paziente al centro

S La copertina



Venerdì La Stampa è uscita con una sovracopertina dedicata a Candilio, a 40 anni dalla nascita della Fondazione piemontese per la ricerca sul cancro per iniziativa di Allegra Agnelli





Servizio Innovazione

Candiolo: si apre una nuova fase per la ricerca oncologica di precisione

Nasce Inoc e con il progetto Biolife, una piattaforma strutturale e tecnologica, verranno ridefiniti i confini della biomedicina

*di Anna Sapino**

24 giugno 2026

Trent'anni fa nasceva l'Istituto di Candiolo, un sogno della comunità per la comunità. Oggi, quel sogno compie un salto quantico e si proietta nel futuro con una nuova identità: nasce l'INOC – Istituto Nazionale Oncologico Candiolo. Non si tratta semplicemente di un cambio di nome, ma dell'inizio di una nuova era per la ricerca oncologica di precisione. La sfida più grande dell'oncologia moderna è sconfiggere il cancro curando la malattia non in astratto, ma in base al profilo biologico e genetico del singolo tumore e del paziente. Con la nascita di INOC, questa sfida diventa realtà grazie al progetto Biolife, una piattaforma strutturale e tecnologica che ridefinirà i confini della biomedicina.

Una nuova Biobanca oncologica

Il cuore pulsante di Biolife sarà la nuova Biobanca oncologica: con i suoi 3.000 metri quadrati diventerà l'archivio "vivente" più grande d'Italia. Non parleremo più solo di conservazione passiva, ma di una vera e propria fabbrica di modelli biologici. Raccoglieremo e preserveremo ogni componente biologica offerta dal paziente – dai tessuti al plasma, dal DNA alle feci – perché nulla vada perduto.

La conservazione di campioni "vitali" è il tassello cruciale per il funzionamento del nostro Centro Organoidi. Qui, attraverso tecnologie avanzate, saremo in grado di replicare in vitro non solo mini-modelli in 3D del singolo tumore, ma anche il microambiente in cui esso cresce, inclusi vasi sanguigni e cellule del sistema immunitario. Ricreando il tumore esattamente come si presenta nell'organismo, potremo testare nuovi farmaci su ampia scala, offrendo terapie su misura non solo ai nostri pazienti, ma a tutti coloro che nel mondo presentano le medesime caratteristiche molecolari.

Cure personalizzate

La personalizzazione delle cure all'INOC compie un ulteriore passo avanti attraverso lo studio del DNA del paziente con il passaporto farmacogenomico. Questa vera e propria carta d'identità genetica ci rivelerà come l'organismo di ogni singolo individuo metabolizza i farmaci. Nella pratica clinica quotidiana, questo approccio si tradurrà in prescrizioni e dosaggi scientificamente calibrati, riducendo drasticamente il rischio di trattamenti inefficaci o dannosi, non solo per le terapie antitumorali ma anche per i farmaci di supporto (come antibiotici o antiacidi). È la direzione strategica già indicata da AIFA per il sistema sanitario nazionale, e INOC si candida a realizzarla per la prima volta su larga scala, partendo dai pazienti più fragili. Grazie al Centro di Omiche

Avanzate, integreremo i dati genomici con la proteomica e la metabolomica, ottenendo una visione finalmente olistica della malattia. La medicina di precisione non cura la malattia in astratto, ma guarisce la persona nella sua unicità biologica.

Più spazio per le infrastrutture

L'evoluzione scientifica non può però prescindere da quella strutturale e umana. Il piano di sviluppo decennale sostenuto dalla Fondazione Allegra Agnelli, con un investimento di 250 milioni di euro, porterà l'istituto a superare i 95mila metri quadrati entro il 2035. In questo nuovo ecosistema, la ricerca dialogherà costantemente con la clinica. Spazi come la "Nuvola dei Saperi" nascono proprio per favorire l'incontro quotidiano e il cervello a cervello tra ricercatori e medici, accelerando il trasferimento delle scoperte dal bancone del laboratorio al letto del malato. Il tutto in una cornice One Health, dove un parco di 20.000 metri quadrati e strutture a impatto green ricorderanno che la salute dell'uomo è indissolubilmente legata a quella dell'ambiente.

Siamo pronti per questa nuova transizione. Con l'INOC l'oncologia italiana fa un passo decisivo verso un futuro in cui il cancro non farà più paura, affrontato con le armi della massima precisione tecnologica e della più profonda umanità.

**Direttrice scientifica di INOC (Istituto Nazionale Oncologico Candiolo)*