

17 luglio 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

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06 688281Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it**ITLAS**
IL LEGNO. LA TUA CASA.**Tra passato e presente**
Spagna-Argentina,
in gioco c'è la storia
di **Aldo Cazzullo**
a pagina 49**BigMama e il linfoma**
«Il medico mi salvò,
gli dedico la laurea»
di **Francesca Angeleri**
a pagina 27**ITLAS**
IL LEGNO. LA TUA CASA.**Camera** Tra applausi e proteste**Arriva il primo sì
alla legge elettorale**
Scintille tra i partiti

La riforma della nuova legge elettorale è stata approvata alla Camera con 217 favorevoli, 152 contrari e 2 astenuti. Il voto è stato segreto. Il provvedimento passa ora al Senato. Fdi: «Più stabilità». «Meloni ha tradito italiani e alleati», attacca Schlein.

da pagina 8 a pagina 13
**Arachi, Caccia, Canettieri, Galluzzo
Meli, Piccolillo****GIANNELLI****Le coalizioni e il populismo**
I COSTI PER IL PAESEdi **Francesco Verderami****S**i apre la stagione più complicata per Giorgio Meloni. La sua premiership, che per quattro anni è stata la cifra del governo di centrodestra, sarà messa alla prova nella fase cruciale che precede alle elezioni del 2027. L'immagine di una coalizione su cui la leader di Fratelli d'Italia aveva un primato indiscusso, svanisce per effetto delle dinamiche disgregative che si manifestano nelle azioni dei partiti alleati. Minati al loro interno tanto da essersi ormai sdogliati in due Forze Italia e due Leghe. Un fenomeno che renderà ancor più difficile la gestione dei rapporti con l'approssimarsi delle urne, quando ognuno si concentra sui propri interessi per conquistare il massimo dei consensi.

continua a pagina 32

IL CAFFÈdi **Massimo Gramellini****La battaglia del testosterone****U**n giorno scopriremo chi scrive i testi a Trump e ai suoi satelliti della Trumposfera, ma forse recitano a braccio, lasciandosi ispirare dal pregiudizio del momento. C'è questo ministro della Guerra che sembra una caricatura del sergente di *Full metal jacket* e se n'è appena uscito con la fantastica idea di un test annuale per misurare il livello di testosterone delle truppe, donne comprese. Il test sarà obbligatorio e la terapia ormonale facoltativa, ma caldamente suggerita a chi intende fare carriera. Senza testosterone, scordati la promozione. Il ministro Hegseth è convinto che solo «maschi altamente performanti» siano in grado di dare battaglia ai musci gialli, neri, groenlandesi (i nemici dell'America cambiano a ogni conferenza stampa), ma

soprattutto agli smidollati. Per lui il mondo ha smesso di funzionare da quando le donne sono uscite dalla cucina e gli uomini sono entrati dal coiffeur. La battaglia del testosterone rimanda a epoche più felici, quando la M di maschio significava muscoli e non ancora masecara. I rappresentanti della categoria si sgozzavano cavallerescoemente tra loro e i superstiti tornavano a casa per godersi il meritato riposo del guerriero. La memoria corre ai trecento spartani delle Termopili, ma erano in prevalenza gay e rischiano di confondere le idee al ministro, che ne ha poche, ma tutte ben radicate nell'ovvio e nell'odio. Gli altri combattono con i droni, lui preferisce combattere i pelandroni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Alla lettura della sentenza per il crollo del ponte Morandi, Paola Vicini, mamma di Mirko, una delle 43 vittime, abbraccia un'amica

Genova La sentenza: 25 assolti
Ponte Morandi,
32 condanne
Dodici anni
a Castelluccidi **Andrea Pasqualetto**

L'ex ad Autostrade Giovanni Castellucci è stato condannato a 12 anni di carcere per il crollo del ponte Morandi, il 14 agosto 2018, quando ci furono 43 vittime. La procura aveva chiesto 18 anni e 6 mesi. Cinque anni per l'ex direttore della vigilanza del Mlt Mauro Coletta. In totale le condanne sono state 32.

da pagina 4 a pagina 6 **Fulloni****L'ATTESA E LE LACRIME: «FATTA GIUSTIZIA»**
Le famiglie delle vittime:
«Ma la nostra ferita resta»di **Andrea Barsanti**

a pagina 5

La raccolta firme per Roggero e l'accelerazione del Guardasigilli. Il Quirinale: potere esclusivo del presidente

Mattarella, richiamo a Nordio

Istruttoria del ministro per la grazia al gioielliere che uccise i banditi. Il Colle lo convoca

di **Giovanni Bianconi**
e **Monica Guerzoni****U**na nota durissima, che fa seguito a un faccia a faccia di ieri pomeriggio al Quirinale. Sergio Mattarella ha convocato il ministro della Giustizia Carlo Nordio e gli ha ricordato, senza tanti giri di parole, che la Costituzione assegna il potere di concedere la grazia «esclusivamente al presidente della Repubblica, come confermato dalla Corte Costituzionale con la sentenza 200 del 2006». Tutto è nato dalla mobilitazione del centrodestra e la raccolta di firme per la grazia a Roggero, il gioielliere condannato in Cassazione per avere rinchiodato e ucciso due banditi in fuga dopo la rapina. Per ora l'orecchie non si è ancora costituito.alle pagine 2 e 3
**Fagone La Zita
Iossa Nesi****Ucraina** Zelensky silura Fedorov, il genio dei droni**Kiev in piazza per il ministro cacciato**di **Francesco Battistini****P**roteste in Ucraina per il «licenziamento» di Mykhailo Fedorov, il ministro della Difesa. È considerato il genio della guerra tech. Ma ha pagato le liti con il capo dell'esercito.a pagina 17 **M. Caprara****L'INCHIESTA****Report, le chat
di Lavitola
e i legami
con la bomba**di **Candida Morvillo**
e **Ilaria Sacchettini****C**aso Ranucci, nel cellulare di Lavitola rintracciate le chat tra il faccendiere e il suo factotum Gomes Clesio Tavares che mettono i due in relazione con la banda dell'attentato al conduttore di Report. Ma la redazione del programma di Rai3 si schiera in difesa di Itanucci. L'attacco di Fazzolari, sottosegretario alla presidenza del Consiglio: «Lui dice falsità».

a pagina 21

L'ORO HA FATTO LA STORIA.
Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro.
BANCO METALLI PREZIOSI
OBRELLI
dal 1929 a LAVIS (Trento) | MILANO
www.oro.obrelli.it
LAVIS (Trento) | MILANO
info@obrelli.it
AUTORIZZAZIONE BANCA D'ITALIA N. 5087732 - 5009403

OBRELLI
FINE GOLD 999.9
300 g
VENDIAMO E ACQUISTIAMO ORO E ARGENTO ALLE MIGLIORI CONDIZIONI



LA STAMPA

VENERDÌ 17 LUGLIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



IL PERSONAGGIO

Londra, inizia l'era Burnham nel regno allo sbando

MARCO VARVELLO - PAGINA 12



LA SCUOLA

Valditara: meno tablet più letture e grammatica

FLAVIA AMABILE - PAGINA 17



FRANCESCO PIERANTOZZI

"Io, accanto a mio fratello e il suo libro di successo"

SIMONETTA SCIANDIVASCI - PAGINE 22 E 29

LA MAGGIORANZA TIENE

Legge elettorale primo sì alla riforma Bagarre in Aula



CARRATELLI LOMBARDO

In gioco non c'era solo la nuova legge elettorale, ma il destino stesso del governo Meloni. Non stupisce, quindi, che il voto finale nell'Aula della Camera, benché segreto, non abbia riservato sorprese sulla tenuta della maggioranza. I numeri (217 a favore e 152 contro) scacciano il timore di franchi tiratori, quelli che martedì sera avevano affossato l'emendamento sulle preferenze e fatto infuriare Giorgia Meloni. Stavolta i deputati di centrodestra erano stati avvisati e velatamente minacciati. **DI MATTEO** - PAGINE 6 E 7

FINE VITA

Il coraggio di scegliere dei francesi

FRANCESCA SFORZA

«Storica», «fondamentale», «di rottura», «di svolta», «c'è un prima e un dopo»: sono solo alcune delle espressioni utilizzate per definire la nuova legge sul fine vita approvata il 15 luglio in via definitiva dall'Assemblea nazionale francese, dopo una navetta parlamentare lunga e tormentata. Il testo nel suo complesso è piuttosto breve, ma per metterlo a punto ci sono voluti tre anni. E il bello dei governi che possono vantare una qualche stabilità. **- PAGINA 27**

POLITICA E GIUSTIZIA, IL NUOVO CORTOCIRCUITO: AL CENTRO C'È IL GUARDASIGILLI

Mattarella, stop a Nordio

Il ministro avvia la procedura per la grazia al gioielliere Roggero il giorno dopo la condanna. Il presidente lo convoca: la Carta attribuisce la competenza della clemenza al Quirinale

L'ANALISI

Il fastidio del Colle e quel messaggio a chi scavalca la Costituzione

UGO MAGRI - PAGINA 3

IRENE FAMÀ, ANDREA ROSSI

Il gioielliere Mario Roggero è stato condannato in via definitiva per omicidio volontario di due rapinatori e tentato omicidio di un terzo. Il ministro della Giustizia Nordio avvia l'istruttoria per chiedere la concessione della grazia, ma arriva l'altolà del Quirinale. **- CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 2-3**



L'INTERVISTA

La figlia dell'orefice "Clima divisivo vorrei solo la verità lo contro le armi"

MASSIMILIANO PEGGIO - PAGINA 5

CROLLO DEL PONTE: 32 COLPEVOLI, 25 ASSOLTI. A CASTELLUCCI 12 ANNI. FAMIGLIE DELLE VITTIME IN LACRIME

I condannati del Morandi

GIULIA MIETTA, NICCOLÒ ZANCAN - PAGINE 8 E 9



IL COMMENTO

La giustizia non è tutta compiuta

MAURIZIO MAGGIANI



Ecco, ora c'è un verdetto, e il verdetto dice galera per tutti, dirigenti, esecutori informati, funzionari pubblici, i responsabili. Non so dire se è tanta o poca, a me sembra abbastanza. **- PAGINA 27**

IL MEDIO ORIENTE

L'Iran minaccia "Chiudiamo anche il Mar Rosso"

FABIANA MAGRI

Scalpitano, gli Houthi, per scendere in campo al fianco di Teheran. Missili e droni sono schierati. Anche i mercantili in transito nel Mar Rosso, oltre che nel Golfo, sono sotto tiro. **IACOBONI, PACI, SIMONI - PAGINE 10 E 11**

LA GUERRA IN UCRAINA

Ministro silurato Kiev va in piazza contro Zelensky

ANNA ZAFESOVA

«Ctrl + Z»: il comando che si dà al computer per cancellare l'azione precedente è diventato uno degli slogan più popolari della protesta esplosa ieri nelle piazze delle città ucraine. Il nuovo governo voluto da Volodymyr Zelensky è stato approvato ieri dalla Rada con una convincente maggioranza. Ma nell'esecutivo di tecnici di Serhiy Korytsky resta vacante la poltrona del ministro della Difesa. **- PAGINA 13**

CONFERMATO ANCHE L'EDIZIONE DEL 2027, IL PIANO PER IL 2030

Torino e le Atp Finals, la favola continua

DANIELA COTTO

La magia continua, si rinnova. Torino resta capitale mondiale del tennis anche nel 2027. Adesso è ufficiale: il torneo dei maestri non emigra, non si fa sedurre da altre prestigiose location e resta all'Inalpi Arena anche il prossimo anno. Un successo inebriante per la sofisticata macchina organizzativa che gestisce le Nitto Atp Finals "made in Italy". **- PAGINA 37**



Sinner vincitore a Torino nel 2025

IL CASO PLUSVALENZE

Juve, una sentenza che cambia il calcio

FABIO RIVA

«Exsurge Domine, sorgi o Signore, (...) un cinghiale è entrato nella vigna». Massi, esageriamo. **- PAGINA 34**

Rete Museale Biellese

Storia, industria, arte e natura si intrecciano nei siti della Rete Museale Biellese. Visita gli **ecomusei**, i **musei**, i **castelli**, i **palazzi**, le **aree naturalistiche** e altri **siti d'interesse** del territorio.





Venerdì 17 luglio 2026

ANNO LIX n° 166
1,50 €
Santa Marcellina
vergine

Edizione online
alla 08.30

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

L'Ucraina ferita e la diplomazia umanitaria IL REALISMO DELLA PACE

ADRIANO RUCCICCI

La guerra in Ucraina continua e sembra che non ci siano vie d'uscita. Il tentativo di mediazione promosso con non poca dose di estemporaneità dal presidente Trump pare impantanato. Prevale la disillusione e lo scetticismo, se non aperta contrarietà, nei confronti di possibili ipotesi negoziali. D'altronde non c'è mai stato grande investimento di fiducia e di energie nell'iniziativa politico-diplomatica come chiave di risoluzione del conflitto all'indomani dell'invasione russa dell'Ucraina.

La prospettiva che si afferma con crescente e pare inarrestabile forza è la sempre più convinta opzione per un rafforzamento dell'impegno militare. Da una parte si sostiene che solo un più energico contrasto militare indurrà la Russia a sedere al tavolo dei negoziati con più miti consigli (ma è quanto si sostiene da 4 anni e 5 mesi). Gli innumerevoli successi ucraini nell'uso di droni in operazioni a lungo raggio nel territorio russo sembrano dare ragione a tale posizione. Dall'altra parte si ripete che, nell'impossibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati con trattative, sarà una più decisa azione bellica a sconfiggere l'Ucraina (ma anche in questo caso è quanto viene affermato dal 24 febbraio 2022). L'utilizzo sistematico di missili balistici, di grande potenza distruttiva e difficilmente intercettabili, contro Kiev e altre città ucraine è conseguenza di tale ragionamento. Tutto ciò senza considerare che lungo la linea del fronte continuano combattimenti sanguinosi senza esiti significativi per nessuna delle due parti, a costo di gravi perdite. Di fronte all'evidenza che la guerra non risolve il conflitto ma si perpetua autosostenendosi e aumentando di intensità, l'idea prevalente, non solo nei circoli dirigenti russi e ucraini ma anche in ambito europeo, continua a essere che non ci sia altra strada, per ora, che fare la guerra. Tutto questo su uno sfondo - che tanto sfondo non è - di un inquietante meccanismo, che regola i rapporti tra la Russia e i Paesi europei (Regno Unito compreso), innescato da qualche anno ma giunto a una fase assai critica. Il meccanismo può essere riassunto così: poiché ciascuno pensa che l'altro si stia preparando ad attaccarlo, si arma a sua volta; di conseguenza, questa reazione convince la controparte di essere in pericolo, spingendola a fare lo stesso. Gli studiosi di relazioni internazionali lo chiamano il "dilemma della sicurezza". Si invoca la logica della deterrenza tipica della Guerra fredda, senza considerare che in uno scenario non più bipolare e frammentato si tratta di una logica incontrollabile e altamente rischiosa. È un meccanismo che occorre disinnescare per evitare che arrivi alle sue conseguenze ultime (che contemplan lo scenario del ricorso all'arma atomica). È il primo passo per iniziare a disinnescarlo è porre fine alla guerra in Ucraina. Scegliere per la pace al fine di far cessare la guerra, e non scegliere per la guerra al fine di arrivare a una pace. La guerra, come è noto, plasma il modo di pensare, condiziona la cultura delle società. La militarizzazione di cultura e pensiero conduce al prevalere di narrazioni funzionali alla guerra stessa che si impongono e diventano il filtro di lettura della realtà. Ne consegue una inibizione dello spirito critico, fondato sulla conoscenza della realtà, e dell'immaginazione. A farne le spese è la ricerca della pace.

Ancora troppo si ragiona di guerra in maniera avulsa dalla sua realtà drammatica. L'enciclica *Magnifica humanitas* richiama un metodo, «assumere lo sguardo delle vittime», «guardare i volti, ascoltare le storie, riconoscere le ferite» di chi soffre per la guerra. L'approccio umanitario alla guerra parte dal contatto diretto, non mediato, con le vittime e sviluppa un realismo autentico.

continua a pagina 12

IL FATTO Decisive le testimonianze delle vittime raccolte a maggio, in particolare le violenze su donne e minori

La Libia a processo

La Corte penale dell'Aja rinvia a giudizio Al Buti per i crimini e le torture contro i migranti commessi nel carcere di Mitiga. Faro anche sulla rete di relazioni internazionali di Almasri

IL PONTE Sentenza di primo grado per il crollo del Morandi: 12 anni a Castellucchi



Genova trova le sue condanne

A quasi otto anni dal crollo del 14 agosto 2018, che provocò la morte di 43 persone e cambiò per sempre la storia della città, il Tribunale di Genova ha emesso il verdetto di primo grado. Complessivamente, sono stati 177 gli anni di carcere comminati. «È crollata la cortina di fumo sulla verità», sottolinea la presidente del Comitato delle vittime, Egle Fossetti. «Servivano vigilanza, cura e manutenzione», dice l'ex-procuratore Francesco Cozzi. Le difese già annunciano ricorso.

Ferrario, Frambati e Motta a pagina 5

NELLO SCAVO

Il processo internazionale sul "Sistema Libia" si farà. Khalid Mohamed Ali El Hishri, detto Al Buti, sarà giudicato dalla Corte penale internazionale per i crimini commessi nel carcere di Mitiga e nel sistema di detenzione costruito attorno alla potente milizia Bada. La Camera preliminare dell'Aja ha confermato i 17 capi d'accusa formulati dalla Procura e disposto il rinvio dell'imputato davanti a una Camera di primo grado. Sotto la lente ci sono anche i rapporti dei Paesi dell'Unione con le autorità di Tripoli, in primis l'Italia.

Il servizio a pagina 9

CASO ROGGERO

Forte pressing per la grazia, ma il Colle convoca Nordio

Spagnolo a pagina 7

WELFARE Quali servizi

Quattro piste per ripensare l'assistenza agli anziani

FRANCESCO RICCARDI

È un'altra estate difficile per gli anziani e chi se ne occupa. Per loro, il Piano per la non autosufficienza chiede oggi di dare una spinta decisiva e bipartisan a partire dalla legge di Bilancio.

L'analisi di Becchetti a pag. 6

POLITICA La riforma subito sull'agenda del Senato: se ne parlerà a settembre, resta l'incognita preferenze

Legge elettorale, c'è il primo sì

La Camera approva lo Stabilitum, l'accusa delle opposizioni: nel mirino c'è il Quirinale

Primo voto con 217 sì, no dai vannicciati e dalle opposizioni che ora infiammano la corsa al Quirinale. Per Ely Schlein (Pd) è «il vero obiettivo di Meloni che ha tradito tutti, italiani e alleati per inseguire Vannacci». E Giuseppe Conte, leader M5s: «Vi impediremo di confonderlo con colle Oppio». Già si guarda al secondo esito a Palazzo Madama: dalla prossima settimana testo incardinato in commissione. E Salvini riapre a sorpresa il dossier preferenze: «Sono stati recuperati». Più freddo Tajani (Fi): «Non è un elemento fondamentale».

Carini, D'Angelo, Marcelli e l'analisi di Fatigante alle pagine 2 e 3

INTERVISTA A BALDUZZI

«Il problema di fondo resta il premio, è il frutto dell'assillo maggioritario»

Paoletti a pagina 3

IL RAPPORTO INVALSI

Scuola, dispersione in calo ma è Sos matematica

Ferrario e l'analisi di Carroero a pagina 8

DELL'ERBA (FEDERCASSE)

«A 10 anni dalla riforma Bcc più forti e autonome»

Ferrario a pagina 11

CATANIA

Pino, ordinato diacono in terapia intensiva

Rapinardi a pagina 14

Dino il grande

Ci sono scrittori ai quali si deve riconoscenza. Ognuno ha i propri prediletti. Mi riferisco a chi ama i libri (come si possa campare altrimenti non lo capirò mai). Non ho dubbi, io scelgo Dino Buzzati. Ho cominciato a leggerlo a dodici anni, merito del mio amico Renzo, tredici anni e mezzo. Non che fossimo due seccioni, ci piacevano i dischi, il calcio, i motori che non potevamo ancora guidare. Per noi parlare delle ragazze, che peraltro ai tempi ci guardavano come se fossimo trasparenti. Eppure, i *Sessanta racconti* divennero molto in fretta parte del nostro immaginario. Buzzati sapeva catturarci con il suo

E dunque
Gioele Dix

sguardo inconsueto di adulto fantasioso e spericolato. Ci piaceva anche il personaggio di uno dei nostri racconti preferiti, *Scopero dei telefoni*, dove una misteriosa voce si insinuava fra mille conversazioni di estranei, conquistava in breve la loro attenzione e «li faceva volare in alto sopra i tetti neri della città, portati via da un fanciullesco incanto». Non l'ho mai più abbandonato, attratto com'ero - e come sono tuttora - dalla sua capacità di tracciare vuoti e sospensioni sulla mappa dell'esistenza. Buzzati, mago dell'attesa senza fine, convinto che il meglio sia ancora in viaggio verso di noi. Dino, uomo serio, nato per scrivere. Meno male che lo hai fatto.

Gutenberg



CULTURA
Odissea racconto senza fine

Mentre il film di Christopher Nolan riporta Omero sul grande schermo, riconosciamo nei suoi archetipi il nostro mare aperto.

LUOGHI INFINITI

DOVE ABITA LA MUSICA

In edicola e online su abbonamenti.avvenire.it



Sono 1.224 le Case di comunità in pista contro l'allarme caldo

Sanità. Per ora dalle ondate di calore +3% di mortalità in eccesso. Le nuove strutture del Pnrr come presidi di sollievo per anziani e fragili: il nodo dei servizi e al Sud un centinaio di aperture in meno

ROMA

Sono già 1.224 attive in tutta Italia e stanno aprendo senza che molti italiani se ne siano accorti oppure con la nomea non sempre giustificata di essere solo delle "scatole vuote" senza personale e servizi. Ma ora che l'Italia è nella morsa della terza ondata di calore dell'estate le Case di comunità - le nuove creature della sanità italiana finanziate con 2 miliardi dal Pnrr -, nate come idea durante la pandemia da Covid quando c'erano solo gli ospedali come ultima trincea, si riscoprono come primi presidi sanitari sul territorio per assistere e aiutare soprattutto anziani e fragili in queste settimane di nuovo allarme da "pandemia climatica". Solo ieri l'Oms ha certificato 10mila morti da caldo in cinque Paesi europei e 200mila in tutta Europa negli ultimi 4 anni e la cabina di regia del ministero della Salute ha registrato in Italia un +3% di eccesso di mortalità tra il 25 maggio e il 30 giugno tra i grandi anziani over 85 - con un picco nell'area di Torino (+20%) - e con un lieve aumento degli accessi in pronto soccorso soprattutto a Venezia, Milano e Palermo confermando anche che quello appena trascorso è stato «il secondo giugno più caldo di sempre».

Ora dopo una breve pausa siamo nel pieno della terza ondata di calore - oggi 16 città da bollino rosso che domani diventano ben 19 per un sabato rovente - e il fatto che siamo solo a metà estate fa presagire che ci si potrebbe avvicinare a quella delle temperature record del 2003 che provocò quasi 20mila morti solo in Italia. Ecco perché l'apertura delle Case di comunità può essere una positiva coincidenza perché qui - come già stanno sperimentando al-

cune regioni - si stanno attivando i "cold spot" o anche presidi di sollievo dal caldo per far trovare refrigerio agli anziani in zone climatizzate, oltre alla possibilità in caso di disturbi e malanni di poter effettuare una visita con medico e controllare la pressione o il cuore, senza assecondare il pronto soccorso.

La mappa aggiornatissima delle nuove strutture della Sanità territoriale del Pnrr che il Sole 24 Ore è in grado di anticipare restituisce l'immagine di una diffusione piuttosto capillare anche se con i soliti ritardi al Sud. La notizia positiva è che il target europeo minimo di aperture è stato raggiunto: 1.224 strutture dichiarate attive dalle Regioni a inizio luglio a fronte delle 1.038 che Bruxelles ci chiedeva come soglia minima, anche se le Regioni nei Cis - Contratti istituzionali di sviluppo - ne avevano programmate almeno 1.350. A parte i numeri in costante aggiornamento, al ministero della Salute come sempre si registra la solita frattura Nord-Sud. Al Nord a fronte delle 519 programmate si registrano 510 Case di comunità attive, al Centro addirittura sono 236 quelle operative a fronte delle 223 annunciate, mentre al Sud le Regioni ne hanno dichiarate attive 478 a fronte delle 608 programmate con Puglia (64 aperture su 120), Molise (cinque su nove) e Calabria (37 su 57) che registrano i ritardi maggiori.

L'incognita più grande ovviamente resta quella dei servizi e della presenza di medici e infermieri almeno 12 ore al giorno: per ora non c'è una fotografia aggiornata che sarà completata presto dall'Agenas, ma l'ultimo monitoraggio di sei mesi fa raccontava che solo il 4% di Case

di comunità era in grado di erogare tutti i servizi che sono previsti per i cittadini. Il rischio, dunque, che in molte parti d'Italia le prestazioni siano ancora col contagocce è più che concreto, così come è altrettanto vero che molti cittadini ancora non conoscono queste strutture. Che almeno sulla carta dovrebbero fornire visite mediche - con medici di famiglia e specialisti come cardiologi e pneumologi - prima diagnostica come una Ecg o una ecografia, prevenzione (vaccini, screening, analisi) e gestione dei malati cronici anche grazie alla nuova figura dell'infermiere di famiglia.

E ora anche un supporto sul territorio contro le ondate di calore, come sottolinea Giuseppe Quintavalle, presidente di Fiaso, i manager delle Asl che ieri hanno incontrato il ministro della Salute Schillaci: «Le Case della comunità e i servizi territoriali - ha spiegato Quintavalle - sono punti di riferimento sempre più vicini e riconoscibili, capaci di orientare le persone, intercettare precocemente le situazioni di rischio e contribuire a evitare accessi non necessari al pronto soccorso. La priorità è proteggere le persone più fragili e intervenire prima che una difficoltà si trasformi in un'emergenza sanitaria». Come le ondate di calore che ormai non possono più essere considerati eventi straordinari, ma pane quotidiano delle nostre estati.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

19 città

I BOLLINI ROSSI DI DOMANI

Continuano ad aumentare le città contrassegnate dal bollino rosso di allerta del ministero della Salute per le ondate di calore: saranno 16 oggi

ma domani le città in rosso per l'emergenza caldo saliranno a 19. Domani le città più calde saranno Torino, Milano, Brescia, Genova, Bologna, Firenze, Perugia, Viterbo,

Rieti, Roma, Frosinone, Latina, Pescara, Campobasso, Cagliari e Palermo. Sabato si aggiungeranno alla lista anche Ancona, Civitavecchia e Catania.



«È una svolta per il Ssn, in manovra più fondi per medici e infermieri»

L'intervista. Orazio Schillaci. Per il ministro della Salute la vera rivoluzione è la Sanità territoriale

Marzio Bartoloni

«**S**ono molto positive le iniziative di alcune Regioni come la Lombardia di mettere dei *cold spot* dentro le Case di comunità, una iniziativa utile che mette insieme le esigenze di tutela dei più fragili e degli anziani che si faranno più pressanti con la terza ondata di caldo e la possibilità di ricorrere a queste strutture innovative che possono fornire un supporto: non sono solo un posto dove avere refrigerio, ma anche una visita medica evitando l'afflusso nei pronto soccorso». Per il ministro della Salute Orazio Schillaci l'allarme caldo può rappresentare un prezioso "battesimo" per le oltre 1.200 nuove Case di comunità nate per assicurare ai cittadini «una medicina moderna e più vicina alle persone».

Quanto sono importanti?

Credo che rappresentino una vera svolta per il Servizio sanitario nazionale perché quello che è mancato finora e si è visto durante il Covid, è stata proprio la medicina territoriale. Proprio in questi giorni sono usciti dei dati che ricordano come l'Italia abbia perso tanti posti letto in ospedale, un taglio che si è fatto sentire proprio perché mancavano strutture come queste.

Il Sud però è in ritardo.

Purtroppo ci sono ancora troppe differenze tra Nord e Sud e per questo stiamo accompagnando le Regioni in questa fase, anche se negli ultimi mesi hanno fatto grandi progressi. Questa differenza nell'accesso alle cure per me rimane il problema più grave della sanità italiana: è inaccettabile, perché tutti

dovrebbero avere le stesse possibilità di cura a prescindere da dove vivono e da quanto guadagnano.

Vigilerete sul funzionamento?

Non c'è il rischio "scatole vuote"?

Il ministero vigilerà anche con l'aiuto di Agenas: perché non basta aprire queste strutture, ma devono funzionare bene e sono convinto che gradualmente andranno tutte a regime e noi lavoreremo perché accada. Puntiamo anche a fare una campagna di informazione per i cittadini sulle Case di comunità per fargli capire quali servizi possono trovarci dentro, ma anche conoscere dove sono ubicate e per questo stiamo chiedendo alle Regioni di fare una mappa. Avremo un duplice vantaggio: si potrà ridurre la pressione sui pronto soccorso e ci sarà una presa in carico, grazie a team multidisciplinari, di anziani e fragili che sono la maggioranza dei pazienti italiani

Ma i medici di famiglia ci lavoreranno davvero anche se non come dipendenti?

Sono già entrati nelle Case di comunità con un accordo nazionale, non possono non andarci perché sono convinto che ci sarà una evoluzione della figura del medico di famiglia che non lavorerà più da solo e avrà una formazione specialistica universitaria come gli altri medici. Al di là dell'ipotesi della dipendenza che è un tema che riemerge da anni è importante che si facciano le cose nell'interesse dei cittadini e non delle categorie

Le liste d'attesa sono una sua priorità. Ora finalmente c'è la piattaforma che monitora i

ritardi. Come interverrete?

Questa operazione è fondamentale per migliorare una emergenza che è almeno ventennale. Se sappiamo quali prestazioni sono più critiche possiamo individuare le cause e il modo per rimuoverle: se c'è un

ritardo su un esame diagnostico questo può dipendere dal fatto che manca un macchinario o perché c'è carenza di personale. In questo modo le Regioni possono intervenire in maniera mirata. Tra l'altro questa piattaforma ha risvegliato una sana competizione tra le Regioni per rispettare i tempi come si vede dai primi dati in miglioramento e questo è un fattore molto positivo.

Questa estate lavorerete alla manovra. Cosa si aspetta?

Vedrò il ministro Giorgetti a fine luglio e chiederò di aumentare la dote del Fondo sanitario come è sempre accaduto. Proprio in questi giorni gli uffici del ministero stanno lavorando alla stima economica delle esigenze. Tra queste al primo posto ci sono i professionisti sanitari: vogliamo più assunzioni e aumentare le loro remunerazioni. Abbiamo iniziato l'anno scorso dagli infermieri, ma dobbiamo proseguire con le assunzioni che potranno riguardare anche le nuove strutture come le Case di comunità per le quali abbiamo già stanziato 600 milioni. La sanità territoriale è la vera rivoluzione di questi anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Non autosufficienza, «rilanciare la riforma con 1 miliardo in più nella legge di bilancio»

La proposta

Le priorità delle 60 organizzazioni del Patto per il Nuovo Welfare

Barbara Gobbi

Rilanciare con la prossima legge di Bilancio la riforma della non autosufficienza destinata ai 4 milioni di anziani fragili (legge 33 del 2023), dedicando nel 2027 un primo miliardo di euro - aggiuntivo rispetto ai fondi già in campo - a quattro priorità: burocrazia più snella, cure domiciliari mirate, Rsa potenziate e una nuova Prestazione universale. Sono le proposte messe in fila dal Patto per un nuovo Welfare sulla Non autosufficienza che con le sue 60 organizzazioni aveva contribuito a scrivere quella legge-quadro, rimasta sulla carta malgrado il ritardo monstre accumulato dall'Italia, tra i Paesi più "vecchi" al mondo. «Con 10 milioni di persone coinvolte ogni giorno nell'assistenza tra anziani, familiari, caregiver e operatori - spiegano Cristiano Gori ed Eleonora Vanni, coordinatori del Patto - c'è un'emergenza sociale che tocca nel profondo il tessuto del Paese. Per questo chiediamo che con lo stesso spirito bipartisan da cui è nata la legge-delega, la politica risponda all'appello della società civile per attuare un programma di interventi progressivi ma concreti».

Oggi i dati fotografano una realtà ben diversa: 5-6 passaggi per accedere ai benefici, appena sedici ore l'anno di assistenza domiciliare ad anziano (in Danimarca sono 150), 270mila persone in lista d'attesa per le Rsa a fronte di 300mila posti letto attivi, l'indennità di accompagnamento che attende da 45 anni una riforma. La priorità è dunque partire, seppure con

la gradualità necessaria a coordinare politiche ed enti, perché la montagna da scalare è già alta e lo scenario va peggiorando con gli over 85 che nei prossimi 10 anni aumenteranno del 30%. «Proponiamo un avvio di riforma - sottolinea Gori - improntato alla doppia sostenibilità: economica e attuativa. Però il miliardo fresco chiesto per il 2027 è necessario e diciamo no alle "mancette pre elettorali", che non danno risposte».

A guardare più nel dettaglio il programma, che sarà presentato ufficialmente dopo l'estate, l'incremento di risorse nel triennio 2027-2029 supera i 6 miliardi di euro. Se gli interventi "anti burocrazia" sono a costo zero, serviranno invece fondi per potenziare sia l'assistenza a casa sia quella nelle Rsa. «Sul primo fronte, l'idea è di attivare un servizio domiciliare pubblico pensato proprio per gli anziani non autosufficienti e oggi assente in Italia - avvisa Gori - non quindi interventi occasionali limitati a cure mediche e fisioterapia ma un modello che unisca prestazioni sanitarie, interventi sociosanitari e supporto alla vita quotidiana in base al bisogno soggettivo di paziente e caregiver e in cui le risposte siano modulate per intensità». Per questo obiettivo, condiviso da decenni ma ancora poco attuato, si stima servano 577 milioni nel 2027, quasi 1,5 miliardi nel 2028 e 1,5 miliardi dal 2029. Per le Rsa, il Patto mette invece in preventivo 433 milioni nel 2027, 841 milioni nel 2028 e 1,2 miliardi dal 2029: andranno a potenziare del 30% i posti letto delle residenze ma anche il per-

sonale e, più in generale, l'accessibilità, la qualità e l'equità, in un quadro in cui il contributo richiesto sia proporzionato alle effettive possibilità economiche delle famiglie. Infine, il 2027-2028 dovrebbe essere il biennio "buono" per sperimentare su almeno 30mila anziani, con 37,8 milioni l'anno, la nuova Prestazione universale per la non autosufficienza: se oggi tutti ricevono lo stesso importo, anche con bisogni di cura molto diversi, il Patto propone di superare questa impostazione dando maggiore sostegno a quanti necessitano di più assistenza. «A esempio - spiega ancora Gori - un anziano potrebbe ricevere 750 euro al mese e un altro 1.200, in base ai rispettivi bisogni di cura e assistenza». Chi vive in una Rsa, e deve sostenere costi particolarmente alti, riceverebbe contributi maggiori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Burocrazia e servizi con il contagocce per i 4 milioni di anziani fragili: ancora al palo la legge approvata nel 2023





Servizio Emergenza Invecchiamento

Anziani non autosufficienti, «subito 1 miliardo» per la riforma attesa da 10 mln di persone

Stop ai pellegrinaggi tra 5-6 sportelli per accedere ai benefici, cure a casa “su misura”, Rsa da potenziare e nuova Prestazione universale: le proposte del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non autosufficienza

di Barbara Gobbi

16 luglio 2026

Rilanciare con la prossima legge di Bilancio la riforma della non autosufficienza destinata ai 4 milioni di anziani fragili (legge 33 del 2023), mettendo in campo un primo miliardo di euro - aggiuntivo ai fondi già presenti - per dare sostanza a quattro priorità: accesso semplificato alle procedure, cure domiciliari tagliate su misura per pazienti e caregiver, potenziamento dell'assistenza nelle Rsa - che oggi vede 270mila persone in lista d'attesa a fronte di 300mila posti letto attivi - e riscrittura della Prestazione universale. Sono le proposte presentate dal Patto per un nuovo Welfare sulla Non autosufficienza che riunisce 61 organizzazioni e che nel 2021 era stato primo promotore della Riforma.

10 mln di persone in attesa

«Con 10 milioni di persone coinvolte ogni giorno in Italia nell'assistenza tra anziani, familiari, caregiver e operatori - spiegano Cristiano Gori ed Eleonora Vanni, coordinatori del Patto - siamo di fronte a un'emergenza sociale che tocca nel profondo il tessuto del nostro Paese. Per questo chiediamo che con lo stesso spirito bipartisan che ha portato al varo della legge delega 2023, le forze politiche si uniscano rispondendo all'appello della società civile per mettere a terra con la manovra 2027 un programma di interventi progressivi ma concreti».

Oggi i dati fotografano una realtà ben diversa: 5-6 passaggi burocratici per ottenere riconoscimenti d'invalidità e benefici, appena sedici ore l'anno di assistenza domiciliare per anziano (in Danimarca a esempio sono 150), grave carenza anche nella distribuzione territoriale delle Rsa con il Sud del Paese in svantaggio, un'indennità di accompagnamento che attende una riforma organica da 45 anni e che di fatto ha visto fallire la sperimentazione che era stata lanciata dalla Riforma stessa, su 25mila grandi anziani gravissimi con Isee minimo.

Tra 10 anni +30% over 85

La priorità è partire, seppure con gradualità perché la montagna da scalare è decisamente alta e impervia come sa un cittadino su sei in Italia coinvolta nell'emergenza invecchiamento e disabilità. Un tema sempre più caldo, come il clima rovente che in questi mesi attanaglia in primis proprio gli anziani travolti da condizioni fisiche e mentali precarie, multicronicità, isolamento e povertà energetica che rischia di trasformare anche condizionatori salvavita in un miraggio. Il futuro al momento non prepara niente di roseo: i prossimi 10 anni vedranno aumentare del 30% gli over 85

cioè la fascia di popolazione con i bisogni assistenziali più elevati. Se “non siamo all’anno zero” come tengono a sottolineare gli esperti del Patto, dopo tre anni di sostanziale stand-by l’attuazione di quella che è “una buona riforma” non può più attendere.

Cosa fare

«Il Patto propone un percorso graduale di attuazione della riforma - sottolinea Gori - improntato alla doppia sostenibilità: economica e attuativa. Il miliardo che abbiamo individuato per partire nel 2027 è un investimento fresco rispetto ai vari fondi già in campo e non può essere inferiore: non chiediamo “mancette pre elettorali” ma un segnale di impegno concreto da parte di tutta la politica, a cui nel mese di settembre presenteremo nel dettaglio la nostra proposta».

A guardare le prime carte, nel triennio 2027-2029 il programma di rilancio del Patto prevede poco più di 6 miliardi di euro, sostanzialmente in linea con quanto preannunciato con il primo lancio della Riforma.

Tra cure a casa e Rsa

Intanto occorre partire e se gli interventi di “antiburocrazia” sono a costo zero, di certo serviranno denari per potenziare l’assistenza a casa e i posti letto e i modelli di cura nelle Rsa. «Sul primo fronte, l’idea è di attivare un servizio domiciliare pubblico pensato proprio per gli anziani non autosufficienti e oggi assente in Italia - avvisa Gori -: Non quindi interventi occasionali limitati a cure mediche e fisioterapia ma un modello che unisca prestazioni sanitarie, interventi sociosanitari e supporto alla vita quotidiana in base al bisogno soggettivo di paziente e caregiver e in cui le risposte diventano più continuative quando necessario e si riducono e per bisogni minori». Per un modello che «è già condiviso da decenni ma ancora poco messo in atto», si stima servano 577 milioni nel 2027, 1,5 mld scarsi nel 2028 e altri 1,5 mld nel 2029.

Per le Rsa la proposta del Patto mette in preventivo 433 mln nel 2027, 841 mln nel 2028 e 1,2 mld nel 2029: serviranno ad aumentare del 30% i posti letto e il numero degli operatori e più in generale per “intervenire su accessibilità, qualità ed equità”, in cui il contributo richiesto alle famiglie sia proporzionato alle loro effettive possibilità economiche mentre spetterà a una legge garantire regole più chiare e uguali per tutti.

La nuova Prestazione Universale

Infine, il 2027-2028 dovrà essere il biennio buono per sperimentare su almeno 30mila anziani, con un costo di 37,8 mln l’anno, la nuova Prestazione universale per la non autosufficienza: se oggi tutti ricevono lo stesso importo, anche con bisogni assistenziali molto diversi, il patto propone di superare questa impostazione dando maggiore sostegno a quanti necessitano di più assistenza. «A esempio - spiega ancora Gori - un anziano potrebbe ricevere 750 euro al mese e un altro 1.200, in base ai rispettivi bisogni di cura e assistenza». Chi vive in una Rsa, e deve sostenere costi particolarmente alti, riceverebbe contributi maggiori.

Crescita zero e Sanità allo stremo Ma i soldi per le armi si trovano sempre

di RAFFAELLA MALITO

Mentre il Paese arranca tra salari magri, crescita inchiodata e una sanità pubblica sempre più sfilacciata, il governo Meloni ha trovato la sua grande urgenza: riscrivere la legge elettorale. **Elly Schlein** e **Giuseppe Conte** accusano la maggioranza di usare la riforma come un enorme fumogeno parlamentare, utile a spostare l'attenzione dalle promesse mancate e dai problemi che entrano ogni giorno nelle case degli italiani. Il contrasto è evidente. Per stipendi, ospedali e servizi pubblici si predicano prudenza, compatibilità e pazienza. Per le armi, invece, i cordoni della borsa si aprono con una rapidità quasi commovente. A fotografare la corsa al riarmo è l'Agenzia europea per la Difesa: nel 2025 i 27 Stati membri hanno speso 418 miliardi di euro, il 20 per cento in più rispetto all'anno precedente, raggiungendo il 2,2 per cento del Pil. Nel

2026 si dovrebbe salire a 454 miliardi, pari al 2,4 per cento del Pil. Tra il 2022 e il 2025 l'aumento cumulato è stato del 47 per cento. E la marcia non si ferma: secondo l'Eda, proseguendo su questa traiettoria, nel 2029 si potrebbe arrivare a 547 miliardi. Nel 2025, 23 Paesi hanno raggiunto almeno il 2 per cento del Pil in spese militari e 15 le hanno aumentate di oltre il 10 per cento. Gli acquisti di prodotti per la difesa sono balzati da 88 a 115 miliardi in un anno. Mentre i bilanci militari ingrassano, la sanità italiana viene messa a dieta. Un'analisi di **Lorenzo Ruffino** mostra che la spesa sanitaria pubblica è scesa dal 7,4 per cento del Pil del 2009 e 2010 al 6,6 per cento del 2024. Dietro quei decimali ci sono liste d'attesa interminabili, reparti in affanno, personale insufficiente e cittadini costretti a rinunciare alle cure o a pagarle di tasca propria. Ma per Palazzo Chigi la priorità sembra essere un'altra: premi di maggioranza, collegi e liste bloccate.

Il paradosso è che a smontare la propaganda del "più armi uguale più sicurezza" è la stessa Agenzia

europea per la Difesa. Nel documento "Conto alla rovescia verso il 2030", l'Eda spiega che il riarmo procede in ordine sparso, con duplicazioni, sistemi incompatibili e investimenti frammentati su base nazionale. Si spende una montagna di denaro, ma senza costruire automaticamente una difesa comune più efficiente. Il rapporto segnala anche uno

squilibrio tra gli investimenti in nuovi armamenti e le risorse destinate a personale, addestramento e manutenzione. Tradotto dal linguaggio felpato dei documenti europei: si spende di più e spesso si spende male. Altro che strategia impeccabile. La grande macchina del riarmo macina miliardi, ma rischia di produrre soprattutto commesse, profitti industriali e fatture recapitate ai contribuenti. È il punto sollevato dai parlamentari **M5S** **Alessandra Maiorino**, **Pietro Lorefice**, **Arnaldo Lomuti** e **Filippo Scerra**. La spesa militare europea è passata dai 214 miliardi nominali del 2021 agli oltre 454 previsti per il 2026, senza che questo raddoppio si traduca necessariamente in una capacità collettiva altrettanto

forte. La frammentazione resta, l'autonomia strategica non decolla e a festeggiare sono soprattutto i produttori di armamenti. Su questa contraddizione **Schlein** e **Conte** costruiscono l'attacco al governo. Meloni preferisce occupare il Parlamento con l'ingegneria elettorale mentre i salari perdono terreno, l'economia ristagna e la sanità pubblica viene lasciata consumare. La sicurezza internazionale è un tema reale, ma trasformarla in un lasciapassare per qualsiasi spesa significa sottrarre risorse e discussione democratica alle emergenze sociali. La riforma elettorale diventa così il diversivo perfetto: agita il dibattito e consente al governo di cambiare argomento. Ma la propaganda non riempie i portafogli, non accorcia le liste d'attesa e non riapre i reparti. Per i cittadini ci sono vincoli, sacrifici e attese. Per le armi, invece, compare sempre un nuovo miliardo. È questa, più di ogni slogan, la vera legge non scritta del governo Meloni. ■

FINE GUERRA MAI

Secondo l'Agenzia Ue per la Difesa l'anno scorso la spesa è salita del 20% a 418 miliardi e viaggia verso i 454



MEDICI E INTELLIGENZA ARTIFICIALE «PIÙ DEL 60 PER CENTO LA USA GIÀ MA NON CI TOGLIERÀ IL LAVORO»

Diagnosi, ricerca e cura: la maggioranza degli specialisti italiani si fa assistere da un sistema di AI (un anno fa erano meno della metà). I radiologi sono quelli che hanno vissuto l'accelerazione più evidente. I chatbot faranno quindi tutto da soli? Non è proprio così

di MARIO GAROFALO - illustrazione di GIANLUCA FOLÌ



L'immagine del femore compare sullo schermo con una scritta: «Frattura». Il quadratino giallo indica il punto esatto in cui osservare. Il radiologo conferma e la diagnosi è fatta, perfino spesso già scritta: basta ricontrollare e mettere la firma. Avviene quotidianamente nei pronto soccorso, anche se non tutti lo sanno. È la prova tangibile che l'intelligenza artificiale ha già modificato un pezzo importante della nostra vita: quello che riguarda la salute. E con essa il lavoro del medico, uno dei più antichi dell'umanità. **Oggi il 61 per cento degli specialisti italiani si fa assistere da un sistema basato su AI: un anno fa era meno della metà (24 per cento).** Negli Stati Uniti la quota sale all'80 per cento.

I radiologi sono forse quelli che hanno vissuto l'accelerazione maggiore. «All'inizio, tre o quattro anni fa, c'era un tasso di falsi positivi abbastanza alto. Oggi i programmi ci prendono al 98-99 per cento se la frattura c'è», spiega Andrea Laghi, responsabile del reparto all'Humanitas a Rozzano. «L'interazione tra l'uomo e la macchina è fondamentale. **Un piccolo nodulo polmonare può sfuggire a un occhio umano: con l'aiuto**

dell'AI le probabilità di errore si riducono. Ma la responsabilità finale è sempre del medico». Matteo Della Porta, capo dell'Unità Leucemia nello stesso ospedale aggiunge: «In alcune analisi, come le mammografie, il computer può essere persino più preciso dell'esperto secondo alcune ricerche».

MENO POSTI DI LAVORO?

Questo porterà alla riduzione dei posti di lavoro? Nel 2016 l'autorevole Geoffrey Hinton, padre delle reti neurali, immaginava scenari catastrofici: «Se fai il radiologo» aveva detto «sei come il coyote che è già oltre il bordo del precipizio ma non ha ancora guardato giù». Le cose non sono andate così. Una ricerca del Royal College of Radiologists mostra che nel Regno Unito le strutture che utilizzano l'AI sono passate dal 54 per cento del 2023 al 75 per cento del 2025. **Ma nel frattempo il numero di radiologi non si è affatto ridotto, anzi: dal 2016 a oggi è aumentato di oltre il 40 per cento.**

Diversamente da quanto accade nel mondo degli avvocati (vedi la prima puntata dell'inchiesta su lavoro e AI, pubblicata da 7 il 26 giugno scorso, online su [corriere.it/sette](https://www.corriere.it/sette)), in medicina non si temono tanto tagli occupazionali. Piuttosto ci si chiede come formare i giovani. Se è la macchina a segnalare la frattura, come si fa esperienza? Il dottor Laghi propone una soluzione: «Servirebbero due livelli di accesso al sistema, uno per apprendisti e uno per membri dello staff. I primi non dovrebbero vedere il suggerimento prima di aver for-

mulato una diagnosi».

L'altro problema è la sicurezza dei pazienti. «L'intelligenza artificiale è un supporto, non potrà mai sostituire il medico», dice Antonio Bartorelli, responsabile della Cardiologia interventistica del Galeazzi. **Tutti lo danno per acquisito: solo l'uomo può riconoscere eventuali errori del sistema e assumersi la responsabilità delle decisioni.**

Ma chi garantisce che il medico non diventi pigro? Adeguarsi al suggerimento della macchina può essere più semplice che metterlo in discussione. Tecnicamente si chiama *automation bias* ed è l'incubo di un sistema di cura troppo dipendente dalle nuove tecnologie. «Serviranno medici ancora più preparati, capaci di giudizio e autonomia», dice Laghi.

NESSUNA NOSTALGIA

Alessandro Repici, responsabile dell'Endoscopia digestiva dell'Humanitas è piuttosto tranquillo. «Semplicemente ci stiamo evolvendo. Quando ci muoviamo in una città sconosciuta utilizziamo il navigatore, chi rimpiange le mappe di carta? E perché noi medici dovremmo rinunciare all'AI?».

L'endoscopia è uno dei settori



in cui l'intelligenza artificiale sta dando i risultati più evidenti. «Durante una colonscopia», racconta Repici, «se il sistema individua una lesione sospetta fa scattare un allarme visivo e uno sonoro. Così siamo sicuri di rimuovere tutto il necessario. In passato qualcosa poteva sfuggire: per stanchezza o per condizioni non ideali della mucosa. **Queste possibilità di errore oggi sono state praticamente annullate.**»

Gli investimenti sono cospicui, nelle grandi organizzazioni private del Nord ma anche nel pubblico. «Nel Servizio sanitario nazionale la situazione è a macchia di leopardo», spiega Angelo Aliquò, direttore generale del San Camillo-Forlanini di Roma, ospedale premiato da *Newsweek* come più smart d'Italia (dopo i privati Humanitas e San Raffaele). «Adesso mi trovo alla guida di un'azienda piuttosto avanzata, ma sono passato per strutture che erano all'anno zero. Usiamo l'intelligenza artificiale in radiologia e in senologia, stiamo per inserirla negli ambulatori. **Ma dovremmo cominciare a utilizzarla anche nella parte amministrativa: una delibera che oggi richiede un mese potrebbe essere scritta in poche ore con i modelli linguistici.**»

PUBBLICO & PRIVATO

La differenza tra pubblico e grandi aziende private è tracciata con un esempio da Elena Giovanna Bignami, direttrice dell'Anestesia e rianimazione dell'Università di Parma: «Loro hanno i soldi e la rapidità: possono comprare i programmi che vogliono. Noi abbiamo i dati: creiamo le infrastrutture. **È come se loro avessero le Porsche e noi l'autostrada.**»

La medicina è una scienza in larga parte statistica: per questo è il campo ideale per l'intelligenza artificiale, che non ha la comprensione e la creatività dell'essere umano ma ha una capacità superiore nell'aggregare ed elaborare enormi quantità di informazioni. Questa marcia in più fa la differenza soprattutto nell'oncologia, dove

bisogna considerare molte variabili per arrivare alla diagnosi e alla cura più adatta. «Dobbiamo tener conto», spiega Della Porta, «del profilo genetico del tumore, dello stato del paziente, delle sue altre patologie, dei medicinali che assume, stimare rischio e qualità della vita. Si tratta di un lavoro molto complesso, nel quale l'intelligenza artificiale è di grandissimo aiuto». Nascono così i «gemelli digitali», modelli che permettono di simulare l'evoluzione della malattia e gli effetti delle terapie. «Un tempo», dice spiega Victor Savevski, capo dell'Innovazione di Humanitas, «si dava a tutti i casi simili la stessa cura, ora la strategia è personalizzata».

IL CASO RISOLTO

Nelle leucemie, per esempio, è delicato scegliere se ricorrere al trapianto di cellule staminali: una cura potenzialmente molto efficace, ma anche rischiosa, da riservare ai casi in cui i benefici superano i pericoli. «Avevamo un paziente giovane con una forma della malattia non immediatamente aggressiva. Qualche anno fa non lo avremmo candidato al trapianto. L'intelligenza artificiale ci ha segnalato che la mutazione di un gene piuttosto rara era spesso collegata a un decorso più rapido. Nessuno di noi ci avrebbe pensato. Abbiamo deciso di intervenire ed è guarito».

Molti tumori (circa il 20 per cento) sono rari o rarissimi, il che rende difficile accumulare esperienza clinica. L'intelligenza artificiale, pescando da banche dati di tutto il mondo, può colmare questa lacuna. Così come, in virologia, «potrebbe essere utile per leggere i sintomi in base alla provenienza del paziente», prevede Massimo Andreoni.

Tra i vantaggi più citati c'è il tempo. «Prendiamo le lettere di dimissione», dice Federico Esposti, direttore dell'Innovazione del San Raffaele. «Prima richiedevano tra 45 e 90 minuti, oggi bastano 15-20 minuti. Inoltre possiamo fornire una versione tecnica per il medico di base e una più semplice

per il paziente».

IN AMBULATORIO

Durante le visite ambulatoriali il medico era abituato ad ascoltare il paziente spesso guardando lo schermo del pc per prendere appunti. **Ora è un modello linguistico a raccogliere tutto con un microfono e ad abbozzare il testo da ricontrollare e firmare.** «Le sintesi sono ottime, vengono corrette soltanto in minima parte, in media il 2,2 per cento», spiega Savevski. Presto metteranno in piedi un meccanismo del genere, tra gli altri, anche il San Raffaele e il San Camillo di Roma.

Non tutti sono entusiasti però della rivoluzione tecnologica in atto. Erino Rendina, ordinario di Chirurgia toracica alla Sapienza-Sant'Andrea di Roma, ci vede il trionfo del nichilismo: «**Siete mai stati in una sala operatoria robotica? Il chirurgo, non sterile, siede alla console. Dall'altro lato sta il paziente.** Se si verifica un qualsiasi tipo di emergenza, un'emorragia ad esempio, il chirurgo deve correre a lavarsi e vestirsi e soltanto dopo può intervenire. Ma vi sembra logico? Niente può sostituire il rapporto umano tra medico e paziente. Il malato sceglie te non la macchina».

L'impatto è forte anche nella ricerca. «L'AI classica», spiega Eugenio Santoro del Mario Negri, «ci aiuta a individuare le molecole che hanno più possibilità di diventare farmaco. Quella generativa ci aiuta nei protocolli di studio e nel reclutamento dei pazienti. Molti la usano anche per sintetizzare gli articoli, che talvolta sono molto lunghi. Allucinazioni? Talvolta saltano i casi più interessanti». Alessandro Fiocchi, primario di Allergologia al Bambino Gesù, dirige il giornale della World Allergy Organization e rileva un grosso problema: «**Mentre esiste un software che ci aiuta a individuare i plagii, non ne esiste uno che individui i lavori concepiti e scritti con l'AI.** Abbiamo



imparato a riconoscerli da soli, ma l'errore è sempre in agguato e ci fa perdere tanto tempo».

E I PAZIENTI?

Intanto l'intelligenza artificiale è entrata anche nelle abitudini dei pazienti. **Il 36 per cento la utilizza per informarsi sulla salute; il 47% per interpretare dei sintomi, il 41% per ottenere spiegazioni più semplici di termini medici difficili, il 40 per cento per interpretare i risultati di esami di laboratorio.** Ma una macchina può sostituire il

medico nelle situazioni più banali? «I sistemi generalisti non sono ancora affidabili», risponde Della Porta. «In futuro però potremmo avere chatbot sanitari capaci di gestire le richieste di base e alleggerire i pronto soccorso». Di sicuro dei passi in avanti li farà la telemedicina. «Stiamo sviluppando dispositivi indossabili (orologi, anelli, sensori) le cui informazioni saranno analizzate dall'AI», spiega Bignami. «La sfida è individuare i parametri più utili per i pazienti fragili».

Al San Raffaele dopo una visita in

ambulatorio, l'intelligenza artificiale legge il referto e invia un messaggio al paziente con tutti gli esami da fare e il link per effettuare le prenotazioni. Il futuro, spiega Federico Esposti, è il *patient navigator*, che ricorda al paziente quando fare accertamenti e prendere medicine. «Il problema della sanità è che è divisa in compartimenti verticali: l'intelligenza artificiale può essere il legame orizzontale che mancava. Potrebbe essere la mappa della sanità di cui avremmo bisogno per prenderci cura di noi».

IL "CASO": UN PICCOLO NODULO POLMONARE PUÒ SFUGGIRE ALL'OCCHIO DELLE PERSONE, MA AL COMPUTER NO. EPPURE IL NUMERO DEI CAMICI BIANCHI È AUMENTATO

«LA DIFFERENZA FRA PRIVATO E PUBBLICO? IL PRIMO HA I SOLDI, LA RAPIDITÀ E PUÒ COMPRARE I PROGRAMMI CHE VUOLE. MA IL SECONDO HA I DATI»

«IL PROBLEMA DELLA SANITÀ È CHE È DIVISA IN COMPARTIMENTI VERTICALI: L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE PUÒ ESSERE IL LEGAME ORIZZONTALE CHE MANCAVA»



Dall'alto: Andrea Laghi, responsabile reparto di Radiologia, Humanitas di Rozzano; Matteo Della Porta, capo dell'Unità Leucemia; Antonio Bartorelli, responsabile della Cardiologia interventistica Galeazzi; Alessandro Repici, responsabile della Endoscopia digestiva Humanitas



Intelligenza artificiale nell'universo medico C'è in gioco l'intera relazione con il paziente

L'intelligenza artificiale (IA) entra ormai stabilmente nella medicina: legge immagini diagnostiche, orienta decisioni cliniche, elabora grandi quantità di dati sanitari, sostiene il monitoraggio dei pazienti fragili e la cura a distanza. Ma questa trasformazione non si misura soltanto in termini di efficienza o di progresso tecnico: in gioco ci sono il senso stesso della cura, la responsabilità del medico, la dignità del paziente e la qualità delle relazioni nei momenti di maggiore vulnerabilità. Questa pagina propone tre sguardi complementari su una stessa domanda: come custodire l'umano in una medicina sempre più digitale? Il primo contributo interroga il rapporto tra medico e algoritmo e il significato della decisione clinica quando l'IA entra nella diagnosi e nella terapia. Il secondo ricorda che dietro ogni dato sanitario c'è una persona concreta e vulnerabile, non un profilo digitale. Il terzo guarda alla cura degli anziani, dei malati cronici e delle persone sole, chiedendosi se la tecnologia generi nuova prossimità o mascheri nuove distanze. Il criterio che unisce i tre contributi è uno solo: la misura etica dell'IA resta la persona — non ciò che la macchina può fare, ma ciò che essa consente all'uomo di custodire meglio. (M.C.)



RISCHI COGNITIVI DALL'USO DI POTENTI MACCHINE STATISTICHE

Il clinico non perda la capacità di giudizio

MAURIZIO CALIPARI

È una scena ormai quotidiana in molti ospedali italiani. Il medico apre il referto e trova, accanto alle immagini, un suggerimento dell'intelligenza artificiale: una probabilità, un'area evidenziata, un'ipotesi diagnostica. Nel 2026 oltre sei specialisti su dieci usano strumenti di questo tipo, spesso senza una regia istituzionale. La macchina lavora bene: legge migliaia di immagini senza stancarsi, coglie dettagli che l'occhio umano può perdere, stima rischi con precisione crescente. La domanda sorge spontanea: se l'algoritmo è così bravo, che cosa resta al medico?

Resta, in realtà, l'essenziale. Perché una diagnosi non è un calcolo: è un giudizio. Il Comitato nazionale per la bioetica, nel parere dello scorso febbraio, parla di «discontinuità epistemica»: con l'IA la conoscenza clinica non nasce più soltanto dall'incontro con il malato, ma da elaborazioni computazionali su dati di popolazione. È un mutamento profondo: la statistica ragiona sulle medie, la clinica sul singolo, e ciò che vale per mille pazienti simili può non valere per questo paziente, con la sua storia, le sue parole, i suoi silenzi. Il giudizio clinico è sintesi di evidenze, esperienza, contesto e relazione: e non

può essere delegato a un sistema che, per quanto sofisticato, non incontra nessuno.

Il rischio più insidioso, infatti, non è che la macchina sbagli. È che il medico smetta di pensare. Gli studiosi lo chiamano *automation bias*: la tendenza a fidarsi dell'indicazione automatica più che del proprio giudizio. Così il medico rischia di trasformarsi da decisore in validatore, e la delega – mai dichiarata, mai scelta – avviene in silenzio. A complicare le cose c'è l'opacità di molti sistemi: «scatole nere» che forniscono risposte senza mostrare il percorso. Non a caso il Regolamento europeo sull'IA esige dai sistemi ad alto rischio trasparenza e sorveglianza umana: come può, altrimenti, un medico motivare al paziente una terapia che nemmeno lui sa spiegare?

Si gioca qui la partita della responsabilità. Il diritto italiano è chiaro: l'IA è uno strumento, non un soggetto; la decisione resta del medico e non è delegabile. La legge 132 del 2025 ha introdotto l'obbligo di informare il paziente quando l'intelligenza artificiale partecipa alla diagnosi o alla cura. Ma tra il principio e la pratica si aprono zone grigie: chi risponde se lo strumento era difettoso? E se il medico ha usato una piattaforma non certificata, come accade oggi nella maggioranza dei casi? I giuristi parlano di *responsibility gap*: un errore senza volto, e un paziente danneggiato che non trova nessuno davanti a sé.

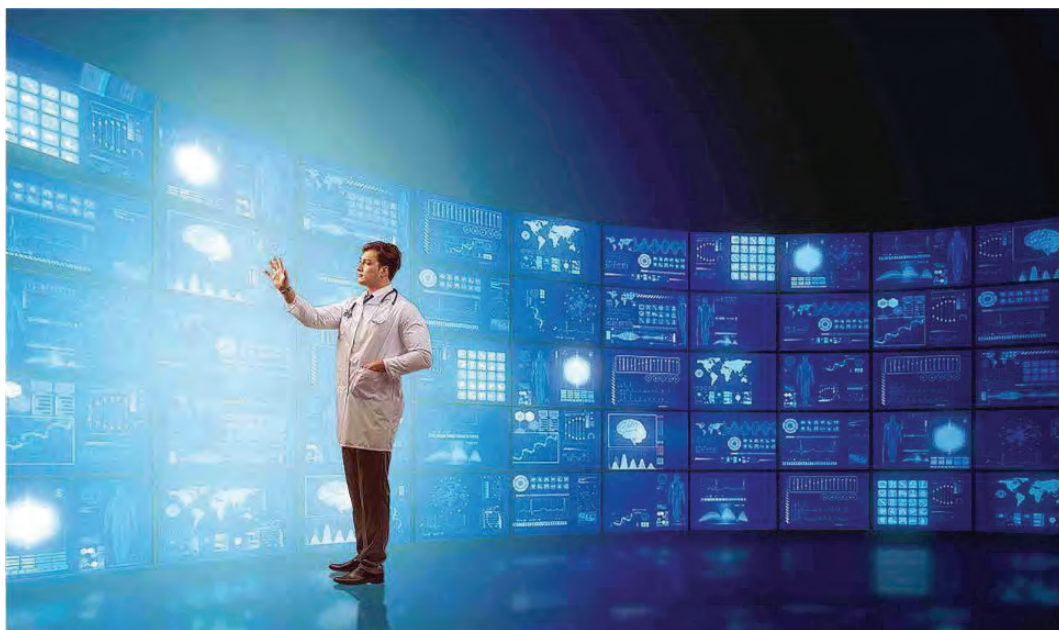
In questi snodi la prospettiva personalista mostra la sua concretezza. Il malato non è un caso da classificare, ma una persona da riconoscere: unica, irripetibile, mai riducibi-

le ai suoi dati. Il consenso informato non è una firma su un modulo, ma un atto di libertà con cui la persona custodisce il governo di sé nel momento della vulnerabilità. E la decisione clinica esige quella che i classici chiamavano *prudentia*: la virtù che applica il sapere universale al caso singolo, assumendone il rischio – ciò che nessun algoritmo può fare, perché la prudenza non è un'inferenza ma l'atto di una persona che risponde di un'altra persona.

Non si tratta dunque di scegliere tra medicina e tecnologia. L'intelligenza artificiale è una risorsa preziosa, e rinunciare sarebbe una colpa. Si tratta di custodire una gerarchia: lo strumento serve la cura, non la governa. Il futuro della medicina non dipenderà da quanto diventeranno intelligenti le macchine, ma da quanto i medici sapranno restare umani: capaci di calcolo, ma soprattutto di giudizio, di prudenza, di presenza. Perché alla fine, davanti al letto del malato, a decidere non può essere un algoritmo: deve esserci qualcuno che risponde, con il proprio nome, a un altro essere umano.

Bioeticista

Segretario generale Scienza & Vita



TRA ALGORITMI OPACHI E PRIVACY

Il dato rinvia alla persona Serve governance sicura

MARIA TERESA IANNONE

La trasformazione digitale della sanità ha prodotto un mutamento profondo nel modo in cui la salute viene osservata, interpretata e salvaguardata. La medicina moderna raccoglie, elabora e interpreta le informazioni relative alla persona facendole confluire in sistemi elettronici, con un cambiamento di prospettiva che va ben oltre la digitalizzazione di ciò che prima era cartaceo e costruisce una rappresentazione algoritmica della salute che tende a orientare, e talvolta a condizionare, la valutazione clinica tradizionale.

Il dato sanitario, però, non è un'informazione neutra; rappresenta la persona e ne esprime la vulnerabilità, considerazione apparentemente ovvia che la sanità digitale rischia di smarrire. Ridurre la salute a un insieme di informazioni significa dimenticare che ogni dato rinvia a una storia personale e a un soggetto titolare di diritti inviolabili.

Quando il Regolamento generale sulla protezione dei dati (Gdpr) qualifica i dati relativi alla salute come "particolari" e per questo meritevoli di una tutela rafforzata, non compie soltanto una scelta tecnico-giuridica: riconosce che in quei dati è in gioco qualcosa di essenziale per la dignità della persona e per la sua autonomia.

Eppure, la logica della sanità digitale tende a trattare il dato come risorsa da estrarre, aggregare e valorizzare con indiscutibili e reali benefici attesi nelle diagnosi precoci, nella ricerca, nella prevenzione, nel supporto alle decisioni cliniche; tutte prospettive di grande valore. Ma pone altrettante questioni etiche e giuridiche che non possono essere considerate secondarie e che possono portare alla perdita progressiva di controllo di questa parte essenziale di sé da parte del paziente, finendo per far coincidere la sua storia con la somma statistica

dei suoi parametri.

Occorre considerare anche il rischio di nuove disuguaglianze digitali, un tema che il dibattito pubblico ancora sottovaluta. L'accesso non uniforme alle tecnologie, le diverse competenze digitali e la concentrazione dei dati sanitari possono tradursi in nuove forme di esclusione, favorendo chi dispone della giusta alfabetizzazione digitale e di risorse economiche per orientarsi, e marginalizzando, in modo silenzioso ma strutturale, chi ne è privo.

A ciò si aggiunge l'impiego di sistemi algoritmici opachi, le cosiddette *black box*, che rendono difficile comprendere come si giunga a una determinata indicazione. Il consenso informato, pietra angolare dell'etica medica e del diritto sanitario, rischia così di trasformarsi da atto autentico di espressione della volontà a mero adempimento formale.

Le norme europee cercano di rispondere a queste sfide, ma possono essere efficaci solo se accompagnate da pratiche che rendano i diritti realmente esercitabili. La tutela della persona richiede una *governance* dei dati sanitari che coinvolga istituzioni, strutture sanitarie, aziende tecnologiche e comunità scientifica. Protezione e sicurezza dei dati non sono meri adempimenti burocratici, come purtroppo molti credono, ma forme concrete di rispetto della dignità del paziente e condizioni essenziali per alimentare la fiducia nel sistema sanitario, secondo una logica di responsabilità condivisa e di *accountability*.

La medicina digitale può offrire strumenti preziosi, ma la cura autentica richiede che il paziente sia riconosciuto nella sua storia, nelle sue vulnerabilità e nella sua capacità di scegliere, senza essere ridotto a un insieme di variabili calcolabili. Custodire questa distinzione non è un ostacolo all'innovazione: è la condizione perché l'innovazione rimanga davvero al servizio della persona. Il futuro della sanità digitale non si misurerà dalla quantità di dati raccolti, ma dalla capacità di riconoscere, dietro ogni dato, la persona e di proteggerne la dignità e i diritti.

**Bioeticista clinico, Ospedale Gemelli Isola - Roma
Consigliere Scienza & Vita**

L'esempio del
consenso informato:
pietra angolare
dell'etica e del diritto,
non semplice
adempimento formale



VICINANZA OLTRE I MONITORAGGI

La tecnologia è utile se non cancella l'ascolto

GIAMPAOLO GHILARDI

Che cosa significa essere vicini a una persona malata? Per secoli la risposta è sembrata ovvia: condividere lo stesso spazio, entrare nella sua stanza, prenderle la mano. Oggi, però, la medicina sta cambiando. Televisite, monitoraggi a distanza, dispositivi intelligenti e intelligenza artificiale consentono di seguire molti pazienti senza che medico e malato si trovino nello stesso luogo. Viene allora spontanea una domanda: la tecnologia ci allontana dalla cura o può diventare una nuova forma di prossimità? Peraltro, se ci si pensa, il ritornare a essere curati a casa anziché in ospedale, non è necessariamente un'involuzione o un peggioramento. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e la carenza di personale sanitario rendono sempre più difficile garantire una presenza continua nei luoghi di cura classici. La telemedicina nasce anzitutto da questa esigenza: permettere alle persone più fragili di essere curate nella propria casa, evitando ricoveri inutili e assicurando una maggiore continuità assistenziale. Sarebbe un errore guardare a questi strumenti soltanto con sospetto. Grazie alle tecnologie digitali, oggi è possibile intercettare precocemente un peggioramento clinico, seguire il decorso di una terapia e mantenere un contatto costante con pazienti che, altrimenti, rischierebbero di sentirsi abbandonati. Eppure, la questione decisiva non è tecnologica, ma profondamente umana. Monitorare non significa ancora accompagnare. Un sensore può rilevare un valore alterato, ma non coglie la paura di chi vive una malattia; un algoritmo può segnalare un rischio, ma non sostituisce lo sguardo di chi comprende la storia di una persona. La cura non consiste soltanto nel raccogliere dati: nasce dall'incontro tra una competenza professio-

nale e una vulnerabilità affidata.

Per questo la prossimità non coincide semplicemente con la vicinanza fisica. Si può essere presenti anche a distanza, quando una relazione continua fa sentire il paziente ascoltato, seguito e sostenuto. Al tempo stesso, si può essere lontani pur condividendo la stessa stanza, se il rapporto si riduce a una prestazione impersonale. La tecnologia, dunque, non elimina la relazione: la mette alla prova, chiedendoci di ripensarne le forme.

La vera sfida è evitare che la telemedicina si trasformi in una medicina della sola sorveglianza. La persona non ha bisogno soltanto di essere controllata: ha bisogno di sapere che qualcuno si prende cura di lei. È qui che diventa decisivo il ruolo dei medici, degli infermieri, dei *caregiver*, delle famiglie e delle comunità. La tecnologia può rendere la loro

presenza più continua ed efficace, ma non può sostituirla.

La parola "prossimità" rischia di essere fraintesa. Non indica semplicemente una distanza da colmare, ma un modo di stare accanto all'altro. Nella tradizione umanistica e cristiana, farsi prossimi significa lasciarsi interpellare dalla vulnerabilità di chi soffre, riconoscerlo come persona prima ancora che come paziente. È un movimento di uscita da sé, che precede ogni gesto tecnico. Per questo la cura inizia dall'ascolto. Solo chi ascolta può comprendere ciò che nessun dispositivo è in grado di registrare: le paure, le attese, il bisogno di essere accompagnati. La telemedicina può rendere più tempestivo il monitoraggio, ma non può sostituire quell'atto originario del farsi prossimo da cui ogni autentica cura prende avvio.

Vicini, dunque, si dice in molti modi. La distanza non si misura soltanto in chilometri, ma nella qualità della relazione che siamo capaci di costruire. Una sanità davvero digitale sarà anche più umana se saprà usare l'innovazione non per sostituire la prossimità, ma per renderla più ampia, più stabile e più capace di raggiungere chi oggi rischia di restare solo.

**Filosofo, Università Campus Biomedico - Roma
Consigliere Scienza & Vita**

Il sensore può rivelare un valore alterato, ma non coglie la paura e il bisogno di essere accompagnato di chi vive una malattia



Gli effetti dell'IA in ambito sanitario La lettura di Cantelmi per orientarsi

L'introduzione dell'intelligenza artificiale (IA) in ambito sanitario non costituisce un semplice progresso tecnologico, ma un mutamento profondo nella concezione stessa della medicina. Le sue implicazioni investono dimensioni etiche, giuridiche, antropologiche e relazionali, imponendo una riflessione critica sull'idea di salute, cura e relazione terapeutica. Di tutta la materia si occupa il libro "La relazione terapeutica nell'era della rivoluzione IA" (Cisu edizioni, Roma), scritto dallo psichiatra Tonino Cantelmi (direttore sanitario e clinico scientifico dell'Opera Don Guanella a Roma). L'etica biomedica assume un ruolo centrale nel reinterpretare principi come la

centralità della persona, la responsabilità professionale e la dignità umana, poiché ogni algoritmo incorpora una visione implicita della medicina e della decisione clinica. L'uso crescente di sistemi predittivi, *chatbot* terapeutici e robot chirurgici ridefinisce i confini della responsabilità e del rapporto fiduciario medico-paziente. In tale contesto, la riflessione deve essere costruire regole e significati condivisi. La sfida principale consiste nel garantire che l'innovazione tecnologica non eroda, ma rafforzi l'umanità della cura, promuovendo trasparenza, giustizia e responsabilità in un sistema sanitario sempre più interconnesso e digitale. Disponibile online e in tutte le librerie.



DOPO IL SÌ DI PARIGI A SUICIDIO ASSISTITO ED EUTANASIA COME "DIRITTI" SCENDONO IN CAMPO I VESCOVI

«La nostra società non dà la morte» La Chiesa voce della Francia che cura

FRANCESCO OGNIENE

A un Paese che boccheggia per la soffocante "canicule" di queste settimane e sotto choc per la traumatica eliminazione dei Bleus dai Mondiali di calcio, l'approvazione della legge che introduce in Francia suicidio assistito ed eutanasia come "diritti" sotto l'orwelliano marketing semantico dell'«aiuto a morire» può passare inosservata. Dopo quattro anni di confronti politici e mediatici e sette voti parlamentari, il via libera finito 291 voti a 241 (in pratica metà dell'Assemblea nazionale contro l'altra metà, non il massimo per una legge di questa portata) può persino sembrare una liberazione. Ma è proprio a questa specie di assuefazione che la Chiesa cattolica francese – in attesa della visita del Papa in settembre – rivolge la sua attenzione. Nella nota diffusa all'indomani del voto la presidenza della Conferenza episcopale definisce il voto di giovedì sera «una grave frattura nella storia del nostro Paese» perché «rompe con la lunga tradizione della cura, la cui vocazione è alleviare la sofferenza e accompagnare ogni persona fino al termine naturale della propria vita». I quattro

anni di confronto nel Paese sono stati «tempo dell'ascolto, del dialogo e del dibattito», come ha scritto sui social il presidente Macron (vero «padre» della legge), tant'è che – si legge nella nota dei vescovi francesi firmata dal presidente cardinale Aveline, arcivescovo di Marsiglia, e dai due vice Jorjy e Bertrand, vescovi a Tours e Pontoise – «abbiamo partecipato in modo serio e responsabile, esprimendo le nostre convinzioni e dialogando con tutti. Forti dell'esperienza secolare della Chiesa nell'accompagnamento delle persone malate, dei morenti e delle loro famiglie, abbiamo voluto condividere le nostre riflessioni sulla dignità di ogni vita umana». Il «dibattito sereno» di cui parla Macron in realtà però non c'è stato: «Dobbiamo constatare che questioni politiche, ideologiche e probabilmente anche economiche, mascherate da parole fuorvianti, hanno prevalso su questa ambizione». Una denuncia che si abbatte sull'ottimismo dell'Eliseo, del quale si mostra l'infondatezza parlando degli «effetti» della legge che «già si delineano»: «Cambierà il nostro rapporto con la vulnerabilità, la vecchiaia, la disabilità e la malattia. Si deteriorerà il legame di fiducia tra le generazioni e anche tra operatori sanitari, pazienti e famiglie; inoltre, verrà compromesso lo sguardo della società sulla fragilità umana». Peggio: «I più poveri rischiano di essere i primi a pagarne il prezzo: non volendo

rappresentare un peso per i propri figli o nipoti, le persone anziane in condizioni di precarietà potrebbero sentirsi spinte a porre fine alla propria vita». Espressa così la loro «disapprovazione», i vescovi aggiungono che il voto del 15 luglio «ci chiama a un rinnovato impegno insieme alle famiglie, agli operatori sanitari, ai volontari, ai caregiver, alle associazioni e ai cappellani, per testimoniare che un'altra strada è possibile: quella di una presenza fedele e di un accompagnamento attento che allevino le sofferenze fisiche e psicologiche, senza mai abbandonare nessuno». Di qui un impegno e una parola chiara: «I cattolici di Francia continueranno, insieme a molti altri uomini e donne di buona volontà, credenti e non credenti, a servire la vita. Lo faranno animati dalla salda speranza che il Vangelo dona loro, senza spirito di rassegnazione né di contrapposizione, convinti che la grandezza di una società non risiede mai nel dare la morte ai più fragili, o nel permettere loro di procurarsela, ma piuttosto nell'accompagnarli, con una reale fraternità, fino alla fine. Perché Cristo, nel quale essi credono, è venuto affinché il mondo abbia la vita».



FINE VITA

Il coraggio di scegliere dei francesi

FRANCESCA SFORZA

«Storica», «fondamentale», «di rottura», «di svolta», «c'è un prima e un dopo»: sono solo alcune delle espressioni utilizzate per definire la nuova legge sul fine vita approvata il 15 luglio in via definitiva dall'Assemblea nazionale francese, dopo una navetta parlamentare lunga e tormentata. Il testo nel suo com-

plesso è piuttosto breve, ma per metterlo a punto ci sono voluti tre anni. È il bello dei governi che possono vantare una qualche stabilità. — PAGINA 27

FINE VITA, IL CORAGGIO DI SCEGLIERE DEI FRANCESI

FRANCESCA SFORZA

«Storica», «fondamentale», «di rottura», «di svolta», «c'è un prima e un dopo»: sono solo alcune delle espressioni utilizzate per definire la nuova legge sul fine vita approvata il 15 luglio in via definitiva dall'Assemblea nazionale francese, dopo una navetta parlamentare lunga e tormentata. Il testo nel suo complesso è piuttosto breve, ma per metterlo a punto ci sono voluti tre anni. È il bello dei governi che possono vantare una qualche stabilità: annunciano un progetto e mettono in conto di realizzarlo senza fretta, anche se nel frattempo i consensi calano o le maggioranze scricchiolano. Emmanuel Macron lo aveva promesso all'inizio del suo secondo mandato, e ha potuto consegnarlo ai francesi malgrado le turbolenze che hanno investito a più riprese la sua azione di governo. E che con l'approvazione di questo testo non solo non si esauriscono, ma si moltiplicano.

I criteri fondamentali della legge francese — ricordiamolo — sono cinque: il raggiungimento della maggiore età (18 anni); il possesso della nazionalità francese o comunque una residenza stabile in Francia; l'essere affetti da patologia grave e incurabile in fase avanzata o terminale; presentare una sofferenza fisica o psichica costante, refrattaria alle terapie o comunque giudicata insopportabile dalla persona; essere in grado di manifestare la propria volontà in modo chiaro, libero e inequivocabile. Qualsiasi domanda deve essere esaminata da un medico nel quadro di una procedura collegiale, e la persona può autosomministrarsi il farmaco a meno che non ne sia impossibilitata fisicamente (nel qual caso può venire aiutata da un medico o da un infermiere). A questo punto, su indicazione del premier francese Sébastien Lecornu, che non ha mancato di esprimere le sue perplessità, la legge passerà al vaglio della Corte Costituzionale, che ne valuterà eventuali modifiche e deciderà se fermarla o concederne la promulgazione.

Critiche e polemiche sono state sollevate anche dai rappresentanti della Chiesa cattolica, e da scrittori e intellettuali come Michel Houellebecq, che ha contestato il provvedimento definendolo «morte di Stato». Le reazioni hanno fatto sì che Macron, oltre a una dichiarazione iniziale in cui richiamava il rispetto per la vita e l'autodeterminazione, abbia preferito non enfatizzare il risultato, sia mai che si rivelasse un boomerang in questa difficile fase pre-elettorale. I deputati di estrema destra hanno votato contro il provvedimento (passato con 291 voti a favore, 241 contro e 29 astensioni), ma Marine Le Pen, che pure ha utilizzato parole dure, ha già fatto capire che nel caso passasse lei non lo rimetterà in discussione («Non l'ho votato, ma ho lasciato libertà di coscienza», ha dichiarato).

C'è un aspetto però che va comunque sottolineato, e ha a che fare con la durata dell'iter legislativo: per tre anni i deputati francesi si sono confrontati e scontrati, hanno ragionato, scritto, discusso su uno dei temi più essenziali della contemporaneità. E inevitabilmente i loro discorsi sono stati presentati sui giornali, in televisione, nelle piattaforme social, andando a ingrossare il dibattito pubblico e chiamando i singoli cittadini a confrontarsi con il libero gioco delle opinioni. Non ci sarà magari l'unanimità e forse in futuro la legge conoscerà ulteriori aggiustamenti, ma alla fine è anche così che cresce un Paese: mettendosi in cammino alla ricerca di una soluzione, affrontando — emendamento su emendamento — le domande essenziali. Evitare di parlarne, scegliere di non aprire il dibattito — come accade da noi — significa sottrarre ai cittadini la possibilità di costruirsi un'opinione, di mettere a confronto esperienze e sofferenze, di rinunciare ad alzare la qualità e il livello dei problemi. Per un governo che ha fatto della stabilità la sua cifra, e che legittimamente la rivendica come un fattore di funzionalità democratica, dovrebbe essere una pratica politica costante, più che un'occasione mancata. —



À la guerre!

Il voto sul fine vita rischia di mettere una brutta ipoteca sul viaggio del Papa in Francia

Roma. Doveva essere il viaggio della riconciliazione dopo gli anni della scarsa sintonia fra Papa Francesco ed Emmanuel Macron, culminata con il no, grazie detto dal Pontefice in risposta all'invito per la messa-kermesse con cui è stata riaperta al culto Notre-Dame. Invece, il voto dell'Assemblea nazionale che ha dato il via libera alla legge sul fine vita mette un'ipoteca non irrilevante sul viaggio di Leone XIV oltralpe, fra Parigi,

Lourdes e Metz. L'episcopato francese è battagliero come non mai e già giovedì sera, mentre in parlamento si stavano ancora contando i voti, diffondeva un lungo comunicato firmato dal presidente della Conferenza episcopale, il cardinale Jean-Marc Aveline, e dai due vicepresidenti. "Questo 15 luglio 2026 segna una grave rottura nella storia del nostro paese".

(Matzuzzi segue a pagina quattro)

Il fine vita è legge: il regalo di Macron al Papa in arrivo a Parigi

(segue dalla prima pagina)

"Scegliendo di legalizzare l'eutanasia e il suicidio assistito - si legge nel comunicato -, i deputati hanno iscritto nella legge francese la possibilità di provocare la morte. Questa scelta rompe con la lunga tradizione della cura la cui vocazione è di alleviare la sofferenza e di accompagnare ogni persona fino alla fine naturale della sua vita". Ce n'è anche per Macron, il quale "aveva annunciato un dibattito sereno, illuminato e rispettoso, ma è chiaro che le questioni politiche, ideologiche e senza dubbio anche economiche, mascherate da parole ingannevoli, hanno avuto ragione di questa ambizione. Una questione così essenziale per il nostro patto sociale meritava tuttavia che le conseguenze umane, mediche, etiche e sociali dell'eutanasia e del suicidio assistito fossero pienamente considerate". I vescovi annunciano che la mobilitazione andrà avanti, intanto seguendo "con attenzione i ricorsi annunciati al Consiglio costituzionale". L'obiettivo è di fare il possibile affinché sia garantito "il rispetto dell'etica nelle strutture impegnate nell'accompagnamento di persone in fin di vita e che escludono il ricorso all'eutanasia o al suicidio assistito".

Che la questione sia delicata lo dimostra anche la presa di posizione delle Piccole sorelle dei poveri, impegnate fin dall'Ottocento nella cura - fino alla fine - degli anziani vulnerabili: "Preferiamo morire anziché dare la morte", hanno detto le religiose alla Croix. Il sentimento è

diffuso, la pressione sul primo ministro Sébastien Lecornu, cattolico che Macron definì "monaco soldato" (aveva pensato, in gioventù, di farsi benedettino), è forte: accusato di essere rimasto in silenzio per mesi, ora - a legge approvata - ha annunciato di ricorrere al Consiglio costituzionale per verificare se il provvedimento rispetti integralmente "la dignità della persona". Nelle intenzioni di preghiera per il mese di luglio del Papa, pubblicate come sempre all'inizio del mese, Leone aveva sottolineato che "ogni persona è un dono sacro" che riflette il volto di Dio "dal primo istante della sua esistenza fino all'ultimo respiro del suo cammino sulla terra". Concetti che peraltro aveva già richiamato un mese fa intervenendo al Parlamento spagnolo.

Il rischio di veder vacillare l'intesa cordiale fra l'attuale inquilino dell'Eliseo e la Santa Sede c'è e le occasioni per rimarcare la distanza sono ben cerciate sul calendario dell'imminente viaggio in Francia: la grande veglia di preghiera allo Stade de France, venerdì 25 settembre, la messa in Place de la Concorde e sui Champs-Élysées del giorno dopo. Per non parlare di quel che il Papa potrebbe dire a Lourdes, dove la questione è assai sentita per ovvie ragioni. Padre Andrea Ciucci, cancelliere della Pontificia accademia per la vita, ha detto ai media vaticani che "i fratelli non possono togliere la vita ad altri fratelli. La fraternità è al servizio della vita, non della morte".

Non pare tirare aria di riconciliazione, almeno per ora: il vescovo di Bayonne, mons. Marc Aillet, ha definito "l'aiuto a morire un'impostura". Il fine della legge, ha detto, è di "legalizzare il suicidio assistito e l'eutanasia, parole che non compaiono né nel titolo né nel contenuto del testo". In un'intervista a France Catholique, il presule ha aggiunto che "il sostegno pubblico a una legge gravemente contraria all'insegnamento morale della Chiesa pone un vero problema di coerenza ecclesiale. I parlamentari cattolici che hanno votato a favore di questa legge devono valutarne le conseguenze. Se sono consapevoli di questa incoerenza, non potranno più ricevere la comunione. La Chiesa è giustificata nel ricordarglielo, come hanno fatto alcuni vescovi negli Stati Uniti. Vorrei invitarli a un sincero esame di coscienza".

In attesa dell'arrivo del Papa, i vescovi si preparano: "Al di là della disapprovazione", scrivono nel comunicato già citato, "questo voto del 15 luglio ci invita quindi a un rinnovato impegno, con le famiglie, gli assistenti, i volontari, i caregiver, le associazioni, i cappellani, per testimoniare che un'altra strada è possibile, quella di una presenza fedele e di un accompagnamento attento che leniscono le sofferenze fisiche o psicologiche, senza mai abbandonare nessuno". Il provvedimento è stato approvato in via definitiva con 291 voti favorevoli e 241 contrari.

Matteo Matzuzzi



Riunita la cabina di regia del ministero. Oggi 16 città bollino rosso Caldo, mortalità cresciuta del 3%

Mauro Evangelisti

Caldo, mortalità cresciuta del 3%. Strage tra gli anziani: 380 vittime. I dati della cabina di regia del ministero: «Incremento minore del resto d'Europa». A Oristano toccati i 47 gradi.

A pag. 13



Caldo, mortalità cresciuta del 3% Strage tra gli anziani: 380 vittime

► I dati della cabina di regia del ministero: «Incremento minore del resto d'Europa»
Grave il bilancio di Torino: 120 decessi. A Roma (su 3 milioni di abitanti) sono stati 130

L'EMERGENZA

ROMA Per comprendere gli effetti sulla salute delle ondate di calore, il sistema di sorveglianza italiano confronta il dato statistico delle morti attese per qualsiasi causa sulla base delle medie degli ultimi anni con quello reale, in coincidenza con le temperature estreme. Bene, nel periodo 25 maggio-30 giugno, quando di fatto sono state affrontate le prime due pesanti ondate di calore, c'è stato un incremento del 3 per cento. Ed è stato concentrato soprattutto in una fascia di età: gli over 85. In termini assoluti, significa 380 decessi in più che possono essere attribuiti al grande caldo. Paga un prezzo molto alto la città di Torino, che da una parte è stata interessata da temperature costantemente sopra la media, dall'altra ha anche una

popolazione anziana e non abituata a questo tipo di caldo. Le stime parlano di 120 morti in eccesso.

STATISTICHE

Anche Roma - ma sulla base di una popolazione molto più ampia, 3 milioni di abitanti - ha un dato elevato, 130 decessi. Questi numeri, elaborati dal Dep (Dipartimento epidemiologia) Lazio, sono stati illustrati ieri nel corso della riunione della Cabina di regia sul caldo convocata dal Ministero della Salute. L'analisi riguarda tutti gli over 65 ma,

come detto, i dati più preoccupanti interessano gli over 85. Spiegano alla cabina di regia: «L'eccesso di mortalità medio è stato contenuto anche in relazione a quanto osservato in altri

Paesi europei». Sia chiaro: la stima di 380 decessi è comunque drammatica, ma se paragonata ai 2.000 calcolati in Francia, ai 6.800 in Germania o ai 2.200 nel Regno Unito, appare tutto sommato un dato basso. Come si spiega? Ci sono vari fattori. «Sicuramente - racconta la dottoressa Paola Michelozzi, dirigente del Dep Lazio - i cittadini del Nord Europa sono meno abitua-



ti, anche fisicamente, al grande caldo e questo conta». Inoltre, proprio perché l'Italia conosce gli effetti delle ondate di calore, negli anni, da parte del Ministero della Salute e delle Regioni sono stati affinati i sistemi di sorveglianza e prevenzione, mentre i cittadini hanno imparato a difendersi installando l'aria condizionata nelle case (il 15 luglio è stato raggiunto il picco dell'anno dei consumi energetici a 57,98 GW) o con comportamenti prudenti. C'è un altro dato che va valutato: molti anziani e soggetti fragili purtroppo sono morti durante la pandemia e questo ha probabil-

mente ridotto la platea di coloro che oggi, con il grande caldo, sono maggiormente a rischio. Dopo che mercoledì scorso i temporali hanno causato anche danni molto seri in alcune aree del Nord, ieri è continuato l'assedio del caldo. In Sardegna, nella zona di Oristano, sono stati superati i 47 gradi. Per oggi, il sistema di sorveglianza del Ministero della Salute prevede con bollino rosso 16 città (Bologna, Brescia, Cagliari, Campobasso, Firenze, Frosinone, Genova, Latina, Milano, Palermo, Perugia, Pescara, Rieti, Roma, Torino e Viterbo). Domani saranno 19 perché si aggiunge-

ranno Ancona, Catania e Civitavecchia. In Sicilia allerta rossa per gli incendi, roghi molto estesi anche in Sardegna.

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**OGGI 16 CITTÀ
IN BOLLINO ROSSO,
DOMANI
DIVENTERANNO 19
A ORISTANO
RAGGIUNTI I 47 GRADI**



A sinistra i turisti nel cuore di Roma che trovano rifugio al calore. A destra i roghi in Sardegna: nell'isola ieri si è arrivati a 46 gradi





Servizio Allarme caldo

Sabato rovente con 19 città da bollino rosso, mortalità in crescita tra i grandi anziani

La cabina di regia del ministero della Salute fa sapere che lo scorso giugno è stato “il secondo più caldo di sempre”.

di Redazione Salute

16 luglio 2026

Venerdì sono 16 le città italiane da bollino rosso per il caldo con il livello massimo di allerta che interesserà Bologna, Brescia, Cagliari, Campobasso, Firenze, Frosinone, Genova, Latina, Milano, Palermo, Perugia, Pescara, Rieti, Roma, Torino e Viterbo. Bollino arancione, invece, per Ancona, Civitavecchia, Messina e Napoli. Sabato 18 luglio l'allerta massima si estenderà anche ad Ancona, Civitavecchia e Catania, per un totale di 19 città. Con i grandi anziani che si confermano i più vulnerabili alle ondate di calore che stanno caratterizzando questa estate 2026, non solo in Italia. Mentre il Vecchio Continente fa i conti con temperature estreme, anche nel nostro Paese c'è stato un eccesso di mortalità legato al caldo. Un fenomeno che in 5 Paesi europei ha fatto finora quasi 10mila vittime. Ebbene, nel Belpaese il l'aumento di decessi finora è limitato al 3% e ai grandi anziani. È quanto emerge dall'ultima riunione della Cabina di regia prevista dal Piano operativo nazionale sugli effetti del caldo del ministero della Salute che ha fatto sapere anche che lo scorso giugno è stato “il secondo più caldo di sempre”.

Dall'aumento della mortalità agli accessi in pronto soccorso

Nel corso della riunione al ministero della Salute sono stati analizzati, con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (Dep), i dati relativi al periodo 25 maggio-30 giugno. Considerato anche che, a livello globale ed europeo, il mese di giugno 2026 è stato il secondo più caldo di sempre. I sistemi di allerta caldo hanno previsto, in Italia, condizioni di rischio di livello 2 e 3 (bollini arancioni e rossi) dal 18 giugno fino a fine mese, con una media di 10 giorni al Nord, 10 al Centro e 4 al Sud. Dal ministero segnalano il caso della città di Torino: qui i giorni con livelli di allerta 2 e 3 nel periodo di riferimento sono stati 23: il 63% del totale. L'analisi dei dati di sorveglianza della mortalità giornaliera over 65 ha evidenziato, sul totale delle città considerate, “che l'eccesso di mortalità medio è stato contenuto (3%), anche in relazione a quanto osservato in altri Paesi europei”. Un fenomeno che in Italia è stato limitato agli over 85, i cosiddetti grandi anziani. Nella seconda e più intensa ondata di calore (18-30 giugno) i dati hanno confermato un eccesso statisticamente significativo della mortalità nella popolazione over 65 a Torino. E adesso? Mentre il bollettino sulle ondate di calore lascia prevedere giornate difficili, il numero di pubblica utilità 1500 ha ricevuto già oltre mille chiamate. Quanto agli accessi in Pronto soccorso, non si segnalano variazioni rilevanti nei giorni di canicola, “se non lievi incrementi a Venezia, Milano, Palermo”, chiariscono dal ministero.

L'allarme per gli anziani che vivono da soli

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Alla luce di tutti questi numeri, Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere), presente all'incontro al ministero della Salute, rinnova l'impegno delle strutture sanitarie della Penisola nel monitoraggio continuo e capillare degli effetti delle ondate di calore sulla popolazione. I dati e la vulnerabilità dei grandi anziani “confermano la necessità di rafforzare il coinvolgimento degli enti locali e di rendere sempre più integrata l'azione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale”. Sotto la lente, in particolare, gli anziani che vivono soli e le persone a rischio isolamento. “In questi casi, la fragilità sanitaria si intreccia con quella sociale e richiede una capacità di intervento coordinata”. Intanto dall'Oms Europa arrivano cattive notizie: il Vecchio Continente è l'area che si sta riscaldando più rapidamente, con temperature in aumento a un ritmo circa doppio rispetto alla media globale. Ormai il caldo estremo rappresenta una minaccia crescente per la salute pubblica. E le cose peggioreranno di anno in anno. I dati preliminari, provenienti da soli cinque Paesi europei, mostrano già quasi 10.000 morti in più dovuti al caldo.

I rischi per la salute con temperature sopra 35 e 40 gradi

Di fronte al perdurare delle temperature estreme, la Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti (Fadoi) richiama l'attenzione sui rischi per la salute, in particolare per anziani, persone fragili e pazienti con patologie croniche. “Ormai temperature di 35 gradi non sono più un'eccezione. Il nostro organismo possiede meccanismi molto efficaci per mantenere costante la temperatura corporea, ma quando il caldo si associa a elevata umidità questi sistemi vengono messi a dura prova. Si perdono liquidi e sali minerali, aumenta il lavoro del cuore e compaiono stanchezza, debolezza e cali di pressione”, spiega Andrea Montagnani, presidente nazionale Fadoi. Secondo gli internisti ospedalieri il rischio cresce ulteriormente quando le temperature raggiungono o superano i 40 gradi. “In queste condizioni il corpo può non riuscire più a disperdere il calore”, avverte Montagnani. “La temperatura interna aumenta e possono comparire disidratazione importante, alterazioni della pressione arteriosa, confusione mentale fino al colpo di calore, che rappresenta una vera emergenza medica perché può compromettere il funzionamento di cervello, cuore e reni e richiede un intervento immediato”, sottolinea Montagnani. Quando il caldo persiste per molti giorni consecutivi, inoltre, “l'organismo non riesce più a recuperare, soprattutto se anche le temperature notturne rimangono elevate. Si instaura una progressiva disidratazione, aumenta lo stress cardiovascolare e registriamo un incremento dei ricoveri per scompenso cardiaco, insufficienza renale, infezioni e complicanze respiratorie”.

Arriva il Fondo che scommette sulla ricerca per una (buona) longevità

Salute & investimenti

Roberto Crapelli e Vincenzo Esposito

L'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo e, insieme, tra quelli con la struttura demografica più sbilanciata: oltre un quarto della popolazione ha superato i 65 anni, la speranza di vita è 81,7 anni per gli uomini e 85,7 per le donne, mentre la fecondità è scesa a 1,14 figli per donna.

La longevità non è più solo una conquista individuale: è una variabile economica strategica, che ridisegna sanità, previdenza, lavoro e consumi. E sposta la domanda da quanto vivremo a come vivremo gli anni in più: la *healthspan*, la vita in buona salute.

Qui si apre una delle grandi opportunità di investimento del nostro tempo, e un terreno naturale per il private equity. Fino all'80% dei fattori che determinano la qualità dell'invecchiamento è modificabile con stili di vita, ambiente e diagnosi precoce. Significa spostare valore dalla cura reattiva alla medicina predittiva e personalizzata: un mercato fatto di silver economy, wellness, nutrizione, biotecnologie e *digital health*, oggi frammentato e in cerca di aggregatori capaci di costruire campioni di categoria. È ciò che capitale tematico, competenza scientifica e visione industriale sanno fare: selezionare, consolidare, far crescere.

Ma il capitale, da solo, non basta più. La convergenza tra intelligenza artificiale e biologia ha alzato l'asticella: per scegliere gli asset giusti e valorizzarli servono competenze scientifiche avanzate dentro il fondo e nelle società in portafoglio, con priorità a diagnostica avanzata, dispositivi medici, monitoraggio remoto, medicina preventiva, *healthcare services* e tecnologie che migliorano autonomia e qualità della vita. Distinguere una piattaforma reale da una promessa – nella scoperta di farmaci guidata dall'AI, nella patologia digitale, nella medicina di precisione – richiede clinici, biologi e *data scientist* accanto ai professionisti dell'investimento. In un settore in cui le valutazioni corrono più in fretta delle evidenze cliniche, saper riconoscere la scienza solida protegge il capitale e ne moltiplica il rendimento.

Che l'AI sia il motore abilitante lo dicono i risultati. Soluzioni di AI generativa come Microsoft Dragon Copilot, usate da oltre 600mila clinici nel mondo,

restituiscono in media cinque minuti per visita e riducono di circa il 70% il *burnout* percepito: più tempo medico significa più capacità di prevenzione, il vero collo di bottiglia del sistema. Nella diagnosi precoce, modelli come Virchow2G, sviluppato da Microsoft con Paige.AI su milioni di vetrini di patologia digitale, ampliano il supporto ai patologi. Nella ricerca, modelli generativi come BioGPT e BioEmu simulano proteine e meccanismi dell'invecchiamento, mentre l'analitica predittiva su dati genomici e *wearable* abilita interventi sempre più precoci. Sono capacità che comprimono tempi e costi di uno sviluppo farmaceutico storicamente lungo dieci-quindici anni, spostando in silico *screening* e validazione e riducendo il rischio delle *pipeline*.

Il capitale ha colto il segnale: Quadrivio si appresta a lanciare entro quest'anno un Fondo dedicato alla Longevity, con un partner scientifico di eccellenza, dopo il Fondo AI lanciato lo scorso anno con la partnership tecnologica di Microsoft e dopo il Fondo Silver Economy 1. Il modello vincente mette insieme tre ingredienti: capitale tematico, talento scientifico e industriale, infrastruttura tecnologica affidabile, dal *cloud* sanitario alla gestione interoperabile dei dati. Per un fondo significa portare nelle società partecipate non solo risorse, ma capacità: attrarre ricercatori e *data scientist*, digitalizzare ricerca e sviluppo, crescere per linee esterne lungo l'intera filiera, dalla diagnostica alla presa in carico del paziente. È il passaggio da azionista finanziario a partner industriale e scientifico.

L'Italia parte da una posizione unica: è tra i Paesi più longevi, ha una tradizione clinica d'eccellenza e filiere del Made in Italy su cui vanta un vantaggio naturale. Per coglierlo servono investimenti coerenti, competenze e una governance dei dati

all'altezza, capaci di fare della longevità non un costo, ma una leva di competitività. Chi saprà unire capitale, tecnologia e scienza non subirà questa transizione: la guiderà. L'alleanza tra longevità e intelligenza artificiale non è un'opzione tra le tante: è la strada, e conviene percorrerla per primi.

Managing Partner di Quadrivio Group;
Ceo Microsoft Italia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Angelica Iacovelli

Dalla Puglia a Stanford. Dove ha cofondato Nucleo Research, il cui algoritmo è 2.500 volte più veloce della pratica tradizionale per analizzare le tac e scovare tumori

di **Giuliano Aluffi**

Due numeri, 1999 e 2.500, raccontano Angelica Iacovelli, cofondatrice nel 2024 della startup Nucleo Research. Il primo è il suo anno di nascita (a Bari, ed è poi cresciuta tra Grumo Appula e Palo del Colle, nell'entroterra barese: padre custode scolastico e madre casalinga), il secondo indica quante volte il suo software di analisi delle tac

è più veloce della pratica tradizionale nel segmentare i tessuti per scoprire tumori. Nucleo ha raccolto un primo round di finanziamenti nella Silicon Valley e il suo algoritmo è oggi usato in centri ospedalieri d'eccellenza negli Stati Uniti e anche in Italia.

Cosa fa esattamente Nucleo?

«Quando un paziente oncologico ha sintomi, spesso esegue tac o risonan-

ze magnetiche. Le immagini vengono analizzate dai radiologi, che individuano il tumore, lo misurano e lo classificano. In molti casi è ancora un lavoro manuale. Il nostro algoritmo auto-



matizzano il processo: leggono l'immagine, individuano i tumori, li misurano, li classificano come benigni o maligni e segmentano tessuti come muscolo e grasso. Una segmentazione manuale può richiedere sedici ore per paziente; con il nostro algoritmo meno di un minuto. L'Ia non sostituisce il medico: lo rende più veloce e accurato. Inoltre, nelle tace e nelle risonanze ci sono dati sui tessuti che non possono essere valutati a occhio nudo».

Come è nata Nucleo?

«Durante la magistratura ho fatto ricerca a Stanford, nel dipartimento di medicina. Parlando con oncologi e radiologi ho capito che molte attività vengono ancora svolte a mano, con margini di errore e tempi molto lunghi. Questo incide sull'accesso alle terapie e sulla qualità delle decisioni cliniche. Volevo lavorare su questo passaggio. E volevo che la ricerca arrivasse davvero ai pazienti, non che restasse solo un algoritmo pubblicato in un paper».

Perché partire dall'imaging?

«Perché è una delle prime fasi del percorso oncologico: prima l'immagine, poi la biopsia, poi l'analisi patologica. Estrarre più informazioni all'inizio può accelerare il percorso e aiutare a scegliere la terapia. In futuro vogliamo integrare reportistica, storia clinica e dati patologici. Per ora partiamo dal punto in cui pensiamo di avere l'impatto maggiore».

Cosa cambierebbe per accelerare l'adozione dell'Ia negli ospedali?

«Interverrei sui processi regolatori e sui rimborsi. Oggi i percorsi sono lunghi e costosi. Anche un algoritmo valido può restare inutilizzato se mancano le risorse per ottenere l'approvazione Fda o la marcatura Ce, o per condurre uno studio clinico. In letteratura molti algoritmi non arrivano mai alla pratica clinica».

Se il vostro approccio diventa la norma, tra dieci anni cosa sarà cambiato per un paziente oncologico?

«Immagino un futuro in cui, dai primi sintomi al trattamento non passino più mesi ma giorni. Vorrei che ogni esame fosse analizzato anche da algoritmi capaci di individuare lesioni e suggerire terapie più adatte in base alla storia clinica. L'obiettivo più ambizioso è arrivare prima dei sintomi: usare anche esami fatti per altre ragioni per intercettare segnali sospetti».

Cosa la rende più orgogliosa di Nucleo Research?

«Due risultati. Il primo è numerico: i nostri modelli hanno un'accuratezza del 97 per cento e sono 2.500 volte più veloci della pratica manuale. Il secondo è che alcuni grandi ospedali e centri oncologici stanno già usando il nostro software per la ricerca, inclusi centri di eccellenza in Italia. Pur essendo giovani, abbiamo conquistato la fiducia di istituzioni importanti».

Nucleo non esisterebbe se lei, al Politecnico di Milano, non avesse scelto di passare da ingegneria civile a ingegneria matematica. Com'è andata?

«Mi ero iscritta a ingegneria civile perché amavo architettura e design. Poi però quando mi sono trovata a studiare il cemento armato e il calcestruzzo ho pensato di aver sbagliato strada. E proprio in quel periodo, seguendo una lezione di equazioni differenziali, ho capito che mi appassionavo. La matematica mi colpiva per la sua trasversalità, dalla finanza alla medicina: è stata quella versatilità a convincermi».

Dal Politecnico il salto a Stanford.

«Durante gli studi ho cercato esperienze all'estero, prima in Spagna e poi in India. Mi hanno aiutata a pensare in modo meno convenzionale. In India ho capito che volevo lavorare a un progetto mio e che il posto migliore era la Silicon Valley. Il Politecnico non aveva accordi con università del-

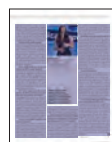
la zona, quindi ho costruito da sola l'opportunità: ho parlato con molte persone negli Stati Uniti, finché ho conosciuto Luca Pegolotti, oggi mio cofondatore, che faceva ricerca a Stanford su temi vicini ai miei e mi ha dato una mano».

E com'è Stanford?

«Ho trovato una mentalità diversa: si pensa in grande e con fiducia nell'innovazione. Ricordo un corso di startup che costava troppo per me. In Italia mi dicevano: "Lascia perdere, non hai i soldi". Lì, invece, tutti cercavano di capire a chi potessi presentare l'idea per trovare fondi. C'è poca attitudine alla mentalità e una mentalità più possibilista. Se dici che vuoi curare il cancro, nessuno ti dà della pazzia: ti chiedono come pensi di farlo insieme».

Fare notizia nelle pagine di scienza e tecnologia alla sua età è raro...

«In questo momento sono negli Usa e mi rendo conto che qui essere giovani pesa molto meno che in Italia. Da noi, quando mi trovo in contesti con persone più grandi, mi capita di essere percepita come poco esperta. Nella Silicon Valley, invece, è normale che ragazzi molto giovani avviino progetti propri. Nelle università italiane le gerarchie sono più rigide. Qui le decisioni vengono prese più sulla base della sostanza che dell'autorità, e ci si aspetta che anche le persone della mia età facciano valere le proprie idee».





BIG BANG
MARCO CATTANEO

Embrioni e genetica si riapre il dibattito

Nel novembre 2018 il biofisico cinese He Jiankui annunciò di aver usato la tecnica Crispr-Cas9 per alterare un gene in alcuni embrioni umani per renderli resistenti all'Hiv e di aver fatto nascere così due gemelle e un terzo bambino geneticamente modificati. L'episodio sollevò un dibattito bioetico a livello globale, e un anno dopo lo scienziato fu condannato a tre anni di reclusione dal tribunale di Shenzhen per pratiche mediche illegali. Negli anni seguenti non ci sono più stati annunci così clamorosi, ma la ricerca sugli embrioni è continuata e le biotecnologie hanno affinato strumenti più sofisticati per la modifica del genoma. Così nel mese di giugno sono stati pubblicati due studi che hanno usato il *base editing*, una tecnica che permette di modificare singole basi del Dna, su embrioni umani. Il primo, condotto da Dieter Egli alla Columbia University di New York, ha dimostrato di poter "correggere" geni coinvolti nella regolazione del colesterolo e dell'emoglobina fetale. Il secondo, pubblicato su *Nature* da un team dell'università di Cambridge, ha indagato la funzione di una proteina chiamata Na-NogOG nello sviluppo embrionale, riscontrando che ha un ruolo diverso rispetto ai topi.

Questo risultato sottolinea l'importanza di studiare embrioni umani anziché modelli animali, e nell'insieme i due studi sembrano dimostrare che il *base editing* non innesca le mutazioni incontrollate documentate con Crispr-Cas9. Ma al tempo stesso hanno riaperto la discussione sui limiti etici della manipolazione degli embrioni. Una discussione in cui finora la comunità scientifica non è arrivata a definire un confine accettabile dell'editing genetico, e che la politica non sembra essere preparata ad affrontare con argomenti razionali.

© riproduzione riservata



Angelini Pharma, salto negli Usa compra Cathalyst per 4 miliardi

Nel capitale entra Cdp con il 23%

Il ceo Marullo di Condojanni: «Ora terapie di nuova generazione»

L'acquisizione

di **Massimiliano Jatonì Dall'Asén**

Angelini Pharma completa la più grande acquisizione della sua storia e cambia definitivamente dimensione. Con il closing dell'acquisto della statunitense Catalyst Pharmaceuticals, il gruppo italiano mette a segno un'operazione da 4,1 miliardi di dollari (circa 3,5 miliardi di euro) che lo trasforma in un protagonista globale nelle neuroscienze e nelle malattie rare, rafforzando in modo decisivo la propria presenza negli Stati Uniti.

L'operazione prevede un'importante novità: la partecipazione di Cdp Equity, che investirà un miliardo tramite aumento di capitale, per acquisire una partecipazione del 23,5%. L'acquisizione rappresenta uno dei maggiori investimenti internazionali rea-

lizzati da un gruppo farmaceutico italiano e arriva in una fase di forte consolidamento del settore. Dopo l'acquisizione di KalVista da parte di Chiesi, anche Angelini punta sulla crescita negli Usa, confermando come il mercato americano rappresenti il principale terreno di espansione per le aziende italiane del farmaco.

Con il closing, Catalyst entra ufficialmente nel gruppo Angelini, le sue azioni cessano di essere negoziate al Nasdaq e gli azionisti ricevono 31,50 dollari in contanti per ciascun titolo. L'operazione è sostenuta da una complessa struttura finanziaria: Cdp Equity investirà dunque circa un miliardo di euro, mentre Blackstone investirà un altro miliardo in azioni privilegiate. Il finanziamento è stato garantito da un pool di 14 istituzioni finanziarie italiane e internazionali guidato da Bnp Paribas.

La struttura riflette il crescente interesse degli investitori istituzionali per il settore farmaceutico, considerato uno dei comparti più resilienti e con le migliori prospettive

di crescita grazie all'invecchiamento della popolazione e alla domanda di terapie più innovative.

Quanto a Cdp Equity, la holding di investimento di Cassa depositi e prestito, si tratta di un nuovo intervento a sostegno dello sviluppo dell'industria italiana. Per l'amministratore delegato Fabio Barchiesi «un esempio concreto» del ruolo che Cdp Equity intende svolgere a favore del sistema Paese, sostenendo un campione nazionale nel passaggio a player di rilevanza globale.

Il cuore strategico dell'acquisizione sono le terapie per le malattie rare. Catalyst è infatti specializzata nelle cure per patologie neurologiche e neuromuscolari e offre ad Angelini un portafoglio di farmaci innovativi e una rete commerciale già radicata negli Usa. Per Angelini significa accelerare la crescita nel principale mercato farmaceutico mondiale, acquisendo immediatamente competenze, prodotti e una struttura commerciale consolidata, difficilmente replicabili in tempi brevi attraverso una crescita interna.

Le malattie rare sono oggi uno dei comparti più innovativi, grazie agli elevati investimenti in ricerca e agli incentivi regolatori che favoriscono lo sviluppo di nuove terapie.

Secondo l'amministratore delegato di Angelini Pharma, Sergio Marullo di Condojanni, l'integrazione con Catalyst consentirà all'azienda farmaceutica italiana di conservare il controllo familiare mentre acquisisce «la scala necessaria per costruire una piattaforma terapeutica di nuova generazione», rafforzando al tempo stesso il business europeo. Il gruppo, inoltre, assicura che l'espansione americana non modificherà il ruolo dell'Italia, che resterà il centro strategico per la produzione e la ricerca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Malattie rare
La società statunitense è specializzata in terapie neurologiche e neuromuscolari

1

miliardo
l'impegno di Cdp per l'aumento di capitale

23,5

per cento
la quota che avrà la Cdp di Angelini Pharma



Sergio Marullo di Condojanni, classe 1978, è presidente e amministratore delegato di Angelini Pharma dal gennaio 2026



Servizio Lo studio

Obesità e sovrappeso, ecco la proteina Mitch: spegnendola si “bruciano” prima i grassi

Disattivando la proteina (tecnicamente si chiama Mtch2), si perde peso senza perdita di tessuto muscolare. Speranze per le terapie del futuro

di Federico Mereta

16 luglio 2026

Qualcuno potrebbe parlare di “effetto ananas” ricordando il vecchio detto popolare (non scientifico) che vede in questo frutto una sorta di “bruciagrassi” naturale. Ma rimanendo nell’alveo della scienza, si apre una nuova strada per il trattamento dell’obesità, che potrebbe affiancarsi in futuro ai farmaci oggi disponibili. Si punta sulla disattivazione della proteina MTCH2, rinominata, quasi fosse un amico, Mitch. Con questa attività, infatti, si ottiene un doppio risultato: si accelera notevolmente la combustione dei grassi e si blocca la formazione di nuove cellule adipose, agendo quindi su due fattori chiave per il controllo del peso. Come se non bastasse, rispetto ai medicinali già impiegati, agendo su questo particolare meccanismo biologico si può sperare di evitare gli effetti di riduzione della massa muscolare di chi segue le terapie disponibili. A far sperare in un effetto “ananas” scientificamente provato è una ricerca degli esperti del Weizmann Institute of Science (in collaborazione con studiosi dell’Università della Pennsylvania e dell’Università del Texas a San Antonio) coordinati da Sabita Chourasia e Atan Gross. Lo studio è stato pubblicato su Embo Journal.

La chiave nei mitocondri

L’azione di Mitch si concentra sul controllo dell’attività dei mitocondri, che generano l’energia di cui le cellule hanno bisogno per funzionare e svolgono un ruolo centrale nel metabolismo, l’insieme dei processi chimici che convertono il cibo in energia utilizzabile. Il modello di “organizzazione” dei mitocondri, però, può dire di più sul fronte energetico. A volte i mitocondri si fondono in grandi reti interconnesse che generano energia al meglio. In altre circostanze, invece, formano unità più piccole, meno efficienti. In questi casi, le cellule compensano consumando maggiori quantità di carburante, in primo luogo grassi e carboidrati. Tra cui grassi, carboidrati e proteine. Ed è in questo invisibile meccanismo che entra in gioco Mitch, capace di favorire il controllo del processo regolando la fusione mitocondriale. Dopo aver verificato questi passaggi nell’animale, gli esperti hanno voluto vedere cosa accade nell’uomo.

Cosa succede se si toglie MTCH2

Nella ricerca appena presentata, in pratica si è eliminata Mitch dalle cellule umane grazie a tecniche di ingegneria genetica. Con questa semplice azione, si è disgregata la rete operativa dei mitocondri e quindi la produzione energetica si è fatta meno efficiente, con le cellule costrette ad operare in uno stato costante di carenza di energia. Anche se si può pensare che questo non sia un bene, se occorre perdere peso si tratta di un’azione molto positiva, visto che le cellule che faticano a

produrre energia devono consumare più carburante per soddisfare il proprio fabbisogno. «Dopo aver eliminato Mitch, abbiamo esaminato, ogni poche ore, l'effetto che ciò aveva su oltre 100 sostanze coinvolte nel metabolismo delle cellule umane – fa sapere in una nota del centro Chourasia -. Abbiamo osservato un aumento della respirazione cellulare, il processo in cui la cellula produce energia dai nutrienti, come carboidrati e grassi, utilizzando l'ossigeno. Questo spiega l'aumento della resistenza muscolare osservato in precedenti esperimenti sui topi».

I vantaggi della carenza energetica

Sintesi finale. Le cellule modificate per lo spegnimento di Mitch hanno aumentato il consumo delle fonti di carburante disponibili con maggior degradazione di grassi, carboidrati e aminoacidi. Non solo: se le cellule normali in genere si affidano maggiormente a carboidrati e proteine, quelle prive di Mitch hanno scelto preferibilmente i lipidi come fonte primaria di energia. Non solo: c'è un altro effetto positivo legato alla rimozione della proteina, che viene dagli studi sulle cellule adipose che hanno origine da cellule precursori note come cellule progenitrici. Nelle giuste condizioni, queste cellule immature accumulano grasso e si sviluppano in cellule mature che immagazzinano grasso attraverso un processo chiamato differenziazione. Quando i ricercatori hanno rimosso Mitch dalle cellule progenitrici, questa trasformazione è diventata molto più difficile. Insomma: le cellule prive di Mitch non solo bruciavano più grasso, ma erano anche meno capaci di creare nuove cellule adipose.

Le prospettive future

Siamo ancora a livello di cellule, e non di organismo umano. Ma questi risultati fanno sperare di poter agire, in futuro, su una nuova direzione per la ricerca sull'obesità che parta dalla possibilità di influenzare tramite Mitch sia il consumo energetico che l'accumulo di grasso. Il tutto, con un vantaggio importante rispetto a quanto avviene oggi quando si punta su terapie per il calo ponderale, ovvero la preservazione della massa muscolare e la sfida al rischio di sarcopenia, legata proprio alla carenza di tessuto magro dei muscoli. «Questa ricerca apre una prospettiva molto interessante perché identifica un nuovo meccanismo con cui le cellule regolano il consumo di energia e l'accumulo di grasso – spiega Livia Pisciotta, docente ordinario e Direttore della Scuola di Specializzazione medica in Scienza dell'Alimentazione dell'Università di Genova -. L'aspetto più innovativo è la possibilità teorica di aumentare il dispendio energetico e limitare la formazione di nuovo tessuto adiposo preservando, al tempo stesso, la massa muscolare, uno dei principali limiti delle attuali terapie per l'obesità».

Le sfide da vincere

È però importante mantenere il giusto equilibrio tra entusiasmo e prudenza: si tratta di risultati ottenuti in modelli sperimentali. E soprattutto, siamo ancora lontani da un'applicazione clinica. «Al momento non esistono evidenze che alimentazione o attività fisica possano modulare direttamente MTCH2: se questa proteina diventerà un bersaglio terapeutico, sarà verosimilmente attraverso farmaci specifici – conclude Pisciotta -. La storia della medicina insegna che molte scoperte promettenti non arrivano necessariamente al letto del paziente. Tuttavia, questo studio conferma un concetto sempre più evidente: il futuro della terapia dell'obesità non sarà soltanto ridurre l'introito calorico, ma intervenire in modo sempre più preciso sui meccanismi biologici che regolano il metabolismo energetico».



Servizio Il via libera dell'Ema

Farmaci anti obesità in pillola: l'Europa dice sì, arriva semaglutide orale

Per la prima volta in Europa un trattamento orale entra nell'arsenale terapeutico per la gestione del peso, affiancandosi alle formulazioni iniettabili

di Maria Rita Montebelli

16 luglio 2026

Una perdita di peso media del 17%, ottenuta assumendo una compressa al mattino, tutti i giorni: è questo il dato che ha convinto la Commissione europea ad autorizzare l'immissione in commercio di semaglutide in compresse da 25 mg (Novo Nordisk).

Per la prima volta in Europa un trattamento orale entra nell'arsenale terapeutico per la gestione del peso, affiancandosi alle formulazioni iniettabili basate sulle incretine (GLP-1 e dual agonist).

Il via libera dell'Ema

Il nuovo farmaco è indicato per gli adulti con obesità, cioè con un indice di massa corporea pari o superiore a 30 kg/m² e per gli adulti in sovrappeso (cioè con BMI pari o superiore a 27 kg/m²) a condizione che presentino almeno una comorbidità legata al peso, come ipertensione, diabete di tipo 2 o dislipidemia.

L'approvazione arriva dopo il parere positivo del Comitato per i medicinali per uso umano dell'Ema e si basa sui risultati dello studio Oasis 4, che ha coinvolto 307 adulti con obesità o in sovrappeso seguiti per 64 settimane.

I partecipanti che hanno assunto la terapia orale, abbinandola a una dieta ipocalorica e all'attività fisica, hanno perso in media il 17% del peso corporeo, contro il 2,7% registrato nel gruppo placebo.

Ancora più interessante il risultato sui cosiddetti early responder: circa una persona su tre, ha risposto subito alla terapia, raggiungendo a fine studio una perdita di peso media del 22 per cento.

Cosa dicono gli esperti

“Questo trattamento – spiega il professor Paolo Sbraccia, Ordinario di Medicina Interna dell'Università Tor Vergata Roma e Direttore Uoc Medicina Interna e Centro medico dell'obesità del Policlinico Tor Vergata - risponde a un bisogno concreto: ci sono molte persone fortemente motivate ad affrontare la gestione del loro peso, ma che finora sono rimaste in attesa di un farmaco adatto alle loro specifiche esigenze e stili di vita.

Giovani e salute del fegato: allarme tra alcol e obesità

Per noi clinici significa poter trattare l'eccesso di peso e l'obesità in modo efficace, riducendo anche il rischio di complicanze correlate.

Questa nuova formulazione ha dimostrato risultati significativi nella perdita di peso, in linea con le terapie iniettive e una superiorità rispetto al placebo e agli altri trattamenti orali in arrivo, sia in termini di efficacia, che di minore probabilità di interruzione del trattamento a causa degli effetti collaterali, come emerge dall'analisi indiretta Orion, presentata all'ultimo congresso europeo di obesità”.

“Semaglutide in pillola - commenta la professoressa Annamaria Colao, Ordinaria di Endocrinologia e Malattie del metabolismo all'Università Federico II di Napoli - rappresenta un passo in avanti nella gestione e controllo del peso.

Grazie alle sue caratteristiche può essere facilmente integrata nella routine quotidiana delle persone. Semaglutide ha dimostrato la sua efficacia anche nella riduzione del food noise, un problema reale e con un forte impatto sulla qualità della vita di molte persone”.

Le formulazioni orali anche in Europa

La formulazione iniettabile di semaglutide, a somministrazione settimanale nei dosaggi da 2,4 mg e 7,2 mg, è già approvata da Fda, Ema e da altre autorità regolatorie per la riduzione del peso corporeo e il mantenimento del calo ponderale nel tempo.

La pillola da 25 mg nasce all'interno del programma di sviluppo clinico di fase 3 OASIS, che ha arruolato circa 1.300 adulti con obesità o sovrappeso e almeno una comorbidità, testando dosaggi da 25 mg e 50 mg al giorno.

La Fda ha approvato semaglutide orale a fine 2025 e orforglipron (il primo agonista orale del GLP-1 non peptidico) il 1° aprile 2026.

Sul fronte europeo, come visto, il 16 luglio 2026 è arrivato l'ok di Ema a semaglutide orale, mentre per orforglipron è ancora in corso l'iter registrativo.

Con semaglutide in compresse, la terapia dell'obesità entra dunque ufficialmente nell'era delle formulazioni orali, anche nel Vecchio Continente.

Resta da vedere come queste nuove opzioni si inseriranno nella pratica clinica quotidiana, accanto alle terapie iniettive già disponibili e quali saranno tempi e modalità di rimborsabilità nei singoli Paesi europei, Italia compresa.



Servizio CITTADINANZATTIVA RISPONDE

“In vacanza in un'altra Regione come faccio con i farmaci o a farmi visitare dal medico?”

L'associazione per la partecipazione e tutela dei cittadini risponde alle domande sui diritti e l'accesso ai servizi sanitari.

16 luglio 2026

“Tra pochi giorni partirò per le vacanze in un'altra regione italiana. Soffro di ipertensione e mi è venuto un dubbio: se dovessi stare male o se finissi i miei farmaci salvavita, posso andare dal medico del posto o al Pronto Soccorso senza pagare? La mia tessera sanitaria vale anche fuori dalla mia regione?”

La buona notizia è che sì, la tessera sanitaria vale in tutta Italia: ovunque ci si trovi, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la tutela della salute. Quello che cambia da regione a regione, però, è il modo in cui si accede alle cure, ed è proprio qui che vale la pena fare un po' di chiarezza prima di partire, per evitare sorprese sgradite o spese che si potevano risparmiare.

Partiamo da un punto fermo: per le vere emergenze il Pronto Soccorso è sempre a disposizione di tutti, senza alcuna distinzione tra residenti e non. Il discorso cambia quando si tratta di una visita di routine o della necessità di rinnovare una ricetta: in questi casi non ci si può presentare dal medico di famiglia del posto come se fosse il proprio, semplicemente perché non lo è. Si entra invece nel circuito della guardia medica turistica, oppure in quello della medicina generale a pagamento.

Qualche accorgimento pratico può fare la differenza. Il primo, banale ma spesso dimenticato, è portare con sé la tessera sanitaria (TEAM) e una copia, anche solo sul telefono, del proprio piano terapeutico o delle prescrizioni abituali. Nelle località di mare o di montagna, durante l'estate, è quasi sempre attiva la guardia medica turistica, pensata apposta per chi non è residente: le visite sono garantite a tutti, anche se in alcune regioni si paga un ticket ridotto, in genere tra i 15 e i 30 euro a seconda che si tratti di una visita ambulatoriale o a domicilio.

Dove questo servizio non c'è, resta comunque la Continuità Assistenziale, quella che una volta si chiamava guardia medica, attiva di notte e nei giorni festivi. Durante la settimana, invece, ci si può rivolgere a un medico di medicina generale del posto come “visita occasionale”: in questo caso la prestazione si paga direttamente al medico, che rilascia una ricevuta, ed è sempre meglio informarsi in anticipo sugli orari di ricevimento e prendere un appuntamento.

Sul fronte farmaci, la ricetta elettronica ormai viaggia su scala nazionale: il medico di base può prescrivere da remoto, e con il codice fiscale o il promemoria si può ritirare tutto in qualsiasi farmacia d'Italia. Attenzione solo a un dettaglio: ticket ed esenzioni seguono le regole della regione in cui ci si trova, quindi il prezzo del farmaco potrebbe risultare leggermente diverso rispetto a casa.

In sintesi, chi va in vacanza in un'altra regione italiana può contare su tutele solide. Il consiglio, semplice ma utile, resta quello di dare un'occhiata al sito della regione di destinazione prima di partire, così da avere già in mano le informazioni giuste nel caso servano durante il soggiorno.

Link utili: il sito della Tessera sanitaria elettronica; ma anche come curarsi in Italia e negli altri paesi dell'Unione Europea e Il Portale della tutela di Cittadinanzattiva



Servizio Malattie rare

Medicina personalizzata, all'Humanitas la svolta dei dati sintetici nei trial clinici

Dalle prime esperienze in ambito oncoematologico è nata la piattaforma che ora viene messa a disposizione di tutti i ricercatori dell'Irccs di Rozzano

*di Matteo Della Porta **

16 luglio 2026

L'applicazione dell'intelligenza artificiale (IA) in medicina mostra un impatto tanto più profondo quanto più prioritari sono i bisogni clinici dei pazienti da soddisfare. In questo scenario, le malattie rare – patologie con un'incidenza inferiore a 6 casi su 100.000 persone all'anno, che tuttavia rappresentano complessivamente il 25% delle diagnosi oncologiche – costituiscono una vera emergenza sanitaria. Sviluppare terapie innovative in questi ambiti è storicamente complesso a causa dell'estrema eterogeneità clinica e biologica, della scarsità di dati e dei limiti intrinseci dei trial clinici randomizzati tradizionali (Rct).

I limiti dei trial tradizionali

I trial tradizionali, considerati il gold standard della ricerca, mostrano infatti importanti limiti nei contesti più critici. Arruolare un numero sufficiente di pazienti per patologie rare o ultra-rare è spesso impossibile a causa della ristrettezza della popolazione eleggibile. Inoltre, assegnare soggetti con gravi bisogni terapeutici insoddisfatti a un braccio di controllo trattato con terapie inefficaci o placebo solleva profondi dilemmi etici. A ciò si aggiungono la scarsa rappresentazione della popolazione anziana nelle sperimentazioni convenzionali e la rapidità con cui si evolve lo standard di cura, un fattore che rischia di rendere obsoleti i bracci di controllo prima del termine dello studio.

La frontiera dei dati sintetici

Per superare queste barriere, la frontiera più avanzata della ricerca medica risiede nei dati sintetici: informazioni generate artificialmente da algoritmi di IA che replicano fedelmente le caratteristiche statistiche e biologiche dei dati reali, senza contenere alcuna informazione riconducibile a singoli pazienti. Questa applicazione dell'IA generativa permette così di creare "bracci di controllo virtuali" o coorti sintetiche in grado di affiancare o sostituire i gruppi placebo, riducendo i costi e accorciando drasticamente i tempi di validazione di un trattamento innovativo, oltre a superare problematiche etiche legate all'arruolamento dei pazienti

Il precedente del Bambino Gesù

La fattibilità di questo approccio ha trovato una conferma storica nella decisione dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA), che ha accettato l'utilizzo di dati sintetici e storici per la creazione del braccio di controllo nello studio clinico di Fase II GD2-CART01, condotto dall'ospedale Bambino Gesù di Roma per valutare l'efficacia di cellule CAR-T anti-GD2 in pazienti pediatriche affetti da

neuroblastoma recidivato o in progressione, un tumore raro e altamente critico. Questo “via libera” rappresenta un precedente fondamentale per la comunità scientifica, dimostrando che i bracci virtuali possono validamente integrare la ricerca laddove il campionamento tradizionale sia impraticabile o eticamente problematico.

Humanitas leader su Horizon

In prima linea in questa transizione si colloca l'esperienza dell'Irccs Istituto Clinico Humanitas, che sviluppa modelli di dati sintetici dal 2021, partendo dall'oncoematologia per poi estendersi alla neurologia, gastroenterologia, epatologia e reumatologia. Attraverso l'Humanitas AI Center, il primo centro integrato di ricerca sull'IA in un Irccs italiano, clinici, ingegneri e data scientist collaborano per creare algoritmi robusti, riproducibili e completamente spiegabili. Da questo ecosistema transdisciplinare è nato nel 2023 lo spin-off Train, focalizzato sullo sviluppo di gemelli digitali (digital twin) e dataset sintetici che rimangono protetti all'interno dell'infrastruttura ospedaliera. La qualità dei dati è continuamente monitorata dal framework SAFE (Synthetic vAlidation FramEwork), sviluppato nel contesto dei progetti europei Horizon 2020 SYNTHIA e SYNTHEMA, che ne valuta la fedeltà statistica e l'utilità clinica tramite verifiche trasparenti.

Questi progetti internazionali Horizon 2020 coordinati da Humanitas, dimostrano come l'Europa stia tracciando un perimetro etico rigoroso, coniugando l'innovazione scientifica con i massimi standard di privacy e qualità. L'IA non si sostituisce al medico, ma si conferma un alleato strategico per trasformare dati protetti in nuova conoscenza, accelerando l'accesso dei pazienti a cure personalizzate e salvavita.

** Ematologo e ricercatore, responsabile Leucemie dell'Irccs Istituto Clinico Humanitas*

IL GIUDIZIO

Regione, ok ai conti “Ma i gettonisti costano troppo”

di **CLEMENTE PISTILLI**

Troppi i medici a gettone utilizzati nella sanità del Lazio. Contenerne il numero, ha specificato ieri il procuratore generale della Corte dei conti, Paolo Luigi Rebecchi, nella sua requisitoria nell'ambito della parifica del rendiconto generale 2025 dell'ente, «rappresenta un obiettivo strategico di rafforzamento dell'intero sistema». «Stiamo monitorando la questione in un'ottica di dialogo col governo», si è difeso il presidente Francesco Rocca, incalzato però dalla consigliera regionale dem Eleonora Mattia: «Il valore dei con-

tratti è passato da 35,2 milioni nel 2023 a 42,3 nel 2024». Criticati inoltre dalla Corte dei conti sull'entità del contenzioso tra amministrazione regionale e strutture accreditate e sullo sfioramento del tetto della spesa farmaceutica, oltre a quelle sulle mancate spese con le risorse Pnrr/Pnc. Dalla parifica non emergono però solo ombre. Il rendiconto ha infatti un avanzo positivo di 322 milioni di euro, «in discontinuità - ha precisato il procuratore regionale - rispetto ai disavanzi che hanno caratterizzato per molti anni la finanza regionale». E nella Regione in cui si pagano più tasse l'assessore al bilancio Giancarlo Righini ha assicurato: «Dal prossimo gennaio il Lazio potrà iniziare a lavorare all'eliminazione dell'addizionale

Irpef dello 0,5% legata al piano di rientro sanitario». Una manovra che dovrà ovviamente portare a una razionalizzazione della spesa per coprire i 931 milioni di euro di gettito che, attualmente, finanziano la spesa corrente. Righini inoltre ha aggiunto che è stata rafforzata «la capacità della Regione di programmare con maggiore solidità finanziaria le proprie politiche e i propri investimenti». «L'obiettivo - gli ha fatto eco il capogruppo azzurro Giorgio Simeoni - è ora quello di ridurre il debito e abbattere la pressione fiscale per famiglie e imprese». Non resta che attendere il 2027 per sperare in qualche taglio in meno sugli stipendi.



Cellule killer contro i tumori

La svolta del Bambino Gesù

LO STUDIO

Tumori, cellule "killer" ingegnerizzate per aggirare le difese del cancro: la svolta del Bambino Gesù. La nuova generazione di cellule Natural Killer (Nk) modificate geneticamente promette di rafforzare l'efficacia dell'immunoterapia contro i tumori più aggressivi. È il risultato di uno studio internazionale coordinato dall'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma e pubblicato sulla rivista *Signal Transduction and Targeted Therapy* del gruppo Nature. Lo studio è frutto della collaborazione tra Bambino Gesù, Irccs San Martino di Genova, Università di Würzburg e Università di Roma Tor Vergata, con il sostegno di Fondazione AIRC.

I DETTAGLI

«La pubblicazione rappresenta un riconoscimento internazionale dell'elevato valore innovativo della ricerca e del suo potenziale impatto clinico», commenta Paola Vacca, responsabile dell'Unità di Cellule Linfoide dell'Immunità Innata del Bambino Gesù. Le cellule NK appartengono al sistema immunitario innato e rappresentano una prima linea di difesa contro virus e tumori. Molte neoplasie, però, riescono a bloccare l'attività attraverso il microambiente

tumorale, favorendo crescita della malattia e resistenza alle cure. «Uno dei principali ostacoli nello sviluppo delle immunoterapie è la capacità dei tumori di attivare contemporaneamente più meccanismi di evasione immunitaria – dice Vacca – Per questo abbiamo sviluppato una piattaforma innovativa di cellule Nk multifunzionali, progettate per contrastare diverse strategie utilizzate dal tumore per sfuggire al controllo del sistema immunitario». Le nuove cellule integrano tre funzioni terapeutiche: riconoscono le cellule tumorali che esprimono Pd-L1, neutralizzano il sistema Hla-e/Nkg2a con cui il tumore inattiva le Nk e producono autonomamente IL-15, molecola che ne prolunga sopravvivenza ed efficacia.

«L'elemento distintivo della nostra strategia – sottolinea Vacca – è la capacità di combinare in una singola piattaforma il riconoscimento del tumore, il superamento dell'immunosoppressione e il mantenimento della funzionalità delle cellule Nk».

La piattaforma è stata testata in modelli preclinici di neuroblastoma, medulloblastoma, leucemie e adenocarcinoma pancreatico. Le cellule Nk hanno mostrato una significativa attività antitumorale e una maggiore capacità di persistere nel tempo anche nei tumori caratterizzati da elevata immunosoppressione. Secondo i ricercato-

ri, i risultati rappresentano una solida prova di principio per sviluppare immunoterapie cellulari "pronte all'uso", potenzialmente producibili su larga scala e destinate a un numero elevato di pazienti. Per Paola Vacca questa ricerca apre prospettive molto promettenti per il futuro dell'immunoterapia. Sebbene siano necessari ulteriori studi per trasferire questi risultati alla pratica clinica, le evidenze ottenute dimostrano il potenziale di una nuova generazione di cellule NK progettate per affrontare alcune delle principali sfide poste dal microambiente tumorale. Il prossimo step sarà avviare lo sviluppo della piattaforma per avvicinare queste cellule alla sperimentazione clinica e offrire nuove opportunità terapeutiche ai pazienti con tumori ad alto rischio e resistenti alle terapie.

Barbara Carbone

**IL PROGETTO PUBBLICATO
INSIEME A PARTNER
INTERNAZIONALI
IL RESPONSABILE
PAOLO VACCA:
«OBIETTIVO STORICO»**



Una veduta dall'alto dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù





Servizio Neuroscienze

Riabilitazione d'eccellenza: il futuro del Santa Lucia tra crescita, ricerca e cura

Più posti letto e cure accreditate e il potenziamento di risorse umane e ricerca: cosa c'è nel carnet di rilancio che traghetta fuori dalla crisi l'Irccs romano

*di Giuseppe Lucibello **

16 luglio 2026

Dal 1 luglio LIFE – Istituto di Ricerca e Cura ha avviato il percorso di salvaguardia e di rilancio del Santa Lucia Irccs, una delle principali eccellenze italiane nel campo delle neuroscienze e della neuroriabilitazione. L'acquisizione rappresenta il punto di arrivo di un percorso complesso che ha visto la collaborazione di tre importanti enti: la Regione Lazio, l'Inail e l'Enea Tech e Biomedical, che hanno costituito LIFE con l'obiettivo di perseguire un modello originale di intervento, con organismo a partecipazione pubblica, che non si limiti alla tutela di un patrimonio sanitario e scientifico, ma sia orientato a restituirgli stabilità, capacità di sviluppo e crescita.

L'operazione

Il positivo completamento dell'operazione è stato possibile grazie al sostegno dei soci fondatori, al contributo del ministero delle Imprese e del Made in Italy e al confronto costante con i commissari straordinari che hanno guidato la struttura dal 7 ottobre al 1 luglio, occupandosi sia del risanamento che dell'avvio dei progetti di sviluppo per l'ospedale. In questo modo l'Amministrazione Straordinaria ha lasciato alla nuova governance programmi e linee di intervento che costituiscono una base solida per il potenziamento delle strutture, dei servizi e delle attività di cura. I presupposti per la ripartenza sono concreti.

Il nuovo sistema di accreditamento, approvato dalla Regione Lazio, ha consentito di portare i posti letto da 325 a 365 e di ampliare il numero e la tipologia delle prestazioni autorizzate. Inoltre, per quanto riguarda la fisioterapia ambulatoriale rivolta a pazienti con invalidità civile, grazie agli investimenti realizzati, è stata aumentata la capienza da circa 300 ad oltre 540 trattamenti al giorno. Così si amplia un servizio che per il 60% delle prestazioni è rivolto a bambini con gravi disabilità e disturbi del neurosviluppo, che iniziano trattamenti riabilitativi entro i primi 18 mesi di vita e, spesso, restano in cura fino alla maggiore età.

Personale e ricerca potenziati

Parallelamente è stato avviato un importante piano di reclutamento che porterà all'immissione in servizio di oltre 100 infermieri e di più di 70 professionisti della riabilitazione, risorse umane necessarie al buon funzionamento e al rilancio dell'ospedale. L'impegno dei soci e della governance del Santa Lucia è di potenziare l'attività di ricerca. Enea Tech e Biomedical costituiscono partner strategici destinati a rafforzare ulteriormente le capacità dell'Istituto: il primo soprattutto nell'ambito della ricerca traslazionale, il secondo nella ricerca di base. Questa sinergia consentirà

STAMPA LOCALE ROMA CAPITALE

di accelerare il trasferimento delle conoscenze scientifiche verso applicazioni cliniche sempre più efficaci.

Il Santa Lucia ha già ottenuto risultati significativi in ambito neurologico, con scoperte sui meccanismi biologici delle malattie trasferite direttamente ai profili della prevenzione e della terapia, in una perfetta linea di continuità tra ricerca di base e pratica clinica. Sono state oggetto di studio e di cura patologie di grande rilevanza sociale quali l'ictus ischemico, l'atrofia muscolare spinale (SMA) e la sclerosi multipla. Lo studio della malattia di Alzheimer è stato affrontato anche attraverso biomarcatori e terapie disease-modifying di ultima generazione.

Infine, occorre aggiungere la consolidata esperienza dell'Istituto nell'individuazione di malattie rare tramite analisi genetiche, oltre che nella diagnosi e nella cura delle demenze, attraverso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze.

Sinergie con Inail e Fondazione Enea Tech e Biomedical

Le sinergie con Inail e Fondazione Enea Tech e Biomedical potranno favorire, inoltre, nuove progettualità nei settori della riabilitazione, delle tecnologie assistive, della robotica, delle protesi e del trasferimento tecnologico, ampliando ulteriormente la rete già vasta delle collaborazioni scientifiche. La collaborazione con la Regione Lazio riveste, infine, un ruolo fondamentale nella prospettiva della crescita strutturale del Santa Lucia, che torna ad essere parte della pianificazione del Servizio Sanitario Regionale con un ruolo da protagonista nell'ambito della riabilitazione. L'ospedale dispone di tutte le discipline ospedaliere di riabilitazione - cod. 75, cod. 56 e cod. 28 - ed eroga prestazioni di un livello qualitativo che già oggi rappresenta il riferimento per la riabilitazione in Italia. Adesso, forti della maggiore stabilità, delle nuove risorse umane e dell'esperienza dei soci, sarà addirittura possibile migliorare ulteriormente questi standard.

Il futuro

Il rilancio del Santa Lucia, tuttavia, non sarebbe stato possibile senza il capitale umano dell'Istituto. Medici, ricercatori, professionisti sanitari e tutto il personale hanno affrontato anni difficili mantenendo professionalità, senso di appartenenza e capacità operativa. Determinante è stato anche il contributo responsabile delle rappresentanze aziendali e delle organizzazioni sindacali territoriali, il cui confronto costruttivo ha favorito il buon esito dell'operazione. L'impegno condiviso di tutti ha contribuito a rendere possibile il passaggio delicato in atto e sarà sempre essere il pilastro su cui costruire il futuro di questo Istituto.

Il Santa Lucia merita adesso un futuro stabile. La responsabilità di LIFE è proseguirne la storia di successi costruiti in oltre 60 anni di attività. Ci sono le potenzialità utili e la determinazione necessaria a far rifiorire l'eredità ricevuta, per riconsegnare al territorio una realtà che dona speranza, crea innovazione e restituisce autonomia a tantissimi pazienti che solo qui possono essere assistiti. L'obiettivo è rendere il Santa Lucia sempre più attrattivo per figure di eccellenza nel campo sanitario, accademico e della ricerca, così da accrescerne il prestigio e onorare quel nome che gli ultimi difficili anni non hanno minimamente scalfito.

** Presidente di LIFE – Istituto di Ricerca e Cura*



Servizio Organici carenti

Sardegna, un piano straordinario di assunzioni per 1.000 infermieri e 500 medici

Il personale destinato a ospedali e Case di comunità con contratti a tempo indeterminato: previsti concorsi e procedure di mobilità a carattere extraregionale

di Davide Madeddu

16 luglio 2026

Un Piano straordinario di assunzioni con mille infermieri e 500 medici da inserire negli organici del servizio sanitario regionale della Sardegna per superare le criticità che caratterizzano il settore. Il personale sarà assunto con contratti a tempo indeterminato attraverso concorsi e procedure di mobilità a carattere extraregionale. È quanto prevede la delibera approvata dalla Giunta regionale, che dà mandato ad Ares Sardegna di avviare le procedure per l'ingresso di 1.500 nuovi professionisti nel sistema sanitario dell'Isola. Un intervento straordinario per potenziare gli organici, sostenere la rete ospedaliera e territoriale.

Le criticità del sistema regionale sanitario

«Abbiamo sempre detto che, per affrontare davvero le criticità del nostro sistema sanitario, occorresse superare le 'dosi omeopatiche' nell'immissione di nuovo personale negli ospedali e nei servizi - è il commento della presidente e assessore regionale a interim alla Sanità, Alessandra Todde -. In questi mesi abbiamo lavorato per dare un segnale realmente forte e concreto: dopo il superamento del sistema dei gettonisti, oggi dimostriamo con i fatti che stiamo investendo sul Servizio sanitario regionale e sul suo futuro». Il provvedimento si inserisce nel percorso di rafforzamento della sanità territoriale previsto dal DM 77/2022 e punta a garantire personale adeguato alle Case della Comunità, agli Ospedali di Comunità e alle altre strutture del territorio, oltre che alla rete ospedaliera e ai servizi di emergenza-urgenza.

Il rafforzamento della sanità sul territorio

«Con questo Piano diamo anche una risposta chiara a una delle principali preoccupazioni dei cittadini - aggiunge la presidente -: il rafforzamento della sanità territoriale previsto dal DM 77 non avverrà sottraendo personale agli ospedali o ai servizi esistenti. Al contrario, stiamo creando le condizioni perché Case della Comunità, Ospedali di Comunità e rete ospedaliera possano crescere insieme grazie all'ingresso di nuove professionalità». La delibera prevede che Ares attivi le procedure di reclutamento a tempo indeterminato attraverso concorsi e mobilità extraregionale. Per i medici saranno considerate anche le discipline equipollenti e affini, con una programmazione finalizzata a rispondere alle necessità della rete territoriale, ospedaliera e della prevenzione. «Accanto alle 1.500 assunzioni a tempo indeterminato, attiviamo un canale straordinario e complementare di reclutamento internazionale con 450 professionisti sanitari, che saranno impiegati con contratti a tempo determinato nel biennio 2027-2028 e con la possibilità di una futura stabilizzazione nel rispetto della normativa vigente - prosegue la presidente -. Nel

complesso parliamo quindi di quasi 2.000 nuovi operatori tra medici, infermieri e tecnici che entreranno a supporto del sistema sanitario regionale».

La Centrale regionale di Committenza sarà incaricata di avviare una procedura di gara per individuare un operatore specializzato nelle attività di supporto tecnico-istituzionale, organizzativo, formativo e linguistico finalizzate alla cooperazione internazionale e alla mobilità di professionisti sanitari provenienti da Paesi extra UE.

Il canale di reclutamento internazionale riguarda complessivamente 450 professionisti: 200 medici, 200 infermieri e 50 tecnici di radiologia medica, da destinare prioritariamente alle strutture territoriali delle aree con maggiori criticità e ai pronto soccorso individuati dal provvedimento.