

16 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

PRIME PAGINE

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/68821
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06/688281Servizio Clienti - Tel. 02/6877530
mail: servizioclienti@corriere.itITLAS
IL LEGNO. LA TUA CASA.**Sharon Stone**
«Dopo l'ictus voglio vivere il presente»
di Chiara Maffioletti
a pagina 39150
anni
1876**Domani su 7**
Zingaretti: i social?
No sotto i 16 anni
di Micol Sarfatti
a pagina 23ITLAS
IL LEGNO. LA TUA CASA.

Franchi tiratori, le accuse ai leghisti. Ma la maggioranza ora vuole chiudere il caso. Oggi scrutinio finale alla Camera

Legge elettorale, Meloni va avanti

Si a premio e indicazione del leader. FdI vota con i vannacciani sulle preferenze, FI e Lega contrari

UN ANNO PERICOLOSO

di Paolo Mieli

Sosteneva Silvio Berlusconi, l'unico — dopo Alcide De Gasperi — ad essere rimasto a Palazzo Chigi per un intero quinquennio, che l'ultimo anno di legislatura era stato il più brutto della sua vita. Ne ricordava ogni attimo. Era iniziato quell'ultimo anno con un infortunio di per sé insignificante (stavolta sono stati due referendum e voto segreto). Da quel momento tutto improvvisamente gli era parso chiaro. La profissità, la vanità, l'esagerato senso di sé ma anche l'insicurezza e la pavidità delle persone che aveva intorno. Passavano i giorni e l'allegria combriccola che a lui doveva tutto o quasi procedeva verso una sconfitta che a suo avviso (e aveva ragione) non era affatto inevitabile. Persino i più intimi, quei due o tre di cui si fidava, litigavano tra loro per delle idiozie. Moltissimi, quasi tutti lo sfinivano con lunghissimi giri di parole prima di arrivare al punto che poi era sempre lo stesso: in che sarebbe consistito il «meritato guadagno» per lo sforzo profuso negli anni precedenti? E cosa aspettava a cacciare tutti gli altri? Giorno dopo giorno Berlusconi si rendeva conto che il sopportava sempre meno. Che lo infastidivano persino i loro aliti, soprattutto i loro aliti.

continua a pagina 30

di Caccia, Canettieri e Di Caro

Altra spaccatura nella maggioranza sulle preferenze, con FdI che vota con i vannacciani contro Lega e FI. Ma la premier tira dritto. Schlein: «È crisi di governo, surreale che Meloni vada avanti».

da pagina 2 a pagina 9
Arachi, Gressi, Meli, Piccolillo

IL RETROSCENA

Il bivio della premier sulla data delle urne

di Francesco Verderami

Scorrendo il calendario del 2027, dopo aver fatto attenzione a evitare alcune festività di primavera, ha marcato in rosso la prima domenica di aprile: il 4. È quella la data in cui Giorgia Meloni intende andare al voto.

continua a pagina 5

GIANNELLI



PREFERENZE

L'INTERVISTA / LA RUSSA

«Avevamo l'intesa Ma non si tratta di una sfiducia»

di Monica Guerzoni

«L'ammorosa sfiducia al governo? «Assolutamente no — dice La Russa — la bocciatura non inficia la legge ma ogni voto può provocare conseguenze. Meloni ha ancora la fiducia degli elettori e del centrodestra».

a pagina 6

NUOVA ONDATA DI RAID

Iran, Trump alza il tiro: colpiremo ponti e centrali

di Giusi Fasano e Viviana Mazza



Nuovi raid Usa contro l'Iran. Fermi i negoziati, Teheran: «Siamo concentrati sulla difesa». Forti esplosioni nell'isola di Hengam, sullo Stretto di Hormuz, vicino alla più grande isola di Qeshm. E Trump minaccia: «Se gli iraniani non tornano al tavolo, colpiremo i loro ponti e le centrali elettriche».

a pagina 10

Mondiale Sfidata piena di magia. Argentina e Spagna in finale



All'«Atlanta Stadium», in Georgia, esplode la gioia di Messi dopo la seconda rete dell'Argentina che stende gli inglesi

Messi e Lautaro eliminano l'Inghilterra

Cazzullo, Condò, Nerozzi, Passerini e Tomaselli da pagina 40 a 43

Il caso Roggero, pena definitiva: 14 anni e 9 mesi
Uccise due rapinatori, il gioielliere va in carcere
Salvini: chiedo la grazia

di Giulio De Santis

Condanna in via definitiva a 14 anni e 9 mesi per Mario Roggero, il gioielliere che uccise due rapinatori a Grinzane Cavour, nel Cuneese, nell'aprile del 2021. La sentenza della Cassazione è arrivata ieri pomeriggio e in serata l'orecchio si è costituito. Il vicepremier Matteo Salvini: «Appello a Mattarella per la concessione della grazia».

a pagina 21 Fagone La Zita

L'INCHIESTA SUGLI ARBITRI

I pm: nessuna combine tra Rocchi e Inter

di Luigi Ferrarella

a pagina 20

IL PICCO IN SARDEGNA

Nel paese più caldo: così resistiamo ai 45 gradi

di Elvira Serra

I temporali con vento e grandine al Nord, specie sulla Pianura padana, dove il termometro è sceso, e caldo torrido al Sud, tra roghi e lotta di resistenza ai 40 gradi. Che sono saliti a 45 a Orani, un paesino nel cuore della Sardegna, in provincia di Nuoro, che quando spira il libeccio diventa un forno a cielo aperto.

a pagina 18 e 19
Bidoli, Virtuani

IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

L'Italia non è uno Stato, è uno stato d'animo. Le leggi non rispondono a una strategia, ma a un'emozione. Mario Roggero è il gioielliere di Grinzane Cavour che uccise a pistolettate due rapinatori in fuga. Perciò ha preso quasi quindici anni di carcere (condanna confermata ieri in Cassazione) e dovrà risarcire con oltre tre milioni di euro i familiari dei banditi. La pancia del Paese simpatizza per lui istintivamente, ma la testa è obbligata a ricordarsi che sparare a chi sta per spararti. Nondimeno è una trama perfetta per il mondo al contrario di Vannacci, che infatti si erge a paladino del gioielliere e viene da quest'ultimo cordialmente ricambiato. Anche i social, la cui benzina è l'indignazione permanent-

Legge ad Roggerum

te, tifano per il Roggero vannaccizzato e il governo teme sconvolgimenti nei sondaggi. Così interviene come e dove può, purché in fretta, prima che l'emozione evaporasse. E mentre Salvini si inserisce nel solco tracciato dalla Minetti e chiede la grazia, il ministro dell'Interno sforna all'improvviso una legge che esclude il risarcimento in casi simili. Per Roggero non cambia nulla (la norma non è retroattiva), ma per i Roggero del futuro (nazionale) sì.

Qui non si discute se la nuova legge sia giusta o no. Se ne discute la tempestività, che coincide con la finalità: intercettare il malumore degli elettori prima che vadano a scaricarlo nelle urne sul Generale. Ma a cosa serve l'uomo (o la donna) forte, se ormai i leader inseguono i follower?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MAGNESIO COMPLETO

4 fonti di Magnesio per un'azione completa

PRINCIPIUM®

BIOS LINE

In Farmacia, Parafarmacia ed Erboristeria.



principiumlife.com



LA STAMPA

GIOVEDÌ 16 LUGLIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



IL VOTO IN FRANCIA

Musk irrompe sull'Eliseo
"Le Pen ultima speranza"

DANILO CECCARELLI - PAGINA 18

LA CULTURA

Cari ragazzi nell'era dell'Ai
dovete fare i filosofi

LUCIANO FLORIDI - PAGINE 28 E 29



MONDIALI, INGHILTERRA ELIMINATA

Messi infinito e Lautaro gol
Argentina di nuovo in finale

SIMONE ZONCA - PAGINE 32-33

RIFORME IN PARLAMENTO, LE OPPOSIZIONI ALL'ATTACCO DEL GOVERNO: ADESSO FERMATEVI

Voto, la sfida di Meloni

Legge elettorale, oggi la Camera decide. La premier ai suoi: un altro scherzo e si torna alle urne
La maggioranza si spacca di nuovo sulle preferenze. Via libera bipartisan sugli studenti fuori sede

LE FRANCHE TIRATRICI

I COLPI PROIBITI
DELLE SIGNORE
DELLA POLITICA

FLAVIA PERINA

Colpa delle donne, dicono: la pista più accreditata dal centrodestra per spiegare il disastro dell'emendamento sulle preferenze è il voto delle signore parlamentari. Le franchette tiratrici, dicono i più gentili. Le traditrici, dicono i più incattiviti. Prove non ce ne sono, ma si elencano coincidenze. Mancavano in aula almeno quattro parlamentari donne della maggioranza. C'era, e per qualcuno risultava di troppo, Marta Fascina, considerata lunga manus di Marina Berlusconi: una che non si fa mai vedere, e il dubbio è che abbia affrontato il viaggio a Roma per diramare segreti ordini di scuderia. - PAGINA 5

GENOVA 25 ANNI DOPO

Il G8, il dissenso
e la sospensione
della democrazia

MASSIMORIGHI

Il 24 maggio del 2000 era una giornata luminosa, con un sole incandescente sulla testa di un popolo multicolore composto da migliaia di ragazzi che coprivano ogni centimetro del viale tra la stazione Brignole e la Fiera del Mare di Genova. Contestavano Tebbo, il Salone internazionale delle biotecnologie. - PAGINA 27
IL RACCONTO DI FRANCESCA PACI
E L'INTERVISTA A CLAUDIO SCAJOLA
DI FRANCESCO GRIGNETTI - PAGINE 10 E 11

CARRATELLI LOMBARDO

Portare a casa il primo via libera alla legge elettorale. Giorgia Meloni è stata chiara con i suoi a Montecitorio: fare presto e chiudere la partita alla Camera, rinviando qualsiasi discorso su franchi tiratori e maggioranza lacerata. Questa mattina è previsto il voto finale sul provvedimento, anche questo in modalità segreta. AMABILE
- CON IL TACCUINO DI SORGI PAGINE 2-5



IL RETROSCENA

Il Quirinale per ora
non può e non vuole
intervenire

UGO MAGRI

Nel pasticciaccio delle preferenze il Capo dello Stato deve limitarsi a osservare. - PAGINE 2 E 3

ROGGERO, GIOIELLIERE DI GRINZANE, CONDANNATO A 14 ANNI. SALVINI: SUBITO LA GRAZIA

Sparò ai banditi, l'orefice in cella

MASSIMILIANO PEGGIO



Nel 2021 uccise due rapinatori: ieri al gioielliere Mario Roggero la Cassazione ha confermato la condanna a 14 anni

PAGINA 21

L'INTERVISTA

Urso: "Zes al Nord
impossibile
Si ad altri aiuti
e semplificazioni"

ALESSANDRO BARBERA



Niente Zona economica speciale (Zes) a nord delle Marche, perché per avere quelle agevolazioni Lombardia o Piemonte dovrebbe stare molto peggio di così: le regole europee sono chiare. Lo dice il ministro delle Imprese Adolfo Urso. Che in ogni caso promette «un piano per rilanciare l'industria al Nord» e afferma che «il Pil italiano è cresciuto nella prima parte dell'anno più della media dell'Ue, e la produzione industriale è in ripresa». ANGELONE, GORIA, LUISE - PAGINE 6 E 7

IL REPORTAGE

Viaggio sul Po
ammalato di caldo
"A Torino soffoca"

NICCOLÒ ZANCAN



Il caldo eccezionale favorisce una crescita abnorme delle alghe e le acque del Po soffocano. - PAGINE 8 E 9

LA STORIA IN CILENTO

Brum, il cane che difende i nidi di tartaruga

NOEMI PENNA

Corre sulla spiaggia come se conoscesse una strada che nessun altro riesce a vedere. Il naso basso, il respiro veloce, le zampe che sollevano piccoli spruzzi di sabbia: Brum Brum attraversa le dune, torna indietro, cambia direzione. Annusa. Cerca. Segue una traccia che per gli occhi umani non esiste più. - PAGINA 20



LEONARDO, MAESTRO D'ASCIA

"Così restauro
la nave di Nelson"

EDOARDO VENDITTI

È un maestro d'ascia italiano a curare il restauro della nave ammiraglia di Nelson. - PAGINA 22

CENTRI DENTALI ZANARDI

PERCHÈ ANDARE ALL'ESTERO?

- Impianti dentali
- Protesi dentali
- Cura del sorriso
- Cura del dolore
- Cura del mal di denti
- Cura del mal di gola
- Cura del mal di orecchie
- Cura del mal di naso
- Cura del mal di occhi
- Cura del mal di testa
- Cura del mal di collo
- Cura del mal di schiena
- Cura del mal di mani
- Cura del mal di piedi
- Cura del mal di tutto

VIA VALSESIA, 7 28100 NOVARA (NO) • TEL. 0321 162 8313
INFO@CENTRIDENTALIZANARDI.IT • CENTRIDENTALIZANARDI.IT



€ 1,40* ANNO 148 - N° 182
Sped. in A.P. 03/33/2003 come L. 46/7094 art.1 c.1 03/33 RM

Il Messaggero

NAZIONALE



Giovedì 16 Luglio 2026 • B.V. Carmelo

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [IL MESSAGGERO.IT](#)

Su MoltoFuturo
Salvatore e l'IA
«Al cinema difficile
che ci sorprenda»
Un inserto di 24 pagine



Inghilterra avanti, poi due assist di Leo e il 2-1 dell'interista
Messi e Lautaro infiniti
finale Argentina-Spagna
Angeloni, Lengua e il commento di Piero Mei nello Sport



L'editoriale/1
L'INTERESSE
REALE
E I DISPETTI
AL PAESE
Luca Diotallevi

Il rumore si è sentito da lontano. Il rumore stridente di chi sogghignava ed il frastuono vuoto di chi esultava. Era il sogghigno malcelato dei franchi tiratori del centrodestra che alla Camera avevano affondato la propria maggioranza sulla legge elettorale. Era la gazzarra scomposta di una opposizione il cui programma non è quello di sostituire la maggioranza, ma di sotterrarla.

La logica del puro e semplice dispetto ha unito franchi tiratori e interessi personalistici contro la stabilità del sistema. Gli uni e gli altri appaiono privi di una strategia. Soprattutto nel centrodestra è opportuno fare uscire allo scoperto chi si dissocia e non dovrebbe essere un'impresa così difficile. Questo tipo di chiarificazione è necessaria per assumersi tutti responsabilità alla luce del sole. L'interesse reale del Paese non è compatibile con la logica dei dispetti.

Continua a pag. 22

L'editoriale/2
FARE
CHIAREZZA
SUI
FRONDISTI
Mario Ajello

È grave il fenomeno dei franchi tiratori. E lo è anche perché, in questo caso della legge elettorale che sta per essere approvata alla Camera ma manca delle preferenze, i frondisti della maggioranza - per lo più in Forza Italia e in una parte della Lega - sembrano essere inchiodati all'idea di politica come cooptazione dall'alto e non come libera competizione sui territori.

Non è facile, ma nemmeno impossibile, individuare chi sono e quanti sono (oltre trenta) questi franchi tiratori, ma la ricerca va fatta. Non con intenti punitivi - la libertà del parlamentare è inattaccabile - ma in nome di un utile chiarimento. Ossia c'è da intendere bene sulle regole d'ingaggio nella coalizione di centrodestra e c'è da far capire ai malpanticoni non solo la necessità moderna di rendere più stretti e meglio (...)

Continua a pag. 22

LEGGE ELETTORALE/FDI VOTA L'EMENDAMENTO DI VANNACCI, NO DI FI E LEGA

Preferenze, maggioranza divisa

► Nel centrodestra caccia ai franchi tiratori e sospetti tra alleati, ma Meloni è decisa ad andare avanti. Il centrosinistra ritrova l'unità: ora acceleriamo sul programma. Ok bipartisan sui fuorisede

ROMA. Preferenze, maggioranza divisa. Ma Meloni è decisa ad andare avanti.

Bechis, Bulleri e Di Caprio da pag. 2 a pag. 5



Andrea Caraceni con il maestro tagliatore Giancarlo Tonini

Ajello a pag. 7

L'intervista/La Russa

«Non è una sfiducia ma si poteva evitare»

Valentina Pigliautile

Non è un voto di sfiducia. Con qualche attenzione si poteva anche evitare». Così Ignazio La Russa in una intervista a *Il Messaggero*.

A pag. 5

L'intervista/Renzi

«Autogol a destra. Pronti a governare»

Ernesto Menicucci

«Dalla destra un autogol. Noi pronti a governare ma servono i riformisti». Così Matteo Renzi in una intervista a *Il Messaggero*.

A pag. 4

L'intervista/L'ambasciatore Usa
Fertitta: «La premier resta forte
America e Europa, amicizia salda»

Dal nostro inviato ad Ancona Francesco Bechis a pag. 6

L'analisi
L'ECONOMIA IN EQUILIBRIO

Angelo De Mattia a pag. 22

Salvini: ora il Colle conceda la grazia
Gioielliere uccise i rapinatori
condanna definitiva a 14 anni

Di Corrado a pag. 10

Il fotografo sentito per 6 ore dai carabinieri
Caso Orlandi, Accetti di nuovo interrogato

Arcangeli a pag. 9

ENERGIA PER LE TUE GIORNATE

SUSTENIUM PLUS 50+
ENERGIA FISICA E MENTALE

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

ANCHE IN FLUONCINI

Gli integratori alimentari non vanno presi come sostituti di una dieta varia, equilibrata e di uno stile di vita sano. ACTIFU® è un marchio di Bioactiva. I Loghi ACTIFU® e di proprietà di Bioactiva (SUESSO).

Il Segno di LUCA

LEONE, SINTONIA CON L'AMBIENTE

La Luna, ancora nel tuo segno, ti invita all'ascolto, trovando una sintonia con chi ti è vicino, ma soprattutto focalizzandoti su quello che avviene dentro di te. In questo periodo sei così preso dalla carica di euforia e ottimismo con cui affronti gli eventi che rischi di dimenticare quello che succede in te. Le emozioni che ti attraversano sono il tuo vero motore, non puoi ignorarle, l'amore del partner ti riporta alla tua verità. **MANTRA DEL GIORNO** La rigidità rende più vulnerabili.

© ASSOCIAZIONE OROSCOPICA
L'oroscopo a pag. 22

* Tardem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): milia giornale di Modena, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20. La domenica con l'abbonamento € 1,40. In Abruzzo il Messaggero • Corriere dello Sport - Stadio € 1,40. Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport - Stadio € 1,50. "Fuoriporta al Mare" • € 0,90 (Roma). "Il popolo di Urtime" • € 0,90 (Roma).



Giovedì 16 luglio
2026
ANNO LIX n° 185
1,50 €
Beata Vergine Maria
del Monte Carmelo

Edizione prima
del 08.22

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Il sistema immunitario della democrazia LA PRIMA DIFESA SONO I DIRITTI

FRANCO VACCARI

Ogni volta che si parla di difesa, il dibattito si concentra sulle armi, sugli eserciti, sulla sicurezza dei confini. È inevitabile, soprattutto in tempi di guerra. Ma una domanda dovrebbe precedere tutte le altre: che cosa difende davvero una democrazia?

La risposta della nostra Costituzione è chiara e coerente col "ripudio della guerra" affermato nell'articolo 11. Prima ancora del territorio (anche questo, ovviamente), essa difende la dignità della persona, l'uguaglianza dei cittadini, i loro diritti fondamentali costruendo una società sana. In altre parole, difende prima di tutto la democrazia stessa. Per questo la prima forma di difesa è quella che potremmo chiamare il sistema immunitario democratico.

Come ogni organismo vivente, anche una democrazia è continuamente esposta a virus e malattie. Alcune idee politiche e culturali attraversano la società senza lasciare tracce; altre contribuiscono addirittura a rafforzarsi. Ma ve ne sono alcune che, pur presentandosi come soluzioni, finiscono per erodere, lentamente, i principi stessi della convivenza democratica. Accade proprio come nelle malattie più insidiose: all'inizio il sistema immunitario non riconosce il pericolo, perché le cellule malate assomigliano a quelle sane. Quando se ne accorge, può essere troppo tardi.

La Costituzione, in fondo, costruisce proprio questo sistema immunitario. L'articolo 3 non si limita a proclamare che tutti i cittadini sono uguali davanti alla legge. Chiede alla Repubblica di rimuovere gli ostacoli che limitano di fatto la libertà e l'uguaglianza delle persone. Non basta dichiarare i diritti: bisogna renderli effettivi. È questa l'immunità della democrazia.

Ci sono quattro luoghi che possiamo chiamare - in parte già si chiamano - sottosistemi, nei quali questa immunità viene continuamente messa alla prova: la giustizia, la sanità, la scuola e il carcere. Non sono ambiti qualsiasi. Sono i luoghi nei quali il rapporto tra Stato e cittadino è inevitabilmente asimmetrico. Quando si è malati in cerca di diagnosi precise e cure efficaci ci si sente fragili, indifesi, insicuri... più la posta è alta più si è "disposti a tutto" per ottenere. Come quando si è in attesa di una sentenza che può limitare la libertà, quando un insegnante valuta, quando in un carcere un detenuto chiede una cella dove si può respirare o un gabinetto che funzioni.

In questi casi, come in nessun altro ambito, il rischio che il cittadino diventi suddito è tanto concreto. Emergono i sentimenti della sudditanza: chiedere, insistere se non si è ascoltati, piangere, supplicare, arrangiarsi; temere. Per questo la Costituzione circonda questi particolari poteri di garanzie, limiti e responsabilità. Non perché diffidi delle persone che li esercitano, ma perché conosce la natura del potere e le asimmetrie pericolose. Ogni potere, se non è controllato, tende a trasformarsi da servizio in privilegio, da autorevolezza in arbitrio. Quando questi quattro sistemi funzionano, il cittadino continua a fidarsi della Repubblica. Quando si deteriorano, la malattia democratica comincia a diffondersi. Il processo è quasi impercettibile. Si cerca un amico per ottenere una Tlc in quattro giorni invece che in quattro mesi. Poi si cerca qualcuno che possa fare una telefonata, esercitare un'influenza, procurare un favore. Il diritto smette di essere universale e diventa una concessione. La cittadinanza lascia spazio alla clientela che aggrava la disaffezione, cominciando dalla piccola gentilezza non dovuta. Un pedone che ringrazia l'autista che lo fa passare sulle strisce, un piccolo regalo a dizio o calo che ha "facilitato" - bontà sua - ciò che era semplicemente dovuto. Se questo meccanismo continua, il favore sostituisce la legge e tutti, prima o poi, diventeranno collusi. E quando la legge perde credibilità, altri gruppi di potere si candidano a garantire ciò che lo Stato non riesce più ad assicurare.

...continua a pagina 16

IL FATTO Non esclusa l'ipotesi di una modifica al Senato, con ritorno alla Camera blindato dalla fiducia

Corsa con ostacoli

Nuova spaccatura nella maggioranza sull'introduzione delle preferenze nella legge elettorale, ma il Governo decide di andare avanti con la riforma: oggi il voto finale

IL NODO PARTECIPAZIONE

Persa un'occasione di dar voce ai cittadini

Il magando è ancora incerto, ma il cantiere per la legge elettorale si sta rivedendo l'ennesima occasione persa di dar voce ai cittadini, in un Paese che rischia di smarrire un'idea del bene comune, con il 40% degli elettori che ormai diserte le urne.

Angelo Piccirillo
a pagina 9

DANILO PAOLINI

A conti (r)folati, la stima dei possibili franchi tiratori del martedì nero del Governo si avvicina a 50. E ieri Fdi e Noi moderati hanno votato l'emendamento di Futuro nazionale sulle preferenze, che non è passato ma ha incassato ben 139 sì, evidenziando così una nuova spaccatura nella maggioranza. Che però va avanti sulla riforma della legge elettorale: oggi il voto finale della Camera.

Carlini a pagina 9



RICETTE Un nuovo documentario racconta il Bhutan

Indagine sulla felicità tra le nuvole

Misurare la felicità è da sempre la formula magica del Bhutan, piccolo Paese tra le montagne dell'Himalaya, arroccato tra India e Cina, ricco di templi e colline care al "National Geographic", chiuso al resto del mondo fino al 1974, che ha inventato l'indice di Felicità Interna Lorda. Il rivoluzionario censimento, introdotto dal Re nel 1972, serve a orientare nuove leggi create su misura per la popolazione. A raccontare di cosa si tratta è il film documentario autoprodotto Agent of Happiness - Il Bhutan e la felicità, diretto da Arun Bhattarai e Dorothy Zurbrugg, presentato in anteprima al Sundance Film Festival, e nelle sale da oggi.

De Luca e La Cecilia a pagina 19

CUMA L'Oms: in Europa 160mila decessi in tre anni. Oggi nuovo picco

Il caldo diventa un'epidemia E i rider provano a fermarsi

L'Europa è il continente che si sta riscaldando più rapidamente di tutti: il doppio rispetto alla media globale. Se si sommano i dati diffusi dall'Oms sulla mortalità attribuita al caldo degli ultimi tre anni si arriva a ben oltre 160mila decessi, in larga parte evitabili con adeguate strategie preventive. Per contrastare questa "epidemia da caldo" legata alle sempre più frequenti ondate di calore, l'Oms ha pubblicato nelle scorse settimane una nuova edizione delle "Linee guida per il piano d'azione contro il caldo per la salute" che aggiorna la precedente prima versione del 2008. Misure necessarie anche per l'Italia, al centro

della nuova ondata di calore: ieri le città con massimi livelli di rischio caldo per la popolazione erano 7, domani si impennarono a 15 e venerdì diventeranno 18. Con le alte temperature aumentano anche le misure di tutela dei lavoratori: nel Lazio, la Regione ha vietato il lavoro in condizioni di prolungata esposizione al sole dalle 12.30 alle 16. A Milano, dove un'ordinanza del Comune ha bloccato le consegne nelle ore più calde della giornata, i rider sono scesi in piazza per chiedere ammortizzatori sociali.

Primopiano alle pagine 4 e 5

I nostri temi

L'INTERVISTA

La Nobel Ressa: «L'IA è un'arma, serve coraggio»



GIUSEPPE MUOLO

«Sull'IA serve coraggio, serve agire ora». Intervista alla Nobel Maria Ressa, ospite al forum di Castel Gandolfo.

A pagina 8

I PILASTRI

La sussidiarietà nel secolo degli algoritmi

ANTONIO SPADARO

Nella Magnifica humanitas il principio della sussidiarietà - formulato sistematicamente da Pio XI nella Quadragesimo anno - viene riletto e, in un certo senso, capovolto.

A pagina 7

L'ULTIMO VOTO
IERI A PARIGI

Aiuto a morire, sì alla legge ma la Francia si spacca

Ognibene e Zappalà a pagina 8

DONNE E CHIESA/1

Rosemary Goldie,
una laica al Concilio
Vergottini a pagina 17

DONNE E CHIESA/2

Nella mistica che unisce
l'eredità di Chiara Lubich
Cotignoli a pagina 18

Ma cosa ci fa lei qui

Durante le mie tournée può capitare che reciti ogni sera su un palco diverso. Ore prima faccio sempre una passeggiata nei dintorni del teatro, spesso sul corso principale, in zona pedonale. Poche le sorprese che vengono dai luoghi: una serie di negozi in franchising, gli stessi che ormai trovi ovunque, panorama omologato e deprimente. Più interessanti gli incontri con le persone che mi si avvicinano, di solito per un selfie. A me fa piacere, non sono tipo da guardare del corpo, sarei ridicolo: sono conosciuto da molti e sconosciuto a molti altri, forse più dei primi. Ma non me ne cruccio. La

popolarità è gratificante, però ondivaga. Invece l'esperienza più divertente - e non è affatto rara - capita quando qualcuno, dopo l'entusiasmo per le foto e le dediche di rito, mi chiede: «Ma cosa ci fa lei qui?». Il suo stupore per la notizia che a breve farò uno spettacolo lì nei pressi mi riporta coi piedi per terra. C'è chi non solo è all'oscuro dell'esistenza di una stagione teatrale, ma fatica a ricordare dove si trovi esattamente l'edificio nel quale si svolge. Il teatro è un gioco antico e serio e per chi lo ama è come un balsamo benefico. Tuttavia, non è necessario, dunque può essere felicemente ignorato. Non me ne cruccio, nemmeno stavolta. La sala piena di gente mi consolerà.

© IMMAGINE ASSOCIATI

E dunque

Gioele Dica

Agorà

SCENARI

L'architetto Ico Migliore:
«Il confine è il luogo
delle nuove idee»

Servadio a pagina 20

OPERA

Macerata: lo Sferisterio
scommette
sulle giovani voci

Fulvi a pagina 21

CINEMA

La nave salva migranti
Cinque: «Aiutare chi fugge
è un dovere universale»

Giuventù a pagina 22

LUOGHI INFINITO
DOVE ABITA
LA MUSICA
In edicola e online su
abbonamenti.avvenire.it

LUOGHI INFINITO
318
Luglio 2026

NELL'IMMOBILISMO DEL GOVERNO

Sanità in lista d'attesa

Anche la classe media non riesce più a curarsi

FEDERICA PENNELLI

«Aumentano le famiglie del ceto medio in difficoltà economiche. Per le prestazioni sanitarie, chi può si rivolge al privato, chi non può rinuncia. E c'è chi si indebita» dice De Silverio «Vogliamo fare di più per ridurre il carico fiscale sul ceto medio». Così ha detto Giorgia Meloni a giugno all'assemblea di Confcommercio. Parole che si scontrano con una realtà fatta di salari che perdono potere d'acquisto e crescenti disparità nell'accesso a welfare e servizi. Gli ultimi dati su redditi, salute pubblica e condizioni sociali restituiscono lo spaccato di un paese che segue la china dell'impoverimento, che arriva a erodere anche la tenuta del ceto medio.

Chi attende, chi rinuncia

La nuova indagine della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) fotografa il rapporto della popolazione con liste d'attesa e intramoenia. Secondo la ricerca, condotta nel giugno 2026, per quasi 7 italiani su 10 i tempi di attesa sono troppo lunghi. L'80 per cento delle persone che ha avuto bisogno di una prestazione sanitaria nell'ultimo anno ha atteso in media 2,3 mesi. Di fronte a questi tempi, il 41 per cento si è rivolto direttamente al privato a pagamento, mentre soltanto il 32 per cento ha ottenuto la prestazione nel Sistema sanitario nazionale (Ssn) entro i

tempi previsti. Quando la necessità di cura non può aspettare, il 54 per cento ha scelto di pagare una prestazione privata, il 21 per cento ha continuato ad attendere il Ssn, il 9 per cento è ricorso all'intramoenia, mentre il 7 per cento ha rinunciato del tutto alla prestazione.

Parallelamente, quasi sei italiani su dieci hanno dichiarato di aver rinviato o rinunciato a visite, esami o controlli proprio a causa delle liste d'attesa; nel Sud e nelle Isole la quota sale a circa due persone su tre. Anche dal Rapporto Sdgs 2026 dell'Istat, emergono diverse criticità: nonostante i miglioramenti su alcuni indicatori sanitari, sussistono criticità strutturali legate a disuguaglianze territoriali, personale sanitario e accessibilità. Inoltre emerge che l'1,6 per cento delle persone di 16 anni e più, nel 2025, ha dichiarato di non aver effettuato cure mediche di cui necessitava, perché troppo costose. Un dato che richiama una delle molte motivazioni alla base della rinuncia alle cure.

A pesare sulla possibilità di curarsi sono anche le condizioni economiche delle famiglie. Secondo Istat, nel 2024 la povertà assoluta ha riguardato oltre 5,7 milioni di individui. Il rischio di povertà o esclusione sociale continua inoltre a mostrare un forte divario territoriale: nel Mezzogiorno raggiunge il 38,4 per cento, contro valori molto più bassi nel Nord.

A questo si aggiungono i dati

sui salari, che hanno perso potere d'acquisto negli ultimi anni. Secondo Istat, dal 2019 le retribuzioni hanno perso l'8,6 per cento del loro valore reale e il 16,1 per cento delle famiglie del ceto medio dichiara di arrivare a fine mese con difficoltà.

«I dati Istat fotografano una realtà che chi lavora ogni giorno negli ospedali conosce bene — dice Pierino De Silverio, segretario del sindacato di medici e dirigenti sanitari Anaa Asso-med — sempre più italiani, anche appartenenti al ceto medio, faticano ad accedere alle cure». De Silverio ricorda che «non parliamo più solo delle fasce più fragili della popolazione: nel 2023 il 7,6 per cento degli italiani ha rinunciato a curarsi, contro il 6,3 per cento del 2019. Chi può permetterselo si rivolge al privato, chi non può rinuncia, e in mezzo c'è un ceto medio che si indebita pur di curarsi o finisce per abbandonare la prevenzione».

Per il dirigente medico, questo «non è un problema di sanità "per pochi": è la tenuta stessa del Ssn a essere in discussione. Il diritto alla salute non può dipendere dal reddito, né dal codice di avviamento postale della regione in cui si vive». Per il sindacato servono investimenti veri «sul capitale umano e sull'organizzazione dei servizi, non promesse senza medici e dirigenti sanitari



nei numeri e nelle condizioni giuste, nessuna riforma sulla carta potrà colmare questo divario».

Divari e indebitamento

Anche per Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, l'indebolimento del Ssn «colpisce soprattutto la classe media, intrappolata in una terra di mezzo: ha redditi troppo elevati per beneficiare delle esenzioni, ma spesso insufficienti per sostenere il costo delle cure». Per il medico, sempre più frequentemente «una malattia costringe le famiglie a consumare i risparmi o ad accumulare debiti. Il nostro Ssn esiste proprio per evitare che il bi-

sogno di cure diventi un fattore di impoverimento. Se accade, significa che il diritto alla tutela della salute non è più pienamente esigibile».

Secondo la ricerca *La spesa privata crea povertà*, curata nel 2025 dalla dottoressa Barbara Orlando dell'università Bocconi di Milano, quasi una famiglia su dieci ha affrontato spese sanitarie catastrofiche e, senza un deciso aumento della spesa pubblica, la quota di famiglie in difficoltà economica per curarsi continuerà a crescere fino al 2060. Anche l'ultimo rapporto sulle performance sociosanitarie regionali del Centro per la ricerca economica applicata in sanità

(Crea), conferma una distanza ancora ampia da livelli ottimali e forti differenze territoriali. Analisi diverse arrivano dunque alla stessa conclusione: crescono impoverimento e rinuncia alle cure, mentre le disuguaglianze si amplificano. Proprio per queste ragioni, da fine maggio è in corso la campagna *Io firmo per il diritto alla salute*, sostenuta da oltre 100 associazioni e sindacati, per una proposta di legge di iniziativa popolare per il rilancio della sanità pubblica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«La classe media ha redditi elevati per beneficiare delle esenzioni ma spesso insufficienti per il costo delle cure»

FOTO ANSA





Servizio L'analisi

Liste d'attesa in sanità, a due anni dalla legge solo due Regioni adempienti sui tempi massimi

Prime visite ed esami diagnostici: i dati del 2026 certificano che i target sono ancora lontani e che appena l'11,6% dei cittadini vede soddisfatto in pieno il proprio diritto alla cura

*di Tonino Aceti **

15 luglio 2026

Sono trascorsi due anni dall'approvazione della Legge sulle liste di attesa e tra le novità più rilevanti introdotte c'è la Piattaforma nazionale sulle liste di attesa. Proprio grazie all'ultima versione della Piattaforma, se da una parte sappiamo, come ci ha anche detto l'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, ndr), che la capacità delle Regioni di rispettare i tempi massimi di attesa è in miglioramento rispetto al 2025, dall'altra, dai dati pubblicati sulla stessa piattaforma, aggiornati a giugno 2026, è allarme sul rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla Legge:

- per le prime visite, da gennaio a maggio 2026, sono solo 2 le Regioni in grado di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per i codici di priorità B (Breve, 10 giorni), D (Differita, 30 giorni) e P (Programmata, 120 giorni) in almeno il 90% dei casi;
- per gli esami diagnostici, da gennaio a maggio 2026, sono solo 2 le Regioni in grado di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per i codici di priorità B, D e P in almeno il 90% dei casi.

Queste sono alcune delle evidenze che emergono dall'analisi realizzata dall'Osservatorio di Salutequità a giugno 2026, sui dati contenuti nella Piattaforma nazionale sulle liste di attesa gestita dall'Agenas e relativi al periodo gennaio-maggio 2026.

La soglia di garanzia

Infatti, secondo il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 (vigente a maggio 2026) "per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali),... il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e Provincia Autonoma dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie...e a decorrere dal 2020 il monitoraggio sarà esteso anche alla classe P".

Il 90% è quindi la soglia di garanzia prevista dal PNGLA 2019-21 e confermata anche dal nuovo PNGLA 2026-28, approvato a giugno 2026, per la piena adempienza delle Regioni in materia di rispetto dei tempi di attesa.

Promossi e "bocciati"

Secondo l'analisi realizzata da Salutequità, le Regioni che nei primi 5 mesi del 2026 sono in grado di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prime visite con codici di priorità B, D e P in almeno il 90% dei casi, sono la Basilicata (anche se per la classe di priorità U-Urgente, 3 giorni, non viene riportato alcun dato) e le Marche. Il Veneto invece riesce a centrare il risultato per i codici B e P, mentre per la classe D è lievemente sottosoglia. Anche il Lazio si avvicina alla soglia di garanzia del 90% per le classi B e D (ma non la raggiunge), mentre è pienamente adempiente sulla classe P. Particolarmente distanti dalla soglia di garanzia la Puglia, la Provincia Autonoma di Trento, Umbria, Sicilia, Sardegna, Friuli-Venezia Giulia e Abruzzo.

La soglia di garanzia del 90% dei casi di rispetto dei tempi di attesa viene ampiamente centrata, in media a livello nazionale, solo in ambito oncologico (95,9%). Arrancano dermatologia e allergologia (61,8%), oculistica 66,6% e urologia 68,7%.

Per quanto riguarda gli esami diagnostici risultano pienamente adempienti rispetto alla soglia di garanzia la Regione Basilicata (anche se per la classe di priorità U non viene riportato alcun dato) e il Veneto. Più critiche invece Umbria, Sicilia, Puglia, PA Trento, Friuli-Venezia Giulia e Abruzzo.

Praticamente in Italia solo 6.862.469 di cittadini vedono rispettati i tempi massimi di attesa previsti dalla Legge, cioè l'11,64%.

I limiti della Piattaforma

Per un'analisi più completa e ragionata, questi dati sul rispetto dei tempi di attesa, che emergono dalla Piattaforma, andrebbero letti in combinato disposto anche con altre evidenze.

Innanzitutto, la piattaforma monitora i tempi di attesa di sole 55 prestazioni di specialistica ambulatoriale (esami diagnostici e prime visite) su 2.108 cioè il 2,61%, quindi una parte molto residuale di tutte le prestazioni garantite nei Lea. Anche l'eventuale adempienza delle Regioni è quindi relativa a una quota molto parziale di prestazioni, non sufficiente a fotografare la reale e piena capacità delle Regioni di garantire il rispetto del diritto dei cittadini ad ottenere tutte le cure nei tempi giusti.

In secondo luogo, alcune regioni presentano una percentuale di prenotazioni con classi di priorità P di gran lunga superiori alle altre. È il caso della Basilicata, che pur essendo adempiente su classi B, D, e P, mentre nessun dato è disponibile per la classe di priorità U, ha l'85% di prenotazioni in classe P, contro l'8,8% dell'Emilia-Romagna e il 7,8% della Toscana (dati Agenas).

Ampi margini di miglioramento

In conclusione, i dati ci restituiscono un quadro di un'Italia che ha grandi difficoltà a garantire il diritto dei cittadini a ottenere un accesso tempestivo alle cure e con profonde differenze tra Regioni.

Se la Piattaforma Nazionale sulle Liste di Attesa rappresenta un risultato e un'innovazione importante nella governance del Ssn, i margini per un suo rafforzamento, anche in una chiave di trasparenza e accountability, sono ancora molto importanti e un imperativo categorico per il sistema.

Innanzitutto, i dati contenuti nella Piattaforma dovrebbero rilevare e concorrere alla valutazione istituzionale della capacità delle Regioni di garantire i Lea arricchendo con batterie di indicatori l'attuale Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (NSG), che attualmente ha un solo indicatore "core" sulle liste di attesa.

Servono dati in tempo reale e in chiaro

La Piattaforma dovrebbe inoltre essere aggiornata in tempo reale. A oggi è ancora ferma a maggio 2026. Le prestazioni monitorate sono ancora troppo poche rispetto all'intero paniere Lea. Manca una sezione che renda chiaro ai cittadini, con un quadro di insieme, quali siano le Regioni che garantiscono i tempi massimi di attesa, rispettando la soglia di garanzia del 90% dei casi, prevista dalla Legge.

Non ci sono sezioni e dati sull'attivazione e sull'efficacia dei percorsi di tutela per i cittadini (salta code) attivabili quando le Regioni non siano in grado di rispettare i tempi massimi di attesa.

Manca inoltre una sezione che illustri le caratteristiche degli ambiti di garanzia delle Regioni, cioè l'ambito di territorio entro il quale devono essere garantiti i tempi massimi di attesa, nonché il loro livello di rispetto dello standard nazionale e cioè "raggiungibilità e prossimità". Infine, non c'è ancora una sezione dedicata all'informazione al cittadino sulle modalità di tutela dei suoi diritti in caso di superamento dei tempi massimi di attesa e anche sui suoi doveri.

** Presidente Salutequità*

Servizio Riforma della Pa

Legge Zangrillo sul merito: le proposte per la sanità che è tra i «grandi esclusi»

Carriere interne e alternative al concorso: si dovrebbe valutare un intervento legislativo per consentirne una fruizione anche nelle aziende sanitarie

di Stefano Simonetti

15 luglio 2026

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 4 luglio scorso ha preso il via la legge Zangrillo sul “merito”. Si tratta di un provvedimento quadro che non esplica effetti o ricadute immediati. nche se è entrata in vigore il 19 luglio, la legge prevede sostanzialmente interventi programmatici sulla organizzazione della pubblica amministrazione. A proposito di quest'ultimo aspetto, la promozione della legge e i commenti governativi di accompagnamento hanno parlato di una riforma epocale della PA che cambierà tutto, renderà attrattivo per i giovani il lavoro pubblico, garantirà efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa e via proseguendo con altro fumo negli occhi.

Quale Pa in arrivo

Tutto bellissimo, ma di “quale” PA parla il Governo? Se si ricorre a una sineddoche strumentale – sempre che sia voluta e consapevole - può anche andare bene, ma l'importante è essere chiari. Già mesi fa quando passò alla Camera il Ddl A.C. 2511 avevo segnalato come la Sanità non fosse minimamente interessata alle nuove disposizioni, se non per quella incredibile e spregiudicata operazione che consentirà una riduzione dei fondi del personale dirigenziale a favore di quelli del comparto mediante il riciclaggio delle economie derivanti dalle valutazioni non eccellenti. Ma c'è di più, perché uno degli elementi di maggiore impatto e novità della riforma consiste nell'introduzione della possibilità di uno sviluppo di carriera interno, mediante la riserva del 30% dei posti di qualifica dirigenziale a una procedura di accesso riservata ai funzionari interni in alternativa al corso-concorso gestito dalla Sna (50%) e al concorso espletato dalla Ripam (20%).

Chi resta fuori

Come detto, tutto il personale delle aziende sanitarie non potrà fruire di tale possibilità. Ma la riforma delle procedure di accesso alla dirigenza pubblica esclude anche gran parte dei dipendenti degli Enti locali perché la legge 119/2026 non produce effetti sostanziali su quasi un terzo degli enti locali, cioè i circa 7.500 Comuni privi di dirigenza. Nondimeno, anche le amministrazioni municipali con organico dirigenziale di media grandezza devono necessariamente avere un turnover da coprire abbastanza numeroso per consentire che il 30% destinato allo sviluppo di carriera sia realizzabile. Si potrebbe ipotizzare che il legislatore abbia guardato soprattutto – se non esclusivamente - ai Ministeri e agli Epne nonché alle Regioni e Città metropolitane.

Proposte per la sanità

Ribadito che la grande innovazione della legge Zangrillo non si applica alla Sanità, si dovrebbe valutare un intervento legislativo analogo per consentirne la fruizione anche nelle aziende sanitarie, sebbene con limitazioni. Infatti, per ciò che concerne la dirigenza sanitaria esiste la norma speciale di cui all'art. 15, comma 7, del d.lgs. 502/1992 che costituisce una fonte primaria ed esaustiva per l'accesso alla dirigenza sanitaria. Per la dirigenza professionale, tecnica e amministrativa nello stesso Turi è presente l'art. 26, norma dedicata e nettamente distinta da sempre dall'art. 28, oggi riformato, mentre per le professioni sanitarie l'accesso alla dirigenza è disciplinato dal Dpcm 25.1.2008.

In tutti i casi indicati, l'accesso alla dirigenza avviene esclusivamente per concorso pubblico per titoli ed esami su base nazionale. C'è allora da chiedersi perché il principio dello sviluppo di carriera non possa essere previsto anche per il personale del comparto inquadrato nell'Area dei funzionari e dei professionisti della salute, cioè collaboratori amministrativi, assistenti sociali, professioni sanitarie. Si potrebbe prevedere che una percentuale dei posti previsti nel Piano dei fabbisogni venga ricoperta con un percorso di carriera simile a quello per accedere alla qualifica di dirigente ministeriale. Nella previsione non potrebbero, comunque, rientrare i dirigenti sanitari per due motivi: innanzitutto per loro vige la norma speciale già richiamata e, inoltre, perché per i dirigenti sanitari non esistono servizi pregressi nel comparto da poter valorizzare come invece avviene obbligatoriamente per i concorsi pubblici di accesso alla dirigenza per i ruoli Pta e per le 22 professioni sanitarie del comparto.

L'EMENDAMENTO FDI CONTESTATO

IL RITORNO DEI MEDICI RADIATI LA FERITA COVID CHE L'ITALIA NON RIESCE A RIMARGINARE

di ANGELO VITALE

L'approvazione in Commissione Affari sociali alla Camera di un emendamento alla legge delega per la riforma delle professioni sanitarie, a prima firma di Alice Buonguerrieri (FdI), riapre una delle fratture più profonde della storia recente italiana. La norma, subito avversata dalle opposizioni, consente la reinscrizione agli albi professionali del personale sanitario radiato durante la pandemia per comportamenti che l'emendamento definisce come "diretta conseguenza della limitatezza delle conoscenze scientifiche" dell'epoca o della "scarsità delle risorse umane e materiali". L'istanza di reintegro deve essere presentata entro sessanta giorni e, oltre a escludere risarcimenti per il periodo di sospensione, prevede pure che in caso di condanna penale sia intervenuta la riabilitazione dei sanitari. Una scelta legislativa accolta dalle opposizioni e da parte della comunità scientifica come un segnale di pericoloso "cedimento" alle tesi anti-scientifiche. Intanto, la spia di un Paese che non è riuscito a elaborare collettivamente l'emergenza pandemia. Da un lato, la maggioranza punta alla revisione di decisioni prese in condizioni d'emergenza, dall'altro arrivano

critiche durissime. Alessio D'Amato (Azione) definisce il reintegro una "vergogna" e un'offesa ai professionisti che non hanno mai mollato. Davide Faraone (IV) parla di uno schiaffo ai 383 sanitari morti in servizio, accusando la politica di mettere scienza e propaganda sullo stesso piano per convenienza elettorale. E la dem Ilenia Malavasi chiede un'informatica urgente al ministro Schillaci, sottolineando la rottura del patto di fiducia tra istituzioni e cittadini.

Un dibattito feroce, in un contesto di stallo più ampio. La Commissione d'inchiesta Covid, definita da alcuni come uno strumento di "rivalsa politica", frenata da forti tensioni politiche, con reciproche accuse di ostruzionismo che coinvolgono l'ex premier Conte, assai preoccupato di limitare il perimetro d'azione dell'indagine. Oggi, strilla sulla riabilitazione dei medici radiati. Un'emergenza mai metabolizzata. Una nuova dimostrazione della difficoltà del sistema Paese nel ricomporre una memoria civile della pandemia. Una tragedia nazionale trasformata in un'eredità irrisolta che continua ad alimentare divisioni. E impedisce una reale e definitiva sintesi istituzionale.



Servizio L'emendamento

Il Covid divide ancora: bufera sulla misura per il reintegro dei medici no vax

La misura prevede la possibilità di una reinscrizione all'Albo per i medici radiati a causa di fatti non dolosi legati alla pandemia come la diffusione di terapie antiscientifiche

di Redazione Salute

15 luglio 2026

Aprire una finestra per la reinscrizione all'Ordine immediata dei medici e degli operatori sanitari che hanno diffuso terapie antiscientifiche durante il Covid e per questo sono radiati. E' quanto prevede una misura al centro di un emendamento di Fratelli d'Italia approvato in commissione Affari sociali al ddl delega sulle professioni sanitarie che ha scatenato forti reazioni critiche a partire da quelle dell'Ordine dei medici e delle opposizioni. In sostanza l'emendamento prevede la possibilità di una reinscrizione all'Albo per i medici radiati a causa di fatti non dolosi legati alla pandemia.

Cosa prevede la misura al centro delle polemiche

L'emendamento introduce un nuovo articolo 42-bis al Dpr n. 221 del 1950 e prevede che il sanitario radiato dall'albo "per fatti non dolosi connessi alla pandemia" possa presentare domanda di reinscrizione. La disposizione non prevede un reintegro automatico dei professionisti radiati, ma consente di presentare un'istanza di reinscrizione una finestra temporale definita, ovvero entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge, ed è subordinata a specifiche condizioni, ovvero che sia ancora pendente il ricorso davanti alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (Cceps). Nel caso in cui la radiazione sia conseguenza di una condanna penale, la richiesta potrà essere avanzata solo dopo riabilitazione. La misura ha scatenato subito lo scontro con l'opposizione che, compatta, grida "vergogna" contro il "reintegro di personale sanitario No vax", ma anche con la Federazione dell'ordine dei medici che punta il dito contro "un'ingerenza ingiustificata". Parla di una "delegittimazione di chi è preposto a difendere il Codice deontologico" la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici: "Siamo sconcertati, amareggiati e delusi" per "un affronto alle vittime e a tutti i professionisti della salute che hanno sacrificato la loro vita per continuare a curare", spiega il presidente della Fnomceo Filippo Anelli. La radiazione è infatti l'extrema ratio: certifica che il sanitario si è voluto chiamare fuori dalla comunità scientifica".

Lo scontro politico tra maggioranza e opposizioni

Dopo l'approvazione è insorta l'opposizione: "È una vergogna senza precedenti", scrivono in una nota congiunta i gruppi di Pd, M5S, Avs, IV, Azione e +Europa. "È un precedente pericolosissimo: si riscrive la memoria di una fase drammatica del Paese, mentre oggi si premia chi si è sottratto a quell'obbligo", prosegue la nota. "Basta usare il Covid per una battaglia politica, legittimando ancora una volta i no vax per puri fini elettorali". L'ordine dei medici, ricordano i deputati del

Movimento 5 Stelle, “infligge la radiazione solo in casi di eccezionale gravità legata a credenze antiscientifiche che arrecano danno ai pazienti. Ci opporremo a qualsiasi colpo di spugna”. Buonguerrieri, a nome di FdI, “rivendica la volontà di mettere fine a questa persecuzione e ripristinare la vera libertà dei sanitari di operare in scienza e coscienza”. Dalla sinistra, aggiunge, “vogliono continuare una assurda caccia alle streghe fuori tempo massimo”. Le risponde Ilenia Malavasi, deputata Pd: “quell'obbligo vaccinale non fu un capriccio ideologico, ma una misura sanitaria adottata per proteggere pazienti fragili affidati alle cure di chi decise di non vaccinarsi. Chiamarla 'persecuzione' è un insulto alla scienza” chiosa. Il dibattito proseguirà nell'aula di Montecitorio, dove la riforma sulle professioni sanitarie potrebbe approdare prima della pausa estiva.

“Magnifica humanitas”, un codice che apre spazi per la dignità di tutti

La forza degli argomenti, l'ampiezza dei temi e l'ampiezza degli orizzonti aperti dalla *Magnifica humanitas* stanno animando a due mesi dalla pubblicazione dell'enciclica di Leone XIV un'animata riflessione che prosegue oggi su queste pagine, aggiungendo le voci del gesuita Antonio Spadaro e della sociologa Carla Collicelli alle numerose altre apparse sin qui (tutti gli interventi sono recuperabili su Avvenire.it). È il segno che il testo del Papa merita – forse proprio in questo tempo estivo – la nostra lettura attenta e l'impegno di parrocchie, centri culturali, movimenti e scuole cattoliche per farne conoscere i contenuti. Proprio

i profili identificati dai due autori che ospitiamo qui mostrano l'opportunità di questo lavoro personale e comunitario: il passo in avanti che l'enciclica fa compiere alla Dottrina sociale e l'educazione. Argomenti aperti a tutti.



I PILASTRI

La sussidiarietà nel secolo degli algoritmi

ANTONIO SPADARO

so, capovolto.

A pagina 7

Nella Magnifica humanitas il principio della sussidiarietà – formulato sistematicamente da Pio XI nella Quadragesimo anno – viene riletto e, in un certo sen-

I sistema di regole necessario per limitare il potere tecnologico dà respiro ai corpi intermedi

MA QUALE “STATALISMO”: L’ENCICLICA APPLICA LA SUSSIDIARIETÀ AL SECOLO DEGLI ALGORITMI



ANTONIO SPADARO

Magnifica humanitas è

un’enciclica “statalista”? Leone XIV afferma proprio all’inizio del suo documento: «Un tempo erano soprattutto gli Stati a guidare e indirizzare l’innovazione. Oggi, invece, i principali motori dello sviluppo sono attori privati, spesso transnazionali, dotati di risorse e capacità di intervento superiori a quelle di molti governi. Il potere tecnologico assume così un volto inedito, prevalentemente “privato”, e per questo ancora più difficile da discernere, governare e orientare al bene comune» (n. 5). Quindi invoca una «politica più presente» (n. 107), reclama «quadri giuridici adeguati» e «vigilanza indipendente» (n. 106), dice che la proprietà dei dati «non può essere affidata solo a privati» e «va regolamentata» (n. 108). A chi legge il documento dentro la grammatica novecentesca – Stato contro mercato – tutto questo suona come un ritorno del pubblico al centro della scena.

Il punto di partenza è una diagnosi del potere, dunque. Sì, un tempo erano gli Stati a guidare e indirizzare l’innovazione. Oggi non più. I motori dello sviluppo sono attori privati, spesso transnazionali. Non è un’osservazione inedita – già Benedetto

XVI, in *Caritas in veritate*, notava che la globalizzazione finanziaria aveva ridimensionato il potere politico degli Stati (n. 40) – ma l’Intelligenza artificiale la radicalizza: chi controlla piattaforme, infrastrutture, dati e capacità di calcolo «fissa le condizioni di accesso, le regole della visibilità e le possibilità stesse di partecipazione» (n. 95). Lo scenario, dunque, non è quello di uno Stato-Leviatano da contenere ma di un potere privato pressoché senza contropoteri. Quanto sia letterale questo scenario lo si tocca con mano sui contratti in cui è scritto, nero su bianco, che se il governo di un altro Paese decide di volere i tuoi dati se li prende, anche quando risiedono su server collocati sul tuo territorio; o sul fatto che un attore privato possa, in linea di principio, revocare a uno Stato l’uso dell’infrastruttura su cui quello stesso Stato funziona. La domanda antica – chi stabilisce il giusto e lo sbagliato, chi detiene la sovranità – non ha più una risposta pubblica ovvia. Il «livello superiore» che rischia di schiacciare cittadini e istituzioni non è più, necessariamente, lo Stato.

È qui che l’enciclica compie la mossa più sottile, e decisiva per rispondere alla domanda iniziale. Il principio della sussidiarietà – formulato sistematicamente da Pio XI nella *Quadragesimo anno*, e nato precisamente

per impedire allo Stato di assorbire ciò che persone, famiglie e corpi intermedi possono fare da sé – viene riletto e, in un certo senso, capovolto. «Il principio di sussidiarietà vale in modo particolare nel contesto della rivoluzione digitale. Qui il livello superiore non è lo Stato, ma ogni grande attore economico e tecnologico» (n. 71). L’istanza che minaccia di “assorbire” competenze, dati e capacità decisionale non è più il potere pubblico: sono le aziende e le piattaforme. La sussidiarietà, storicamente baluardo contro lo Stato, diventa qui baluardo contro il monopolio privato.

Ne segue una conseguenza che ribalta l’accusa di “statalismo”. Invocare la legge, la regola, la vigilanza pubblica non è, in questo quadro, un cedimento allo Stato onnipotente: è l’applicazione coerente della sussidiarietà in un mondo dove il “livello superiore” che schiaccia i corpi intermedi ha cambiato natura e veste una livrea privata. La



stessa *Quadragesimo anno*, ricorda il testo, denunciava i totalitarismi che «innalzano lo Stato oltre il suo giusto valore» (n. 31): la Dottrina sociale resta vaccinata contro ogni idolatria del pubblico tanto quanto contro l'idolatria del mercato.

Che cosa, allora, chiede l'enciclica allo Stato? Di «garantire coesione, unità e una giusta organizzazione della società civile», «armonizzando con giustizia» i diversi interessi «senza lasciare indietro i più deboli» (n. 63). Agli Stati e alle istituzioni sovranazionali spetta «garantire regole giuste e tutele efficaci», perché comunità, scuole, università e realtà associative «possono avere voce» nelle scelte su lavoro, dati e ambienti digitali (n. 72). Nei processi che toccano diritti fondamentali servono «criteri chiari e controlli effettivi» e una «accountability» che permetta di identificare chi deve rendere conto delle decisioni (nn. 105-108).

Sul terreno dei dati, in particolare, la mossa più sorprendente non è l'appello a regolare, ma un rovesciamento. Dopo decenni spesi a proteggere e segregare i dati in una concezione proprietaria e individuale, l'enciclica li ripensa – estendendo al digitale ciò che la teologia chiama destinazione universale dei beni, per secoli applicata alla terra – come beni comuni: fra i beni destinati a tutti figurano ora anche brevetti, algoritmi, infrastrutture, dati. Non il segreto industriale né il know-how, ma quella vasta materia condivisibile da cui si potrebbe estrarre valore sociale – in sani-

tà, nella ricerca – oggi bloccata dalle stesse norme che l'hanno chiusa a chiave. La «regolamentazione» invocata non è, allora, un innalzare muri, ma un diverso disegno: né la segregazione proprietaria a cui si è votato l'Occidente, né la condivisione sorvegliata praticata altrove, ma una terza forma in cui i dati generino valore comune senza abdicare ai diritti. È qui che la richiesta di «quadri giuridici adeguati» smette di somigliare alla proliferazione preventiva di regole – la paralisi europea – e diventa costruzione di mercati in cui alcuni principi non negoziabili restino garantiti.

Ma lo Stato non è chiamato a tutto. Il documento è molto chiaro: né la persona né la famiglia «devono essere assorbite dallo Stato» (n. 69); il potere pubblico vigila e «interviene quando è necessario, ma senza sostituirsi in modo stabile» ai corpi intermedi. La formula che tiene insieme i due versanti è limpida: «La sussidiarietà non giustifica il disimpegno dello Stato, ma ne orienta l'azione» (n. 69). L'intervento pubblico serve a permettere agli altri soggetti di agire, non a rimpiazzarli. E va superata «ogni forma di gestione paternalistica o assistenzialistica» (n. 70): non uno Stato che decide al posto del popolo, ma uno Stato che custodisce lo spazio in cui il popolo decide. L'equilibrio è quello, antico e sempre nuovo, tra i due principi-cardine. «Quando la sussidiarietà non è accompagnata dalla solidarietà, finisce per trasformarsi in semplice tutela di interessi particolari; quando la

solidarietà non è sostenuta dalla sussidiarietà, degenera in assistenzialismo» (n. 73). È la stessa cautela della *Centesimus annus* verso il mercato come verso lo Stato: si apprezza l'iniziativa privata solo se subordinata alla legge morale e al principio di solidarietà (n. 39), e si chiede al pubblico di non monopolizzare la vita sociale. Né collettivismo né libertarismo tecnologico: la terza via della Dottrina sociale.

Non è un caso che questo equilibrio porti il nome che porta. Come Leone XIII, centotrentacinque anni fa, non si limitò a porre le domande giuste sull'industrializzazione ma contribuì a plasmarne le risposte, alimentando la stagione dei patti sociali da cui sono venute tutele che oggi diamo per scontate, così la scelta del nome è qui un programma: ricostruire un patto che riequilibri Stato, cittadino e impresa in un mondo ridefinito dalla macchina. E ciò che l'enciclica consegna, a questo scopo, non è un «algoritmo cristiano» da applicare caso per caso, ma il criterio umano da cui ogni regola discende. Non altre regole: i principi che tengono le regole orientate alla persona. È lo scarto che la distingue tanto dai potentati d'oltreoceano quanto dall'Europa delle troppe norme. Lo si vede sui fronti concreti del quarto capitolo. Sulla verità, l'enciclica è netta nel senso opposto allo statalismo: «Un'informazione veritiera non nasce da un controllo centralizzato o automatizzato» (n. 132), ma da una ricerca condivisa, fatta di fiducia e di pratiche comuni. Il

potere pubblico tutela le condizioni del confronto, non amministra la verità. E sul lavoro – dove decisioni delicate rischiano di essere «affidate completamente a sistemi automatizzati» (n. 102) – la domanda non è di pianificazione, ma di criteri che impediscano che «lo scarto dei deboli» venga «ammantato di neutralità e oggettività», davanti a cui «è impossibile protestare» (n. 103). Anche qui lo Stato è argine al potere algoritmico, non surrogato della società. Possiamo dunque rispondere. No, *Magnifica humanitas* non è «statalista» – se con questo termine si intende l'idea dello Stato come soggetto totale, che assorbe la società e pianifica dall'alto. L'enciclica ri-legittima il potere pubblico e la politica come garanti del bene comune di fronte ai nuovi monopoli, ma lo fa limitando lo Stato con la sussidiarietà e affidando il protagonismo a una società civile plurale, ai corpi intermedi, alle comunità. Lo Stato è garante, non padrone. Anzi, l'appello a «una politica più presente, capace di rallentare dove tutto accelera» (n. 107) nasce dal timore opposto a quello statalista: il rischio che, in assenza di politica, il cambiamento sia «governato solo da logiche tecnocratiche», cioè da pochi che «possiedono dati, infrastrutture e capacità di calcolo» (n. 106).

Lo sviluppo della
Dottrina sociale
della Chiesa
nel tempo dell'IA
e la questione
educativa: sono
due dei temi aperti
dal testo del Papa
pubblicato due
mesi fa e al centro
di un dibattito
sul nostro futuro



Le restrizioni sull'accesso dei minori alle piattaforme non bastano

RAGAZZI E SOCIAL, SERVONO ESPERIENZA RICHIAMI ALL'UMANO E RESPONSABILITÀ

CARLA COLLICELLI

La concomitanza della chiusura delle scuole per la lunga pausa estiva e del dibattito che si è aperto sul tema dei divieti da applicare all'uso da parte dei minori dei nuovi strumenti tecnologici induce a riflettere sulla responsabilità educativa delle scuole, delle famiglie e della società tutta alla luce di quanto contenuto nella *Magnifica humanitas*. Secondo l'Ocse, 25 Paesi hanno già introdotto o stanno per introdurre divieti per i giovani nell'accesso ai cosiddetti social media o stanno valutando restrizioni analoghe. E ha fatto scalpore la recente decisione della Gran Bretagna che, rifacendosi al modello australiano, ha annunciato ufficialmente il divieto totale di utilizzo di tutti i social e dei siti di gaming, fatta eccezione per WhatsApp e Signal, per i minori di 16 anni, nonché altre misure come l'interruzione dello scrolling e il coprifuoco notturno. Anche in Italia il tema è all'ordine del giorno in ambito politico e scientifico, e sono stati depositati disegni di legge che vorrebbero introdurre il divieto totale sotto i 15 anni e il consenso dei genitori per la fascia 15-18. Attualmente l'età minima è fissata a 14 anni con il consenso dei genitori.

Viene spontaneo interrogarsi sull'efficacia delle restrizioni proposte. Sia le norme dei 25 Paesi di cui sopra, che le raccomandazioni formulate a livello europeo, che i vari protocolli etici di controllo e regolamentazione messi in campo dalle stesse piattaforme che gestiscono social e Intelligenza artificiale, prevedendo profili protetti, specifici account "teen" e limitazioni dei tempi di utilizzo, non sembrano avere effetto sull'uso dei social da parte dei minorenni, che non diminuisce, e anzi aumenta continuamente, come diversi studi mostrano. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, 4 adolescenti su 5 li usano quotidianamente, più del 13% dei ragazzi tra 11 e 15 anni mostra un uso problematico con rischio di dipendenza, e si stima che circa 100mila ragazzi tra 15 e 18 anni soffrano di vere e proprie patologie legate all'abuso di

dispositivi digitali.

La realtà, in sostanza, sembra sfuggire a norme e regolamentazioni, in un campo nel quale i controlli sono difficili, se non impossibili, e i comportamenti e le scelte individuali dettano legge. Da cui la necessità, per far fronte alla situazione, di non fermarsi ai divieti, che anzi secondo alcuni studi rischiano di essere addirittura controproducenti sulla base del noto effetto attrattivo del proibito. E occorre interrogarsi piuttosto sulla condizione giovanile e le dipendenze dei giovani.

Tre ambiti di riflessione ci vengono in aiuto da questo punto di vista: l'esperienza accumulata nel campo delle altre dipendenze giovanili, quelle più antiche, da alcol, fumo e droghe; i richiami all'umanizzazione, alla valorizzazione della relazionalità, all'educazione e alla responsabilità sociale condivisa, come magistralmente proposti nell'enciclica *Magnifica humanitas* pubblicata il 16 maggio scorso; e le strategie di controllo e sanzione da indirizzare verso i veri responsabili della gestione delle piattaforme e dei relativi rischi.

Per quanto riguarda l'esperienza accumulata nel campo delle dipendenze giovanili negli ultimi 50 anni, i tanti studi ci rimandano un quadro in continua evoluzione, nel quale la ricerca di una propria identità adulta si svolge in un contesto dove stress, iperstimolazione, ipostimolazione, frustrazione, individualismo, si mescolano e producono percorsi sempre cangianti di sperimentazione e di transizione. Una situazione da affrontare, dunque, attraverso meccanismi di rafforzamento e di supporto, più che attraverso divieti e sanzioni. Lo scenario, le forme e gli oggetti di consumo sono diversi oggi rispetto a passato, ma rimangono due punti fermi: i giovani vivono una stagione di costruzione della propria identità anche attraverso l'esperienza della sperimentazione e percorsi di "prove ed errori", e se vivono in una condizione di sofferenza non dobbiamo meravigliarci se tentano strade di vera e propria "automedicazione" attraverso sostanze e oggetti che promettono la felicità e propongono forme di relazione apparentemente rassicuranti e comprensive, come

ultimamente si intende dire usando il termine inglese "sicofante", nell'accezione di adulator, per l'Intelligenza artificiale antropomorfa.

Nella medesima direzione vanno le raccomandazioni contenute nell'enciclica *Magnifica humanitas* ai paragrafi dal 139 al 147, che trattano delle sfide educative poste dall'Intelligenza artificiale. È interessante notare che il punto di partenza del discorso è proprio la iper-stimolazione, affiancata dalla cultura dell'immediatezza, che rimandano alle responsabilità in capo al mondo degli adulti e al modello economico e sociale della nostra democrazia. Rispetto a questi aspetti distorsivi, la *Magnifica humanitas* richiama il valore della lentezza e del senso del limite, il pensiero profondo, l'alleanza scuola-famiglia e il valore della prevenzione educativa. Gli strumenti non vanno né demonizzati né idolatrati, e occorre lavorare sul versante dell'ecologia della comunicazione, sulla comunicazione scientifica. E per fare questo occorre conoscere non solo i giovani e i loro problemi, ma anche i prodotti e gli oggetti che la modernità offre loro. Per primigli adulti, quindi, devono studiare e rendersi conto di cosa si ha di fronte. Per passare poi a un'educazione adeguata. Lottando per una buona scuola e una buona università per tutti, nessuno escluso.

I divieti e i controlli formali, e questo è il terzo elemento di riflessione, vanno riservati al mondo dei gestori delle piattaforme, che vanno indirizzati a lavorare sulla base di un'etica condivisa, che prenda sul serio i valori della democrazia. Come quelli ribaditi dall'attuale formulazione dell'art 41 della nostra Costituzione, fortemente voluta dall'Alleanza per lo Sviluppo Sostenibile, e che recita: «L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla salute, all'ambiente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana». E a chi nuoce all'utilità sociale, all'ambiente, alla sicurezza e alla libertà e dignità umana vanno riservate le sanzioni, i controlli e l'imposizione di protocolli di auto-regolamentazione.



Fine vita, la Francia dice sì “Diritto all’aiuto a morire”

Macron: “Mantenuto un impegno preso nel 2022 su una questione intima e grave”
Cinque le condizioni da rispettare. Possibile l’obiezione di coscienza. Il no dei vescovi

dalla nostra corrispondente

AN AIS GINORI

PARIGI

Dopo quasi due anni di discussioni parlamentari, quattro passaggi all’Assemblea nazionale e tre bocciature del Senato, i deputati hanno approvato ieri il «diritto all’aiuto a morire». Il risultato del voto, 291 favorevoli contro 241, fotografa una maggioranza netta, ma anche un paese ancora diviso sulla riforma promessa da Emmanuel Macron. «Su una questione così intima e grave, che riguarda la vita, la sofferenza e la dignità, avevo preso nel 2022 l’impegno di aprire questo cammino insieme ai francesi» ha commentato Macron poco dopo il voto. «Con gravità, umiltà e nel pieno rispetto della nostra democrazia, questo impegno è stato mantenuto». Il capo dello Stato ha ringraziato i parlamentari per un dibattito «costruttivo e rispettoso».

Il testo autorizza per la prima volta in Francia il suicidio assistito e, nei casi in cui il paziente sia fisicamente impossibilitato a compiere il gesto, la somministrazione della sostanza letale da parte di un medico o di un infermiere volontario. La legge stabilisce cinque condizioni per poter accedere all’«aiuto a morire». Il richiedente dovrà essere maggiorenni, avere la nazionalità francese oppure risiedere stabilmente in Francia, essere affetto da una patologia grave e incurabile che comprometta la prognosi vitale in fase avanzata o terminale, soffrire in modo refrattario alle terapie o giudicato insopportabile ed essere capace di esprimere una volontà libera e consapevole.

La regola sarà l’auto somministrazione della sostanza letale. Soltanto quando il malato non sarà fisicamente in grado di procedere potrà intervenire un medico o un infermiere. La decisione spetterà a un medico, dopo aver consultato almeno un collega specialista e un professionista sanitario che conosce il paziente. Medici e infermieri potranno invocare una clausola di obiezione di coscienza.

La riforma era stata preparata dalla Convenzione cittadina sulla fine della vita, convocata dall’Eliseo quattro anni fa. Al termine dei lavori, una larga maggioranza dei partecipanti si era pronunciata a favore di una qualche forma di «aiuto attivo a morire». Il primo progetto governativo era poi naufragato insieme alla legislatura, con la dissoluzione dell’Assemblea nazionale nel giugno 2024 e le successive elezioni anticipate.

La Francia entrerà così nel ristretto gruppo di paesi che consentono, con sistemi e condizioni differenti, di ottenere medicalmente una sostanza letale. I promotori della legge parlano di un modello francese «equilibrato» e rigorosamente controllato. Gli oppositori contestano invece criteri considerati troppo estesi, soprattutto la nozione di malattia in «fase avanzata», e temono che il diritto individuale possa trasformarsi in una pressione implicita sui pazienti più fragili.

Dopo il fallimento della commissione mista tra le due Camere, il governo ha utilizzato la procedura costituzionale che consente all’Assemblea nazionale di avere l’ultima parola. Prima della promulgazione, la legge dovrà ora superare il controllo del Consiglio costituzionale. Il premier Sébastien Lecornu, pruden-

dente sulla riforma, ha già annunciato che sottoporrà il testo ai giudici costituzionali. Tra le questioni più delicate c’è l’assenza di una clausola di obiezione di coscienza collettiva per gli ospedali e le case di riposo. Diversi istituti appartenenti a enti religiosi chiedono di poter rifiutare l’applicazione della legge all’interno delle proprie strutture.

La Conferenza episcopale francese si è mobilitata per mesi contro il testo, sostenendo che «non ci si prende cura della vita dando la morte». Il voto arriva a poco più di due mesi dalla visita apostolica di Leone XIV, atteso in Francia dal 25 al 28 settembre su invito dello stesso Macron, delle autorità ecclesiastiche e dell’Unesco. Il Pontefice aveva già mandato un segnale piuttosto esplicito alla Francia, lamentando che il mondo fatica a riconoscere il valore della vita umana «anche nella sua ultima ora» e invitando a difendere «la dignità intrinseca di ogni persona».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Se il paziente non riesce
ad agire da solo
la sostanza letale può
essere somministrata

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



**L'ULTIMO VOTO
IERI A PARIGI**

Aiuto a morire, sì alla legge
ma la Francia si spacca

Ognibene e Zappalà a pagina 8

Aiuto a morire, un nuovo “diritto” Ma il sì alla legge spacca la Francia

FRANCESCO OGNIBENE

In francese suona come «droit à l'aide à mourir», letteralmente “diritto all'aiuto a morire”: è il titolo del contestatissimo testo che da ieri sera alle 19.44 è legge dello Stato, con l'esito dell'ultimo voto all'Assemblea nazionale di Parigi mai in discussione dopo tre ore di dibattito finale ma al quale si è giunti dopo tre anni di rimpallo tra i due rami del Parlamento, sempre di parere opposto. La stessa conta dei deputati restituisce l'immagine della fenditura che si è aperta nella politica francese, specchio di una società assai poco convinta: ai 291 favorevoli si sono opposti 241 contrari (29 astenuti), con un sostegno da parte della sinistra e della maggioranza di governo e l'opposizione del centrodestra, anche se la libertà di coscienza formalmente accordata dai partiti ha reso il voto in parte trasversale. La legge ha completato così un viaggio sulle montagne russe. Da gennaio il Senato ha respinto per ben tre volte con il suo voto contrario la legge sul fine vita all'Assemblea nazionale, che però nell'ordinamento transalpino ha poteri legislativi prevalenti e può dire l'ultima pa-

rola. Un potere che ha esercitato ieri sera, approvando per la quarta e ultima volta (la prima nel maggio 2025) la legge che introduce nell'ordinamento francese un nuovo diritto: quello di essere aiutati a morire da personale medico in presenza di alcune condizioni. E se il paziente non è in grado di autosomministrarsi il farmaco letale sarà un medico o un infermiere a farlo, configurando così la coesistenza di suicidio assistito ed eutanasia.

Il verdetto di Parigi potrebbe però non essere l'ultima parola: troppe scorie hanno lasciato anni di confronto acceso, con le associazioni per il diritto di vivere (e molti medici) sempre battagliere e tenaci nel portare in ogni sede pubblica i loro argomenti. Così al presidente del Senato Gerard Larcher che ha annunciato di voler ricorrere al Consiglio costituzionale (l'equivalente della nostra Corte) si è aggiunto con una mossa a sorpresa il primo ministro Sebastien Lecornu che - a titolo personale - ha detto di voler chiedere alla massima autorità giuridica francese se la legge rispetta i principi di dignità umana e libertà personale alla base della Costituzione. Una posizione in dissenso rispetto al presidente Macron che ha invece fortemente voluto questo nuovo “diritto” sulla vita umana dopo aver ottenuto il 4 marzo 2024 quello di abortire. Una coppia di riforme dal forte significato etico e simbolico (il vo-



to sul fine vita è arrivato non a caso all'indomani del 14 luglio, festa della Repubblica) con le quali Macron ha voluto caratterizzare il suo secondo e ultimo mandato presidenziale: «Su questa questione tanto intima quanto grave, che tocca la vita, la sofferenza e la dignità – ha scritto su X pochi minuti dopo il voto –, un solo metodo era possibile: prendersi il tempo dell'ascolto, del dialogo e del dibattito. Nel 2022 avevo preso l'impegno di aprire questa strada con i francesi. Con serietà, con umiltà e nel pieno rispetto della nostra democrazia, questo impegno è stato mantenuto».

Davanti all'Assemblea nazionale un presidio delle associazioni per la difesa della vita ha ricordato che i contrari alla legge sono cresciuti nel tempo e che solo la determinazione del presidente di ottenere la legge anche a costo

di farla passare a colpi di maggioranza ha condotto al risultato finale. Alla vigilia del voto i vescovi francesi avevano rivolto un estremo appello ai deputati ricordando loro che «questa scelta determinerà in larga misura il modello futuro della nostra società». Il quotidiano cattolico *La Croix* ha raccolto ieri la voce delle Piccole Sorelle dei Poveri a Parigi: «Preferiamo morire che dare la morte». Una convinzione che potrebbe essere più diffusa tra i francesi di quanto Macron immagini.

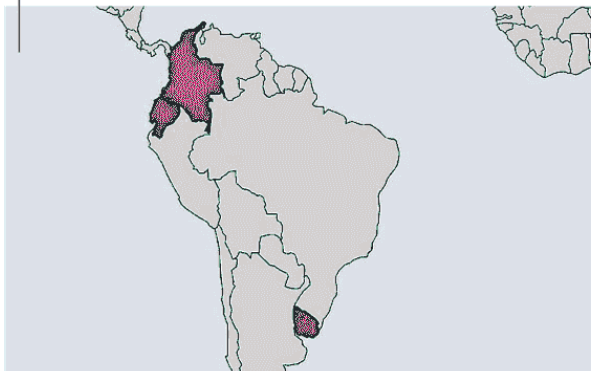
Stati Uniti e Canada

Negli Usa il primo Stato a legalizzare il suicidio assistito è stato l'Oregon nel 1994, l'ultimo New York, il 6 febbraio 2026. In totale gli Stati dov'è legale la morte assistita sono 14. Il Canada ha approvato la "Medical assistance in dying" (Maid) nel 2016: a oggi i morti per Maid sono il 5,1% del totale dei decessi nel Paese. In corso il dibattito per estenderla ai malati psichici.



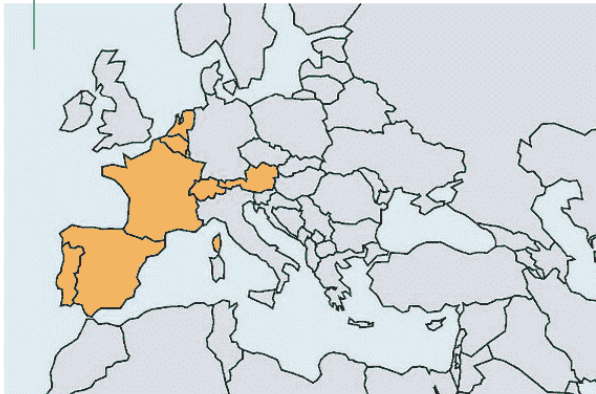
Sud America

Sono tre i Paesi che sinora hanno reso legale l'eutanasia. Il primo è stato la Colombia dopo una sentenza della Corte costituzionale del 2014. Lo stesso è accaduto dieci anni dopo in Ecuador, mentre in Uruguay è stato il Parlamento ad approvare una legge nel 2025. In Cile invece è in corso un confronto parlamentare in vista di una possibile legalizzazione.



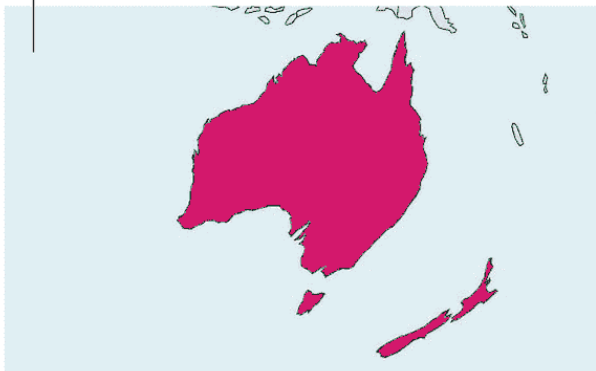
Europa

Il primo Paese a legalizzare l'eutanasia è stata l'Olanda nel 2002, come il Belgio. Il Lussemburgo si è unito nel 2009, la Spagna nel 2021 e il Portogallo nel 2023 (ma la legge è sospesa). Il suicidio assistito è tollerato in Svizzera dal 1942 in assenza di interessi economici, in Austria la legge è del 2022, del 9 luglio scorso quella delle Isole inglesi del Canale.



Oceania

In Australia l'«assistenza medica alla morte» (Voluntary Assisted Dying) è stata introdotta per legge da tutti e sei gli Stati che compongono la federazione, da Victoria (2019) al Nuovo Galles del Sud (2023). Il Parlamento della Nuova Zelanda ha varato l'«End of Life Choice Act» nel 2019, confermata un anno da un referendum popolare.



Un Parlamento diviso approva dopo tre anni di dibattiti e sette votazioni il discusso testo che introduce il suicidio assistito e l'eutanasia. Partono i ricorsi al Consiglio costituzionale



In Italia l'iter si incaglia sulle divisioni della politica

In Italia la legge sul fine vita è ormai sparita dai radar. Anche negli ambienti che si sono occupati più da vicino del tema ormai si tende a escludere che nel fine legislatura, con lo scontro in atto sulla legge elettorale e il dibattito sulla legge di bilancio che prenderà l'intero autunno, si possa arrivare a condurre in porto una norma così controversa. Per una sorta di eterogenesi dei fini la nuova linea di Forza Italia, che al cambio dei

capigruppo si riproponeva di favorire una mediazione (in particolare sul tema del ruolo del Servizio sanitario nazionale), ha invece portato al risultato di una maggioranza sempre più divisa sul da farsi, mentre l'intento di Stefania Craxi (FI) di aprire una linea di dialogo anche con le opposizioni non è mai decollato. Il primo a portare alla luce che il dibattito era ancora aperto nella maggioranza quando ancora si sosteneva invece che l'unità di intenti vi era, fu il costituzionalista

Mario Esposito, uno degli esperti indicati dalla maggioranza e sentiti nelle commissioni congiunte Giustizia e Affari sociali del Senato, che indicò alcuni punti a suo avviso carenti della norma, sostenendo che essa non poteva e non doveva limitarsi a mettere nero su bianco le prescrizioni della sentenza della Corte costituzionale. E oggi è lo stesso Esposito a sancire che «ci sono ancora posizioni troppo diverse, e su temi del genere non si può procedere

sbrigativamente». A fare testo quindi saranno ancora i pronunciamenti della Consulta, mentre le Regioni procedono in ordine sparso con le leggi già varate in Toscana e Sardegna, e tra pochi giorni probabilmente anche in Emilia Romagna.
Angelo Picariello



COSA PREVEDE IL TESTO

Accesso per malattie irreversibili sofferenze psicologiche escluse

DANIELE ZAPPALÀ

La legge sull'«aiuto a morire» definitivamente approvata dall'Assemblea nazionale autorizza il ricorso al suicidio assistito e, in alcuni casi, anche all'eutanasia praticata da personale ospedaliero. Ciò rappresenta una breccia inedita rispetto alla frontiera giuridica, giudicata invalicabile, fra il «lasciar morire» e il «far morire». Il testo prevede di autorizzare «una persona che ne ha espresso la richiesta a ricorrere a una sostanza letale in modo da potersela somministrare o, quando non è fisicamente in grado di farlo, di farsela somministrare da un medico o un infermiere».

Potranno farne richiesta i maggiorenni in grado d'intendere e di volere, di nazionalità francese o residenti «in modo stabile e regolare in Francia», se esistono due condizioni mediche concomitanti. In primo luogo «essere affetti da una patologia grave e incurabile, qualunque ne sia la causa, che metta a rischio la vita, in fase avanzata, caratterizzata dall'entrata in un processo irreversibile segnato dal peggioramento delle condizioni di salute del malato che ne compromette la qualità della vita, oppure in fase terminale». Seconda condizione concomitante, «presentare una sofferenza legata a tale patologia, che sia refrattaria alle terapie oppure insopportabile a seconda della persona, qualora quest'ultima abbia scelto di non sottoporsi a cure o di interromperle. La sola sofferenza psicologica non può in alcun caso giustificare il ricorso all'aiuto al suicidio», aspetto questo che invece nel disegno di legge in discussione in Italia è incluso.

Sono inquadrate e specificate le condizioni di presentazione della domanda di fronte a un medico e del suo esame, le condizioni di somministrazione della sostanza letale, così come le modalità di controllo a posteriori degli atti letali. Tale controllo è affidato a una commissione indipendente in

contatto con il Ministero della Sanità.

In occasione dell'incontro con il richiedente, il medico deve esporre tutte le alternative e ricordare che la procedura può essere interrotta in qualsiasi momento. Il medico dovrà consultare altri pareri, prima di prendere la propria decisione.

In termini di tempi, il medico dispone di 15 giorni, a partire dalla richiesta, per comunicare la sua decisione. In caso di risposta affermativa, il richiedente deve concedersi un «tempo di riflessione di almeno due giorni» prima di confermare. Se la conferma giunge dopo più di 3 mesi il medico dovrà verificare nuovamente la capacità d'intendere e di volere.

Medico e richiedente scelgono assieme la persona – medico o infermiere – che assisterà alla somministrazione della sostanza letale. Il richiedente sceglie le persone che desidera avere accanto, la data e il luogo: il proprio domicilio, quello di un conoscente o familiare, una struttura sanitaria. Il giorno scelto l'accompagnatore dovrà assicurarsi della piena volontà del paziente e dell'assenza di pressioni esterne. Fino all'ultimo, in caso di dubbio, l'accompagnatore è autorizzato a interrompere la procedura.

La legge riconosce il diritto all'obiezione di coscienza per medici e infermieri, chiamati però a fornire il nome di altri colleghi non obiettori.

Secondo gli esperti, le patologie più diffuse che rientreranno nel perimetro della legge sono i tumori e le malattie neurodegenerative, ma non quelle che alterano la volontà, come l'Alzheimer. I margini di discrezionalità lasciati dal testo – si è argomentato – potrebbero aprire la porta a suicidi assistiti di persone con ancora diversi mesi o anni di vita davanti a sé.



Mulè si schiera con l'Aife a favore della procreazione assistita per le single: "Rotta per il futuro"

E Forza Italia strappa anche sui diritti

IL CASO
FLAVIA AMABILE
ROMA

In Italia ormai l'inverno demografico è una realtà consolidata, una tendenza che, a dispetto dei proclami del governo Meloni, nulla sembra poter invertire. Aumentano, però, i bambini nati grazie alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, come viene sottolineato durante il primo congresso dell'Aife, l'associazione italiana della fertilità. In questa stagione ormai pre-elettorale, Forza Italia non si è fatta sfuggire l'occasione per lanciare un segnale alla maggioranza in nome della difesa dei diritti civili, uno dei pilastri su cui Marina Berlusconi intende costruire il partito che presenterà alle elezioni. Durante il congresso l'Aife

ha presentato un Manifesto con una serie di proposte perché «con 370.000 nati nel 2024 e un inverno demografico ormai cronico, l'Italia non può più permettersi di trattare la fertilità come una questione privata». I dati sono chiari: nel 2024, su circa 370 mila bambini nati in Italia, 17.660 sono venuti al mondo grazie alla procreazione medicalmente assistita, il 4,8% del totale, quasi 1 su 20. E nel 2024 i cicli di crioconservazione ovocitaria per ragioni non mediche comunicati al Registro nazionale della Pma sono aumentati del 44% rispetto all'anno precedente. Il concetto di fertilità è profondamente mutato, per questo «non possiamo più rispondere a questa emergenza con bonus una tantum o misure spot», ha dichiarato Dario Ginefra, segretario Generale di Aife. L'associazione ha, quindi, elencato una serie di proposte che dalle parti della maggioranza appaiono condivisibili come

un pugno nell'occhio. «Questo Manifesto - spiega Ginefra - nasce per colmare innanzi-

tutto il fertility gap informativo che separa i giovani dalla realtà biologica della procreazione, ma soprattutto per chiedere riforme strutturali urgenti: dall'inserimento della tutela della fertilità e del social freezing nei Lea, fino al superamento di barriere anacronistiche, equiparando l'infertilità sociale a quella medica per consentire l'accesso alla Pma anche a donne single e coppie lesbiche». Per questo motivo, l'Aife propone una Legge Quadro sulla Fertilità e la Natalità per rimettere al centro il patto generazionale e dare certezze a chi desidera un figlio». Al congresso ha partecipato anche Giorgio Mulè, vicepresidente della Camera e soprattutto onorevole di grande peso all'interno di Forza Italia. A chi gli chiede che cosa pensi delle proposte contenute nel Manifesto dell'Aife ha risposto che il manifesto è «la rotta per il futuro» che si

fonda sulla capacità di essere sostenibili anche sulle nascite e per questo puntare sulla fecondazione assistita è uno di quei punti fondamentali: bisogna avere consapevolezza e capacità di indirizzare le politiche e accompagnarle». E ha esortato a «fare in modo che non solo si ottenga la parità di genere, ma che le donne abbiano strumenti duraturi e quella serenità per poter anticipare l'evento della nascita e accompagnare quello che svilupperà al più presto». Tutte le donne, anche se sono single o lesbiche. —



Giorgio Mulè, Forza Italia





Servizio Denatalità

Culle vuote, la salute riproduttiva come priorità di sanità pubblica

Spostare l'attenzione dalla mera gestione dell'infertilità conclamata alla tutela precoce a cominciare dall'informazione a scuola alla preservazione della fertilità: il Manifesto dell'Associazione italiana fertilità

di Redazione Salute

15 luglio 2026

Con 370.000 nati nel 2024 e una curva demografica che scricchiola sotto il peso di un inverno demografico ormai cronico, l'Italia non può più permettersi di trattare la fertilità come una questione privata. L'Associazione italiana fertilità (AIFe) ha lanciato a Montecitorio per il suo primo Congresso nazionale il Manifesto Fertilità 2030: una proposta per integrare stabilmente la salute riproduttiva nelle politiche di sanità pubblica.

Il Manifesto delinea una strategia di sistema che mette finalmente in rete prevenzione, diagnosi precoce, preservazione del potenziale riproduttivo e politiche di welfare. Il punto di partenza è un dato ormai strutturale: nel 2024, su circa 370 mila bambini nati in Italia, 17.660 sono venuti al mondo grazie alla Procreazione medicalmente assistita, pari al 4,8% del totale, quasi uno su venti.

«Dobbiamo spostare l'attenzione dalla sola gestione dell'infertilità conclamata alla tutela precoce della salute riproduttiva - dichiara Laura Rienzi, Presidente di AIFe -. La fertilità deve entrare stabilmente nelle politiche pubbliche. Informare prima, riconoscere tempestivamente i fattori di rischio e ridurre i ritardi nell'accesso alle cure significa offrire alle persone maggiori possibilità di scelta e permettere alla medicina della riproduzione di offrire risposte più tempestive e appropriate, senza presentarla come l'unica soluzione alla denatalità».

Dalla Pma 1 bambino su 20

Nel corso del Congresso, l'Associazione ha anticipato alcune evidenze della Relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 40. Nel 2024 sono stati effettuati 115.455 cicli di Pma, con un tasso cumulativo di gravidanza del 34%.

«Quasi un bambino su venti nasce oggi grazie alla Pma: non si tratta più di un fenomeno di nicchia, ma di una componente strutturale della natalità italiana - sottolinea Maurizio Guido, Responsabile del Registro nazionale Pma dell'Istituto superiore di Sanità -. I dati acquistano valore soprattutto quando vengono utilizzati per migliorare la programmazione sanitaria. La sfida è comprendere come e quando i cittadini arrivano alle cure, favorire diagnosi e prese in carico tempestive e ridurre le differenze territoriali che ancora condizionano l'accesso ai trattamenti».

Il valore della prevenzione

Uno dei pilastri del Manifesto Fertilità 2030 è la prevenzione. AIfè propone che la salute riproduttiva entri nei programmi pubblici di informazione e prevenzione, poiché età, stili di vita, condizioni di salute e fattori ambientali possono incidere sul potenziale riproduttivo. «La risposta non può iniziare soltanto quando l'infertilità si è già manifestata - afferma Carlo Alviggi, Ordinario di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II -. Serve una strategia strutturata e di lungo periodo, capace di informare nelle scuole e nei percorsi di medicina territoriale sul ruolo dell'età e sui principali fattori che possono compromettere la salute riproduttiva. La prevenzione non può eliminare tutte le cause di infertilità, ma può favorire diagnosi più precoci e scelte maggiormente consapevoli».

Come preservare la fertilità

Nel 2024 i cicli di crioconservazione ovocitaria per ragioni non mediche comunicati al Registro nazionale della Pma sono aumentati del 44% rispetto all'anno precedente. «La preservazione della fertilità deve entrare pienamente nei percorsi di informazione, prevenzione e tutela della salute riproduttiva - sottolinea Rocco Rago, Responsabile della Fisiopatologia della Riproduzione e Andrologia dell'Ospedale S. Pertini di Roma -. Non rappresenta una garanzia di gravidanza futura né può sostituire le politiche di welfare e conciliazione. In situazioni selezionate e dopo un'adeguata valutazione clinica, può però offrire l'opportunità di tutelare il potenziale riproduttivo prima che l'età, una patologia o determinati trattamenti medici possano comprometterlo. Per questo servono informazione corretta, appropriatezza clinica e percorsi accessibili».

«La fertilità si protegge molto prima dell'ingresso in un centro di Pma - aggiunge Gemma Fabozzi, embriologa clinica e tra le fondatrici di Aife -. Conoscere il ruolo del tempo biologico, promuovere la salute generale e riproduttiva e riconoscere tempestivamente i fattori di rischio può aiutare le persone ad accedere prima a una valutazione clinica e a compiere scelte più consapevoli. L'informazione non garantisce una gravidanza, ma rappresenta il primo strumento di tutela».

La proposta

«La denatalità non è una congiuntura ma un mutamento strutturale - afferma Dario Ginefra, Segretario Generale di Aife -. Nel giorno in cui il Parlamento discute di legge elettorale, chiediamo alla politica di dedicare attenzione a uno dei fattori principali per la costruzione di qualsiasi programma economico, sociale e sanitario: l'inversione della curva demografica e la "Ri-Nascita del Paese". Abbiamo scelto di portare nella casa della politica e della legislazione una proposta articolata e concreta, con spirito di servizio. Per Aife, invertire la rotta significa attuare una strategia integrale e multidisciplinare con orizzonte al 2030, agendo simultaneamente su più fronti: alfabetizzazione riproduttiva fin dalla scuola, accesso universale alla diagnosi e alla preservazione della fertilità nei Lea, superamento delle barriere della Legge 40, riforma dei congedi parentali in senso paritario, un nuovo patto fiscale per le famiglie, politiche abitative per le giovani coppie, investimenti in ricerca e innovazione e tutela dell'ambiente».

“Aprire” alle donne single

Il Manifesto affronta anche il tema dell'accesso ai trattamenti e propone l'apertura di un confronto sulla possibilità di estendere la PMA alle donne single, attualmente escluse dalla normativa italiana. «Il ricorso alle cure esiste già, ma spesso avviene all'estero - osserva Laura Rienzi -. Questo determina una disparità legata alle possibilità economiche e richiede un confronto pubblico e istituzionale. Il tema deve essere affrontato mettendo al centro la sicurezza, la qualità delle cure, la tutela delle persone coinvolte e l'evoluzione dei progetti di genitorialità. Con il Manifesto Fertilità 2030, AIfè chiede l'apertura di un confronto stabile con le istituzioni, per tradurre le proposte in interventi sanitari, organizzativi e normativi. Integrare la fertilità nella salute pubblica

significa smettere di rincorrere l'emergenza e iniziare a costruire il futuro. È una sfida di civiltà che parte dalla prevenzione, abbatte le disuguaglianze e pone la scienza al fianco di chi desidera un figlio: un patto tra medicina e istituzioni per dare alle persone strumenti reali di tutela, dignità e scelta».

L'ibridazione necessaria tra sanità e tecnologia

Scenari. L'indagine di Randstad Research mette in luce la carenza di organico e il ruolo dell'AI chiamata non solo a migliorare la produttività

Luca De Biase

Nel quadro controverso e spesso preoccupante dei racconti sulle conseguenze dell'intelligenza artificiale, emerge una regolarità: quando qualcuno vuole equilibrare i timori suscitati dall'automazione cognitiva con un esempio positivo e rassicurante cita quasi sempre la medicina. Perché l'intelligenza artificiale accorcia i tempi di progettazione di nuovi farmaci e migliora le prestazioni della diagnostica, perché la telemedicina con i gemelli digitali consente di distribuire meglio il servizio sanitario nel territorio, oppure perché la robotica può favorire l'accesso alle prestazioni della chirurgia più avanzata anche nei territori meno sviluppati. Ma tutto questo avviene in un periodo storico nel quale le previsioni sul sistema sanitario, specialmente in Europa e in Italia, appaiono piuttosto critiche, per motivi legati alla crisi del welfare, alla demografia e soprattutto all'organizzazione del lavoro del personale sanitario.

Francesca Lettieri, Martina Gnudi e Giovanni Armillotta, ricercatori di Randstad Research hanno realizzato una ricerca sulle prospettive del sistema sanitario e pubblicato con Ecosistema Futuro, un'analisi sintetica dedicata agli scenari che dovrebbero essere presi in considerazione per innovare questo servizio essenziale per la convivenza civile. Al centro del problema è l'insufficiente disponibilità di perso-

nale sanitario. Secondo le stime del Crea Sanità, tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione e dell'immigrazione di personale straniero in Italia, entro il 2030 emergerà una carenza di 24.797 medici e 250.242 infermieri. Inoltre, ci sono criticità organizzative, distribuzione inefficiente delle risorse umane, carichi di lavoro sbilanciati, orari pesanti, retribuzioni inadeguate, disparità di reddito a favore di chi può integrare con attività private, ineguaglianze territoriali.

In questo contesto, l'innovazione tecnologica potrà contribuire ad alleviare il problema? «L'IA può rivoluzionare la pratica clinica» dice Lettieri «supportando le diagnosi precoci e la medicina predittiva: già oggi gli algoritmi sono in grado di individuare tumori da radiografie in stadi nei quali l'occhio umano ancora non riesce a vederli, oppure si possono prevedere alcune malattie neurodegenerative analizzando la scrittura dei pazienti. Certo, servono investimenti. Inoltre, l'IA può aiutare a snellire il carico burocratico routinario, permettendo ai professionisti di concentrarsi sulle attività a maggiore valore aggiunto». Ma non basterà. Il rapporto tra tecnologia e professionisti non si può leggere solo come sostituzione. «L'Intelligenza Artificiale non potrà compensare magicamente la scarsità di professionisti. È vero però che, come abbiamo detto, l'IA può farsi carico di alcune mansioni e dunque contrastare i carichi di lavoro eccessivi. L'IA non può sostitu-

ire i professionisti mancanti, ma può restituire tempo ed energie a quelli che ci sono già, mettendoli nelle condizioni di lavorare meglio, assistere più pazienti e riappropriarsi del contatto umano».

In generale, per Lettieri: «Il rapporto tra sanità e tecnologia non sarà di sostituzione, ma di ibridazione: la tecnologia trasforma il ruolo del professionista, che dovrà unire competenze tecniche, digitali, pensiero critico ed etica. La sfida per medici e infermieri sarà quella di agire da mediatori tra innovazione e paziente, evitando la disumanizzazione delle cure, colmando il digital divide e guidando i pazienti a un uso critico degli strumenti dove il parere del medico non viene messo in competizione con quello della tecnologia».

Uno scenario nel quale si puntasse tutto soltanto sulla tecnologia non risolverebbe dunque il problema. Ma la tecnologia sarà davvero importante per affrontare la grande crisi del sistema sanitario che avverrebbe se non si correggesse la rotta, soprattutto sul piano organizzativo: non è soltanto una questione di pro-



duttività. È soprattutto un'opportunità per realizzare servizi e forme di cura che in passato erano impossibili. Anche nel quadro della nuova impostazione orientata a spostare l'asse degli investimenti dalla massima concentrazione sulle cure alla prevenzione, secondo la strategia orientata ad allungare il tempo della vita sana e non solo di quella malata. Il rapporto scritto per Ecosistema Futuro in effetti mostra come l'unico scenario favorevole è quello nel quale si investe in tecnologia con la visione necessaria a compiere un salto di qualità nell'allocazione delle risorse a fronte delle prossime, ineludibili sfide, soprattutto demogra-

fiche: una strategia concentrata sulla valorizzazione del personale sanitario, con l'integrazione delle nuove abilità necessarie a operare in un mercato del lavoro pervaso di tecnologie digitali e in un contesto sociale multiculturale che richiede multidisciplinarietà, ascolto ed empatia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

80

MISSIONE CLIMA

Un team composto da 80 tra scienziati e membri dell'equipaggio salpa oggi per la Groenlandia a bordo della nave da ricerca Rrs David Attenborough.

L'obiettivo è verificare se i ghiacciai dell'isola, soggetti a un rapido scioglimento, possano alterare un importante sistema di correnti dell'Oceano Atlantico e il clima dell'Europa.

La spesa per la salute

La spesa sanitaria pubblica e la spesa out-of-pocket. In % sul Pil nel 2023 nei maggiori Paesi Ocse

PAESE	SPESA PUBBLICA	SPESA OUT-OF-POCKET	TOTALE
 Stati Uniti	13,9	2,8	16,7
 Francia	10,1	1,8	11,9
 Germania	10,1	1,7	11,8
 Canada	7,9	3,3	11,2
 Giappone	9,5	1,6	11,1
 Svezia	9,4	1,5	10,9
 Regno Unito	8,9	2,0	10,9
 Finlandia	8,2	1,9	10,1
 Portogallo	6,2	3,8	10,0
 Corea del Sud	6,2	3,6	9,8
 Spagna	7,2	2,5	9,7
 Danimarca	7,9	1,6	9,5
 Norvegia	8,0	1,3	9,3
 OECD	7,0	2,2	9,2
 ITALIA	6,2	2,2	8,4
 Grecia	5,2	3,2	8,4
 Turchia	3,3	1,0	4,3

Fonte: elaborazione Randstad Research su dati OECD/European Commission, Health at a Glance: Europe 2024



LA TENTAZIONE DELL'ALGORITMO CHE DIVENTA PSICOLOGO

Presentata a Milano la prima ricerca sull'uso dell'intelligenza artificiale tra gli analisti italiani: i pazienti arrivano sul lettino con le autodiagnosi

GIAMPIERO VALENZA

Q

uasi 6 psicologi su 10 (il 58,76%) hanno usato strumenti di intelligenza artificiale nella loro attività per gestire i documenti e le pratiche amministrative oltre che per monitorare la ricerca scientifica. Comunque, continuano a usare in modo limitato l'IA nei contesti clinici connessi alla relazione di cura, come la psicodiagnostica, la supervisione e l'attività terapeutica. Sono invece i pazienti che si spingono oltre e che chiedono informazioni all'algoritmo: il 55,04% dei professionisti riferisce che alcuni pazienti hanno raccontato durante la terapia di usare strumenti di intelligenza artificiale per cercare un sostegno su questioni emotive e relazionali. Lo fanno per avere compagnia in qualche momento di solitudine

ma anche per cercare informazioni diagnostiche. Prospettive e preoccupazioni sono state presentate a Milano nel corso della prima ricerca sull'uso dell'IA da parte degli psicologi italiani.

LUCI E OMBRE

Ci sono diversi campanelli d'allarme da parte dei professionisti: il 79,45% individua nell'illusione di cura e nell'autodiagnosi il principale rischio. Quindi, l'impressione che un paziente può avere, dalle risposte dell'algoritmo, di avere lo stesso trattamento di un professionista, con la conseguenza che questo può ritardare o sostituire l'accesso a un percorso di cura qualificato. Seguono il rischio di una riduzione della relazione umana (65,4%), la dipendenza emotiva dai chatbot (52,6%) e la diffusione di contenuti non accurati (47,1%).

Non manca però tanta curiosità (per il 75,89% dei casi), anche se il 36,20% dei partecipanti al sondaggio dichiara di provare timore nei riguardi dell'intelligenza artificiale e il 7,52% esprime un rifiuto esplicito. Tra gli ostacoli principali emergono la mancanza di formazione specifica (62,03%), i timori di natu-

ra etica (57,63%) e l'assenza di linee guida condivise (54,48%). Il segnale più forte arriva guardando al futuro. L'86% degli psicologi si dichiara disponibile a partecipare a percorsi di formazione e supervisione dedicati all'utilizzo consapevole dell'intelligenza artificiale in psicologia. Una sorta di IA intermedia dal professionista e che, invece, può essere una virtuosa assistente per chi sente il bisogno di integrare il supporto. Tra le indicazioni emerse dall'indagine figurano la definizione di linee guida nazionali per l'utilizzo dell'IA nella professione psicologica, il rafforzamento della supervisione umana nei processi decisionali, lo sviluppo di competenze critiche ed etiche, l'investimento nella formazione continua e la promozione della ricerca sull'applicazione dell'intelligenza artificiale alla salute psicologica.



IRISCHI

«Capitano diverse situazioni: c'è chi arriva da noi dopo aver consultato l'intelligenza artificiale o chi la consulta anche quando è in terapia – spiega Valentina Di Mattei, presidente dell'Ordine degli psicologi della Lombardia e referente del Gruppo di lavoro "Intelligenza Artificiale: innovazione, applicazione ed etica" del Consiglio nazionale dell'Ordine degli Psicologi – Ci preoccupa soprattutto chi cerca il sostegno dell'IA e che non fa una cura specialistica. Sono persone che non verranno mai da noi per un trattamento. Alcuni studi confermano che uno dei primi usi dell'IA generativa è proprio legato alle tematiche

della salute mentale». Nello studio condotto dall'ordine degli psicologi è emersa la necessità di individuare, nel futuro, una forma di supporto da parte dell'IA «per approfondire le conoscenze, ma anche per il monitoraggio dei sintomi tra seduta e seduta». «Serve però sempre un'assistenza del professionista – aggiunge Di Mattei – gli strumenti possono permettere un monitoraggio costante tra seduta e seduta ma non può esserci un uso totalmente autonomo. Il rischio più grande, infatti, è che il paziente possa avere l'illusione della cura». «Ci sono già stati diversi casi di cronaca di sistemi di intelligenza artificiale che

non riescono a fare una valutazione della gravità della situazione o che arrivano a consigliare agli utenti anche modalità efficaci con cui suicidarsi», conclude la psicologa.

**VALENTINA DI MATTEI, REFERENTE
PER IL GRUPPO DI LAVORO
DEL CONSIGLIO NAZIONALE:
«SIAMO PREOCCUPATI
PER CHI HA L'ILLUSIONE
DI RICEVERE CURE DALL'IA»**



IL NASO ELETTRONICO “FIUTA” LE MALATTIE DAL RESPIRO

Il progetto Antigone sfrutta sensori e modelli per identificare in tempo patologie oncologiche e metaboliche (compreso il diabete)

Il sistema si basa su sensori all'avanguardia progettati per individuare composti chimici gassosi legati a patologie. È iniziata una nuova generazione di nasi elettronici per l'analisi del respiro umano.

Con il termine naso elettronico si intende uno strumento capace di creare delle mappe digitali di odori complessi. Il principio di funzionamento mira a riprodurre il sistema olfattivo umano. Sfruttando sensori e intelligenza artificiale, vengono create "mappe olfattive" digitali per identificare precocemente patologie metaboliche e oncologiche. Il nuovo strumento, non invasivo, punta dunque a rivoluzionare la diagnostica clinica e il monito-

raggio dello stato di salute delle persone. Si tratta di un sistema composto da otto sensori che lavorano contemporaneamente per recepire gas diversi.

MOLECOLE VOLATILI

Sviluppato dalla giovane fisica bresciana Sonia Freddi, docente all'Università Cattolica di Milano, questo naso ha l'obiettivo di individuare precocemente lo stato di salute di donne e uomini solo analizzando le molecole volatili. Il respiro infatti, oltre a ossigeno, anidride carbonica e vapore acqueo, contiene anche tante molecole prodotte dai processi metabolici dell'organismo. Alcune di queste cambiano se è presente una malattia. Il riuscire a captare questo cambiamento dovreb-

be poter permettere di arrivare a una diagnosi in tempi brevi. Evitando così, in molti casi, esami come Tac, risonanze o biopsie.

Stiamo parlando del progetto Antigone che ha ricevuto un'iniezione di energia da un finanziamento del Fondo italiano per la Scienza di un milione di euro per portare avanti la ricerca. Guidata da Sonia Freddi, inizierà a settembre all'Istituto di fotonica e nanotecnologie del Cnr di Como.

Utilizzato in forma sperimentale per la diagnosi precoce di tumore del polmone e della prostata e patologie respiratorie, oggi il naso elettronico allarga il suo campo d'azione. Fino ad arrivare a fiutare anche i primi segni del diabete.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Servizio Orticaria cronica spontanea

Farmaci monoclonali, ansia e lavoro: i costi a carico di famiglie e Ssn

Per una patologia debilitante e frequentemente sottostimata risulta fondamentale valutare i costi che comporta per i pazienti e per la collettività

*di Eustachio Nettis**

15 luglio 2026

L'orticaria cronica spontanea è caratterizzata dalla comparsa spontanea di pomfi (rilievi cutanei) accompagnati da prurito, angioedema (gonfiore più profondo dei tessuti) o entrambi, per più di 6 settimane a causa di cause note e sconosciute. Non sempre ci sono fattori scatenanti identificabili per l'orticaria cronica spontanea e i sintomi e i segni possono essere imprevedibili. Studi recenti hanno riportato che la prevalenza della diagnosi di orticaria cronica spontanea è dello 0,5% nella popolazione generale. I pazienti italiani affetti da una orticaria cronica spontanea nelle sue forme moderate e gravi sono oltre 190.000. La malattia è più comune nei pazienti di età compresa tra 20 e 40 anni, ma può essere osservata in tutte le fasce d'età e dura mediamente 2 anni. Gli studi hanno costantemente dimostrato che le donne hanno quasi il doppio delle probabilità rispetto agli uomini di sviluppare la malattia.

L'impatto sulla qualità della vita

L'orticaria cronica spontanea ha un impatto enorme sulla qualità della vita di un individuo, attribuibile soprattutto alle macchie cutanee, al gonfiore, al prurito, al senso di spossatezza e in alcuni casi al dolore. Anche i disturbi del sonno possono portare a un cattivo stato di salute, spesso causati dal prurito che accompagna l'orticaria. Il paziente riporta spesso importanti ripercussioni sulla sfera socio-relazionale con riduzione degli incontri con amici, parenti e frequentazione di luoghi pubblici. La salute mentale può essere compromessa perché l'imprevedibilità delle eruzioni cutanee può indurre uno stato ansioso che rende i pazienti facilmente irritabili, astenici e maggiormente predisposti ad alcune affezioni dolorose come ad esempio la cefalea. I pazienti riferiscono anche problemi emotivi e sociali nell'ambito della gestione familiare, della cura personale, delle attività ricreative o sociali e nella mobilità.

I costi a carico del Ssn

La orticaria cronica spontanea ha indubbiamente un rilevante impatto economico sia per i pazienti sia per il Servizio Sanitario Nazionale soprattutto nelle forme moderate e gravi.

Per i pazienti, il peso economico è legato ai costi per le visite specialistiche allergologiche e dermatologiche e per i controlli periodici; ai costi per le indagini diagnostiche, per l'acquisto delle terapie farmacologiche e, in alcuni casi, per il ricorso a prestazioni private al fine di ridurre i tempi di attesa. In un certo numero di pazienti si deve tener conto dei costi relativi all'utilizzo dei servizi sanitari per le problematiche psicologiche correlate.

Inoltre, per i pazienti, devono essere considerate anche la perdita di giornate lavorative o la riduzione della produttività (presenteismo) dovute a prurito, insonnia e riacutizzazioni della malattia nonché le spese di trasporto e le spese di assistenza da parte dei familiari.

Il costo della malattia per il Servizio Sanitario Nazionale, si riferisce ai trattamenti farmacologici, ai ricoveri, agli accessi al PS e alle visite specialistiche.

La spesa per i farmaci

Nei pazienti con una orticaria cronica spontanea resistente ai trattamenti convenzionali, i costi dei farmaci possono costituire la componente predominante della spesa sanitaria. Attualmente disponiamo di farmaci monoclonali con un profilo di sicurezza ottimale che nella maggior parte dei casi sono in grado di risolvere le manifestazioni cliniche di questi pazienti restituendo una qualità di vita inaspettata. L'impiego di queste terapie hanno determinato un incremento dei costi farmacologici, ma nel contempo hanno ridotto le assenze dal lavoro, il numero di visite specialistiche e gli accessi urgenti, generando un potenziale vantaggio economico globale.

Un recente studio italiano pubblicato sulla rivista Global & Regional Health Technology Assessment ha riportato che l'orticaria cronica spontanea implica un costo sociale ed economico annuo di circa 4.200 euro per paziente e un costo diretto per il Servizio Sanitario Nazionale di circa 1.900 euro annui per paziente.

Poiché l'orticaria cronica spontanea rappresenta una patologia debilitante e frequentemente sottostimata, risulta fondamentale valutare i costi che essa comporta sia per i pazienti sia per la collettività. Un'analisi di questi oneri è indispensabile per comprendere in modo completo le conseguenze economiche e sociali associate alla malattia.

**Direttore Clinica Allergologica Universitaria, Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Allergiche ed Immunologiche, Policlinico di Bari*

Servizio Orticaria cronica spontanea

Pelle chiama cuore: un filo rosso lega la malattia al rischio di aritmie e infarto

Analisi su una grande banca dati rivela le associazioni. L'infiammazione è una delle chiavi

di Federico Mereta

15 luglio 2026

Pomfi che durano più di sei settimane, senza una causa apparente. Il tutto, con presentazioni ad intermittenza e recidive che possono anche andare avanti per mesi o anni. L'orticaria cronica spontanea si può manifestare in questo modo sul fronte delle lesioni cutanee, con eruzioni che possono comparire e scomparire ripetutamente per ore o giorni, causando prurito intenso. Ma fermarsi solo alla pelle, nelle persone che soffrono di questa condizione, può essere riduttivo.

C'è infatti un elemento che può associare quella che può sembrare solo una "semplice" malattia della pelle ad altri apparati, primo tra tutti quello cardiovascolare. Si chiama infiammazione. E proprio i processi infiammatori sistemici sarebbero alla base dell'aumento dei rischi di aritmie ed altri eventi cardiovascolari. A segnalarlo è una ricerca pubblicata su *Allergy* e condotta da Philip Curman, Diamant Thacj e Ralf J. Ludwig dell'Università di Lubecca. Lo studio rivela la presenza di un legame tra orticaria cronica spontanea e rischio cardiovascolare, segnalando la necessità di effettuare valutazioni preventive sull'apparato circolatorio per chi soffre della malattia cutanea.

Non solo aritmie

La ricerca mostra come l'orticaria cronica spontanea sia associata ad un aumentato rischio di malattie cardiovascolari, in particolare disturbi della conduzione, a causa della sua natura pro-infiammatoria e pro-trombotica. Per giungere a questa conclusione gli esperti hanno utilizzato le informazioni della banca dati TriNetX. Analizzando 105.593 pazienti adulti con orticaria cronica spontanea confrontati a controlli che non presentavano la patologia cutanea ma avevano medesimi aspetti demografici e profilo di rischio cardiovascolare. Senza CSU in base a dati demografici chiave e fattori di rischio cardiovascolare. Le due popolazioni sono state seguite in media per circa tre anni. Cosa è emerso? Sostanzialmente esisterebbero associazioni tra la presenza di orticaria cronica spontanea, eventi cardiovascolari maggiori come infarti o ictus, aritmie e disturbi della conduzione elettrica del cuore, malattie valvolari e, tanto per citare altri esempi, il rischio di tromboembolismo venoso o di infezioni.

Come si spiega il rischio

“Le associazioni osservate sono biologicamente plausibili – segnalano nella loro corrispondenza gli autori dell'analisi -. L'orticaria cronica spontanea è caratterizzata da un'infiammazione sistemica cronica, con livelli elevati di proteina C-reattiva, interleuchina-6 e fattore di necrosi tumorale, tutti fattori collegati a eventi cardiovascolari e mortalità”. Come se non bastasse, va detto, spesso il

quadro cutaneo si associa a condizioni tipiche della sindrome metabolica come obesità, ipertensione, diabete e dislipidemia, che possono ulteriormente favorire il danno vascolare.

Approcci interdisciplinari

“L'infiammazione sta riemergendo come uno dei principali meccanismi patogenetici alla base di numerose patologie cardiovascolari - commenta Leonardo De Luca, Direttore della Cardiologia del Policlinico San Matteo di Pavia -. Studi come questo rafforzano l'idea che condizioni apparentemente limitate a un singolo organo, come l'orticaria cronica spontanea, possano riflettere uno stato infiammatorio sistemico con ricadute anche sul cuore e sui vasi”. Insomma: oggi sappiamo che l'infiammazione non è soltanto un marcatore di rischio, ma rappresenta un vero fattore causale dell'aterosclerosi e dei suoi eventi clinici. “Per questo è fondamentale una valutazione globale del paziente e una stretta collaborazione tra specialisti – conclude De Luca -. In tal senso la ricerca sta aprendo scenari terapeutici molto promettenti: sono infatti attesi nei prossimi anni i risultati di importanti trial clinici su farmaci in grado di colpire selettivamente l'inflammasoma, con l'obiettivo di ridurre il rischio cardiovascolare residuo legato all'infiammazione”.



Servizio Intelligenza artificiale

Antibiogramma digitale: l'arma in più per combattere le antibiotico-resistenze

Un recente studio italiano dimostra che il machine-learning può essere un importante supporto nella scelta tempestiva e personalizzata degli antibiotici più efficaci

*di Antonio Facchiano**

15 luglio 2026

La crescente diffusione dell'antibiotico-resistenza è una delle minacce più serie alla salute pubblica in tutto il mondo. Ceppi batterici insensibili alla maggior parte degli antibiotici emergono con sempre maggiore frequenza, in Italia più spesso che altrove, conferendo all'Italia un primato europeo certamente non invidiabile. Le cause sono legate al consumo eccessivo e inappropriato di antibiotici, all'utilizzo eccessivo di molecole ad ampio spettro che dovrebbero essere invece più spesso sostituite da molecole ad azione più mirata; alla pressione selettiva indotta dall'uso eccessivo di antibiotici negli allevamenti zootecnici.

L'intervento precoce è più efficace

A peggiorare il quadro c'è il fattore tempo, che per le infezioni più gravi rappresenta un elemento particolarmente critico. Ridurre al minimo il tempo necessario a iniziare la terapia più efficace può migliorare significativamente il decorso, soprattutto in pazienti anziani o fragili o in condizioni critiche, contribuendo decisamente a migliorare gli esiti clinici, diminuire la durata delle ospedalizzazioni riducendone anche i costi, ridurre la mortalità associata alle infezioni più gravi limitando al tempo stesso l'uso di antibiotici ad ampio spettro, e infine combattere l'insorgenza di resistenze agli antibiotici.

La gravità associata alle infezioni più serie è l'effetto di quella che è definita "golden hour" "l'ora d'oro". Diversi studi calcolano un 5-10% di aumento di mortalità per ogni ora di ritardo dell'inizio della terapia efficace, in pazienti affetti da shock settico. Pertanto, ogni ritardo nell'identificazione della terapia antibiotica più efficace può peggiorare gli esiti clinici. Dunque, prevedere precocemente e in maniera personalizzata ed efficace la risposta agli antibiotici può cambiare in maniera rilevante il decorso clinico di molte infezioni.

Studio italiano sul machine-learning

Un recente studio italiano dimostra che il machine-learning può essere un importante supporto nella scelta tempestiva e personalizzata degli antibiotici più efficaci.

Utilizzando per ogni paziente i rispettivi dati clinici e microbiologici, i ricercatori hanno selezionato un algoritmo per la previsione denominata "antibiogramma digitale", che con una accuratezza vicino al 90% prevede, in maniera personalizzata per ciascun paziente, la sensibilità ai diversi antibiotici e può fornire un supporto alla decisione terapeutica, comunque presa dal medico.

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Il dato è elaborato con almeno 48 ore di anticipo rispetto ai tempi necessari per ottenere l'antibiogramma standard.

Tra i diversi modelli di machine learning testati, il modello XGBoost ha mostrato la migliore capacità di previsione, sia per batteri Gram-positivi sia per batteri Gram-negativi, migliorando ancora le prestazioni nell'analisi di specifiche specie batteriche tra cui: *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e altri.

Applicazione ideale nella medicina personalizzata

Un dato molto interessante è che l'addestramento del modello non ha richiesto informazioni particolarmente sofisticate (che potrebbero non essere raccolte in tutti i casi), ma solo i dati di routine raccolti nelle normali analisi cliniche insieme a, se presenti, i dati della storia clinica di ciascun paziente.

Questo dato ha dimostrato che le informazioni normalmente disponibili nei sistemi informativi ospedalieri possono sostenere in maniera rilevante decisioni terapeutiche rapide, efficaci e personalizzate, anche nel campo della risposta agli antibiotici.

Un altro punto che emerge da questo studio indica che gli algoritmi di intelligenza artificiale e machine learning che letteralmente “imparano” dai dati forniti, possono avere una applicazione ideale nella medicina personalizzata, poiché le scelte terapeutiche suggerite dal modello non dipendono esclusivamente dai microrganismi isolati, ma evidentemente anche dalle caratteristiche personali e specifiche del paziente, e dalla sua personale storia clinica. La sempre maggiore applicazione dei modelli di machine learning e intelligenza artificiale a tematiche sanitarie, sia nell'ambito diagnostico che in quello terapeutico, indica le enormi potenzialità di queste tecniche nel settore biomedico, pur sotto il controllo di una stretta rete di regole e norme applicative.

**Medico oncologo, Laboratorio di Oncologia Molecolare, IDI-IRCCS, Roma*



Servizio Dottore, ma è vero che

Le notti tropicali fanno male alla salute? Ecco i rischi e come affrontarle

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

15 luglio 2026

L'estate del 2026 è iniziata con un nuovo record sul fronte del caldo. In un post su X, il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha scritto che "l'Europa è il continente che si sta riscaldando più velocemente sulla Terra, con temperature doppie rispetto alla media globale". Ha inoltre comunicato che oltre 1300 decessi in eccesso sono associabili a questo fenomeno. Preoccupa l'aumento delle notti tropicali, cioè le notti in cui la temperatura non scende sotto i 20 gradi centigradi. Il World Weather Attribution, un'ampia collaborazione accademica che studia l'impatto del cambiamento climatico sugli eventi meteorologici estremi, ha esaminato i dati termici delle notti in Europa e ha diffuso un allarme rivolto soprattutto alla popolazione anziana e a chi convive con malattie croniche. Sono vulnerabili anche i residenti in abitazioni prive di adeguati sistemi di raffreddamento e in città ricche di "isole di calore", cioè con un microclima più caldo a causa della cementificazione e della riduzione del verde pubblico. La probabilità di notti molto calde è aumentata di oltre dieci volte in poco più di vent'anni in gran parte d'Europa.

Servono quindi soluzioni strutturali di salute pubblica e indicazioni chiare su come difendersi.

Cos'è esattamente la notte tropicale?

Per identificare una notte tropicale non basta trascorrere una di quelle notti in cui è difficile dormire senza sudare o svegliarsi riposati. Non è nemmeno necessario cambiare latitudine. L'espressione notte tropicale indica un fenomeno preciso che accade quando, dopo il tramonto, le temperature minime non scendono al di sotto dei 20 °C. E si sta verificando sempre più spesso anche in Europa.

Da qualche anno i bollettini meteo estivi forniscono anche l'Indice TR (da Tropical Night) per individuare il numero di notti calde nella stagione. Secondo l'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA), nel 2024 in Italia si è registrato un aumento di 25,2 notti tropicali rispetto alla media del trentennio 1991-2020, il valore più alto mai rilevato. Questo dato non riguarda solo il clima: uno studio condotto su undici città dell'Europa meridionale, tra cui Roma, ha rilevato un'associazione tra la durata delle notti calde e un aumento della mortalità. Un'ipotesi proposta dagli autori è che il corpo non riesca a recuperare adeguatamente dallo stress termico accumulato di giorno.

Cosa si intende per stress termico?

Chiamato anche stress da calore, è la condizione nella quale il corpo non riesce a regolare la propria temperatura a causa del troppo caldo. Un fenomeno simile, ma con meccanismi diversi,

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

può manifestarsi anche in presenza di freddo intenso (ne avevamo parlato nella scheda “Alcune persone sono più freddolose di altre?”). Con il caldo, invece, occorre fare attenzione ai colpi di calore, che impediscono all'organismo di termoregolarsi, cioè di disperdere il calore accumulato.

Durante le notti tropicali, però, anche in casa, al buio, la termoregolazione può avvenire con molta difficoltà. In pratica, non è possibile il recupero fisiologico e si possono manifestare diversi sintomi.

Debolezza, malessere generale, rallentamento del battito cardiaco (bradicardia), abbassamento della pressione, e talvolta confusione possono indicare stress termico. La temperatura corporea aumenta e si suda più del solito.

Se i periodi di ondate di calore sono lunghi, senza interruzioni, l'esposizione si accumula e aumentano i pericoli per la salute.

Chi è più a rischio di stress da calore?

Sulla stampa generalista si stanno utilizzando con leggerezza termini come “notti letali”. Il pericolo di eventi avversi molto gravi esiste, ma non deve preoccupare tutti. L'impatto del calore notturno e della termoregolazione che non funziona come dovrebbe interessa soprattutto gli anziani e coloro che convivono con malattie croniche.

Da uno studio recente emerge che le ondate di calore notturne sono associate a un aumento della mortalità cardiovascolare. Aumenta anche il rischio di ictus ischemici. Un meccanismo proposto dagli autori coinvolge la disidratazione notturna, che aumenta la viscosità del sangue e può favorire la formazione di coaguli.

Per raffreddarsi, l'organismo deve compiere uno sforzo extra, che mette sotto pressione cuore e reni. Anche la salute di chi soffre di patologie respiratorie o di diabete è più a rischio. Inoltre, devono fare attenzione le donne in gravidanza, condizione che può aumentare l'intolleranza alle temperature eccessive, e i neonati, nei quali la termoregolazione è immatura.

Il caldo notturno peggiora anche la qualità del sonno: la guidance dell'OMS segnala che questo può associarsi ad ansia e disturbi del sonno e, nei più giovani, a un aumento dello stress e a difficoltà di concentrazione nello studio. Anche sul lavoro il caldo eccessivo può ridurre le capacità cognitive e la produttività.

Le notti tropicali sono causate dal cambiamento climatico?

Tra tutte le conseguenze della crisi climatica sulla salute, il calore è considerato il rischio principale. Uno dei rapporti principali sul tema afferma che il cambiamento climatico sta più che raddoppiando la mortalità causata da eventi di calore estremo. E che ciò emerge “da una miriade di studi”. Le notti tropicali possono essere comprese tra gli eventi meteorologici estremi. E, come altri fenomeni altrettanto impattanti (dalle alluvioni alla siccità), stanno diventando più intense e più frequenti.

Come possiamo affrontare il caldo notturno senza rischi per la salute?

Le malattie e i decessi legati alle ondate di calore non sono inevitabili: si possono prevenire. Occorre però attuare politiche di salute pubblica, soprattutto nelle grandi città e a fronte di una popolazione che invecchia. Non tutte le abitazioni riescono a rinfrescarsi dopo il tramonto oppure sono fornite di isolamenti termici.

Cerchiamo tuttavia di arieggiare le stanze a metà notte o al mattino presto, schermando il sole durante la giornata. Attenzione a utilizzare correttamente climatizzatori e ventilatori; ne abbiamo parlato nella scheda “L'aria condizionata ci fa ammalare?”.

Per aiutare l'organismo a termoregolarsi è raccomandato indossare abbigliamento che permette la traspirazione; seguire una dieta leggera, con alimenti freschi, e bere molta acqua. È bene che anziani, persone con malattie croniche, coloro che assumono quotidianamente farmaci consultino il medico di medicina generale per riferire malesseri dovuti al caldo o disagi per le notti insonni.

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



Servizio Psichiatria

Salute mentale e adolescenza, in Toscana ricoveri raddoppiati in 10 anni

Oltre ai dati ufficiali il forte disagio sommerso dei ragazzi si scontra con liste d'attesa e servizi sul territorio "scollati" dall'assistenza specialistica

*di Pietro C. Dattolo *, Roberto Leonetti **, Fabio Voller ****

15 luglio 2026

In Toscana, nell'arco di dieci anni, i ricoveri psichiatrici nella fascia 0-19 anni sono quasi raddoppiati, passando da 37,5 ogni 10.000 abitanti nel 2016 a 73,4 nel 2025. Nello stesso anno, gli accessi in pronto soccorso per motivazioni psichiatriche hanno raggiunto quota 50,9 casi ogni 10.000 abitanti, il massimo storico dal 2016, con un'incidenza maggiore tra le ragazze (58,7) rispetto ai ragazzi (43,7). I numeri raccontano una realtà che non può più essere ignorata.

Il disagio sommerso

Accanto ai casi che arrivano ai servizi ospedalieri, esiste un disagio sommerso che emerge con forza dalle indagini condotte nelle scuole. Su un campione di 4.927 studenti delle scuole superiori, il 44,2% delle ragazze e il 16,1% dei ragazzi presenta elevati livelli di disagio psicologico riconducibili ad ansia e depressione; il 12,7% riferisce episodi di autolesionismo nel corso della vita, percentuale che sale al 18,8% tra le femmine e si attesta al 7,2% tra i maschi; il 28,9% risulta inoltre a rischio di sviluppare disturbi del comportamento alimentare.

L'allarme dei medici

A fare da primo presidio di fronte a questa crescente fragilità sono i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. La Commissione Salute mentale in adolescenza dell'Ordine dei Medici di Firenze, in collaborazione con l'Osservatorio di Epidemiologia dell'Ars Toscana, ha promosso un'indagine per raccogliere l'esperienza diretta di questi professionisti. L'89% dei medici coinvolti dichiara di assistere adolescenti con sintomi di disagio mentale, dall'ansia alla depressione fino ai comportamenti autolesivi. Il 62% segnala però che l'accesso ai servizi specialistici pubblici è difficile o soltanto parzialmente accessibile.

La "solitudine" istituzionale

Questi dati restituiscono il quadro di una vera emergenza clinica e sociale. I medici del territorio rappresentano spesso la prima antenna capace di intercettare il disagio, ma riferiscono una diffusa sensazione di solitudine istituzionale. Le liste d'attesa dei servizi di neuropsichiatria infantile ostacolano quel dialogo continuo tra cure primarie e specialistica indispensabile per intervenire precocemente.

Dall'indagine emerge anche la necessità di investire nella formazione. Molti professionisti chiedono percorsi specifici ed Ecm che consentano di utilizzare strumenti condivisi di screening psicopatologico e di gestione delle crisi adolescenziali.

Negli ultimi vent'anni il mondo degli adolescenti è profondamente cambiato. Il conseguimento della patente di guida è passato dal 62,5% del 2005 al 31,1% del 2025. Il 36,2% degli adolescenti utilizza lo smartphone per più di cinque ore al giorno. Il 76,5% del consumo complessivo di alcol si concentra nel fine settimana. Sarebbe semplicistico attribuire a questi elementi un rapporto automatico di causa-effetto, ma ignorare le trasformazioni degli stili di vita significherebbe rinunciare a comprendere il contesto nel quale il disagio si sviluppa.

Servizi da potenziare

La medicina del territorio possiede competenze e capacità di osservazione per individuare tempestivamente le situazioni di vulnerabilità. Tuttavia, senza un rafforzamento dei servizi specialistici di rete e senza un canale di comunicazione efficace tra medico di base e specialista, il rischio concreto è la cronicizzazione del disagio o il ricorso inappropriato ai reparti di urgenza ospedaliera.

I risultati di questo lavoro offrono alla programmazione sanitaria regionale una mappa chiara delle priorità su cui investire, partendo dal supporto a medici di famiglia e pediatri, primo anello della rete di tutela della salute mentale dei nostri ragazzi.

** Presidente OMCeO Firenze*

*** Coordinatore Commissione "Salute mentale in adolescenza" di OMCeO Firenze*

**** Ars Toscana*

Caldo, arriva il picco: tutti in fila dal medico

Il caldo record mette sotto pressione anche gli studi dei medici di famiglia: a Roma gli accessi sono aumentati di circa il 30% rispetto agli anni scorsi. A pesare sono soprattutto cali di pressione, vertigini, problemi digestivi e respiratori, fino ai casi di polmonite favoriti dagli sbalzi tra il caldo esterno e gli ambienti climatizzati. Secondo Pierluigi Bartoletti, segretario romano della Fimmg, non sono più solo gli anziani a chiedere assistenza, ma anche persone tra i 40 e i 60 anni. Crescono gli accessi anche al Bambino Gesù, dove si registrano

più casi di disidratazione, svenimenti, vomito, febbre e rash cutanei da esposizione al sole. Intanto il Lazio conferma il bollino rosso per oggi e domani, con temperature fino a 38 gradi.

di **VALENTINA LUPIA**

➔ a pagina 5



Nuova ondata di caldo file negli studi medici “Vertigini e polmoniti”

Questa estate le richieste di aiuto sono aumentate del 30%. Bartoletti: “Male i giovani, gli anziani hanno imparato a proteggersi”

di **VALENTINA LUPIA**

Il caldo infiamma anche gli studi dei medici di base: in città le richieste d'aiuto ai dottori di famiglia sono aumentate di circa il 30% rispetto agli anni precedenti e a riempire gli ambulatori sono so-

prattutto persone alle prese con cali di pressione, vertigini e polmoniti. Problemi legati alle temperature record.

A raccontare l'effetto dell'ondata di richieste di assistenza è Pierluigi Bartoletti, segretario romano della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg): «Stiamo notando un aumento importante degli accessi – spiega – e i casi più frequenti riguardano bloc-

chi della digestione, pressione bassa, giramenti di testa, ma arrivano anche molti pazienti che chiedono di rivedere le terapie in virtù delle temperature roventi».

I numeri fotografano uno sforzo



quotidiano: tra lunedì e martedì Bartoletti ha visitato circa 70 pazienti e l'80% ha citofonato al suo studio senza preavviso, per disturbi legati direttamente al caldo o peggiorati dalle temperature altissime di questi giorni. E il problema non riguarda solo gli anziani, da sempre considerata la fascia più fragile: «Loro oggi sono più informati e hanno imparato a proteggersi – prosegue Bartoletti – restano a casa nelle ore più calde oppure i familiari li portano in luoghi più freschi, nei borghi, al mare o in montagna, dove i termometri non raggiungono certo quaranta gradi». Il caldo, insomma, mette in difficoltà anche i più giovani: «Vediamo arrivare persone di 40, 50, 60 anni colpite da problemi respiratori, polmonite inclusa».

Il caldo estremo, infatti, non significa soltanto colpi di calore: gli sbalzi continui tra i 40 gradi all'esterno e i 24 degli ambienti climatizzati, come negozi e uffici, «possono favorire l'insorgenza o il peggioramento di disturbi respiratori». L'ondata di caldo si fa sentire

anche tra i bambini: al pronto soccorso dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù gli accessi legati alle alte temperature risultano in aumento rispetto agli anni passati. I disturbi più frequenti, spiega Sebastian Cristaldi, alla guida del pronto soccorso, sono «sincopi, disidratazione, vomito, febbre e stipsi, ma registriamo anche diversi casi di rash cutanei collegati a una lunga esposizione al sole e, in alcuni casi, dovuti a una mancata applicazione della crema solare».

Intanto il caldo non allenta la presa. Il dipartimento di Epidemiologia del Servizio sanitario regionale del Lazio, nell'ambito del Sistema operativo nazionale di previsione e prevenzione degli effetti del caldo sulla salute coordinato direttamente dal ministero, ha confermato il bollino rosso anche per le giornate di oggi e domani, quando i termometri segneranno rispettivamente 38 e 36 gradi, per poi arrivare ai 37 e ai 36 di sabato e domenica. Si tratta del livello massimo di allerta, il 3, che si traduce in un'ondata di calore prolungata con possi-

bili effetti negativi sulla salute non solo per gli anziani, bambini molto piccoli e persone con malattie croniche. Ma anche per cittadini più attivi, sani. E più lunghe sono le ondate di calore, maggiori sono i rischi: per questo resta alta l'attenzione dei servizi sanitari e sociali, chiamati a monitorare soprattutto le situazioni più fragili. Da lunedì le temperature si abbasseranno lievemente: dai 35 gradi di massima del 21 luglio, si arriverà gradualmente ai 32 e ai 33 di giovedì 23 e venerdì 24.



+ I turisti si bagnano la testa nelle fontane di piazza Pia. Un'altra ondata di calore è attesa per oggi



Rocca: «Servirà per i casi più complessi»

Apri la nuova terapia intensiva Spinta all'innovazione dell'Umberto I

Dieci stanze con letti singoli e una grande stanza con altri 10 letti: monitor, computer, strumentazione medica all'avanguardia tanto che sembra di stare in una serie tv americana e ci si aspetta di vedere uscire da un momento all'altro il dottor Gregory House o George Clooney in camice dell'epoca di ER. È il nuovo re-

parto di terapia intensiva a alto biocontenimento del Policlinico Umberto I inaugurato ieri.

a pag. 56

Apri la nuova terapia intensiva L'Umberto I entra nel futuro

► Presentata l'unità ad alto biocontenimento con 20 posti letto dotati di tecnologie di ultima generazione. Rocca: «Risponderà alle esigenze di grande complessità»

L'INAUGURAZIONE

Dieci stanze con letti singoli e una grande stanza con altri 10 letti: monitor, computer, strumentazione medica all'avanguardia tanto che sembra di stare in una serie tv americana e ci si aspetta di vedere uscire da un momento all'altro il dottor Gregory House o George Clooney in camice dell'epoca di ER. È il nuovo reparto di terapia intensiva a alto biocontenimento del Policlinico Umberto I inaugurata ieri dal presidente del Lazio, Francesco Rocca, dalla rettrice della Sapienza, Antonella Polimeni, e dal dg dell'azienda ospedaliera, Fabrizio D'Alba.

In una conferenza stampa affollata di medici, Rocca ha spiegato: «Questa è una terapia intensiva straordinariamente tecnologica e anche ben distribuita perché i percorsi all'interno delle strutture ospedaliere sono qualcosa di fondamentale. Si aggiungono ulteriori 8 anestesisti di nuova assunzione e 50 infermieri dedicati a questa terapia intensiva che quindi risponderà perfettamente anche alle esigenze di alta intensità assistenziale che accompagnano una struttura sanitaria importante come il Policlinico Um-

berto I».

I DETTAGLI

Dal punto di vista tecnologico, la struttura è dotata di apparecchiature di ultima generazione e sistemi avanzati di monitoraggio in grado di assistere pazienti con insufficienza respiratoria grave, supporto extracorporeo Ecmo, shock cardiogeno, assistenza ventricolare meccanica, insufficienza multiorgano, dialisi continua e sistemi di depurazione epatica. Particola-

re attenzione è stata dedicata anche all'umanizzazione delle cure. Gli ambienti, luminosi e dotati di luce naturale, sono stati progettati per favorire il benessere dei pazienti, mentre le zone filtro consentono l'accesso protetto dei familiari anche nei percorsi di biocontenimento. «Siamo attenti anche al benessere psicologico dei pazien-

ti e dei loro familiari» ha spiegato il dg dell'Umberto I, Fabrizio D'Alba. «Lo facciamo in due modi, con l'organizzazione, quindi ampliando la gamma dei professionisti e lavoreranno qui anche quindi psicologi, fisioterapisti, ma soprattutto nello

studio degli spazi è prevista la possibilità che ci siano dei momenti in cui almeno il contatto visivo e di audio i parenti lo possono avere con i propri cari con chi è ricoverato, le nostre stanze sono fatte anche per poter accogliere un parente che può stare naturalmente, ove compatibile con lo stato del paziente, anche insieme al suo congiunto», ha concluso D'Alba. La rettrice Polimeni è intervenuta sul tema della valorizzazione del personale, sottolineando la necessità che i giovani professionisti vengano retribuiti in modo adeguato.

IL NUOVO POLICLINICO

L'ultimo passaggio, Rocca e Polimeni, lo dedicano al progetto del nuovo Umberto I che diventerà un vero e proprio campus



universitario europeo. «Stiamo rispettando i tempi. Avevamo detto che per luglio doveva essere pronto il Dip (Documento di indirizzo alla Progettazione) per poi far partire la gara: ora deve andare per un ultimo parere al comitato regionale che si occupa dei beni culturali, il Corepaco. Se ci sono tutte

le condizioni, e credo ci siano, avremo un parere positivo e possiamo pubblicare la gara per la progettazione. Da qui a fine settembre pubblicheremo la gara per la progettazione ufficiale, che occuperà 8 mesi, e poi la gara internazionale per la costruzione. La sola progettazione del nuovo Policlinico Umberto I costerà oltre 50 milioni».

Fernando M. Magliaro

**IL GOVERNATORE
E LA RETTRICE
POLIMENI SUL NUOVO
POLICLINICO: «SIAMO
NEI TEMPI, A BREVE LA
GARA PER IL PROGETTO»**

**Sopra, la sala da 10 posti
letto e sotto il presidente
Roccca al taglio del
nastro della nuova unità**



SANITÀ RIVISTI I TETTI, DISPOSTI ALTRI CONTROLLI SULL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESCRIZIONI

E la giunta impone una nuova stretta alla spesa farmaceutica delle Asl

Aiop: più programmazione. Anisap: rivedere tariffe ambulatoriali

● **BARI.** Una nuova stretta sulla spesa farmaceutica per provare a invertire il trend. Lo prevede una delibera approvata martedì sera dalla giunta regionale, che ha rivisto i tetti di spesa assegnati alle Asl (sia per gli ospedali che per le farmacie) e ha poi imposto un ricorso più marcato alle gare d'appalto centralizzate: l'acquisto dei farmaci generici o biosimilari (non più coperti da brevetto) avverrà attraverso aggregazioni di spesa gestite da InnovaPuglia, con l'obiettivo di spuntare prezzi più favorevoli.

La delibera firmata dall'assessore Donato Pentassuglia prevede poi ulteriori controlli sull'appropriatezza prescrittiva, con l'obiettivo di qualificare la spesa.

Nel 2025 la spesa farmaceutica diretta è cresciuta del 7,65% rispetto al 2024, con un incremento del 1,40% sulla media nazionale. Le categorie terapeutiche che nel 2025 hanno registrato sensibili incrementi di spesa sono i medicinali per il colesterolo, farmaci dermatologici, alcuni medicinali antidiabetici e contro l'obesità. La Regione vuole provare a mantenersi sotto l'incremento medio, fermo restando che la spesa per i farmaci ospedalieri non è comprimibile perché dipende dalle necessità di cura: si può però fare in modo di vigilare sull'utilizzo di medicinali inappropriati.

La spesa convenzionata (farmacie) ha ripreso a correre anche per effetto delle disposizioni dell'Aifa che hanno assegnato alle farmacie la distribuzione di alcuni farmaci per i quali vigeva il canale diretto. La Regione prova quindi a imporre un tetto alla crescita, dal +7,81% del 2025 al +6,73% nell'anno in corso fino al +6,50% nel 2027-2028. È questo il segmento su cui le verifiche di appropriatezza possono avere un effetto migliore, a partire dall'uso degli antibiotici spesso eccessivo e non giustificato, così come accade per le statine, gli inalatori per asma e broncopneumopatia cronica, i farmaci per la pressione, i medicinali per il controllo del tono dell'umore e antiepilettici, i farmaci per il fegato e le vie biliari. Su questi aspetti oltre alle verifiche di appropriatezza prescrittiva sono state chieste alle Asl campagne di sensibilizzazione con i medici di base.

Intanto il dibattito di martedì in Consiglio sul deficit sanitario ha innescato le reazioni delle categorie. «Sono state affrontate - ha commentato Fabio Margilio, presidente dell'Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) -. Ora serve una visione per il futuro: mettere al centro la cronicità, la non autosufficienza e una programmazione fondata sui bisogni reali di salute, valorizzando tutte le risorse del Servizio sanitario regionale. La

programmazione sanitaria non può limitarsi a riprodurre assetti consolidati nel tempo, ma deve partire dall'analisi dei bisogni della popolazione e costruire l'offerta assistenziale più appropriata».

Anisap Puglia (ambulatori privati) chiede invece la revisione del nomenclatore tariffario. «Accanto alla auspicata razionalizzazione dei servizi offerti dal Servizio sanitario - dice in una nota il presidente Francesco Facchini -, è necessaria una riflessione anche sui rimborsi che, per decreto ministeriale, vengono riconosciuti alle strutture accreditate ambulatoriali. Se la tariffa riconosciuta non è coerente, cioè è inferiore ai costi reali, la rete accreditata riduce l'offerta o non riesce più a sostenere determinate prestazioni quindi la pressione si trasferisce sugli ospedali e sugli ambulatori pubblici. Tutto ciò ha l'effetto di allungare le liste d'attesa e di aumentare il carico su personale e strutture già impegnate nelle loro attività routinarie».



Un'eccellenza internazionale nel campo della biologia e della genetica molecolare

Un centro di ricerca in Irpinia

Biogem spazia da oncologia a nefrologia e farmacologia

DI FRANCO SOPRANI

Dall'Irpinia al mondo: compie 20 anni il centro di ricerca Biogem di Ariano Irpino (Avellino), eccellenza di livello internazionale nel campo della biologia e della genetica molecolare.

La ricerca spazia da oncologia a nefrologia passando per sviluppo farmacologico e preclinico, ma anche biologia cellulare e genetica molecolare. Per la precisione, le aree di indagine scientifica sono due: ricerca biomedica orientata su due linee: oncologia e Nefrologia; Ricerca biotecnologica attiva nei campi: dello sviluppo farmacologico e preclinico; della

Biologia cellulare e della preclinica oncologica; della modellistica animale; della produzione di proteine e anticorpi; della diagnostica genetica e della nutraceutica.

Al centro Biogem, come ricorda *il Mattino*, si è recato in visita il presidente della Regione Campania, **Roberto Fico**, accolto dal presidente di Biogem ed ex ministro della Ricerca scientifica **Ortensio Zecchino**. Inaugurato dalla premio Nobel **Rita Levi Montalcini**, il centro ha visto l'avvio dell'attività di ricerca con la presenza di un altro prestigioso Nobel italiano, **Renato Dulbecco**.

In Biogem è disponibile una struttura di Biologia Com-

putazionale, un'attrezzatissima *Animal facility* e una biobanca. È anche attivo un Centro di Saggio per la ricerca preclinica regolatoria certificato dal Ministero della Salute come Centro che opera in conformità alla Buona Pratica di Laboratorio (BPL). Solo nel quinquennio 2020-2025 sulle principali riviste scientifiche sono apparsi 410 articoli opera di autori Biogem e sono presenti, nell'ultimo quinquennio, tre pubblicazioni sulla rivista *Nature* in ambito oncologico e nefrologico. Quella di Biogem è una comunità di 112 persone, con ricercatori da tutto il mondo. È la dimostrazione di come le eccellenze possano attecchire anche qui, per preparare il futuro.

Solo nel quinquennio 2020-2025 sulle principali riviste scientifiche sono apparsi 410 articoli opera di autori biogem che è una comunità di 112 persone, che si avvale di ricercatori da tutto il mondo



Il centro di ricerca Biogem di Ariano Irpino compie 20 anni





Servizio Cure a misura di paziente

Tumori del sangue, così l'innovazione cambia l'assistenza nelle aree interne

Grazie alla rete delle Botteghe della comunità e alla telemedicina l'Asl di Salerno porta sul territorio anche le terapie infusionali oncoematologiche

*di Gennaro Sosto *, Catello Califano ***

15 luglio 2026

Per molti pazienti con tumori del sangue residenti nelle aree interne, la terapia significa anche affrontare lunghi viaggi per raggiungere l'ospedale, con un carico fisico ed emotivo che si aggiunge alla malattia. L'Asl Salerno ha scelto di rispondere a questa esigenza portando, per la prima volta, sul territorio anche le terapie infusionali oncoematologiche, tradizionalmente riservate agli ospedali, grazie alla rete delle Botteghe della Comunità e alla telemedicina.

La prima infusione, effettuata nel Comune di Controne, dimostra che è possibile ripensare l'organizzazione dell'assistenza mantenendo gli stessi standard di sicurezza e qualità del trattamento ospedaliero.

La nostra provincia si estende su quasi cinquemila chilometri quadrati ed è caratterizzata da una forte dispersione territoriale. Molti comuni delle aree interne del Cilento sono lontani dagli ospedali e ospitano una popolazione particolarmente anziana, spesso con più patologie croniche. In questo contesto la sfida è rendere le cure realmente accessibili.

Le Botteghe di comunità

Per questo, in coerenza con il percorso di riorganizzazione dell'assistenza territoriale promosso dalla Regione Campania, è stata realizzata una rete di 27 ambulatori infermieristici di prossimità e un hub multispecialistico che costituiscono il modello delle Botteghe della Comunità, integrando le opportunità offerte dal PNRR e dalla Strategia Nazionale Aree Interne.

La selezione dei pazienti

I pazienti vengono selezionati secondo criteri rigorosi. Si tratta di persone con neoplasie ematologiche, come mieloma multiplo, leucemie e linfomi, oppure con patologie croniche non neoplastiche in fase stabile di mantenimento o consolidamento della terapia. Il giorno precedente alla somministrazione lo specialista effettua una televisita, valuta gli esami ematochimici e conferma l'idoneità del paziente. I farmaci vengono preparati presso l'Unità Farmaci Antiblastici dell'Ospedale di Pagani, trasportati con procedure certificate fino alla singola Bottega della Comunità e somministrati dagli infermieri di comunità appositamente formati, mentre l'équipe ematologica mantiene la supervisione continua attraverso la telemedicina, con la presenza sul posto di un medico dell'emergenza-urgenza durante il periodo di osservazione. Il centro prescrittore resta il riferimento clinico del paziente e il garante dell'intero percorso assistenziale.

Il modello è stato sviluppato con il supporto tecnico-scientifico di Opt Spa e grazie alla sponsorizzazione non condizionante di Amgen. Sarà monitorato attraverso uno specifico sistema di indicatori di performance che valuterà l'efficienza del percorso assistenziale, la sicurezza dei processi logistici, il rispetto della catena del freddo e gli esiti clinici, misurando anche la riduzione degli accessi ospedalieri e la continuità dell'aderenza terapeutica. A pieno regime, entro la fine dell'anno, potrà interessare nella provincia di Salerno circa 5.000 persone con diagnosi attuale o pregressa di linfoma, mieloma o leucemia linfatica cronica, ponendo le basi per una possibile estensione dell'esperienza anche in altri territori del Mezzogiorno.

I vantaggi

I benefici riguardano innanzitutto le persone. Ridurre i lunghi spostamenti significa migliorare concretamente la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie, limitando il cosiddetto "travel burden". Allo stesso tempo, la possibilità di effettuare sul territorio le infusioni dei pazienti clinicamente stabili consente ai Day Hospital ematologici di dedicare maggiori risorse ai casi più complessi, alle urgenze e alla ricerca.

La tecnologia rende possibile questo modello attraverso una piattaforma di televisita e teleconsulto che collega costantemente infermieri e specialisti e consente di acquisire in tempo reale dati clinici, parametri vitali e tracciabilità dei farmaci nei sistemi informativi aziendali e nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

L'esperienza dell'Asl Salerno dimostra che la sanità di prossimità può ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure quando integra competenze professionali, organizzazione e innovazione tecnologica. L'obiettivo è garantire gli stessi livelli di qualità e sicurezza ovunque si viva, facendo sì che siano le cure a raggiungere il paziente, e non il contrario.

** Direttore generale Asl Salerno*

*** Direttore Uoc Ematologia, Ospedale "Andrea Tortora" di Pagani*