

20 aprile 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





la Repubblica



Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



IN REGALO CON REPUBBLICA

Satira

Domani e mercoledì altri due volumi con le vignette di Bucchi e Biani

Lunedì 20 aprile 2026

Anno 113 - N° 15

Oggi con Affari&Finanza e libro Satira - "Altan"

In Italia € 1,90

Battaglia su Hormuz

Gli Usa assaltano e sequestrano un mercantile iraniano: "Forzava il blocco navale sullo Stretto" Trump manda Vance a Islamabad per i negoziati ma Teheran frena: "Noi non ci saremo"

La Marina americana sequestra una nave iraniana che tentava di forzare il blocco nello stretto di Hormuz. Il presidente Donald Trump annuncia la ripresa dei negoziati a Islamabad, in Pakistan, ma Teheran frena: «Niente colloqui». Unifil, Italia e Francia lavorano a una nuova missione in Libano. di CIRIACO, DI FEO, FONTANAROSA, GINORI, GUERRERA, LOMBARDI, MANACORDA, MASTROLILLI, SANTELLI e SCARAMUZZI da pagina 2 a pagina 11

La crisi globale e l'Italia debole

di PAOLO GENTILONI

Un'atmosfera cupa ha dominato gli incontri del Fondo monetario la settimana scorsa a Washington, con un particolare pessimismo sull'economia italiana. Siamo alla terza crisi globale di questi anni Venti, dopo la pandemia e l'invasione dell'Ucraina, e l'ordine internazionale che dovrebbe coordinare la risposta a questo tipo di crisi è come evaporato. continua a pagina 12

Elezioni in Bulgaria vince Radev l'euroscettico

di CASTELLANI PERELLI e TITO

a pagina 15



LE IDEE

di CONCITA DE GREGORIO

I giovani favolosi il disincanto e la Resistenza



Un francobollo dedicato a Teresa Gullace

Louisiana, lite in famiglia uccisi otto bambini

Otto bambini, di età compresa tra un anno e 14 anni, sono stati uccisi in una sparatoria a Shreveport, in Louisiana. Due donne, probabilmente legate all'assassino, sono rimaste gravemente ferite. Il killer è stato freddato dalla polizia dopo un inseguimento. Secondo gli agenti si tratta di «estrema violenza domestica». L'uomo è entrato in azione all'alba e ha aperto il fuoco sulle vittime come in un'esecuzione. Il sindaco Tom Arceneaux ha detto: «Questa è una situazione tragica, forse la peggiore che abbiamo mai avuta». di MASSIMO BASILE a pagina 17

Neonato lasciato nella culla per la vita della Cri di Bergamo "Ti amiamo"

di ROSARIO DI RAIMONDO

a pagina 25



IL CASO

Un robot ha vinto la mezza maratona a Pechino in 50 minuti: ha battuto il record mondiale

In Cina corrono i robot mezza maratona da record

di GABRIELE ROMAGNOLI

Correre i 21 chilometri di una mezza maratona in poco più di 50 minuti è disumano, troppo disumano. Infatti ci è riuscito un robot. Per farlo lo ha programmato, per ora, un uomo. a pagina 19

Ma voi ve le ricordate Carla Capponi, Marisa Musu? Sapete chi sono? Ci pensavo nei giorni scorsi guardando le foto in bianco e nero - sono più belle, le foto in bianco e nero - della manifestazione davanti al Senato contro il disegno di legge Bongiorno, nei titoli di giornale il "ddi stupri": quello che modifica il codice penale in materia di violenza sessuale. Male. Lo modifica in peggio, protestavano le manifestanti, in prevalenza ragazze giovanissime. Non sono così diversi, i loro volti e gesti loro, confrontateli, da quelli che abbiamo avuto accanto in strada noi delle generazioni di prima, negli anni Settanta, quando la storia dei diritti è cambiata. E non sono diversi dai volti di Carla Capponi, Marisa Musu, Teresa Gullace - Teresa: è ispirato a lei il personaggio della donna che si divincola tra le guardie in Roma città aperta, il film di Rossellini. continua a pagina 12

L'INTERVISTA

di EZIO MAURO

Gänswein: quella sera Francesco mi chiese l'incontro con Ratzinger



a pagina 23

22 ASSISI FESTIVAL DEI CAMMINI DI FRANCESCO APRILE Sala Cimabue Piazza Inferiore di San Francesco ore 17.00 Presentazione del libro di S.M. Re Carlo III Harmony. Un nuovo modo di guardare al nostro mondo (Aboca Edizioni, 2026) ore 21.00 Proiezione del film Finding Harmony con il regista Nicolas Brown



CORRIERE DELLA SERA

RCS

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

Domani su 7
Rovelli: l'atomica
nata da un malinteso
di **Greta Privitera**
nel numero del magazine del Corriere



Domani gratis
I due inserti
sul design
con il Corriere gli speciali
su Salone e Fuorisalone



Crescita e sicurezza

LA SOCIETÀ
CHE SCEGLIE
L'INERZIAdi **Angelo Panebianco**

Il rifiuto dell'innovazione. Perché alla retorica del «cambiamento» corrisponde in Italia, sulle cose che maggiormente contano, l'immobilità? Perché il Paese non riesce da decenni a schiodarsi da una situazione che combina crescita asfittica (dello zero virgola) e il peso di un debito pubblico asfissiante? Perché i governi, dei più diversi colori, che si sono susseguiti, non sono riusciti a cambiare le cose, a innescare un percorso virtuoso? Ha scritto Sabino Cassese (*Corriere* del 10 aprile) che, se si osserva l'attività del governo Meloni si constata che esso, fatta eccezione per il referendum sulla giustizia, ha scelto di concentrarsi su («...») questioni di low politics, e seguendo un criterio di riformismo ridotto, ascoltando più gli interessi che le opinioni («...»). Ha fatto una politica finanziaria prudente nell'interesse del Paese ma senza una *spending review* che avrebbe consentito di accertare dove si possono fare risparmi («...»). In sostanza, ha scelto il quieto vivere, senza quei drastici interventi (per esempio, in materia di riforma della pubblica amministrazione), da anni invocati e mai attuati. Per molti versi, un governo in continuità con i governi del passato. E, molto probabilmente, anche del futuro. E ormai consuetudine che se cambiano i governi ci sia certamente un ricambio nelle clientele (alcuni gruppi vengono tassati di più e altri meno, si fanno assunzioni, si distribuiscono selettivamente sussidi, eccetera...) ma i nodi che bloccano la società italiana non vengono aggrediti.

continua a pagina 34

Vance, la distensione con il Papa: grazie per le sue parole. L'Italia pronta a inviare due dragamine

Braccio di ferro Trump-Iran

Il tycoon: ora trattate. Muro di Teheran. L'America sequestra una nave iraniana

di **Lorenzo Cremonesi**
Giusi Fasano
e **Giuseppe Sarcina**

Non si sblocca la crisi in Medio Oriente. Continua il braccio di ferro tra la Casa Bianca e Teheran. La minaccia di Trump: «Trattate o vi distruggo». L'Iran replica che prima di partecipare ai negoziati si dovranno sbloccare i porti. Anche l'Italia è pronta a mandare i dragamine. Parole distensive di Washington verso la Santa Sede. Il vicepresidente Vance ringrazia papa Leone per le sue parole con le invocazioni alla pace.

da pagina 2 a pagina 9
di **M. Cremonesi, Galluzzo**
Momigliano, Vecchi
Voltaggio

SCOPERTI CENTINAIA DI FINTI PROFILI SOCIAL



Alcuni dei finti sostenitori di Trump creati dall'AI

«Noi con Donald». Ma è l'AI

di **Federico Cella**

a pagina 17

INTERVISTA AL MINISTRO CROSETTO

«A Hormuz con l'Onu, ma il Parlamento dica sì anche senza il suo ok»

di **Monica Guerzoni**

La nuova chiusura di Hormuz? «Non stupisce — dice il ministro Crosetto — lo stretto è diventato il punto nevralgico di questa guerra. L'Iran ha capito che non può combatterla né vincerla sul suo territorio e l'ha allargata al resto del mondo. La trattativa è complicata. Noi pronti a partire, ma serve una tregua. Il Parlamento dica sì anche senza l'egida dell'Onu». E Trump? «Critiche ingenerose».

a pagina 9

L'ELEZIONE DEL PREMIER

In Bulgaria vince Radev, il filorusso ex pilota di Mig

di **Alessandra Muglia**

Bulgaria Progressista, il giovane partito dell'ex presidente della Repubblica Rumen Radev ha vinto le elezioni in Bulgaria: le ottave in cinque anni. Radev, un generale, ex pilota di Mig, di 62 anni, politicamente vicino a Mosca, si è sempre dichiarato euroscettico.

alle pagine 10 e 11

Pavia Scontro nel parcheggio con un gruppo di giovani, che sono fuggiti



Gabriele Vaccaro, 25 anni, un lavoro alle poste, originario di Favara, in Sicilia, è stato ucciso all'alba di domenica in un parcheggio del centro di Pavia

Un battibecco, poi la rissa: ucciso col cacciavite a 25 anni

di **Adriano Agatti**

Una lite forse per una ragazza, poi due fendenti al collo mentre recuperava l'auto nel parcheggio dopo la notte nei locali. Il dramma a Pavia, in centro. Gabriele, un lavoro alle poste, originario di Favara, in Sicilia, aveva 25 anni. È morto in ospedale dopo che gli amici avevano cercato di tamponare le ferite.

a pagina 19

Louisiana La polizia: lite familiare
Orrore negli Usa
Otto bimbi morti
in una sparatoriadi **Michele Farina**

Strage di bimbi in Louisiana durante una sparatoria a Shreveport, vicino al confine con il Texas. Otto le vittime, il più piccolo di 15 mesi, il più grande 14 anni. La lite, sembra, all'interno di due o tre nuclei familiari. L'assassino, in fuga con un'auto rubata, è stato rintracciato e ucciso dalla polizia.

a pagina 21

DATAROOM

I video (falsi) con volti noti per gli investimenti-truffa

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

Volti di personaggi noti, inconsapevoli, mandati in video per micidiali truffe che valgono 180 milioni di euro ogni anno. Si sfrutta la credibilità di politici, giornalisti o economisti con false interviste e consigli fasulli. Ecco come funziona.

a pagina 29

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**

La settimana scorsa ero a Roma a raccontare a un migliaio di studenti di diverse scuole se ha senso frequentare i classici, in particolare la tragedia greca. Questi ragazzi, grazie alla *Fondazione Oltre*, si preparano ad assistere all'*Antigone* di Sofocle e all'*Alceste* di Euripide a Siracusa: due giovani donne capaci di dare la vita perché sanno chi sono e che cosa vogliono. Quello stesso giorno, a Roma, un 23enne e una 23enne la vita se la toglievano, il primo lanciandosi dal balcone lasciando un biglietto in cui si diceva stanco della scuola, la seconda cadendo nella tromba delle scale alla vigilia di una finta laurea, perché in realtà aveva smesso di frequentare l'università e fingeva di farlo. Non conosco motiva-

Le scomparse



zioni e circostanze di questi suicidi, che però mostrano l'effetto fatale della attualissima combinazione di pressione e solitudine su psicologie in formazione. La cultura dominante, prendendo dalle macchine l'interpretazione dell'umano, educa a funzionare per standard e risultati, facendo sentire i ragazzi oggetti di aspettative e non soggetti di possibilità. Il soggetto agisce, l'oggetto reagisce, il soggetto crea, l'oggetto si esaurisce, il soggetto è libero, l'oggetto è dipendente, il soggetto evolve, l'oggetto si logora, il soggetto si trasforma, l'oggetto si cambia e «si butta», come i due ragazzi. Che cosa permette allora di sentirsi protagonisti e non comparse?

continua a pagina 31

Rimadesio⁷⁰

Spese, bonus e detrazioni
ecco la guida al nuovo 730

PAOLO BARONI - PAGINA 24

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ



Brambilla: l'Italia invecchia
ora cambiamo il welfare

SARA TIRRITO - PAGINA 23

LA CRONACA

Il neonato abbandonato
e il dolore di una madre

ALESSANDRA KÜSTERMANN - PAGINA 27

190€ II ANNO 160 II N.104 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 20 APRILE 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



FERMATA UNA NAVE: TENTAVA DI FORZARE IL BLOCCO. IL MINISTRO PICHETTO E L'ALLARME ENERGIA: NO AL RITORNO DEL GAS DA MOSCA

Usa-Iran, il giorno più lungo

Trump annuncia nuovi colloqui e minaccia: accordo o distruggo tutto. Ma Teheran lo gela

IL COMMENTO

Il grande stallo
che blocca lo Stretto

STEFANO STEFANINI

Il negoziato Usa-Iran dove va - o dovrebbe? - ripartire oggi a Islamabad. Washington l'ha accettato. Dopo qualche ora da Teheran è giunto un lapidario: "la Repubblica Islamica non partecipa". - PAGINA 3

L'ANALISI

Immassacri in Libano
la medaglia di Bibi

ANNA FOA

Mentre continuano le trattative fra Stati Uniti e Iran e mentre lo Stretto di Hormuz viene alternativamente chiuso e riaperto, il Libano sembra essere diventato il luogo principale del conflitto, almeno sul fronte israeliano. Dal 17 aprile è in atto una tregua di dieci giorni con il Libano, imposta da Trump a un Netanyahu come sempre riluttante a trattare tregue. Con il suo solito fair play, Trump ha comunicato di aver «proibito» a Israele di continuare a bombardare il Libano, modalità che non è piaciuta a Bibi, ma certamente nemmeno agli israeliani, ostili a qualsiasi accenno a una limitazione della loro sovranità. - PAGINA 4

L'INTERVISTA

Cercas: una follia
attaccare la Chiesa

FRANCESCO RIGATELLI

«Papa Leone XIV ha una visione in continuità con Francesco», dice Javier Cercas. - PAGINA 7

BARBERA, DIMATTEO, GALEAZZI, GORIA, MAGRI, SEMPRINI, SIMONI

Trump torna a minacciare l'Iran con un aut-aut: intesa rapida o distruzione del Paese. In Italia Pichetto Fratin dice no al gas russo e invoca le centrali nucleari. - PAGINE 2-10

Lazar, perché a Meloni adesso serve Macron

DANILO CECCARELLI - PAGINA 11

IL RACCONTO

Com'è triste il Paese
che sa solo tradire

MAURIZIO MAGGIANI

È lì, disteso nell'angolo della scrivania dedicato alle fatture da evadere, la coda che pendola dal bordo in lenti, oziosi rintocchi di un tempo che per quel che ne scandisce un suo sogno. - PAGINA 21

IL CASO

La strage dei bimbi
e l'America dell'odio

SIMONA SIRI

Oggi negli Stati Uniti le armi da fuoco sono la principale causa di morte per i bambini e gli adolescenti di età compresa tra 1 e 17 anni. Più degli incidenti stradali e del cancro. - PAGINA 20

IL RETROSCENA

Minaccia russa
dall'ambasciata
"Possiamo colpire
le città europee"

LOMBARDO, PEROSINO, ZAFESOVA



Mentre il mondo ha gli occhi puntati sul Golfo, nel cuore dell'Europa, a Roma, c'è chi parla tranquillamente di usare armi nucleari sul Vecchio Continente. - PAGINE 12 E 13

LA POLITICA

Prodi, Schlein
e il destino del Pd

FRANCESCO SCHIANCHI

Prendete in mano il vostro destino. Suona così l'appello di Romano Prodi da queste pagine, ieri, ai leader della coalizione di centrosinistra in via (farraginoso) di costruzione. Lavorate a un programma solido, abbastanza da rendervi credibili come alternativa alla destra - e questo lo aveva già suggerito - ma anche, aggiunge, abbastanza da reggere l'urto di un eventuale governo: ne sa qualcosa il Prof, per due volte vincitore nelle urne e per due volte sloggiato da Palazzo Chigi per problemi interni al suo campo. Coinvolgete i cittadini, suscite un'onda popolare di partecipazione». - PAGINE 15 E 17

Decreto sicurezza
la fabbrica dei reati

EDMONDO BRUTTI LIBERATI - PAGINA 15

I soldi agli avvocati
un problema etico

SERENA SILEONI - PAGINA 27

BIANCONERI BATTONO 2-0 IL BOLOGNA: LA QUALIFICAZIONE IN CHAMPIONS È PIÙ VICINA



La Juve ci crede

BALICE, BARILLA

Khéphren Thuram festeggia il secondo gol con i compagni di squadra della Juventus. - PAGINE 32 E 33

LA STORIA

Quel robot stremato
davanti al traguardo



ASSIANEUMANN DAYAN

Perché un robot dovrebbe correre una maratona e non levare i lavori di fatica alla gente? Voglio dire: perché i robot dovrebbero divertirsi al posto nostro? - PAGINA 27

LA CULTURA

Cent'anni da Fruttero
esploratore del futuro

GIUSEPPE CULICCHIA

Nella fantascienza, siamo immersi. Quello che quando eravamo bambini o adolescenti sembrava ancora un futuro lontano è diventato presente: è di questi giorni, per dire, la notizia che per la prima volta nella Storia, su un campo di battaglia ucraino, dei robot hanno avuto la meglio sui soldati in carne e ossa. - PAGINE 28 E 29



IL PERSONAGGIO

Silvestri: canto la Carta
che ci insegna la libertà

SIMONETTA SCIANDIVASCI

Daniele Silvestri è nato il 18 Agosto del 1968, due giorni prima che l'Unione Sovietica e i suoi alleati mettessero fine alla Primavera di Praga. In Italia, fu roreggiava l'orda d'oro della contestazione. Contestare gli viene bene, lo fa con la giocosità del cantastorie. - PAGINE 30 E 31



BANCA
DI ASTI

bancadiasti.it

BANCA
DI ASTI

bancadiasti.it



€ 1,40 ANNO 148 - N° 100
Settimanale di politica, cultura, sport e cronaca

Il Messaggero

NAZIONALE



VALLEVERDE

Lunedì 20 Aprile 2026 • s. Adalgisa vergine

IL MERIDIANO

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

L'INCHIESTA

Longevità e autosufficienza I modi ci sono

Roberto Bernabei a pag. 15



Roma e Lazio

Sarri, le mosse per la Coppa Le regole di Gasp

Servizi nello Sport



"Operazione Shylock"

Carrère svela all'Auditorium i segreti di Roth

De Palo a pag. 17



NUOVO SCONTRO TEHERAN-TRUMP

Iran, il giallo dei negoziati

► Donald: accordo o sarete distrutti. Gli ayatollah: nessun colloquio finché c'è il blocco navale Usa
Papa in Angola, appello per la pace in Medio Oriente e Ucraina. Vance fa retromarcia e lo ringrazia

ROMA La minaccia Usa: «Se non accetteranno l'intesa li distruggeremo» Bizzozzi, Evangelisti, Giansoldati, Pauro e un'analisi di Andrew Spannaus da pag. 2 a pag. 8

L'editoriale

LA DOPPIA NEUTRALITÀ CHE FRENA L'EUROPA

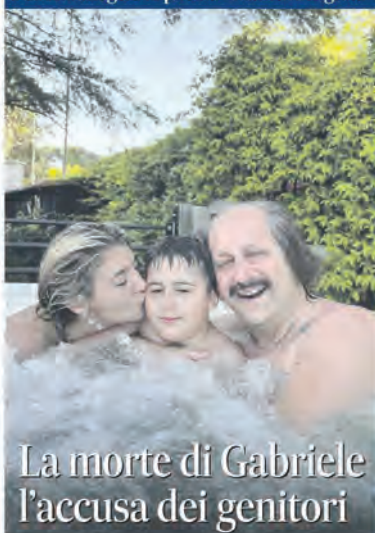
Giuseppe Vegas

Quando non si è in grado di prevedere gli effetti di eventi straordinari, come quelli che stanno oggi sconvolgendo il mondo, è naturale che tutti coloro che non sono i protagonisti diretti dell'azione ne aspettino l'evolversi per assumere le indispensabili decisioni. Si tratta di un atteggiamento di condivisibile prudenza, che serve ad evitare scelte sbagliate. Non a caso, molti Paesi, anche tra quelli parzialmente coinvolti nei conflitti in atto, stanno attendendo. L'Europa invece non si è posta in una posizione di attesa solo in questi ultimi frangenti, ma aspetta da sempre.

Solo una volta si è mossa con rapidità ed efficacia, dimostrando che, se vuole, può anche agire rapidamente: in occasione della pandemia. In tutti gli altri casi, a partire dalla reazione alla grande crisi finanziaria di inizio secolo, la risposta delle istituzioni del vecchio continente si è fatta attendere a lungo. Oggi l'incertezza in attesa degli eventi sembra aver assunto la dimensione di una dimostrazione plastica delle difficoltà decisionali delle istituzioni comuni.

Continua a pag. 16

Il bimbo affogato in piscina: «Mancava la grata»



La morte di Gabriele l'accusa dei genitori

Camilla Mozzetti

Pietrificati dal dolore chiedono solo giustizia e che questi, per arrivare a spiegare il "perché", il "come" e per

"colpa di chi", sia veloce e certa. Non lo chiedono soltanto, lo preteso, per arrivare a spiegare il "perché" del piccolo Gabriele... Continua a pag. 13

Il piccolo Gabriele con i genitori Mihaela e Antonello Mallozzi a pag. 13

La strategia dell'Italia

Energia, Meloni vola a Cipro: battaglia con l'Unione sugli Ets

ROMA La premier Giorgia Meloni verso il Consiglio europeo di Nicosia: braccio di ferro per ottenere spazi di manovra sulla crisi energetica. L'obiettivo è lo stop ai crediti "verdi" sul mercato del carbonio.

Bechis a pag. 6

Le interviste

Stefania Craxi: ora l'Europa agisca

Francesco Bechis

Stefania Craxi, capogruppo di FI al Senato: «Per l'Europa è il momento di agire».

A pag. 6

Boccia: alle imprese aiuti come col Covid

Ernesto Menicucci

Francesco Boccia, capogruppo del Pd al Senato: «Servono strumenti come in epoca Covid».

A pag. 7

L'analisi

LA RIFORMA CHE SERVE AI VENTISETTE

Angelo De Mattia

Le critiche nei confronti del vertice della Commissione Ue, fino al punto, in qualche caso di rappresentare... Continua a pag. 16

Il colloquio

Conte: missione nello Stretto solo se c'è l'ok dell'Onu

Valentina Pigliautile

«Dopo gli attacchi illegali di Stati Uniti e Israele bisogna stare attentissimi a non lasciarsi coinvolgere in interventi che non siano diplomatici». Giuseppe Conte non nasconde la preoccupazione per le conseguenze politiche ed economiche prodotte dal blocco dello Stretto di Hormuz. Eppure, parlando al Messaggero, rimarca la necessità di non farsi trascinare in azioni che «non siano volte a trovare un accordo che garantisca la de-escalation».

A pag. 7

I focus

- Petrolio, buco nero
- Le navi bloccate
- Come risparmiare

Roberta Amoroso, Andrea Bassi, Gianni Bessi e Antonio Pane alle pag. 3 e 5

Il killer ha fatto irruzione in tre abitazioni, neutralizzato dalla polizia

Louisiana, strage in famiglia 8 bambini uccisi dopo la lite

► Le piccole vittime avevano tra i 18 mesi e i 14 anni Colpiti nel sonno, tra loro figli e nipoti dell'assassino

Guaita a pag. 14



L'omaggio di Roma



Un anno senza Francesco: l'eredità raccolta da Leone

Franca Giansoldati

A un anno dalla morte di Papa Francesco, la Chiesa si trova davanti a un passaggio delicato: trasformare quel pontificato innovativo in un'eredità stabile e operativa. A pag. 9

DAL 6 MARZO AL 7 MAGGIO 2026

CONCORSO A PREMI E COLLEZIONAMENTO

E ORA... VINCONO TUTTI

PIU' TORNI PIU' VINCI

VIENI DA NOI A SCOPRIRE COME

WWW.PEWEX-SUPERMERCATI.IT

Il Segno di LUCA

TORO IN TRASFORMAZIONE

Come ogni anno, oggi il Sole fa il suo ingresso nel tuo segno. È il momento di fare il punto e mettere ordine nella tua vita, guardando dietro di te il percorso compiuto e davanti a te quello che ti aspetta. C'è Plutone che ti tiene ancora sotto tiro, le sfide nel lavoro non ti consentono di abbassare la guardia ma qualcosa in te ormai cambiato negli ultimi anni ha guadagnato libertà. Tra una settimana ti sentirai più leggero.

MANTRA DEL GIORNO
L'umanità nasce e cresce nel dialogo.

L'oroscopo a pag. 16

* Tardem con altri quotidiani (non associabili separatamente): nella provincia di Padova, Lecco, Brescia e Trento, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con l'Inchiesta € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40; nel Molise, il Messaggero - Primo Piano; Roma € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50; Guida ai migliori itinerari in bicicletta di Roma e dintorni* - € 9,90 (Roma); Pasqua a Roma* - € 9,90 (Roma)

“Dopo 20 anni le liste d’attesa si riducono Ma un esame su cinque andrebbe evitato”

Il ministro della Salute: “Il trend si è invertito, per aiutare chi attende ancora troppo bisogna ridurre gli sprechi”

PAOLORUSSO
ROMA

Per molti italiani i tempi per accedere a visite e accertamenti sono ancora troppo lunghi, ha ammesso la premier Giorgia Meloni nella sua informativa sull’azione del governo alla Camera. Ma il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ci tiene a precisare con i numeri che i due anni dal varo del suo decreto “taglia code” non sono passati invano. «Questo è un luogo comune smentito dai dati. Per la prima volta dopo vent’anni di peggioramenti documentati, il trend infatti si è invertito», afferma citando i dati ancora inediti della Piattaforma nazionale di Agenas, «che ha analizzato 50 milioni di prenotazioni e che renderemo pubblici il mese prossimo. Numeri reali, non aneddoti».

Può anticiparci qualcosa?

«Nel confronto tra il primo bimestre del 2025 e quello del 2026, gli esami diagnostici erogati nel rispetto dei tempi di legge sono cresciuti di quasi due punti percentuali, le visite specialistiche di quasi tre».

Non sembra una gran cosa...

«E invece sì, perché oltre a rappresentare un’inversione di tendenza, si deve considerare che i numeri dello scorso anno erano spesso falsati da agende chiuse artificialmente e da “galleggiamenti” che facevano scattare il timer non dalla prima chiamata al Cup, ma da un ricontatto successivo. Pratiche che ho contrastato duramente e continuerò a contrastare dove si dovessero ancora accertare. Guardi però i risultati sul territorio: l’Asl di Caserta in Campania garantisce Tac del torace con tem-

pi medi di soli 4 giorni per la classe B, meno della metà della soglia prevista. L’Inrca delle Marche assicura visite cardiologiche con appena 6 giorni di attesa per la classe B che va garantita entro 10 giorni e solo 6 giorni anche per la classe D, ben al di sotto dei 30 giorni previsti. L’Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana in Toscana eroga visite oculistiche in soli 5 giorni sia per la classe B che per la classe D. Ovviamente potrei citare molti altri casi».

Vuol dire che da qualche parte si continuano a utilizzare trucchi e trucchetti per sgonfiare artificialmente le liste?

«Diciamo che c’è ancora qualche numero un po’ inverosimile. Ma posso assicurarle che non pubblicheremo tempistiche di cui Agenas non abbia potuto verificare la correttezza. Va detto però che in una netta maggioranza dei casi i dati sono ora ripuliti e lontani dall’aneddotica di questi anni, visto che per gli esami diagnostici siamo all’87,2% delle prestazioni erogate entro i termini fissati per legge, mentre per le visite specialistiche siamo all’80,9%».

Si sente di dire che è merito del suo decreto taglia code?

«Il decreto legge 73 funziona dove viene applicato e a dirlo sono ancora una volta i numeri. Le faccio qualche altro esempio. La Liguria ha puntato sul recall attivo dei pazienti in agenda - quel 20% che prenota e poi non si presenta, facendo slittare i tempi degli altri - e ha ottenuto un miglioramento del 40% nel rispetto dei tempi. L’Umbria segna un +25%. Il Piemonte ha esteso l’apertura degli ambulatori e dei

reparti di diagnostica alla sera e nei fine settimana, con risultati misurabili sulle liste. Complessivamente, oltre mille ospedali hanno migliorato le proprie performance di almeno il 20% su base annua. Non è un successo uniforme, ma è la dimostrazione che chi usa gli strumenti messi a disposizione dalla legge ottiene risultati concreti».

Però ci sono italiani che attendono ancora troppo...

«Quel 20% abbondante di prestazioni urgenti non offerte nei tempi previsti va ancora aggredito. E non basta aumentare l’offerta se il problema ha radici strutturali: se una regione somma 888 prescrizioni ogni mille abitanti e un’altra supera quota 1.500, la forbice racconta da sola quanto le prestazioni non necessarie ingolfino il sistema. Il 20% delle visite e degli esami richiesti in Italia è considerato inappropriato. Un eccesso prescrittivo che costa circa 20 miliardi l’anno, frutto di medicina difensiva e di percorsi diagnostici carenti sul territorio».

Cosa intendete fare?

«Per aggredire questo fronte, il ministero della Salute, insieme all’Istituto Superiore di Sanità, sta via via pubblicando le linee guida relative alle prescrizioni per le venti visite specialistiche e prestazioni diagnostiche più richieste in Italia. Uno strumento concreto per orientare i medici verso una prescrizione ap-



propriata, ridurre gli esami inutili e liberare risorse per chi ne ha davvero bisogno. Una misura attesa da tempo, che interviene a monte del problema invece di rincorrerlo. La risposta non può essere solo aumentare l'offerta».

Quali altri interventi sono necessari?

«Serve lavorare sui percorsi di cura e sulla presa in carico dei pazienti cronici e fragili, che per una visita di controllo non dovrebbero passare dal Cup, ma ricevere l'appuntamento direttamente dal centro che li ha in carico. Servirà far lavorare a regime case e ospedali di comunità. Servirà la digitalizzazione: il fascicolo sanitario elettronico per evitare di duplicare esami già eseguiti, e piattaforme come Mia di Agenas -

in fase di sperimentazione - che con l'intelligenza artificiale supporterà i medici nelle scelte prescrittive».

L'ultimo report di Agenas però rivela che solo il 4% delle Case di comunità funziona a pieno regime...

«Mi auguro che con uno scatto al photo finish le Regioni diano ora attuazione con accordi locali alla nuova convenzione dei medici di famiglia che garantisce la presenza di tre professionisti per ogni turno di lavoro. Così come spetta a Regioni e aziende sanitarie distaccare nelle nuove strutture i medici specialisti oggi dispersi negli ambulatori Asl ed ospedalieri. Noi dal canto nostro abbiamo stanziato 600 milioni per fare nuove assunzioni.

Superando antichi steccati è possibile farcela».

I suoi rapporti con le Regioni sono stati a volte burrascosi. Come vanno ora?

«Non li definirei burrascosi, perché l'invito è sempre stato indirizzato a una collaborazione leale, come ha ribadito recentemente anche Giorgia Meloni. Segnali come il cambio di passo in Campania fanno ben sperare: il nuovo governatore, passando dai proclami al lavoro concreto, è riuscito a far uscire la regione dal Piano di rientro. Un segnale che la strada esiste e che le leve ci sono. Posso aggiungere i buoni risultati che arrivano dalla Liguria, dal Piemonte, dalle Marche oltre che dalle più note Veneto, Toscana e Lombardia. La nuova Agenas

sta lavorando con confronti diretti con le singole amministrazioni regionali per individuare i colli di bottiglia e replicare le pratiche che funzionano. I numeri indicano che la direzione è quella giusta. La velocità regionale, ancora, non basta».—

Va aggredito quel 20% abbondante di prestazioni urgenti che non vengono offerte nei tempi previsti



Orazio Schillaci
Ministro della Salute

Inumeri

Nel primo bimestre del 2026, rispetto allo stesso periodo del 2025, gli esami diagnostici erogati nei tempi di legge sono cresciuti di quasi due punti percentuali e le visite specialistiche di quasi tre (dati Agenas)



LA CRISI SILENZIOSA: COME SALVARE IL CUORE DELLO STATO SOCIALE ITALIANO

SANITA', LA SFIDA TRA BILANCIO E CURE

di Sergio Harari

In questi mesi è lo scenario internazionale a catalizzare le attenzioni non solo della politica ma di tutti, il mondo sta cambiando rapidamente sotto i nostri occhi, ci ritroviamo così impotenti spettatori di un film che scorre rapidamente sugli schermi delle nostre vite. Mentre il conflitto in Iran è ancora aperto, il Libano viene attaccato e l'Ucraina continua a resistere fieramente all'invasore, i problemi del Paese sembrano passare in secondo piano ma restano ad attenderci.

L'Ocse ha recentemente reso pubblico un documento il cui titolo dice già molto: «Bilanciare resilienza e sostenibilità in tempi difficili», dove una parte centrale è dedicata alla sanità e al welfare.

Partiamo da alcuni dati di questo lavoro: nel 2024 la spesa sanitaria reale è stimata in crescita di circa il 4% in media Ocse, sopra i ritmi pre pandemia, mentre il Pil è cresciuto molto meno. Nel 2024 la quota di spesa sanitaria sul Pil della media Ocse è attorno al 9,3%, sotto il picco del 2021 (9,6%) ma circa 0,5 punti sopra il 2019 e la crescita è stata trainata soprattutto dalla spesa pubblica. La sanità è il secondo capitolo di spesa dopo la protezione sociale; tra 2013 e 2023 la quota di bilancio pubblico destinata alla salute è salita in media di circa 1 punto, fino a circa il 15% della spesa totale. Le prospettive macro fiscali (debito e deficit elevati, crescita moderata) limitano il margine per ulteriori aumenti di spesa sanitaria: molti Paesi mantengono una buona crescita nel 2025 ma prevedono un rallentamento o una crescita reale negativa intorno al 2026-2027. Le riforme in corso puntano su tre grandi direttrici: aumento dell'efficienza (riduzione degli sprechi, ribilanciamento pubblico privato, più cost sharing in alcuni Paesi), rafforzamento delle cure primarie, riassetto dell'ospitalità e forte investimento nel digitale e nell'utilizzo dell'intelligenza artificiale.

Questo è il panorama generale dei Paesi Ocse ma come si posiziona l'Italia?

Nel 2019 la spesa sanitaria pubblica italiana era pari al 6,4% del Pil; durante il 2020-2021 è

salita rispettivamente al 7,3% e 7,0% per gli sforzi legati al Covid 19. Dal 2022 si è osservata una fase di «rientro»: 6,6% del Pil nel 2022 e 6,2% nel 2023, quindi leggermente sotto il 2019 in quota Pil, pur con valori nominali più elevati. Per il 2024-2027 il Documento di finanza pubblica prevede una crescita nominale ancora sostenuta ma con stabilizzazione della quota sul Pil al 6,3-6,4%, cioè ritorno su livelli sostanzialmente pre pandemici. In altri termini, l'Italia programma di mantenere la sanità intorno a 6,4% del Pil, senza quel progressivo incremento strutturale (verso 7-8% del Pil) che si osserva in diversi sistemi avanzati e ben al di sotto del livello medio Ocse del 9,3% (dato che comprende tutta la spesa, non solo quella pubblica), ma anche considerando la componente privata il nostro resta un Paese a bassa spesa rispetto ai grandi sistemi ad alto reddito.

L'Italia è presentata come esempio di Paese che, dopo un biennio di rallentamento (2022-2023), prevede una crescita nominale relativamente robusta nel 2024-2026, ma con un obiettivo esplicito di riportare la spesa sanitaria su un sentiero «pre pandemico» in rapporto al Pil. Questo rende probabile che il margine per ulteriori espansioni (nuovi livelli di copertura, robusto incremento di organici, ecc.) sia assai limitato. La scelta italiana di ritornare al 6,4% del Pil implica che il rafforzamento della resilienza dovrà avvenire principalmente tramite il recupero di efficienza (riduzione degli sprechi, riprogettazione del mix ospedale-territorio), sebbene molto in questo senso sia stato già fatto negli ultimi anni e investimenti in prevenzione ed eventuale riallineamento pubblico privato (maggiore compartecipazione, con tutti i rischi di equità che ne conseguono).

Si delinea uno scenario in cui le politiche del nostro Paese su *primary care*, riforma ospedaliera e sanità digitale, accompagnate da investimenti mirati, diventano cruciali per non vedere peggiorare la qualità e l'equità sociale a fronte di vincoli di spesa stringenti. Il Servizio sanitario nazionale che sinora ha rappresentato uno dei pilastri sui quali si fonda la nostra società, se non ben governato e indirizzato, con risorse così limitate non può farcela, rischia così di crollare uno dei capisaldi che negli ultimi decenni hanno garantito la stabilità dello Stato sociale.

**Il pericolo
Il Servizio sanitario se non ben
governato e indirizzato, con risorse
così limitate non può farcela: rischia
così di crollare**



Errori di medici e sanitari, risarcimenti più sicuri Ecco che cosa cambia

di PAOLO GOLINUCCI

Maggiore certezza di essere risarciti nei casi di responsabilità civile della struttura sanitaria e/o dei sanitari. Stop alle «autoassicurazioni improvvisate» (o assicurazioni fai da te). Queste le principali tutele per i cittadini dalla piena entrata in vigore del decreto attuativo della «legge Gelli» su sicurezza delle cure e responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie.

Dal 16 marzo per ospedali, cliniche, strutture sociosanitarie è ridisegnata in modo strutturale la gestione del rischio sanitario, soprattutto per quelli che scelgono la «autoritenzione» (o «autoassicurazione») totale o parziale in alternativa alla polizza di Rc.

C'è «autoritenzione totale» se la struttura sanitaria non stipula alcuna polizza per la responsabilità civile e deve provvedere con proprie risorse al pagamento di eventuali richieste danni avanzati dai pazienti per casi di «medical malpractice».

L'«autoritenzione parziale» avviene quando la struttura sanitaria ha la propria polizza di Rc, ma con una quota del danno che resta a suo carico in caso di sinistro (la cosiddetta

«franchigia»).

Secondo l'Ivass, l'istituto di vigilanza sulle assicurazioni, nel 2024 in Italia le strutture sanitarie che si sono protette con polizza di responsabilità civile hanno speso 691 milioni di premi, mentre gli ospedali pubblici a

tutela della loro «autoritenzione» hanno accantonato circa 500 milioni di euro ed un valore complessivo di fondi per 2,3 miliardi di euro.

Le conseguenze

Numeri che dovranno crescere fortemente per accantonare esattamente i valori finanziari per l'assunzione diretta del rischio, in alternativa al pieno utilizzo della polizza, che devono essere appositamente posti in bilancio, attraverso la creazione di due fondi distinti. Il primo è il fondo rischi, destinato a coprire i sinistri attesi ma non ancora denunciati, sulla base di una stima prospettica coerente con tipologia e volume delle prestazioni erogate. Il secondo è il fondo riserva sinistri, che accoglie gli importi relativi ai sinistri già denunciati ma che non stati ancora liquidati. Gli accantonamenti devono essere



L'ECONOMIA

congrui nella loro entità, dinamici e certificati da un revisore legale o dal collegio sindacale.

Le strutture devono inoltre istituire una funzione interna di comitato valutazione dei sinistri con competenze minime in medicina legale, loss adjusting, ambito giuridico e risk management. La logica è chiara: evitare che l'autoassicurazione diventi una scorciatoia di bilancio priva di adeguati presidi tecnici. Il sistema richiede processi continuativi di identificazione, analisi e monitoraggio dei rischi, oltre a una relazione annuale sull'efficacia delle misure adottate.

L'incremento degli accantonamenti può incidere sugli equilibri economico-finanziari delle varie strutture, ma al tempo stesso dà l'avvio ad un modello di governance del rischio sanitario più evoluto, in cui la responsabilità civile diventa parte integrante della pianificazione strategica aziendale.

Chi arriverà preparato alla scadenza del bilancio 2026 potrà trasformare l'obbligo normativo in un vantaggio competitivo.

Chi lo sottovaluterà rischia di andare incontro a tensioni di bilancio e criticità operative in un settore già esposto a forte pressione finanziaria e reputazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

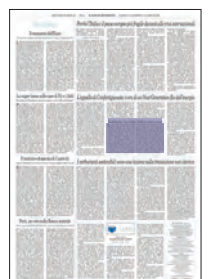
**Nel 2024 versati 691
milioni per le polizze
Rc. Il «pubblico»
ne ha accantonati circa
500 per un totale
di 2,3 miliardi di euro**



Sanità bocciata. Cosa c'è dietro il duello tra regioni e governo

La bocciatura del disegno di legge delega sulla riforma del Servizio sanitario nazionale da parte della commissione Salute della Conferenza delle regioni non è un incidente, ma il risultato prevedibile di un metodo sbagliato. Il governo ha scelto di accelerare, riducendo il confronto con le regioni a un passaggio formale, proprio su una materia in cui le regioni hanno competenze decisive e gestiscono ogni giorno ospedali, pronto soccorso, liste d'attesa e carenza di personale. Il parere è severo: tempi inadeguati, obiettivi poco chiari e soprattutto assenza di risorse. La clausola di invarianza finanziaria rende poco credibile una riforma che promette più assi-

stenza territoriale, cure intermedie, digitalizzazione e riduzione delle attese senza prevedere nuovi fondi. Il testo appare così più come un elenco di intenzioni che come una vera riforma capace di affrontare i problemi reali della sanità italiana. Le regioni contestano proprio questo scarto tra ambizione e realtà. A questo punto il governo ha davanti due strade: andare avanti da solo, aprendo una stagione di scontri e contenziosi, oppure fermarsi, riaprire il tavolo e riscrivere la riforma con risorse vere e obiettivi più credibili.



L'AI che cura Diagnosi veloci e salute: ora può cambiare tutto

di **GIOVANNI VASSO**

Diciamoci la verità: tutti ne parlano, ma ancora pochi, pochissimi, hanno capito a che cosa possa mai servire davvero quest'intelligenza artificiale. C'è chi ne parla come di un nuovo salto in avanti che porterà i computer a dominare le nostre esistenze. C'è chi, invece, teme che si tratti di un'altra scusa per tagliare migliaia e migliaia di posti di lavoro, a rischio obsolescenza. E poi c'è chi, come il comparto medico e quello farmaceutico, hanno capito come utilizzare gli algoritmi: per provare, riprovare, confrontare e analizzare, sperimentare e trovare nuove cure, nuove soluzioni e più tempestive diagnosi per i pazienti di tutto il mondo.

Il mondo, tutti noi, non ha ancora capito come utilizzare e soprattutto a cosa possa (davvero) servire l'intelligenza artificiale. Il dubbio, nei mesi scorsi, è venuto persino ai manager e ai (tanti) Lupi di Wall Street di fronte all'enorme massa di miliardi mossa per sviluppare progetti sempre nuovi e acquisti in serie di chip e altri prodotti hi-tech per supportare le piattaforme degli algoritmi. Per nostra fortuna, però, ci sono i medici e i ricercatori che, prima degli altri, sono riusciti a dare un senso alla nuova mirabolante invenzione tecnologica. Usare gli algoritmi consente di analizzare milioni e milioni di dati, in tempi tanto ve-

loci che a un uomo, forse, servirebbero due vite. Consente, vieppiù, di risparmiare in termini di costi: si può sperimentare già su carta, pardon su "digitale", e così si possono individuare e scegliere fin da subito i filoni di ricerca più promettenti e perseguirli, poi, anche in laboratorio. L'intelligenza artificiale, quindi, consente di fare un lavoro preziosissimo: separare il grano dal loglio. E consente di risparmiare tempo, denaro. E, forse, tantissime vite umane.

Una delle applicazioni più promettenti dell'AI in campo medico è rappresentata dalla diagnostica. Gli algoritmi, che riescono a valutare informazioni a getto praticamente continuo, potrebbero darci una mano, importante, sul fronte della prevenzione. Che, come sappiamo, è tutto quando si parla di malattie. Anche di quelle gravi come, purtroppo, sono i tumori. Come riporta Panorama, per esempio, a Milano c'è un progetto sperimentale che è davvero interessantissimo. In pratica, l'intelligenza artificiale è stata implementata all'analisi mammografiche. L'iniziativa del Centro Humanitas promette di arrivare addirittura alla medicina predittiva. In pratica, analiz-



L'IDENTITÀ

zando le lastre e confrontandole con le banche dati delle pazienti, i sistemi informatici potrebbero anticipare, fino a 24 mesi prima, una diagnosi di tumore al seno. Si tratta di un passo avanti epocale. Contestualmente, però, siamo pure di fronte a un problema di natura legale e giuridica. Al di là delle possibilità di errore che ogni diagnosi, persino quelle digitali, porta con sé, c'è il tema del trattamento e delle cure sanitarie. Si può curare un paziente sano oggi perché, domani, potrebbe incorrere nell'insorgenza di una patologia seria? E come? Ecco, dunque, le implicazioni dell'intelligenza artificiale anche nel diritto. La necessità di capire, di fare delle leggi serie e concrete, di tenere conto di ogni possibile risvolto. Che tocca il diritto alla salute, ma pure quello della libertà, finché possibile, di terapia. Per giungere, poi, alle possibili conseguenze sulla sfera più intima e religiosa dell'individuo. Come ci si pone, rispetto a quanto si crede di più sacro, davanti a un'ipotesi del genere? In Italia c'è un dibattito forte che si trascina, animando le coscienze, fin dai tempi di Eluana Englaro.

Un problema, questo, che dovranno

porsi pure a Bari. Già, perché la Regione Puglia ha avviato il progetto Genoma che punta a uno screening genetico dei nuovi nati in tutto il territorio, per ricercare eventuali predisposizioni a malattie e patologie di ogni tipo. Un progetto che punta a diventare un modello da concretizzare in tutto il Paese. Ma anche qui i temi di natura etica restano e il diritto ha bisogno di affrontare, fin da subito, l'argomento. Tenendo ben presente che occorre contemperare il diritto alla salute con quello alla buona salute e alle terapie efficaci e giuste.

L'intelligenza artificiale, dunque, può aiutare i medici e i ricercatori. Ma necessita di essere "normata" come dicono quelli che la sanno lunga. E' necessario fissare delle leggi, dei paletti, per far sì che un'opportunità potenzialmente immensa come è appunto quella fornita dall'utilizzo degli algoritmi (anche) per la salute, si trasformi in un pantano giu-

ridico, legale e giudiziario.

Un altro ambito, fondamentale, in cui l'AI potrebbe cominciare a dire la sua riguarda la donazione degli organi. Un altro argomento di capitale importanza per la salute. Mai più casi come quello del piccolo Domenico a Napoli. In Lombardia si sta provando ad affidare proprio agli algoritmi la gestione del processo. A cominciare da quella delle liste, fino alle compatibilità in modo da garantire standard più elevati nella conservazione degli organi e nel loro utilizzo finale.

L'AI, intanto, continua a essere usata e con molto successo in ambito farmaceutico. La ricerca non si ferma mai. E il lavoro degli algoritmi consente ai ricercatori di risparmiare tempo, evitando progetti inutili e alle aziende è utile a risparmiare denari e capitali, aiutando chi prende le decisioni a investirli là dove è più giusto, e fruttifero (quindi utile) impiegarli.

**Da Milano a Bari,
una raffica di
progetti e modelli
molto promettenti
Ma restano i nodi
delle leggi che
ancora mancano**



(©Imagoeconomica)



MA L'AI NON SERVE SENZA MEDICI PREPARATI

ANTONELLA VIOLA

Di recente Elon Musk ha sostenuto che, nel giro di pochi anni, studiare medicina diventerà completamente inutile. Secondo la sua visione, l'intelligenza artificiale e i sistemi automatizzati saranno in grado di diagnosticare, decidere e intervenire meglio dei medici, rendendo superflua la formazione di nuovi professionisti.

È un messaggio che rischia di avere conseguenze concrete. Arriva come una sberla a chi ha già scelto questo percorso e alle famiglie che lo sostengono con sacrifici importanti. Ma soprattutto si inserisce in un momento delicatissimo per i sistemi sanitari, che stanno affrontando una carenza crescente di personale qualificato, particolarmente grave in alcune aree della medicina.

Il motivo per cui questa tesi è così pericolosa è che appare plausibile. L'intelligenza artificiale sta mostrando capacità impressionanti, soprattutto in ambiti ben definiti come l'analisi delle immagini radiologiche e istologiche o l'elaborazione di grandi quantità di dati clinici e genomici. In questi contesti i risultati sono spesso eccellenti, talvolta superiori a quelli umani. Da qui, però, il salto di Musk è arbitrario. La medicina, infatti, non è la somma di prestazioni tecniche ad alta accuratezza. È un processo decisionale che si svolge in condizioni lontane dall'ideale: dati incompleti, informazioni eterogenee, quadri clinici in evoluzione. Ma è anche – e forse prima di tutto – cura: empatia, ascolto, capacità di comprendere la persona oltre i suoi dati. In questo contesto di complessità, non basta individuare correlazioni. Bisogna stabilire quali siano rilevanti, quali plausibili, quali utili a orientare una scelta. È un passaggio che non riguarda la potenza di calcolo, ma il giudizio critico, la relazione, l'etica e la responsabilità. Proprio per queste ragioni, l'ingresso dell'intelligenza artificiale nella medicina non riduce il bisogno di competenze: lo rende più alto.

Serve, prima di tutto, una solida cultura scientifi-

ca che consenta ai medici di leggere i dati senza farsi ingannare. Senza dimestichezza con concetti come rischio assoluto e rischio relativo, sensibilità e specificità, falsi positivi e falsi negativi, l'output dell'algoritmo rischia di essere accettato per quello che appare, non valutato per quello che vale.

Ma non basta. Va rafforzato ciò che è sempre stato il cuore della medicina: il ragionamento clinico. La capacità di integrare dati e contesto, di leggere una storia nel tempo, di tenere insieme dimensioni biologiche e sociali. L'intelligenza artificiale lavora su ciò che le viene fornito; la pratica clinica, invece, inizia proprio dove i dati non sono completi, dove i casi si discostano dai modelli, dove le situazioni più complesse — e spesso più rilevanti — non rientrano nelle categorie standard.

A questo si aggiunge una nuova forma di alfabetizzazione. Non per trasformare i medici in informatici, ma per capire cosa fa — e cosa non fa — un modello: su quali dati è stato addestrato, in quali condizioni funziona bene, dove invece può fallire.

C'è infine un aspetto che raramente entra nel racconto tecnologico: la validazione. In medicina non basta che una tecnologia funzioni. Deve dimostrare, con studi rigorosi, di funzionare meglio delle alternative, in contesti reali. Deve essere integrata nei percorsi clinici, deve prevedere responsabilità chiare, deve essere valutata per gli errori che può generare. È un processo lungo, incompatibile con i tempi indicati da Musk.

Per tutte queste ragioni, l'idea che nel giro di pochi anni l'intelligenza artificiale possa rendere inutile studiare medicina non è una previsione sul futuro: è una lettura superficiale del presente. L'intelligenza artificiale cambierà profondamente la medicina, ma non la sostituirà. Più entrerà nella pratica clinica, più avremo bisogno di medici preparati per utilizzarla in modo consapevole. —



Servizio Le prime sperimentazioni

L'IA al posto del medico prescrive farmaci e fa consulenze: dallo Utah al Salvador

Arrivano le prime applicazioni di intelligenza artificiale che non affiancano i medici ma li sostituiscono in alcune attività

di Marzio Bartoloni

17 aprile 2026

L'intelligenza artificiale è già realtà nell'attività clinica di tutti i giorni a esempio è ampiamente utilizzata nelle apparecchiature di diagnostica come risonanze e tac di ultima generazione affiancando e aiutando i camici bianchi a leggere meglio i risultati degli esami. Ma finora non aveva preso ancora il posto dei medici come invece sta cominciando a fare nello stato dello Utah negli Stati Uniti o a El Salvador dove addirittura l'intelligenza artificiale oltre a prescrivere medicinali ai pazienti può fornire delle prime consulenze mediche. Attenzione, in questi due maxi sperimentazione l'AI non ha abolito la figura dei medici, ma sono però allo stesso tempo due esperimenti che aprono la porta ad un mondo ancora inesplorato che può da una parte velocizzare e semplificare la vita ai pazienti, ma dall'altro allentare il rapporto tra medico e paziente già oggi molto sfilacciato.

Il progetto nello Utah: l'IA prescrive farmaci

La sperimentazione nello Stato dello Utah è partita a gennaio scorso, la prima di questo genere, e durerà per un anno e nasce da una collaborazione con un'azienda la Doctronic che ha rilasciato uno strumento basato appunto sull'intelligenza artificiale che prevede appunto la possibilità di fare prescrizioni farmaceutiche senza il coinvolgimento dei medici. Il software per ora è stato programmato soltanto per rinnovare ricette di medicinali che i pazienti assumono periodicamente per patologie già diagnosticate e riguarda in particolare meno di 200 farmaci inclusi corticosteroidi, statine, antidepressivi, ormoni e anticoagulanti. Per ora sono escluse le ricette relative a oppioidi, farmaci iniettabili e terapie per l'Adhd. La sperimentazione è stata anche al centro nei giorni scorsi di un articolo su Jama che ha cercato di metterne in fila i benefici come la riduzione degli errori - lo strumento ha mostrato una accuratezza superiore al 99% - e una maggiore accesso alle cure, ma anche rischi come l'opacità algoritmica e soprattutto indebolimento del rapporto medico-paziente.

L'accordo di Google con El Salvador

Nei giorni scorsi il presidente di El Salvador, Nayib Bukele, ha annunciato che affiderà gran parte della gestione del sistema sanitario pubblico all'intelligenza artificiale di Google. In un discorso radiofonico e televisivo nazionale, il leader conservatore ha spiegato che i suoi connazionali avranno accesso all'applicazione mobile chiamata Doctorsvapp, dove sarà possibile, tra le altre novità, ottenere una prima consulenza e ordinare esami di laboratorio, ma anche monitorare il trattamento dei pazienti affetti da malattie croniche come diabete, ipertensione e colesterolo alto.

Si tratta della seconda fase del programma per smartphone lanciato nel novembre 2025 e supportato dall'IA Gemini di Google. "Sono molto emozionato, perché stiamo creando il miglior sistema sanitario al mondo", ha dichiarato Bukele durante l'evento trasmesso anche sui social. L'annuncio è stato dato insieme a Guy Nae, direttore di Google Cloud per il Settore pubblico in America Latina, e agli specialisti Edgardo Von Euw e Stella Aslibekyan. "Lo spirito di questo programma è che nessun salvadoregno affetto da una malattia cronica debba rinunciare alle cure", ha detto Euw.

In Italia l'IA entra negli studi dei medici

E in Italia? Con i fondi del Pnrr è stato finanziato un progetto che ha creato una piattaforma per i medici di famiglia interrogabile dal pc - anche sotto forma di app - mediante un'interfaccia conversazionale di semplice utilizzo che prevede una architettura tecnologica basata sull'intelligenza artificiale. Il medico potrà fare domande a "Mia" la quale a sua volta attingerà da una base di conoscenze "validate e certificate": si tratta di fonti informative e documenti ufficiali come linee guida, protocolli, normative, letteratura scientifica, percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, nomenclatori, ecc. Il progetto partito da poco prevede una implementazione progressiva da parte dei primo 1500 medici di famiglia sperimentatori dei tre casi. Durante quest'anno si prevede anche l'implementazione di un piano di formazione per abilitare i medici all'utilizzo dello strumento e a incrementare le proprie conoscenze sull'intelligenza artificiale. Infine l'ultima fase prevista è quella di gestione e manutenzione della Piattaforma, a partire da gennaio 2027, che prevede una progressiva estensione agli altri medici di famiglia che lavorano per il Ssn: dopo i primi 1500 sarà esteso ad altri 3mila camici bianchi nel 2027, poi altri 7500 e infine altri 15mila.

LA RICERCA

Il benessere non c'è più famiglie schiacciate da casa, bollette e sanità

Dal boom economico alla stagnazione, l'Istat indica i cambiamenti abitazione, cibo e trasporti assorbono i due terzi della spesa

di **ROSARIA AMATO** ROMA

Nei 165 anni che ci separano dall'Unità d'Italia il Pil pro capite è cresciuto di dodici volte, e i consumi, aumentati lentamente fino agli anni Cinquanta, con il boom economico si sono moltiplicati per cinque. Ma è una lunga corsa che si è arrestata da un bel pezzo: la quota di consumi non strettamente necessari (istruzione, sport, cultura, tempo libero) si è ridotta negli ultimi trent'anni, e le spese obbligate (abitazione, prodotti alimentari e trasporti) assorbono ormai i due terzi del totale, molto di più rispetto al 63% della Spagna e al 56% di Francia e Germania. Sono le istantanee scattate dal report "I consumi cambiano insieme al Paese", pubblicato dall'Istat all'interno delle statistiche dedicate al centenario dell'istituto, che cade quest'anno.

Tanti passi in avanti, tanti cambiamenti, ma anche pericolosi segnali di retromarcia. Certo non torneremo ad essere il Paese rurale con un'alta quota di analfabetismo del secondo Dopoguerra, dove molte famiglie si limitavano alle spese necessarie, e spesso non riuscivano neanche a soddisfare il proprio fabbisogno: nelle aree interne e nel Mezzogiorno la malnutrizione era diffusa. Eppure colpisce il dato sul gap tra il Sud e il resto del Paese, che è fortemente peggiorato: negli anni Cinquanta le famiglie del Mezzogiorno spendevano il 12% in meno rispetto alla media nazionale, adesso questa percentuale è arrivata al 20%.

Ancora più significativo, perché riguarda tutto il Paese, il dato sulla sanità. Tra il 1978 e il 1980, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, le spese per la salute sono scese dal 3,9 all'1,3% del totale. Ma poi hanno cominciato lentamente a risalire, prima per l'introduzione dei ticket, e poi a causa dell'invecchiamento della popolazione e delle disfunzioni del servizio pubblico, che spingono un numero sempre maggiore di cittadini a provvedere per proprio conto alle visite specialistiche e ad altre necessità legate alla salute: oggi siamo tornati al punto di partenza, con una quota di spesa del 4%.

Certo, uno sguardo d'insieme restituisce innanzitutto l'immagine di un Paese che si è evoluto, non solo economicamente. Già tra il 1953 e il 1963 il numero delle vetture che pagano la tassa di circolazione si è moltiplicato per sei, nel 1966 il 31% delle famiglie possedeva un'auto. Poi arrivano, pian piano, anche gli elettrodomestici: nel 1966 il 60% delle famiglie possedeva già il televisore e il frigorifero, e il 32% la lavatrice.

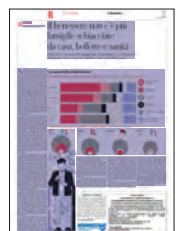
I consumi degli anni Novanta raccontano invece la corsa della rivoluzione digitale: nel 1990 l'84% possedeva il telefono fisso, e nel 1997 la quota superava il 90%. Ma poi è arrivato il mobile, per cui nel 2024 il 96,5% delle famiglie possiede almeno un telefono cellulare, mentre la quota dei titolari di una linea fissa si è ridotta al 36,4%.

A caratterizzare gli ultimi trent'anni quella che l'Istat chiama la "terziarizzazione" dei consumi: destiniamo ai servizi la metà della spesa, la stessa quota del bilancio mensile che negli anni '70 era riservata a generi alimentari, bevande e

tabacchi.

Ma gli ultimi 20 anni segnano il passo. Già si vede dalla curva del Pil pro capite: sale ininterrottamente dall'Unità d'Italia, salvo la caduta negli anni della Seconda Guerra Mondiale, ma dal 2001 si ferma: è la stagnazione. Cambiano anche i consumi, e stavolta raccontano una storia di difficoltà crescenti nel far quadrare i bilanci familiari. Le spese alimentari si riducono dal 52,4% del biennio 1953/54 al 21% attuale, ma anche le spese riservate a sport, cultura, salute e tempo libero si ridimensionano rispetto al 17,8% del 1994, passando all'attuale 16,2%.

Soprattutto, spaventa la crescita delle spese per l'abitazione e le utenze, che nel '53/'54 rappresentavano solo il 12,5% del totale (anche perché ancora negli anni Cinquanta solo il 7,4% delle abitazioni italiane aveva contemporaneamente acqua corrente, bagno e luce elettrica). Sono poi passate al 16% dieci anni dopo, al 24,3% del 1994, e nel 2024 hanno raggiunto la quota del 35,7%, un'esplosione dovuta agli aumenti esorbitanti dei costi dell'energia elettrica e del gasolio per il riscaldamento dovuti alle guerre e agli shock geopolitici globali degli ultimi anni.



LO SPAZIO EUROPEO DEI DATI SANITARI: UNA SFIDA PER L'ITALIA

Un terreno cruciale non solo per la promozione
della salute ma anche per la crescita economica

di **Americo Cicchetti***

Molti sostengono che i dati rappresenteranno il «nuovo petrolio».

I dati sanitari, da questo punto di vista, hanno un valore inestimabile per la ricerca, la qualità delle cure ma anche per lo sviluppo di nuovi farmaci e dispositivi.

Il modo in cui i singoli Paesi dell'Unione Europea daranno attuazione al Regolamento sullo Spazio Europeo dei Dati Sanitari (Ehds), sarà cruciale per la promozione della salute ma anche per la crescita economica: questa sarà una sfida di sistema.

Ma il tempo è una variabile decisiva. Non si tratta semplicemente di recepire una norma europea: in gioco c'è la capacità di costruire un modello

nazionale capace di trasformare dati, competenze e infrastrutture in leve concrete per la governance, la ricerca e l'innovazione.

Occorre incidere sui contenuti e sulle scelte operative. In passato l'Italia non sempre è riuscita a orientare questi passaggi strategici.

Per evitare che anche questa diventi un'occasione mancata, è necessario superare ogni approccio passivo o meramente burocratico.

Non basta adeguarsi: bisogna contribuire alla costruzione delle regole, attraverso una presenza qualificata e continua nei tavoli europei.

Le basi, tuttavia, non mancano.

L'Italia dispone di competenze, infrastrutture e capacità già sviluppate, in particolare nell'uso secondario dei dati.

La sfida non è quindi inventare ex novo, ma mettere a sistema ciò che esiste e valoriz-

zarlo nei contesti decisionali europei.

Per riuscirci servono tre elementi: fiducia, collaborazione e qualità delle relazioni.

L'attuazione dell'Ehds non può essere il risultato di iniziative isolate, ma di un ecosistema capace di operare come una rete integrata.

Diventa quindi essenziale costruire uno spazio stabile di confronto tra istituzioni, università, ricerca, industria, imprese innovative e associazioni di pazienti.

La qualità di queste connessioni determinerà la capacità dell'Italia di trasformare una trasformazione normativa in un vantaggio competitivo. Servono piattaforme operative che favoriscano un dialogo continuo e consentano di arrivare preparati alle scadenze europee, contribuendo in modo coordinato alla definizione delle soluzioni.

La sfida non è solo tecnica o normativa, ma culturale e or-

ganizzativa: costruire una comunità capace di trasformare l'Ehds da obbligo regolatorio in leva strategica per il Servizio sanitario nazionale.

Soltanto così l'Italia potrà cogliere appieno questa opportunità e posizionarsi tra i Paesi più avanzati in questa transizione.

**Professore Ordinario di Organizzazione Aziendale
Facoltà di Economia,
Università Cattolica
del Sacro Cuore,
Campus di Roma*

**Non basterà adeguarsi,
bisognerà contribuire
alla costruzione
delle regole attraverso
una presenza
qualificata e continua
nei tavoli continentali**



FATTI

La "clinica Crosetto", le analisi e la riforma della sanità militare

STEFANO VERGINE a pagina 7

LA REPLICA DEL MINISTERO DELLA DIFESA: «NESSUN CONFLITTO D'INTERESSI»

La grande riforma della sanità militare
Così la "clinica Crosetto" può sfruttarla

Il ministro ha puntato sulla riforma del sistema sanitario dell'esercito che crea le basi per l'ingresso di soggetti privati. Sua moglie è da poco entrata nella proprietà di un poliambulatorio accreditato. Tra i soci un imprenditore in affari con la Difesa

STEFANO VERGINE

Mettere i medici militari al servizio anche dei civili, così da abbattere le liste d'attesa del Servizio sanitario nazionale. È questa una delle novità più sponsorizzate della riforma della sanità militare voluta dal ministro della Difesa, Guido Crosetto. Analizzando il decreto legislativo si scopre però che c'è anche un altro aspetto: della riforma potrebbero beneficiare i poliambulatori privati. E chi è da poco diventata proprietaria di un poliambulatorio privato? Sua moglie, un amico del ministro e un imprenditore attivo nel settore della difesa.

Per comprendere la questione bisogna chiarire come funziona la sanità per i militari, cioè carabinieri, esercito, aeronautica e marina. Attualmente, un appartenente a questi corpi si rivolge ai medici militari per farsi attestare l'idoneità al servizio, mentre per curarsi o fare esami deve solitamente uscire dalla caserma e passare come tutti attraverso il Servizio sanitario nazionale (Ssn). La riforma prevede che i medici militari potranno d'ora in poi fornire ai loro colleghi e relativi familiari anche servizi di sanità pubblica, riducendo così il carico di lavoro in capo al Ssn.

Visto com'è stato organizzato finora il sistema, il problema è che all'interno delle forze arma-

te attualmente i dottori sono quasi tutti specializzati in medicina del lavoro o legale. Pochissimi quelli di medicina generale, ancora meno gli specialisti. D'altronde, finora non c'era stato bisogno. Cosa farà d'ora in poi un militare o un suo familiare che vuole farsi visitare da un medico di medicina generale o da uno specialista?

La rete di poliambulatori

La riforma prevede che il ministero della Difesa possa sviluppare «un sistema di poliambulatori da autorizzare all'esercizio dell'attività sanitaria, ed eventualmente da accreditare presso il Ssn» con stipula di accordi contrattuali con le Asl. In pratica viene creata una rete nazionale di poliambulatori militari, che possono operare come se fossero strutture Ssn, intercettando i fondi del sistema sanitario pubblico. Questi poliambulatori operano attraverso Difesa Servizi Spa, società in-house del ministero. Su questo punto la riforma prevede anche che, in mancanza di personale interno, i poliambulatori militari possano reclutare sanitari provenienti da strutture esterne, pagati con fondi pubblici; ecco perché un poliambulatorio privato potrebbe beneficiare della riforma. C'è poi un altro potenziale vantaggio. Il decreto legislativo introduce per medici e psicologi militari la possibilità di svolgere la libera professione all'interno delle strutture militari, ma con una specificità: se

gli spazi militari non sono adeguati, si legge, «il ministero della Difesa può stipulare convenzioni con la Difesa Servizi Spa, enti pubblici e soggetti privati convenzionati con il Ssn». Insomma, poliambulatori privati accreditati potranno ricevere medici militari che esercitano la libera professione e, per questo servizio, verranno rimborsati con soldi pubblici. La riforma crea insomma le condizioni affinché soggetti privati della sanità, in particolare poliambulatori già accreditati con Ssn, possano accedere al mercato della sanità militare aperta ai civili.

La clinica della moglie

Per questi motivi colpisce il fatto che Gaia Saponaro, moglie di Crosetto, sia diventata da poco azionista di una società proprietaria di un poliambulatorio che dal 2024 è accreditato con il Ssn. L'impresa è la A&O Srl. Il poliambulatorio — dotato di specialisti di vario genere, dagli ortopedici ai cardiologi, dagli osteopati ai gastroenterologi — si chiama invece Centro Medico Flaminio, si trova appunto in zona Flaminio, a Roma, città dove ha sede il ministero della Difesa, lo Stato



DOMANI

maggiore e numerosi presidi sanitari militari. Saponaro ha comprato per 73.200 euro il 24 per cento della società nel giugno del 2025, sei mesi prima dell'approvazione in via preliminare della riforma da parte del Consiglio dei ministri. Insieme a lei sono entrati nella A&O come azionisti altri quattro soci: Giada Srl e Cmb Srl, con il 25 per cento a testa; Human Medica Srl, con il 2 per cento; la britannica Ginevra Ltd, con il 24 per cento. Ginevra è stata fondata a Londra da Giancarlo Innocenzi Botti, ex sottosegretario e compagno di partito di Crosetto 15 anni fa in Forza Italia, già socio del figlio del ministro, Alessandro, in un'altra impresa italiana (Entheos Worldwide) ora in liquidazione. Cmb è di Eugenio Bartoleschi, un chirurgo viterbese specializzato in ortopedia.

Human Medica è controllata da Fabio Cantarella, direttore di una clinica di medicina estetica a Fiuggi, che vanta partnership con il Circolo canottieri Roma, il Circolo canottieri Aniene e la Diplomatic and International Golf Association. Giada Srl è invece di proprietà di Gianluca Ferrara, imprenditore che controlla anche altre imprese in Italia. Tra queste dal 2023 c'è anche la T2 Srl, specializzata in servizi di ingegneria per il settore della difesa. La società vanta tra i suoi clienti più importanti Leonardo, Mbd e Thales Alenia Space. Sono tutti gruppi a controllo pubblico. Fino al 2022 Crosetto li ha rappresentati come presidente di Aiad, l'associazione industriale di categoria. Oggi il suo ministero è uno dei clienti principali di queste aziende. Come possiamo escludere che

un poliambulatorio privato beneficerà della riforma? Il ministero della Difesa ci ha risposto precisando che con la riforma «il sistema resta pubblico e sotto controllo, non viene esternalizzato ai poliambulatori privati. Quelli militari, in caso di carenza di personale, possono avvalersi di professionisti esterni tramite convenzioni dirette con singoli medici o psicologi, non tramite affidamenti a strutture private. Non è corretto affermare che i poliambulatori "reclutino strutture" o che i privati vengano automaticamente finanziati: i rimborsi pubblici non sono generalizzati, ma dipendono da specifici accordi, accreditamenti e dalla programmazione sanitaria regionale».

©RIPRODUZIONE RISERVATA



Il ministro della Difesa Guido Crosetto con Gaia Saponaro, sua moglie FOTO ANSA



LA CRONACA

Il neonato abbandonato e il dolore di una madre

ALESSANDRA KUSTERMANN — PAGINA 27

IL NEONATO ABBANDONATO E IL DOLORE DI UNA MADRE

ALESSANDRA KUSTERMANN*

«Ti auguro una vita piena di gioia e di serenità, che in questo momento non ti possiamo dare... Ti amo tantissimo». È difficile leggere le parole lasciate accanto al neonato nella "Culla per la vita" di Bergamo senza coglierne il significato profondo. Non siamo di fronte a un gesto di abbandono dettato dall'indifferenza, ma a una scelta forse dolorosa, certamente lucida e consapevole, attraversata da un sentimento evidente: l'amore.

Colpisce l'uso del plurale, che lascia intuire una decisione condivisa, probabilmente con un partner. E colpisce ancora di più il tempo presente: «ti amo». Non è un amore che si interrompe nel momento della separazione, ma un legame che continua, anche nella distanza. Questo elemento dovrebbe orientare il giudizio pubblico: non tutto ciò che appare come una rinuncia è davvero una fuga, e non tutto ciò che è separazione è disamore.

Non sappiamo nulla di questa donna, ed è giusto così. Il suo anonimato è un diritto che va rispettato senza forzature, senza ricostruzioni arbitrarie, senza il bisogno — spesso morboso — di riempire i vuoti con ipotesi. Non sappiamo se abbia partorito in casa o in ospedale, se fosse il primo figlio, se il parto sia stato semplice o complesso. Sappiamo però che il bambino è nato da pochissimo, è in buone condizioni, ha mangiato, ha un peso nella norma. Questo basta per affermare che non siamo di fronte a una situazione di incuria o abbandono nel senso più grave del termine.

Si tende spesso a considerare il parto fuori dall'ospedale come un'anomalia o addirittura come un comportamento irresponsabile. Non è così. Il parto domiciliare, se avviene in condizioni favorevoli, è una possibilità. Certamente l'ospedale offre maggiori garanzie in caso di complicazioni, ma non si può automaticamente dedurre che sia stato fatto qualcosa di sbagliato. Fare ipotesi, in questo caso, non aiuta a comprendere: serve solo ad alimentare giudizi. Quello che emerge con chiarezza è invece la

consapevolezza della scelta. Questa donna ha portato avanti la gravidanza e ha deciso di non interromperla, pur sapendo di non poter crescere il bambino. È un passaggio importante: non tutte le situazioni di difficoltà portano all'aborto, e non tutte le maternità possono essere vissute. Qui la maternità è stata attraversata fino in fondo, ma si è tradotta in una scelta diversa: affidare il bambino ad altri, nella convinzione che possa avere una vita più stabile, più serena, più sicura.

Esiste inoltre un tempo per ripensarci: il bambino non sarà dato immediatamente in adozione. Passeranno almeno due settimane. Questo elemento introduce una dimensione ulteriore di tutela e restituisce la complessità emotiva di queste situazioni, che non sono mai definitive nel momento in cui avvengono.

In un Paese segnato dal calo delle nascite, casi come questo non devono essere letti con allarme, ma con realismo. Sono sempre più rari, anche perché diminuiscono le gravidanze, gli aborti, le donne in età fertile. Ma proprio per questo raccontano qualcosa di essenziale: la maternità non è un automatismo, è una scelta complessa, che può includere anche il distacco quando le condizioni di vita non consentono di assumere quel ruolo.

C'è infine un elemento che considero decisivo: il luogo. Il bambino non è stato lasciato per strada, né in condizioni di rischio, ma in una struttura pensata per accoglierlo in sicurezza. Questo indica che il gesto non è stato improvvisato, ma pensato, costruito, accompagnato da una consapevolezza precisa.

Per questo credo che il messaggio più corretto sia uno solo: rispetto. Rispetto per una donna che ha compiuto una scelta difficile senza sottrarsi alle proprie responsabilità, rispetto per un bambino che ha davanti una possibilità concreta di vita, rispetto per una storia che non conosciamo e che non abbiamo il diritto di semplificare o giudicare con superficialità. —

*Ginecologa, presidente SVS Donna aiuta Donna s.c.s.



«La lezione del Covid non è servita a nulla. Dobbiamo potenziare la sanità pubblica»

Il Nobel Rice: «Con le guerre più malattie infettive

di **Laura Cuppini**

Sono passati solo tre anni dalla fine della pandemia di Covid-19 (5 maggio 2023), ma la lezione sembra in parte dimenticata nonostante i sette milioni e passa di morti (stime più realistiche parlano di venti milioni) e la grave crisi economica, conseguenze della diffusione globale del virus. Charles Rice, virologo della Rockefeller University e Premio Nobel per la Medicina 2020 per la scoperta del virus dell'epatite C, è stato a Milano ospite della Fondazione Invernizzi, proprio per parlare dei rischi, presenti e futuri, legati alle malattie infettive.

Professore, l'epatite C è una delle poche malattie virali che oggi possiamo definire guaribili. Avrebbe mai immaginato che saremmo arrivati a farmaci capaci di eradicare il virus in poche settimane?

«La sfida era enorme perché alla fine degli anni '80, quando abbiamo identificato il virus, oltre cento milioni di persone nel mondo avevano questa infezione cronica, che spesso non dà sintomi. La vera sorpresa è stata legata al grado di copertura dei farmaci antivirali, introdotti per la prima volta nel 2011, perché l'epatite C è una malattia molto variabile, con sei genotipi principali: in ogni paziente con infezione cronica si producono ogni giorno da 10 a 12 trilioni di varianti. Questo fa capire la complessità della patologia e quanto fosse difficile mettere a punto dei trattamenti efficaci. All'epoca si

usava solo l'interferone, con tassi di guarigione al 5% ed effetti collaterali pesanti».

Migliaia di persone muoiono ancora di epatite C nel mondo per mancanza di diagnosi o di accesso ai farmaci. Cosa serve per raggiungere l'obiettivo dell'Oms di eliminare l'epatite entro il 2030?

«Negli Stati Uniti siamo indietro. Al contrario ci sono alcuni Paesi molto virtuosi nella lotta contro l'epatite C, come Taiwan. Un altro esempio positivo è l'Egitto, un Paese pesantemente colpito con il 10% della popolazione infettata a causa per esempio di dispositivi medici, come le siringhe, non sterilizzati. Ebbene, il Governo egiziano ha raggiunto un accordo con un'azienda farmaceutica per poter produrre autonomamente il farmaco e distribuirlo a un prezzo accessibile: in questo modo il 95% dei pazienti è stato curato. Altri Paesi non hanno fatto molti passi avanti, a causa delle infrastrutture di sanità pubblica e della povertà. Tra l'altro, è vero che oggi possiamo curare l'infezione, ma nei pazienti anche dopo la guarigione rimane un rischio di sviluppare malattie epatiche, incluso il tumore del fegato. Quindi è importante eliminare il virus, ma non è detto che le terapie riportino il paziente alle condizioni pre-infezione».

La soluzione esiste ma non arriva a tutti: come si sente davanti a questo gap?

«Beh, è una sensazione terribile. Noi scienziati che lavo-

riamo in laboratorio magari siamo un po' ingenui, ma è inconcepibile pensare che il farmaco non sia a disposizione di tutti coloro che ne hanno bisogno. Nel 2015 sono arrivati i cocktail di antivirali ad azione diretta senza interferone, grazie al lavoro di tanti scienziati tra cui, in Italia, Raffaele De Francesco e Sergio Abrignani dell'Istituto nazionale di genetica molecolare (Ingm): da allora sono passati oltre dieci anni e stiamo ancora parlando di questo problema. C'è sicuramente una questione economica, i trial clinici sono costosi così come lo è testare la popolazione. Ma si può seguire l'esempio dell'Egitto, dove il Governo ha rimborsato il prezzo del medicinale. Spero che non ci vogliano altri dieci anni, perché le persone continuano a morire. Per l'epatite C non abbiamo ancora un meccanismo globale di distribuzione dei trattamenti necessari: servono finanziamenti, non solo a scopo di lucro ma per curare le persone malate».

Se dovesse indicare un'emergenza che la scienza



deve affrontare nei prossimi vent'anni, oltre alle pandemie, quale sceglierebbe?

«Bisogna lavorare sulla sanità pubblica, è molto importante, così come lo è contrastare la povertà, perché le persone che vivono in condizioni non accettabili e magari non hanno possibilità di nutrirsi correttamente, possono avere esiti peggiori se contraggono l'epatite C. Dobbiamo far sì che il mondo resti (o torni ad essere) un luogo ospitale per noi e le altre specie. Guardando alla situazione attuale, direi che il panorama non è roseo. Negli Stati Uniti le nuove generazioni sono scoraggiate. Tra l'altro le guerre sono grandi promotrici della diffusione di malattie infettive. Abbiamo tecnologie

che permettono di scoprire nuove malattie, strumenti migliori rispetto a quelli che c'erano 40 anni fa. Il progresso potrà fare grossi passi avanti se sapremo utilizzare al meglio questi strumenti».

La rapidità con cui sono stati sviluppati i vaccini per Covid deve molto alla ricerca di base sui virus. Qual è l'insegnamento che la virologia ha dato negli ultimi anni?

«Pensavo che dalla pandemia di Covid-19 avremmo tratto una grande lezione, ma mi sbagliavo. Sappiamo bene che i virus si possono diffondere velocemente e causare malattie anche gravi, oltre a pesanti conseguenze economiche. Quindi immaginavo che gli investimenti sulle infrastrutture sarebbero andati

avanti per alcuni anni, in modo da essere preparati per eventuali nuove emergenze. In realtà è successo esattamente l'opposto: tutto ciò che era stato creato durante la pandemia oggi non c'è più, almeno negli Stati Uniti. Siamo in una situazione peggiore rispetto a quella di tre anni fa, quando è finita l'emergenza legata a Covid-19».

**Fu lui a scoprire il virus
Contro l'epatite C la
soluzione esiste ma non
arriva ovunque: per me
è qualcosa di terribile**



La Fondazione Atena La salute è donna Porte aperte in 250 ospedali

Giulio Maira a pag.12



La salute è donna

Giulio Maira

Lil 22 aprile, data di nascita del Premio Nobel Rita Levi Montalcini, membro d'onore della Fondazione Atena, si celebra in tutta Italia la Giornata Nazionale della Salute della Donna, istituita nel 2015, insieme al Ministero della salute, su proposta di Carla Vittoria Maira, vice presidente della Fondazione, per promuovere e stimolare un'attenzione particolare verso la salute delle donne. In quel giorno, e per tutta una settimana, affinché questa giornata non rappresenti solamente un'occasione simbolica ma un invito a prendersi cura di sé in modo consapevole e continuativo, oltre 250 ospedali aprono le porte alle donne per visite ed esami gratuiti, così come centinaia di associazioni organizzano eventi di prevenzione, scree-

ning e divulgazione e molte altre partecipano alla regata annuale "Fiume in rosa" su tutto il territorio nazionale.

Perché era necessario fare istituire questa giornata? E' semplice. Perché per molto tempo la medicina ha protetto gli uomini e ha trascurato le donne. La ricerca scientifica, i protocolli di cura e la produzione dei farmaci sono stati sempre orientati alla migliore prevenzione e terapia possibile... per gli uomini.

MEDICINA DI GENERE

L'interesse per la Medicina di genere vede il suo impulso all'inizio degli anni '90 negli USA, al NIH (National Institute of Health), quando ci si accorse che la ricerca scientifica era condotta solo su uomini e su animali maschi e che, a livello clinico, le

donne erano sottoposte molto meno degli uomini a procedure quali coronarografie, trombolisi, stent coronarici. Di fronte a questa discriminazione, in un famoso editoriale sul New England Journal of Medicine, Bernardine Patricia Healy si chiedeva se le donne dovessero vestirsi

da uomo per essere curate.

Una pietra miliare della medi-



cina delle donne fu la conferenza di Vienna del 1994 dal titolo "La salute delle donne conta", che sancì l'iniziativa "Investire sulla salute delle donne".

La medicina di genere nasce quindi come risposta a un'importante equivoco storico nella ricerca scientifica che per decenni ha considerato l'uomo come modello standard, trascurando le differenze biologiche e fisiologiche fra i sessi ed escludendo le donne dagli studi clinici con motivazioni che andava-

no dalla paura di indurre tumori (escludere le donne in età fertile) alla convinzione che la variabilità ormonale producesse disomogeneità agli studi e rendesse i dati poco attendibili.

E' innegabile, e oggi ce lo dice anche la scienza, che uomo e donna sono diversi, oltre che nell'anatomia, anche nella fisiologia (basti pensare all'enorme differenza ormonale) e nel funzionamento di molti organi. Analogamente, maschi e femmine si ammalano diversamente, con differenze nei sintomi, nei percorsi diagnostici da seguire, nelle necessità terapeutiche e nell'efficacia dei farmaci. E non mi riferisco alle malattie che colpiscono solo le donne o solo gli uomini, ma si tratta di sapere come ogni malattia, dall'infarto cardiaco all'artrite reumatoide all'Alzheimer, si presenti, evolva e risponda alle terapie nell'uomo e nella donna, quali debbano essere le linee guida e quali siano i fattori di rischio differenziati per permetterne una prevenzione.

Soprattutto nella senescenza

le donne si scoprono più vulnerabili, in particolare di fronte a malattie cardiovascolari, artrosi e demenze.

A complicare le cose, pensiamo a quanto sono diverse le donne nelle varie fasi della loro vita, specie di quella riproduttiva. La gravidanza e l'allattamento modificano tutti i parametri farmacocinetici, e gli ormoni assunti come contraccettivi possono incidere sul metabolismo in maniera sorprendente.

In un'equa medicina di genere, pertanto, abbiamo ritenuto che bisognasse stimolare ulteriormente l'interesse scientifico, e di tutta la società, verso la medicina delle donne, accendere un faro sulla questione femminile, mettere in evidenza quanto il genere femminile ancora oggi sia penalizzato e, in pratica, danneggiato.

In definitiva, celebrare questa giornata ha lo scopo importante di sottolineare la necessità di creare una cultura che riconosca le differenze di genere e le inserisca nella pratica medica, permettendo alle donne di superare il divario che per decenni le ha penalizzate; rappresenta un cambiamento culturale e scientifico che integra aspetti biologici, sociali, ambientali e si pone come obiettivo finale il miglioramento della salute delle donne in modo basato sull'evidenza.

PIÙ CONSAPEVOLEZZA

L'aumentata consapevolezza delle differenze di genere nelle malattie deve anche servire a suscitare un nuovo interesse scientifico verso progetti di ri-

cerca e programmi di salute pubblica orientati in modo specifico sulla peculiarità delle malattie femminili.

L'assenza di una prospettiva di genere in medicina, oltre che una fonte di disuguaglianza sanitaria, comporta costi umani e sociali altissimi. Secondo dati del World Economic Forum, le donne passano il 25% in più della loro vita in cattiva salute, rispetto agli uomini. Ridurre questo gap significherebbe aggiungere sette giorni di vita sana per anno, per donna, e creare un aumento del PIL nel mondo di 1 trillione di dollari.

Per migliorare ulteriormente l'attenzione sanitaria verso la salute delle donne, in data 4.11.25 è stato firmato un protocollo tra ASL Roma1(e quindi Regione Lazio) e Fondazione Atena, che prevede il rilancio del Centro Sant'Anna, situato nel centro di Roma, un centro che verrà dedicato a tutti gli aspetti sanitari della donna, in cui ogni patologia venga affrontata con protocolli diagnostici e terapeutici realizzati con la visione delle peculiarità del sesso femminile e della medicina di genere e in cui si faccia anche formazione. Da questo punto di vista il Sant'Anna potrà porsi come realtà unica in Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INIZIATIVA ISTITUITA NEL 2015 DAL MINISTERO DELLA SALUTE SU PROPOSTA DELLA FONDAZIONE ATENA A ROMA IL RILANCIO DEL CENTRO SANT'ANNA

**Il 22 aprile
si celebra
in tutta Italia
la Giornata
dedicata
alla sanità
al femminile
In oltre 250
ospedali visite
e test gratuiti**

I NUMERI

25%

Il tempo di vita trascorso dalle donne in cattiva salute (dati WE Forum)

7 giorni

di vita sana in più per anno aumenterebbero il Pil mondiale di 1 trillione

48,2

L'età media delle donne italiane, tra le più "vecchie" in Europa

LA DATA

22 aprile



Il 22 aprile del 1909 nasceva a Torino Rita Levi Montalcini. In suo onore la Fondazione Atena ha voluto che il 22 aprile di ogni anno si svolgesse la Giornata Nazionale della Salute della Donna



Medicina La Fondazione Veronesi e uno studio che fa sperare. In campo al fianco dell'oncologia pediatrica

LA FORZA DELLA RICERCA

CON LA TERAPIA CELLULARE CAR-T GUARITI TRE GIOVANI PAZIENTI DALLA LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA

di **Anna Fregonara**

Tre giovani pazienti pediatrici, di 9, 16 e 19 anni, colpiti da una forma aggressiva di leucemia mieloide acuta resistente alle terapie convenzionali sono stati trattati all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma con una nuova terapia cellulare CAR-T, ottenendo la remissione completa. I risultati, pubblicati su «Blood», la rivista internazionale di ematologia, segnano la prima applicazione al mondo di questo approccio nella leucemia mieloide acuta pediatrica.

La malattia rappresenta circa il 20 per cento di tutte le leucemie pediatriche, con 70-80 nuovi casi ogni anno in Italia. «Grazie ai trattamenti di prima linea, la maggior parte dei bambini guarisce. Ma circa un terzo non risponde o va incontro a recidive che rendono la prognosi sfavorevole», spiega Franco Locatelli, responsabile dell'area di Oncoematologia pediatrica e terapia cellulare e genica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma e professore di Pediatria all'Università Cattolica del Sacro Cuore. È per colmare questo divario terapeutico che è nata la piattaforma PALM Research Project, iniziativa multicentrica promossa e finanziata dalla Fondazio-

ne Umberto Veronesi ETS, con la collaborazione anche della Clinica Oncoematologica di Padova e dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano.

La tecnologia delle cellule CAR-T è già una realtà consolidata per altre patologie, come la leucemia linfoblastica acuta a cellule B. Il trattamento prevede il prelievo dei linfociti T del paziente, cellule di fondamentale importanza nella risposta immunitaria, che vengono modificati in laboratorio per attaccare un bersaglio specifico sulle cellule tumorali e poi reinfusi. «La vera sfida scientifica che abbiamo superato riguarda l'adattamento di questa strategia alla leucemia mieloide acuta, i cui tentativi condotti finora non avevano dato i risultati sperati», continua Locatelli. «Il bersaglio identificato è una molecola (CD7), espressa in circa il 15-20% dei casi. Tuttavia, poiché questa molecola è presente anche sui linfociti T sani, le cellule CAR-T finirebbero per attaccarsi e uccidersi tra loro prima di colpire il tumore, in un processo chiamato "fratricidia". Per evitarlo, abbiamo creato CAR-T di "seconda generazione" che sono fraticide-resistenti: attraverso una modifica genetica sono state rese invisibili a loro stesse,

potendo così agire come un sistema immunitario potenziato dedicato all'eliminazione delle cellule malate. I tre pazienti hanno raggiunto la negatività della malattia residua minima, vale a dire che il tumore non era più rilevabile nemmeno con le tecniche di analisi più sensibili, parametro fondamentale per prevedere una guarigione a lungo termine. A distanza di oltre due anni dal trattamento per il primo paziente, infatti, nessuno dei tre ha sviluppato una recidiva, rispondendo a un bisogno medico finora insoddisfatto». Il successo ottenuto è il primo passo verso quella che Locatelli definisce una «medicina agnostica», ossia un modello di cura basato sull'identificazione di una specifica molecola bersaglio piuttosto che sul tipo di tumore o sull'organo colpito. «Oltre ai linfociti T, la ricerca PALM è in fase avanzata per l'impiego di cellule Natural Killer allogeneiche, ottenute da donatori sani e modificate per colpire nuovi bersagli della leucemia mieloide acuta», dice il professore. «Sono stati, inoltre, individuati ulteriori bersagli promettenti che permettono una preziosa traslabilità delle cure (*cross-fertilization*) tra diverse patologie. Alcuni di questi, infatti, sono presenti sia nelle forme leuce-

miche sia in tumori solidi come l'osteosarcoma e il carcinoma dell'ovaio. L'obiettivo è avviare sperimentazioni cliniche entro il 2026. Ma la frontiera dell'immunoterapia si spinge oltre l'oncologia. Le CAR-T stanno mostrando significativa efficacia anche in patologie reumatologiche e malattie autoimmuni mediate dai linfociti B». Un altro pilastro del progetto PALM riguarda la capacità di prevedere la risposta ai trattamenti. Con l'Università di Padova, si stanno analizzando i marcatori delle forme resistenti di leucemia mieloide acuta per individuare dall'inizio la cura più efficace per ogni bimbo.

Agisce come un sistema immunitario potenziato dedicato all'eliminazione delle cellule malate. Nei tre giovani il tumore non è più rilevabile nemmeno con le tecniche di analisi più sensibili

Diffusione

Sono 70-80 i nuovi casi ogni anno in Italia, un terzo non risponde o va incontro a recidive



Franco Locatelli



Nelle piazze tornano i pomodori Fondi per curare i tumori infantili

«Tradurre una prospettiva sperimentale in uno standard di cura concreto

Torna nelle piazze italiane un'iniziativa che unisce alimentazione, sostenibilità e ricerca scientifica. Oggi e domani la Fondazione Umberto Veronesi ETS promuove la nona edizione de «Il Pomodoro per la ricerca», raccolta fondi a sostegno dell'oncologia pediatrica. Un appuntamento ormai consolidato durante il quale più di 2.000 volontari saranno impegnati in oltre 500 punti di distribuzione, tra piazze, scuole, attività commerciali e aziende, per distribuire una confezione con tre barattoli in acciaio, riciclabili a oltranza, di pomodori, nelle versioni pelati, polpa e pomodorini.

Protagonista dell'iniziativa, resa possibile grazie alla collaborazione e al sostegno di Anicav (Associazione Nazionale Industriali Conserve Alimentari Vegetali) e Ricrea (Consorzio Nazionale Riciclo e Recupero Imballaggi Acciaio), è appunto il pomodoro, un pilastro della dieta mediterranea grazie alle sue numerose proprietà nutrizionali. È infatti fonte di vitamine, sali minerali e composti bioattivi come i polifenoli e il licopene. Con una donazione minima di 12 euro, i cittadini potranno contribuire alla ricerca.

Dietro al gesto solidale, c'è però l'ambizioso obiettivo di

finanziare un innovativo studio clinico europeo che vede nell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma il centro coordinatore ed è incentrato sui piccoli pazienti con neuroblastoma ad alto rischio. Il neuroblastoma è il tumore solido extracranico più comune in età pediatrica e rappresenta circa il 10 per cento delle diagnosi di neoplasia nei bambini. Nel 50 per cento dei casi viene diagnosticato come ad alto rischio e, per circa la metà di questi pazienti, le terapie oggi disponibili non funzionano. Sono proprio questi i pazienti al centro del progetto che Fondazione Veronesi ha deciso di finanziare e sul quale ricadranno i fondi raccolti con l'iniziativa «Il Pomodoro per la ricerca». Il progetto, che avrà la durata di 4 anni e prevede un investimento pari a 4,8 milioni di euro, coinvolgerà, oltre al Bambino Gesù, centri di eccellenza in Francia, Spagna, Germania, Austria e Inghilterra.

«Il progetto ha l'obiettivo di confermare l'efficacia di una terapia innovativa con cellule CAR-T, ingegnerizzate per riconoscere e attaccare un bersaglio specifico della malattia, la molecola GD2 — spiega Valentina Gambino, coordinatrice delle Piattaforme di ricerca e cura di Fondazione Umberto Veronesi ETS —. I

dati preliminari, già ottenuti in uno studio clinico condotto dall'ospedale Bambino Gesù, hanno mostrato un tasso di risposta del 77 per cento. Risultati incoraggianti, che tuttavia devono essere confermati. Il valore del nuovo studio multicentrico europeo sta proprio nel convalidare l'efficacia di questo approccio in un numero più ampio di pazienti e nel rendere la terapia con cellule GD2-CAR-T disponibile nella pratica clinica. L'obiettivo finale è tradurre una prospettiva ancora sperimentale in uno standard di cura concreto e accessibile a tutti i pazienti che potrebbero trarne beneficio».

I tumori pediatrici, pur rappresentando una quota numericamente limitata rispetto a quelli dell'adulto, hanno un impatto profondo e complesso, che coinvolge l'intero nucleo familiare oltre ai piccoli pazienti. I progressi degli ultimi decenni hanno portato a tassi di guarigione oggi mediamente intorno al 70 per cento con punte che arrivano anche all'80-90 per cento per leucemie e linfomi, segno di un'evoluzione significativa delle terapie.

«Restano tuttavia aree critiche, come alcune forme aggressive ancora difficili da trattare — osserva Paolo Veronesi, presidente di Fondazio-

ne Umberto Veronesi ETS e direttore del Programma di Senologia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano —. In questo contesto, la ricerca punta su approcci innovativi, come le terapie cellulari già sperimentate con successo in ambito ematologico, in particolare nella leucemia mieloide acuta pediatrica. Con il nuovo finanziamento la Fondazione mira a estenderne l'efficacia anche a tumori solidi pediatrici, come il neuroblastoma. E potrebbe aprire nuove prospettive anche nell'oncologia dell'adulto».

di **Antonella Sparvoli**

20%

Percentuale

La leucemia mieloide acuta rappresenta circa il 20 per cento di tutte le leucemie pediatriche, con 70-80 nuovi casi ogni anno in Italia

500

Punti di distribuzione

Quelli che saranno interessati all'iniziativa «Il pomodoro per la ricerca», oggi e domani in Italia. Fondamentale sarà il rinnovato contributo degli oltre 2.000 volontari

10%

La quota

Il neuroblastoma (NB) è il tumore solido extracranico più comune dell'infanzia e rappresenta circa il 10% di tutte le neoplasie pediatriche

4,8

Milioni di euro

Il progetto finanziato da Fondazione Veronesi, che avrà la durata di 4 anni e prevede un investimento pari a 4,8 milioni di euro, coinvolge una vasta rete di istituti di ricerca



«L'azione del frutto rosso contro le infiammazioni»

La biologa Dogliotti: «Contiene un'elevata quantità di vitamina C, ideale per il sistema immunitario»

La salute ha il colore del pomodoro. Questo fine settimana, per l'iniziativa di raccolta fondi «Il Pomodoro per la ricerca», la Fondazione Veronesi vedrà duemila volontari distribuire pomodoro in più varianti.

«La peculiarità di questo alimento è che botanicamente è un frutto, ma comunemente chiamato ortaggio per il basso contenuto zuccherino», dice Elena Dogliotti, biologa nutrizionista e supervisore scientifico per la Fondazione. «Poi ha una elevata quantità di vitamina C, fondamentale per la formazione di collagene e per il sistema immunitario. Non solo: flavonoidi e polifenoli aiutano a contrastare quel genere di infiammazione sistemica non

acuta, spesso silenziosa, legata a squilibri metabolici».

Al profilo nutrizionale si aggiungono vitamina E e sali minerali come potassio e fosforo. «E i carotenoidi – osserva Dogliotti –: oltre al noto betacarotene, nel pomodoro si trova il licopene, molecola coadiuvante nel potenziamento del sistema immunitario. Non manca una buona quota di fibra: quest'ultima, da un lato, favorisce il transito intestinale e può rallentare l'assorbimento di grassi e zuccheri semplici, contribuendo a un migliore equilibrio della glicemia; dall'altro, nutre il microbiota, l'insieme di batteri e microrganismi che popolano l'intestino e che sono essenziali per la salute». Naturalmente parliamo di un ingrediente ti-

pico della dieta mediterranea, secondo Dogliotti «non l'unico, ma uno dei modelli centrali per un'alimentazione sana». Il motivo risiede nelle qualità protettive di questo tipo di regime basato su prevalenza di verdure, utilizzo di grassi principalmente vegetali come l'olio extravergine d'oliva, e limitazione delle fonti proteiche animali, con predilezione per il pesce. «Quelli animali sono perlopiù grassi saturi che, se in eccesso, accrescono il rischio cardiovascolare», precisa Dogliotti ricordando anche il ruolo del pomodoro contro l'invecchiamento. «Le sue proprietà antiossidanti sono dimostrate: aiuta a moderare i danni causati dai radicali liberi, molecole prodotte fisiolo-

gicamente, ma che possono aumentare in presenza di comportamenti o condizioni ambientali sfavorevoli: dieta, fumo, inquinamento...».

Quanto alla differenza tra il pomodoro consumato crudo e quello trasformato in sughi, la nutrizionista rileva «una riduzione, durante la cottura, della presenza di alcune vitamine, tra cui la C». Ma attenzione: «Mai sottovalutare i benefici legati alla sfera psicologica. Il pomodoro è perfetto per creare piatti gradevoli ed evocare sensazioni di comfort che rendono il rapporto con il cibo più soddisfacente».

Raffaella Oliva

Specifiche

- Il pomodoro contiene vitamina C, vitamina E, sali minerali come il potassio e il fosforo, carotenoidi, una buona quantità di fibra

- Ha proprietà antiossidanti dimostrate: modera i danni causati dai radicali liberi



Specialista

Elena Dogliotti, biologa nutrizionista e supervisore scientifico per la Fondazione



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Il colloquio

«Human Technopole, Italia ora più competitiva su salute e innovazione»

Il direttore Zerial: all'estero sono interessati al nostro modello

di **Alessia Cruciani**

La ricerca italiana sta provando a cambiare passo. Non per slogan, ma per metodo. È una sensazione netta che si avverte entrando a Palazzo Italia, nell'ex area Expo di Milano. Qui, dove un tempo passavano milioni di visitatori, oggi si studiano cellule, dati e malattie con un obiettivo ambizioso: accorciare la distanza tra scoperta scientifica e cura. È da qui che Human Technopole sta cercando di ridisegnare il ruolo dell'Italia nelle scienze della vita.

L'istituto, operativo dal 2019 e con i laboratori aperti nel 2022, conta oggi 513 persone, di cui 401 scienziati, con un'età media di 37 anni, 39 nazionalità rappresentate e una forte presenza femminile (53%). Un terzo arriva dall'estero, inclusi molti italiani rientrati. Come lo scienziato Marino Zerial, uno dei maggiori esperti al mondo di biologia cellulare, per anni protagonista all'European Molecular Biology Laboratory e poi

cofondatore e direttore del Max Planck Institute di Dresda, che ne è diventato direttore nel 2023. È stato il presidente Gianmario Verona a convincerlo a tornare in Italia. «L'idea di condividere infrastrutture e competenze per tutto il Paese mi ha convinto: non solo fare buona ricerca, ma cambiare il modo di farla. Siamo in una fase rivoluzionaria della ricerca nelle scienze della vita: non è un'evoluzione, è un salto quantico», spiega Zerial.

Il cuore di questo approccio sono i programmi interdisciplinari e le cinque Piattaforme Nazionali – dalla genomica alla gestione dei dati – aperte a università e centri di ricerca italiani. In meno di due anni sono stati approvati 239 progetti provenienti da 56 istituti di 16 regioni. «È l'unico modello possibile: le tecnologie sono troppo costose per essere replicate ovunque. Condividerle significa rendere il Paese più competitivo».

Accanto alle infrastrutture, Human Technopole sviluppa sei aree di ricerca – dalla biologia computazionale alla *health data science* – e cinque

grandi programmi sulle principali sfide mediche: dalle malattie cardiovascolari e metaboliche al cancro, dalle patologie neuropsichiatriche alle ciliopatie, fino all'intelligenza artificiale applicata alla biologia. Il risultato è già tangibile: 678 pubblicazioni scientifiche e oltre 31 milioni di euro raccolti in bandi competitivi. «Se vuoi risolvere problemi complessi, devi mettere intorno allo stesso tavolo competenze diverse – continua Zerial –. Così si riducono i tempi, si usano meglio le risorse e si accelera il passaggio dalla scoperta alla terapia». Anche grazie alla tecnologia: «Abbiamo sistemi automatizzati che lavorano giorno e notte. Mentre dormi, i nostri robot portano avanti gli esperimenti».

Il rapporto con l'industria è un altro tassello chiave, ma senza subordinazione. «Si lavora con l'industria, non per l'industria. È uno scambio di competenze che rende la ricerca più solida e riproducibile e permette di trasformare le scoperte in applicazioni concrete». Con un finanziamento pubblico di circa 140 milioni

di euro l'anno, Human Technopole è oggi uno dei pilastri del Mind (Milano Innovation District), dove convivono ricerca, ospedali e imprese. «È un ecosistema in cui le stelle sono allineate: accademia, industria e sanità lavorano insieme. Dall'estero sono interessati al nostro metodo».

Il 22 aprile, in Senato, la fondazione porterà questo modello al centro del dibattito pubblico, in un confronto con istituzioni e comunità scientifica. «È un'opportunità straordinaria per l'Italia – conclude Zerial –. Gli investimenti stanno dando risultati, dalla diagnostica alla medicina personalizzata fino ai nuovi terapeutici. Ma serve una scelta: fare sistema. Non possiamo permetterci di perdere questo treno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al Mind di Milano
Qui nasce la medicina del futuro tra dati, robot intelligenza artificiale e condivisione

In Senato

● Mercoledì 22 in Senato è in programma il convegno «Fondazione Human Technopole: modello di ricerca e innovazione aperta nelle scienze della vita», con i vertici di HT Marino Zerial e Gianmario Verona e la senatrice Elena Cattaneo.



Marino Zerial, direttore dello Human Technopole



Intelligenza artificiale

Roma leader nell'innovazione sanitaria

di **DARIO CONTI**

L'intelligenza artificiale è già una realtà per il settore MedTech italiano, tra i più vivaci d'Europa: il 78% delle aziende l'ha integrata nei propri prodotti o servizi e il 61% si trova in fasi avanzate di sviluppo e validazione. Eppure, queste tecnologie faticano a raggiungere i pazienti, a entrare nei reparti e a trasformare concretamente i modelli di cura. Sono alcune delle evidenze al centro di "AI Adoption Gap in Healthcare", il primo studio sistematico condotto in Italia su scala nazionale che ha coinvolto circa 300 aziende del settore, pubblicato dall'Os-

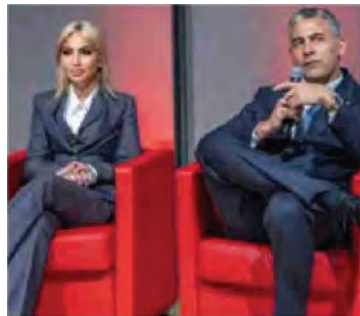
servatorio Tech4GlobalHealth, dell'Università Campus Bio-Medico di Roma e Intesa Sanpaolo. Le barriere all'adozione identificate dalle imprese non sono tecnologiche, ma sistemiche e organizzative:

complessità regolatoria (69,6%), carenza di risorse qualificate per certificazioni e validazioni (58,6%), difficoltà nel reperimento di fondi (57,5%) sono i tre ostacoli

più citati. Il report offre raccomandazioni operative rivolte ai tre principali attori del sistema: regolatori e policymaker, industria e aziende del Servizio sanitario. ■

IL BLOCCO

**Il 78% delle aziende ha integrato l'ia nei suoi prodotti e servizi
 Ma le tecnologie poi non riescono a raggiungere i pazienti**



▲ Elisa Zambito Marsala e Andrea Rossi



Ricerca

Algoritmi in campo al fianco dei cardiologi per migliorare le cure

I modelli linguistici possono analizzare rapidamente la storia dei pazienti per suggerire diagnosi e terapie
Al Monzino il progetto per realizzare un Llm cardiologico addestrato su dati clinici italiani

Elisa Manacorda

Migliorano l'organizzazione degli ospedali, sostengono il medico nelle decisioni cliniche, facilitano la personalizzazione delle cure: gli algoritmi stanno conquistando sempre più spazio nella sanità del nostro paese. Secondo l'ultimo rapporto di Anitec-Assinform *Il Digitale in Italia* nel 2024 sono stati investiti in soluzioni di Intelligenza artificiale oltre 62 milioni di euro. A correre è soprattutto la cardiologia. D'altra parte i dati sono eloquenti: algoritmi di IA applicati alla diagnosi dell'infarto tramite ECG hanno dimostrato un'accuratezza del 99% in circa 37 secondi, quattro

volte più velocemente rispetto a un medico, riducendo a soli 18 minuti l'intervallo tra l'arrivo in clinica e la procedura di rivascolarizzazione. E gli studi presentati all'85esimo Congresso della Società Italiana di Cardiologia mostrano come l'IA applicata all'ECG possa ridurre la mortalità a tre mesi del 31 per cento.



In questo panorama promettente si inserisce lo studio osservazionale retrospettivo promosso dal Centro Cardiologico Monzino Irccs sullo scompenso cardiaco, che oggi è la prima causa di ricovero in Italia tra gli over 65 (circa 600mila pazienti). Il cuore del progetto, sviluppato in collaborazione con Aindo, una azienda specializzata in intelligenza artificiale e dati sintetici in ambito sanitario, è rappresentato da CDSS-GPT, un sistema innovativo di supporto alle decisioni cliniche basato su modelli linguistici di ultima generazione, progettato specificamente per lo scompenso cardiaco. A differenza degli strumenti generalisti, CDSS-GPT è stato addestrato su dati generati a partire da pazienti reali con patologia cardiaca. Il software è in grado di analizzare istantaneamente l'intera storia clinica del paziente – referti, anamnesi, terapie ed esami – restituendo suggerimenti diagnostici e terapeutici precisi, sempre corredati da spiegazioni e riferimenti alle raccomandazioni scientifiche più aggiornate. «Si tratta - spiega Daniele Panfilo, ceo e co-founder di Aindo - del primo tassello di un Large Language Model cardiologico addestrato su dati clinici italiani e linee guida aggiornate».

Il progetto analizzerà i dati clinici raccolti dal Monzino negli ultimi dieci anni, dal 2016 al 2026, coinvolgendo in una prima fase circa cinquemila pazienti con scompenso cardiaco sospetto, probabile o confermato, con la possibilità di estendere la platea a più centri in funzione dei risultati. L'obiettivo primario è valutare la concordanza tra le proposte di CDSS-GPT, le decisioni terapeutiche reali dei cardiologi e il gold standard definito dagli esperti. «L'obiettivo è mettere l'IA al servizio del cardiologo, non sostituirlo. Grazie a una lettura strutturata e sicura della storia clinica, questi strumenti possono rendere più rapide e accurate le decisioni su diagnosi e terapia, migliorando la qualità del-

la cura», dice il professor Giulio Pompilio, direttore scientifico dell'Irccs Centro Cardiologico Monzino.

Il progetto Monzino-Aindo si inserisce in un contesto di mercato in rapida espansione, dove si registrano iniziative diversificate. Il Policlinico Gemelli di Roma è stato il primo centro nel Paese a introdurre, da aprile, una piattaforma per l'angioplastica coronarica guidata dall'IA: il sistema combina imaging OCT ad alta risoluzione e valutazioni funzionali delle arterie coronarie, migliorando la precisione nel posizionamento degli stent e riducendo i tempi procedurali. Il Policlinico San Donato di Milano ha invece lanciato CVrisk-IT, il più grande progetto nazionale di prevenzione cardiovascolare, che sfrutta una biobanca nazionale e algoritmi di rischio poligenico per personalizzare gli interventi.

All'Ospedale Moscati di Aversa un paziente è stato sottoposto a impianto di un minuscolo monitor cardiaco wireless per registrare le aritmie e farle analizzare dall'Intelligenza artificiale. L'Ospedale Niguarda ha implementato un sistema di telemonitoraggio domiciliare (AVATAR-SC) il cui compito è quello di analizzare la voce e il linguaggio dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca attraverso modelli avanzati di IA. Iniziative che dipingono un ecosistema in crescita, dove la ricerca clinica, l'innovazione tecnologica e la governance dei dati avanzano insieme, con l'obiettivo di tradurre i progressi in salute reale per i pazienti.

REGOLE E RIMBORSI COSA FRENA LA CORSA

L'Italia ha forte capacità innovativa nell'Intelligenza artificiale (IA) per la sanità, ma barriere sistemiche ne limitano l'adozione nel Sistema sanitario nazionale. È questa l'evidenza al centro di "AI Adoption Gap in Healthcare", il primo studio sistematico condotto in Italia su scala nazionale che ha coinvolto 280 aziende del settore, tra Pmi e startup, condotto dall'Osservatorio Tech4GlobalHealth, dell'Università Campus Bio-Medico di Roma e Intesa Sanpaolo. Il 78% delle Pmi integra già l'IA nei suoi prodotti, ma incontra ostacoli come complessità regolatoria, incertezza nei rimborsi (54%), problemi di interoperabilità (44%) e resistenza culturale (34%). Con queste barriere strutturali, più che tecnologiche, il rischio è che l'Italia resti indietro, con effetti negativi su competitività, equità di accesso e sostenibilità del sistema sanitario.



I CASI

1

① Gli strumenti basati su IA sono sbarcati al Gemelli per l'angioplastica coronarica. Anche il San Donato e il Moscati di Aversa sono attivi



Il futuro della salute e le scienze della vita

Tra invecchiamento della popolazione e diffusione delle malattie croniche il settore guida l'innovazione sanitaria

Sibilla Di Palma

I cambiamenti climatici, il cui impatto sulla salute pubblica è sempre più evidente; l'invecchiamento della popolazione, con gli over 60 che entro il 2050 raggiungeranno i 2 miliardi secondo le stime delle Nazioni Unite, determinando un aumento delle patologie croniche e della domanda di assistenza sanitaria; infine, gli stili di vita improntati a una crescente sedentarietà e alimentazione squilibrata stanno alimentando la diffusione di malattie non trasmissibili - diabete, tumori, patologie cardiovascolari - che in Europa rappresentano già oggi un costo economico e sociale rilevante, come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In questo contesto, la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica assumono un ruolo cruciale e, in particolare, stanno acquisendo un peso crescente le scienze della vita: un comparto multidisciplinare che abbraccia biotecnologia, farmacologia, diagnostica, medicina personalizzata, intelligenza artificiale applicata alla salute e dispositivi medici. In pratica, tutto ciò che serve a prevenire, diagnosticare e curare le malattie, migliorando la qualità e l'aspettativa di vita.

Significa, concretamente, sviluppare vaccini e terapie innovative - incluse quelle geniche e cellulari - capaci di intervenire all'origine delle patologie; progettare strumenti diagnostici sempre più precoci e accurati, in grado di individuare una malattia prima ancora della compar-

sa dei sintomi; utilizzare dati clinici e genetici per costruire percorsi di cura personalizzati; integrare dispositivi medici intelligenti e tecnologie digitali per monitorare in tempo reale lo stato di salute dei pazienti.

Il mercato globale del settore è stimato in forte crescita: secondo dati di Business Insight Research, passerà dai 3,9 miliardi di dollari previsti nel 2026 a 10,07 miliardi entro il 2035, con un tasso medio annuo di crescita dell'11,14%.

A trainare questa espansione sono soprattutto i progressi nella biotecnologia e nella genomica, insieme all'integrazione sempre più pervasiva delle tecnologie digitali. Parallelamente, sta cambiando il paradigma stesso dell'assistenza sanitaria. Cresce infatti la domanda di prevenzione e di soluzioni personalizzate: dispositivi indossabili, piattaforme digitali e strumenti di telemedicina permettono un monitoraggio continuo dello stato di salute. La digital health rappresenta una delle principali direttrici di sviluppo del settore, con impatti significativi sia sulla qualità della vita dei pazienti sia sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

Non mancano, tuttavia, le criticità. Gli elevati costi di ricerca e sviluppo e la complessità dei quadri regolatori continuano a rappresentare un ostacolo all'innovazione, soprattutto per le realtà più piccole. Allo stesso tempo, la crescente centralità dei dati - in particolare quelli genetici e sanitari - pone nuove sfide in termini di sicurezza, privacy ed etica.

In Europa, le scienze della vita

rappresentano un pilastro economico e industriale: secondo la Commissione europea (Eu Monitor) generano circa 1,5 trilioni di euro di valore aggiunto e sostengono 29 milioni di posti di lavoro, pari al 13,6% dell'occupazione e al 9,4% del Pil dell'Unione. Non a caso, l'Ue le ha incluse tra le tecnologie abilitanti strategiche, insieme a intelligenza artificiale, semiconduttori e tecnologie quantistiche, con l'obiettivo di rafforzare l'autonomia e la competitività del continente.

In questa direzione si inserisce anche il profondo riassetto normativo in corso, che comprende la revisione del pacchetto farmaceutico europeo, il Critical Medicines Act e il Biotech Act. L'obiettivo è semplificare le procedure, ridurre la frammentazione normativa e creare un ecosistema più attrattivo per investimenti e talenti.

In Italia il settore delle scienze della vita si conferma uno dei principali motori dell'innovazione nazionale: nel primo semestre del 2025 ha rappresentato il primo comparto per raccolta di venture capital, con 114,7 milioni di euro investiti, e costituisce oggi il 13% delle imprese innovative del Paese. Un ruolo crescente è giocato dall'intelligenza artificiale, che caratterizza quasi la metà delle nuove iniziative imprenditoriali



nel settore. Dal punto di vista territoriale, la Lombardia - e in particolare Milano - si conferma il principale hub nazionale. Un quadro più articolato emerge dal Life Sciences Inno-system Index di Teha group, pubblicato nel Libro Bianco "Il ruolo dell'Ecosistema dell'Innovazione nelle Scienze della Vita per la crescita e la competitività dell'Italia".

L'indice colloca l'Italia al decimo posto su 24 Paesi Ue per competitività della ricerca e dell'innovazione nelle scienze della vita, con un punteggio di 3,57 su dieci: un risultato che conferma una fascia medio-alta, ma segnala anche un arretramento rispetto al 2022, a vantag-

gio della Spagna.

Le criticità emergono soprattutto sul fronte del capitale umano e degli investimenti. L'Italia è infatti solo 14esima in Europa per quota di laureati nelle discipline life sciences (16,3%) e Stem - science, technology, engineering and mathematics (23,4%), ben al di sotto di paesi come Germania (35,5%) e Belgio (27,6%).



INUMERI

**LA CLASSIFICA
I PAESI A INNOVAZIONE MEDIO-ALTA**

	DATI 2025
Danimarca	6,29
Germania	6,11
Belgio	5,75
Svezia	5,13
Paesi Bassi	4,53
Francia	4,35
Slovenia	4,11
Finlandia	4,05
Spagna	3,83
Italia	10^a posizione 3,57
Austria	3,29
Estonia	3,11
Portogallo	2,86
Croazia	2,40
Grecia	2,31
Ungheria	2,26
Polonia	2,26
Rep. Ceca	1,94
Lettonia	1,84
Romania	1,52
Malta	1,50
Slovacchia	1,49
Bulgaria	1,25
Cipro	1,10

FONTE: INDICE TEHA LIFE SCIENCES INNOYSTEM



L'INTERVISTA

Biotech, la frontiera della medicina

Neri (Philogen): «La biotecnologia ha già contribuito in modo significativo al progresso medico e questo percorso è destinato a proseguire anche nei prossimi anni». L'Italia tra eccellenze e ritardi strutturali

D alla ricerca di base fino alla pratica clinica, il settore delle biotecnologie applicate alla salute sta abilitando lo sviluppo di terapie sempre più mirate, efficaci e personalizzate, con un impatto crescente su pazienti, sistemi sanitari e industria farmaceutica. Al centro di questa evoluzione vi sono progressi scientifici come l'ingegneria genetica e l'impiego dell'intelligenza artificiale nella ricerca clinica, strumenti che permettono di comprendere meglio i meccanismi delle malattie e di progettare trattamenti sempre più precisi, superando modelli terapeutici uniformi. In questo contesto si inseriscono i farmaci biologici e biotecnologici, prodotti a partire da organismi viventi attraverso processi complessi di ingegneria genetica e cellulare. A differenza dei farmaci di sintesi chimica, queste terapie offrono una maggiore specificità d'azione e rappresentano oggi una delle frontiere più avanzate della medicina.

«La biotecnologia ha già contribuito in modo significativo al progresso medico e questo percorso è destinato a proseguire anche nei prossimi anni», osserva Dario Neri, cofondatore, ceo, cso e presidente dello scientific advisory board della biotech italo-svizzera Philogen. «Siamo di fronte a un cambiamento strutturale nel modo di sviluppare i farmaci».

Secondo Neri, il contesto italiano presenta luci e ombre. «L'Italia è un Paese con punte di eccellenza

straordinarie, ma anche con limiti strutturali evidenti. Noi operiamo anche in Svizzera, dove il sistema è più efficiente. Alla creatività e alla qualità della ricerca italiana devono accompagnarsi infrastrutture adeguate, certezza del diritto e un ruolo più incisivo delle università nel trasferimento tecnologico».

Fondata nel 1996 da Dario, Ducio e Giovanni Neri, Philogen ha sedi a Siena e a Zurigo ed è quotata a Piazza Affari. L'azienda conta circa 200 dipendenti ed è focalizzata sulla scoperta e sullo sviluppo di farmaci antitumorali mirati, progettati per localizzarsi e agire in modo selettivo nel sito della malattia, contribuendo a preservare i tessuti sani.

Il gruppo mostra anche una forte crescita sul piano economico: lo scorso anno i ricavi complessivi hanno raggiunto i 320,1 milioni di euro, con un incremento di circa 242,5 milioni rispetto all'esercizio precedente. L'utile netto si è attestato a 229,7 milioni di euro, il più alto di sempre, circa cinque volte superiore rispetto ai 45,3 milioni registrati nel 2024.

«Abbiamo costruito nel tempo una pipeline ricca, con farmaci in fase avanzata di sviluppo e altri in fase iniziale, e stretto accordi con importanti aziende internazionali», prosegue Neri. «Tra questi, una partnership con Bristol Myers Squibb per un prodotto destinato all'imaging e alla terapia del tumore della prostata, un ambito in forte evoluzione e con bisogni clinici

ancora rilevanti».

Alla base dell'approccio di Philogen c'è un principio farmacologico mirato. «L'idea è prendere farmaci già efficaci e migliorarli, portandoli direttamente nella sede della malattia», sottolinea Neri. «In oncologia, ma non solo, i farmaci tradizionali si distribuiscono nell'organismo in modo non selettivo. Noi leghiamo il principio attivo a molecole in grado di guidarlo verso il tumore, aumentando l'efficacia e riducendo gli effetti collaterali».

Tra i progetti più avanzati c'è Nidlegly, in sviluppo per diversi tumori della pelle. «Il primo studio registrativo riguarda il melanoma metastatico e prevediamo di ripresentare la domanda di autorizzazione entro l'estate», spiega il ceo. «Parallelamente sono in corso studi registrativi negli Stati Uniti e in Europa per tumori cutanei non melanoma ad alto rischio».

Le prossime tappe saranno decisive. «Attendiamo le valutazioni delle autorità regolatorie su Nidlegly per l'eventuale autorizzazione alla commercializzazione. Allo stesso tempo, proseguono gli studi clinici e l'ingresso nella sperimentazione di nuovi candidati terapeutici, che ci auguriamo possano confermare il loro potenziale».

Guardando al futuro, il nodo re-



sta quello di trasformare la ricerca in valore industriale. «Nei prossimi anni sarà fondamentale portare a registrazione farmaci in grado di cambiare concretamente la gestione delle malattie e la vita dei pazienti», osserva Neri. «Ogni molecola che entra in sperimentazione nasce con l'ambizione di essere realmente innovativa».

La biotecnologia, aggiunge, è ormai una componente struttura-

le dell'industria farmaceutica. «Il futuro sarà caratterizzato da un equilibrio tra molecole di sintesi, prodotti biotecnologici come proteine e anticorpi, e terapie cellulari. In tutte queste aree la biotecnologia gioca un ruolo centrale, anche nella scoperta di nuove molecole». - s.d.p.

320

I ricavi 2025 del gruppo italo svizzero Philogen sono stati di 320 milioni



I PROTAGONISTI



DARIO NERI

Cofondatore, ceo, cso e presidente dello scientific advisory board di Philogen

L'IA ACCELERA LA RICERCA

L'intelligenza artificiale sta trasformando rapidamente la ricerca farmaceutica. È quanto emerge dal dossier "Intelligenza artificiale e salute" dell'Agenzia italiana del farmaco, che evidenzia il ruolo chiave dell'ia nel guidare medicina di precisione e innovazione globale. In base al report, oggi il 62% delle aziende del settore utilizza già soluzioni di ia nei reparti di ricerca e sviluppo, con una crescita prevista del 45% nei prossimi cinque anni. I benefici sono concreti: processi più rapidi, maggiore accuratezza e riduzione dei costi, oltre alla possibilità di prevedere l'efficacia dei trattamenti prima della sperimentazione clinica.



ECONOMIA & SALUTE

LA RICETTA TRICOLORE PER GLI INVESTIMENTI

«Siamo in grado di attrarre capitali e anche di trattenerli grazie alle eccellenze del territorio», dice Antonino Biroccio, general manager di Gsk. L'innovazione, però, deve arrivare bene a tutti
E oggi per un nuovo medicinale servono in media 424 giorni...

di **MARGHERITA DE BAC**

Il «nuovo» non ha valore se non è accessibile. Tradotto nella lingua della salute significa che l'innovazione non può essere ritenuta tale se non è accessibile a tutti i pazienti. Su questo concetto la multinazionale Gsk ha lanciato una sfida. Spinta dalla certezza che rendere i progressi della farmaceutica alla portata di tutti i cittadini sia «non solo una scelta sanitaria ma soprattutto una leva economica, industriale e geopolitica». Una leva sul Pil

In cosa consiste la sfida? Lo spiega Antonino Biroccio, general manager di GSK Italia: «Il sistema sanitario è profondamente cambiato rispetto a quando è stato creato nel 1978. Si invecchia di più, si nasce meno. L'innovazione corre con una velocità superiore al cambiamento demografico. Dobbiamo essere in grado di partecipare a questa competizione e massimizzare i risultati».

Questo può essere ottenuto investendo di più in prevenzione in modo da rendere meno gravoso il peso sul Sistema sanitario nazionale. I risparmi andrebbero reinvestiti in aree cruciali, prime fra tutte l'oncologia.

I vantaggi sarebbero immediati. Innanzitutto sul miglioramento dello stato di salute della popolazione. Poi sul sostegno all'invecchiamento attivo, alla riduzione di ricoveri ospedalieri e complicanze e al

contenimento dell'assistenza a lungo termine.

Sul tema dell'innovazione accessibile e dell'economia della salute si è discusso a Roma in un incontro promosso da Gsk e Adnkronos, col patrocinio di Farindustria e la partecipazione di governo (nella persona del sottosegretario alla Salute Francesco Gemmato), società scientifiche e associazioni.

Le cifre

I numeri confermano quanto sia importante andare in questa direzione. In Europa l'economia della

salute genera 1,5 trilioni di euro di valore aggiunto e contribuisce al 3,3% del Pil europeo. La spesa farmaceutica in Ricerca & Sviluppo raggiunge i 55 miliardi di euro. L'Europa è tra i principali poli di investimento, rappresentata da Regno Unito con 10,2 miliardi, Germania con 9,9 e Svizzera con 9,2. Al quarto posto l'Italia con 2 miliardi che si conferma una pedina importante, forte di 411 aziende e 56 miliardi di valore di produzione. Sono circa 950mila i lavoratori del settore.

Un euro investito in salute genera, secondo i calcoli riportati durante il convegno, tra 2 e 4 euro di ritorno in Pil. Biroccio trae da questi numeri una conclusione: «In Italia non siamo soltanto in grado di attrarre investimenti ma anche di trattenerli

grazie alle eccellenze del territorio».

Ricerca

Gsk nel nostro Paese gestisce centri di ricerca e due siti produttivi, a Siena e a Parma, diventati strategici

per la rete globale dell'azienda che il general manager definisce «una multinazionale italiana a capitale estero» capace di dare lavoro a 4.200 dipendenti (9 mila considerando l'indotto al completo) e di investire nel Paese 324 milioni di euro tra produzione e ricerca, l'8% del contributo totale delle 300 farmaceutiche presenti.

Nella sola ricerca e sviluppo l'investimento raggiunge il 7,5% del totale di settore. A Parma in particolare, uno dei due siti produttivi della farmaceutica presente in Italia dal 1932, sono concentrate tecnologie di avanguardia e produzioni che vanno dalle fasi cliniche a quelle commerciali. Ne escono farmaci altamente specializzati nel campo de-



L'ECONOMIA

gli antitumorali e antivirali. Da qui le terapie raggiungono i pazienti di tutto il mondo.

Che cosa significa accesso all'innovazione? Una delle strade da percorrere per realizzarla è la rapidità. Il confronto con l'Europa rivela un'Italia ancora lenta. Il tempo necessario per rendere disponibile un farmaco è mediamente pari a 424 giorni.

Il confronto

La Francia, pur non essendo una sprinter, è la più strutturata nel garantire che una terapia nuova arrivi

Per il Mimit questo comparto è tra i cinque emergenti, accanto a spazio/difesa, economia blu, turismo, cultura

al letto del paziente: 80 giorni dalla richiesta contro una media di 527 giorni dalla registrazione Ema, l'agenzia europea.

Economia della salute non significa solo aziende farmaceutiche. E' piuttosto l'insieme di attività, investimenti e filiere che ruotano attorno: ricerca scientifica, produzione, servizi sanitari, tecnologie.

Nel quadro delle politiche industriali il Libro Bianco del ministero delle Imprese e del Made in Italy, il Mimit, colloca questa economia tra i cinque comparti emergenti del

nuovo Made in Italy accanto a spazio/difesa, economia blu, turismo, cultura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un euro investito nel settore genera, secondo alcune stime recenti, tra 2 e 4 euro di ritorno sul Pil



Farmaci
Antonino Biroccio,
general
manager
di Gsk Italia



Servizio Patologie

Gioco d'azzardo: ecco i meccanismi cerebrali che favoriscono la dipendenza

Il disturbo è l'esito di una disfunzione integrata di diversi sistemi motivazionali, affettivi e cognitivi ma sono possibili prevenzione e supporto precoce

*di Gianluca Bruti**

17 aprile 2026

Il Disturbo da gioco d'azzardo (DGA), definito nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5, 2013) come una dipendenza comportamentale, rappresenta oggi una questione di rilievo clinico e di salute pubblica. Anche nel contesto italiano, il fenomeno assume dimensioni significative e richiede un approccio che sappia tenere insieme prevenzione, riconoscimento precoce e strumenti di supporto adeguati.

I dati disponibili confermano la necessità di una lettura non marginale del problema. Secondo il Rapporto ISTISAN 19/28 dell'Istituto superiore di sanità, pubblicato nel 2019 su dati raccolti nel 2017, il 36,4% della popolazione adulta italiana, pari a circa 18,4 milioni di persone, ha dichiarato di aver praticato gioco d'azzardo con vincita in denaro almeno una volta nei 12 mesi precedenti. Si tratta di un dato che descrive la diffusione del comportamento di gioco nella popolazione generale, e non la prevalenza del disturbo. Tuttavia, una quota più limitata ma clinicamente rilevante presenta caratteristiche di problematicità: il 3% secondo i dati Iss riferiti al 2018 e il 4% secondo lo studio Ipsad richiamato nel 2023 sulla popolazione tra 18 e 84 anni. Anche in questo caso, si tratta di stime riferite a comportamenti problematici o a rischio, non automaticamente sovrapponibili a una diagnosi conclamata di DGA.

La disfunzione dei sistemi motivazionali

Dal punto di vista neurobiologico, il DGA può essere letto come l'esito di una disfunzione integrata di diversi sistemi motivazionali, affettivi e cognitivi. In molti soggetti si osserva una iperattivazione del sistema di minaccia, associata a stati di allerta, ansia e stress cronico, accompagnata da una difficoltà nell'accesso a sistemi interni di sicurezza e regolazione. In questa cornice, il comportamento di gioco può assumere una funzione compensatoria, diventando un tentativo disfunzionale di modulare tensione interna, vuoto emotivo o disregolazione.

Parallelamente, il sistema dopaminergico della ricompensa può andare incontro a una sensibilizzazione progressiva agli stimoli tipici del gioco d'azzardo, soprattutto in presenza di rinforzi intermittenti e imprevedibili. È proprio questa dinamica, ben nota nella clinica delle dipendenze, a favorire il passaggio da un comportamento inizialmente episodico a una condotta ripetitiva, sempre meno libera e sempre più automatizzata.

Un ulteriore elemento centrale nella psicopatologia del DGA è rappresentato dalle distorsioni neurocognitive. Tra queste rientrano l'illusione di controllo, i bias interpretativi relativi alle vincite, la minimizzazione delle perdite, la selezione mnestica degli episodi favorevoli e un'alterata

percezione temporale e quantitativa del comportamento di gioco. Tali processi non sono aspetti accessori, ma meccanismi di mantenimento del disturbo: riducono la capacità del soggetto di rappresentarsi in modo realistico le conseguenze economiche, relazionali e psicologiche del proprio comportamento e ostacolano l'attivazione di una domanda di aiuto tempestiva.

L'importanza del paziente consapevole

Per questo motivo, la consapevolezza del paziente rappresenta uno degli obiettivi centrali dell'intervento. Incrementare metacognizione, monitoraggio del comportamento e capacità di leggere i propri stati interni significa intervenire non soltanto sul sintomo, ma sui processi che lo sostengono. In altri termini, favorire la possibilità di osservare ciò che prima veniva agito automaticamente costituisce già un passaggio terapeuticamente rilevante.

In questo scenario, l'integrazione di strumenti digitali dedicati apre una prospettiva interessante, soprattutto sul versante della prevenzione e del supporto precoce. Una prima funzione rilevante della tecnologia riguarda il contrasto alla dispercezione del comportamento di gioco, attraverso il monitoraggio del tempo dedicato, della frequenza degli episodi e, dove possibile, del denaro impiegato. La restituzione visiva immediata di tali informazioni, mediante grafici, alert o trend di andamento, può rappresentare una modalità di feedback semplice ma clinicamente significativa: rendere visibile ciò che il cervello tende a minimizzare.

Una seconda funzione riguarda il possibile intervento sulle distorsioni cognitive. Promemoria contestuali, soglie temporali, notifiche di allerta e messaggi psicoeducativi possono contribuire a interrompere l'automatismo mentale, introducendo una pausa tra stimolo e risposta. Anche un'informazione apparentemente elementare, se inserita nel momento giusto, può riattivare processi riflessivi che il soggetto, nel pieno della condotta impulsiva, tende a sospendere.

Un terzo versante è quello del supporto alla regolazione emotiva. Strumenti digitali che includano esercizi di respirazione, tecniche di grounding, micro-pratiche di auto-osservazione o contenuti orientati alla stabilizzazione possono offrire un aiuto preliminare nella gestione dello stato interno, soprattutto nei momenti in cui il gioco viene utilizzato come regolatore improprio dell'attivazione emotiva.

Regolare l'istinto al gioco

Ancora più importante è forse il contributo sul piano della metacognizione. Diario esperienziale, domande guidate post-episodio, report periodici personalizzati e ricostruzione del nesso tra stato emotivo e comportamento possono aiutare il soggetto a trasformare l'agito in contenuto pensabile. In questo senso, la vera domanda clinicamente utile non è soltanto "quanto hai giocato?", ma "che cosa stavi cercando di regolare, evitare o compensare prima di giocare?".

In una prospettiva più avanzata, strumenti di questo tipo potrebbero anche dialogare con percorsi terapeutici strutturati, in particolare di orientamento cognitivo-comportamentale, fungendo da supporto alla continuità tra setting clinico e vita quotidiana. Ma è proprio su questo punto che occorre mantenere chiarezza: il digitale, in questo ambito, non sostituisce la relazione terapeutica né la presa in carico specialistica. Può però costituire un ponte prezioso tra consapevolezza iniziale, domanda di aiuto e accesso ai servizi.

Il valore di nuovi strumenti tecnologici, dunque, non è soltanto funzionale o informativo. È, più profondamente, la possibilità di trasformare un comportamento automatico in un processo osservabile, pensabile e almeno in parte regolabile. In questa prospettiva, tracking, notifiche di allerta, contenuti psicoeducativi e strumenti di autovalutazione non sono meri accessori tecnici, ma dispositivi di facilitazione cognitiva ed emotiva.

In conclusione, il Disturbo da gioco d'azzardo si configura come una condizione complessa, risultante dall'interazione tra vulnerabilità affettive, alterazioni neurobiologiche e distorsioni cognitive. Proprio per questa complessità, la risposta non può essere unidimensionale. Accanto al trattamento clinico e alla rete dei servizi, interventi centrati sulla consapevolezza e potenziati dall'impiego mirato di strumenti digitali possono rappresentare una risorsa utile sia sul piano preventivo sia nel sostegno ai percorsi di cura.

**Presidente EurekaAcademy ETS, dottore di ricerca in neuroscienze e chirurgia maxillo-facciale, Università La Sapienza*



Servizio Lo studio

Alzheimer e demenza, mettersi ai fornelli riduce il rischio ed attiva mente e corpo

Rivelato il valore della Cooking Therapy nella terza età. La preparazione di un pasto a casa per settimana si associa ad un calo del 30% delle probabilità di ammalarsi

di Federico Mereta

19 aprile 2026

Dimmi quanto cucini e ti dirò quanto rischi un decadimento cognitivo. Pur se non esiste un rapporto causa-effetto ma solo un'associazione, pare essere questa la morale che emerge da una ricerca giapponese pubblicata sul *Journal of Epidemiology & Community Health* (primo nome Yukako Tani, del Dipartimento di Salute Pubblica dell'Institute of Science di Tokyo). Perché scegliere gli ingredienti con cura, preparare sapientemente un piatto, cucinarlo per il tempo giusto selezionando profumi ed aromi può contribuire davvero al benessere psicofisico, al punto da proteggere dall'avanzare delle malattie degenerative associate alla demenza in età avanzata.

Il calo del rischio, peraltro, non è certo da sottovalutare. Basterebbe preparare un pasto in casa almeno una volta alla settimana per ridurre del 30% le probabilità di sviluppare i processi neurodegenerativi. Il motivo? La preparazione di un pasto, con tutto ciò che comporta, aiuta sicuramente a mantenere occhio e coordinazione fisica, ma rappresenta anche un meccanismo di stimolazione cognitiva da non sottovalutare. In un'epoca caratterizzata da Home delivery, pasti pronti e cibi da asporto, insomma, il ritorno alle antiche tradizioni culinarie del "fatto in casa" appare davvero come un potenziale salvacondotto naturale per il benessere.

Lo studio sugli over-65

La ricerca è partita con un obiettivo chiaro: valutare se la frequenza con cui si cucina in casa possa associarsi all'incidenza di decadimento cognitivo e alla demenza e quanto la competenza in cucina possa influire sul percorso cognitivo. Sono stati considerati i dati di quasi 11.000 soggetti over-65, con controlli a sei anni di distanza, tratti dalla popolazione del Japan Gerontological Evaluation Study. Un quinto dei partecipanti aveva più di 80 anni e per metà si trattava di donne. Il campione ha compreso per un terzo persone con meno di 9 anni di istruzione: il 40% aveva un reddito annuo inferiore a 2 milioni di yen, più o meno 1000 euro al mese. Tutti i partecipanti hanno compilato questionari sulla frequenza con cui preparavano pasti fatti in casa, da zero a più di 5 volte a settimana, nonché sul livello delle loro competenze culinarie. Queste sono state valutate in base a 7 abilità, che spaziavano dalla capacità/incapacità di sbucciare frutta e verdura alla capacità/incapacità di preparare stufati. Circa la metà dei partecipanti cucinava almeno cinque volte a settimana, mentre più di un quarto non lo faceva. Le donne e coloro che avevano esperienza in cucina tendevano a cucinare più pasti a casa rispetto agli uomini e a coloro che non avevano esperienza in cucina.

“Lo studio – spiega Guido Di Sciascio, Presidente della Società Italiana di Psichiatria (SIP) – richiama l'attenzione su un aspetto spesso sottovalutato: la salute mentale, soprattutto nelle persone anziane, si costruisce anche attraverso attività quotidiane apparentemente semplici, ma in realtà molto complesse sul piano cognitivo. Cucinare non è un gesto automatico, bensì un processo articolato che coinvolge memoria, pianificazione, funzioni esecutive e coordinazione motoria. È importante, tuttavia, leggere correttamente questi dati: non siamo di fronte a una relazione causale, ma a un'associazione. Questo significa che il fatto di cucinare potrebbe rappresentare non solo un possibile fattore protettivo, ma anche un indicatore di maggiore autonomia e di una migliore condizione cognitiva di partenza”.

Quanto aiuta la cooking therapy

Nel periodo di osservazione sono stati considerati i casi di decadimento cognitivo significativo, tanto da richiedere assistenza, rilevati attraverso il servizio sanitario pubblico. Il quadro si è manifestato in circa l'11% dei soggetti.

L'analisi dei dati ha mostrato che una maggiore frequenza di preparazione dei pasti è stata associata a un minor rischio di problemi sia negli uomini che nelle donne, ma con differenze a seconda del livello di competenza culinaria. Per chi è partito da zero, cucinare almeno una volta alla settimana è risultato associato a un rischio di demenza inferiore del 23% negli uomini e del 27% nelle donne rispetto a chi invece non faceva nulla tra i fornelli. Non solo: per chi non era particolarmente avvezzo a pentole e padelle cucinare un pasto da zero almeno una volta alla settimana è risultato associato a una riduzione del 67% del rischio di demenza. I risultati sono stati confermati anche dopo aver “pesato” altri fattori che potrebbero influire sul decadimento cognitivo, come lo stile di vita, il reddito familiare e gli anni di istruzione. Non solo: gli effetti benefici della “terapia dei fornelli” si sono mantenuti indipendentemente da altre attività che influiscono sulla riserva cognitiva dal bricolage all'impegno nel volontariato.

Come si spiegano gli effetti protettivi

Cucinare, oltre a migliorare le prestazioni fisiche aiutando movimenti e coordinazione, potrebbe favorire memoria e concentrazione. E se non si può parlare di vera e propria terapia, non ci sono dubbi che questo approccio possa aiutare sul fronte occupazionale. Si parte dal fare la spesa, con un ottimo allenamento per la memoria, visto che occorre ripercorrere la preparazione del piatto e gli ingredienti, facendo quindi esercizio. Ma non basta. una volta ai fornelli, preparare con attenzione il piatto libera dai pensieri, aiuta ad essere versatili, a controllare i tempi, ad adattare in corsa la ricetta se ad esempio qualcosa si brucia o un ingrediente manca. Infine, cucinare (magari in coppia o in compagnia) aiuta a scegliere piatti salutari e soprattutto, migliorando con le prestazioni da “chef”, consente di migliorare la concentrazione e far aumentare l'autostima.

“Le attività che combinano stimolazione mentale, coinvolgimento emotivo e dimensione sociale rappresentano uno dei pilastri della cosiddetta ‘riserva cognitiva’ – conclude Di Sciascio -. In questo senso, la cucina può diventare uno strumento utile, accessibile e profondamente radicato nelle abitudini quotidiane per promuovere un invecchiamento attivo. Oggi il rischio è una progressiva delega delle attività di ogni giorno – dal ricorso ai cibi pronti alla riduzione delle occasioni di autonomia personale – che può impoverire la stimolazione cognitiva. Recuperare gesti come cucinare significa quindi anche contrastare questa tendenza, restituendo valore a pratiche semplici ma capaci di incidere concretamente sul benessere psicofisico della persona”.

I depistaggi dell'autista di ambulanze diceva: "Questa signora respira male"

Tutte le accuse a Spada arrestato a Forlì per la morte di sei pazienti durante i trasporti. Le ricerche online: "Sognare di uccidere"

di **MARCO BETTAZZI**

BOLOGNA

Le inquietanti ricerche online, i sei accessi al Pronto soccorso con gli stessi sintomi delle presunte vittime, le scuse per rimanere solo con gli anziani durante i trasporti, i depistaggi sulle condizioni di salute dei pazienti, la preoccupazione per la telecamera installata dagli inquirenti sull'ambulanza delle morti sospette. Mentre proseguono le indagini emergono nuovi particolari a carico di Luca Spada, l'autista soccorritore 27enne di Meldola, cui la procura di Forlì contesta l'omicidio pluriaggravato di sei anziani. Tutti sono morti durante semplici trasporti su un'ambulanza della Croce rossa di Forlimpopoli-Bertinoro (che ha negato coinvolgimenti e annunciato azioni legali), a causa di una crisi respiratoria provocata da Spada, secondo l'accusa, iniettando aria con una siringa.

I sei casi e le scene coi colleghi

Gli anziani morti durante il trasporto con Spada sono Mirella Montanari (deceduta il 24 febbraio 2025), Francesco Mario Scavone (8 luglio), Edoarda Gasperini (26 luglio), Vincenzo Pesci (12 settembre), Vittorio Benini (13 ottobre) e Deanna Mambelli (25 novembre), unico caso in cui è stata effettuata l'autopsia che ha accertato la morte per embolia gassosa e per cui Spada è stato arrestato. In tutti questi episodi l'autista, al momento della crisi respiratoria o subito prima, ha fatto in modo di restare solo con le presunte vittime. «Devo fare delle telefonate», di-

ceva ai colleghi, oppure «Ho male a un piede», «Devo prendere i parametri vitali». In un caso, quello della signora Gasperini che doveva essere trasportata in ospedale per un'infezione a un piede (e che all'arrivo del mezzo risulta vigile e cosciente), ci sono state due crisi: dopo la prima l'automedica ha verificato un miglioramento e il viaggio è continuato. Meno di cinque minuti dopo una nuova chiamata, le condizioni totalmente diverse della paziente e il decesso in pronto soccorso, col dubbio che Spada abbia provocato la crisi due volte. In questo caso poi l'autista ha omesso di registrare il trasporto nei documenti, secondo l'accusa per occultare il decesso.

La procura segnala anche i tentativi di Spada di preparare il terreno. «Guardi che questa signora respira male», diceva a un'infermiera nel caso di Mambelli. «Adesso respiro magari bene», rispondeva la signora stessa. E durante un altro trasporto: «Me lo deve dire lei signora se respira male, i parametri vanno bene», sentiva dire da Spada l'autista, senza però sentire la paziente rispondere. E poi la preoccupazione al ritrovamento della telecamera dei carabinieri il giorno dopo la morte di Mambelli: «Non ti sembra una telecamera?», chiedeva a un collega.

L'inverosimile casualità

Contro Spada ci si mette anche la matematica. Perché tra gli oltre 16mila trasporti secondari effettuati da gennaio a novembre 2025 dalla Croce rossa di Forlimpopoli-Bertinoro ci sono state otto crisi rilevanti, di cui cinque mortali e una con decesso nei giorni successivi. In tutti e sei i casi Spada era di turno. Un dato, secondo l'accusa, che rende inverosi-

mile pensare a una casualità.

Le ricerche online

Gli inquirenti si concentrano anche sulle ricerche online fatte da Spada nei giorni della morte della signora Mambelli. E in particolare quelle, giudicate significative, che riguardano evidentemente i sogni fatti dall'autista. Il 19 novembre, sei giorni prima del trasporto fatale, Spada cerca su Google "sognare di uccidere qualcuno numeri", "ho sognato uno ucciso cosa significa" e "sognare omicidio. Significato e numeri". Mentre il giorno dopo il presunto omicidio, quando Spada scopre la telecamera sull'ambulanza e viene perquisito, consulta articoli sul caso di Giampaolo Amato, il medico bolognese condannato per aver avvelenato moglie e suocera con un mix di farmaci.

I sei accessi al Pronto soccorso

La procura si concentra anche su sei accessi fatti al Pronto soccorso nel 2025 dallo stesso Spada senza che venga accertata una patologia. Con episodi di crisi respiratorie e sintomi giudicati sovrapponibili a quelli delle sue vittime, oltre che l'accertamento di un accesso venoso autonomo. Il dubbio è che Spada si sia provocato crisi respiratorie con un sistema simile a quello usato per gli anziani. Eventualità negata dai legali dell'autista, che hanno parlato di normali accessi ospedalieri.



Il senatore Mirabelli: io, malato di Sla «Assenza dello Stato insopportabile»

L'intervista con l'amico e giornalista Damilano su Rai 3: finché posso lavorare, ha senso andare avanti
«Serve una legge sul fine vita. E milioni di caregiver sono completamente abbandonati»

di **Valentina Bertuccio D'Angelo**
MILANO

«**Finché** potrò lavorare e incontrare persone penso che la vita abbia un senso. Posso essere utile». La Sla è riuscita (forse, non del tutto) a togliere il senatore Franco Mirabelli dalla politica (non può votare, mentre continua a presentare interrogazioni e progetti di legge grazie al gruppo dem), ma di certo non ha tolto la politica dal senatore Franco Mirabelli. Sessantasei anni, vicecapogruppo Pd in Senato, una vita al servizio della res publica e sempre a sinistra (è stato anche segretario provinciale a Milano dei Ds fino alla na-

uscita del Pd). In campo fino a quella data spartiacque che è stata il giorno della diagnosi, pochi mesi dopo la caduta del governo Draghi nel 2022.

«**Ero già stanco** e cominciavo a fare fatica a parlare, ma mai avrei pensato di avere una patologia tanto grave. Mi è crollato il mondo addosso, ma grazie a mia moglie e mio figlio non mi sono mai disperato. Continuo a svegliarmi la mattina convinto che serva», ha spiegato - attraverso un puntatore che parla per lui - a Marco Damilano, che l'ha intervistato venerdì sera per la trasmissione 'Il cavallo e la torre' su Rai 3. Un colloquio tra amici di vecchia data, lontano dal pietismo, non per questo meno commovente. Fine vita, diritto di scegliere fino alla fine, la solitudine dei caregiver.

Mirabelli, nonostante il progredire di una malattia che ha marciato inesorabile (è immobilizzato e muove appena le mani e la testa), ha deciso di smentire chi dice che chi fa le leggi decide su questioni di cui non sa nulla. «Se penso ai bisogni di chi è nelle mie condizioni e alle risposte della politica, vivo una distanza insopportabile. Ci sono due leggi necessarie, ma che restano lettera morta, quella sul fine vita e quella sui caregiver. Parliamo di milioni di persone tra chi ha bisogno di assistenza e i loro familiari che si sentono giustamente abbandonati dallo Stato. Oggi per me è fondamentale intervenire per migliorare l'assistenza e la ricerca sulla SLA. Devo farlo perché la vivo sulla mia pelle e devo raccontarla anche per chi ha meno possibilità di farsi sentire. Manca una politica per coordinare e finanziare la ricerca e l'assistenza. spesso totalmente a carico delle famiglie».

In casa Mirabelli i caregiver sono il figlio e la moglie, ma c'è anche il supporto di un centro specializzato come il Nemo di Niguarda e la Fondazione Mageri, garantisce un intervento domiciliare. «Purtroppo però non sono tanti i territori che possono dare questi servizi», denuncia Mirabelli.

Cura, certo. Assistenza. Ma anche libertà di scegliere come e quando dire basta. Eppure in Italia una legge sul fine vita è ancora di là da venire. «Penso che le indicazioni della Corte costituzionale siano importanti ma in-

sufficienti - commenta Mirabelli -. Escludono i malati che non vivono grazie alle macchine, ma che non per questo soffrono di meno. Purtroppo anche tradurre in legge le indicazioni della Corte con questo centrodestra sembra impossibile».

Franco Mirabelli è circondato da centinaia di pedine degli scacchi collezionate negli anni in giro per il mondo. E c'è un'ironia un po' amara nel fatto che la sua preferita sia il cavallo: «È il più imprevedibile». Come la vita, che l'ha messo davanti alla prova più dura: «Mi manca il cibo, che non posso più assumere, mi manca la possibilità di partecipare alla vita sociale, mi manca poter viaggiare». In compenso c'è uno sguardo più diretto all'essenza delle cose: «Capisco meglio quali sono poco importanti, cose su cui ci perdo troppo tempo». Il tempo, appunto, l'unica risorsa di cui ti accorgi davvero quando senti che ti scivola via. «È una cosa che cerco e voglio sia utile per me e per gli altri. Il tempo non mi manca, ma non per questo è meno prezioso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'attività politica
L'esponente del Pd non riesce a votare, ma presenta interrogazioni



Bambino Gesù, record di trapianti pediatrici: 66 solo lo scorso anno

► Nell'ospedale romano il 43,7% degli interventi nazionali effettuati nel 2025
L'attività si è triplicata in vent'anni

I NUMERI

A volte tutto dipende da una telefonata nel cuore della notte, da un'attesa che sembra infinita, da una decisione presa quando il dolore è ancora troppo vicino. È in questi passaggi delicati che si giocano molte delle storie che arrivano al Bambino Gesù, dove il trapianto rappresenta spesso l'ultima possibilità per bambini e famiglie provenienti da tutta Italia, chiamate a confrontarsi con scelte improvvise e definitive, in tempi ristretti e carichi di incertezza. I numeri raccontano la dimensione di questo impegno, dietro al quale restano una decisione e un tempo sospeso, da cui una vita può ripartire.

IL BILANCIO

Più di un trapianto pediatrico su tre, in Italia, viene eseguito al Bambino Gesù. È il dato che emerge dal bilancio dell'attività trapiantologica del nosocomio romano, diffuso in vista della Giornata nazionale della donazione di organi e tessuti. Nel 2025 sono stati 66 gli interventi su pa-

zienti in età pediatrica, su un totale nazionale di 151 trapianti di organi solidi. Una quota che restituisce con chiarezza il peso assunto negli anni dall'ospedale capitolino, diventato un riferimento stabile per il Paese. Vent'anni fa la percentuale era poco superiore al 10%, oggi supera il 40%. Dal 2005 al 2025 il numero annuale dei trapianti è quasi triplicato, passando da 24 a 66, mentre dal primo intervento eseguito nel 1986 sono oltre 1.400 i trapianti pediatrici effettuati. Una crescita costante che ha accompagnato l'evoluzione delle tecniche chirurgiche e dell'organizzazione clinica.

LA STORIA

Tutto è cominciato nella notte tra il 10 e l'11 febbraio 1986, con un trapianto di cuore su un bambino di 15 mesi. Negli anni successivi sono arrivate tappe decisive: nel 1993 il primo trapianto combinato cuore-rene, poi quello di polmone nel 1995 e infine, nel 2008, il primo trapianto di fegato. Interventi complessi, spesso al limite delle possibilità terapeutiche, che hanno consolidato il Bambino Gesù come riferimento nazionale per i casi pediatrici più delicati. Nello stesso arco di

tempo si è rafforzato anche il sistema dei trapianti in Italia: dal 2005 a oggi il tasso di donazione è aumentato del 50%, superando i 30 donatori per milione di abitanti, grazie alla Rete trapiantologica nazionale e al coordinamento del Centro nazionale trapianti. Ma «la generosità di chi decide di donare nel momento più difficile resta l'elemento centrale», sottolinea il direttore sanitario Massimiliano Raponi. «Accanto a questo – prosegue – hanno inciso il lavoro di una rete altamente specializzata, che coinvolge decine di professionisti e competenze diverse, unite da un forte spirito di squadra e da un impegno organizzativo continuo. Fondamentale è stato anche il contributo dell'innovazione tecnologica, che ha migliorato in modo significativo la conservazione e l'utilizzabilità degli organi». Un'attività che ogni giorno si traduce in decisioni cruciali e in percorsi di cura che possono cambiare il destino di bambini arrivati senza alternative.

Lucia Oggianu

**LA PRIMA OPERAZIONE
DI QUESTO TIPO
NEL FEBBRAIO 1986
DA ALLORA NE SONO
STATE REALIZZATE
PIÙ DI 1400**

STAMPA LOCALE ROMA CAPITALE



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Fine vita Il caso Barbieri

Accompagnò la madre in Svizzera: prosciolto

Due anni e mezzo fa ha compiuto un gesto che un figlio non vorrebbe mai fare: accompagnare la propria madre a morire in Svizzera. Sibilla Barbieri, attrice e produttrice, era una malata oncologica all'ultimo stadio. Aveva chiesto di morire in Italia, ma l'Asl le aveva negato il permesso nonostante il parere favorevole del Comitato etico. Per questo era andata all'estero, assistita dall'Associazione Luca Coscioni. Una settimana dopo il figlio Vittorio Parpaglionni si era autodenunciato. Insieme a lui l'ex senatore Marco Perduca, che l'aveva accompagnato, e Marco

Cappato che aveva organizzato il viaggio con l'Associazione Soccorso civile. Adesso il giudice per le indagini preliminari di Roma, Tamara De Amicis, ha disposto l'archiviazione del procedimento penale nei confronti di tutti e tre. «Il nodo centrale resta la decisione della Asl — commenta l'avvocata Filomena Gallo, segretaria dell'Associazione Coscioni — che ha negato un diritto che avrebbe dovuto essere riconosciuto: Sibilla avrebbe potuto essere aiutata in Italia. Per questo torniamo a chiedere norme chiare che non ostacolino, ma garantiscano

l'autodeterminazione delle persone che soffrono e non hanno prospettive terapeutiche».

L'Asl Roma 1 aveva riconosciuto solo tre dei quattro requisiti previsti dall'ordinamento italiano per accedere al fine vita (patologia irreversibile, sofferenze intollerabili e piena capacità di decisione). Aveva invece interpretato in senso restrittivo il quarto sul sostegno vitale: Barbieri infatti non dipendeva da macchinari ma da ossigenoterapia e farmaci per il dolore. Secondo l'Associazione Coscioni «l'archiviazione recepisce l'interpretazione estensiva poi confermata dalla Corte

Costituzionale con la sentenza 135 del 2024». E ricorda che proprio in questi giorni è in corso la mobilitazione per chiedere al governo di ritirare il disegno di legge in discussione al Senato che andrebbe a incidere anche su questo punto.

Riccardo Bruno

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Attrice Sibilla Barbieri è morta il 31 ottobre 2023. Aveva 58 anni



“Io prosciolto per avere portato mia mamma a morire all'estero ma la sua fine resta un'ingiustizia”

Parla il figlio dell'attrice Sibilla Barbieri. Malata di cancro, non rientrava tra i casi previsti in Italia per il suicidio assistito

di **MARIA NOVELLA DE LUCA**

ROMA

Il dolore per la morte di mia madre non passerà mai, adesso però mi sento più leggero. Per due anni e mezzo ho vissuto con quell'accusa di aiuto al suicidio sulla testa e il rischio di una pena fino a 12 anni di carcere. Ora che tutto è stato archiviato mi resta l'amarezza più grande: mia madre Sibilla Barbieri avrebbe avuto il diritto di finire i suoi giorni in Italia, è stata costretta all'esilio della morte».

Accanto a Sibilla, regista e attrice, portata via da un cancro a 58 anni il 31 ottobre del 2023, nel viaggio a Zurigo verso il suicidio assistito, c'era lui, Vittorio Parpaglioni, il figlio maggiore che oggi di anni ne ha 27. Tornato in Italia Vittorio si era poi autodenunciato, insieme a Marco Cappato e Marco Perduca.

Ci spieghi la sua amarezza.

«Nulla può cancellare quello che mia madre ha patito mentre la nostra Asl le negava il diritto di morire in casa tra i suoi affetti. Asl che noi abbiamo denunciato per tortura. Sibilla aveva tutti i requisiti previsti dalla Corte Costituzionale per ottenere il suicidio assistito in Italia. Però era una malata oncologica e le sue cure terminali, incredibilmente, non sono state considerate tra le quattro condizioni per le quali è consentita,

in Italia, la morte assistita».

Invece adesso il tribunale di Roma con l'archiviazione, ed è un fatto importante, ha recepito una nuova sentenza della Consulta del 2024 secondo la quale anche le cure di Sibilla rientravano in quelle condizioni.

«Non sono un giurista ma è evidente che tutto questo ci dimostra l'ingiustizia subita da mia madre. Sibilla alla fine è riuscita a morire in pace soltanto perché aveva le possibilità economiche per andare a Zurigo. Ci vogliono oltre diecimila euro per l'ultimo viaggio in Svizzera. E chi non ha questi soldi resta qui e si spegne nel dolore».

Lei ha detto che adesso si sente più leggero.

«Quell'accusa a cui pensavo ogni giorno con inquietudine, anche se rifarei lo stesso gesto di disobbedienza civile, mi riportava sempre non al ricordo di mia madre viva, ma al lutto per la sua morte. Al momento esatto in cui sono entrato nella casa del

suicidio assistito con lei fino a quando ne sono uscito ma senza di lei. E invece io voglio ricordare i giorni felici».

Ecco, torniamo a quei giorni.

«Ci divertivamo un mondo, Sibilla,

mia sorella ed io. Mamma era forte, allegra, legatissima a noi, parlavamo all'infinito. E poi l'arte, il cinema, i libri. Oggi libero dalla cappa di quell'assurda accusa di aiuto al suicidio che risale al codice Rocco, cerco di riappropriarmi di tutto questo. Per chiudere il cerchio».

Anche attraverso la scrittura?

«Ho appena finito un romanzo che parla anche di Sibilla e del viaggio. E dell'ingiustizia che abbiamo subito. Noi e tanti altri».

Continuerà a impegnarsi nella disobbedienza civile con l'Associazione Coscioni?

«Oggi più che mai. Lo devo a mia madre, lo devo a chi soffre e non può scegliere come e dove morire».

In Parlamento si sta discutendo una legge sul fine vita che restringe molto il campo della libertà di scelta. Se fosse in vigore voi sarete stati condannati per istigazione e aiuto al suicidio.

«Appunto. Non possiamo fermarci. Per Sibilla, anche».

Più volte ha raccontato della poesia di Pessoa che nel viaggio verso Zurigo lei e Sibilla leggevate insieme. Si ricorda i primi versi?

«Sì, certo. “La morte è la curva della strada, morire è solo non essere visto. Se ascolto, sento i tuoi passi esistere, come io esisto”».



L'attrice Sibilla Barbieri, morta a 58 anni nel 2023, con il figlio Vittorio Parpaglioni

