

11 giugno 2026

**RASSEGNA
STAMPA**



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Largo della Sanità Militare, 60
00184 Roma
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343





la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



DOMANI IN EDICOLA

il venerdì

il venerdì Patterson svela i segreti degli Epstein files

Rspettacoli

Achille Lauro a Roma "Io sono come voi"

di ANDREA SILENZI a pagina 38



Giovedì 11 giugno 2026

Anno 51 - N° 133

Oggi con I Piaceri del Gusto e Album Prime Pagine

In Italia € 2,50

Gli Usa lanciano nuovo attacco all'Iran

Trump: l'accordo era vicino ma Teheran ci tratta come stupidi. Hegseth: colpiremo duro. Esplosioni anche in zone vicino Hormuz. Dagli ayatollah no alla mediazione del Qatar

IL REPORTAGE di PAOLO BRERA BEIRUT

Beirut, la protesta del popolo di Hezbollah



Ai tuoi ordini, Nasrallah, urlano le donne con il nero chador. In alto i telefoni, un selfie e una ripresa. Su le bandiere, giù sul cuore le foto dell'ayatollah Khamenei e di suo figlio Mojtaba. Ci sono la banda con la grancassa, il poeta dai versi ispirati e i maxischermi con fucili e bandiere. I canti patriottici, gli slogan, i cori e il servizio d'ordine.

a pagina 2

dal nostro corrispondente PAOLO MASTROLILLI

Ieri abbiamo attaccato l'Iran duramente e lo rifaremo anche oggi». È stato lo stesso Donald Trump, parlando dall'Ufficio Ovale, ad avvertire che la rappresaglia per l'elicottero americano Apache abbattuto sopra le acque dello Stretto di Hormuz non era ancora finita. Anzi, poco prima via social era tornato a minacciare di allargare la risposta alle infrastrutture civili della Repubblica islamica.

a pagina 2

Le accuse di Mosca al Quirinale

di SERENA RIFORMATO

Mercoledì sera di festa nella residenza dell'ambasciatore russo a Roma Alexey Paramonov. Musica e un nuovo attacco al Quirinale: «Qui in Italia, da alcuni degli alti colli romani, ci sentiamo spesso accusati».

a pagina 10

Salta la riforma dei medici di famiglia

Liti nella Lega "Perso il dna" Rabbia sugli alleati

di LORENZO DE CICCO

alle pagine 8 e 9, servizi di BEI e CERAMI

di MICHELE BOCCI

Doveva essere un decreto legge di dieci articoli, che tratteggiava una riforma nella quale tra l'altro si prevedeva che una piccola parte dei medici di famiglia coprissero i turni nelle Case di comunità. Ieri è diventato un provvedimento più prudente.

alle pagine 4 e 5, servizio di FERRARA



STASERA MESSICO-SUDAFRICA

Parte il Mondiale delle contraddizioni

di EMANUELA AUDISIO

Welcome, per niente. Andare sulla Luna forse è più facile. Malvenuti nel Mondiale più pazzo del mondo, così obeso che fa fatica ad aprire le porte. È il più ricco, il più caro, il più diffuso, il più sconfinato, il più controverso, ma soprattutto il meno pacifico.

nell'inserito

Il nuovo libro di MASSIMO GIANNINI La SCIAMANA Meloni, l'ultima trumpista: fenomenologia della destra illiberale Rizzoli

L'INCHIESTA

Ponte sullo Stretto corruzione tentata con altri giudici

di FOSCHINI, FRASCHILLA e OSSINO

Avvicinare il magistrato. Coinvolgerlo in associazioni, convegni, incontri pubblici. Presentargli dirigenti e manager per favorirne la carriera una volta lasciata la toga. Era questo, secondo la procura di Roma, il metodo utilizzato dall'avvocato calabrese e dirigente della Lega Giacomo Francesco Saccomanno e dall'imprenditore Vincenzo Virgiglio.

alle pagine 18 e 19

A BOLOGNA

la Repubblica DELLE IDEE 2026

Domani torna la piazza delle idee di Repubblica

di SARA SCARAFIA

alle pagine 28 e 29

LA SENTENZA

Omicidio di Pierina Dassilva assolto "Giustizia è fatta"

di CATERINA GIUSBERTI

Sono cinque le piste alternative che, secondo la difesa, non sono state esplorate in questo processo. Gli avvocati di Louis Dassilva, Rario Fabbri e Davide Grassi, le hanno elencate una dopo l'altra nella memoria difensiva che martedì mattina hanno consegnato alla giuria, prima che si riunisse in camera di consiglio per sedici ore.

alle pagine 24 e 25 servizi di BALDESSARRO



CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02.62821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06.688281



Servizio Clienti - Tel. 02.63707310
mail: servizioclienti@corriere.it

Banca Ifis logo and branding

Cartoline dalla Cina
Nel campus dove
i ragazzi sono già futuro
di Carlo Rovelli
a pagina 35



Domani su 7
Cuccarini: e ora
mi voglio più bene
di Fiamma Tinelli
a pagina 37



SIAMO IL
CREDITO
PER LA TUA
AZIENDA

GIANNELLI



MONDIALI DI CALCIO: ITALIA 2026
Oggi il via alle partite
MONDIALI, IL CALCIO
BATTE LA POLITICA

di Aldo Cazzullo

Quello che comincia oggi non sarà il Mondiale di Donald Trump. Per quanto il presidente degli Stati Uniti abbia organizzato la propria vita per dare ogni giorno un titolo, e se possibile essere il titolo del giorno, alla fine i protagonisti saranno i calciatori. E il Mondiale apparterrà a loro, e agli spettatori: noi.

Anche se le avvisaglie sembrano pessime, sarà un successo. E gli ascolti televisivi saranno ottimi; anche in Italia, nonostante l'assenza della Nazionale.

Certo, l'America che ospita i Mondiali è l'America di Trump. Che un arbitro designato dalla Fifa non possa entrare nel principale Paese organizzatore perché viene da una nazione che Trump detesta, la Somalia, è uno scandalo. L'idea di una squadra, l'Iran, che deve andare in ritiro in Messico, su una delle frontiere più difficili del mondo, Tijuana, per saltabaccare negli Usa solo il tempo strettamente necessario a giocare la partita e ripartire prima di mezzanotte, prima che la carrozza di Cenerentola ridiventi una zucca, sarebbe ridicola se non fosse drammatica. E i prezzi dei biglietti minacciano di trasformare il luogo popolare per eccellenza, lo stadio, in un club per ricchi.

Tuttavia pensiamo a tre anni e mezzo fa. Il Mondiale in Qatar fu contestatissimo. Si disse che il Paese ospitante violava i diritti umani. Ed era vero.

continua a pagina 28

Colpita dagli Usa anche una petroliera in Oman, dispersi 3 marinai indiani. Kiev, un super missile sulla Russia

Trump, nuovo attacco all'Iran

Il leader americano lancia un'ondata di raid su vasta scala. Il regime: risponderemo

di Mazza e Sargentini

Lo stesso copione. Di giorno Trump minaccia ritorsioni per il mancato accordo e la notte (italiana) ordina di colpire l'Iran. «Eravamo vicini alla firma, ma Teheran ci tratta da stupidi. Li colpiremo duramente», aveva detto Donald nel primissimo pomeriggio americano. Qualche ora dopo fok ai raid. Forti esplosioni a Sirk, sullo stretto di Hormuz, sull'isola di Kish, con le difese aeree iraniane attive in tutto l'Ovest del Paese. Prima gli Usa avevano colpito anche una petroliera nell'Oman.

di pagina 2 a pagina 5

IL LEADER SUDCOREANO

«Ricerca e tech, noi con l'Italia»

di Paolo Salom

Corea e Italia sono simili — dice il presidente della Corea del Sud Lee Jae-myung —, per innovazione e tech un nuovo asse Roma-Seul per l'AI del futuro.

a pagina 21

Barcelona Il Papa alla messa per i 100 anni di Gaudì alla Sagrada Família



Nel maxischermo l'immagine di papa Leone XIV mentre celebra la messa nella Basilica della Sagrada Família, a Barcellona

«Non si può credere in Gesù e fare la guerra»

Gian Guido Vecchi a pagina 24

La premier «Non è la Repubblica delle banane»

Meloni: patrimoniale? No, sgravi al ceto medio

IL DECRETO DEL GOVERNO

Scuola, polizia: sì all'uso dell'AI Ecco le regole

di Valentina Santarpia

Va liberata da Palazzo Chigi all'utilizzo dell'AI. Scuola, giustizia, forze di polizia, ecco le regole «antropocentriche».

a pagina 9

di Antonella Baccaro

L'assemblea annuale di Confindustria il messaggio di Mattarella a tutela dei lavoratori e l'intervento della premier. Che ha ribadito: «No alla patrimoniale, noi vogliamo ridurre il carico fiscale sul ceto medio». È riferito al commercio aperti e chiusi (esentasse) degli extracomunitari: «Non siamo la Repubblica delle banane, qui si rispettano le regole».

alle pagine 8 e 9

LA SENTENZA SUL DELITTO PAGANELLI



Dassilva assolto, le lacrime «Rinascita della giustizia»

di Enea Conti e Alfio Sciacca a pagina 22

Roma La Procura

«Ponte, tentativi di corrompere altri giudici»

di Giovanni Bianconi

Indagini sul Ponte sullo Stretto, per il pm di Roma gli indagati «Saccomanno e Virgiglio tentarono di corrompere altri due giudici della Corte dei conti. Ma il tentativo fallì. Nelle carte dell'indagine ecco come l'imprenditore arruolava le toghe: «Vieni, ti presento tre top manager pubblici».

alle pagine 12 e 13
Ducci, Sacchettoni

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini

Dente perdente

C'è stato un tempo in cui gli sfruttatori della prostituzione, i cosiddetti papponi, erano circondati dal discredito universale. Ma non è più questo il tempo. Adesso, stando alla minuziosa inchiesta del New Yorker ripresa da Elena Tebano, per una bolla consistente di umanità il pappone è diventato un modello da seguire. I fratelli Andrew e Tristan Tate vengono idolatrati dalla base di Trump e da quella di Putin, che li ha invitati a un forum nel suo Paese. I loro meriti? Ingegnerare sul web alla superiorità del maschio. E sembra non si limitino a teorizzarlo, inseguiti come sono da inchieste che riguardano un elenco di reati per lo più raccapriccianti: stupro, sfruttamento, traffico di minori. Ai giovani uomini confusi, spaventati o respinti dalle donne ti-

berate del Ventunesimo secolo, i Tate si presentano nei panni dei giustizieri che predicano la supremazia del maschio e la ricetta per realizzarla: cercare donne deboli, povere, ricattabili, attirarle in una rete e usarle per il proprio tornaconto. Resta da capire perché milioni di imbrantati che arrossiscono al solo avvicinarsi di una ragazza si identifichino in questi personaggi estremi. Ma forse non è così difficile: perché la fanno sporca e perché la fanno franca. Poveri illusi, pensano che la cattiveria ribalterà il mondo. Non sanno che il famoso «occhio per occhio dente per dente» alla lunga si rivela sempre perdente. Diceva Mandela che provare rancore è come bere un veleno sperando che a morire sia l'altra persona.

Edison advertisement: Futuro in corso. Crediamo che la transizione sostenibile abbia bisogno di comunità aperte e partecipative. Anche adesso, anche qui.

IL GIALLO DI RIMINI
Pierina e quella morte
rimasta senza colpevoli
FILIPPO FIORINI - PAGINA 16



IL COLLOQUIO
Melandri: io, femminista
che parla agli uomini
SIMONETTA SCIANDIVASCI - PAGINE 24 E 25



IL CINEMA
Anna Valle: "Miss Italia
Tornatore e i film di Totò"
FULVIA CAPRARA - PAGINE 26 E 27

1,90 € II ANNO 160 II N.155 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, DCG - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

GIOVEDÌ 11 GIUGNO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



INTERVISTA A CAVALLERI, RESPONSABILE DELL'UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO: LE RIFORME AUMENTANO LE DISPARITÀ

“Perché il fisco è ingiusto”

Meloni: “La patrimoniale? Non siamo la repubblica delle banane. Giù le tasse al ceto medio”

L'INTERVENTO
Ma non basta
intervenire sull'Irpef
PIETRO RECHLIN

Il nostro presidente del Consiglio ha più volte annunciato che intende ridurre la pressione fiscale sulle famiglie del ceto medio. Un lodevole impegno, se si pensa che chi ha un reddito superiore a 25 mila euro contribuisce al 75-80% dell'Irpef. - PAGINE 2 E 3

IL COMMENTO
La Bce, l'inflazione
e il dilemma dei tassi
SALVATORE ROSSI

Una banca centrale, nel decidere le sue mosse di politica monetaria, può sbagliare per eccesso o per difetto (di severità). La Banca centrale europea, nella sua ormai non breve vita di oltre un quarto di secolo, errori ne ha commessi di entrambi i tipi, come tutte le banche centrali peraltro. Ad esempio nel 2022 certamente tardò a iniziare una politica restrittiva. Oggi si appresta a discutere dell'eventualità di un rialzo dei tassi d'interesse e la maggior parte degli osservatori concordano sulla elevata probabilità che lo decida, sia pure per un ammontare relativamente piccolo. - PAGINA 23

IL RISIKO BANCARIO
Gilli: la Compagnia
vuole salire in Intesa
CLAUDIA LUISE

«È un'operazione che crea valore per gli azionisti ma soprattutto per il Paese, rafforzando il posizionamento italiano nel sistema bancario europeo». Lo dice Marco Gilli, presidente della Compagnia di San Paolo. - PAGINA 20

BARBERA, GRIGNETTI, Malfetano
Per sottolineare la terzietà del ruolo parla di «mali antichi». Il giudizio complessivo è però fattuale e impietoso: il fisco italiano «non è equo», e l'ultima riforma ha tradito le promesse. Il rapporto presentato ieri dall'Ufficio parlamentare di bilancio parla di un sistema che fra il 2021 e il 2025 «ha accentuato le disparità di trattamento tra tipologie di reddito». Lo dice Lilla Cavallari, che dell'Upb è presidente. - CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 2-8

L'INCHIESTA
La cricca del ponte
tra nomine e favori
IRENE FAMÀ

Nome, promesse e favori: ecco la partita del ponte sullo Stretto. Una grande opera dove ciascuno porta avanti il suo gioco e tenta ogni strada per superare gli ostacoli. Lo dice l'inchiesta per corruzione della procura di Roma. - PAGINA 4

L'ANALISI
L'argine dei giudici
le mire della politica
EDMONDO BRUTTI LIBERATI

La Procura di Roma indaga per corruzione e rivelazione di segreti d'ufficio un ex magistrato della Corte dei Conti, un imprenditore e un avvocato, per aver tentato di influire sul parere della Corte dei Conti sul progetto del ponte sullo Stretto. - PAGINA 6

IL DECRETO
Scuola e polizia
il debutto dell'Al
Il rischio dei dati
in mano ai privati
ROCIOLA, RUFFILLI



Il governo ha varato una normativa organica sull'Al. Tre decreti che riguardano attività di polizia, scuola e settore pubblico. - PAGINE 8 E 9

KUREISHI SUGLI SCONTRI DI BELFAST: UN MIX DI POVERTÀ E PROPAGANDA DISTRUGGE IL REGNO UNITO



In nuovi scontri di stanotte a Belfast dopo la caccia allo straniero che martedì ha sconvolto la città - PAGINA 13

IL MEDIO ORIENTE
Trump, ira su Teheran
Partono i nuovi raid
FRANCESCO SEMPRINI - PAGINA 10



LA GEOPOLITICA
Donald e i Pasdaran
È l'ora della forza
ALESSIA MELCANGI - PAGINA 23

LA MOSSA DEL GENERALE
Vannacci: accolgo
Alemanno libero
CAPURSO, CARRATELLI, DE ANGELIS

Roberto Vannacci e Gianni Alemanno. Sempre più nuova coppia politica alla destra di Giorgia Meloni. L'ex generale attende l'uscita dal carcere dell'ex sindaco di Roma, prevista per il 24 giugno, e probabilmente lo andrà a prendere di persona a Rebibbia: «Farò di tutto per esserci», spiega Vannacci a *La Stampa*. Del resto, il legame tra i due è ormai consolidato. Quanto a Fdi «credo che Meloni sia ancora una destra autentica, ma probabilmente dovrebbe dimostrarlo un po' di più. È una destra che ha perso la trebisonda», punge Vannacci. - PAGINA 18

LE NUOVE LINEE GUIDA
L'ultima stretta
contro la stampa
CATERINA SOFFICI

Avviso al lettore: questo commento pone molti interrogativi e non fornisce una risposta né una soluzione. Eppure speriamo non sia inutile, perché apre un dibattito. - PAGINA 28

OGGI ALLE 21 LA PRIMA SFIDA MESSICO-SUDAFRICA

Via al Mondiale, corsa al trono di Messi

IL COLLOQUIO
Boniek: questo calcio
è soltanto per le élite
GIULIA ZONCA

Zibi Boniek di Mondiali ne ha giocati tre, ma di questo dice: «Sono successi cose che non piacciono a nessuno». - PAGINE 18 E 19



IL PERSONAGGIO
Junior: Ancelotti
può fare il miracolo
GIANLUCA ODDENINO

Che mondiali saranno? «Lunghi. Era meglio la formula a 32 squadre: 48 sono troppe» dice l'ex campione brasiliano Leo Junior. - PAGINA 28





€ 1,40 ANNO 148 - N° 157
Spese in P.P. 0,333/000 come L. 40/2004 art. 1 c) 0,333/01

Il Messaggero

NAZIONALE



Giovedì 11 Giugno 2026 • S. Barnaba apostolo

IL GIORNO DEL MATTINO

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

Lettera al Messaggero: anche io voglio vincere come voi
Lotito: «Tifosi laziali torniamo a parlarci»

L'intervento del presidente biancoceleste nelle pagine dello Sport



LA LAZIO VIENE PRIMA DI TUTTO

Claudio Lotito
presidente della Lazio

Cari tifosi laziali, desidero innanzitutto ringraziare il Direttore (...) *Nello Sport*

Su MoltoSalute

Il sonno perduto malattia cronica degli italiani

Un inserto di 24 pagine



L'editoriale
QUELLA VIA STRETTA INDICATA DALL'EUROPA

Romano Prodi

Lo scorso 3 giugno il commissario europeo all'economia Valdis Dombrovskis ha illustrato le misure, fortemente richieste dall'Italia, per permettere la flessibilità delle spese conseguenti alla crisi energetica. In questo quadro la Commissione ha offerto al nostro paese la possibilità di usare fino allo 0,3% di deficit in più per l'anno in corso e per i due anni successivi. Tutto questo ci renderebbe possibile spendere una somma aggiuntiva intorno ai 14 miliardi di euro, che si aggiungono al nostro debito, in deroga al patto di stabilità.

La decisione della Commissione è stata recepita non solo come un sollievo economico, ma come un successo politico in conseguenza del quale, come affermato dalla Presidente Meloni: "L'Italia indica la strada all'Unione Europea". Augurandoci che questo auspicio si materializzi, dato che, invece, il nostro governo usa attribuire all'Ue l'origine di ogni disgrazia che ci capita, è bene dedicare un'attenta lettura alle raccomandazioni del Consiglio che, nello stesso 3 giugno, hanno accompagnato la dichiarazione della Commissione. Le 19 pagine di considerazioni sono infatti tutte dedicate ad indicare, in modo preciso ed analitico, le decisioni che debbono essere prese dall'Italia per uscire dallo squilibrio in cui si trova, essendo in difficoltà a causa del suo enorme debito pubblico e, soprattutto, della troppo debole crescita della produttività. Preso atto della positiva attenzione del governo italiano nel mantenere una prudente politica di bilancio, il rapporto dell'Ue fa seguire un lungo e analitico elenco delle misure da intraprendere per accelerare il nostro cammino di crescita. Le riforme elencate sono talmente ampie e approfondite da costituire sostanzialmente un programma di governo.

Continua a pag. 29

LE NUOVE REGOLE DEL GOVERNO SULL'IA

L'intelligenza artificiale nei programmi di scuola

► Nei decreti attuativi il via libera all'utilizzo per le indagini di polizia. Sì all'identificazione nei luoghi pubblici. No ai licenziamenti con l'algoritmo

ROMA Scuola, Pubblica amministrazione e forze di polizia: via libera all'uso dell'intelligenza artificiale

Pigliautile a pag. 3

In 60mila per Achille che canta con Venditti



Achille Lauro in concerto

Marzi a pag. 22

Retromarcia sulle Case di Comunità
Stop sui medici di famiglia il governo blocca la riforma

Arcovio e Bulleri a pag. 2

Produzione su e stime migliori per la crescita
Meloni: no alla patrimoniale e meno tasse al ceto medio

Pacifico e Pira a pag. 5

Il presidente Usa valuta un'operazione lampo su vasta scala
Trump: attaccherò ancora l'Iran
Il Papa: un cristiano non fa guerre

la nostra inviata a Madrid Giandomenico, Paura e Vita alle pag. 6 e 8

Gli approfondimenti

L'Italia e le armi per Kiev
«Niente acquisti dagli Usa»

Sciarra a pag. 7

La premier vede Tajani
«Inviato Ue per l'Ucraina»

Bechis a pag. 7

Alle 21 apertura con Messico-Sudafrica
Fatturato, polemiche, divieti al via il Mondiale dei record

Evangelisti, Sorrentino e l'analisi di Guido Boffo nello Sport



Ritratti romani



Quella farmacia nel cuore di Roma dal XVII secolo

Enrico Vanzina

Oggi entriamo nel mondo meraviglioso delle farmacie romane. Ma prima di raccontarvi questa storia faccio "outing" (...) Continua a pag. 19

ENERGIA PER LE TUE GIORNATE

SUSTENIUM PLUS 50+
ENERGIA FISICA E MENTALE

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

E COMPLESSO **actiful**

ANCHE IN FLUORCINI

Di integratori (presentati) non vanno emessi come prodotti di una data data, equivochi e a uso che di via sono. ACTIFUL è un marchio di BioActive. Il Logo ACTIFUL è il marchio di BioActive. SUSTENIUM

Il Segno di LUCA



SAGITTARIO
QUARTO

Qualcosa di sottile avviene nelle regioni più nascoste del tuo cuore, dove l'amore nasconde il suo trionfo. La configurazione ti consente di mettere fine a qualcosa che era causa di sofferenza, un evento del passato non del tutto cicatrizzato che di tanto in tanto interferiva con la tua vita senza che tu potessi opporvi. Non solo tutto va a posto, ma passi a un'altra fase in cui quello che hai vissuto diventa un magico lasciapassare.

MANTRA DEL GIORNO
Ogni carattere ha un suo calendario.

L'oroscopo a pag. 29

* Tardem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Padova, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con Tuttosportato € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero • Giornale dello Sport, Strada € 1,40; nel Molise, il Messaggero • Primo Piano; Roma € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere Anzio Sport, Stadio € 1,50; "Fuoriporta al Mare" • € 0,90 (Roma)



Giovedì 11 giugno 2026

ANNO LIX n° 135
1,50 €
San Barnaba
apostolo

Edizione online
dal 04/02

Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

Il rapporto Unhcr oltre i numeri QUANDO L'ESILIO DIVENTA VITA

BARHAM SALIH

Ogni anno il rapporto dell'Unhcr sulle tendenze globali dello sfollamento forzato offre un quadro della portata e dell'evoluzione di una delle principali sfide umanitarie del nostro tempo (la presentazione a pagina 6 dell'edizione odierna, ndr). Dietro le statistiche ci sono milioni di persone costrette a lasciare le proprie case e Paesi alle prese con conflitti irrisolti, mentre altri continuano a sostenere il peso dell'accoglienza. L'ultimo rapporto contiene anche un segnale di miglioramento: il numero complessivo dei rifugiati diminuisce rispetto all'anno precedente. Ma questo dato non deve indurre a conclusioni affrettate: le cause profonde dello sfollamento forzato restano in gran parte irrisolte e migliaia di persone affrontano un esilio lungo decenni. Quasi 4,4 milioni di rifugiati sono tornati nei loro Paesi d'origine e più di 10 milioni di sfollati interni alle loro aree di origine. Nel complesso, questo rappresenta uno dei più grandi movimenti di ritorno registrati nella storia recente. Tuttavia, dobbiamo essere precisi su cosa rappresentano realmente questi numeri: molti di questi ritorni non sono avvenuti in condizioni di sicurezza e stabilità, ma sotto pressione. Verso Paesi in cui l'insicurezza persiste, dove le infrastrutture sono state danneggiate e dove i servizi di base e le opportunità economiche restano scarsi. Oltre i titoli e le cifre, dunque, il rapporto evidenzia una sfida che raramente riceve l'attenzione che merita. L'esilio sta diventando sempre più prolungato. Oggi il 70% dei rifugiati, quasi 25 milioni di persone, hanno trascorso decenni in esilio, tra cui famiglie e bambini che non hanno conosciuto altra vita.

continua a pagina 6

Editoriale

Fischi all'IA nei campus americani PER NON ESSERE INGRANAGGI

STEFANIA GARASSINI

Con l'intelligenza artificiale siamo di fronte a una trasformazione tecnologica senza precedenti. So cosa ognuno di voi sta pensando. Avete paura. E io capisco profondamente ciò che provate. Peccato che queste parole di Eric Schmidt, ex presidente di Google, nel suo discorso durante la cerimonia delle lauree all'Università dell'Arizona, pochi giorni fa, non siano state viste come una sincera manifestazione di empatia: ad accoglierle è stata invece una fragorosa salva di fischi studenteschi. È il caso dell'Arizona non è isolato. Ad analoghe proteste, al solo sentir nominare l'IA, si è assistito, tra le altre, nelle università del Tennessee, Central Florida, Indianapolis, South Carolina e alla Columbia di New York. Mentre uno studente di Stanford, Theo Baker, ha scritto sul *New York Times* un lucido editoriale per spiegare come ChatGpt abbia cambiato (in peggio) la sua vita universitaria. I giovani esprimono un disagio, reagiscono male a chi dice - com'è accaduto all'università del Tennessee - che una buona parte dei loro studi sono stati inutili, perché preparavano a compiti che l'intelligenza artificiale può svolgere più velocemente e con più efficienza. Non importa se subito dopo si insiste sul ruolo fondamentale che avranno nel determinare come e quanto sarà usata l'IA, nel mantenere al centro l'uomo e i suoi valori fondanti: sembrano parole vuote, perché nei fatti vedono come questi propositi siano disattesi. In base alla loro esperienza, l'IA non viene utilizzata per facilitare la nascita di nuove idee, o per individuare modalità alternative di risolvere i problemi potenziando l'intelligenza umana.

continua a pagina 20

BARCELONA Il Pontefice ha presieduto la Messa nella Sagrada Família, ha inaugurato la torre di Cristo e reso omaggio a Antoni Gaudí



Leone XIV: non possiamo credere in Gesù e poi fare guerre

Gambassi (inviato), Funghi e Ruffalo p. 3-5

LINEE DI ORIENTAMENTO CEI

Maggiore spazio ai laici
e strutture da cambiare
le priorità per la Chiesa in Italia

Liat e Palmucci
a pagina 22

IL FATTO Non si è trovata l'intesa sulla trasformazione in dipendenti di parte dei dottori. Sindacati soddisfatti

Medici, eutanasia di una riforma

Lite nella maggioranza, Schillaci ritira il testo. «Ma avanti sulle case di comunità»

ALESSIA GUERRIERI

I MARGINI STRETTI DELLA CRESCITA

Meloni: no alla patrimoniale
sì a nuove riduzioni di tasse
Ma per l'Upb troppe le disparità

La premier parla di fisco all'assemblea di Confindustria. E risolverà promesse da campagna elettorale. Fare di più sul carico fiscale del ceto medio. E poi: «Qui si rispettano le regole, non siamo una repubblica delle banane». Ma i tecnici dell'Ufficio di bilancio: con progressività inasprita e Flat tax cresciuti i divari fra autonomi e dipendenti.

Di Benedetto, Fatigante e Fera
a pagina 11

Finisce in soffitta la bozza di decreto che il ministero aveva ipotizzato, ma mai formalmente presentato, e aveva avuto anche il parere favorevole delle Regioni (con alcune correzioni). Ora l'ipotesi è un emendamento a un provvedimento già all'esame del Parlamento o un atto di indirizzo nel rinnovo della convenzione. Soddisfatti i sindacati dei cattolici bianchi che adesso chiedono un confronto. Sul piede di guerra le opposizioni: Governo allo sfando.

Servizio a pagina 12

I DATI DELL'AGENZIA ONU

Rifugiati in lieve diminuzione
ma rimane l'emergenza
A Belfast si accendono scontri

C'è un calo del 3% del numero di rifugiati nel rapporto Global Trends che Unhcr presenterà oggi: ma è soprattutto l'effetto di 15 milioni di persone rientrate nella terra di origine, spesso in condizioni precarie. A Belfast l'accogliamento di un uomo da parte di un sudanese ha scatenato una caccia all'immigrato. Devastata la città.

Lambruschi e Michelucci
alle pagine 6 e 7

I nostri temi

È VITA

La cura e il corpo sconosciuti agli algoritmi

PAOLO BENANTI

"Magnifica humanitas", pone domande sul confine mai tanto sottile tra fragilità e tecnica nella medicina.

A pagina 19

FORUM FAMIGLIE

Otto proposte per fermare il "virus" azzardo

GIUSEPPE MIOLLO

Riduzione delle sale scommesse, azzeramento di sponsorizzazioni tra le richieste del Forum delle famiglie.

A pagina 13

FISCHIO D'INIZIO IN MESSICO Al via i Mondiali senza Italia che cambieranno il calcio

Caprotti e Castellani a pagina 9

L'EMERGENZA ESTATE Scuole aperte, il piano è giusto ma insufficiente

Beretta e Ceredoni a pagina 10



POPOTUS Non è il voto che dice chi siamo

Dodici pagine tabloid

Corpo
Alessandro Deho
Corpo in agonia
«Crede nel lamento di un uomo in agonia», la poetessa Roberta Dapunt con la sua poesia «Crede» ci prende per mano accompagnandoci su una soglia estrema e sacra: l'agonia di un uomo morente. E lo fa da poetessa, a corpo nudo, a piedi nudi, come davanti al rovente ardente della divina presenza. Troppo spesso l'ultimo respiro del corpo è assediato da una scienza che rischia di non volersi mai arrendere alla mite e come liberazione se imprigionato, invece, ad arrivarci a cuore nudo, a mani vuote, l'agonia si trasfigurerebbe da battaglia in momento di fede, di pura fede, la poetessa infatti crede. Usa questo termine esatto. Crede nell'uomo in

Agorà
SPIRITUALITÀ
Jan Brokken:
«L'arte? Uno strumento per ricercare il divino»
Brokken a pagina 23
POESIA
Laudes creaturarum
L'essere di don Angelini in dialogo con la terra
Gibellini a pagina 24
RECITAZIONE
Andréa Ferréol:
«Io, francese d'Italia rimpiangio Fellini»
Zappalà a pagina 25

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

Salta la riforma dei medici di famiglia

di MICHELE BOCCI

Doveva essere un decreto legge di dieci articoli, che tratteggiava una riforma nella quale tra l'altro si prevedeva che una piccola parte dei medici di

famiglia coprissero i turni nelle Case di comunità. Ieri è diventato un provvedimento più prudente.

→ alle pagine 4 e 5, servizio di **FERRARA**

Il governo ferma la riforma dei medici di famiglia La protesta delle Regioni

Spaccatura a destra
sulle Case di comunità: si
chiederà ai camici bianchi
un impegno di sole 6 ore
Bertolaso furioso: avvilente

di MICHELE BOCCI

Doveva essere un decreto legge di dieci articoli, che tratteggiava una riforma nella quale tra l'altro si prevedeva il passaggio alla dipendenza di una piccola parte dei medici di famiglia, oggi convenzionati, per coprire i turni nelle Case di comunità. Ieri è diventato un provvedimento molto più prudente. Si cercherà infatti un accordo con i camici bianchi per modificare la loro convenzione, o si farà un emendamento, perché lavorino tutti almeno 6 ore alla settimana nei nuovi maxi ambulatori richiesti e finanziati dal Pnrr. Una marcia indietro che ha scatenato le ire della Lombardia quando ieri Marco Mattei, capo di gabinetto del ministro alla Salute Orazio Schillaci, l'ha prospettata agli assessori alla Salute, nel corso di una riunione della commissione sanità della Conferenza delle Regioni. Guido Bertolaso ha usato parole di fuoco e subito dopo ha lasciato la riunione. Ha anche detto che si dimetteva dal ruolo di vice coordinatore degli assessori (incassando il plauso di molti colleghi). «Abbiamo lavorato tre mesi sul

testo, eravamo tutti d'accordo. È una vicenda avvilente. Finiamo per fare tutto quello che chiedevano i medici», è il senso delle parole dell'assessore lombardo.

Era stata la destra a proporre la riforma, è la destra ad affossarla. Mattei ha spiegato alle Regioni che intanto si rinuncia alla soluzione della dipendenza e si lavora sulle 6 ore per dare una risposta immediata ai problemi delle Case di comunità. Tra l'altro, se c'è da modificare la convenzione dei medici potrebbero comunque volerci settimane per arrivare in fondo. Più avanti, avrebbe detto il dirigente del ministero (finito nella bufera perché candidato alla Corte dei conti malgrado sia un medico e bocciato dal presidente dello stesso organismo), si lavorerà di nuovo per la riforma. Non è chiaro come sia possibile farlo, visto che c'è davanti ancora un anno di legislatura e che, soprattutto, Forza Italia è stata sempre contraria, la Lega pochi giorni fa ha preso la stessa posizione e dentro Fratelli d'Italia, a Roma, in tanti hanno lavorato contro nelle ultime settimane. Pri-

mo fra tutti il sottosegretario-farmacista di Fdi Marcello Gemmato.

Sarebbe stata la stessa premier Giorgia Meloni a dire a Schillaci, a margine del consiglio dei ministri della scorsa settimana, di rallentare. Le pressioni dei sindacati dei medici di famiglia per non cambiare il proprio status, nemmeno per una piccola parte di loro, hanno avuto la meglio su ministero e Regioni.

Le grandi realtà locali di centro-destra, Lombardia in testa, ma anche Lazio e Veneto ci credevano e ci speravano. Hanno problemi a riempire le Case di comunità (al contrario di realtà come Toscana ed Emilia-Romagna) perché tanti medici



di famiglia non ci vogliono andare. Da qui la rabbia di Bertolaso, che pensava di essere vicino all'obiettivo. Non è chiaro come mai si siano mosse così tardi, visto che si sa da anni che a fine giugno scade il Pnrr e le Case di comunità vanno aperte.

«Una riforma annunciata come decisiva viene ritirata perché Fratelli d'Italia, Forza Italia e Lega si sono fatti la guerra», dice Ilenia Malavasi, capogruppo Pd in commissione Affari sociali della Camera, che chiede anche quando si dimetterà il ministro. Sandra Zampa, capogruppo del Pd in commissione Sanità del Senato, aggiunge: «Mai abbiamo potuto discutere le linee di quel proget-

to. Inammissibile che il Parlamento sia ignorato così». E il presidente dei senatori dem Francesco Boccia parla di un «fallimento» che le «persone pagheranno sulla loro pelle». Anche i 5 Stelle parlano di «ennesimo fallimento del governo».

Soddisfatti i sindacati dei medici: «Così come era, la riforma sarebbe stata un boomerang, ora siamo pronti a ragionare insieme», dice il segretario Fimmg Silvestro Scotti.

Lombardia, Lazio e Veneto contro la scelta
Soddisfatti i sindacati
Il Pd: pagano i cittadini



Una Casa di comunità appena inaugurata a Torino





I dottori dipendenti pubblici: questo il nodo del decreto

Perché si era pensato a un decreto legge di riforma dell'assistenza territoriale?

Nell'ultima bozza del decreto si partiva dal presupposto che fosse necessario garantire una quota minima di attività dei medici di famiglia e pediatri nelle Case di comunità. Cioè i maxi ambulatori finanziati dal Pnrr dove i dottori dovrebbero lavorare con specialisti, infermieri, assistenti sociali per rispondere ai bisogni del territorio.

Come venivano inquadrati i medici di famiglia?

La convenzione restava il "canale prioritario di accesso", ma si consentiva anche "il ricorso complementare al rapporto dipendente nei casi di incarichi vacanti, carenze assistenziali o fabbisogni, definiti dalla programmazione regionale", non soddisfatti attraverso la convenzione. Ai dipendenti si poteva chiedere di andare nelle Case di comunità, ma anche in aree dove mancano medici di famiglia. Anche se residuale (e

anche se si assicurava che sarebbe restato il rapporto fiduciario tra assistiti e dipendenti), questa è l'ipotesi che ha fatto infuriare i sindacati medici.

Quanto dovevano lavorare i camici bianchi nelle Case di comunità?

In base all'attuale convenzione, quelli con almeno 1.500 pazienti, la maggioranza, possono dare anche zero ore. Nella riforma si prevedeva una "quota oraria minima" di sei ore che poteva però essere incrementata dalle Regioni che ne avessero bisogno.

Quali altre novità introduceva il decreto?

Faceva, tra l'altro, nascere la scuola di specializzazione universitaria in Medicina territoriale e alzava fino a 16 anni l'età massima degli assistiti dei pediatri. Inoltre permetteva, in attesa delle assunzioni, di distaccare personale già dipendente delle Asl nei territori con carenze di organici.

La riforma è archiviata, o

quantomeno rinviata a data da definire, come si è deciso di procedere?

Scompare il decreto, si parla di un atto di indirizzo per modificare la convenzione dei medici (che potrebbe richiedere settimane) e poter obbligare i dottori di famiglia a fare almeno 6 ore ogni settimana nelle Case di comunità. Altra ipotesi è dare più forza alla previsione con un emendamento.

— **MI.BO.**



Schillaci sotto assedio

“Sistema utile ai cittadini vado avanti e non lascio”

Lo sfogo del responsabile del dicastero: “Sono e resto un tecnico poi sta alla politica decidere se approvare le mie proposte”



IL RETROSCENA

Io vado avanti. La riforma non si ferma, perché serve ai cittadini». Nel fortino del ministero alla Salute, accerchiato da esponenti di forze di governo e sindacati che remano contro, Orazio Schillaci dice ai suoi che non è il momento di arrendersi. Lui spera ancora di arrivare a un decreto legge, anche se pare a questo punto davvero difficile che entro fine legislatura si riesca ad approvare una riforma strutturata come era quella che il ministro ha elaborato insieme alle Regioni, tutte convinte che l'atto fosse utile. «Sono un tecnico che agisce in un governo politico. Preparo le riforme, poi sta alla politica decidere se approvarle. Credo che tutti siano consapevoli dell'importanza delle Case di Comunità», è la sua riflessione. Anche per questa sua natura, di fronte agli inviti alle dimissioni fatti in questi giorni dall'opposizione non si è mai scomposto. Intanto, però, il ministero va avanti con un progetto molto meno ambizioso di quello dal quale era partito, e per certi versi rompe il fronte, almeno con la Lombardia, che non ha per niente gradito il cambiamento. Il piano resta quello di riprendere il discorso della riforma più avanti, dopo aver risolto l'emergenza delle Regioni che non

hanno professionisti da mandare nelle Case di Comunità. «Trovaremo la quadra», aveva detto appena sabato scorso.

Schillaci, e prima di lui altri ministri, aveva già provato nel 2025 a riformare la medicina del territorio, partendo da una revisione del ruolo dei medici di famiglia, proprio in vista dell'apertura delle Case di Comunità. Dopo essere stato fermato, quest'anno ha ritentato anche perché c'era l'appoggio delle Regioni, con le quali finalmente aveva trovato un'intesa dopo aver avuto con loro un rapporto un po' turbolento negli anni scorsi, soprattutto a causa dei provvedimenti sulle liste di attesa.

La riforma sarebbe l'occasione per dare un senso all'intera legislatura, e Schillaci, che tra un anno o poco più tornerà a fare il professore universitario di Medicina Nucleare, lo sa bene. Per questo continua a non darla per persa, e per questo pare che ieri non abbia accolto bene il modo un po' brusco con il quale il suo capo di gabinetto, Marco Mattei, ha illustrato i cambiamenti alle Regioni, dicendo chiaramente che il decreto andava rimandato a un secondo momento.

Ironia della sorte, sono stati proprio i suoi colleghi, cioè dei medici, a lavorare per contrastare il progetto del ministro. I sindacati dei dottori di famiglia sono molto potenti, hanno capacità di fare lobby in Parlamento e nell'esecutivo, forti anche della loro cassa previden-

ziale, l'Enpam, la più ricca tra quelle private. Così hanno portato dalla loro parte molti esponenti dei partiti di maggioranza, finendo anche per condizionare la premier Giorgia Meloni. «La figura professionale del medico di famiglia è in crisi - ha detto Schillaci - Basta vedere come i concorsi spesso vadano deserti». Per questo ci sarebbe bisogno della riforma. Da ormai 15 anni, è la riflessione, si parla di strutture in cui i medici lavorano insieme in maxi ambulatori assicurando ai cittadini un'assistenza praticamente continua. «La riforma serve soprattutto alle Case di Comunità, non bisogna concentrarsi sullo status dei medici di famiglia», ha spiegato il ministro. Per questo è «un'occasione unica, da non lasciarsi sfuggire», dice. Tra l'altro, è la riflessione, ci sono anche giovani medici ai quali piacerebbe lavorare in équipe, con strumenti moderni, dentro i maxi ambulatori. Ha le idee chiare Schillaci, ma il suo problema è che le hanno chiare, e contrarie, anche tanti esponenti dei partiti di maggioranza. Che assediano il fortino per bloccare la riforma.

— MI.BO.



Sanità: «Case di comunità operative il 30 giugno»

Procede a doppia velocità la riforma della Sanità. Mentre va avanti il progetto di «condurre» una parte dei medici di famiglia nelle Case di comunità, i mega ambulatori che nelle intenzioni del governo offriranno ai cittadini, sotto casa, le cure non legate a urgenza ed emergenza (da lasciare agli ospedali), sembra escluso che si procederà per decreto sul resto. La conferma arriva dal ministero che ora punta a trovare un accordo con la categoria dei medici, un atto amministrativo, come ha annunciato alle Regioni anche il capo di gabinetto, Marco Mattei. Nonostante la contrarietà

dei partiti di maggioranza su un provvedimento ad hoc atteso in questi mesi, il ministro Orazio Schillaci persegue l'obiettivo di organizzare «una medicina territoriale più vicina ai cittadini con i medici di famiglia nelle Case di comunità». E chiarisce che «nessun testo di legge è stato ritirato visto che se ne sta discutendo con le Regioni». Erano state soprattutto quelle di centrodestra, Lombardia e Lazio in testa, a chiedere norme che spingessero i liberi professionisti, oggi in convenzione col servizio sanitario, a diventare dipendenti obbligati a prestare un

certo numero di ore nelle 1.300 strutture create con i fondi del Pnrr. Schillaci è convinto che «si troverà la migliore soluzione». Non l'ha presa bene l'assessore al Welfare della Lombardia, Guido Bertolaso, fra i promotori del testo poi integrato dalle altre amministrazioni locali. Per questo ieri sera ha lasciato il confronto col ministero, annunciando le dimissioni da vice coordinatore della Commissione assessori sanità. Avrebbe anche fatto trasparire l'intenzione di «riflettere sul futuro». Secondo lui non puntare sulla riforma è uno sbaglio,

un'occasione persa poiché il testo affrontava i veri problemi della medicina territoriale. Tutto il resto gli appare come un ripiego che non porterà a risultati concreti. Le Case di comunità devono essere pronte entro giugno. Il loro funzionamento non dipenderà solo dai medici di famiglia ma anche da specialisti per dare ai pazienti un'assistenza completa.

M. D. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Ex rettore**

Orazio Schillaci, 60 anni, medico, dal 2022 ministro della Salute



IL FATTO Non si è trovata l'intesa sulla trasformazione in dipendenti di parte dei dottori. Sindacati soddisfatti

Medici, eutanasia di una riforma

Lite nella maggioranza, Schillaci ritira il testo. «Ma avanti sulle case di comunità»

ALESSIA GUERRIERI

Finisce in soffitta la bozza di decreto che il ministero aveva ipotizzato, ma mai formalmente presentato, e aveva avuto anche il parere favorevole delle Regioni (con alcune correzioni). Ora l'ipotesi è un emendamento a un provvedimento già all'esame del Parlamento o un atto di

indirizzo nel rinnovo della convenzione. Soddisfatti i sindacati dei camici bianchi che adesso chiedono un confronto. Sul piede di guerra le opposizioni: Governo allo sbando.

Servizio a pagina 12

Medici di famiglia, salta la riforma

Lite nella maggioranza, il ministro Schillaci ritira il decreto. Poi la nota del ministero: «Il lavoro sulle case di comunità va avanti»
La decisione dopo un incontro con le Regioni. L'ira di Bertolaso («Vicenda avvilente»), che lascia da vicecoordinatore degli assessori

ALESSIA GUERRIERI
 Roma

Tutto finisce in un cassetto e lì rimarrà. Come pure l'impianto originario e la logica che avevano ispirato la riforma dei medici di famiglia presentata dal ministro Orazio Schillaci tramite una bozza di decreto legge, approvata anche dalla Conferenza delle Regioni con delle rielaborazioni. Salta infatti l'ipotesi di testo - in realtà mai formalmente presentato - che avrebbe messo mano alla medicina territoriale e alla gestione delle Case di comunità previste dai fondi Pnrr e che aveva fatto storcere il naso ai sindacati di categoria perché «calata dall'alto», come pure al centro-destra. Malumori nella maggioranza che nei giorni scorsi han-

no costretto Palazzo Chigi a chiedere al ministro di non forzare la mano. Da qui la decisione di far saltare definitivamente il decreto, comunicata nella riunione che si è svolta ieri tra gli assessori regionali alla Salute e il capo di gabinetto del ministero della Salute, Marco Mattei. Il ministero però è intenzionato ad andare avanti per «dare una medicina territoriale più vicina ai cittadini con la presenza dei medici di medicina generale nelle Case di comunità». Adesso sul tavolo resterebbero due opzioni: procedere con una norma, con ogni probabilità attraverso un emendamento a un provvedimento già all'esame del Parlamento, oppure affidare tutto all'Atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione, inserendo lì l'obbligo per i medici di

famiglia di garantire un certo numero di ore settimanali (l'ipotesi è sei) di presenza nelle Case della comunità. Ed è proprio la forma di contratto per medici di famiglia in queste strutture - dipendenza o convenzione - era stato uno dei nodi che aveva fatto arenare la questione e anche discutere tra i partiti di maggioranza. La riforma infatti non piaceva né alla



Lega che auspicava maggiore condivisione e neppure a FdI e FI, soprattutto per il cambio di tipologia contrattuale che riguardava i medici delle Case di comunità. Nei giorni scorsi il ministro Schillaci aveva ostentato ottimismo: «Troveremo la quadra». Ma alla fine pare che abbia prevalso la prudenza. Ora, tuttavia, il risultato è che della riforma presentata quasi due mesi fa resta oggi ben poco. Il tentativo di intervenire in modo organico sul ruolo dei medici di famiglia, sul loro rapporto con il Ssn e sulla nuova organizzazione dell'assistenza territoriale sembra essersi ridotto alla sola partita delle ore da garantire nelle Case di comunità. Un punto che avrebbe fatto saltare i nervi a chi fin dall'ini-

zio aveva sposato la riforma, l'assessore alla Salute della Lombardia Guido Bertolaso che ieri avrebbe deciso di abbandonare il tavolo e messo sul piatto le dimissioni da vice coordinatore degli assessori, definendo la «vicenda avvilente». Dopo la notizia dello stop l'opposizione va all'attacco, con il Pd che chiede al ministro di venire a riferire in Parlamento. Parlamento che - sottolinea la senatrice Sandra Zampa, capogruppo del Pd nella commissione Sanità «è stato finora estromesso». E c'è chi come la deputata dem Ilenia Malvasi arriva anche a chiedere le dimissioni del capo del dicastero. Per Italia viva il Governo «è stato capace di smentire se stesso», il ragionamento da cui parte la senatrice Annamaria Fulan per cui lo stop alla riforma

è «l'ennesimo capitolo di una sanità governata senza visione, tra improvvisazioni e continue retromarcie». Per Avs «il ritiro della riforma è l'ennesima prova di un Governo allo sbando». Anche dalla maggioranza Forza Italia tira un sospiro di sollievo. «Lo stop - dice il portavoce nazionale Raffaele Nevi - conferma la linea portata avanti da FI a difesa della funzione del medico di medicina generale che dev'essere al servizio delle famiglie, senza perdere la sua autonomia professionale e la natura fiduciaria del rapporto con gli assistiti». Soddisfatti anche i sindacati. «Bene lo stop. Speriamo in un confronto costruttivo da adesso in poi», dice Pina Onotri, segretaria nazionale del Sindacato medici italiani. Una richiesta a

cui si unisce la Federazione dei medici di medicina generale: «Così come era, la riforma sarebbe stata un boomerang, ora siamo pronti a ragionare insieme».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Non si è trovata la "quadra" sul testo che disponeva il passaggio alla dipendenza nel Ssn per parte di loro. Resta l'ipotesi di una norma che preveda l'obbligo, per i dottori, di svolgere 6 ore nelle nuove case. Sindacati soddisfatti

La riforma presentata due mesi fa non piaceva ai partiti, ma era ben vista dall'assessore lombardo. Le opposizioni: prova di un Governo allo sbando



Orazio Schillaci



Guido Bertolaso



Lega, Fie e parte di FdI hanno fatto muro nonostante l'ok delle Regioni guidate dal centrodestra

Salta la riforma dei medici di famiglia Centrodestra spaccato, stop al decreto

IL CASO
PAOLO RUSSO
ROMA

«**G**uido, non me la sento di portarla avanti, troppi contrasti tra i miei e troppi rischi che venga vista erroneamente dai cittadini come la fine del rapporto fiduciario con il proprio medico di famiglia». Così ieri Giorgia Meloni ha pronunciato a un avvilito Bertolaso il *de profundis* della riforma della medicina territoriale fortemente voluta dal ministro della Salute, Orazio Schillaci. Che come primo obiettivo aveva quello di riempire di dottori le Case di comunità, che entro il 30 giugno devono funzionare per non perdere i due mi-

liardi di finanziamento Pnrr. Obiettivo che ora il Governo cercherà di salvare inserendo in un nuovo e snello accordo di lavoro l'obbligo per i medici di famiglia di lavorare almeno sei ore a settimana nelle nuove strutture, impegno che andrebbe poi via via a salire per chi ha meno di 1.500 assistiti. L'altra strada, più veloce, a cui si sta pensando è un emendamento da immettere al volo in uno dei decreti legge in discussione. Il resto della riforma, ossia il pagamento dei medici per quello che fanno e non per il numero di pazienti, la formazione universitaria e il pediatra fino a 18 anni, verrebbe rinviato a un successivo provvedimento. Previa intesa con i medici di famiglia che da subito hanno alzato le barricate contro l'ipotesi, paventata dalla stessa riforma ma ora definitivamente tramontata, di poter assumere una piccola parte di loro come dipendenti per coprire gli organici delle strutture dove nessuno sembra vole-

re andare, visto che secondo l'ultimo rapporto di Agenasolo il 4% delle Case di comunità, i maxi ambulatori aperti 7 giorni su 7, h24, funziona al momento a pieno regime.

Fatto è che nonostante tutte le Regioni guidate dal centrodestra avessero dato pieno appoggio a Schillaci, da parte di Lega, Forza Italia e parte di FdI si è alzato il muro contro la riforma, invisata anche dall'Enpam, l'ente previdenziale dei medici da sempre guidato dal sindacato dei medici di base Fimmg e che con 32 miliardi di patrimonio è riuscito a trovare orecchie sensibili alle sue richieste.

All'assessore lombardo alla Salute, Guido Bertolaso, sceso apposta a Roma «per convincere la premier», è così toccato prendere atto del dietrofront comunicato a lui e ai suoi colleghi nell'incontro con il capo di Gabinetto del ministero, Marco Mattei. Una riunione dalla quale l'ex capo della Protezione civile è uscito sbattendo la

porta dopo aver espresso «profondo dissenso e immensa amarezza» ed essersi dimesso dal ruolo di vice coordinatore della Commissione Salute, parlamentino degli assessori regionali alla Sanità. «È l'ennesimo fallimento del governo della destra, che arriva a fine legislatura uno straccio di strategia per la sanità pubblica. Così di rischia di perdere i finanziamenti del Pnrr», commenta il presidente dei senatori Pd, Francesco Boccia. Che chiede a Schillaci di chiarire al Senato la vicenda. —



“

Francesco Boccia
Presidente dei senatori Pd

Nuovo fallimento
del governo
così si mettono
a rischio
le risorse del Pnrr





Servizio II dietrofront del Governo

Medici di famiglia, l'ultima conferma: la riforma non si farà, resta la convenzione

I tecnici del ministero della Salute hanno confermato alle Regioni che l'idea del decreto legge è definitivamente tramontata

di Marzio Bartoloni

10 giugno 2026

Ora è ufficiale: la riforma dei medici di famiglia che prevedeva, tramite decreto legge, l'inserimento dei medici di famiglia nelle Case di Comunità e il passaggio alla dipendenza per una parte di loro è stata ritirata. La decisione che era già nota da giorni - come raccontato più volte dal Sole 24 ore - sarebbe stata comunicata dal capo di gabinetto del ministero della Salute Marco Mattei agli assessori regionali alla sanità. Il decreto dovrebbe esser sostituito da un accordo da approvare nell'atto di indirizzo della convenzione con la medicina di famiglia, vicino al rinnovo. L'idea è di prevedere lì dentro un impegno orario di almeno sei ore a settimana da spendere dentro le Case di comunità. Ma il tempo stringe visto che a fine giugno c'è la scadenza del Pnrr che prevede come target minimo l'apertura e il funzionamento di almeno 1038 Case di comunità, i maxi ambulatori dove i cittadini troveranno visite, primi esami e prevenzione. Il rischio ora è che diverse strutture - soprattutto al Centro Sud dove si registrano i maggiori ritardi - si trasformino in scatole vuote senza personale medico e servizi.

Il clamoroso stop della Meloni e della maggioranza

Il testo, presentato dal ministro della Salute Orazio Schillaci alla Conferenza delle Regioni e poi da queste rielaborato, non era mai stato presentato formalmente ma era diventato oggetto di polemiche e scontro con i sindacati che chiedevano di essere coinvolte nelle scelte che li riguardano in prima persona. Quello che colpisce di questa vicenda è però il clamoroso stop piovuto da dentro la stessa maggioranza alla riforma su cui aveva lavorato Schillaci per settimane trovando anche l'accordo delle Regioni. Che avevano fatto pressing proprio sul ministro per trovare misure urgenti come l'assunzione come dipendenti di un contingente di dottori per riempire le Case di comunità più sguarnite. Un'opzione vista come fumo negli occhi dai sindacati, in particolare la Fimmg pronta a scioperi e proteste per difendere l'attuale convenzione con il Ssn (i camici bianchi sono dei liberi professionisti), "minacce" che hanno convinto i partiti di maggioranza - prima Forza Italia e poi Fdi e Lega - e la stessa premier Giorgia Meloni a fare retromarcia.

Ora si punta a rinnovare presto la convenzione

Se l'idea del decreto è ormai tramontata si punta dunque al piano B: l'obiettivo del ministero della Salute ora è quello di accelerare sulla nuova convenzione (quella relativa al triennio 2025-2027) da firmare con i medici di famiglia: l'obiettivo ambizioso è quello di siglare entro giugno il testo del nuovo Acn - l'accordo collettivo nazionale che le Regioni poi devono declinare localmente - nel quale prevedere un "debito orario" di almeno 6 ore a settimana che i medici di famiglia dovranno

trascorrere dentro le nuove strutture. A disposizione solo per il 2026 ci sarebbero poco meno di 300 milioni per incentivarli a lavorare in team con le altre figure che dovrebbero popolare queste strutture (medici specialisti, infermieri, ecc.). Si vedrà molto presto se questa via sarà sufficiente . Lo stop alla riforma sui medici di famiglia ha scatenato le ire di chi più di altri l'aveva difesa ovvero l'assessore alla sanità della Regione Lombardia Guido Bertolaso. Secondo quanto si apprende da fonti regionali, quest'ultimo, presente all'incontro tra i tecnici del ministero della Salute e gli assessori regionali alla sanità, se ne sarebbe andato dal tavolo, annunciando dimissioni.



Servizio Disagio psichico

Schillaci: ripartiti i fondi per la salute mentale, entro l'estate il Piano sanitario nazionale

Il ministro firma il decreto che assegna le risorse alle Regioni: ora è all'esame del Mef e presto sarà trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni

di Redazione Salute

10 giugno 2026

“Abbiamo firmato il decreto di riparto delle risorse del Piano per la salute mentale da attribuire alle Regioni proprio la scorsa settimana. Il provvedimento è in questi giorni al vaglio del ministero dell'Economia e in tempi brevi sarà trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni”. Lo ha detto il ministro della Salute, Orazio Schillaci, nel suo intervento al Senato per la presentazione del Piano nazionale per la salute mentale 2025-2030 ringraziando “i tecnici del ministero, gli esperti del tavolo guidati proprio dal professor Siracusano e dal professor Nicolò, che hanno lavorato in maniera molto celere al decreto e hanno consentito di poter arrivare in tempi rapidi a questo risultato”. Il piano, approvato a dicembre, ha ricordato il ministro, può contare su un finanziamento aggiuntivo rispetto alle risorse già esistenti sulla salute mentale pari a 80 milioni di euro per il 2026, 85 milioni di euro per il 2027, 90 milioni di euro per il 2028 e 30 milioni di euro a partire dal 2029 che saranno erogati in modo strutturale. “Di questi fondi - ha sottolineato - 30 milioni all'anno sono vincolati a regime per le spese legate al personale, perché ovviamente senza il personale è poi difficile attuare un piano strategico come questo”.

Monitoraggio e risorse non a pioggia

Per Schillaci questo decreto ha un valore aggiunto “veramente importante”: stanziare risorse non a pioggia, ma fondi vincolati al raggiungimento di obiettivi prioritari individuati dal ministero nell'ambito della prevenzione, un tema diventato centrale in chiave assistenza. “Poi c'è un sistema puntuale periodico di monitoraggio per poter accedere alle risorse del piano e anche a quelle premiali del Fondo sanitario nazionale - ha ricordato -. Ci sono obiettivi concreti che rispondono a quelli che sono i bisogni di salute mentale più diffusi, che vanno intercettati prima che si trasformino in forme più serie di disagio psichico. Penso in particolare all'attenzione che è stata data agli screening precoci fin dal primo trimestre della gravidanza per accompagnare in tempo le donne potenzialmente a rischio di sviluppare una depressione post-partum. Penso poi alla presa in carico delle persone più giovani, degli adolescenti, che avverrà con una rete regionale integrata e completa di servizi dedicati proprio al passaggio delicato, come veniva ricordato precedentemente, dall'infanzia all'età adulta. È un periodo cruciale nella vita di ogni giovane che oggi più che mai causa disorientamento, paura, spesso anche un senso di inadeguatezza. Finora erano mancate le risposte”.

Al centro donne e ragazzi

Insomma, con il decreto attuativo, tornano al centro dell'azione del ministero le donne e i ragazzi. "Abbiamo quindi risorse vincolate - ha ribato Schillaci - obiettivi comuni, cronoprogrammi, ricognizioni di fabbisogno del personale che hanno la finalità di ridurre diseguaglianze e divari territoriali, perché come ripeto sempre il diritto alla salute e quindi anche quello alla salute mentale deve essere veramente garantito a tutti, non può dipendere dal Cap di residenza o dalla capacità di reddito della singola persona".

Entro l'estate il Piano sanitario nazionale

Il ministro della Salute ha annunciato anche l'avanzamento dei lavori sul Piano sanitario nazionale, a 20 anni di distanza dall'ultimo. "Io spero di arrivare prima dell'estate al traguardo dell'approvazione", ha detto. Il Piano sanitario nazionale (Psn) è lo strumento di governo e di indirizzo generale del Servizio sanitario nazionale a valenza pluriennale, volto a definire gli obiettivi e le strategie per rispondere ai bisogni di salute della popolazione, in materia di prevenzione, cura e riabilitazione e di assistenza sanitaria da applicare secondo criteri di uniformità su tutto il territorio nazionale. Nonostante la legge preveda l'adozione di un Piano sanitario nazionale triennale, l'ultimo approvato risale al 2006-2008. Da allora, la programmazione è stata portata avanti tramite altri strumenti di indirizzo.



Servizio L'analisi

Autonomia differenziata in sanità: Gimbe: «cure essenziali a rischio»

Le profonde differenze tra Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria su liste d'attesa, mobilità sanitaria e personale secondo la Fondazione aumenterebbero acuendo disuguaglianze e ricorso al privato

di Redazione Salute

10 giugno 2026

Dal rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè le cure che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a erogare gratuitamente o dietro pagamento del ticket a tutti i cittadini, alla mobilità sanitaria che porta ad attrarre o a "perdere" pazienti. Dalla percentuale di rinuncia alle prestazioni da parte dei cittadini, motivata anche dalle liste d'attesa, alle forti differenze sui numeri del personale, a cominciare dai medici di famiglia e dagli infermieri. Le quattro Regioni che puntano a ottenere l'autonomia differenziata in sanità - Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria - mostrano profonde differenze, che le "maggiori competenze" previste dalla riforma rischierebbero di acuire, "aumentando disuguaglianze di accesso e privatizzazione". Lo ha rilevato la Fondazione Gimbe nell'audizione, presso la Commissione Affari costituzionali del Senato, sugli schemi di pre-intesa per l'autonomia differenziata.

Equità a rischio

«Le competenze richieste dalle Regioni - tariffe regionali differenziate, gestione autonoma delle risorse statali per edilizia sanitaria e tecnologie, istituzione di fondi sanitari integrativi regionali, maggiori margini per assunzioni di personale e prestazioni aggiuntive e riallocazione di risorse nazionali vincolate - potrebbero produrre effetti rilevanti sull'equità e sull'uniformità del Servizio sanitario nazionale», evidenzia la Fondazione.

«La criticità - ha dichiarato il presidente Gimbe Nino Cartabellotta - non è l'autonomia amministrativa in sé, ma il contesto in cui si vorrebbe applicarla. Trasferire ulteriori competenze sanitarie a Regioni che già oggi partono da condizioni molto diverse significa intervenire su un Servizio sanitario nazionale segnato da sottofinanziamento, persistenti difficoltà nel garantire i Lea e crescente ricorso alla spesa privata. In questo scenario, le stesse competenze richieste possono produrre effetti molto diversi a seconda della capacità organizzativa, amministrativa e finanziaria delle singole Regioni: senza adeguati meccanismi di garanzia e perequazione il rischio è che l'autonomia differenziata rafforzi ulteriormente chi è già più forte e renda ancora più difficile colmare i divari esistenti», ha spiegato ancora.

«Del resto, la stessa Corte Costituzionale ha chiarito con le sentenze 192/2024 e 10/2025 che l'autonomia differenziata richiede una rigorosa istruttoria, funzione per funzione, e adeguate garanzie di uniformità dei diritti sull'intero territorio nazionale. In assenza di queste condizioni, il

rischio non è soltanto di ampliare le diseguaglianze nell'accesso alle cure, ma anche di legittimarle», ha proseguito Cartabellotta.

Aspettare i Lep

Per questo la Fondazione Gimbe ha chiesto di sospendere l'iter o di subordinarlo a una moratoria «fino alla definizione dei Lep sanitari, alla quantificazione dei relativi costi standard e all'adozione di un sistema nazionale di monitoraggio dell'impatto delle maggiori autonomie su salute, accesso ed equità», ha proposto Cartabellotta al termine dell'audizione.

Le differenze sulle cure essenziali

Nel Nuovo Sistema di Garanzia 2023 (ultimo anno disponibile) Lea (Livelli essenziali di assistenza) la Liguria non raggiungeva la soglia minima prevista in una delle tre macro-aree di valutazione, risultando pertanto inadempiente. Il Veneto ha invece raggiunto il punteggio complessivo più elevato (288 punti), seguito da Piemonte (270) e Lombardia (257), mentre la Liguria si fermava a 219 punti. «Le quattro Regioni che chiedono le stesse ulteriori competenze in sanità – ha commentato Cartabellotta – partono da situazioni molto diverse: una risulta inadempiente sui Lea, mentre le altre presentano livelli di performance distanti tra loro. È quindi difficile comprendere come schemi di intesa sostanzialmente identici possano rispondere a realtà assistenziali così eterogenee. Proprio queste differenze avrebbero richiesto istruttorie specifiche e puntualmente motivate, perché prima di attribuire nuove competenze occorre garantire che i diritti già previsti siano realmente esigibili in modo uniforme su tutto il territorio nazionale».

Mobilità sanitaria

Nel 2023 la Lombardia ha registrato un saldo positivo della mobilità sanitaria di € 645,8 milioni, il Veneto di € 212,1 milioni. Piemonte e Liguria mostrano invece saldi negativi rispettivamente per € 20,7 milioni e € 74,4 milioni. In termini pro-capite il saldo è pari a € 65 per la Lombardia e € 44 per il Veneto, mentre scende a -€ 5 per il Piemonte e a -€ 49 per la Liguria. «La mobilità sanitaria – ha evidenziato Cartabellotta – è uno dei più chiari indicatori delle diseguaglianze regionali. Se due Regioni presentano saldi attivi e, viceversa, due registrano saldi negativi, è difficile sostenere che abbiano le stesse esigenze organizzative e assistenziali. Per questo lascia perplessi che le richieste di autonomia in sanità siano pressoché sovrapponibili».

La rinuncia a curarsi

Secondo l'Istat nel 2024 ha rinunciato a prestazioni sanitarie il 10,3% della popolazione lombarda, il 10,1% di quella ligure, il 9,2% di quella piemontese e il 7,9% di quella veneta. «La rinuncia alle prestazioni sanitarie – è l'osservazione della Fondazione – è la cartina al tornasole delle difficoltà di accesso alle cure. Se milioni di cittadini già oggi rinunciano a visite ed esami, significa che i diritti garantiti sulla carta non sono sempre esigibili nella realtà. Prima di attribuire nuove competenze alle Regioni occorre garantire livelli essenziali realmente esigibili e monitorare l'equità di accesso ai servizi, altrimenti il rischio è spingere sempre più cittadini verso il settore privato».

Manca il personale

Persistono rilevanti differenze nella disponibilità di professionisti sanitari e nella capacità di coprire il fabbisogno di medici e pediatri di famiglia. Particolarmente marcata la variabilità nella dotazione di infermieri dipendenti, che passa da 6,86 ogni 1.000 abitanti in Liguria a 3,80 in Lombardia. «In assenza di Lep sanitari definiti e finanziati – ha commentato Cartabellotta – ulteriori margini di autonomia sul personale rischiano di accentuare la competizione tra Regioni e di ampliare le difficoltà di accesso al servizio pubblico».

OK ALLA LEGGE***Italiani
all'estero
nel Ssn***

Si consente ai cittadini regolarmente iscritti all'Anagrafe degli italiani residenti all'estero (Aire) e residenti in Paesi extra-UE non aderenti all'Associazione europea di libero scambio (EFTA), l'iscrizione automatica al Servizio sanitario, mentre il rilascio della tessera sanitaria per usufruire del sistema sanitario è subordinato al versamento di un contributo economico di compartecipazione.

Il Senato ha approvato definitivamente ieri in se-

de redigente il disegno di legge n. 1730 a prima firma Andrea Di Giuseppe (Fdi) che in 4 articoli modifica l'art. 19 della legge 833/78. Ok all'esenzione totale e alla gratuità assoluta delle cure per tutti i minori residenti all'estero, qualora almeno un genitore o tutore sia in possesso della tessera sanitaria e effettui la relativa richiesta di iscrizione. Si prevede, inoltre, la totale esenzione dal pagamento del contributo per tutti i pensionati che versa-

no le imposte alla fonte in Italia, configurando l'accesso assistenziale su base contributiva e non più meramente residenziale.



Sanità, i collegi sindacali degli enti con più controlli

Nuovi controlli per i collegi sindacali degli enti del Servizio sanitario nazionale. Con la delibera n. 13/SE-ZAUT/2026/INPR del 14 maggio 2026, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 131 del 9 giugno 2026, la Corte dei conti aggiorna le linee guida e il questionario sul bilancio d'esercizio 2025 di aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliero-universitarie e Irccs, con specifici approfondimenti sui crediti da payback dei dispositivi medici, sulle operazioni di factoring, sulla gestione del personale, sulla digitalizzazione dei processi sanitari e sugli investimenti finanziati dal Pnrr. Le novità sono contenute nel questionario allegato alla delibera.

Payback e crediti. I collegi sindacali dovranno verificare la corretta iscrizione e recuperabilità dei crediti derivanti dal payback dei dispositivi medici, valutandone l'effettiva recuperabilità alla luce dei contenziosi pendenti, delle procedure di definizione agevolata e degli accantonamenti iscritti in bilancio.

Personale, ferie e fondi contrattuali. Il questionario richiede specifiche informazioni sulle ferie maturate e non godute, sui fondi contrattuali e sulla corretta imputazione dei relativi costi, aspetti rilevanti ai fini degli equilibri economico-finanziari dell'ente.

Factoring e sostenibilità finanziaria. Attenzione anche alle operazioni di factoring e alla rappresentazione dell'indebitamento. Le verifiche riguardano i rapporti con gli intermediari finanziari, le anticipazioni di liquidità e la contabilizzazione dei debiti verso fornitori.

Digitalizzazione e spesa sanitaria. Le linee guida aggiornano i controlli sulla prescrizione elettronica sull'interoperabilità dei sistemi informativi e sulla qualità dei flussi informativi. Restano inoltre oggetto di verifica la spesa farmaceutica, l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati e il monitoraggio delle attività assistenziali.

Pnrr e investimenti. Una sezione del questionario è dedicata agli interventi della Missione 6 del Pnrr. I collegi sindacali dovranno fornire informazioni sul ruolo dell'ente quale soggetto attuatore, sullo stato di avanzamento degli investimenti, sulle fonti di finanziamento e sugli eventuali ritardi nella realizzazione dei progetti.

Pina Ricciardo

— © Riproduzione riservata — ■



Dal Senato primo ok alla legge sui detenuti tossicodipendenti

Approvato in prima lettura al Senato il disegno di legge che consente ai detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti che aderiscono a un programma di recupero di scontare la pena ai domiciliari. Il testo del provvedimento passa ora all'esame della Camera.

I sei articoli del provvedimento delineano un regime particolare di detenzione domiciliare e una procedura di definizione anticipata del processo a seguito dell'adesione da parte del detenuto a programmi di cura. La tipologia di percorsi previsti dalla norma è stata ampliata nel corso dell'esame del provvedimento e sono stati inclusi anche quelli semiresidenziali e le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale.

Sono stati inoltre rafforzati i controlli del tribunale di sorveglianza, disciplinati i trasferimenti tra strutture e reso più rigoroso il regime delle revoche. Alcune misure sono state estese agli imputati sottoposti a custodia cautelare ed è stato istituito un fondo sanitario dedicato da oltre 19 milioni di euro annui a partire dal 2026. È stato invece soppresso dalla Commissione il differimento dell'entrata in vigore, consentendo l'immediata applicazione delle nuove disposizioni.

La «piena consapevolezza» che il carcere «per chi abbia una dipendenza», non sia la soluzione e che anzi, «possa costituire un luogo in cui il soggetto peggiori il proprio stato di sofferenza», ha affermato il senatore di Fratelli d'Italia e segretario della commissione Giustizia di palazzo Madama, Sergio Rastrelli, sta alla base dell'approvazione al Senato di «un provvedimento di grande rilevanza, teso ad ampliare la platea dei soggetti condannati ad una pena detentiva, e con condizione accertata di tossicodipendenza o alcol dipendenza, che possono accedere a programmi di trattamento, disintossicazione e recupero al di fuori delle strutture penitenziarie».

Soddisfazione anche da Fi che accoglie l'approvazione di un ddl che «che rafforza gli strumenti di recupero e reinserimento per i detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti, valorizzando il ricorso alle pene alternative e il ruolo fondamentale delle comunità terapeutiche. Un provvedimento di civiltà giuridica e sociale», ha dichiarato il senatore e capogruppo di Forza Italia in commissione Giustizia, Pierantonio Zanettin.

Per il Pd, e in particolare per il senatore Walter Verini, capogruppo Pd in Commissione Antimafia e segretario della Commissione Giustizia servono però «misure più coraggiose», come «investimenti sul personale, più opportunità di lavoro e formazione, percorsi di reinserimento sociale e interventi concreti per ridurre il sovraffollamento. Lo impongono il rispetto della dignità delle persone detenute e la stessa sicurezza dei cittadini».

Più critica invece la senatrice dell'Alleanza Verdi e Sinistra Ilaria Cucchi. «Il provvedimento dei ministri Nordio e Schillaci serve forse per prendersi i titoli dei giornali ma non svuota le carceri, che sono al collasso - ha sostenuto Cucchi - I possibili beneficiari, appena il 2% su una platea di oltre 25mila detenuti, e risorse stanziare insufficienti sono la cifra di questo provvedimento. Il governo non può pensare di svuotare le carceri usando le comunità. La cura delle dipendenze non può essere confusa con l'esecuzione della pena».

E.M.



È VITA**La cura e il corpo
sconosciuti
agli algoritmi**

PAOLO BENANTI

“Magnifica humanitas” pone domande sul confine mai tanto sottile tra fragilità e tecnica nella medicina.

A pagina 19

La “Magnifica humanitas” offre strumenti per una riflessione sull’impatto dell’Intelligenza artificiale nella medicina come sulla sua azione nello spazio della fragilità umana e della relazione di cura. Con una certezza

La cura che l’algoritmo non conosce

PAOLO BENANTI

C’è una domanda che la *Magnifica humanitas* pone al numero 129 con la voce di Giovanni Paolo II: l’Intelligenza artificiale rende la vita umana sulla terra più umana? Più degna dell’uomo? In nessun ambito questa domanda è più urgente che in medicina, dove il confine tra tecnologia e cura, tra efficienza e compassione, tra calcolo e presenza si assottiglia fino a diventare invisibile. Ed è precisamente su questo confine che l’enciclica di Leone XIV offre non risposte consolatorie ma strumenti di discernimento che ogni professionista della salute dovrebbe avere presenti. Il punto di partenza è antropologico, e vale la pena riprenderlo con precisione. L’enciclica afferma, ai numeri 118-120, che la limitazione non è un errore evolutivo da correggere ma il luogo in cui emergono la compassione, la generosità e la capacità di relazione autentica. Un algoritmo, per quanto sofisticato, non attraversa il dolore, non abita la malattia, non porta nel proprio corpo l’esperienza della fragilità: e questa assenza non è un difetto tecnico da superare con un modello più potente, ma la struttura stessa che lo rende radicalmente altro rispetto al clinico che siede di fronte a un paziente. La relazione terapeutica non è un canale neutro di trasmissione di informazioni cliniche: è un atto che richiede la presenza corporea, la capacità di leggere il silenzio, di sostenere la paura, di calibrare la speranza – tutto ciò che si impara attraverso l’esperienza dell’essere umani, non attraverso l’addestramento su dataset. Il documento non lo di-

ce per svalutare gli strumenti digitali: lo dice per chiarire che cosa non possono fare, e dunque per quali funzioni non possono sostituire il giudizio umano.

La traduzione in termini sanitari è immediata. Il numero 103 dell’enciclica afferma che affidare a un algoritmo decisioni su chi merita accesso alle cure significa produrre «un’ingiustizia silenziosa» in cui la compassione scompare dall’orizzonte istituzionale. Non è un’esagerazione retorica: è la descrizione di ciò che la letteratura scientifica ha documentato con rigore crescente. Una revisione sistematica del 2024 relativa a trenta studi distribuiti su un decennio ha rilevato che gli algoritmi clinici tendono ad amplificare le disparità razziali nelle cure: tempi di attesa più lunghi, tassi di successo minori nella previsione degli esiti di salute mentale, sottodiagnosi sistematica nelle popolazioni nere e ispanica. Un caso documentato con precisione riguarda algoritmi che usavano i costi sanitari storici come proxy del bisogno di cura, concludendo erroneamente



che i pazienti neri fossero più sani dei pazienti bianchi a parità di patologia – perché su di loro era stato speso storicamente di meno. Il bias non era nel codice: era nei dati, e i dati rispecchiano strutture di ingiustizia che nessun algoritmo neutralizza da solo.

Il numero 178 dell'enciclica affronta un nodo specifico che nel campo sanitario ha implicazioni dirette: quello dei dati demografici, epidemiologici e genetici raccolti nelle regioni a basso reddito. «Chi possiede i dati sanitari di intere popolazioni – oggi raccolti spesso sotto il segno dell'aiuto, della ricerca o dell'innovazione – possiede in realtà una leva strutturale sul futuro». La proprietà dei dati sanitari non è una questione tecnica di Gdpr: è una questione di giustizia distributiva che determina chi beneficia delle scoperte rese possibili da quei dati e chi ne rimane escluso. Il numero 108 lo dice senza eufemismi: la proprietà dei dati «non può essere affidata solo a privati, ma va regolamentata». Da questi nodi discendono linee operative che il quadro normativo italiano ed europeo

ha già in parte accolto. La legge italiana 132 del 2025 stabilisce che i sistemi di IA in sanità costituiscono un supporto diagnostico e terapeutico, «ma la decisione finale resta sempre al medico»: è la traduzione normativa di ciò che l'enciclica chiama il mantenimento della catena di responsabilità umana. Il Regolamento sullo Spazio europeo dei Dati sanitari, in vigore dal 2025, introduce un regime di accesso strutturato che – se applicato nel suo spirito – avvicina il principio della destinazione universale dei beni al settore sanitario. La Piattaforma nazionale di IA in Sanità, gestita da Agenas con risorse Pnrr, prevede funzioni di validazione degli algoritmi e certificazione del rischio: un modello che risponde alla richiesta di trasparenza e *accountability* che l'enciclica avanza al numero 107. L'architettura istituzionale comincia a esistere; ciò che manca è la volontà politica di abitarla con coerenza.

Magnificare l'umano in medicina non significa rinunciare agli strumenti digitali: significa non consentire che la logica dell'ottimiz-

zazione algoritmica sostituisca l'atto terapeutico fondamentale, che è la presenza di un essere limitato di fronte a un altro essere limitato. L'algoritmo può individuare il nodulo che la radiografia aveva mancato, può suggerire la terapia statisticamente più efficace per quel profilo genetico, può ottimizzare i percorsi di cura in un pronto soccorso sovraffollato. Non può, tuttavia, guardare negli occhi un paziente che ha paura e abitare con lui quel confine in cui la scienza incontra il mistero. Leone XIV non lo chiama efficienza. Lo chiama, con parola che la medicina conosce bene, cura.



L'IA offre opportunità inedite per la nostra salute ma impone chiarezza nel suo uso



LA TESTIMONIANZA DI EUGENIA ALLEVA, MEDICO A NEW YORK IN UN DIPARTIMENTO DEDICATO ALL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

«Ogni giorno con l'IA in ospedale, tra grandi speranze e responsabilità»

STEFANIA CECCHETTI

Al Mount Sinai Hospital - uno dei più grandi poli ospedalieri e di ricerca dell'area metropolitana di New York, tra i primi al mondo ad aver investito in un dipartimento dedicato all'Intelligenza artificiale - lavora la trentatreenne milanese Eugenia Alleva. Medico con studi compiuti in Italia, oggi è "assistant professor" e coordina progetti che vedono coinvolti ingegneri, clinici e data scientists, tutti impegnati nella prevenzione e cura in particolare delle patologie ginecologiche. Lavorano su una piattaforma che integra i dati clinici dell'ospedale rendendoli utilizzabili per finalità di ricerca e di cura. Insomma, siamo nel campo, non più soltanto futuribile, in cui i dati elaborati da una macchina iniziano a orientare decisioni mediche, con tutto il corredo di domande che questo inevitabilmente suscita: sulla responsabilità, sul rapporto tra decisione umana e algoritmo, sul rischio di ridurre la persona a una sequenza di dati. Interrogativi che si pone anche Leone XIV nella sua enciclica *Magnifica humanitas*. Osserva infatti il Papa: «L'umanesimo cristiano non rifiuta la scienza e la tecnica, ma le assume con gratitudine e realismo, e le colloca "con i piedi per terra" dentro una vocazione più alta. L'intelligenza creativa dell'essere umano è un dono che può alleviare sofferenze e aprire possibilità nuove, ma essa deve restare ordinata al bene comune, alla giustizia, alla cura dei fragili e del creato» (n.129). Un richiamo che risuona in modo particolare proprio in ambito medi-

co, dove i progressi scientifici restano inscindibili dallo sguardo rivolto alla persona concreta.

«Lavoro tra il dipartimento dedicato all'Intelligenza artificiale e quello di ginecologia - racconta Alleva -. Mi occupo quindi non solo di "numeri" ma di problemi clinici reali: uso metodi computazionali per sviluppare modelli applicati alla ginecologia». Cosa significa nel concreto? «Tutti i sistemi di Intelligenza artificiale hanno bisogno di dati per essere allenati. Una volta addestrati, possono essere utilizzati nella pratica clinica o addirittura direttamente dai pazienti. Nel mio lavoro, questo si traduce nello sviluppo di modelli capaci di individuare pazienti con un flusso mestruale abbondante, un problema che colpisce una donna su tre e può portare ad anemia e carenze importanti. Eppure è molto sottovalutato, anche per via di uno stigma ancora forte».

L'Intelligenza artificiale può rompere questo silenzio. «Permette, nella privacy della propria casa, di

raccogliere dati e ricevere indicazioni. Può spingere le donne a rivolgersi a un medico e cambiare l'epidemiologia della malattia». Quello raccontato da Alleva non è un caso isolato. L'Intelligenza artificiale è già presente nella medicina da anni, anche se in forme meno visibili. «Esistono modelli di rischio cardiovascolare, utilizzati nella pratica clinica, oppure modelli in grado di ottimizzare il dosaggio di alcuni farmaci. La differenza, rispetto a qualche anno fa, sta nella scala e nella complessità. «Oggi possiamo analizzare

milioni di dati genetici e sintetizzarli in una rappresentazione matematica che aiuti a scegliere, tra dieci tipi di farmaci molto simili, quello più efficace per un paziente e la sua particolare combinazione di geni».

La promessa è quella di una medicina sempre più personalizzata. Ma ogni progresso, lo abbiamo visto, porta con sé interrogativi etici. «La questione della responsabilità è enorme», ammette Alleva, che prova comunque a esprimere il suo personale punto di vista: «Credo che in ambito sanitario il problema sia sempre prendere la decisione migliore possibile in base alle informazioni che si hanno. È il lavoro dei medici ogni giorno. L'Intelligenza artificiale è uno strumento in più, non sempre la soluzione migliore, ma in certi contesti può fare la differenza». Per esempio, nella medicina di emergenza: «Nei contesti di triage bisogna fare i conti con una realtà, quella delle risorse limitate. Allora il rischio della decisione sbagliata è alto, ma ancora più alto è il rischio del non prendere nessuna decisione perché non c'è un medico disponibile».

Parole che fotografano una tensione tipica del nostro tempo relativamente all'Intelligenza artificiale: tra necessità e prudenza, tra efficienza e responsabilità. Su questo terreno, Europa e Stati Uniti si muovono con approcci diversi. «In Europa si sta facendo un lavoro molto importante di regolamentazione», osserva Alleva. Negli Stati Uniti, invece, prevale un atteggiamento più sperimentale: «C'è molta speranza verso queste tecnologie, ma anche il rischio, credo, di non avere uno sguardo





abbastanza critico».

Non è tuttavia solo una questione normativa: il nodo più delicato, riguarda la natura stessa della cura. L'Intelligenza artificiale rischia di disumanizzare la medicina? «Per me è un'alleata - risponde senza esitazione Alleva -. Può alleggerire il carico dei medici, occupandosi degli aspetti più meccanici e burocratici, che oggi assorbono una parte significativa

del tempo clinico». Se una macchina può compilare le cartelle cliniche, insomma, il medico può dedicarsi di più al paziente. «L'alleianza terapeutica richiede tempo e spazio mentale. L'Intelligenza artificiale può contribuire a restituirli», precisa Alleva.

Allo stesso tempo, cambia anche il ruolo del paziente: «Diventa più autonomo, più consapevole. Può

avere strumenti per capire meglio il proprio corpo e partecipare attivamente alla cura. Il progetto sul flusso mestruale abbondante ne è un esempio emblematico».

La giovane dottoressa milanese è "assistant professor" al Mount Sinai Hospital in una équipe con ingegneri, clinici e data scientists
«Così sviluppiamo modelli per cure personalizzate»



Eugenia Alleva



Popolazione, ricerca scientifica e tecnologia: il messaggio della “Magnifica humanitas” sul destino della famiglia umana

Oltre i protocolli, la nostra umanità

Che cosa significa essere umani nell'epoca dell'Intelligenza artificiale e delle grandi trasformazioni sociali? Gli interventi di questa pagina dedicata alla prima enciclica di papa Leone XIV, *Magnifica humanitas*, mostrano la ricchezza e l'ampiezza di un testo che non si limita a parlare di tecnologia, ma propone una riflessione ampia sul futuro della persona e delle comunità. Vincenzo Bassi legge l'enciclica alla luce della crisi demografica europea, mettendo in evidenza il valore della famiglia, della sussidiarietà e dei corpi intermedi come antidoto alle tentazioni di uniformazione e centralizzazione. Giuseppe Banfi affronta il tema dell'Intelligenza artificiale nella ricerca scientifica, richiamando

la necessità che il progresso tecnologico resti accompagnato dalla responsabilità, dal giudizio critico e dal contributo umano. Valentina Di Mattei allarga lo sguardo alle implicazioni antropologiche e culturali dell'IA, interrogandosi sul rischio che l'efficienza diventi il criterio dominante e che la tecnologia finisca per ridefinire la nostra idea di umanità.



L'importanza di sostenere le nascite e la stabilità familiare

L'EUROPA DELLA CRISI DEMOGRAFICA SCELGA SE ESSERE BABELE O NEEMIA

VINCENZO BASSI

L'intervento di Leone XIV del 25 maggio scorso all'udienza ai membri dell'Intergruppo del Parlamento europeo sulla demografia è stato il primo di questo pontefice su questo tema e il primo rivolto a un gruppo di politici dedicato a una questione decisiva per il futuro dell'Europa. Dalle sue parole è parso chiaro come la crisi demografica non sia solo un problema economico o statistico risolvibile mediante politiche migratorie o logiche produttivistiche (come l'aumento dell'età lavorativa o un uso più efficiente della tecnologia, inclusa l'intelligenza artificiale), ma una sfida sul tipo di società che il Continente vuole costruire. Come ha ricordato il Pontefice, i figli sono il futuro; denatalità, solitudine e perdita di solidarietà intergenerazionale rappresentano uno dei principali ostacoli allo sviluppo umano integrale. Per questo il Papa ha richiamato il principio di sussidiarietà e il ruolo attivo di famiglie e comunità.

Una tale riflessione trova continuità nell'enciclica *Magnifica humanitas* (7-10). In essa, si contrappongono due esempi di società.

Da una parte Babele: l'unità cercata attraverso uniformità e controllo, dove la comunione è sostituita dall'omologazione; tutti devono parlare, pensare e perseguire gli stessi obiettivi fissati da un centro di potere. Un'unità apparente e fragile, perché nasce dall'imposizione e non dalla libera adesione, confondendo così comunione e conformismo, cooperazione e controllo.

Dall'altra parte Neemia, che ricostruisce le mura di Gerusalemme coinvolgendo famiglie e comunità, valorizzandone responsabilità e diversità. Qui l'unità nasce dalla partecipazione, non dall'imposizione. Le istituzioni non si sostituiscono alle persone e alle comunità, ma sostengono il loro contributo al bene comune, creando le condizioni perché ciascuno possa esprimere la propria vocazione.

Anche il futuro (non solo demografico) dell'Europa dipende dalla

scelta tra questi due esempi di società. Le famiglie non possono essere viste come destinatarie passive di politiche, ma come soggetti protagonisti, capaci di generare relazioni, educazione, solidarietà e speranza. Quando una società perde fiducia nelle famiglie, perde fiducia nel futuro.

Per questo la risposta alla crisi demografica non può limitarsi a misure economiche. Serve altresì una visione culturale e politica che restituisca centralità alla persona, alla maternità, alla paternità, alle reti comunitarie e alla solidarietà intergenerazionale. Le istituzioni, come nell'esperienza di Neemia, devono promuovere queste realtà senza sostituirsi ad esse, né tanto meno ostacolarle.

Il principio di sussidiarietà implica una corretta distribuzione di competenze tra Unione europea e Stati membri. Le politiche familiari sono anzitutto responsabilità delle comunità nazionali, che meglio conoscono bisogni, tradizioni e priorità. L'Unione può e deve responsabilizzarle attraverso gli strumenti a sua disposizione - a partire dai fondi per la coesione sociale e territoriale - premiando natalità e stabilità familiare. Non deve invece imporre modelli culturali o antropologici uniformi, cadendo nella tentazione di Babele. In passato, le istituzioni europee hanno troppo spesso dato l'impressione di voler orientare le scelte familiari secondo schemi ideologici predeterminati, allontanandosi dalla sussidiarietà e dal rispetto delle diverse tradizioni.

Lo stesso principio deve guidare le scelte economiche e fiscali europee. Le regole di bilancio degli Stati membri non sono neutrali: esprimono una precisa idea di sviluppo. Se la famiglia è il primo soggetto generativo della società, le politiche demografiche non possono essere considerate solo come spesa. Investire sui figli significa investire sul capitale umano, sociale e relazionale da cui dipendono la sostenibilità del welfare, la crescita economica e la tenuta democratica dell'Europa. È paradossale che nel dibattito europeo alcune voci (co-

me il riarmo) siano considerate investimenti strategici, mentre natalità, valorizzazione delle famiglie ed educazione delle nuove generazioni siano contabilizzate prevalentemente come costi. Una società che investe su ciò che difende ma non su ciò che genera il futuro perde il senso delle priorità.

In un tempo di tensioni geopolitiche, crisi economiche e trasformazioni culturali, la tentazione di soluzioni uniformi è forte. Tuttavia, come ricorda Papa Leone XIV, l'unità autentica non nasce dall'omologazione. Un'Europa che pretende di uniformare rischia di indebolire proprio quella ricchezza di tradizioni, culture, corpi intermedi e comunità che ne costituisce la vera forza. L'alternativa è un'Europa della comunione, così come voluta da De Gasperi, Schuman e Adenauer, ricordati dal Santo Padre il 25 maggio scorso, per i quali la diversità era una risorsa e non una minaccia; in quest'Europa, le famiglie sono protagoniste e non semplici aggregati d'individui da assistere; dove le comunità locali sono valorizzate; dove la politica accompagna e sostiene invece di dirigere e uniformare. Senza comunione si perde l'unità. E quando l'unità si dissolve, avanzano dispersione, conflitto e nazionalismi. La sfida demografica ci ricorda che il futuro dell'Europa non si costruisce solo nei palazzi istituzionali, ma soprattutto nelle famiglie e nelle comunità vive che ogni giorno generano relazioni, educazione, solidarietà e speranza.

**Presidente delle Associazioni
familiari cattoliche in Europa**



Il rischio dell'appiattimento nella valutazione scientifica

LA MACCHINA IMPARA, SCRIVE E VALUTA E QUALE SPAZIO RESTA ALLA PERSONA?

GIUSEPPE BANFI

Al paragrafo 100 di *Magnifica humanitas* il Papa scrive che «la velocità e la semplicità con cui è possibile ottenere indicazioni, elaborazioni complesse, contenuti mediatici e forme di assistenza concreta semplificano le nostre vite, ma possono anche abituarci a delegare troppo e a cercare risposte pronte, indebolendo il giudizio personale e la creatività». Il machine learning e l'Intelligenza artificiale (IA) possono indebolire anche la creatività nella ricerca scientifica e condizionare i risultati e la progressione delle conoscenze, se non controllate e verificate dall'esperienza e dal giudizio umano.

Nella ricerca scientifica le pubblicazioni, ovvero gli articoli che vengono presentati su riviste specializzate, hanno un ruolo fondamentale. Di fatto, la produzione scientifica, l'importanza e la preminenza di un istituto, di un team di scienziati e di uno/a scienziato/a sono determinati da alcuni indici che sono derivati dalle pubblicazioni. Vi è una classifica delle riviste, in base all'impact factor (IF), numero derivato dal rapporto tra le citazioni degli articoli pubblicati in successivi articoli e la quantità di articoli usciti, e tanto più è alto tanto più la rivista è prestigiosa. Per ovviare al possibile evento di un articolo pubblicato su una rivista ad alto IF, ma poco letto e utilizzato, il numero di citazioni che il ricercatore ha ottenuto per i propri articoli è un altro indice che dimostra l'eminenza dei suoi lavori e il ruolo nel mondo scientifico. Le carriere scientifiche e universitarie sono fondamentalmente definite da questi parametri.

Attualmente, scrivere un articolo, corredarlo di immagini, tabelle, figure è sicuramente facilitato dall'IA. La classica e condivisa procedura di pubblicazione di un

articolo prevede la cosiddetta peer review, cioè la revisione dei contenuti da parte di esperti del settore, che commentano e segnalano possibili modificazioni del testo. Solo dopo una loro valutazione positiva avviene l'accettazione dell'articolo. È evidente che oggi si può verificare che l'intero processo venga svolto attraverso l'IA, sia la scrittura dell'articolo sia la revisione. Esistono dei sistemi che permettono di comprendere se è stato utilizzato un sistema automatico, ma le riviste sono tantissime e non vi è una regola condivisa al riguardo. Pertanto, il rischio è di arrivare a un appiattimento della conoscenza e del progresso: la macchina scrive in base alle conoscenze, la macchina giudica in base alle stesse conoscenze, in un circolo chiuso che limita l'apporto di novità, di nuove interpretazioni, di nuove applicazioni. L'esperienza non è solo erudizione e valutazione del sapere fin qui definito ma è anche un giudizio critico che valuta il contesto in cui si lavora e che consente di esaltare nuovi approcci, nuove teorie e nuovi esperimenti per validare o confutare le ipotesi, secondo il processo classico della scienza. Occorre considerare che vi è una crisi vocazionale dei revisori, il cui lavoro è gratuito e volontario, ma, di fronte a una esplosione di riviste e pubblicazioni, si assiste a una reale difficoltà di reperire esperti per la valutazione degli articoli, aprendo inevitabilmente all'introduzione dell'IA per tale compito.

Lo stesso procedimento viene utilizzato per i bandi di ricerca (grants), offerti da istituzioni nazionali e internazionali per elargire finanziamenti alla ricerca. I bandi sono competitivi e la selezione viene effettuata mediante il giudizio di revisori che attribuiscono un punteggio ai progetti presentati, e, in base a questo valore, alcuni di essi vengono finanziati. È evidente che l'utilizzo di sistemi automatici può enormemente facilitare la scrittura di

progetti, anche in presenza di una ridotta esperienza dei ricercatori in quell'ambito, di valutazione di dati preliminari, e può agevolare la valutazione di un grande numero di progetti, sempre però con le limitazioni (e i rischi) già accennati.

È quindi fondamentale definire l'accountability (la possibilità di identificare chi deve "rendere conto" delle decisioni, motivarle, controllarle, come scritto al paragrafo 105 dell'enciclica) nelle procedure di valutazione scientifica.

È tempo di modificare, in parte, le attuali procedure, o quantomeno di unire i vantaggi dell'IA (scrittura, valutazione delle congruenze tra scritto e contesto) all'indispensabile valutazione critica umana: tutti i protagonisti di questo ambito - scienziati, imprenditori, investitori, autorità accademiche, politici e altri - sono chiamati a lavorare in una logica di trasparenza e di responsabilità, mantenendo viva la consapevolezza del quadro ampio nel quale si collocano i progressi tecnologici a cui contribuiscono (paragrafo 209 di *Magnifica humanitas*).

Una valutazione "artificiale" potrebbe essere seguita da un incontro tra proponenti ed esperti, per comprendere ruolo, conoscenze, aspettative ed esperienze dei ricercatori, con una reale trasparenza del processo, poiché, come si ricorda nel paragrafo 233 dell'Enciclica, anche quando le macchine eccellono nell'efficienza il centro della storia rimane un volto umano.

**Direttore scientifico Irccs
Galeazzi-Sant'Ambrogio**



Il richiamo alla *Rerum novarum*, che ripropone la stessa domanda

POTERE, LAVORO E DIGNITÀ: RAPPORTO AL CENTRO DI OGNI RIVOLUZIONE

VALENTINA DI MATTEI

Con *Magnifica humanitas* papa Leone XIV va dritto al cuore del paradosso dell'Intelligenza artificiale: nel tentativo di costruire macchine sempre più umane rischiamo di rendere gli esseri umani sempre più simili alle macchine. È il cuore della prima enciclica interamente dedicata all'IA, che riconosce nell'Intelligenza artificiale la grande questione antropologica e politica della nostra epoca.

Eppure, proprio mentre affronta il tema più contemporaneo, il riferimento costante resta la *Rerum novarum* di Leone XIII. Il richiamo non ha nulla di nostalgico e mostra come ogni rivoluzione tecnologica finisca per riproporre la stessa domanda sul rapporto tra potere, lavoro e dignità umana. Nel 1891 il nodo era la concentrazione del potere industriale e la riduzione dei lavoratori a ingranaggi produttivi. Oggi quella domanda ritorna attraverso l'Intelligenza artificiale. Il punto non è stabilire se una macchina "pensi" davvero come un essere umano ma capire quali effetti produca il fatto che iniziamo a trattarla come se pensasse.

L'Enciclica individua il rischio di una "nuova Babele", una società nella quale efficienza e prestazione diventano il criterio

dominante con cui interpretiamo la realtà. Anche la nota vaticana del 2025 *Antiqua et nova* metteva in guardia dal rischio di ridurre l'Intelligenza a una funzione puramente computazionale. Non a caso grande spazio viene dedicato al lavoro. Se la prima rivoluzione industriale aveva trasformato soprattutto il lavoro manuale, quella dell'IA investe direttamente il lavoro intellettuale: pensare, decidere, creare. In questo scenario, tempo, dubbio, ascolto e relazione rischiano di apparire improduttivi. E dietro l'apparente immaterialità dell'IA continuano a esistere corpi, disuguaglianze e rapporti di potere molto concreti, come il lavoro di etichettatura dei dati svolto da giovani donne sottopagate o la moderazione di contenuti traumatici.

Il Papa coglie qualcosa che molte discussioni sull'IA continuano a sottovalutare: ogni tecnologia incorpora una visione dell'uomo, dei suoi affetti e delle sue capacità. Gli algoritmi riflettono inevitabilmente i criteri di chi li progetta, li finanzia e li governa, e la questione decisiva riguarda quale idea di umanità finisca per produrre l'intelligenza artificiale.

È qui che il testo entra in dialogo con il politologo Langdon Winner e con la sua idea di "sonnambulismo tecnologico". Le società moderne tendono ad adottare innovazioni in modo

quasi automatico, affascinate dalla promessa di efficienza e comodità, senza interrogarsi abbastanza sulle trasformazioni che quelle tecnologie producono. Per spiegare che le tecnologie non sono mai neutrali Winner usava esempi concreti: diversi modi di coltivare la terra producono diverse forme di società. Piccole coltivazioni favoriscono autonomia e partecipazione; un'agricoltura industriale centralizza invece il potere. In questa prospettiva si inserisce anche il capitolo sulle armi autonome, che mette a fuoco una dura verità: quanto più la tecnologia allontana dal volto dell'altro tanto più abbassa la soglia morale della violenza. Il Papa sorprende richiamando anche Gandalf e le parole de *Il Signore degli Anelli*: «Non tocca a noi dominare tutte le maree del mondo; il nostro compito è di fare il possibile per la salvezza degli anni nei quali viviamo, sradicando il male dai campi che conosciamo, al fine di lasciare a coloro che verranno dopo terra sana e pulita da coltivare».

Non stupisce, quindi, il dialogo aperto tra il Vaticano e i colossi del tech. Attorno alla presentazione dell'enciclica erano presenti figure di primo piano dell'IA e dell'etica tecnologica, come Christopher Olah e Tristan Harris, tra le voci più autorevoli nel denunciare gli impat-

ti psicologici e sociali delle piattaforme digitali. La domanda lasciata aperta da *Magnifica humanitas* è semplice e radicale: quanta umanità siamo disposti a sacrificare in nome dell'efficienza? Ed è forse proprio questo l'aspetto più interessante: papa Leone XIV non ha paura di riportare al centro del dibattito parole come dignità, limite, vulnerabilità, responsabilità. Valori ormai quasi scomparsi dal linguaggio politico, ma sempre più decisivi in una comunicazione capace di orientare le persone.

Come ricorda da anni Drew Westen, le persone si muovono attraverso emozioni, identità e visioni del mondo ben prima di farsi guidare da dati e argomentazioni razionali.

Referente del "Gruppo di lavoro Intelligenza artificiale: innovazione, applicazione ed etica" del Consiglio nazionale dell'Ordine degli Psicologi



L'ANNUNCIO DELLA SCOPERTA E UN'OMBRA CHE TORNA

Il nuovo editing embrionale per avere “bambini perfetti”

L'allarme, per la verità, era già suonato. Era il novembre 2025 e nella metropolitana di New York erano apparsi manifesti con le foto di tre bei bambini sotto lo slogan “Have your best baby”, un invito a prendersi il proprio “bambino migliore”. La campagna, che rimandava al sito Pickyourbaby.com (“Scegli il tuo bambino”), era stata lanciata da Nucleus Genomics, startup fondata nel 2021 e specializzata nello screening genetico pre-impianto degli embrioni concepiti in vitro. A dirigerne le attività cliniche Nathan Treff, il cui nome compare ora come coautore di uno studio che, ancora nella fase di revisione per la pubblicazione su una rivista scientifica, è stato condiviso sulla piattaforma bioRxiv, che accoglie articoli in attesa di validazione. E ha attirato l'attenzione del New York Times, che ha dedicato un lungo servizio a partire dall'annuncio della ricerca. Un team di scienziati della Columbia University di New York guidato dal genetista svizzero Dieter Egli ha modificato il Dna di embrioni umani in una fase di sviluppo estremamente precoce con un'accuratezza definita «senza precedenti», «un risultato – scrive il quotidiano – che potrebbe aprire la strada a bambini progettati con particolari caratteristiche». Lo fa applicando l'innovativa

tecnica del “base editing”, che sviluppa quella dell'editing genetico (nota come Crispr, le “forbici molecolari”) per arrivare a un livello di precisione che – dice la ricerca – consente di sostituire «meticolosamente» singoli elementi nelle sequenze del Dna senza gli effetti negativi osservati sinora. Ora sembra diventare possibile la rimozione di

singoli fattori di rischio genetico per far nascere bambini sani. La tecnica del “base editing” potrebbe consentire la progettazione di bambini con le caratteristiche commissionate dai genitori (o da chi vuole produrre “i vostri migliori bambini”), prospettiva spalancata dall'adozione dell'Intelligenza artificiale per la gestione dell'immensa mole di dati genetici. Il “baby editing” consentirebbe il superamento dei problemi che la tecnica Crispr non riusciva a escludere, con alterazioni impreviste e conseguenze che lo stesso Egli ha definito «catastrofiche». È celebre il caso del cinese He Jankui che nel 2018 annunciò la nascita di due gemelle geneticamente modificate in modo da renderle immuni dall'Hiv senza preoccuparsi della sicurezza di un esperimento condotto su bambini realmente venuti al mondo. I ricercatori della Columbia ora assicurano di aver interrotto lo sviluppo degli embrioni geneticamente modificati. Ma l'ombra di Nucleus Genomics e della sua proposta commerciale di scegliersi il “miglior bambino” impone di fermarsi prima che le evidenti controindicazioni a una tecnica palesemente eugenetica e dagli effetti a lungo termine del tutto ignoti vengano messe a tacere dai dottor Stranamore dell'IA e dai loro cantori. *(Francesco Ognibene)*



L'analisi

UN'ALLEANZA SOCIALE PER GLI ANZIANI ESPOSTI AL CLIMA "PATOLOGICO"

MARCO TRABUCCHI

L'influenza esercitata dal clima sulla salute delle persone più fragili e quindi, in particolare, sugli anziani ammalati è argomento da tempo al centro dell'attenzione, in particolare per le ondate di calore (ne ha scritto il 20 maggio su *Avvenire* Enrico Giovannini: "Quando il clima si fa malattia"). I lettori ricorderanno la tremenda estate del 2003, quando molte migliaia di nostri concittadini morirono per gli effetti devastanti delle temperature elevate, senza escursioni notte-giorno. Da allora situazioni così estreme non si sono più riprodotte - e speriamo che non si ripetano in futuro - ma le collettività hanno messo in campo sistemi di difesa in favore degli anziani più fragili. Qualcuno ricorderà che molti comuni dopo quell'evento hanno attivato anagrafi della fragilità, per essere pronti a intervenire in maniera mirata al momento di un eventuale allarme caldo. Una difesa fondata sulla collaborazione tra le macchine che prevedono le ondate di calore e la generosità dei cittadini disposti a intervenire per ridurre i gravi rischi del caldo. Recentemente la letteratura scientifica ha riportato dati molto interessanti riguardanti l'effetto dell'inquinamento atmosferico sulla comparsa di disturbi cognitivi nell'anziano. La rivista scientifica "Jama Network Open" di maggio pubblica un'indagine originale, nella quale si evidenzia che l'esposizione ambientale al particolato con diametro minore di 2.5 micron e a nitrossido di azoto provoca la comparsa di demenza a corpi di Lewy e della demenza correlata alla malattia di Parkinson. È un ambito nel quale gli interventi sono difficili. Ad esempio, si pone l'interrogativo riguardante il migliore luogo di vita degli anziani, nell'alternativa tra la città, dove trovano un ambiente stimolante, e la campagna, dove sono protetti dall'inquinamento ma vivono in luoghi dove ricevono meno stimolazioni. Si tratta di un'alternativa apparentemente insanabile, però la nostra cultura civile dovrà uscire

dall'incapacità di indicare un futuro per chi è più fragile e più dipendente da fattori esterni. Questa incertezza deve interessare i centri di studio e ricerca, perché possano fornire alla politica gli strumenti decisionali. Oggi i temi della prevenzione delle malattie in età avanzata e della "nuova frontiera della longevità" si pongono sempre più al centro dell'attenzione generale, ponendo la tematica su un piano personale, di scelte che sembrano possibili solo con l'impegno del singolo. Manca, invece, una sensibilità per la quale, oltre alle scelte personali - spesso costose e non sempre destinate a raggiungere i risultati attesi -, la salute e il benessere in età avanzata dipendono soprattutto da decisioni collettive. Ma le indicazioni di comportamenti comunitari adeguati come potranno essere costruite? Sarà possibile affidarsi all'intelligenza artificiale, certamente in grado di indicare gli effetti del caldo, dell'inquinamento, dell'inadeguatezza dei servizi, che però non potrà mai descrivere la realtà del corpo con un afflato di delicata comprensione. Saremo dipendenti da indicazioni senz'anima, non in grado di descrivere l'angoscia della persona di fronte a un'ondata di calore o a quella di chi percepisce la progressiva incapacità di ragionamento a causa dell'esposizione a veleni nell'aria. Se le decisioni sul futuro della persona anziana e del suo benessere saranno prese da tecnologie che si rivolgono a corpi inanimati, non a persone vive, il progresso distruggerà il nostro futuro. Oggi nelle grandi città vivono molte migliaia di anziani in abitazioni insalubri, esposti a un contesto insicuro, senza possibilità di vita collettiva, respirando aria inquinata. Non sarà certo l'Intelligenza artificiale a delineare il loro futuro ma una forte alleanza tra una scienza che indica i contorni tecnici e una scienza della città (la politica) in grado di interpretare un corpo fragile e le sue speranze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



UN'INIEZIONE E LA CORNEA ESCE DALLA NEBBIA

A Cagliari esperti da tutto il mondo. Il presidente onorario del Congresso Vincenzo Sarnicola: «Da un solo donatore si possono ricavare circa 300-500 coltivazioni cellulari, ognuna delle quali è in grado di guarire un paziente»

CARLA MASSI

U

na cornea per tre tipi di trapianto e anche la possibilità di iniettare solamente delle cellule. Queste sono la nuova frontiera delle cure contro la perdita della vista da cecità corneale. Uno studio su *Nature Biotechnology* indica che "la terapia cellulare è prossima a essere consacrata a cura contro la cecità corneale da disfunzione endoteliale". Non solo un intervento per sostituire il tessuto danneggiato con tessuto sano da donatore. A differenza del passato quando l'unico intervento disponibile consisteva sempre nella sostituzione della cornea a tutto spessore, oggi si può sostituire soltanto la parte di tessuto malato, nella maggior parte dei casi lasciando intatti i rimanenti strati della cornea.

I trapianti lamellari sostituiscono solo lo strato di cornea malato: tre le tecniche comuni, la Dsaek e Dmek per l'endotelio e la Dalk per lo stroma, il principale

strato. Il trapianto perforante sostituisce l'intero spessore della cornea ed è riservato ai casi in cui tutti gli strati sono compromessi. Sono mininvasivi con minori complicazioni intraoperatorie, ma soprattutto con rigetti inferiori come frequenza, più deboli e di conseguenza con sopravvivenza dei tessuti trapiantati molto più lunghe. Spesso per tutta la vita.

IL FABBISOGNO

Questo universo interventistico è il focus del congresso della International Society of Cornea, Stem Cells and Ocular Surface che dal 25 al 27 giugno riunirà a Cagliari i maggiori esperti di tutto il mondo. Oltre mille i partecipanti.

In Italia vengono eseguiti tra i 7.000 e gli 8.500 interventi di trapianto di cornea all'anno. Il nostro Paese soddisfa quasi interamente il proprio fabbisogno e si distingue per l'alta percentuale di interventi mini-invasivi (oltre il 60%) che garantiscono un recupero rapido e riducono rischi di rigetto. Una rete di 12 Banche degli Occhi raccoglie i tessuti. La terapia cellulare è vicina a diventare la nuova strada contro la cecità corneale da disfunzione endoteliale, quella legata a patologie dello strato più interno della cornea.

«La cecità corneale è una delle principali cause di perdita della vista, che colpisce ogni anno circa 10 milioni di persone al mondo – spiega Vincenzo Sarnicola, presidente onorario del congresso di Cagliari, uno dei padri pionieri delle moderne tecniche di trapianto, visiting professor in molte cliniche oculistiche internazionali – La cornea, il tessuto trasparente che rappresenta la parte anteriore dell'occhio, è essenziale per fare entrare immagini chiare. Quando è danneggiata, si opacizza, trasformando il mondo in una nebbia costante. Il tradizionale trapianto di cornea perforante, a tutto spessore, ha dominato nello scorso secolo e ha consentito il recupero visivo a milioni di persone nel mondo ma le complicanze intraoperatorie e postoperatorie si sono registrate con maggiore frequenza. Negli anni Duemila la svolta dei trapianti lamellari, oggi effettuabili in molte strutture italiane e ora il traguardo della terapia cellulare



a portata di mano».

Questa tecnica è stata messa a punto dal chirurgo oftalmologo giapponese Shigeru Kinoshita dell'Università di Kyoto: un'iniezione nell'occhio consentirà alle cellule iniettate di rendere nuovamente trasparente una cornea diventata opaca per problemi endoteliali. Si tratta di una rivoluzionaria tecnica di coltivazione delle cellule dell'endotelio partendo dal presupposto che alla periferia dell'endotelio, appunto, esista un gruppo di cellule dotate delle medesime caratteristiche delle staminali in grado di dividersi e moltiplicarsi.

Le endoteliali vengono estratte dal tessuto di un donatore e fatte moltiplicare in coltura. Vengono iniettate direttamente all'interno dell'occhio dopo aver ri-

mosso quelle danneggiate. I risultati a oggi dimostrano che i donatori migliori sono i giovani al di sotto dei 30 anni.

DOMANI

«Da un solo buon donatore – dice ancora Sarnicola insignito quest'anno del riconoscimento internazionale all'American Academy della "Castrovjago Medal Lecture" per la prima volta assegnato a un italiano – si possono ricavare circa 300-500 coltivazioni cellulari, ognuna delle quali è in grado di guarire un occhio». Questa tecnica mira ad essere ancora più mininvasiva e a sostituire i trapianti di cornea lamellari DmeK/Dsek. Utilizzando linee cellulari mirate o prelievi minimi, inoltre, si riducono ulterior-

mente le classiche complicanze immunitarie del trapianto. «Le malattie della cornea che trarranno maggior vantaggio da questa tecnica sono soprattutto la distrofia endoteliale di Fuchs e la cheratopatia bollosa – precisa Sarnicola – Nel primo caso si tratta di una malattia che insorge su base ereditaria e colpisce prevalentemente persone di età compresa tra i 50 e i 60 anni con una marcata riduzione della capacità di visione, spesso associata a una cataratta invalidante. La cheratopatia bollosa, invece, è una condizione clinica dovuta a incidenti di varia natura che possono aver danneggiato lo strato interno della cornea».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN ITALIA UNA RETE
DI 12 BANCHE DEGLI OCCHI
OGNI ANNO
VENGONO ESEGUITI
FINO A 8.500 TRAPIANTI
PER IL 60% MINI-INVASIVI



Vincenzo Sarnicola, presidente onorario del congresso International Society of Cornea, Stem Cells and Ocular Surface



L'ARTE COME CURA UNA TERAPIA "A COLORI" PER COMBATTERE LA MALATTIA

A Torino 50 pazienti oncologiche partecipano a un programma con lo sviluppo di attività creative. La professoressa Chiara Benedetto: «Il metodo Soma si può replicare su larga scala». L'artista Alessandra Laganà: «Migliora lo stato emotivo»

GRAZIELLA MELINA

C

inquanta donne che hanno in comune una diagnosi di tumore. Tre giorni trascorsi tra pittura, test e confronto. E 64 elettrodi che monitorano l'attività cerebrale delle novelle artiste, che intanto creano un gruppo strutturato di amicizia e sostegno reciproco.

Psico-oncologi e neuroscienziati dell'Università degli Studi di Torino hanno potuto dimostrare, dati alla mano, che l'esperienza creativa incide sul benessere delle donne e può migliorare gli esiti terapeutici. Le opere hanno dato vita alla mostra *Generative*, esposta alle Gallerie d'Italia.

I risultati della ricerca, realizzata da Fondazione Medicina a Misura di Donna e Noma World, e basati sull'applicazio-

ne del metodo artistico Soma (Sensory Observatory Multidimensional Artforms), ideato dagli artisti Alessandra Laganà e Tommaso Marletta, confermano il legame tra arte e salute: la creatività modula in modo significativo le oscillazioni neurali, in particolare nelle bande alpha e gamma.

L'INTEGRAZIONE

«Questi cambiamenti – spiegano i ricercatori – si riflettono in un aumento dell'attenzione verso il mondo esterno, della capacità ideativa e dell'integrazione degli stimoli sensoriali. Il 95% delle protagoniste riferisce un elevato livello di soddisfazione e un miglioramento degli stati emotivi che persiste nel tempo». E non era così scontato dimostrarlo.

«I risultati dello studio – conferma Chiara Benedetto, presidente della Fondazione Medicina a Misura di Donna e professoressa emerita dell'Ateneo torinese – dimostrano che la metodologia Soma ha un rigore tale da essere replicabile su larga scala. È la prima volta che un'esperienza creativa di questa complessità, potenzialmente in-

tegrabile nei processi di cura, viene sottoposta a un'analisi neuroscientifica sistematica. I dati ci consentono di affermare che il metodo Soma è maturo per la prescrizione sociale».

E dire che tutto è nato circa 10 anni fa, grazie alla forza di volontà di una paziente, musicista, che ha sperimentato in prima persona i benefici dell'arte e ha voluto condividerli. «In quel periodo mi sono resa conto di quanto fosse importante distrarre la mente dalla malattia. Ho capito la potenza dell'arte, non solo su di me, e ho deciso di trasferire la mia esperienza ad altre donne che hanno vissuto il mio stesso percorso della malattia», spiega Laganà, autrice tra l'altro del libro *Noma. Dal tubo*



della Risonanza Magnetica ai luoghi della mia rinascita.

«Nel 2016 non si parlava di arte come cura. Noi abbiamo elaborato questo metodo, dedicato ad altre persone che non fossero artiste, perché i benefici sono validi per tutti. I cambiamenti sulle persone sono subito evidenti. Le signore vivono esperienze attive, non contemplano le opere, ma sono loro stesse autrici di una creazione artistica». Per arrivare a ottenere la validazione del metodo la strada è stata lunga.

L'ANALISI

«Abbiamo studiato tantissime ricerche condotte da università internazionali e tarato il metodo su oltre 200 studi scientifici», ricorda Laganà. Ma finalmente l'incontro con una scienziata è stato decisivo. «Ci stavamo quasi per arrendere, poi al salone del libro di Torino ho incontrato la professoressa Benedetto, una visionaria, che ha voluto sottoporre il metodo ad una analisi neuroscientifica sistematica. È il primo studio oncologico in Europa che integra oncologia, arte generativa, ri-

cerca neuroscientifica e psicologica. Ora speriamo che il metodo Soma sia replicato ovunque».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



200

Sono gli studi scientifici su cui è stato tarato il metodo Soma ideato dagli artisti Alessandra Laganà e Tommaso Marletta



A sinistra un'opera della mostra Generative alle Gallerie d'Italia. Sopra Alessandra Laganà tra gli ideatori del progetto



UNA CINTURA NERA DI SCLEROSI MULTIPLA «MI SENTO FORTE»

Barbara Moneta, infermiera in un ospedale romano, dopo la nascita del primo figlio sente formicolii alle gambe. E arriva la diagnosi del neurologo «Il karate mi ha aiutata: incassare e rialzarsi. Non potevo farmi travolgere»

CARLA MASSI

C

intura nera di karate, gare agonistiche, muscoli allenati dal CrossFit. Infermiera in un ospedale romano. Barbara Moneta, 8 mesi dopo la nascita del primo figlio Simone nel 2020, perde la sensibilità del bacino e delle gambe, formicolii, tremori. Mentre cammina perde continuamente l'equilibrio, non può stare in piedi senza appoggiarsi.

LA DISCIPLINA

Visita dal neurologo, indagini con la risonanza. Diagnosi: sclerosi multipla recidivante-remittente, una delle più gravi malattie neurologiche del sistema nervoso centrale. Colpisce soprattutto giovani sotto i 40 anni e donne. Può manifestarsi con sintomi molto diversi, visibili e invisibili, che incidono profondamente sulla qualità della vita, sull'autonomia, sul lavoro e le relazioni. In Italia ci sono oltre 150

mila persone con sclerosi multipla con oltre 3.600 nuove diagnosi l'anno. È una malattia cronica, complessa e in molti casi progressiva e invalidante, per la quale non esiste ancora una cura definitiva. Oltre il 60% delle persone con sclerosi multipla riferisce di subire discriminazioni nella vita quotidiana e il 65,8% incontra ostacoli e barriere in almeno un luogo della propria vita.

«Avevo 31 anni, guardavo mio figlio, un cucciolo, e temevo di non poter essere la madre che avrei voluto. In aiuto è arrivato tutto quello che avevo imparato con il karate. Incassare e rialzarsi, non potevo farmi travolgere. Forza ed esplosività le mie alleate. L'esplosività nel karate è la capacità di generare la massima forza nel minor tempo possibile. È l'elemento che rende pugni e calci veloci e incisivi. Il compromesso perfetto tra forza e velocità. La disciplina acquisita in palestra si traduce in una maggiore capacità di concentrazione e determinazione nelle sfide della vita reale. Attaccare o contrattaccare in maniera esplosiva per colpire il corpo dell'avversario mantenendo il controllo. Ricordiamo che a livello mentale, il karate sviluppa la disciplina, migliorando

la gestione dello stress e la concentrazione. Un sostegno fondamentale sono stati i farmaci. Che, purtroppo, le generazioni di pazienti più grandi di me non hanno potuto iniziare a prendere appena fatta la diagnosi perché non esistevano».

Barbara, dopo la nascita di Simone, torna a lavorare, fa un concorso e il destino la assegna a un day hospital neurologico dove incontra e assiste ogni giorno pazienti come lei. «Non mi crea problemi, anzi, mi permette di capire e dialogare meglio con chi sta male». Infermiera, dunque, ma anche iscritta all'Aism, l'Associazione italiana sclerosi multipla che ha appena presentato alla Camera l'Agenda 2030 dedicata alle priorità strategiche per il futuro della ricerca, della salute, dei diritti e dell'inclusione.



IL VULCANO

«La sclerosi multipla non ha fermato la mia vita – racconta – Piuttosto, mi ha insegnato a reinventarla. È come avere un vulcano dentro: da fuori sembri stare bene, ma dentro gestisci sintomi complessi e spesso invisibili». Ha reinventato così bene la sua vita Barbara che, con il marito Marco, decide di avere un altro figlio. Accanto al percorso clinico, un'altra maternità.

I GIOVANI

Ce l'ha fatta. Nel 2023 è nata Gaia. «Ho fatto prevalere la vita sulla malattia – ricorda – Si tratta di un percorso che non si improvvisa, devi sempre avere il neurologo specialista accanto. Durante i nove mesi, è ovvio, ci sono momenti sì e momenti no. Ho sentito il bisogno di reagire, di mostrare loro che anche davanti alle difficoltà si può trovare un nuovo equilibrio. Oggi avere un figlio con la sclerosi multipla è possibile. La ricerca ci permette di affrontare la gravidanza in

sicurezza. Senza interrompere la protezione farmacologica».

Barbara incontra l'Aism durante un convegno dedicato ai giovani. Da allora porta quel messaggio "Un mondo libero da sclerosi multipla" anche nel suo lavoro. «Quando parlo con i pazienti, so cosa stanno vivendo. E posso dire loro che

oggi la sclerosi multipla non è più quella di una volta. Oggi siamo pazienti nuovi. Grazie alla ricerca possiamo avere una vita piena, dinamica, senza vivere con l'ombra della sedia a rotelle. Per questo è fondamentale continuare a sostenere realtà come l'Aism e la ricerca scientifica».

I SEGNI

Lo sport l'ha dovuto abbandonare e gli esercizi li fa a casa con piccoli pesi per assicurarsi sempre una massa muscolare in forma. La testa, ogni tanto, fa brutti scherzi, soprattutto alla memoria. Per questo, ha preso l'abitudine di scrivere tutto. Confessa che, ogni tanto, la rabbia sgomita e ti ri-

corda come eri sul tatami. Ma lei riesce a domarla con la stessa forza con la quale si misurava con l'avversario.

«Marco, e devo ringraziarlo, non mi ha mai consentito di piangermi addosso - si confida - e questo ha aiutato tutta la famiglia. Certo la mia malattia non mi permette di essere come tutte le altre giovani mamme ma, aiutata da lui e dai nonni, riesco a dividermi tra l'essere madre, il lavoro e la terapia».

I bambini, pur piccoli, sanno che in alcuni momenti «mamma è stanca e si deve fermare». Sanno «che i segni della malattia possono essere invisibili e che mamma non sta bene soprattutto nei giorni successivi alla terapia». E la "diversità" diventa normalità.

» RIPRODUZIONE RISERVATA

«LA MALATTIA
NON HA FERMATO
LA MIA VITA
PIUTTOSTO
MI HA INSEGNATO
A REINVENTARLA»

IN ITALIA
150.000 CASI
VENGONO COLPITI
SOPRATTUTTO
GLI UNDER 40
E LE DONNE



Nelle foto, Barbara Moneta. A destra durante un allenamento con il bilanciere, a sinistra mentre pratica esercizi di arti marziali. In basso in un momento di relax in famiglia.





Servizio La sfida invecchiamento

Alzheimer, 5 mosse per portare diagnosi precoce e nuove terapie ai pazienti

La sfida oggi è trovare un punto di equilibrio tra accesso all'innovazione e tutela di malati e famiglie: firmato a Roma il documento di consenso europeo MindShift

*di Mario Zappia **

10 giugno 2026

L'Alzheimer è oggi una priorità di sanità pubblica: in Europa si stimano circa 9 milioni di persone con demenza, un numero destinato a superare i 14 milioni entro il 2050. In Italia sono oltre un milione, di cui circa il 60% con Alzheimer, con un impatto significativo su famiglie, caregiver e sostenibilità del sistema di welfare. La demenza è associata a un elevato carico assistenziale e a costi globali superiori ai 1.300 miliardi di dollari, mentre in Italia il costo complessivo è stimato in circa 23 miliardi di euro l'anno.

Le cinque priorità

Ecco perché insieme ad altri 11 Paesi abbiamo firmato un documento di consensus internazionale per stabilire le 5 priorità che devono ora governare questa patologia. Obiettivo finale: colmare il divario tra innovazione scientifica e reale accesso dei pazienti a diagnosi e terapie.

I dati sull'Alzheimer riflettono una sfida urgente per le persone, i sistemi di assistenza e le società, una sfida che non può più essere ignorata. Diventa così necessario: integrare la diagnosi nei percorsi assistenziali standard, allineare i modelli organizzativi e di rimborso per garantire accesso equo e tempestivo alle terapie innovative, rafforzare la capacità del sistema sanitario, adottare una pianificazione di lungo periodo e consolidare il coordinamento tra Paesi.

Le nuove terapie

Il nuovo documento è nato dalla presa di coscienza che l'Alzheimer è entrato in un nuovo capitolo. Pur in assenza di una cura definitiva, oggi sono disponibili nuove terapie che, intervenendo sui meccanismi biologici della malattia, consentono di rallentarne la progressione e ritardare il declino cognitivo, soprattutto se somministrate nelle fasi iniziali. È proprio qui che la diagnosi biologica, grazie all'arrivo dei nuovi biomarcatori ematici, gioca un ruolo decisivo: permette infatti di individuare la malattia molto prima e di identificare con maggiore precisione il target dei pazienti che possono beneficiare di queste terapie. Accanto ai trattamenti sintomatici, si sta quindi affermando un nuovo approccio con il potenziale di modificare il decorso della patologia, a condizione di intervenire tempestivamente. La ricerca guarda già oltre, verso interventi ancora più precoci, prima della comparsa dei sintomi: uno scenario che rende urgente costruire sistemi sanitari pronti a sostenere questo progresso.

Un approccio rigoroso

Le terapie per l'Alzheimer aprono prospettive nuove e richiedono un approccio rigoroso nella valutazione del loro impatto clinico. La sfida è trovare un punto di equilibrio tra accesso all'innovazione e tutela dei pazienti nell'interesse delle tante famiglie che vivono l'impatto di una patologia come l'Alzheimer. In questo senso, il dialogo tra istituzioni, comunità scientifica e pazienti, come quello avvenuto con Mindshift, è essenziale per definire modalità di utilizzo appropriate, sicure e sostenibili.

Con questo documento non ci siamo limitati a registrare l'innovazione ma abbiamo voluto costruire un sistema capace di renderla concreta, garantendo benefici reali per le persone che vivono con l'Alzheimer, per le loro famiglie e per la sostenibilità dei sistemi sanitari.

** Presidente Società italiana di Neurologia*



Servizio Società Americana di Diabetologia

Come cureremo diabete e obesità nei prossimi anni? Ecco il futuro delle terapie

Al congresso Usa presentate le novità: dai nuovi farmaci orali e iniettivi alle terapie da fare una volta al mese

di Maria Rita Montebelli

10 giugno 2026

È incredibile il numero di studi sulle nuove terapie per diabete e obesità presentato al congresso della Società Americana di Diabetologia (ADA 2026 Scientific Sessions). Il menu del what's next è davvero molto variegato e c'è spazio per tutti: dai nuovi farmaci orali e iniettivi (dual e triple agonist), alle terapie da fare una volta al mese. E la posta si alza: non più solo farmaci anti-diabete e obesità, ma terapie per guadagnare in salute a 360°. Si definiscono anche nuove strategie di cura per contenere gli effetti indesiderati (nausea, vomito, costipazione, ecc) all'insegna dello "stay low, go slow" (tieniti basso col dosaggio iniziale e aumentalo molto gradualmente verso l'alto).

"Abbiamo bisogno di avere una gamma di opzioni terapeutiche diverse – commenta il professor Naveed Sattar dell'Università di Glasgow -. Ma la cosa più importante è che i farmaci siano scalabili e accessibili alla maggior parte delle persone, non solo nei Paesi ad alto reddito. L'ambiente (obesogeno) non tornerà a com'era negli anni Settanta nel giro di una settimana. Ci vorranno tre, quattro, cinque generazioni. Ma noi abbiamo bisogno di soluzioni adesso."

La carica dei farmaci basati sull'amilina

Tra i nuovi protagonisti nella lotta contro l'obesità e il diabete, c'è l'amilina, ormone prodotto dal pancreas, alla base di una nuova generazione di farmaci efficaci. All'ADA sono stati presentati i risultati di una serie di studi con derivati dell'amilina in monoterapia o in terapia di associazione, tra i quali quelli del programma REDEFINE. I pazienti trattati con una combinazione di cagrilintide (analogo dell'amilina long acting) e semaglutide hanno fatto registrare riduzioni del peso corporeo a due cifre. Risultati promettenti per questa associazione anche nel diabete di tipo 2, dagli studi di fase 3 del programma REIMAGINE (pubblicati su Lancet) con riduzioni significative di glicemia e peso corporeo, e con il potenziale di portare il diabete in remissione, se utilizzati nelle prime fasi della malattia. In arrivo per questa categoria anche eloralintide, un altro agonista recettoriale selettivo dell'amilina, long acting.

L'amilina induce perdita di peso, portando a ridurre l'introito calorico (agendo a livello cerebrale) e contrastando il calo del dispendio energetico che normalmente accompagna le diete ipocaloriche e che frena la perdita di peso. Inoltre sembra offrire vantaggi anche su salute ossea, massa muscolare e sensibilità alla leptina, cosa che la rende particolarmente interessante per il trattamento a lungo termine.

L'arrivo dei farmaci GLP-1 super long acting

Si chiama berobenatide ed è un agonista del GLP-1 che si assume una volta al mese, anziché una volta a settimana come gli attuali trattamenti iniettivi. Un farmaco che potrebbe dunque cambiare radicalmente l'aderenza alla terapia dell'obesità. All'ADA sono stati presentati i risultati dei tre trial di fase 2b del programma VESPER. Berobenatide potrebbe dunque diventare il primo agonista del recettore GLP-1 a somministrazione mensile. È molto potente e tollerabile e la sua lunga durata d'azione potrebbe migliorare la compliance alla terapia”.

Terapie orali di nuova generazione per diabete e obesità

Mentre cresce l'attesa per l'arrivo in farmacia di orforglipton, compressa anti-obesità e anti-diabete e già ottimo candidato per diabete di tipo 2, sovrappeso-obesità lieve e come terapia di mantenimento dopo il dimagrimento, sui banchi della ricerca si profilano già nuove molecole che andranno ad aggiungersi a quelle già disponibili (semaglutide orale) o in arrivo (orforglipton). È il caso di elecoglipton, una piccola molecola somministrata per bocca una volta al giorno. All'ADA 2026 sono stati presentati i risultati due studi di fase 2, pubblicati simultaneamente su The Lancet. Nel SOLSTICE, su persone con diabete di tipo 2, il farmaco ha prodotto una riduzione media dell'emoglobina glicata fino 1,9 punti percentuali. Nello studio VISTA, su adulti con obesità o sovrappeso, i soggetti trattati con elecoglipton hanno perso in media il 10,5% del peso corporeo in 26 settimane. Il farmaco ha migliorato inoltre anche i valori di pressione e ridotto i livelli di proteina C-reattiva, un marcatore di infiammazione legato al rischio cardiovascolare. Sono al momento in fase di sviluppo gli studi di fase 3 che testeranno elecoglipton su popolazioni più ampie e diversificate. I risultati non sono attesi prima della fine del prossimo anno.

Retatrutide, il farmaco 'tre-in-uno' campione nel dimagrimento

Perdere quasi un terzo del proprio peso corporeo con una sola iniezione alla settimana. È quanto dimostrano i risultati degli studi di fase 3 su retatrutide, presentati all'ADA e pubblicati su The Lancet. Retatrutide è un triple agonist, cioè un farmaco a 'tre braccia' dirette su altrettanti bersagli: GIP, GLP-1 e glucagone.

Nello studio di fase 3 TRIUMPH-1, condotto su 2.339 adulti con obesità, i partecipanti trattati con la dose più alta (12 mg settimanali) hanno perso in media il 28,3% del peso corporeo in 80 settimane (circa 32 chili) e il 65% dei trattati con la dose massima è sceso sotto la soglia di BMI che definisce l'obesità (BMI 30). Oltre al peso, il farmaco ha migliorato pressione arteriosa, trigliceridi e marcatori di infiammazione cardiovascolare. Nei pazienti con artrosi al ginocchio si è ridotto il dolore, mentre in quelli con apnee ostruttive del sonno sono diminuiti gli episodi di apnea notturna

Nello studio di fase 3 TRANSCEND-T2D-1, condotto su 537 pazienti con diabete di tipo 2 di recente diagnosi, retatrutide ha prodotto una riduzione dell'emoglobina glicata fino a 2 punti percentuali, determinando una perdita di peso media di circa 16 chili e mezzo in sole 40 settimane. “Retatrutide ha il potenziale di rallentare la progressione della malattia e ridefinire il modo in cui trattiamo il diabete — ha sottolineato il primo autore dello studio Harpreet Singh Bajaj del Mount Sinai Hospital di Toronto (Canada)—.” Sono al momento in corso ulteriori studi di fase 3 per valutare retatrutide in pazienti con obesità e malattie cardiovascolari e nel confronto 'testa a testa' con semaglutide.

Obesità e fegato grasso: le performance molto promettenti di survodutide

Un nuovo farmaco iniettivo settimanale potrebbe rappresentare una svolta nella cura dell'obesità e delle malattie epatiche ad essa correlate. Nello studio di fase 3 SYNCHRONIZE-1 (pubblicato sul New England Journal of Medicine), il farmaco ha prodotto una riduzione del peso corporeo fino al 16,6%, un calo del grasso viscerale fino al 34% e del grasso epatico fino al 63%, senza perdita di

massa muscolare. Bei risultati anche dallo studio di fase 3 SYNCHRONIZE-MASLD (pubblicato in contemporanea su Nature Medicine) per i pazienti affetti dalla più comune forma di 'fegato grasso' associata a disfunzioni metaboliche (MASLD), che può evolvere verso cirrosi e insufficienza epatica. Lo studio ha evidenziato che survodutide può contrastare i meccanismi alla base della disfunzione metabolica associata all'obesità, riducendo in modo selettivo il grasso viscerale e quello accumulato nel fegato e favorendo al contempo una significativa perdita di peso.



Servizio La giornata mondiale

Tumore alla prostata: la rivoluzione di cure e diagnosi, cruciale controllarsi dai 50 anni

E' oggi la neoplasia più frequentemente diagnosticata nella popolazione maschile, con circa 40 mila nuovi casi ogni anno, ma la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi supera ormai il 90%

*di Dario Del Biondo**

10 giugno 2026

In Italia il tumore della prostata, di cui l'11 giugno si celebra la giornata mondiale, è oggi la neoplasia più frequentemente diagnosticata nella popolazione maschile, con circa 40 mila nuovi casi ogni anno. Un dato che potrebbe apparire allarmante, se non lo si leggesse insieme a un altro numero estremamente significativo: la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi supera ormai il 90%. È il segno concreto di quanto la ricerca, l'innovazione tecnologica e l'evoluzione delle cure abbiano cambiato la storia naturale di questa malattia. Negli ultimi vent'anni abbiamo assistito a una trasformazione profonda del modo in cui il tumore della prostata viene individuato e trattato. Oggi l'obiettivo non è soltanto curare il paziente, ma farlo preservandone il più possibile la qualità di vita.

La prima rivoluzione è avvenuta sul fronte della diagnosi, infatti l'introduzione della risonanza magnetica multiparametrica ha consentito di individuare con maggiore accuratezza le lesioni sospette e di selezionare meglio i pazienti che necessitano realmente di ulteriori accertamenti. Questo fa sì che anche le biopsie, grazie alla fusione tra immagini ecografiche e risonanza magnetica, possono oggi essere eseguite in modo molto più mirato, riducendo il ricorso a procedure inutili e aumentando la capacità di identificare i tumori clinicamente più rilevanti.

Contemporaneamente, la ricerca ha compiuto passi avanti decisivi nella comprensione delle caratteristiche biologiche della malattia. L'analisi genomica permette infatti di distinguere con crescente precisione le forme più aggressive da quelle a lenta evoluzione. Questo significa poter offrire a molti uomini percorsi di sorveglianza attiva, evitando interventi o trattamenti immediati quando non sono realmente necessari. Un cambiamento culturale importante perché la medicina moderna non punta a curare di più, ma a curare meglio, riservando le terapie ai pazienti che ne traggono un beneficio concreto.

L'arrivo di nuove terapie ormonali ha contribuito al progresso straordinario sul piano terapeutico: ha modificato significativamente la prognosi della malattia, consentendo di allungare la sopravvivenza anche nelle forme avanzate o metastatiche. Parallelamente, la medicina di precisione sta aprendo prospettive fino a pochi anni fa impensabili: in presenza di specifiche alterazioni genetiche, oggi è possibile utilizzare farmaci mirati che agiscono selettivamente sulle vulnerabilità biologiche del tumore, rendendo le cure sempre più personalizzate.

La stessa evoluzione si osserva in sala operatoria. La chirurgia robot-assistita ha introdotto livelli di precisione prima difficilmente raggiungibili, grazie a una visione tridimensionale del campo operatorio e a strumenti capaci di movimenti estremamente accurati. Questo permette al chirurgo di intervenire in modo più selettivo, preservando il più possibile le strutture responsabili della continenza urinaria e della funzione sessuale. Se in passato l'obiettivo principale era eliminare il tumore, oggi la sfida è riuscire a farlo mantenendo la migliore qualità di vita possibile per il paziente.

In questo percorso di innovazione contano molto anche aspetti che, pur rimanendo poco evidenti contribuiscono a rendere le cure più sicure, efficaci e meglio tollerate. L'evoluzione verso procedure sempre meno invasive si accompagna infatti a un innalzamento costante degli standard di sterilità, possibile grazie alla crescente diffusione di dispositivi monouso che garantiscono condizioni uniformi per ogni paziente, importanti inoltre per la prevenzione delle complicanze e del rischio infettivo, ridotto del 13.3%, lungo tutto il percorso diagnostico. Elementi che agiscono in modo silenzioso ma incisivo.

Accanto ai progressi della medicina, resta però fondamentale il ruolo della prevenzione. Sebbene il rischio aumenti soprattutto dopo i 60 anni, è consigliabile che gli uomini inizino a confrontarsi con il proprio medico e con lo specialista intorno ai 50 anni. In presenza di familiarità o di fattori genetici predisponenti, può essere opportuno anticipare i controlli. La diagnosi precoce continua infatti a rappresentare una delle armi più efficaci per aumentare le possibilità di guarigione e consentire percorsi terapeutici meno impegnativi. Oggi il tumore della prostata è una malattia che, nella maggior parte dei casi, può essere affrontata con strumenti molto più efficaci rispetto al passato. La ricerca continua a migliorare le prospettive di cura, il vero traguardo è permettere a un numero crescente di uomini non solo di vivere più a lungo, ma di continuare a vivere bene, mantenendo autonomia, relazioni e qualità della vita.

** Direttore UOC di Urologia Ospedale San Paolo di Napoli Asl Napoli 1 Centro*



Servizio Il round di investimenti

Rosso, cresce la prima piattaforma digitale dedicata alla filiera trasfusionale italiana

Emma Health, la società che ha sviluppato Rosso, ha chiuso un round di finanziamento da 3 milioni di euro.

di Redazione Salute

10 giugno 2026

Emma Health, società attiva nell'innovazione del sistema sanitario, ha chiuso un round di investimenti da 3 milioni per la piattaforma digitale Rosso, dedicata alla filiera trasfusionale italiana, con l'ingresso nella compagine societaria di nuovi soci e finanziatori strategici. Il round è guidato da 360 Capital tramite il fondo 360 Digitaly, con il sostegno di Cassa depositi e prestiti e con la partecipazione, tra gli altri, di Angelini Investments. Per Chiara Schettino e Filippo Toni, fondatori di Emma Health e della piattaforma Rosso "questo round ci permette di accelerare su scala nazionale e costruire un riferimento tecnologico per il sistema sangue ed emoderivati, prima in Italia e poi in Europa". "Rosso - aggiunge Sergio Marullo di Condojanni, Ceo di Angelini Industries - dimostra come dei giovani imprenditori possano contribuire in modo concreto al rafforzamento di un'infrastruttura essenziale per il sistema sanitario, creando valore per la collettività".

Rosso nasce nel 2023 dall'incontro tra due giovani imprenditori attivi nel settore dell'innovazione in sanità, Chiara Schettino, Alumna Università Ca Foscari – H-Farm College, e Filippo Toni, quest'ultimo classe 2006, il più giovane italiano a chiudere un round di investimenti di queste dimensioni. I fondatori hanno sviluppato una realtà che in soli due anni ha coinvolto decine di migliaia di donatori, in centinaia di centri di raccolta sangue su tutto il territorio nazionale e coinvolto decine tra le primarie aziende italiane nella promozione della salute del sangue tra i propri dipendenti. Rosso, in pochi tap dallo smartphone, individua il centro più vicino e consente di prenotare la donazione di sangue o plasma in modo semplice e veloce, gestendo l'intero percorso direttamente dalla app. Il sistema trasfusionale italiano oggi si regge su base volontaria e gratuita. Nel 2024 i donatori attivi sono stati 1,67 milioni, per un totale di 3 milioni di donazioni. Tuttavia, molti donatori si stanno avvicinando ai 65 anni, il limite massimo per la donazione e senza un ricambio generazionale l'autosufficienza raggiunta potrebbe venire messa a rischio; è, inoltre, importante sottolineare che i giovani si informano prevalentemente attraverso canali digitali.

Servizio Il Report Ue

Dalla cannabis ai «nuovi» oppioidi: così le droghe impattano su salute e sicurezza

Un mercato complesso in cui sostanze come la ketamina si affiancano a oppioidi e cocaina: l'Europa serra i ranghi per contrastare l'allarme che cresce nella società

di Donata Marrazzo

10 giugno 2026

È un fenomeno sempre più complesso e mutevole quello delle droghe: il mercato, la distribuzione e l'uso di sostanze nuove (una ogni settimana), pure, sintetiche, ad alta potenza, espone i consumatori a rischi sempre maggiori per la salute. L'utilizzo di nuovi prodotti a base di cannabis e la vendita di varietà di oppioidi e stimolanti gravano anche sui sistemi sanitari e impattano sulla sicurezza pubblica e la vulnerabilità sociale. È l'allarme che lancia l'Agenzia dell'Unione europea per le droghe nel suo report annuale, che fa riferimento ai dati forniti da 27 Stati, più Turchia e Norvegia. Da cui emerge che l'Italia è il primo Paese per numero di persone (105.652) che fa uso di droghe per via endovenosa, più della Francia e della Germania.

50 nuove sostanze psicoattive

Nel 2025, 50 nuove sostanze psicoattive sono state segnalate per la prima volta in Europa. Quelle monitorate salgono così a 1050. Risultano nuovi e potenti oppioidi sintetici, che comportano un rischio maggiore di avvelenamento potenzialmente letale. Sequestrati molti vaporizzatori di sigarette elettroniche contenenti forme sintetiche e semisintetiche di cannabis, veicolo per i giovani di altre sostanze nocive. Venduti in vaporizzatori e edibili, questi prodotti adulterati, a base di cannabis e cannabinoidi semisintetici, aumentano il rischio di danni per i nuovi consumatori.

Un mercato in evoluzione

«Il mercato europeo della droga è dinamico e in rapida evoluzione. Le sostanze stanno diventando più potenti - ha dichiarato la direttrice esecutiva dell'Agenzia Ue sulle droghe Lorraine Nolan, in occasione della presentazione della relazione 2026 -. I gruppi criminali stanno diventando più attivi e più violenti. Allo stesso tempo, il ruolo dell'Europa nel mercato globale della droga si sta evolvendo. L'Europa è ora un importante produttore di droghe sintetiche sia per il mercato interno che per quello di esportazione».

Cannabis, prima per consumi

La cannabis è la droga illegale più consumata: nell'ultimo anno ne hanno fatto uso 24,9 milioni di adulti europei (15-64 anni). In Italia la fuma il 18,1% dei giovani tra i 15 e i 34 anni. Il suo consumo, compreso quello di prodotti ad alta potenza, gli estratti e gli edibili, è sempre più collegato all'aumento degli accessi al pronto soccorso. Il 33% di chi la utilizza richiede programmi di trattamento. Nel 2024 i pazienti sono stati 104mila. Ingenti quantità di cannabis arrivano nei paesi europei dal Canada: nel 2025 sono state sequestrate 21 tonnellate di erba, di origine

canadese, nei porti di Rotterdam e Anversa. Fra i rischi anche la presenza di pesticidi potenzialmente pericolosi che richiede risposte mirate e una continua cooperazione internazionale.

Decessi per oppioidi e altre sostanze

Ma sono gli oppioidi a rappresentare la principale causa di morte per overdose in Europa: nel 2024 7.600 decessi, causati dalla loro combinazione con altre sostanze. Nel 2025 sono stati segnalati al Sistema di allerta precoce dell'Ue sette nuove sostanze sintetiche, tra cui nitazeni e orfine. Anche i farmaci contraffatti contenenti nitazeni, che imitano medicinali approvati come ossicodone o diazepam, vengono segnalati con crescente frequenza. Tra giugno 2024 e gennaio 2026 si sono verificati 18 decessi correlati all'uso di orfine. Mentre le morti dovute al fentanil, potente oppioide sintetico, richiedono maggiore vigilanza: se ne contano 100 in Bulgaria.

Gestione strategica del traffico dell'eroina

Resiste l'eroina nonostante il calo della coltivazione del papavero con il divieto imposto dai talebani, grazie a tecniche avanzate di lavorazione e adulterazione, oltre alla gestione strategica delle scorte di oppio afghano (stimate intorno alle 12.000 tonnellate nel 2025). Il Pakistan, con oltre 9.000 ettari di coltivazione di papavero da oppio, produce oppio ed eroina. In Myanmar la coltivazione del papavero ha raggiunto il picco degli ultimi 10 anni, superando i 45.000 ettari nel 2025.

Cocaina, seconda per consumi

Dall'analisi delle acque reflue urbane risulta che è la cocaina la seconda droga più consumata. Fra le più dannose: un quarto di quelli che la assumono muore. Così si è verificato nel 2024, quando a essere sequestrate sono state 330 tonnellate di cocaina. In Italia il consumo riguarda il 2,4% dei giovani tra i 15 e i 34 anni. La droga entra in Europa anche attraverso porti minori, con metodi di occultamento sofisticati per i trasferimenti in mare. Ma fra i luoghi di produzione ci sono anche i Paesi Bassi: 42 gli impianti smantellati nel 2024. Preoccupa il crack. Si stima che due anni fa 11.400 persone abbiano avviato un percorso di trattamento, per 4.300 era il primo accesso. Ed è allarme per la ketamina, che arriva dall'India in Germania, poi entra in canali illeciti. Aumentano i residui nelle città: il fortissimo anestetico si va diffondendo soprattutto fra i giovani. Provoca avvelenamento acuto e danni cronici. Cresce, anzi quadruplica, il numero di persone che richiede interventi sanitari.

Un nuovo piano di contrasto ai traffici

Di fronte a un quadro così allarmante, che minaccia la salute pubblica e la sicurezza, la Commissione europea è impegnata in nuove strategie e in un accurato piano di contrasto al traffico degli stupefacenti, con nuove norme sul monitoraggio e sul controllo dei precursori chimici utilizzati per la produzione delle droghe. Stretta la collaborazione con le autorità portuali per ostacolare l'accesso delle sostanze sul territorio europeo e con paesi partner per colpire all'origine le filiere produttive.

Il report europeo, dati e ricerca scientifica

«Questo rapporto non solo offre spunti per le azioni che da intraprendere oggi, ma contribuisce anche a plasmare le risposte di domani – ha concluso Franz Pietsch, presidente del consiglio di amministrazione dell'Agenzia europea -. Questa edizione evidenzia come l'Euda, concentrandosi sulla ricerca scientifica e su una migliore valutazione del rischio, rappresenti un valore aggiunto per gli Stati membri dell'Unione».

Giani “Ministro isolato così in Toscana il modello funziona”



L'INTERVISTA

di **ERNESTO FERRARA**
FIRENZE

La legge era sbagliata, inutile, impositiva. Che fossero costretti a ritirarla era scritto, che non sappiano dialogare con i medici di famiglia dopo 4 anni è scandaloso. Peraltro mi pare che il ministro Schillaci per carità, brava persona: dimostra pure interesse sulla sanità. Ma non è più adeguatamente supportato dalla premier». Eugenio Giani manco a dirlo ha appena finito di inaugurare una Casa di comunità a Reggello, nel Valdarno, provincia di Firenze. Alla conferenza delle Regioni il governatore toscano era stato il primo a dire che la riforma dei medici di famiglia non serviva, non così.

Giani, perché la legge era sbagliata secondo lei?

«Perché la questione dei medici di famiglia e delle Case di comunità va affrontata con le intese non con i diktat. In Toscana il rapporto funziona perché un anno fa ci siamo messi a lavorare su un accordo sui servizi associati

che insieme i dottori di base possono offrire. Li abbiamo coinvolti, non gli abbiamo scritto una legge per dirgli cosa fare, sconvolgendo equilibri delicati».

Quante Case di comunità ci sono in Toscana e quante ne aprirete entro giugno, il termine del Pnrr?

«Siamo a 59 certificate, entro fine mese 70. Poi ne realizzeremo altre 50 con nostre risorse, vogliamo arrivare a 120. Ma evidentemente più che di numeri la sfida è di sistema: un medico di famiglia, che arriva ad avere fino a 1.850 assistiti che non può raggiungere sempre, deve organizzare il suo lavoro usando la Casa di comunità come baricentro, non lo puoi obbligare per 6 ore facendolo diventare un dipendente pubblico, non funziona. Per di più senza una programmazione, tutto all'ultimo minuto. Le Case di comunità devono entrare nella testa dei cittadini, non facile: senza i medici non andiamo da nessuna parte».

Perché la destra topa nel dialogo con i medici di famiglia?

«Hanno scarsa considerazione

dell'importanza che la sanità ha per i cittadini. Fanno i ragionieri: se ci sono le risorse bene, altrimenti ci pensa il privato. Ma sanità pubblica significa valori, in Toscana è un'eccellenza, spendiamo 300 milioni più di quanto ci dà lo Stato».

Eppure le liste d'attesa e il pronto soccorso scoppiano.

«Abbiamo problemi come tutti. Ma ci siamo inventati i Pir, i “punti di intervento rapidi”, mini pronto soccorso per codici verdi e bianchi, e li stiamo aprendo nelle case di comunità più grandi, che conto ci aiutino a ridurre anche le liste. Per dare risposte è tuttavia evidente che sulla sanità servono più soldi. Sull'edilizia ospedaliera, prossima sfida. Ma soprattutto sul fondo sanitario nazionale. Oggi sono 143 miliardi, il 6% del Pil, la Francia ne spende l'8, la Germania il 10. Mancano 15 miliardi per arrivare al 7, Meloni e Schillaci pensino a quello, altro che pastrocchi».



• Guido Bertolaso, assessore in Lombardia si è dimesso da vice coordinatore in conferenza delle Regioni



• Francesco Boccia, capogruppo Pd, ha parlato di un “fallimento che le persone pagheranno sulla propria pelle”

“
Noi i camici bianchi li abbiamo coinvolti non abbiamo imposto loro una norma



LA SANITÀ

Medici di famiglia salta la riforma L'ira di Bertolaso

di **ETTORE MAUTONE**

Dopo il semaforo rosso della maggioranza, arriva lo stop definitivo del ministro Orazio Schillaci alla riforma della medicina generale. Niente più doppio canale con medici dipendenti delle Asl accanto ai convenzionati. A comunicarlo è stato ieri il capo di gabinet-

to Marco Mattei durante la commissione sanità della Conferenza delle Regioni.

continua a pagina XIII

IL CASO

Medici, la riforma salta Bertolaso: «Avvilente»

segue dalla prima pagina
di **ETTORE MAUTONE**

Immediata la reazione della Lombardia: l'assessore Guido Bertolaso ha annunciato le dimissioni da vice coordinatore e ha lasciato la riunione.

Fallito il tentativo di recuperare il decreto, il ministero chiederà ai medici di famiglia di svolgere 4-6 ore settimanali della loro attività convenzionale nelle Case di Comunità. La strada non sarà un emendamento ma una modifica all'atto di indirizzo della convenzione, già firmata a gennaio, per rendere l'impegno un obbligo contrattuale valido in tutte le Regioni. L'obiettivo è tamponare in extremis la carenza di personale che tiene vuote le nuove strutture finanziate dal Pnrr, operative dal primo luglio.

Un problema aggravato dalla mancanza di infermieri, che spesso rifiutano di trasferirsi in aree interne e montane. Nella Asl di Salerno, ad esempio, si è dovuto ricorrere ad indennità contrattuali per il personale sanitario, anche queste contestate dai medici che puntano il dito su buste paga superiori alle loro prerogative dirigenziali. Un progetto ambizioso naufragato: la riforma, pensata da Schillaci e dalle Regioni per far

decollare Case e Ospedali di Comunità e ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, doveva garantire cure a cronici e anziani. Con la legislatura agli sgoccioli e due tentativi falliti (anche nel 2025), è ormai irrealizzabile. La spinta iniziale era

arrivata da Lombardia e Lazio, con il sostegno di Schillaci. Poi il dietrofront del centrodestra sensibile, in clima pre-elettorale, alle pressioni dei sindacati dei medici. Tra medici di famiglia e specialisti ambulatoriali, 58mila ca-

medici bianchi hanno fatto sentire il loro peso.

Anche la premier Meloni aveva chiesto di frenare. Lo strappo di Bertolaso è stato netto: «Profondo dissenso e immensa amarezza. Vicenda avvilente», ha detto l'assessore lombardo accusando il ministero di essersi allineato ai medici di famiglia: «Serviva una riforma organica, non bastano sei ore. Alla fine è stata la maggioranza a far saltare una proposta nata nel suo stesso

schieramento».

Cosa resta in campo: Mattei ha provato a



salvare parti del decreto di riordino dell'assistenza territoriale, già bocciato dalle Regioni, chiedendo emendamenti. Il provvedimento andrà avanti, ma la riforma originaria è arenata. A pesare il nodo di Fdi, Forza Italia e Lega alla trasformazione del medico di famiglia in dipendente Ssn.

Alcune Regioni come la Campania hanno già contratti integrativi con le Aft, aggregazioni di medici che condividono cartelle dei pazienti e garantiscono una sede aperta 8-20 dal lunedì al venerdì e alcune ore in Case di comunità. I massimalisti fino a 1500 pazienti e comunque più del numero ottimale (fissato a 1.200) stanno svolgendo un massimo di 6 ore settimanali in almeno due spazi distrettuali, ore che scendono a 4 nelle Aft. Da Pasqua sono partiti i primi servizi:

gruppi di 2-6 medici di famiglia assicurano copertura oraria con ambulatori, screening, vaccinazioni e controlli per cronici. Gli strumenti ci sono: Ecg, spirometri, analizzatori. Manca però chiarezza su personale di supporto, procedure e obiettivi. Senza indicazioni operative delle Asl il rischio è un flop anche con queste modalità per la funzionalità delle strutture del Pnrr. E il nodo del personale resta tutto da sciogliere.



L'assessore Guido Bertolaso

