

10 marzo 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



Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
MARIO ORFEO



IN REGALO CON REPUBBLICA

Voci d'America
Domani in edicola
il terzo volume

Rspettacoli
Massini: porto in tv
il giovane Vladimir
di **RODOLFO DI GIAMMARCO**
a pagina 36



Martedì
10 marzo 2026
Anno 51 - N° 56
Oggi con libro *Voci d'America*
De Lillo "L'angelo Esmeralda"
in Italia **€ 1,90**

Iran e petrolio, Trump sente Putin

Telefonata tra i due leader. Il presidente Usa: la guerra è pressoché finita. La Nato abbatte missile di Teheran sulla Turchia. Il greggio sopra quota 100, poi scende. Giorgetti: il caro bollette colpisce la sicurezza economica. Ue pronta a nuove misure



In piazza a Teheran con le immagini della nuova guida suprema Mojtaba Khamenei e del padre Ali

“La magistratura plotone d’esecuzione” bufera su Bartolozzi

Le opposizioni: la capo di gabinetto di Nordio si dimetta. Meloni in un video di 13 minuti: votate sì per i vostri figli

La premier Meloni scende in campo in vista del referendum sulla giustizia del 22 e 23 marzo. Con un video di tredici minuti pubblicato sul social invita a votare Sì: «Votate pensando a cosa sia meglio per i vostri figli». È polemica sulle dichiarazioni di Giusti Bartolozzi, capo di gabinetto del ministro Nordio, che ha detto: «Ci togliamo di mezzo la magistratura, è un plotone di esecuzione». L'opposizione chiede le sue dimissioni. Il Guardasigilli: «Mi dispiace, non avrà difficoltà a scusarsi».

di **DE CICCO e SANNINO** a pagina 16

Se il conflitto diventa energetico

di **GUIDO TABELLINI**

Per valutare le conseguenze economiche della guerra in Iran bisogna porsi due domande. Quanto sarà grande lo shock per il prezzo del petrolio? E quanto è rilevante oggi il prezzo del petrolio per gli scenari economici? Per quanto sia difficile, azzardo due risposte.

a pagina 19

servizi di **AMATO, BONOTTI, CAFERRI, CASTELLANI PERELLI, CASTELLETTO, COLARUSSO, DI FEO, FRANCESCHINI, GINORI, GUERRERA, LOMBARDI, MANACORDA, MASTROLILLI, SANTELLI e TONACCI**

da pagina 2 a pagina 15



Zagrebel'sky: stiamo vivendo nell'era della prepotenza

di **SIMONETTA FIORI** a pagina 11



L'INTERVISTA

Schlein: la premier dà la colpa ai giudici perché non è capace di governare

di **GIOVANNA VITALE**

a pagina 17

Futuro in corso.

Da oltre 140 anni, siamo impegnati per il progresso e la sicurezza energetica del Paese. Anche adesso, anche qui.

edison Diventiamo l'energia che cambia tutto.

Giochi paralimpici la bandiera russa sventola a Cortina

IL CASO

di **GABRIELE ROMAGNOLI**

La Russia rompe l'accerchiamento europeo. Le fa sul fronte italiano. Al netto del giudizio di opportunità, è un dato di fatto. L'anello debole della catena che la confinava si spezza alle nostre frontiere, per ragioni diverse: scelte interne o internazionali, volontà o mancata resistenza, comunque qui.

a pagina 21
con un servizio di **CITO**



Temelkuran: siamo tutti stranieri su questa terra

IL PERSONAGGIO

di **ROBERTO SAVIANO**

alle pagine 34 e 35

Famiglia nel bosco i genitori divisi sul futuro dei bimbi

LA POLEMICA

di **CORRADO ZUNINO**

Ha acceso la stufa a legna, solo legnetti già caduti a terra. A Palmoli, in Contrada Mondola, ha piovuto e sta salendo un po' di nebbia. Catherine Birmingham è sola. Dormirà sola nel grande stanzone della casa nel bosco e ora che imbrunisce chiede dove sia finito il cavallo Lee.

alle pagine 24 e 25
con i servizi di **ZINITI**

CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06 688281Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it**Paralimpiadi**
Mazzel, oro nello sci
Bertagnolli, 10 e lode
di **Claudio Arrigoni**
a pagina 61**Le aziende Champions**
Crescere e investire
per superare le crisi
di **Bonafede e Gambarini**
alle pagine 46 e 47

MEDIO ORIENTE IN FIAMME

Trump: guerra quasi finita

Telefonata di un'ora con Putin su Iran e Kiev. La Nato abbatte missile in Turchia
I raid fanno volare il petrolio, le Borse in altalena. Macron: missione a Hormuz

GLI ISPETTORI IN ARRIVO

Casa nel bosco,
la reazione
dei giudici:
toni aggressiviI giudici del Tribunale
dei minori dell'Aquila sulle
motivazioni di allontanare
la madre: «Una decisione
sofferta e delicata. Miriamo
solo al benessere dei bambini.
Nessun pregiudizio, solo
l'applicazione delle leggi»
alle pagine 22 e 23

LA SCELTA DEL TRIBUNALE

I danni maggiori
dei beneficidi **Carlo Rimini**

a pagina 23

IL NOSTRO
SILENZIOdi **Carlo Verdelli**

Che cosa
racconteremo di
questo inizio del
2026, con l'Ucraina
al quarto anno di strenua
resistenza all'invasione di
Putin, con il piano di
ricostruire a resort la Striscia
per una finta tregua post 7
ottobre d'Israele, con l'Iran
diventato la micia ormai
accesa verso un conflitto di
larghissime proporzioni?
Racconteremo che abbiamo
guardato ma non abbiamo
visto. Abbiamo saputo ma
non abbiamo capito.

continua a pagina 42

L'INCENDIO
DIFFUSOdi **Federico Fubini**

Si sente dire spesso
che rischiamo di
entrare nella Terza
guerra mondiale, ma
non sembra convincente.
Se la definizione di «guerra
mondiale» è quella del
Ventesimo secolo — un
conflitto fra due alleanze
contrapposte — non stiamo
assistendo a niente del
genere. Lo stato di guerra
sta diventando endemico.
In molti punti di attrito del
Pianeta e dal 2022 oltre
cinquanta Paesi ne sono
coinvolti. Ciascuno dei
focolai si rivela difficile
da sedare e spegnere.

continua a pagina 42

GIANNELLI

LA GUIDA SUPREMA



Cuneo | pm: in 6 a processo, le assegnavano il colore di chi sa nuotare



Anisa Murati, 7 anni, annegata nel luglio di due anni fa durante una gita al bioparco Acquaviva di Caraglio

Anisa, annegata in gita. «Braccialetto sbagliato»

Simona Lorenzetti a pagina 24

DOMANDE E RISPOSTE

L'impatto per le famiglie,
la durata delle scortedi **Jattoni Dall'Asén**

a pagina 6

LA FEDELTA' AL NUOVO LEADER

La folla in piazza a Teheran
per celebrare Mojtabadi **Andrea Nicastro**

alle pagine 10 e 11

LA SQUADRA IRANIANA IN AUSTRIA

Minacciate dal regime,
le calciatrici chiedono asilodi **Greta Privitera**

alle pagine 10 e 11

di **Francesco Battistini**

Trump e Putin hanno parla-
to al telefono per un'ora di-
scutendo dei conflitti in Iran e
Ucraina. Il presidente america-
no si dice convinto che la gue-
rra nel Golfo finirà presto. Men-
tre lo zar spera che l'avanzata
russa nel Donbass porti Kiev a
trattare. Vola il prezzo del pe-
trolio, ieri anche a 120 dollari
al barile. Ed è stata un'altra
giornata di incertezza per le
Borse. Missione del presidente
francese Macron nello Stretto
di Hormuz. Abbattuto dalla
Nato un missile sulla Turchia.

da pagina 2 a pagina 15
Basso, Bertolino, Caccia
L. Cremonesi, Ducci
Galluzzo, Ippolito, Mazza
Olimpio, Rinaldi, Sabella

Referendum Il Pd attacca: basta con gli show

Meloni, video per il Sì
«Niente crisi con il No»
Scontro su Bartolozzidi **Adriana Logroscino**
e **Virginia Piccolillo**

Referendum sulla giustizia,
scende in campo per il Sì
la premier Meloni. «Se un ma-
gistrato sbaglia nella maggior
parte dei casi non accade asso-
lutamente nulla — ha soste-
nuto in un video —. Storture
che in ottant'anni di storia re-
pubblicana non siamo mai
riusciti a correggere». Ma se
dovesse prevalere il No, ha ri-
badito, «non mi dimetto». Il
Pd: basta show, si occupi di
accise. Le frasi choc del capo
di gabinetto del ministero del-
la Giustizia Giusi Bartolozzi.

alle pagine 16, 17 e 19 **Di Caro**

I SOCIAL E SANTAPAOLA

Cordoglio choc,
i messaggi
per il super bossdi **Alfio Sciacca**

«I re di Catania». Oppure:
«Sei stato un grande
uomo». E via così. Dal giorno
della sua morte, sui social è
un susseguirsi di messaggi
che celebrano il boss di Cosa
Nostra Nitto Santapaola, per
33 anni rinchiuso al 4bis.

a pagina 25

IL CAFFÈ

di **Massimo Gramellini**

Mette quasi rabbia, e tenerezza, la
foto in cui tanta povera gente sfilava
dietro la gigantografia della nuova
Guida Suprema di Teheran, Mojtaba Kha-
menet, che poi sarebbe il figlio di quella
vecchia. Chissà se gli iraniani devoti san-
no che i veri valori di questo capo religio-
so non sono spirituali, ma supremamente
immobiliari. Tramite prestanome, Kha-
menet junior possiede infatti undici ville
in una delle capitali del demonio, Londra,
nonché due appartamenti di extralusso a
pochi passi dall'ambasciata israeliana. Per
una ricorrente ironia della Storia, le san-
zioni imposte dall'Occidente all'Iran han-
no affamato il popolo e arricchito i suoi
governanti grazie al mercato nero. Ma
non è che sull'altra sponda dell'ideologia
stiamo messi molto meglio. Il capo del

Il Mattone Supremo



«mondo libero» è un affarista che
usa le guerre per fare soldi e non ha
neanche il pudore di nascondere
dietro nobili richiami a democrazia
e libertà, due rompicapole che non
servono a nulla, se non a rallentare i lavori
dei suoi resort.

Volendo poi allargare lo sguardo ad al-
tri insigni immobilariisti del calibro di
Netanyahu, Putin e Xi Jinping, saremmo
tentati di concludere che la stragrande
maggioranza dell'umanità non si sta am-
mazando e impoverendo per stabilire
chi debba prevalere tra Occidente e Orien-
te, Diritto e Fede, Futuro e Passato. Si sta
ammazzando e impoverendo per decide-
re quanti millesimi del condominio Terra
debbano andare a ciascuno di loro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PERSONAGGIO

Franco De Benedetti:
quei soldi agli avi del Papa

FILIPPOMARIABATTAGLIA - PAGINA 25



IL CALCIO

Toro, minacce a Cairo
la deriva violenta del tifo

BARILLÀ, PANTANO - PAGINA 35



LO SPORT

Il superG a Voronchikhina
l'innno russo torna ai Giochi

FRANCESCA DEL VECCHIO - PAGINA 37

1,90 € • ANNO 160 • N. 66 • IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) • SPEDIZIONE ABB. POSTALE • D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) • ART. 1 COMMA 1 DGB-TO • WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

MARTEDÌ 10 MARZO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

BARILE A 120 DOLLARI, POI CALA A 85. IL DECRETO: PRELIEVO IVA DAGLI EXTRAPROFITTI OGNI 15 GIORNI. GIORGETTI: MISURE COME COL COVID

Caro petrolio, pronto lo scudo

Trump: la guerra è praticamente finita. Giallo Khamenei: piazza piena a Teheran ma lui non c'è

IL COMMENTO

Energia, le tre cause
che ci affossano

SALVATORE ROSSI

La guerra scatenata da Israele e Stati Uniti contro l'Iran prolunga e si complica. La pur limitata capacità reattiva delle forze armate iraniane si sta ora indirizzando verso alcuni impianti petroliferi nei paesi arabi vicini, accusati di complicità con gli attaccanti israelo-americani, per diffondere il dubbio nel resto del mondo che l'energia possa scarseggiare a lungo. Il mercato internazionale delle fonti di energia sta reagendo istericamente. - PAGINA 28

IL REPORTAGE TRA I COLONI

Bibi e l'escalation
in Cisgiordania

FRANCESCA MANNOCCHI

Da quando la guerra con l'Iran ha occupato il centro della scena, in Cisgiordania la violenza dei coloni si è mostrata con una radicalità nuova. Non perché prima mancasse, ma perché oggi appare più libera, più esposta, più sicura della propria impunità. Sei palestinesi uccisi nell'ultima settimana dicono questo meglio di qualunque formula. Il fronte interno è qui: nella possibilità di stringere ancora la presa sulla Cisgiordania. - PAGINA 10

LE ANALISI

Giorgia e la virata
cerchiobottista

FLAVIA PERINA - PAGINA 15

È un'ambiguità
che ci riporta al 1915

GIANNI OLIVA - PAGINA 29

L'AI L'ULTIMA ARMA DI UCCISIONE DI MASSA NELLE GUERRE: DA MUSK A PALANTIR, ANTHROPIC SI RIBELLA



Taddeo: software fuori controllo

MARCO VARVELLO - PAGINA 13

Le mire dietro la cautela cinese

GABRIELE SEGRE - PAGINA 25

BARTOLOZZI, CAPO DI GABINETTO DI NORDIO ATTACCA. IL MINISTRO ESCLUSO DAL COMIZIO FINALE DI FDI

"I giudici un plotone d'esecuzione"

CARRATELLI, FAMÀ, GRIGNETTI



A 12 giorni dal voto, il "caso Bartolozzi" infiamma lo scontro politico. - CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 16-18

IL VIDEO PER IL REFERENDUM

Meloni: votate sì
per i vostri figli

ILARIO LOMBARDO

Andate a votare «pensando a cosa sia meglio per voi e i vostri figli perché questa riforma non è di destra o di sinistra, è una riforma di buon senso», dice Meloni in tv. - PAGINA 15

LE IDEE

La premier, le toghe
e il fattore Marina

ALESSANDRO DE ANGELIS

E dunque: le comparsate in tv, il video di ieri, il comizio di giovedì a Milano. Era prevedibile che Meloni, alla fine, sarebbe stata costretta a esporsi sul referendum. - PAGINA 25

ALESSANDRIA

Caterina batte
il Provveditorato
potrà fare
la mamma e la prof

FISICHELLA, PRATO



Ieri la giornata della professoressa alessandrina Caterina Giacalone è cominciata con un sorriso. Ha saputo che il ministro dell'Istruzione avrebbe sbloccato la sua situazione. Ma solo a sera, dopo smentite e conferme, ha tirato un sospiro di sollievo. - PAGINA 22

IL PERSONAGGIO

"Mia madre prima
sindaca d'Italia"

ELISA FORTE

Quando nacque, in casa Toraldo Serra c'erano già tre bambini maschi. Pier Raffaele, Carlo Felice e Nicola avevano sei, otto e dieci anni più di lei. Fu una sorpresa. E subito una festa. Raffaella era l'unica femmina, la più piccola. Tre mesi dopo, sua madre Lydia Toraldo Serra, nobildonna di Cosenza che si trasferì per amore a Tropea, venne eletta sindaca. Era il 1946. AMABILE - PAGINE 20 E 21

IL DRAMMA A TENERIFE

Cristina e la morte
con il parapendio

EDOARDO VENDITTI

Viveva la vita come fosse un'atleta da riempire con tutti i colori del mondo Cristina Colturì. E morì tra il cielo e il mare. - PAGINA 23

Buongiorno

Nel 2012, Paolo e Vittorio Taviani vinsero l'Orso d'oro a Berlino con *Cesare deve morire*, film interpretato dai detenuti in alta sicurezza di Rebibbia, cioè detenuti per reati particolarmente gravi. La storia racconta la messa in scena del *Giulio Cesare* di William Shakespeare per la regia di Fabio Cavalli, che da decenni insegna teatro in carcere. Alcuni di quegli attori oggi sono liberi e continuano a recitare, altri sono ancora a Rebibbia e continuano a recitare a Rebibbia. Continuavano, perché ora una circolare del ministero della Giustizia - retto dal famigerato garantista Carlo Nordio - ha messo un po' di ordine nella faccenda. I detenuti in alta sicurezza non potranno più andare nel teatro interno al carcere per le prove, potranno andarci soltanto per la recita, a patto che non ci sia pubblico. Ci

I nuovi banditi

MATTIA FELTRI

vuole del genio, vero? Puoi recitare, ma senza pubblico. Un po' come dire: puoi giocare a tennis, ma senza avversario. La medesima circolare impedisce ai detenuti in alta sicurezza del carcere di Saluzzo di incontrare gli studenti delle superiori in un laboratorio di lettura che - in collaborazione col Salone del libro - va avanti da ventiquattro edizioni. La venticinquesima no? No, per il ministero è "inopportuno" che i ragazzi abbiano a che fare con certa gente (da quando c'è questo governo i detenuti minorenni sono quasi raddoppiati perché i ragazzi in carcere piacciono solo se poi non possono uscire). Il potere - quando prende decisioni crudeli, immotivate, incomprensibili e che si accaniscono con chi non può difendersi - in fondo non è altro che banditismo protetto dalla legge.

**BANCA
DI ASTI**

bancadiasti.it

**BANCA
DI ASTI**

bancadiasti.it

Dr. Kleēin

WATER GENESI
advanced skin therapy

www.drklein cosmetics.com

Il Messaggero

NAZIONALE

Dr. Kleēin

WATER GENESI
advanced skin therapy

www.drklein cosmetics.com

€ 1,40* ANNO 148 - N° 88
Sped. in A.P. 03/23/2010 come L. 46/2004 art. 1 (L. 03/08/01)



Martedì 10 Marzo 2026 • S. Semplicio martire

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](http://ilmessaggero.it)

I luoghi del futuro
L'Agenzia Meteo
nazionale
trasloca a Roma

Arcovio e Piras a pag. 12



«Io una "raccomandata"»
Chanel Totti va in tv
«Amo comandare
come mamma Ilary»

Cappa a pag. 22



Le celebrazioni al Colle
Mattarella: parità
tra donne e uomini
c'è ancora da fare

Bulleri a pag. 9



La testimonianza choc del bodyguard eroe: chiamai aiuto per una ragazza nuda con il volto bruciato ma l'agente mi ignorò

Rogo di Crans
E il poliziotto disse:
«Non è affar mio»

► La polizia svizzera ipotizza la frode assicurativa da parte dei Moretti per gli altri due loro locali incendiati in passato



Michela Allegri
Valentina Errante

Quella notte pensava di morire, ma è riuscito a salvarsi. «Strisciando per terra» e «guardando la morte in faccia»: due ragazze si erano accese su di lui e si è trovato di fronte i loro volti divorati dalle fiamme.

Continua a pag. 10

IL CONFLITTO IN MEDIO ORIENTE/PETROLIO A 120 DOLLARI, POI CROLLA DOPO LE PAROLE DEL TYCOON

Trump: la guerra sta per finire

► Il G7 mette a disposizione le sue riserve strategiche di greggio e l'Italia chiede un piano europeo per l'energia La Nato abbatte un missile iraniano nello spazio aereo della Turchia. Telefonata tra il presidente Usa e Putin

NEW YORK Trump annuncia la fine vicina della guerra poi chiama Putin

Andreoli, Paura, Sciarra, Rosana e Vita da pag. 2 a pag. 7 e il focus di Marco Ventura a pag. 3

Gli editoriali

IL GIOCO
AL MASSACRO
DA FERMARE

Paolo Pombeni

Una situazione confusa in cui molti giocano allo sfascio nell'illusione che la paura di finire inghiottiti da un burrone (economico) favorisca il congelamento della situazione bellica: ecco il quadro attuale. È banale aggiungere che ciascuno dei molti pensa, o meglio si illude che il congelamento segni la sua vittoria sugli altri. Ma la faccenda è assai più complicata. Che un prolungamento delle azioni militari nell'area mediorientale avrebbe (...)

Continua a pag. 13

Battuto in extremis il Sassuolo: 2-1. In porta debutta Motta



Maldini-Marusic
Risveglio Lazio

L'esultanza di Marusic dopo il gol al Sassuolo

Abbate, Dalla Palma e Mustica nello Sport

Vittoria al 92'
LA SQUADRA
NON MOLLA

Alberto Abbate

Testa in alto, bandiera in mano. Il bomber è Marusic e salta la Lazio sul gong da un calvario infinito, fuori e dentro al campo.

Continua nello Sport

Le analisi del Messaggero

● La forza necessaria della diplomazia

Umberto Vattani a pag. 13

● Il circuito perverso da bloccare

Andrea Bassi a pag. 4

● Il doppio tavolo della Cina

Filippo Fasulo a pag. 20

● La bussola dei mercati

Roberta Amoroso e Andrea Pira a pag. 7

Referendum, video di Meloni
«Con il Sì processi più giusti»
Le opposizioni: propaganda

Bechis a pag. 8

LE GUERRE
E LE CRISI
PETROLIFERE

Fabrizio Galimberti

Lo scatto del prezzo del petrolio fa assomigliare sempre di più questa 'crisi petrolifera' a quelle tristemente famose del 1973-74 (domeniche a piedi...) e del 1979, ambedue - come quella in corso - centrate sul Medio Oriente: la prima legata alla 'guerra dello Yom Kippur', la seconda - come la terza - all'Iran, quando una rivoluzione defenestrò lo Scia di Persia. Guardiamo allora, in una prospettiva storica, all'andamento del prezzo del petrolio nel dopoguerra (grafico a pag. 6).

Continua a pag. 6

SUSTENIUM PLUS 50+
ENERGIA FISICA E MENTALE
15 FLACCONI ALTA E BEVI

**FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+
ALTO CONTENUTO DI VITAMINA B12**

L'ENERGIA PER SENTIRSI TOSTI!

Il Segno di LUCA

TORO ACCESO
DALLA PASSIONE

Oggi la configurazione accende di passione la tua giornata. Il nuovo sodalizio tra Venere e Plutone ti trasmette un'energia intensa, che tu saprai mettere pienamente a frutto nel lavoro, superando le tensioni e le difficoltà con cui sei confrontato ultimamente grazie a una vitalità sorprendente. È come se tirassi fuori da un ripostiglio segreto una capacità di risolvere sagacemente quello che ti bloccava, quasi per opera di magia.

MANTRA DEL GIORNO

La velocità è figlia dell'ordine.

L'oroscopo a pag. 13

* Tardare con altri quotidiani (non accettabili separatamente): nella provincia di Modena, Reggio Emilia e Ferrara, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Pavia € 1,20. La domenica con l'Espresso € 1,40. In Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40. Nel Molise, il Messaggero - Primo Piano. Molise € 1,50. Nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Pavia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50. «Le grandi coppie di Roma» € 0,70 (Roma).



Martedì 10 marzo 2020

ANNO LIX n° 58
1,50 €
San Vittore
martedì

Edizione: 11.000
Data: 09.03.20

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

La ragione diplomatica ridicolizzata PREMIO OSCAR ALLA GUERRA

PASQUALE FERRARA

Paapa Francesco diceva, già nel 2014, che il mondo vive in una sorta di guerra mondiale a pezzi. Siamo oggi, forse, in una situazione diversa. Abbiamo davanti ai nostri occhi, piuttosto, pezzi di una guerra mondiale. Una guerra strisciante, fatta di conflitti armati, ma anche e forse soprattutto, della militarizzazione delle relazioni internazionali. In un certo modo, siamo entrati nell'era della post-diplomazia (o, meglio, dell'anti-diplomazia) di cui l'attacco israelo-americano all'Iran non è che un capitolo ulteriore, di enorme gravità e dalle profonde implicazioni per la politica globale. Qualche anno fa lo studioso Mark Leonard parlava dell'età della non-pace, cioè una congiuntura storica in cui erano presenti, al contempo, e in modo contraddittorio, sia un'accesa competizione mondiale, sia una connessione senza precedenti tra le aree del pianeta, e che paradossalmente fosse proprio un alto livello di interconnessione ad amplificare attività ostili. Tuttavia, Leonard si sbagliava su un punto, perché accanto alla non-pace identificava nel suo correlato, la non-guerra (cioè l'area grigia di un conflitto non dichiarato e non necessariamente armato) il carattere saliente delle relazioni internazionali di questo primo quarto del XXI secolo. Oggi purtroppo la non-guerra si trasforma decisamente in guerra aperta, della specie più letale e distruttiva. Siamo in una condizione nella quale la trattativa spesso serve come mera messa in scena, quando in tempo stesso i crudeli sono già state prese nel segreto dei gabinetti di guerra. Se questo è il caso, allora più che di premio Nobel dovremmo parlare di premio Oscar per gli sceneggiatori dei conflitti neo-imperiali.

continua a pagina 22

Editoriale

Noi e l'incombere del conflitto CI MANCANO LE PAROLE

FRANCESCO D'IGNENNE

Ci mancano le parole. Troppa guerra, c'è in giro, e tempo fa abbiamo avuto un tentativo di persuadersi che c'è un "buon motivo" per farla. Non ci incantano, non più. Ma le parole per dirlo, quella è tutta un'altra cosa. E allora dobbiamo cercarle dentro noi, liberandoci da un certo dovere compulsivo di schierarci di qua o di là, con le conseguenti tanghine che definiscono chi sta con chi, anche senza volerlo. Le parole non si trovano: non quelle giuste e vere, almeno. E allora, dove sono le parole per dire adesso in modo persuasivo che a noi la guerra fa orrore, che non ne possiamo più? Trovate voi un'alternativa, ci diranno quelli che hanno deciso o convalidano anche questa ultima (ma non è mai l'ultima) in Iran. Così la cerchiamo, ma dentro di noi. Perché è lì che la guerra si è infilata, come una cellula cancerosa. La guerra è diventata lo scenario al quale ci siamo abituati, e dove la nostra vita continua a scorrere. Non la guerra a casa nostra, certo, ma dentro di noi cerchiamo di non pensarci, di tenerla alla larga, ma è impossibile farla tacere. Ci è entrata nella testa e nella vita, come un mostro che si aggira da qualche parte senza che riusciamo a farlo scomparire con un semplice atto di volontà, come vorremmo. Anche perché la guerra non finisce, si moltiplica, genera altri mostri anche peggiori. Prende nomi diversi, si sposta sul mappamondo, ma sappiamo che è sempre guerra. Ci ha abituati al suo volto mostruoso: macerie, profughi, fiamme, disperazione, lo spiegamento di armi di ogni tipo, tutte all'opera per generare altre macerie e altro dolore. E anche se ormai si assottiglia il numero di chi tra noi ha esperienza diretta di questo orrore, e può dirci com'è viverci dentro, sappiamo ormai bene cosa significa.

continua a pagina 22

IL FATTO

Proseguono i raid incrociati in Medio Oriente. Incoronato Khamenei jr, l'Iran sulla via della "monarchia"

Armi e ancora armi

Traffico globale salito del 10% in cinque anni, l'Europa triplica l'import (il 48% dagli Usa)
La Nato abbatte un missile di Teheran sulla Turchia, Beirut apre al negoziato con Israele

IN LIBANO Il parroco maronita ucciso durante un bombardamento a Qlayay



L'ultimo soccorso di padre Pierre

«In mezzo ai bombardamenti con ogni sorta di armi, le armi in nostro possesso minano la fede. Il desiderio di pace e la speranza nella risurrezione dopo l'attuale passione». Padre Pierre Al-Rahi, parroco di san Giorgio a Qlayay, nel Sud del Libano, non poteva immaginare che quelle parole potessero essere le

Eid e Palmucci a pagina 5

Il mondo in guerra, il mondo che si riassume. E l'Europa ne è il motore, visto che i traffici di armamenti sono triplicati in cinque anni. I dati del Sipri diffusi ieri sono l'altra faccia delle notizie che arrivano dal Medio Oriente, dove i raid non solo proseguono ma continuano ad allargarsi su scala sempre più vasta: un missile iraniano ieri è stato abbattuto dalla Nato mentre sorvolava la Turchia, Israele continua l'offensiva a 360°, l'Iran aspetta le prime parole di Khamenei junior, eletto nuovo Guida Suprema. Trump parla di guerra «quasi finita» e serie Trump.

Primopiano alle pagine 2-8

ATTACCHI SCITI

Il complesso mosaico Iraq può finire ancora in pezzi

Foschi a pagina 4

IL FORUM

Bordignon Dalla famiglia del bosco «rischi per il sistema tutela minori»

«Tante famiglie che non conoscono il sistema tutela minori potrebbero spaventarsi». Adriano Bordignon, presidente del Forum delle associazioni familiari, vede un «rischio sistemico» nel caso della famiglia del bosco e relative strumentalizzazioni.

Daliso a pagina 11

L'ECONOMIA

Superati i 120 dollari al barile, il G7 finanzia valuta l'utilizzo delle riserve strategiche di idrocarburi

Il petrolio vola, tocca alle scorte

Oggi in Consiglio dei ministri la rimodulazione delle accise sulla benzina per contenere i prezzi

GIOVANNI MARIA DEL RE

Bruxelles

Per ora ancora nessuna decisione sul rilascio delle scorte strategiche di petrolio. Al termine di una riunione in videoconferenza, i ministri delle Associazioni del G7 (Italia, Francia, Germania, Regno Unito, Canada, Giappone e Usa) decidono di aspettare, smentendo l'attesa della vigilia. «Continueremo a monitorare attentamente la situazione» si legge nella dichiarazione al termine dell'incontro.

Sacò a pagina 6

MATTEO MARCELLI

Il fatto che Giorgio Meloni «non condivida né condanni» l'attacco all'Iran non significa che non si stia muovendo. Tanto più che dovrà reggere al fianco delle opposizioni. Quindi meglio avere qualche carta da giocare già in occasione delle comunicazioni delle Camere di domani: una, probabilmente, sarà l'attivazione delle accise mobili, attese oggi in CdM. E un'altra il contributo italiano alla difesa militare degli alleati del Golfo.

Mono e l'analisi di Iasevoli a pagina 7



Ecco perché piace a tutti la tribù dello snowboard

Re a pagina 19

L'INTERVISTA

Romele senza paura:
il Dottore del fondo

Giuliano a pagina 20

LE MEDAGLIE

L'oro di Chiara Mazzel,
l'argento di Bertagnolli

Servizi a pagina 20

Giorni

Marina Corradi

DICEMBRE 2005, MALAYSIA

Il confine di Kuala Lumpur

L'aereo da Francoforte era in ritardo, avevo perso il volo per l'Indonesia in quei giorni travolti dallo tsunami. Mi ritrovai all'aeroporto di Kuala Lumpur, capitale della Malesia. Kuala Lumpur? Vago ricordo dei libri di Salgari di mio fratello: tigris, giungle, avventurieri. L'aeroporto era invece di acciai e marmi, gelido. La compagnia aerea mi spedì per la notte in un hotel vicino: un grattacielo di 25 piani, tutto di cristallo. Camera all'ultimo piano. Soffro di vertigini. Non riuscivo ad avvicinarmi alla vetrata affacciata sul vuoto. Non potevo dormire. Mi spinsi alla

finestra. La città era una distesa infinita di luci. L'aeroporto brillava albagio e i primi quartieri, c'era una strana fascia buia. Attorno all'hotel, in basso, si allargava una baracopoli di capanne. La corrente elettrica non c'era: piccoli generatori illuminavano lampadine, appese a fili precari fra le case. Tremavano a un soffio d'aria, come fiamme di candele. A tratti un'ombra passava nei vicoli e si dileguava. Quella fascia nera tra l'hotel di cristallo e la città: di qui i viaggiatori, i ricchi, laggiù la miseria più nera. Vicinissimo, faccia a faccia. Sembravano non vedersi. C'era un confine invalicabile, di mezzo. Forse, dalle baracche gli uomini guardavano in alto. Noi dei grattacieli, lassù, come ciechi.

© Immagine coordinata

Agorà

SCENARI

L'epistemologia del voto ci aiuta a comprendere l'intelligenza artificiale

Ambrò a pagina 25

INTERVISTA

Massini: «Il mio Putin in televisione come Shakespeare»

Calvini a pagina 26

STORIA

«La Sfera» di Dati
Tutta la mappa poetica del mondo medievale

Maracci a pagina 27



PARLA IL NEUROLOGO MICHELE GENNUSO: DIFENDIAMO IL DIRITTO ALLA SALUTE

Sanità, è l'ora delle scelte per il futuro Invertire la rotta è sempre possibile

MADDALENA PAGLIARINO

La sanità italiana sta attraversando una fase delicata. I numeri raccontano di un sistema pubblico in affanno e di una spesa privata in costante crescita. Sempre più cittadini, infatti, scelgono, o sono costretti, a rivolgersi al settore privato per ottenere visite, esami diagnostici e cure in tempi accettabili. Nel 2024 la spesa sanitaria complessiva ha superato i 185 miliardi di euro. Di questi, oltre 47 miliardi provengono dal comparto privato e più di 41 miliardi sono stati pagati direttamente dalle famiglie, senza assicurazioni o fondi integrativi. Una cifra imponente che fotografa una trasformazione silenziosa ma profonda: una quota crescente di assistenza sanitaria non passa più dal Servizio sanitario nazionale. A pesare sono soprattutto le liste d'attesa e le difficoltà di accesso. Nell'ultimo anno quasi sei milioni di italiani hanno rinunciato almeno a una prestazione sanitaria, in molti casi per ragioni economiche, in altri per tempi considerati incompatibili con le proprie esigenze di salute.

Il divario territoriale resta uno dei nodi centrali. In diverse aree del Paese, in particolare nel Mezzogiorno, l'offerta sanitaria pubblica fatica a garantire livelli omogenei di assistenza. La conseguenza è una mobilità sanitaria sempre più marcata: chi può si sposta verso regioni con servizi più efficienti, sostenendo ulteriori costi. Chi non può, spesso rimane in attesa o rinuncia. Parallelamente, cresce il peso del cosiddetto "privato puro", cioè strutture non convenzionate con il sistema pubblico. Negli ultimi anni la spesa delle famiglie per queste prestazioni è aumentata in modo significativo. A offrire una chiave di lettura dall'interno è Michele Gennuso, nato nel 1973, neurologo dal 2005. Dopo 18 anni nel servizio pubblico e un'esperienza biennale nel privato profit, oggi dirige una struttura privata non a scopo di lucro a Cremona. In passato è stato responsabile dell'Acr e poi vicepresidente per il Settore giovani di Ac della diocesi di Cefalù; ha inoltre presieduto il consultorio diocesano di Cremona, città in cui vive. È autore del volume *Adolescenti in-Dipendenti* (con Claudia D'Antoni, Ave), nel quale propone una lettura originale del rapporto tra giovani e dipendenze. Secondo Gennuso, il nodo centrale è strutturale. Il Servizio sanitario nazionale, nato nel 1978, è stato pensato per una popolazione profondamente diversa da quella attuale. «È come un vestito diventato troppo stretto - osserva - che rischia di strapparsi». Oggi si vive più a lungo, molte patologie un tempo mortali sono diventate croniche e la popola-

zione anziana è in costante aumento. Questo comporta una crescita delle fragilità e un fabbisogno assistenziale più complesso e continuativo. Al tempo stesso, il sostegno familiare che per anni ha supplito alle carenze del welfare mostra segni di affaticamento: nuclei più piccoli, maggiore mobilità lavorativa, minor disponibilità di caregiver. Per il neurologo occorre ripensare la sanità non come semplice erogazione di prestazioni, ma come presa in carico globale della persona, mettendo al centro il benessere fisico, psicologico, sociale e relazionale. In quest'ottica diventa decisiva la medicina territoriale, la prevenzione, l'integrazione tra sanitario e sociale e una reale continuità assistenziale per i pazienti cronici. Un modello che superi la frammentazione e riduca l'accesso improprio agli ospedali. Un altro tema critico è l'appropriatezza delle richieste. «C'è una scarsa appropriatezza nelle domande di visite ed esami - sottolinea - spesso dettate dall'ansia più che da una reale indicazione clinica». Questo fenomeno, alimentato anche dalla sovraesposizione informativa e dalla medicina "difensiva", genera un sovraccarico del sistema e allunga le liste d'attesa. Investire in educazione sanitaria, rafforzare il ruolo del medico di medicina generale e migliorare il dialogo medico-paziente diventano strumenti essenziali per orientare correttamente la domanda. Resta poi la questione del personale. La carenza di medici in alcuni settori e territori produce turni gravosi e condizioni di lavoro che aumentano il rischio clinico e il burnout. «Non dovremmo parlare di spesa sanitaria, ma di investimento sanitario», afferma Gennuso. Le risorse non sono

illimitate, ma la loro allocazione dovrebbe essere guidata dall'evidenza scientifica e dal confronto con i professionisti, più che da logiche esclusivamente politiche o di consenso. Nonostante le difficoltà, la sanità italiana continua a garantire una risposta ampia e inclusiva: «Resta un sistema per tutti e nelle urgenze la risposta è assicurata». La vera sfida è rendere sostenibile questa promessa nel tempo, migliorando l'appropriatezza, riducendo le disuguaglianze e rafforzando la fiducia dei cittadini. La sfida, dunque, è ricostruire fiducia nel sistema pubblico e riaffermare il diritto alla salute come pilastro di coesione sociale.



Fondazione Sussidiarietà e il rapporto sull'accesso alle cure
Vittadini: presa in carico totale contro le diseguaglianze
Gli esempi virtuosi e la rete dei medici di comunità a Salerno

Sanità a portata di tutti La soluzione che unisce pubblico e non profit

di **Paolo Foschini**

Un italiano su dieci rinuncia a una visita specialistica pur avendone bisogno. Pochi di meno rinunciano a esami diagnostici. Per tre motivi prevalenti: troppi soldi da pagare, troppi mesi da aspettare, troppi chilometri da fare. E per carità, rispetto all'Europa non andrebbe neanche male se si guarda alla «media» che parifica sempre tutto. Ma se spacchettiamo i numeri il quadro è tutt'altro: le differenze tra ricchi e poveri, tra Nord e Sud, tra chi ha studiato e chi no, da noi producono non solo disuguaglianze e ingiustizie sociali ma anche costi complessivi assai peggiori che altrove. Perché? «Perché siamo un sistema di silos anziché di vasi comunicanti». Soluzioni? «Diventare una rete vera, un sistema integrato tra Stato Regioni e Comuni, tra pubblico e Terzo settore, tra sanità e sociale. Con al centro la persona. E magari un fascicolo unico, con dentro tutto ciò che la riguarda: fascicolo non più solo sanitario ma sociosanitario, esami del sangue e domanda per la casa popolare. La persona è una, salute e vita non funzionano a camere stagnate. È questo il salto da fare».

L'analisi è di Giorgio Vittadini, docente di Statistica all'Università di Milano Bicocca nonché presidente di Fonda-

zione per la Sussidiarietà che da oltre vent'anni fa ricerche economico sociali sulla vita della gente. E in effetti i dati di partenza dell'analisi vengono dal Rapporto Sussidiarietà 2025 realizzato dalla Fondazione elaborando le cifre Eurostat 2024 e quelle Istat 2023 su un campione di 25 mila famiglie in 840 Comuni italiani. Ritratto anche positivo, se ci si ferma alle prime righe: in Italia la «quota di persone con bisogni sanitari insoddisfatti» non supera il 2% contro una media europea del 3,8: meglio di noi Cipro e Germania (sotto lo 0,5%), Estonia ultima in classifica col 15%. Ma l'apparenza inganna: il Servizio sanitario nazionale è uguale per tutti solo sulla carta e il cosiddetto «Indice di disuguaglianza» (unità di misura in cui zero indica la parità assoluta mentre gli squilibri poveri-ricchi stanno in una scala compresa tra -1 e +1) segnala zero solo per gli accessi al Pronto Soccorso che anzi qua e là - per esempio in Piemonte e Molise - vedono i poveri addirittura in vantaggio: «A conferma che i PS sono l'approdo garantito per tutti nell'emergenza - traduce Vittadini - mentre il problema sono quegli esami e visite che l'emergenza potrebbero prevenirla». E infatti i dati qui sono impietosi: metà di quanti rinunciano a ecografie e affini (in Calabria l'indice massimo di disuguaglianza) lo fa per

ragioni economiche con punte oltre il 60% in Campania o nelle Marche, ma il tema delle liste d'attesa non risparmia per nulla il Nord visto che il 70% delle rinunce in Trentino Alto Adige è legato ai tempi lunghi. Conclusione del rapporto: «Ridurre le disuguaglianze di accesso alle diagnosi e alle cure non è solo una questione di giustizia sociale, ma di sostenibilità futura del sistema sanitario. Ignorarle oggi significa pagare domani in termini di peggiori esiti di salute e costi sempre più alti». Il punto ovviamente è: come si fa a rimediare?

«Tanto per cominciare - spiega Vittadini - bisogna aver presente il cambiamento socio-demografico in atto: aspettativa di vita sempre più lunga, malattie croniche e non solo acute, famiglie in difficoltà, solitudini, povertà. E quindi va completamente rovesciato il metodo. Se non vogliamo che il sistema salti bisogna che il paziente sia finalmente preso in carico nella sua interezza, senza farlo girare come un matto tra mille diversi centri di servizi che non si parlano tra loro».



Sono quelli che il presidente della Fondazione aveva chiamato «silos», non solo tra enti diversi ma spesso anche all'interno del medesimo ospedale. Superare tale frammentazione è la via per costruire il famoso «principio di sussidiarietà verticale e orizzontale» introdotto in Costituzione ormai dal 2001 (eh sì, è già passato un quarto di secolo). La ricetta per riuscirci è tanto semplice a parole quanto, bisogna ammetterlo, impervia da tradurre in fatti: «Superare la logica dello scontro tra maggioranza e opposizione, tra Stato e Regioni, tra competenze di assessorati e ministeri diversi. In nome del bene della persona. Tornare alla logica di collaborazione che animò i primi anni della Repubblica. La logica

del mettersi insieme, senza rinunciare alla diversità di vedute ma mettendola al servizio di una comune volontà politica, culturale, umana. Con cabine di regia diffuse sul territorio, in dialogo tra loro».

Utopia? Per niente, dice Vittadini: «Potrei fare tanti esempi già realizzati ma ne scelgo uno particolare costruito a Salerno dove un gruppo di medici e infermieri si sono uniti, in collaborazione con realtà del Terzo settore, per fornire ai pazienti risposte mirate dentro un percorso di accoglienza funzionante come comunità». Ed è chiaro, in questa visione, anche il ruolo co-progettante del Terzo settore.

Resta il tema dei costi. «E va affrontato - sottolinea Vittadini -

ni - nella consapevolezza che solo un sistema di vasi comunicanti anziché di silos garantirà la sostenibilità complessiva. Non si spenderà troppo, si spenderà meglio: che ovviamente significa anche meno, senza tagli orizzontali che alla fine invece non colpiscono quasi mai gli sprechi ma la salute come diritto costituzionale». Del resto il presidente della Fondazione ricorda che l'ospedale migliore del mondo - Mayo Clinic di Rochester, Minnesota, con ulteriori sedi altrove: classifica internazionale confermata pochi giorni fa - è una realtà non profit: «Per sua natura è comunità e per sua natura reinveste. E sono fatti, non utopia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



● Giorgio Vittadini, 70 anni, laureato in Economia e Commercio all'Università Cattolica, docente di Statistica presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca è presidente di Fondazione per la Sussidiarietà

Ridurre i divari di accesso a diagnosi e alle cure non è solo una questione di giustizia sociale, ma di sostenibilità futura del sistema sanitario

Metà di quanti rinunciano a ecografie e esami analoghi lo fa per ragioni economiche con punte al Sud, ma il tema delle liste d'attesa tocca anche il Nord



DIBATTITO Il forum promosso dalla Cassa di previdenza dei ragionieri e degli esperti contabili

«Alla Sanità occorre più prevenzione»

Ciocchetti (Fdl): «Il Sistema è da migliorare». Cattoi (Lega): «Aumentate le risorse

Bruno Marrone

■ Il futuro del Servizio sanitario nazionale tra sostenibilità economica e tutela dei diritti dei cittadini è stato al centro del Cnpr Forum "Sanità pubblica tra sostenibilità e diritti: quale futuro per il servizio sanitario nazionale?", promosso dalla Cassa di previdenza dei ragionieri e degli esperti contabili, presieduta da Luigi Pagliuca. Nel dibattito sono intervenuti esponenti di diverse forze politiche che hanno analizzato criticità e possibili riforme del sistema sanitario italiano.

Secondo Luciano Ciocchetti (Fratelli d'Italia), il confronto tra il modello italiano e quelli europei è complesso perché ogni Paese adotta sistemi organizzativi differenti. «In Germania - ha sottolineato - la sanità è collegata al sistema previdenziale e si basa anche sul ruolo delle mutue. Un modello simile si trova in Francia, dove lavoratori pubblici e privati sono assistiti attraverso forme mutualistiche. Il sistema più comparabile al nostro è quello della Gran Bretagna, che però dispone di risorse finanziarie più elevate».

Ciocchetti ha ricordato come negli ultimi anni gli investimenti destinati al Servizio sanitario nazionale siano aumentati: «Le risorse sono passate dai 125 miliardi del 2022 ai 143,9 miliardi previsti per il 2026, con un incremento di oltre 18 miliardi». Tuttavia,

ha sottolineato che non basta incrementare i finanziamenti: «Serve anche una riorganizzazione del sistema, investendo di più nella prevenzione, nella presa in carico dei pazienti cronici e nell'utilizzo delle tecnologie per favorire le cure domiciliari».

Sul tema delle risorse è intervenuta anche Vanessa Cattoi (Lega), che ha ricordato come negli anni precedenti alla pandemia il sistema sanitario abbia subito importanti riduzioni di spesa. «Tra il 2010 e il 2015 i tagli sono stati di circa 25 miliardi di euro, mentre nel periodo 2010-2019 hanno

superato complessivamente i 37 miliardi».

Secondo Cattoi, la pandemia ha segnato un cambio di prospettiva nella gestione della spesa sanitaria. «Il governo ha invertito la tendenza dei tagli aumentando le risorse destinate al settore, con oltre 20 miliardi di euro aggiuntivi stanziati nelle manovre di bilancio. Ma non basta aumentare i fondi: è necessario usarli in modo più efficiente, investendo in prevenzione, digitalizzazione e formazione delle professioni sanitarie».

Un giudizio più critico sul livello delle risorse arriva da Orfeo Mazzella (Movimento 5 Stelle): «La spesa sanitaria italiana resta inferiore alla media dei Paesi Oc-

se e questo deficit finisce per ricadere sulle famiglie». Le conseguenze, ha spiegato, si riflettono soprattutto sulle categorie più fragili, dagli anziani non autosufficienti alle persone con disabilità, fino a chi si rivolge al pronto soccorso affrontando lunghe attese.

Mazzella ha ricordato che la spesa sanitaria pubblica in Italia si attesta intorno al 6,3% del Pil, mentre la media Ocse supera il 7,1%, con un divario complessivo stimato in circa 43 miliardi di euro.

A richiamare l'attenzione sul tema del personale sanitario è stato Luciano D'Alfonso (PD): «Il diritto alla salute è uno dei diritti fondamentali del modello europeo di welfare», ha affermato. «Per garantirlo è indispensabile disporre di risorse umane adeguate e investire anche nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi».

Secondo D'Alfonso «la crescente domanda di assistenza sanitaria richiede un sistema più integrato, capace di collegare efficacemente ospedali, medicina territoriale e medici di base per rispondere alle emergenze, alle patologie croniche e alle nuove esigenze di cura legate all'invecchiamento della popolazione».

**Necessario utilizzare i fondi in modo ancora più efficiente
Focus sulla formazione. D'Alfonso (Pd): «Collegare meglio
ospedali e medici di base». Ma Mazzella (M5S) è critico**



«Un quarto della spesa a carico delle famiglie Curarsi è un diritto, ma tutelare i conti pubblici»

Prioritario ridurre le liste di attesa per i cittadini. Tra le criticità c'è anche la distribuzione sul territorio di dottori e infermieri

■ La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e il rischio di un sistema sempre più condizionato dalle possibilità economiche dei cittadini sono stati al centro del Cnpr Forum dedicato alla sanità pubblica, occasione di confronto tra professionisti ed esperti sui principali nodi del sistema sanitario italiano.

Secondo Eleonora Linda Lecchi, commercialista e revisore legale dell'Ordine dei dottori commercialisti e degli esperti contabili di Bergamo, uno dei problemi più rilevanti riguarda il peso crescente della spesa sanitaria privata sulle famiglie. «Se oltre un quarto della spesa sanitaria è a carico delle famiglie - ha spiegato - il rischio è quello di una sanità legata al reddito. Dobbiamo evitare che chi ha meno risorse rinunci alle cure, come purtroppo accade già a oltre quattro milioni di italiani, senza però compromettere l'equilibrio dei conti pubblici».

Il tema centrale, secondo Lec-

chi, riguarda il rapporto tra risorse disponibili e capacità di utilizzarle in modo efficace. «Con una spesa sanitaria inferiore alla media dei Paesi più avanzati, la questione è capire se sia necessario aumentare i finanziamenti oppure migliorare il modo in cui vengono impiegati».

Tra le criticità evidenziate figura anche la distribuzione del personale sanitario. L'Italia, ha ricordato la commercialista, dispone di un numero di medici superiore alla media dei Paesi OCSE, ma registra una carenza significativa di infermieri e un'insufficiente presenza di servizi di assistenza territoriale. «Il problema non riguarda solo la quantità di personale, ma anche la sua distribuzione e la capacità di programmazione del sistema, insieme al modello organizzativo adottato».

In questo contesto una delle priorità indicate è la riduzione delle liste d'attesa, considerata una delle principali criticità per-

cepite dai cittadini nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Il dibattito, moderato da Anna Maria Belforte, si è concluso con l'intervento di Paolo Longoni, consigliere dell'Istituto nazionale esperti contabili, che ha sottolineato la necessità di intervenire sia sul piano delle risorse sia su quello dell'organizzazione del sistema.

«È sicuramente necessario aumentare i fondi destinati alla sanità pubblica - ha affermato - ma è altrettanto importante utilizzarli in modo più efficiente. Il vero nodo è capire come farlo, perché servono capacità politiche e organizzative adeguate».

Tra le possibili soluzioni, Longoni ha indicato anche l'ipotesi di introdurre una nuova politica di ticket selettivi basata sul reddito, con l'obiettivo di reperire risorse aggiuntive senza compromettere l'equità del sistema.

BruMar



L'argomento al centro del Forum organizzato da Cassa ragionieri ed esperti contabili

Una sanità legata al reddito

Oltre un quarto della spesa è a carico delle famiglie

Pagina a cura
DI MATTIA GRIECO

Il futuro del Servizio sanitario nazionale tra necessità di nuove risorse economiche e di personale e nuovi sistemi organizzativi e gestionali, è il tema discusso nel corso del Cnpr forum "Sanità pubblica tra sostenibilità e diritti: quale futuro per il servizio sanitario nazionale?" promosso dalla Cassa di previdenza dei ragionieri e degli esperti contabili, presieduta da Luigi Pagliuca, che ha visto protagonisti Luciano Ciocchetti (FDI) vicepresidente della commissione Affari sociali della Camera, Orfeo Mazzella (M5S), vicepresidente della commissione Affari sociali e sanità a Palazzo Madama, Vanessa Cattoi, deputata della Lega in commissione Bilancio a Montecitorio e Luciano D'Alfonso, parlamentare del Partito Democratico in commissione Finanze alla Camera.

Nel corso dei lavori moderati da Anna Maria Belforte il punto di vista dei professionisti è stato illustrato da

Eleonora Linda Lecchi, commercialista e revisore legale dell'Odcec di Bergamo: "Se oltre un quarto della spesa è a carico delle famiglie, il rischio è una sanità legata al reddito. Dobbiamo evitare che chi guadagna meno rinunci alle cure, come avviene già per oltre quattro milioni di italiani, senza compromettere l'equilibrio dei conti pubblici. Con una spesa sanitaria inferiore alla media dei Paesi avanzati, il nodo è aumentare le risorse o spenderle meglio. Abbiamo più medici della media OCSE ma meno infermieri e carenze nell'assistenza territoriale. Il problema è la distribuzione del personale, insieme alla programmazione e al modello organizzativo. La priorità è quella di ridurre le liste d'attesa".

Le conclusioni sono state affidate a Paolo Longoni, consigliere dell'Istituto nazionale Esperti contabili: "È sicuramente necessario aumentare le risorse destinate alla

sanità pubblica, ma anche utilizzarle in modo più efficiente. Il vero nodo è capire come farlo, perché servono capacità politiche e organizzative adeguate. In questa prospettiva, l'introduzione di una nuova politica di ticket selettivi, calibrati in base al reddito, potrebbe rappresentare uno strumento utile per reperire ulteriori risorse.

Le questioni principali da affrontare sono due. La prima riguarda la necessità di ripensare complessivamente il sistema sanitario affinché rimanga equo, solidale e universale, rimettendo al centro il ruolo delle professioni sanitarie e rivedendo il peso della politica nelle scelte programmatiche e organizzative. La seconda riguarda la gestione delle emergenze sanitarie e sociali, sempre più frequenti, improvvise e spesso violente, alle quali è indispensabile garantire risposte rapide ed efficaci".

***Dobbiamo evitare
che chi guadagna
meno rinunci alle
cure, come avviene
già per oltre quattro
milioni di italiani,
senza
compromettere
l'equilibrio dei
conti pubblici***



L'INTERVENTO DI LUCIANO CIOCCHETTI

Record di risorse dal governo

Il confronto tra il sistema sanitario italiano e quelli degli altri Paesi europei non è semplice, perché i modelli organizzativi sono molto diversi. In Germania la sanità è collegata alla previdenza e si basa anche sul ruolo delle mutue. Un'impostazione simile si ritrova in Francia, dove lavoratori pubblici e privati sono assistiti attraverso forme mutualistiche. Il modello più vicino al nostro è quello della Gran Bretagna,

che però dispone di risorse finanziarie maggiori. Per quanto riguarda l'Italia, è necessario continuare ad aumentare gli investimenti nella sanità. Le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale sono passate dai 125 miliardi del 2022 ai 143,9 miliardi previsti per il 2026, con un incremento di oltre 18 miliardi. Però è necessaria anche una riorganizzazione del sistema: investire nella prevenzione, migliorare la presa in carico dei pazienti cronici e anziani

e utilizzare le tecnologie per anticipare i bisogni di salute e favorire le cure domiciliari. L'Italia ha un numero di medici superiore alla media europea, ma restano criticità legate alle scuole di specializzazione e alle retribuzioni del personale sanitario.



Luciano Ciochetti



LE PAROLE DI ORFEO MAZZELLA

Spesa sotto alla media Ocse

Il livello della spesa sanitaria italiana, inferiore alla media dei Paesi Ocse, come evidenziano i dati della Corte dei conti e le analisi di organismi indipendenti come la Fondazione Gimbe, finisce per trasferire parte di questo deficit sulle famiglie. Le conseguenze ricadono soprattutto su anziani non autosufficienti, persone con disabilità, chi convive con patologie gravi e chi si rivolge al pronto soccor-

so, affrontando lunghe attese anche solo per ottenere una diagnosi. È, quindi, necessario aumentare le risorse destinate a un delicato comparto, che risulta sottofinanziato. Attualmente la spesa sanitaria pubblica in Italia si attesta intorno al 6,3 per cento del Pil, mentre la media Ocse supera il 7,1 per cento. Il calcolo pro capite ci colloca inoltre al quattordicesimo posto tra i Paesi Ocse e all'ultimo tra quelli del G7, con un divario complessivo stimato in circa 43 miliardi di eu-

ro. Numeri che confermano una realtà evidente nella vita quotidiana dei cittadini. È indispensabile non solo incrementare i finanziamenti al Servizio sanitario nazionale, ma anche migliorarne l'organizzazione, rafforzando l'assistenza territoriale e domiciliare.

**Orfeo Mazzella**

IL COMMENTO DI VANESSA CATTOI

Ridurre divario Nord-Sud

Tra il 2010 e il 2015 il sistema sanitario ha subito tagli lineari per circa 25 miliardi di euro. Ancora più significativo è il dato relativo al periodo 2010-2019, quindi prima della pandemia, durante il quale le riduzioni complessive hanno superato i 37 miliardi: è da qui che bisogna partire per comprendere il contesto attuale. Successivamente è arrivata l'emergenza Covid, che ha cambiato l'approccio alla spesa sani-

taria anche a livello europeo. In questo scenario il governo ha invertito la tendenza dei tagli, aumentando in termini assoluti le risorse destinate al settore. Nel periodo dell'attuale esecutivo sono stati infatti stanziati oltre 20 miliardi di euro aggiuntivi per la sanità, come certificato nelle manovre di bilancio. Naturalmente non si tratta solo di incrementare i fondi, ma anche di usarli in modo più efficiente. Investire su pre-

venzione e digitalizzazione è la leva strategica per garantire la sostenibilità del sistema sanitario in ogni regione. Parallelamente è essenziale continuare a considerare la formazione delle professioni sanitarie come un investimento nelle comunità e nel loro futuro.



Vanessa Cattoi



IL GIUDIZIO DI LUCIANO D'ALFONSO

Servono più risorse umane

È importante riconoscere che l'Italia e l'Europa si distinguono dalle altre democrazie occidentali per la capacità di individuare con chiarezza quali siano i diritti davvero fondamentali. Tra questi, il diritto alla salute occupa senza dubbio una posizione centrale. Per garantire che questo diritto sia effettivamente tutelato, è indispensabile disporre di risorse umane adeguate, sia dal punto di vista numerico sia sotto

il profilo della formazione. L'attuale dotazione di personale sanitario deve quindi essere rafforzata, così come occorre investire nelle risorse tecnologiche e organizzative necessarie per rispondere alla domanda di salute dei cittadini. Questa domanda si manifesta in forme diverse: dalla gestione delle emergenze e delle acuzie, alla cura delle patologie croniche e delle condizioni di fragilità legate all'invecchiamento della popolazione, fino alla crescente richiesta di prestazioni diagnosti-

che. Per affrontare queste sfide è necessario ricostruire un sistema realmente integrato, capace di collegare in modo efficace le strutture ospedaliere specializzate con la medicina territoriale e con il ruolo dei medici di base.



Luciano D'Alfonso



La risposta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità all'aumento delle temperature

Verso nuove indicazioni ai medici per affrontare il clima più caldo

Le ondate di calore sono più pericolose del freddo estremo. Una commissione di esperti cerca di offrire raccomandazioni sanitarie aggiornate al contesto. Riconciliare il mondo con la natura

VITTORIO A. SIRONI

Negli ultimi anni, con il riscaldamento globale in atto, il cambiamento climatico ha provocato fenomeni meteorologici estremi sempre più frequenti anche in Italia e in Europa: trombe d'aria devastanti e raffiche di vento distruttive, piogge torrenziali con nubifragi e inondazioni, siccità persistenti che hanno favorito incendi o reso aride zone prima floride. Oltre a causare ingenti danni materiali, queste condizioni incidono pesantemente non solo sull'ambiente, ma anche sulla salute delle persone.

L'Europa è il continente che si sta riscaldando più rapidamente al mondo. Il 2024 è stato l'anno più caldo mai registrato secondo l'Agenzia Europea dell'Ambiente (nell'agosto 2024 la temperatura è stata di 1,57 gradi superiore rispetto alla media dei venti anni precedenti). E il 2025 è stato il terzo anno più caldo, dopo il 2020 e, appunto, il 2024. L'emergenza legata al cambiamento climatico è ormai giunta in Europa a un punto di gravità tale che l'Organizzazione Mondiale della Sanità alcuni mesi fa ha istituito una commissione per fornire al settore medico soluzioni per affrontare in modo efficace quella che ha definito una delle sfide sanitarie più importanti del nostro tempo. La commissione, composta dai commissari di undici nazioni europee e presieduta da Sir Andrew Haines della London School of Hygiene and Tropical Medicine come coordinatore scientifico capo, fornirà una serie di raccomandazioni per definire come affrontare al meglio l'intersezione tra salute e clima.

Eventi meteorologici estremi hanno causato oltre 145 mila morti in tutta Europa negli ultimi 40 anni (47 mila solo nel 2023), la maggior parte dei quali per ondate di calore. Il caldo non colpisce tutte le persone allo stesso modo: i più fragili (donne e anziani over 70) sono quelli che pagano il prezzo più alto del cambiamento climatico. Soprattutto nei centri urbani, dove più marcato è l'effetto "isola di calore" dovuto al troppo cemento e alla scarsa vegetazione. In città tra le aree verdi (parchi) e le zone prive di alberi (piazze solo lastricate e vie asfaltate) la variazione di temperatura supera i 4 gradi. Lo scorso anno, tra fine giugno e inizio luglio, il caldo eccessivo ha triplicato i decessi in molte città europee, alcune anche italiane.

tutto nei centri urbani, dove più marcato è l'effetto "isola di calore" dovuto al troppo cemento e alla scarsa vegetazione. In città tra le aree verdi (parchi) e le zone prive di alberi (piazze solo lastricate e vie asfaltate) la variazione di temperatura supera i 4 gradi. Lo scorso anno, tra fine giugno e inizio luglio, il caldo eccessivo ha triplicato i decessi in molte città europee, alcune anche italiane.

Abbiamo imparato a difenderci efficacemente dal freddo, anche quello più intenso, ma biologicamente siamo meno attrezzati per affrontare le ondate di calore, che in questi ultimi anni determinano picchi di temperature elevate sempre più frequenti. Benché la tolleranza del corpo umano a temperature estreme possa variare, esiste comunque un limite. Per quanto riguarda il caldo, il corpo umano, in stato di riposo e senza protezioni, può sopportare temperature esterne sino a circa 45-50 gradi, non oltre. Senza arrivare a conseguenze così estreme come la morte, esposizioni prolungate a temperature superiori ai 40 gradi possono portare al colpo di calore (con cefalea, crampi, nausea, vertigini e possibile svenimento) e provocare alterazioni e danni agli organi vitali per eccessiva vasodilatazione e diminuzione della pressione sanguigna.

L'impatto della crisi climatica sta assumendo sempre più una dimensione di



carattere sociale ed economico, oltre che

ambientale. L'influenza nefasta sulla salute non riguarda solo la componente fisica, ma, soprattutto nei giovani, anche la salute mentale. La crescente consapevolezza degli impatti negativi dei cambiamenti climatici, come lo scatenarsi di eventi meteorologici estremi e la progressiva perdita di biodiversità, provoca preoccupazioni eccessive per il proprio futuro, senso d'inquietudine, paura, labilità emotiva, insonnia, diminuzione della capacità di concentrazione, riduzione del benessere. È la cosiddetta "ecoansia" o "ansia climatica".

Un fenomeno emergente, una sindrome che evidenzia un importante disagio caratterizzato, come lo definisce l'American Psychological Association, da una «paura cronica del cataclisma ambientale, che deriva dall'impatto apparentemente irrevocabile del cambiamento climatico e la preoccupazione associata per il proprio futuro e per quello delle prossime generazioni». I giovani tra i 16 e i 25 anni considerano il futuro come «spaventoso», perché «hanno la sensazione che le basi ecologiche dell'esistenza siano in procinto di crollare», come affermano esplicitamente molti di loro. Una condizione di malessere che però, entro cer-

ti limiti, può avere anche un risvolto positivo, in grado di potenziare il senso di resilienza individuale e contribuire a migliorare l'impegno e la motivazione per svolgere a livello generale un'azione valida per affron-

tare il problema e trovare strategie efficaci per limitare i danni ecologici.

Il cambiamento climatico incide poi anche sulla distribuzione dei vettori – zanzare, tafani, zecche – di molte malattie "tropicali" o "esotiche" (così chiamate perché un tempo erano confinate in quei territori africani), che sfruttando l'innalzamento delle temperature hanno iniziato a espandersi sino ad arrivare in Europa a latitudini sempre più temperate se non addirittura nordiche. Una conferma viene

dai recenti fatti di cronaca legati ai crescenti casi di infezione da virus West Nile, ma non bisogna trascurare il riscontro nel nostro Paese, anche se non frequenti, di forme endogene di Dengue, di Chikungunya, di Zika e di malaria.

Nonostante la crescente minaccia rappresentata dal cambiamento climatico, l'azione rimane inadeguata e insufficiente rispetto al livello di risposta richiesto. Oltre che

a livello politico, economico e sociale, anche in ambito sanitario. Sotto il peso della disinformazione e della sottovalutazione molte istituzioni hanno ridotto il loro impegno attivo per contrastare gli effetti del cambiamento climatico. Ne è un esempio eclatante l'atteggiamento ostile dell'attuale inquilino della Casa Bianca verso gli interventi da mettere in atto per contrastare il mutamento del clima. Gran parte del peso politico per mantenere in vita e potenziare il programma

atto a elaborare strategie in grado di contrastare le modifiche climatiche ricadrà quindi sull'Europa. Ciò che serve non sono riunioni che producano dichiarazioni altisonanti, ma azioni concrete per affrontare il cambiamento del clima e i suoi effetti sulla salute.

«La giustizia ambientale – ha detto Papa Leone XIV riprendendo con forza quanto già affermato da Papa Francesco nell'enciclica *Laudato si'* – non può essere considerata un concetto astratto o un obiettivo lontano. È una necessità urgente, che va oltre la semplice tutela dell'ambiente. Si tratta di una questione di giustizia sociale, economica e antropologica. In più, per i credenti, è anche un'esigenza teologica. In un mondo dove i più fragili sono i primi a subire gli effetti devastanti del cambiamento climatico, della deforestazione e dell'inquinamento, la cura del creato diventa una questione di fede e di umanità». Se gli esseri umani, come ha concluso il Papa, «lavorando con dedizione possono fare germogliare molti semi di giustizia, contribuendo così alla pace e alla speranza», gli operatori sanitari, lavorando con convinzione sono chiamati a essere in prima linea per intervenire attivamente e concretamente, con la loro autorevolezza e la loro competenza, nell'affrontare questa nuova sfida della medicina, per migliorare la qualità di vita delle persone e rendere possibile la sopravvivenza dell'umanità in un mondo finalmente riconciliato con la natura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Papa Leone XIV:
«La giustizia
ambientale è una
questione di giustizia
sociale, economica
e antropologica
Per i credenti
è anche un'esigenza
teologica»

Gli eventi meteorologici estremi hanno causato oltre 145mila morti in Europa negli ultimi 40 anni
A questo si deve aggiungere il peso dell'ecoansia nei giovani e l'effetto delle malattie tropicali che cambiano latitudine



Intelligenza artificiale: il codice della vita in mano agli algoritmi

Innovazione. Il modello Evo2 tratta il genoma come un linguaggio e genera sequenze mai esistite, ma creare organismi funzionanti resta una sfida enorme

Francesca Cerati

L'intelligenza artificiale ora prova a scrivere il codice della vita. Non più soltanto analizzare o modificare il Dna esistente, ma generare interi genomi da zero. È il salto suggerito da Evo2, un modello di linguaggio genomico descritto su Nature che apre una prospettiva finora confinata alla fantascienza: progettare organismi artificiali partendo da sequenze create da un algoritmo.

Evo2 funziona in modo simile ai modelli linguistici usati per il linguaggio umano, ma al posto delle parole elabora nucleotidi, le lettere del Dna. È stato addestrato su circa 9 mila miliardi di nucleotidi provenienti da 128 mila genomi di specie diverse, vive ed estinte, e può leggere, interpretare e generare sequenze di Dna, Rna e proteine. «Il nostro sviluppo di Evo1 ed Evo2 rappresenta un momento chiave nel campo emergente della biologia generativa», spiega Patrick Hsu, cofondatore dell'Arc Institute, un'organizzazione di ricerca no-profit con sede a Palo Alto, California, focalizzata sull'accelerazione delle scoperte biomediche. «Le macchine iniziano a leggere, scrivere e pensare nel linguaggio dei nucleotidi».

Il modello è stato sviluppato dall'Arc Institute e da Nvidia, in collaborazione con le università di Stanford e di Berkeley. A differenza della versione precedente, addestrata soprattutto su organismi unicellulari, Evo2 include anche genomi di organismi pluricellulari, compresi esseri umani e piante. Questo gli consente di elaborare sequenze lunghe fino a un milione di nucleotidi e di cogliere relazioni tra parti molto distanti dello stesso genoma. Le potenzialità non riguardano solo la biologia sintetica. Nei test con varianti del gene Brca1,

associato al tumore del seno, il sistema ha raggiunto oltre il 90% di accuratezza nel distinguere mutazioni benigne da quelle potenzialmente pericolose. Strumenti di questo tipo potrebbero accelerare la ricerca sulle malattie genetiche e ridurre il numero di esperimenti necessari su cellule o animali. Gli scienziati hanno anche utilizzato Evo2 per progettare diverse sequenze genomiche complete, tra cui una ispirata al batterio *Mycoplasma genitalium*, uno degli organismi con il genoma più piccolo conosciuto.

Le simulazioni indicano che circa il 70% dei geni previsti appare plausibile. Ma non basta. «Non si può progettare la vita al 70% - osserva il biologo sintetico Nico Claassens dell'Università di Wageningen nei Paesi Bassi -. Puoi farlo su un computer, ma non funzionerà in una cellula». Il problema è che un genoma funziona solo se ogni elemento è al posto giusto. Basta che un gene essenziale manchi o sia organizzato in modo errato perché l'intero sistema biologico collassi. «Valutare se un genoma sembra corretto e verificare se funziona davvero sono due cose diverse», sottolinea Maciej Wiatrak dell'Università di Cambridge.

La biologia sintetica ha già compiuto passi importanti. Nel 2008 i ricercatori sintetizzarono in laboratorio il genoma del batterio *Mycoplasma genitalium* e lo inserirono in cellule ospiti, creando quello che molti scienziati hanno definito il primo esempio di vita sintetica. Ma si trattava ancora della copia artificiale di qualcosa che esisteva già in natura. In studi più recenti modelli della famiglia Evo sono stati utilizzati per progettare virus che infettano batteri, i cosiddetti fagi. Quando le sequenze generate sono state inserite in cellule di *Escherichia coli*, alcuni dei progetti hanno prodotto virus funzionanti ca-

paci di uccidere i batteri.

Nel campo della biologia computazionale non è l'unico caso di strumenti nati per interpretare la natura e poi trasformati in strumenti di progettazione. AlphaFold, sviluppato da DeepMind per prevedere la struttura tridimensionale delle proteine naturali, viene oggi usato anche per ideare nuove proteine con funzioni inedite. Un passaggio che segnala come l'intelligenza artificiale stia passando dalla semplice lettura dei sistemi biologici alla loro ingegneria.

Ma il vero ostacolo oggi non è solo progettare il Dna, ma verificarlo. «Le sperimentazioni stanno rapidamente diventando il collo di bottiglia», ammette lo stesso Hsu. Sintetizzare grandi quantità di Dna e assemblarle correttamente resta infatti costoso e lento. Una possibile soluzione potrebbe arrivare da laboratori automatizzati che combinano intelligenza artificiale e robotica: sistemi in grado di progettare frammenti di genoma, testarli rapidamente e migliorarli in cicli successivi. Secondo i ricercatori questo approccio modulare potrebbe portare un giorno alla costruzione di genomi molto più complessi, forse persino quelli dei mammiferi.

Per ora, tuttavia, la scrittura della vita resta un progetto in costruzione. Claassens invita alla cautela: «L'intelligenza artificiale sarà probabilmente più efficace se affiancata all'intuizione umana. L'algoritmo può suggerire combinazioni inattese, ma comprendere davvero come funziona un organismo vivente richiede ancora l'esperienza dei biologi». Eppure, la direzione sembra segnata. Se il Dna è un linguaggio, le macchine stanno imparando a parlarlo e forse, un giorno, a scriverlo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmaceutica: l'IA crescerà di oltre il 40% ogni anno

Agenzia del farmaco Il dossier

Marzio Bartoloni

Il mercato globale dell'Intelligenza artificiale applicata alla farmaceutica cresce con un tasso medio annuo composto del 40-43% fino al 2030. Oggi il 62% delle aziende del settore integra già soluzioni di IA nei reparti di ricerca e sviluppo, con una crescita attesa del 45% nei prossimi cinque anni. I numeri di questa rivoluzione già in corso nel mondo del Pharma sono contenuti nel dossier dell'Agenzia del farmaco (Aifa) su «Come l'IA sta rivoluzionando la ricerca farmaceutica, la medicina di precisione e il futuro della salute globale». Oggi sviluppare un nuovo farmaco richiede oltre 10 anni di lavoro e investimenti che possono superare i 2 miliardi di euro, con solo il 12% dei progetti che arriva all'approvazione finale. È qui che l'IA cambia tutto grazie ad algoritmi di deep learning che analizzano milioni di composti in poche ore, identificano target terapeutici, simulano affinità molecolari, stimano tossicità, metabolismo e biodisponibilità prima ancora che una molecola venga sintetizzata. Secondo il report «Digital Continuity» di Capgemini, l'adozione sistemica dell'IA può ri-

durire del 30% il time-to-market (il periodo tra l'ideazione di un prodotto e la sua disponibilità sul mercato), aumentare del 40% la produttività e abbattere del 25% i costi ingegneristici. Non è un caso - sottolinea l'Aifa - diversi candida-

ti farmaci progettati con l'IA sono già in sperimentazione sull'uomo. Rentosertib, sviluppato da Insilico Medicine per la fibrosi polmonare idiopatica, ha mostrato in Fase IIa un miglioramento della funzione polmonare e si prepara alla Fase III. REC994, candidato per la malformazione cavernosa cerebrale, ha completato la Fase II con risultati incoraggianti. Altri programmi - dall'oncologia alle malattie rare - sono in Fase I o II, con pipeline che promettono di comprimere drasticamente i tempi di scoperta. Ma l'IA non serve solo a creare nuove molecole. Permette anche il «drug repurposing»: individuare nuove indicazioni terapeutiche per farmaci già approvati, riducendo rischi, costi e tempi.

Intanto se l'Ema (l'Agenzia europea del farmaco) ha già avviato il piano quinquennale «Data and AI» per integrare l'algoritmo nei processi regolatori, l'Aifa sta progressivamente adottando strumenti predittivi con il duplice obiettivo di

velocizzare la valutazione dei dossier regolatori e supportare l'Hta, analizzando benefici clinici e impatto economico delle nuove terapie. «L'intelligenza artificiale - spiega il Presidente di AIFA, Robert Nisticò - non è una moda passeggera, ma una leva strategica per l'evoluzione della medicina moderna. I suoi benefici sono già visibili in termini di rapidità, personalizzazione e riduzione dei costi. La sfida è governarla con regole chiare, trasparenza e responsabilità condivisa». E aggiunge: «Dobbiamo costruire un ecosistema in cui scienza, industria e istituzioni lavorino insieme per garantire equità e sicurezza. L'IA può rendere la medicina più umana, se resta al servizio del paziente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ROBERT NISTICÒ
Presidente
dell'Agenzia
italiana
del farmaco



Ricerca sui farmaci, così l'Italia perde ancora terreno in Europa

Sperimentazioni. A quattro anni dalle nuove regole Ue il nostro Paese resta dietro a Francia, Germania e alla Spagna che attrae molti più trial clinici e impiega in media 35 giorni in meno per arruolare i pazienti

Marzio Bartoloni

La corsa alla ricerca dei nuovi farmaci dove la competizione diventa sempre più agguerrita, tra il pressing degli Usa e l'ascesa della Cina, vede l'Europa andare troppo lenta e l'Italia perdere terreno rispetto agli altri Paesi europei. La ricerca clinica made in Italy, da quando sono scattate quattro anni fa le nuove regole europee che hanno ridisegnato le sperimentazioni per renderle più efficienti, non è infatti così attrattiva come potrebbe a fronte di investimenti guidati dalle aziende farmaceutiche che mobilitano fino a 700-800 milioni l'anno e arruolano migliaia di pazienti che possono accedere a nuove terapie anche salva vita con benefici per tutto il Servizio sanitario nazionale.

Gli ultimi dati che arrivano dalla nuova piattaforma digitale europea sui trial clinici nel Vecchio Continente (il Clinical Trials Information System) e che sono stati raccolti da Altems - l'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - mostrano come tra febbraio 2022 e giugno 2025 il nostro Paese si piazza al quarto posto in Europa, sempre più distante dalla Spagna che sta diventando un polo di attrazione per le sperimentazioni e dietro anche a Germania e Francia. I dati - che saranno pubblicati nei prossimi giorni nel rapporto "Missed opportunities" realizzato coinvolgendo 7 aziende farmaceutiche - dicono che in questo periodo l'Italia ha attivato quasi 1100 studi clinici multinazionali (si tratta di un campione rappresentativo anche se non completo), ben 450 in meno della Spagna e circa 250 in meno di Francia e Germania. In oncologia - che rappresenta circa un terzo degli studi - l'Italia è al terzo posto europeo, mentre nelle altre aree terapeutiche

che la capacità attrattiva risulta inferiore, anche rispetto a Paesi come Polonia, Paesi Bassi e Belgio. Quello che conta però è che nel triennio sono stati arruolati - in base ai 1100 studi - circa 25 mila pazienti per testare i nuovi medicinali, ma se l'Italia avesse performato come la Spagna ne avrebbe arruolati almeno 10 mila in più. Ma perché queste performance meno brillanti? A pesare come spesso accade per l'Italia è la burocrazia: a esempio i dati di Altems mostrano come registriamo un ritardo di 8 giorni rispetto alla media europea fino al primo paziente arruolato. Il ritardo è più evidente con la Spagna: quando i centri spagnoli iniziano ad arruolare, in Italia si è spesso ancora nella fase di completamento delle attività amministrative con una finestra di arruolamento mediamente inferiore di 35 giorni, questo si traduce in una perdita stimata di circa 2,5 pazienti al giorno per studio. Un ulteriore elemento critico è il posizionamento strategico nei confronti degli sponsor: in Italia vengono assegnati target di arruolamento inferiori e così l'Italia si trova con una media di 16,22 pazienti per studio, contro i 38,11 della Spagna.

«Ogni paziente non arruolato non rappresenta soltanto un indicatore statistico negativo: significa una cura innovativa non intercettata, interamente sostenuta economicamente dallo sponsor, e dunque un investimento che non entra nel circuito del Ssn. Significa risorse cliniche, economiche e professionali che vengono assorbite da altri Paesi», avverte Emmanuel Tsiasiotis direttore laboratorio Msc Altems e coordinatore del progetto che segue il solco dell'esperienza maturata da Altems sul tema dei cosiddetti averted costs quando si è dimostrato «come la ricerca clinica sia anche una leva di sostenibilità per

il Ssn» perché ogni euro investito direttamente dalle aziende farmaceutiche ne produce tre a beneficio del Ssn. Nel triennio 2017-2020 ne erano stati calcolati 623 milioni, questo significa che se l'Italia avesse arruolato negli ultimi tre anni ai ritmi della Spagna ora avremmo ottenuto almeno 180 milioni di investimenti indiretti in più. Per questo Altems punta a mettere a disposizione delle istituzioni e delle industrie questo strumento per governare meglio la ricerca clinica, un po' come ha fatto la Spagna con il "Proyecto Best" che l'ha resa più competitiva. «Grazie a questo monitoraggio che mettiamo a disposizione del ministero della Salute e delle industrie abbiamo chiarezza che il nostro livello di competitività nelle sperimentazioni cliniche è basso rispetto ad altri Paesi simili a noi come la Spagna, ma abbiamo anche capito quali sono gli spazi di recupero che riguardano sia la fase di attivazione degli studi che la necessità di dare più visibilità alla qualità dei nostri centri. Per esempio credo che tra gli indicatori di valutazione degli Irccs andrebbe aggiunto anche quello della capacità di attrarre la ricerca clinica», sottolinea Americo Cicchetti docente di Organizzazione aziendale alla Facoltà di Economia della Cattolica.

In Italia 1100 studi attivati, 450 in meno di Spagna e 250 dietro a Francia e Germania



L'intervento

BIOMEDICALE: IMPRESE E GIUDICI RICHIEDONO RIFLESSIONE DI SISTEMA

di **Fabio Faltoni**

Quando una norma viene contestata da centinaia di imprese, sospesa dal Consiglio di Stato e rimessa alla Corte costituzionale, non è più una questione tecnica: è il momento di una riflessione di sistema, fondata sui numeri e sui meccanismi che li generano.

Il settore italiano dei dispositivi medici vale 19 miliardi di euro tra export e mercato interno, conta quasi 5mila aziende e occupa oltre 113mila addetti. Il 94% delle imprese è costituito da Pmi. Per valore della produzione, l'Italia è il terzo mercato europeo, dopo Germania e Francia. Non parliamo di un comparto marginale, ma di un pilastro della manifattura nazionale e di un fornitore essenziale del Servizio sanitario nazionale. Eppure oggi questa industria opera in un contesto normativo che la penalizza strutturalmente, come ha riconosciuto nei giorni scorsi il Consiglio di Stato.

Il primo nodo è il payback: il meccanismo che impone alle imprese fornitrici di contribuire al ripiano degli sforamenti della spesa regionale per dispositivi medici rispetto ai tetti programmati. Lo sforamento non è episodico: tra il 2019 e il 2024 il limite fissato al 4,4% del Fondo sanitario regionale è stato sistematicamente superato. La spesa è passata dal 5,6% del 2019 al 6,3% del 2024, generando oltre 10 miliardi di euro di disavanzo complessivo in sei anni.

Il problema della sostenibilità della spesa è reale. La questione è chi debba farsene carico. Le imprese non determinano i volumi di acquisto degli ospedali, non partecipano alla programmazione sanitaria regionale, non controllano i flussi della spesa pubblica e i prezzi sono stabiliti da gare pubbliche. Chiamarle a coprire una sottostima strutturale significa adottare una soluzione di immediata efficacia contabile, ma debole sul piano della logica industriale e della coerenza sistemica.

Il secondo strumento è il contributo dello 0,75% sul fatturato per il Fondo per il governo dei dispositivi medici. Proprio su questo punto il Consiglio di Stato ha sollevato questioni di legittimità costituzionale. Nelle ordinanze di fine febbraio i giudici hanno osservato che non risulta dimostrata l'esistenza di condizioni di mercato tali — extra-profitti, barriere all'ingresso, limitata concorrenza — da giustificare un prelievo settoriale aggiuntivo. Hanno inoltre rilevato che le attività di governo dei dispositivi perseguono un interesse generale, legato alla sicurezza e alla qualità delle cure, e non un interesse

esclusivo delle imprese.

Vi è poi un terzo profilo, messo a fuoco dallo stesso Consiglio di Stato: l'effetto cumulativo. Le imprese operano sotto il peso della fiscalità ordinaria, del contributo dello 0,75%, del prelievo del 5,5% sulle spese promozionali e del payback. I giudici hanno evidenziato, quanto Confindustria dispositivi medici sottolinea da anni, ovvero una significativa sovrapposizione funzionale tra queste misure — con Fondo e payback descritti come strumenti contabilmente interconnessi — che gravano pesantemente sul tessuto di piccole e medie imprese, linfa vitale del settore, compromettendone la capacità di investire nell'innovazione necessaria alla sua sopravvivenza.

Il punto non è sottrarre il settore a ogni forma di intervento pubblico. È chiedersi se gli strumenti scelti siano coerenti con l'obiettivo di sostenere un'industria che produce innovazione, occupazione qualificata e soluzioni tecnologiche per la tutela della salute. Un sistema che trasferisce sui fornitori il costo degli sforamenti regionali non corregge le criticità della programmazione della spesa: le sposta nel tempo e, nel frattempo, introduce incertezza nei piani industriali, frena gli investimenti in ricerca e indebolisce la capacità competitiva di un comparto ad alta intensità di innovazione.

La partita del payback 2019-2025 è ancora aperta. La Corte costituzionale dovrà pronunciarsi sul contributo dello 0,75%. I tavoli presso il ministero della Salute e il ministero dell'Economia e delle Finanze attendono una convocazione. Percorsi diversi, che richiedono risposte distinte ma coerenti.

In gioco non vi è soltanto la soluzione di un contenzioso, ma la definizione di una visione: quale politica sanitaria e quale politica industriale intendiamo perseguire per un settore strategico. Le imprese sono pronte a fare la propria parte. A condizione che il quadro sia equo, proporzionato e organico.

Presidente Confindustria Dispositivi medici

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Formazione Programma internazionale

Così Angelini Academy forma giovani leader

Nicoletta Cottone
Claudio Tucci

Si chiama Angelini Academy Gateway. Your bridge to success, il programma internazionale per la nuova generazione di leader, rivolto a giovani con un'esperienza lavorativa di almeno tre anni. L'iniziativa, la prima nel suo genere in Italia, è promossa da Angelini Academy, che apre così i suoi programmi formativi anche al mercato esterno, in una logica di "open education".

Il progetto prevede l'assegnazione di 10 borse di studio destinate ad altrettanti giovani professionisti e professionisti che saranno coinvolti in un percorso formativo internazionale, in aula e on the job. Si parte a luglio 2026 con due settimane di formazione a Roma, presso l'headquarter Casa Angelini, occasione per conoscere il top management di un Gruppo in crescita e apprendere le traiettorie emergenti dei settori life-science e robotica industriale. Da settembre 2026 i giovani selezionati da Angelini Academy voleranno in Spagna, per prendere parte al full time international MBA presso l'IE University di Madrid: un programma che li vedrà impegnati in aula per 11 mesi durante i quali acquisiranno i fondamenti per avere un approccio al business realmente globale e potranno scegliere di ap-

profondire con formazione specifica su consulenza, imprenditorialità, tecnologia o marketing. A completare il percorso, un'esperienza lavorativa di 3-6 mesi che si svolgerà nelle società operative di Angelini Industries, in tutto il mondo.

L'investimento complessivo è pari a 1 milione di euro. Angelini Academy finanzia interamente il percorso formativo (incluse spese di soggiorno) a chi supererà le selezioni e mostrerà un Isee-Ispe inferiore a 50mila euro. Se l'indicatore economico è superiore a 50mila euro si finanzia il 75% dei costi di formazione. Per essere selezionati ed ottenere la borsa i candidati dovranno aver superato i test di ammissione richiesti dall'IE Business School di Madrid.

«L'attrazione e il coinvolgimento di giovani talenti, insieme allo sviluppo delle loro competenze, sono aspetti cruciali per la crescita del nostro Gruppo e per questo ci impegniamo sempre più nel sostenere lo sviluppo dei loro profili professionali - ha sottolineato Sergio Marullo di Condojanni, CEO di Angelini Industries -. Le imprese devono rispondere ai nuovi bisogni di un contesto lavorativo in continuo cambiamento con nuovi modelli formativi, da costruire in stretta collaborazione con il mondo accademico, capace di unire nuove frontiere della formazione,

approcci multidisciplinari e vocazione internazionale».

Questo progetto amplia l'offerta formativa che Angelini Academy porta avanti dal 2018: nel 2025, sono stati oltre 500 i dipendenti del Gruppo formati, dai neolaureati ai senior leaders, per un totale di circa 10mila ore di formazione erogate. I corsi sono circa 50 l'anno, con una durata media di 16 ore. I temi spaziano dal coaching ad argomenti verticali come Managing Complexity e AI for Business.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le imprese
devono
rispondere
ai bisogni
di un contesto
lavorativo in
cambiamento**



**SERGIO
MARULLO DI
CONDOJANNI**
CEO di Angelini
Industries



Se la farmaceutica ha già capito come utilizzare l'Ai

di MARIA GRAZIOSI

La chiamano narrazione. A volte diventa una nebbia di marketing. Che rischia di appannare la visuale. Sta accadendo, in questi ultimi tempi, con l'intelligenza artificiale. Sarà una rivoluzione, sicuro. Ma a che serve? Ecco la domanda da un milione anzi, considerando i soldi che girano attorno all'Ia, da un miliardo di dollari. C'è un comparto economico che una risposta l'ha già trovata. E si tratta della farmaceutica.

A confermare le potenzialità delle nuove tecnologie ecco i dati e l'analisi dell'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco. Che rivela: il 62 per cento delle imprese già ne fa largo uso. In pratica, sei case farmaceutiche su dieci si affidano all'Ai. Numeri che sono imponenti considerando che, come riferito nelle scorse settimane dal ministro all'Industria e Made in Italy Adolfo Urso citando dati Istat, addirittura l'83% delle piccole e medie aziende italiane "non adotta ancora alcuna soluzione di intelligenza artificiale".

Non è così nel campo della farmaceutica e il presidente dell'Aifa, Roberto Nisticò, ci ha tenuto a dirlo in maniera chiarissima: "L'intelligenza artificiale non è una moda passeggera, ma una leva strategica per l'evoluzione della medicina moderna. I suoi benefici sono già visibili in termini di rapidità, personalizzazione e riduzione dei costi". Ciò non vuol dire, però, che non presenti dei potenziali nodi: "La sfida è governarla con regole chiare, trasparenza e responsabilità condivisa - ha aggiunto Nisticò -. Dobbiamo costruire un ecosistema in cui scienza, industria e istituzioni lavorino insieme per garantire equità e sicurezza. L'Ia può rendere la medicina più umana, se resta al servizio del paziente".

Per capire dove stanno i vantaggi, occorre sfogliare il dossier dell'agenzia dal titolo eloquentissimo: "Intelligenza artificiale e salute. Come l'Ia sta rivoluzionando la ricerca farma-

ceutica, la medicina di precisione e il futuro della salute globale". Gli esempi che si leggono nel paper sono emblematici. In prima battuta c'è la questione della ricerca. Che, grazie all'uso degli algoritmi e all'utilizzo delle reti neurali profonde, ha subito e sta registrando un'accelerazione quasi epocale. Basta davvero poco per "scartare" composti potenzialmente tossici o inefficaci. Nel tempo di un clic, vengono cassate ipotesi di lavoro consentendo a chi fa ricerca di muoversi con maggiore efficacia e di potersi concentrare meglio su ciò che, invece, potrebbe risultare davvero utile e promettente. Risparmiando tempo e denari. Ma non basta, perché, spiegano dall'Aifa, sarebbero già in fase di avanzata sperimentazione alcuni farmaci interamente progettati con l'Ai. L'uso delle piattaforme, infatti, permette inoltre di individuare indicazioni terapeutiche nuove anche per i medicinali già approvati. C'è, poi, tutto il tema della "virtualizzazione" della sperimentazione. Fra trial virtuali e gemelli digitali, si può scoprire fin da subito se un farmaco sarà utile o meno. Ciò consentirà pure di limitare, e di molto, la necessità dei test preliminari, oggi previsti tanto sugli animali quanto sugli uomini. Infine risultano molto interessanti gli sviluppi che porterebbero la medicina a essere sempre più "precisa". Anzi, alla medicina di precisione. Una definizione, questa, quasi mutuata dall'agricoltura. Che, grazie all'ausilio di algoritmi e robotica riesce a sfruttare fino all'ultima zolla di terreno, aumentando i raccolti in termini di qualità e quantità. È chiaro, pe-



L'IDENTITÀ

rò, che di fronte a tante evidenze promettenti ci sia anche un rovescio della medaglia. Oltre al tema della cybersicurezza che diventa ancora più centrale di quanto non sia già, c'è pure il "campo". Ogni paziente è diverso dall'altro e c'è la necessità di non ancorarsi agli oracoli digitali, per quanto precisi e irreprensibili, se si vuole evitare il rischio del cosiddetto approccio "a taglia unica". Non tutte le soluzioni sono valide per chiunque e ciò rappresenta uno dei punti cardine, degli insegnamenti primari, della medicina fin dai tempi (molto più analogici) di Galeno e Ippocrate.

La chiamano narrazione, e c'hanno ragione. È tempo di uscire dalle promesse e cercare di capire cosa farne di quest'intelligenza artificiale: la farmaceutica, per ora, sembra aver avuto più di un'intuizione interessante.

Lo stesso sta facendo l'aeronautica, specialmente quella che punta allo spazio (e l'accordo italofrancese siglato ieri da Urso e dall'omologo transalpino Sébastien sta lì a dimostrarlo). E persino l'archeologia. Presente, futuro e passato: l'AI è più di una narrazione, e di una speculazione ultramiliardaria.

Boom della ricerca, i dati Aifa: perché la usa il 62% delle aziende



L'IA IN SANITÀ RICHIEDE ANCHE CULTURA E CURA DEL PAZIENTE

■ **Alessio D'Amato**

Intelligenza Artificiale è sempre più presente negli ospedali e negli ambulatori, dove supporta medici e infermieri nelle decisioni cliniche. Ma c'è un punto su cui esperti e istituzioni concordano: l'IA non può – e non deve – agire da sola. Serve sempre un “human-in-the-loop”, un essere umano nel processo decisionale. Il problema è che questa formula, spesso ripetuta, è raramente spiegata davvero. Non si tratta di una semplice firma finale del medico su una diagnosi suggerita da un algoritmo. La supervisione umana, in sanità, è un sistema articolato che coinvolge ruoli clinici, responsabilità di governance e monitoraggio continuo.

Secondo uno studio pubblicato dalla prestigiosa rivista “The New England Journal of Medicine”, l’“human-in-the-loop” si sviluppa su tre livelli. Il primo è quello clinico, al letto del paziente: il medico valuta, interpreta e può correggere le raccomandazioni fornite dall'IA. I modelli, infatti, funzionano bene nei casi “standard”, ma possono andare in difficoltà di fronte a situazioni ambigue o fuori dagli schemi. Qui l'esperienza umana resta decisiva. Il secondo livel-

lo riguarda la governance: prima di adottare un sistema di IA, esperti e autorità devono valutarne l'affidabilità, la sicurezza e l'adeguatezza al contesto in cui verrà utilizzato. Non tutti gli ospedali hanno le stesse risorse tecnologiche, né gli stessi flussi di lavoro. Il terzo livello è quello dell'apprendimento continuo. Un algoritmo non è statico: deve essere monitorato, aggiornato e controllato nel tempo per evitare errori, distorsioni e cali di performance. Ed è qui che entrano in gioco contesto, cultura e organizzazione dei sistemi sanitari. Un software sviluppato negli Stati Uniti può presupporre infrastrutture digitali avanzate, determinati modelli di rimborso o specifici protocolli clinici. Ma ciò che funziona in un grande ospedale urbano potrebbe non adattarsi a una clinica rurale o a un sistema sanitario pubblico europeo.

Anche la cultura conta. Il modo in cui le persone vivono la malattia, si fidano della tecnologia o prendono decisioni terapeutiche varia da Paese a Paese. Un algoritmo non coglie automaticamente valori sociali, sensibilità etiche o dinamiche relazionali tra medico e paziente. Senza questa attenzione al contesto, l'IA rischia di diventare, come osservano alcuni

studiosi, “un modo per indovinare con sicurezza”. Con il coinvolgimento umano, invece, può aumentare la sicurezza dei pazienti, ridurre i pregiudizi presenti nei dati – legati a genere, etnia o condizione socio-economica – e rafforzare la fiducia nel sistema. La supervisione umana, dunque, non è un accessorio. È una scelta di progettazione. E per funzionare davvero deve essere adattata ai valori, alle regole e alle strutture di ogni sistema sanitario. Solo così l'Intelligenza Artificiale potrà essere uno strumento al servizio delle persone, e non un automatismo calato dall'alto.



ANTIVIRUS

MARIA RITA GISMONDO



LE CONNESSIONI AMOROSE TRA LA MADRE E IL FIGLIO

Sesso si assiste a un'impalpabile intesa tra madre e figli che, fino a oggi, non aveva avuto alcuna spiegazione scientifica. Oggi il meraviglioso e complesso fenomeno non è solo un concetto emotivo, ma ha profonde basi neurobiologiche e genetiche che iniziano già nel grembo materno. Secondo studi di neuroscienze, esiste una forte somiglianza strutturale nel sistema limbico (l'area del cervello che regola le emozioni) tra madri e figlie. Se una madre ha vissuto ansia cronica, la figlia può ereditare un "cablaggio" cerebrale simile, reagendo allo stress in modo speculare a quello materno. Quei mesi magici che si chiamano gravidanza danno luogo a un fenomeno chiamato microchimerismo fetale. Cellule staminali del feto passano attraverso la placenta e si insediano in modo permanente negli organi della madre, incluso il cervello. Queste cellule possono persistere per decenni, agendo come una sorta di "connessione biologica" cellulare che continua a influenzare la salute e le risposte immunitarie della madre molto tempo dopo il parto. Il cervello materno subisce

una metamorfosi chiamata matrescenza, simile per intensità a quella dell'adolescenza. Si realizza un rimodellamento cerebrale con riduzione della materia grigia nelle aree dedicate alla cognizione sociale. Un "perfezionamento" che rende la madre più sensibile nel decifrare i bisogni e le emozioni del figlio. È stato dimostrato che si attua una sincronia neurale: i cervelli di madre e figlio possono lavorare come una "mega-rete", sincronizzando le onde cerebrali, facilitando l'apprendimento e la comunicazione non verbale. Un ruolo è anche giocato dall'ossitocina, chiamata "ormone dell'amore", rilasciata massicciamente durante il parto e l'allattamento, cementando il legame affettivo. Questo stretto rapporto si estende anche a fenomeni diversi. Ricerche pubblicate su *Nature* suggeriscono che il modo in cui il cervello invecchia possa essere influenzato in modo predominante dai geni ereditati dal cromosoma X materno e ci inducono a dare valore a fattori prima sottovalutati, quali l'umore della madre durante la gravidanza.

INTESE
"MATRESCENZA":
UN LEGAME
NEUROBIOLOGICO
GIÀ IN GREMBO





Servizio Report Aifa

Intelligenza artificiale: già integrata nel 62% delle imprese farmaceutiche

Attesa una crescita del 45% nei prossimi cinque anni: i reparti di ricerca e sviluppo i più coinvolti con l'obiettivo di accelerare lo sviluppo di nuove molecole

di Paolo Castiglia

9 marzo 2026

“Oggi il 62% delle imprese farmaceutiche integra già l'intelligenza artificiale nei propri reparti ricerca e sviluppo (R&D), con una crescita del 45% attesa nei prossimi cinque anni. Il motivo? I vantaggi sono evidenti: più rapidità, maggiore accuratezza, minori costi e la possibilità di prevedere in modo più affidabile l'efficacia di un trattamento prima ancora della sperimentazione sull'uomo”. Lo afferma l'Agenzia italiana del farmaco che ha pubblicato il dossier “Intelligenza artificiale e salute. Come l'ia sta rivoluzionando la ricerca farmaceutica, la medicina di precisione e il futuro della salute globale”.

Il ruolo delle agenzie regolatorie

In questo scenario di grandi cambiamenti le agenzie regolatorie del farmaco sono chiamate a essere protagoniste. L'Aifa, così come l'europea Ema e l'americana Fda, stanno ponendo grande attenzione alle potenzialità della tecnologia per garantire decisioni più rapide, etiche e basate sui dati. Se l'Ema ha già avviato il piano quinquennale 'Data and AI' per integrare l'algoritmo nei processi regolatori, l'Aifa sta progressivamente adottando strumenti predittivi con il duplice obiettivo di velocizzare la valutazione dei dossier regolatori e supportare l'Hta (Health Technology Assessment), analizzando benefici clinici e impatto economico delle nuove terapie.

Secondo Aifa quindi l'industria farmaceutica “è oggi una delle punte più avanzate dell'innovazione digitale. Il settore, per sua natura ad alta intensità di ricerca, ha accolto l'intelligenza artificiale come un alleato imprescindibile”.

Gli ambiti di applicazione più promettenti dell'applicazione dell'ia in sanità vanno dalle fasi iniziali della ricerca di laboratorio, alla sperimentazione clinica per arrivare alla pratica medica quotidiana. Secondo il dossier Aifa, per esempio, grazie alle reti neurali profonde, è possibile analizzare milioni di molecole e prevederne il fallimento in silico (virtualmente), scartando subito i composti inefficaci o tossici. Il vantaggio è che si riducono drasticamente tempi e costi della ricerca, concentrando le risorse solo sui candidati più promettenti.

Trial clinici più efficienti e medicina di precisione

Tramite specifiche piattaforme, sottolinea il report Aifa, è possibile analizzare milioni di cartelle cliniche in pochi minuti per identificare i pazienti idonei per l'arruolamento in un trial clinico, superando le difficoltà di reclutamento che spesso rallentano la conduzione degli studi. L'IA consente inoltre di spostare parte della sperimentazione dal mondo reale a quello virtuale (in

silico). L'avvento dei "Trial Virtuali" e dei "Gemelli Digitali" consente infatti di prevedere la risposta a un trattamento prima della somministrazione reale del farmaco, riducendo drasticamente la necessità di test su animali e umani nelle fasi preliminari degli studi.

Grazie all'integrazione di dati clinici, genetici e ambientali, inoltre, è possibile superare l'approccio "taglia unica" alle terapie per cucirle su misura addosso al paziente. Personalizzare i trattamenti significa ridurre gli errori e i rischi di tossicità, ma anche ottimizzare le risorse. È quindi un investimento sulla salute e sulla sostenibilità del sistema sanitario.

Sovran-AI: il ruolo dell'la per ridurre le liste d'attesa

Ma l'la può trovare applicazione anche migliorando i flussi delle prenotazioni nei Cup e riducendo le liste d'attesa. Si muove su questa linea un progetto messo a punto da Sovran-AI per rispondere al bisogno di automatizzare le interazioni e ridurre il carico operativo sugli operatori, migliorare la fruibilità dei servizi sanitari e garantire risposte rapide, corrette e uniformi ai pazienti.

L'integrazione dell'la nei processi, attraverso l'adozione di procedure automatizzate, standardizzate e sempre allineate ai protocolli interni, di fatto potenzia la capacità complessiva del Cup.

“Abbiamo appena concluso – spiega il Ceo Sovran-AI, Pierluigi Ghiani - la fase sperimentale del followup delle prenotazioni in continuità con il flusso operativo che le ha generate e gestite e siamo noi stessi rimasti veramente colpiti dall'impatto: oltre alla riduzione dei no-show, gli slot liberati sono stati riallocati e assegnati ad altri pazienti che ne avevano necessità. Un risultato positivo sia dal punto di vista del servizio al paziente, sia del ritorno economico alla struttura, che ha potuto evitare di perdere quelle visite per le quali aveva già allocato risorse”.

Già operativa in varie realtà sanitarie, la piattaforma può essere estesa a qualsiasi reparto o servizio, adattata a strutture sanitarie pubbliche, accreditate e private e si è anche integrata con i sistemi sanitarie regionali anche dal punto di vista dell'efficienza operativa producendo benefici concreti e misurabili in termini di riduzione dei costi legati alle attività di front-office ripetitive e a basso valore, grazie all'automazione completa dei flussi informativi e amministrativi standard.

Servizio Prevenzione terziaria

Cancro al seno, una nuova strategia per prevenire le recidive

Aifa approva la rimborsabilità di ribociclib in adiuvante. Gli oncologi: «Il rischio non finisce dopo cinque anni». Ma restano nodi su accesso e disuguaglianze regionali

di Francesca Cerati

9 marzo 2026

Nel tumore al seno precoce la sfida non si esaurisce con la fine delle cure iniziali. Anche dopo l'intervento chirurgico e la terapia ormonale, infatti, il rischio che la malattia si ripresenti può accompagnare le pazienti per molti anni.

È in questo contesto che si inserisce la recente decisione dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), che ha approvato la rimborsabilità di ribociclib in associazione alla terapia endocrina per alcune pazienti con carcinoma mammario in fase iniziale positivo ai recettori ormonali e negativo per HER2, ad alto rischio di recidiva. Si tratta della forma più frequente di tumore al seno, che rappresenta circa il 70% dei casi.

In Italia il carcinoma mammario resta la neoplasia più diagnosticata tra le donne, con quasi 54mila nuovi casi stimati nel 2025. E se le terapie hanno migliorato molto la prognosi, la recidiva resta un timore concreto. «Nel tumore al seno in fase precoce, il timore di una possibile recidiva continua a rappresentare una preoccupazione concreta per molte donne - osserva Rosanna D'Antona, presidente di Europa Donna Italia -. Guardare al futuro con maggiore fiducia e sentirsi protette rispetto a un eventuale ritorno della malattia sono esigenze fondamentali delle pazienti»

Il rischio che non finisce dopo cinque anni

Uno dei punti su cui insistono gli oncologi riguarda proprio la percezione diffusa che il rischio si esaurisca dopo i primi anni di follow-up. «C'è l'idea che superati i cinque anni il problema sia risolto, ma non è proprio così -, spiega Giuseppe Curigliano, professore di oncologia medica all'Università di Milano, presidente eletto della European society for medical oncology (Esmo) -. Purtroppo un rischio residuo di recidiva può persistere anche a vent'anni dalla diagnosi. Persino pazienti con tumori molto piccoli possono avere un rischio di ricaduta intorno al 7-10%».

Il tumore di cui si parla è quello endocrino-responsivo HR+/HER2-, il sottotipo più comune. «Il messaggio che dobbiamo dare è che il rischio zero non esiste - aggiunge l'oncologo -. Anche nelle donne con tumori piccoli o con linfonodi negativi una recidiva resta possibile, seppure con probabilità più basse».

I dati dello studio clinico

L'approvazione della rimborsabilità si basa sui risultati dello studio internazionale di fase III Natalee 1, che ha valutato l'aggiunta di ribociclib alla terapia endocrina in oltre 5.000 pazienti. I dati mostrano una riduzione del rischio di recidiva del 28,4% rispetto alla sola terapia ormonale,

con un miglioramento della sopravvivenza libera da malattia invasiva a cinque anni (85,5% contro 81%)

«Una riduzione del rischio del 28% è clinicamente molto rilevante - sottolinea Curigliano -. Quando si spiega una terapia a una paziente bisogna chiarire che il beneficio statistico deriva dalla media di tutte le pazienti trattate. Ma anche un miglioramento assoluto di pochi punti percentuali è importante in una malattia potenzialmente guaribile».

Un altro dato significativo riguarda la riduzione delle metastasi a distanza, circa il 30% nello studio. «Se riduciamo il numero di pazienti che sviluppano metastasi, nel tempo questo si tradurrà anche in un beneficio di sopravvivenza», aggiunge l'oncologo.

Il nodo dell'accesso alle cure

In Italia la rimborsabilità riguarda al momento solo le pazienti con linfonodi positivi, mentre i dati dello studio mostrano un beneficio anche in alcuni casi con linfonodi negativi ma ad alto rischio biologico.

«In Germania e nel Regno Unito il farmaco è già disponibile anche per queste pazienti», osserva Curigliano. «Questo crea una disparità difficile da comprendere all'interno dell'Unione europea».

A livello nazionale resta poi il tema delle differenze regionali. «È possibile che alcune regioni rendano disponibile il trattamento più rapidamente di altre -, aggiunge l'oncologo -. In Italia esiste ancora una certa eterogeneità nei tempi di accesso ai farmaci».

In questo scenario diventa centrale il ruolo delle Breast Unit e della gestione multidisciplinare. «Sarà fondamentale identificare correttamente le pazienti eleggibili e discutere ogni caso dopo l'intervento chirurgico, valutando i fattori di rischio biologici e clinici», spiega Curigliano.

Innovazione e sostenibilità

Accanto ai dati clinici, l'introduzione della terapia è accompagnata anche da valutazioni economiche. Un'analisi condotta da Novartis insieme al centro di ricerca Cergas dell'Università Bocconi ha stimato che l'investimento iniziale nel trattamento potrebbe essere compensato nel tempo dalla riduzione dei costi legati alla malattia metastatica.

«Ridurre le recidive significa anche ridurre il carico complessivo sul sistema sanitario nel lungo periodo - afferma Roberta Rondena, Country Value & Access Head di Novartis Italia -. Intervenire nelle fasi iniziali del percorso di cura può evitare trattamenti più complessi, ospedalizzazioni e perdite di produttività legate alla progressione della malattia».

Secondo l'analisi, l'incremento iniziale dei costi sarebbe compensato nel tempo da minori spese sanitarie e sociali. «Questo approccio consente di leggere l'innovazione non solo come un costo, ma come un investimento», aggiunge Rondena.

La prevenzione "terziaria"

Il concetto che emerge è quello di prevenzione terziaria: intervenire dopo la diagnosi, ma prima che la malattia si ripresenti o progredisca. «Parliamo spesso di prevenzione primaria o screening -, conclude Rondena -. Ma anche agire nella fase precoce della malattia per ridurre il rischio di recidiva è una forma di prevenzione che può migliorare gli esiti per le pazienti e la sostenibilità del sistema sanitario».



Servizio Tumore cerebrale

Glioblastoma: modello 3D e tecniche quantistiche per frenare la progressione

Al via il progetto quinquennale Q-Meta presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia finanziato con oltre un milione dal Fondo italiano per la Scienza

di Redazione Salute

9 marzo 2026

Creare un modello 3D del glioblastoma riproducendo e modificando anche il microambiente tumorale per studiare come mai prima come si comporta questa neoplasia ferocissima che ha una sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di appena il 5% e in più studiarlo con tecniche quantistiche in modo da approfondirne ogni aspetto e comportamento. È questo il cuore del progetto quinquennale Q-META, coordinato da Giada Bianchetti, biofisica, ricercatrice presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia, al quale è stato assegnato un finanziamento del Fondo Italiano per la Scienza (FIS3) di oltre un milione di euro nel settore delle Life Science.

Il glioblastoma, il tumore cerebrale più diffuso e aggressivo negli adulti, rappresenta un'importante sfida in campo oncologico a causa della sua rapida progressione, della resistenza ai trattamenti e della prognosi sfavorevole. Questo tumore, infatti, si distingue per alterazioni molecolari chiave che, unite all'elevata eterogeneità cellulare che lo caratterizza e ad un microambiente tumorale molto dinamico, costituiscono il maggior ostacolo al suo efficace trattamento.

Gli obiettivi dello studio

Q-META vuole studiare il tumore come mai prima. “Il punto di partenza – spiega Bianchetti – è realizzare un modello tridimensionale del tumore senza precedenti, tramite biostampa 3D, una tecnologia che permette di costruire strutture cellulari complesse strato dopo strato, in modo controllato. Utilizzeremo una linea cellulare umana di glioblastoma ampiamente caratterizzata e utilizzata nella ricerca preclinica”. Le cellule tumorali verranno incorporate in un ‘bio-inchiostro’, cioè un materiale biocompatibile che funge da supporto tridimensionale, insieme ad altre componenti fondamentali del microambiente tumorale, come fibroblasti associati al tumore, che contribuiscono alla struttura e alla rigidità del tessuto, e cellule endoteliali, che simulano la componente vascolare. “Attraverso bioprinting sequenziale - aggiunge - queste diverse popolazioni cellulari verranno organizzate in una struttura tridimensionale ‘a conchiglia’, che riproduce in modo più realistico l'architettura del tumore e del suo microambiente”.

Questo approccio, per la ricercatrice, è cruciale perché permette di modulare “non solo la composizione cellulare, ma anche le proprietà fisiche e meccaniche del microambiente, come rigidità e pressione, che sono centrali per il nostro studio”. In una fase successiva del progetto potrebbe esservi l'introduzione di cellule del sistema immunitario, per analizzare in modo più completo le interazioni tra compartimento tumorale, stroma e risposta immune.

Le tecniche quantistiche

In seguito su questi modelli gli scienziati studieranno tutti gli stimoli fisici, come la pressione operata dai tessuti circostanti, che si traducono in cambiamenti metabolici delle cellule tumorali, da ultimo per capire come le forze fisiche ne regolano il comportamento biologico, e se questo meccanismo possa essere sfruttato in modo controllato a fini terapeutici.

Per studiarli gli scienziati si serviranno di tecniche quantistiche. Per osservare il tumore e i suoi comportamenti senza danneggiare le cellule “utilizziamo la microscopia a due fotoni, una tecnica che sfrutta la fluorescenza debole ma fisiologica delle cellule stesse. Questo permette di usare luce meno potente rispetto alle tecniche convenzionali, riducendo il rischio di fototossicità e permettendo di osservare tessuti più in profondità”, spiega.

“Qui entra in gioco la luce quantistica. Se i due fotoni sono correlati tra loro (entangled), la probabilità che vengano assorbiti insieme aumenta già a basse intensità. In termini semplici, il tasso di assorbimento cresce in modo proporzionale al numero di fotoni disponibili. Con luce classica, invece, per ottenere lo stesso segnale è necessario aumentare la potenza della luce, con maggiore rischio di danneggiare le cellule. Questo significa che possiamo ottenere un segnale più efficiente usando meno energia luminosa. L'obiettivo non è “illuminare di più”, ma misurare meglio, mantenendo le cellule nelle condizioni più fisiologiche possibili”.

Nuove basi per la medicina personalizzata

La creazione di modelli che riproducono fedelmente sia i tumori sia il loro microambiente circostante permette di comprendere meglio il ruolo di quest'ultimo nella progressione tumorale e di sviluppare strategie terapeutiche più mirate, ponendo così le basi per avanzamenti significativi nella ricerca biomedica e nella medicina personalizzata. “Il potenziale di Q-META, tuttavia, va oltre l'oncologia - conclude la ricercatrice -. Le spettroscopie potenziate con luce quantistica, infatti, superando le limitazioni dell'imaging ottico convenzionale, offrono un'eccezionale sensibilità e risoluzione che aprono nuove opportunità in diversi ambiti, dalla diagnostica precoce al monitoraggio rapido di infezioni, fino al controllo di qualità in settori industriali ad alta precisione, confermando il ruolo di questa tecnologia come innovazione di ampio respiro per la scienza e la tecnologia”.

Servizio Ricerca

Diabete di tipo 1: così l'immunoterapia ritarda l'esordio e riduce la gravità

Con i farmaci innovativi è possibile intervenire sui meccanismi che generano la malattia superando il limite di gestire solo le conseguenze metaboliche

*di Paolo Fiorina**

9 marzo 2026

Per decenni il diabete di tipo 1 è stato considerato una condizione inevitabile: una volta innescato il processo autoimmune che distrugge le cellule beta pancreatiche produttrici di insulina, l'unica strategia possibile era sostituire l'ormone mancante e controllare nel tempo le complicanze. Oggi, per la prima volta, questo paradigma sta cambiando.

Le nuove terapie immunologiche consentono di intervenire prima che la malattia si manifesti in forma conclamata, ritardandone l'esordio e riducendone la gravità. È un passaggio concettuale rilevante: dal controllo metabolico alla modulazione dell'autoimmunità che è alla base della patologia.

La diagnosi di diabete di tipo 1

Il diabete di tipo 1 è una malattia cronica autoimmune in cui il sistema immunitario attacca progressivamente le cellule beta del pancreas, determinando la perdita della produzione di insulina. Ne consegue l'iperglicemia e la necessità di terapia insulinica per tutta la vita, con il rischio di complicanze micro- e macrovascolari nel lungo periodo. A differenza del diabete di tipo 2, non è correlato agli stili di vita ma a un'alterazione della risposta immunitaria, i cui meccanismi non sono ancora completamente chiariti.

Sebbene meno frequente rispetto al diabete di tipo 2 – che interessa circa il 5% della popolazione – il diabete di tipo 1 non è marginale. In Italia riguarda circa lo 0,2% della popolazione e l'incidenza è in aumento, con una crescita stimata attorno al 3% annuo. L'impatto è particolarmente rilevante perché colpisce prevalentemente soggetti giovani, con implicazioni cliniche, sociali ed economiche di lungo periodo.

I nuovi anticorpi monoclonali

La novità più significativa è rappresentata da Teplizumab, un anticorpo monoclonale recentemente approvato dall'Agenzia europea per i medicinali. Il farmaco agisce selettivamente sui linfociti T coinvolti nell'aggressione autoimmune contro le cellule pancreatiche. Nei soggetti a rischio – identificabili attraverso la presenza di autoanticorpi specifici e iniziali alterazioni della glicemia – è in grado di ritardare l'insorgenza del diabete di tipo 1 di circa tre anni.

Tre anni possono apparire un intervallo limitato, ma in età pediatrica o adolescenziale rappresentano un tempo clinicamente e socialmente significativo. Inoltre, quando la malattia si manifesta, l'esordio risulta generalmente meno severo, con una fase iniziale più lunga di parziale

funzione pancreatica residua e un fabbisogno insulinico ridotto. Si tratta del primo intervento capace di modificare la storia naturale della malattia.

In Lombardia, l'Università degli Studi di Milano e l'ASST Fatebenefratelli-Sacco sono stati tra i primi centri autorizzati all'uso compassionevole del farmaco, in vista del percorso verso la rimborsabilità. Questo passaggio evidenzia un tema centrale per il sistema sanitario: la capacità di integrare rapidamente l'innovazione terapeutica nella pratica clinica, garantendo equità di accesso e sostenibilità.

Teplizumab rappresenta tuttavia solo l'inizio. Numerose altre strategie immunomodulanti sono in fase di studio: farmaci diretti contro molecole costimolatorie del sistema immunitario, contro citochine pro-infiammatorie, fino ad approcci cellulari sempre più sofisticati. L'obiettivo è comune: spegnere in modo selettivo l'autoimmunità, preservando la funzione delle cellule beta il più a lungo possibile.

Le sperimentazioni in corso

In questo contesto si inserisce anche la ricerca italiana. Presso l'Università degli Studi di Milano, in collaborazione con il Boston Children's Hospital e con l'Università di Padova, è stato sviluppato Immunostem, un approccio sperimentale basato su cellule staminali autologhe. Le cellule, prelevate dal paziente mediante aferesi, vengono modificate con tecniche di terapia genica per acquisire proprietà antinfiammatorie e immunoregatorie, quindi reinfuse. Altheia Science biotech creata sulla base delle ricerche di Paolo Fiorina sta portando in clinica Immunostem con notevoli investimenti economici.

Il razionale è duplice: intervenire in modo mirato sull'autoimmunità diretta contro le cellule produttrici di insulina ed evitare l'immunosoppressione generalizzata, grazie all'utilizzo di cellule del paziente stesso. La sperimentazione clinica è in fase di avvio. Si tratta di studi ancora preliminari, ma il potenziale è rilevante: mantenere più a lungo la funzione pancreatica, prolungare la fase di "luna di miele" dopo l'esordio e, in prospettiva, ottenere una regressione dell'iperglicemia in una quota selezionata di pazienti.

Il diabete di tipo 1 resta una sfida complessa e non esistono soluzioni semplici. Tuttavia, l'ingresso dell'immunoterapia e della terapia genica in questo ambito segna un cambiamento strutturale: per la prima volta non ci limitiamo a gestire le conseguenze metaboliche della malattia, ma interveniamo sui meccanismi che la generano.

Per il sistema sanitario questo significa ripensare percorsi di diagnosi precoce, programmi di screening nei soggetti a rischio e modelli di presa in carico che integrino innovazione terapeutica e sostenibilità. Per i pazienti, significa aprire una prospettiva nuova: non solo convivere con la malattia, ma modificarne il decorso.

È un passaggio che fino a pochi anni fa sembrava irrealistico. Oggi è una possibilità concreta, fondata su evidenze scientifiche e su una ricerca in rapido sviluppo.

**Professore ordinario di Endocrinologia, Università degli Studi di Milano, Direttore Unità Endocrinologia e Diabetologia dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco*

SUPERINTRAMOENIA 27 associazioni alle Ast lombarde "Stop a Bertolaso"

Una lettera aperta e un invito: "Non applicate la delibera regionale sulla sanità, la n° XII/4986, 15 settembre 2025, che di fatto istituisce la super-intramoenia, con una ulteriore scalata a forme privatistiche di sanità, che si abbatterebbe sulle fasce più fragili della popolazione". Così hanno scritto via pec ai direttori generali delle Asst e degli Ircs 27 organizzazioni contrarie alla delibera voluta dall'assessore regionale al Welfare, Guido Bertolaso, per istituzionalizzare gli accordi tra le aziende sanitarie pubbliche e i fondi, le

mutue e le assicurazioni della cosiddetta sanità integrativa.

Tra i firmatari Coordinamento Lombardo Sportelli Salute, Medicina Democratica, Arci, Partito della rifondazione comunista, Attac Italia e molti comitati e associazioni locali. Chiedono "una sorta di disobbedienza civile" perché "con la delibera in questione si mette ulteriormente a rischio l'accesso universalistico alla sanità". E ancora: "Non si tratta di una semplice estensione dei rimborsi per chi ha sottoscritto polizze o gode di qualche "welfare aziendale", ma di un meccani-

simo 'salta la fila' anche nel pubblico". Le associazioni sottolineano che "l'introduzione di una ulteriore libera professione, aggiuntiva a quella esistente, rischia di far superare i limiti del 50% di orario complessivamente dedicato alla intramoenia". Secondo i firmatari "la superintramoenia confermerà e aggraverà il ruolo sostitutivo, anziché integrativo, dei fondi sanitari, mutue, assicurazioni, welfare aziendale, allargandosi sulla attività istituzionale". Di qui l'invito ai direttori a "non aggravare gli squilibri".



Arrivano i test della vista in farmacia «Check-up in 15 minuti e gratuito»

LA NOVITÀ

Dopo gli esami di elettrocardiogramma e l'holter nelle farmacie della Capitale attivano anche i controlli gratuiti della vista. Un servizio gratuito e senza appuntamenti che è stato già avviato in 12 croci verdi (40 mila i test già eseguiti). Per accedere al nuovo servizio è sufficiente andare in farmacia - tra quelle che hanno aderito - o sul sito farmavista.it e quindi prenotare giorno e orario. Un ottico professionista, presente stabilmente in farmacia, esegue un check-up completo: test optometrico computerizzato, controllo ortottico, valutazione per lenti a contatto. Il tutto in circa 15 minuti.

IL TEST

Se necessario, si possono acquistare gli occhiali direttamente

in farmacia: «Non c'è chiaramente nessun obbligo. Si tratta di test della vista gratuiti. Il nostro obiettivo è quello di offrire un servizio utile e andare in contro alle esigenze» precisa Maurizio Cossu, farmacista e tra i promotori del servizio che aggiunge: «La scelta della farmacia

non è casuale. Per molti romani, soprattutto anziani, famiglie, persone con mobilità ridotta, è il primo presidio sanitario di riferimento, più accessibile del medico di base e meno complicato di una struttura ospedaliera».

LA MAPPA

Il controllo della vista è aperto a tutti, adulti e bambini, senza limiti di età o requisiti particolari.

Una nuova prestazione dunque promossa da Farmavista, la startup romana che sta portando l'ottica nelle farmacie di quartiere. Al momento sono dodici le croci verdi che hanno aderito tra Montesacro, Tiburtina, Ponte di Nona, Bravetta, Massimina,

Ostia, Pomezia (due sedi), Fiumicino, Guidonia, Monterotondo, e Villa Adriana: «L'idea è togliere quella barriera che fa rimandare il controllo della vista spiega Gianluca Pasanisi, farmacista romano e co-fondatore di Farmavista - ma attivando il servizio nelle farmacie di quartiere diventa tutto più facile».

I SERVIZI

L'esame della vista è un ulteriore servizio attivato nelle farmacie della Capitale dove è già possibile eseguire test per il colesterolo, trigliceridi, glicemia ed emoglobina. A cui si sommano gli esami cardiologici che è possibile richiedere: holter cardiaco e pressorio, elettrocardiogramma.

Fla. Sav.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PRENOTAZIONI APERTE
ANCHE ONLINE
IL SERVIZIO È GIÀ
ATTIVO IN 12 CROCI
VERDI DELLA CAPITALE
40MILA I CONTROLLI**



I controlli della vista sono aperti a tutti, a prescindere dall'età

