

15 maggio 2026

**RASSEGNA
STAMPA**



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

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





la Repubblica



Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



Rcultura Salone, su il sipario pienone all' Arena

di SARA SCARAFIA a pagina 41

Rsport Sinner in semifinale al Foro Italico

di MASSIMO CALANDRI a pagina 44



Venerdì 15 maggio 2026 Anno 51 - N° 110 Oggi con il venerdì in Italia € 2,90

Maldive, la strage dei sub

Cinque italiani muoiono intrappolati in una grotta a 60 metri di profondità ad Alimathà, nell' atollo di Vaavu. Ignote le cause. Erano un gruppo di biologi marini con istruttore. Tra loro la docente Montefalcone con la figlia. Recuperato un solo corpo

Xi avvisa Trump "Taiwan è un rischio" Spiragli su Hormuz

dal nostro inviato PAOLO MASTROLILLI



Donald Trump con Xi Jinping

PECHINO. Certe volte per capire i retroscena della diplomazia torna utile guardare ai dettagli. Ieri mattina, pur accogliendo con i massimi onori militari il presidente americano Trump nella Grande Sala del Popolo di Pechino, il rivale cinese Xi lo ha avvertito che se non gestirà con ocularità la questione di Taiwan, rischierà la guerra. Con servizi di LOMBARDI e MODULO da pagina 6 pagina 11, commento di BETTINI



Da sinistra, la docente dell'università di Genova Monica Montefalcone, sua figlia Giorgia Sommacal, lo studente Federico Gualtieri, la ricercatrice Muriel Oddenino e l'istruttore Gianluca Benedetti

Un paradiso turchese tra squali e coralli

di GIACOMO TALIGNANI

"Era una sirena ma lì sotto è diverso"

di ELENA DUSI

alle pagine 4 e 5



L'atollo di Vaavu

di ALESSANDRA ZINZI

Le grotte di Alimathà, nell'atollo di Vaavu, uno straordinario canyon dalle pareti incastonate di coralli percorso da magnifici pesci tropicali. Monica Montefalcone, biologa e docente di ecologia marina e scienze subacquee dell'Università di Genova, volto noto di tante campagne tv, sub esperta, non aveva esitato a portare giù con lei nei fondali di quelle Maldive che così bene conosceva sua figlia Giorgia Sommacal, 23 anni, e un suo studente, Federico Gualtieri, 31 anni. Insieme alla collega Muriel Oddenino e all'istruttore subacqueo Gianluca Benedetti aveva sfidato l'allerta meteo gialla. Servizi di GIANNOLI e LIGNANA da pagina 2 a pagina 5

L'APPELLO

Draghi scuote l'Europa: ora siamo davvero soli

di ANDREA BONANNI



Mario Draghi

Soli, insieme. Lo si dice dei naufraghi. Ma anche dei pionieri. Mario Draghi racchiude in un ossimoro la tragedia e l'occasione dell'Europa. "In un mondo di alleanze mutevoli, ogni dipendenza strategica deve ora essere riesaminata. Per la prima volta nella memoria vivente, siamo davvero soli insieme" ha detto l'ex premier italiano. a pagina 15 di MASTROBUONI a pagina 14

LA BUONA SPESA PER TUTTI. MD logo. mdsipa.it

IL CASO

Calcio, la farsa è finita derby di Roma alle 12

di MAURIZIO CROSETTI

La parola deficiente deriva dal latino deficiens, -entis, participio presente del verbo deficere ("mancare", "venir meno"), composto da de- (allontanamento) e facere ("fare"). Letteralmente significa "che viene meno", "mancante" o "insufficiente", indicando originariamente una carenza quantitativa o funzionale. Questa è la Treccani. Quando la realtà ci sembra incomprensibile, cercare aiuto nel vocabolario è sempre un'ottima idea. a pagina 47 Con un servizio di SERENI

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281



Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it

Petti logo and website information

Cardinale e il Milan. Sono qui per i trofei e non per fare soldi. di Carlos Passerini alle pagine 56 e 57

Solferino e Cairo, libri e autori. La lunga storia del Corriere narrata al Salone del Libro di Baroni, Rastelli e Taglietti alle pagine 46, 47 e 49

Petti logo and website information

Ue, le strategie
L'OCCASIONE STORICA PER L'EUROPA
di Ernesto Galli della Loggia

S e a Bruxelles ci fosse stata, e magari anche ora ci fosse, un'Europa capace di scommettere davvero sulle proprie forze e sul proprio futuro, se in Europa ci fosse ancora un governante convinto che la politica, quando si presenta anche capace di gettarsi alle spalle la normale amministrazione e aprirsi ai disegni più audaci, allora questa Unione europea avrebbe capito la straordinaria occasione che la storia le stava offrendo. Ma che ancora oggi le offre. Mi riferisco alla coincidenza tra due fatti: da un lato la guerra scatenata dall'aggressione russa all'Ucraina e dall'altra la decisa politica isolazionista della presidenza Trump, intrisa di simpatia per Putin e di ostilità verso quelli che fino a poco tempo fa erano i fedeli alleati degli Stati Uniti da questa parte dell'Atlantico. Una coincidenza con molti aspetti assai negativi ma che in realtà ha aperto al progetto europeista una straordinaria occasione. Mi spiego. Washington non ha mai amato tale progetto. Per ovvie ragioni: un'Europa politicamente unita non può che rappresentare un ostacolo al vassallaggio politico-militare in cui il nostro continente si è trovato nei confronti degli Usa a partire dal 1945. D'altra parte, tuttavia, senza il sostegno militare degli Usa la presenza incombente della Russia sulla restante parte d'Europa, di una Russia sempre nemica della libertà, era troppo evidente e minacciosa perché i Paesi del continente potessero pensare di contrastarla da soli.

continua a pagina 32

La tragedia di un team di biologi marini, c'era la docente Montefalcone con la figlia. Recuperato un solo corpo

La morte dei 5 sub italiani

Si erano immersi alle Maldive in una grotta a 50 metri di profondità nell'atollo di Vaavu



Monica Montefalcone 51 anni, Giorgia Sommacal 22 anni, Gianluca Benedetti 44 anni, Muriel Oddenino 31 anni, Federico Gualtieri 31 anni

Dramma alle Maldive, dove cinque italiani hanno perso la vita durante un'immersione per esplorare una grotta a cinquanta metri di profondità. Tra le vittime anche la ricercatrice dell'Università di Genova Monica Montefalcone e la figlia Giorgia, ventenne. I soccorritori: «Operazioni di recupero rischiose».

alle pagine 23 e 5 Gramigna Pasqualetto Ribaudò

Dalla carne alla tecnologia, sul tavolo del vertice affari miliardari. Gli Usa: compreranno 200 Boeing

Trump-Xi, tra sorrisi e ultimatum

La Cina: noi partner, ma su Taiwan rischi di guerra. Il tycoon: intesa su Hormuz

LA CITAZIONE
Tucidide, la trappola
Il fascino dei classici
di Santevecchi a pagina 8
A FINE MESE PUTIN SARÀ A PECHINO
Mosca irride Donald:
è lui che non ha carte
di Imarisio a pagina 9
SI DEL GOVERNO, SINISTRA DIVISA
Martina per la Fao,
l'ostacolo è Sánchez
di Canettieri a pagina 14



La stretta di mano fra il presidente americano Donald Trump, 79 anni, e il presidente cinese Xi Jinping, 72

«Partner, non rivali», il messaggio emerso dalla giornata a Pechino del presidente degli Stati Uniti Trump faccia a faccia con Xi. Accordi economici e intesa su Hormuz. da pagina 6 a pagina 9 Basso, Mazza, Privitera



L'EX PREMIER, IL DISCORSO
Draghi, scossa all'Unione: ora dobbiamo difenderci da soli

di Mara Gergolet

«Per la prima volta noi europei siamo davvero soli. Si trasformi la crisi in più unione. Così l'ex presidente della Bce Mario Draghi mentre riceve il premio Carlo Magno ad Aquisgrana. «Dobbiamo far fronte alla possibilità che gli Usa non garantiscano più la sicurezza, e la Cina non offre un'alternativa perché sostiene il nostro avversario, la Russia».

a pagina 13

INTERVISTA A PINELLI, CSM
«Toghe e politici, serve rispetto dalle due parti»

di Giuseppe Guastella



Sulla giustizia, dice Fabio Pinelli, il vicepresidente del Csm, «dobbiamo voltare pagina. Per il referendum il confronto è stato aspro, ma ora rispetto e fiducia».

a pagina 15

BONINO, RICORDI E BATTAGLIE
«Io e Pannella, la pasta al burro Cominciò così»

di Alessandra Arachi a pagina 19

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini. Ma dove è finito il caro vecchio Trump, quello col vezzo di insolentire gli alleati e i connazionali residenti in Vaticano? Al cospetto dell'impassibile «Ping» (come lo ribattezzò l'immortale Di Maio-Tse Tung), il babau si è trasformato in una statua di terracotta. Per darsi un tono stringeva le labbra e reclinava la testa, ma più che un imperatore romano faceva venire in mente uno spaventapasseri. E poi le parole. Dimenticate i toni sprezzanti che riserva a europei, giapponesi, canadesi. Davanti a Xi Jinping era tutto un «sei un grande leader», «per me è un onore essere tuo amico», «avremo un futuro fantastico insieme». Che l'aria di Pechino lo abbia trasformato di colpo in un diplomatico avveduto, un prudente navigatore di correnti democristiane?

L'Amicone. Mi sentirei di escluderlo. Considerato che aveva steso tappeti rossi anche a Putin, si può invece giungere alla conclusione che essere alleati di quest'uomo d'affari non è mai un grande affare. Se sei grande e grosso come lui, ti porta rispetto e cerca di fregarti riempendoti di complimenti. Se invece sei piccolo e diviso come noi, ti disprezza e cerca di fregarti riempendoti di improperi. In ogni caso cerca di fregarti. L'importante è saperlo, e smettere di stupirsi se quello che dice non corrisponde mai a quello che pensa, e se quello che pensa non è più quello che ha pensato ieri e non è ancora quello che penserà domani. Indignarsi e costernarsi con uno così serve davvero a poco. Serve di più mettersi in condizione di poterne fare a meno.

CRAI Nel cuore dell'Italia

IL COLLOQUIO
La lezione di Cecchetti
"Non giudicate i Turetta"

FRANCO GIUBILEI — PAGINA 24



L'INDAGINE
La vita degli adolescenti
che vogliono farsi sentire

CHIARASARACENO — PAGINA 31



IL PASTICCIO DI ROMA
Il derby domenica alle 12
il calcio è una commedia

ANTONIO BARILLA — PAGINA 37

190€ II ANNO 160 II N.128 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCG - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

VENERDÌ 15 MAGGIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

LA GEOPOLITICA

Vertice Xi-Trump
il patto degli affari
Alta tensione
sul futuro di Taiwan

LAMPERTI, SEMPRINI, SIMONI, SIRI



Nel vertice fra Trump e Xi a Pechino si registrano progressi sul fronte economico mentre non ce ne sono su Taiwan. — PAGINE 4-10

IL COMMENTO

Perché la Cina
ha vinto ai punti

STEFANO STEFANINI

Il vertice fra le due massime potenze mondiali ha prodotto pochi risultati concreti e segnato una correzione di rotta degli Usa. — PAGINA 5

Un business ristretto
che esclude gli altri Paesi

PIETRO REICHLIN — PAGINA 31

Ma con Mao e Nixon
era un'altra Storia

GABRIELE SEGRE — PAGINA 10

Quei due maschi
e un muro di cravatte

MARIA LAURA RODOTÀ — PAGINA 9

Putin costretto ai margini
bombarda l'Ucraina

ANNA ZAFESOVA — PAGINA 11

Draghi scuote l'Europa
"Più duri con l'America"

MARCO BRESOLIN — PAGINA 15

ERANO TUTTI ESPERTI, DUE VITTIME PIEMONTESE. I SOCCORRITORI: RECUPERO DEI CORPI AD ALTO RISCHIO

Grotta alle Maldive strage di sub italiani

Cinque morti durante un'immersione a cinquanta metri di profondità

LE STORIE

Mamma e figlia
dal sogno al dramma

GIULIA MIETTA

Uniti dalla passione per il mare, una passione che li aveva portati a fare di quell'amore viscerale una professione. Tre delle vittime dell'incidente nelle acque delle Maldive facevano ricerca oceanografica: Monica Montefalcone, Muriel Oddenino e Federico Gualtieri, pur con diverse origini erano legati allo stesso dipartimento dell'Università di Genova. — PAGINA 3

IRENE FAMA



Cinque subacquei italiani sono morti dopo essersi immersi nell'Atollo di Vaavu, alle Maldive. L'incidente è avvenuto in una grotta a cinquanta metri di profondità. Tra le vittime ci sono anche due piemontesi. — PAGINE 2 E 3

L'INTERVISTA

Pelizzari: l'allarme
non è scattato

FABIO POZZO

«Io Monica (Montefalcone) la conoscevo, avevamo anche tenuto una conferenza insieme. Era una biologa appassionata, una subacquea molto brava, preparata, che si era già immersa nel Blue Hole a 90 metri. Mi ha appena chiamato un mio amico, avvertendomi della tragedia. Sono annichilito». Umberto Pelizzari è uno dei più grandi apneisti italiani, una sfilza di record mondiali. — PAGINE 2 E 3

INTERVISTA A BARBARA D'URSO DOPO LA CAUSA: DE FILIPPIE TOFFANIN? CI SONO CHAT E DOCUMENTI



Barbara D'Urso si toglie molti sassolini dalle scarpe riguardo alla fine del suo rapporto con Mediaset

PAGINE 26 E 27

LA FESTA DI TORINO

I tormenti di Giuli
"Al Salone del libro
mi sento più a casa
che al ministero"

FRANCESCO RIGATELLI



«Non mi sottovalutate. Il ministro della Cultura Giuli arriva al Salone del libro dopo giorni difficili». — PAGINE 16 E 17

PARLA ZAGREBELSKY

"Dall'alto la cultura
non si cambia"

ALESSANDRO COLOMBO

«ospitalità per tutti ma attenzione che operino da intellettuali liberi dice Gustavo Zagrebelsky. — PAGINA 17

Fornero: "Ai giovani
restano le briciole"

GIOVANNI TURI — PAGINA 21

Zadie Smith: lottiamo
per le nuove generazioni

SIMONETTA SCIANDIVASCI — PAGINE 18 E 19

Mancuso: i ragazzi
si salvano con la lettura

CHIARA COMAI — PAGINE 32 E 33

Nothomb: amo gli Usa
ma Donald mi fa paura

FRANCESCA SCHIANCHI — PAGINA 18

De Gregorio, la malattia
e la cura di stare insieme

FRANCESCA MANNOCCHI — PAGINA 35

Buongiorno

Fa impressione leggere i ricorrenti reportage da Cuba. L'ultimo dettagliava sul disastro della sanità che ha il corpo di un uomo al pronto soccorso, morto senza cure per mancanza di mezzi con cui curarlo, e poi rimasto lì in mezzo ai malati, per mancanza di energia elettrica con cui alimentare la camera mortuaria. Fa impressione perché, quando ero ragazzo, i sostenitori di Cuba opponevano al mito della democrazia e della libertà (mito per loro, non per me, né allora né oggi) le meraviglie della sanità e dell'istruzione, modelli di efficienza e uguaglianza socialista. E anche questi reportage il più delle volte sembrano subire la seduzione dell'isola di Fidel Castro e Che Guevara, di Ernest Hemingway e Gabriel García Márquez, dei pomeriggi al mare e le notti a ballare, delle va-

canze a inseguire un morso di rivoluzione, che gli europei si illudono di assaggiare qui, diceva Mario Vargas Llosa, e rifarsi di tutte le loro utopie fallite. Le colpe, oggi, ricadono regolarmente su Donald Trump e il suo embargo sempre più impietoso, mentre nell'isola si fa la fame. E in effetti lo sa solo Trump quale sia il pericolo, di cui parla e straparla, per la sicurezza degli Stati Uniti. Ma forse qualche colpa in più l'hanno gli eredi e detentori della dittatura castrista che, in nome di un'ideologia defunta e putrescente, tengono in miseria un popolo intero. In miseria o in carcere: proprio ieri, Prisoners Defenders ha calcolato il nuovo record di detenuti politici all'Avana: sono mille e 260, fra cui una quindicina di minorenni. Tutti reclusi per avere detto no al fascino di Fidel e del Che.

Cuba libre

MATTIA FELTRI



40515 151247 0001





€ 1,40 ANNO 148 - N° 130
Sped. in A.P. 0333/2003 conv. L. 46/2004 art. 1, c. 1 (03/04)

Venerdì 15 Maggio 2026 • S. Torquato

Il Messaggero



IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Sinner e Darderi in semifinale, Mattarella al Foro

Gli Internazionali colorati d'azzurro



Il racconto
Fumogeni e caffè, è la notte magica del gladiatore Lucio

Piero Mei

C è un detto, che pare d'origine fiorentina, dedicato a chi, arrivando tardi alla festa di San Giovanni, "dopo fechr" da dire senza "c" in rivall'Arno, s'era perso il meglio.

Continua nello Sport Bulleri, Carina e Martucci nello Sport

Visita alla Sapienza
Papa Leone parla di pace
Acclamato dagli studenti



Giansoldati e Pirasa pag. 11

L'editoriale LA PORTA APERTA

Luca Diotallevi

La standing ovation della Sapienza, la più antica università di Roma, segue di una settimana quella di piazza del Plebiscito a Napoli. Un vescovo e dunque un papa non può permettersi di cercare lo scontro per lo scontro, né all'interno né all'esterno della Chiesa. Mantenere o riaprire canali di dialogo per lui è un dovere, per lui è una parte del proprio servizio. Può non riuscirci, ma deve provarci. Se non ci riesce sarà ricordato come martire, ma il martirio vero non deve mai essere cercato come fine in se stesso.

Leone XIV ha mantenuto aperti i canali di comunicazione che Francesco gli aveva lasciato aperti e ne ha riaperti alcuni che invece aveva trovato chiusi. Addirittura ha trasformato attacchi feroci e risibili in nuove opportunità di dialogo con settori lontani dell'opinione pubblica mondiale.

Chi nel 2007 aveva spinto il ministro Amato ad ammettere di non poter garantire l'ordine pubblico alla Sapienza e così aveva costretto Benedetto XVI a rinunciare alla sua lectio magistralis in quella università ieri in piedi ha accolto prima e poi applaudito l'intervento di Leone XIV. Al bravo ragazzo di Chicago è riuscito quello che al professore bavarese non era riuscito.

Papa Prevost ha scelto di rivolgersi alle persone, agli studenti prima ed agli insegnanti poi. Dei primi ha riconosciuto e condiviso le paure e le difficoltà.

Continua a pag. 28

Il fine vita UNA LEGGE DI PIETÀ

Guido Boffo pag. 28

IL TAR SPINGE PREFETTURA E LEGA CALCIO ALL'ACCORDO: SI GIOCA DOMENICA, POI LA FINALE DEL TENNIS

Derby a mezzogiorno

Roma-Lazio in contemporanea con altri 4 match. Binagli attacca «Serie A organizzata con i piedi»



Errori e gaffe ai danni di Roma

Alberto Abbate

Dopo un'altra giornata convulsa, la decisione Roma-Lazio si gioca domenica alle 12. Una vicenda in cui la città non è stata rispettata.

Nello Sport Lengua nello Sport

CINQUE ITALIANI, ESPERTI SUB, MORTI DURANTE UN'IMMERSIONE

La strage delle Maldive

►La tragedia in una grotta a 50 metri di profondità. I soccorritori: operazioni di recupero dei corpi ad alto rischio. L'allerta meteo ignorata e il sospetto di un difetto delle bombole

ROMA Tragedia alle Maldive, cinque italiani morti durante un'immersione.

Evangelisti e Pace alle pag. 2 e 3



Le vittime della tragedia alle Maldive. Da sinistra in senso orario: Giorgia Sommacal, 23 anni, la madre Monica Montefalcone (51), Muriel Oddenino (31), Gianluca Benedetti (44) e Federico Gualtieri (31)

Il presidente Usa a Pechino: «Uniti su Hormuz»

Xi avverte Trump: su Taiwan rischiate un'altra guerra

►Il leader americano: noi partner, non rivali. Dai dazi alle terre rare, braccio di ferro sui dossier

Paura e Vita alle pag. 5 e 7

M Le analisi del Messaggero

● G2 SENZA GRANDI RISULTATI

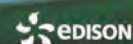
Stefano Silvestri a pag. 5

● SUPERPOTENZE FRAGILI

Roberta Amoroso a pag. 8

Futuro in corso.

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



Diventiamo l'energia che cambia tutto.

Il Segno di LUCA

TORO, SERVE ELASTICITÀ

Grazie al ripetersi della visita mensile della Luna nel tuo segno puoi in parte annullare le interferenze emotive, ritrovando un ascolto più nitido di uno stato d'animo che ti fa sentire più in forma. La configurazione ti ripresenta gli obiettivi che ti sei proposto di raggiungere nel lavoro, evidenziando le tue resistenze a cambiare punto di vista. Ma questo atteggiamento non può durare, baratta la tua ostinazione con l'elasticità.

MANTRA DEL GIORNO

Con le domande emergono nuove scelte.

L'oroscopo a pag. 28



Venerdì 15 maggio 2026

ANNO LIX n° 112
1,50 €
San'Isidoro
l'Agricoltore
lavora

Edizione d'Avvenire
188.081.02

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



VALLEVERDE

Editoriale

IL MESSAGGIO DEL PAPA ALL'EUROPA CHE CI DIFENDE

Diego Motta

La distanza tra un manipolo di potenti spregiudicati e i popoli del mondo non è mai stata così netta. I primi vogliono la guerra, i secondi la pace. La differenza è tutta qui e altre categorie per capire cosa sta succedendo non servono. Sono antistoriche. Usare missili e armi per bombardare città e Paesi non ha più senso. È illogico, oltreché criminale e illegale. Oggi sappiamo come inizia un conflitto, non come finisce. Si entra di solito in un vicolo cieco, sperando prima o poi che una delle parti ceda per stanchezza, con migliaia di morti sul campo. Se si va libera alle operazioni militari è fatto in violazione del diritto internazionale, diventa poi difficile evocare le stesse norme per individuare una via d'uscita. Lo abbiamo visto a Kiev, a Gaza, a Teheran. Non si parla più di trattati, di accordi, di intese. Al limite di tregue e di cessare il fuoco, piuttosto disastri dal più forte, che torna a seminare distruzione. Le guerre oggi sono si scontri tra eserciti e aviazione, ma nel frattempo sono diventate anche molto altro.

continua a pagina 16

Editoriale

IL MESSAGGIO DEL PAPA AI GIOVANI PERCHÉ NESSUNO VI RUBI FUTURO

Pierpaolo D'Urso

C'è una fase che attraverso il discorso di Leone XIV alla Sapienza come una carezza e insieme come un grido: «Il futuro è ancora da scrivere e nessuno ve lo può rubare». In un tempo che sembra aver dichiarato guerra alla speranza, il Papa consegna ai giovani qualcosa di immenso: il diritto di non arrendersi. Ed è forse proprio questo, in fondo, il cuore del suo messaggio ai giovani: nessuno vi rubi il futuro. Non è stato un discorso accademico. Non una lezione. Non una visita protocolare. Alla Sapienza Leone XIV è entrato dentro la ferita di una generazione. Ha guardato senza paura. È proprio per questo che noi dobbiamo attraversare il cuore di tutti i giovani. Perché il Papa ha dato voce a ciò che tanti ragazzi non riescono più nemmeno a dire. La stanchezza di dover essere sempre all'altezza. L'angoscia di sentirsi insufficienti. La pressione di una società che misura tutto in risultati, prestazioni, successi. Una società che trasforma la vita in una corsa feroce e il fallimento in una colpa. E una delle intuizioni più profonde del discorso del Papa è proprio questa: salvare i giovani dalla dittatura della velocità.

continua a pagina 16

IL FATTO | Leone XIV alla Sapienza, l'abbraccio di studenti e docenti: «Giovani, siate artigiani di pace»

«Non si chiami difesa il riarmo dell'Europa»

Giacomo Gambassi

Alle sue spalle ha otto piante di tulivo che spiccano fra i busti di Dante Alighieri e Leonardo da Vinci e davanti all'affresco di Mario Sironi, «L'Italia fra le arti e le scienze». «Mai più la guerra» è il «grido» di Leone XIV che, come i suoi «predecessori», rilancia dall'aula magna dell'università La Sapienza visitata ieri, in mezzo all'abbraccio di tutta la comunità della maggiore università del continente, che annovera 125 mila studenti e oltre 3.500 docenti. A pochi giorni dall'ottantesimo anniversario della nascita della Repubblica, cita la «Costituzione italiana» che sancisce il «ripudio della guerra» per evidenziare il pensiero «comune», poi il Papa critica l'Europa dove «nell'ultimo anno la crescita della spesa militare è stata enorme». Da qui il monito: «Non si chiami "difesa" un riarmo che aumenta tensioni e insicurezza, depauperi gli investimenti in educazione e salute, smentisca fiducia nella dignità, arricchisce di te cui nulla importa del bene comune».

Lenzi, Musara e Pompo alle pag. 2,3 e 15



L'INCONTRO IN CINA Sorrisi e affari per Xi e Trump. Ma su Taiwan restano lontani

Miele a pagina 4

I nostri temi

DIGITALE

Social e minori, oltre al pressing parte la causa

CHIARA DI BENEDETTO

Mentre non si fermano le iniziative per limitare l'accesso dei minori ai social (l'ultima è arrivata da Mara Carfagna, segretaria di Noi Moderati), parte la prima causa contro Meta e TikTok in Italia.

A pagina 8

LA RICERCA

Liste d'attesa e poco tempo Stress di famiglia

MASSIMO CALVI

Essere genitori, abitare in uno dei territori più ricchi del Paese, avere un reddito più che dignitoso, poter disporre di buoni servizi, avere a disposizione musei, teatri, cinema... eppure non farcela.

A pagina 10

BEATIFICAZIONE | Chiusa la fase diocesana



Don Giussani, da Milano la spinta verso gli altari

Braccini e Paolucci a pagina 17

GLI ESUBERI DI ELECTROLUX

Elettrodomestici in crisi «Chiusura drammatica»

Arena e Benedettelli a pagina 6

ENERGIA | Con i piani del Governo il confronto si accende. Le voci di Calenda e Bonelli

L'Italia al bivio sul nucleare Rischi e scorie il doppio nodo

MATTEO MARCELLI

La rotta è tracciata. Confermata da Meloni nel premier time in Senato di mercoledì. Entro l'estate il quadro giuridico per il ritorno al nucleare in Italia sarà pronto e farà da base al piano energetico nazionale allo studio dell'esecutivo. Secondo il titolare dell'Ambiente Prichetto la produzione inizierà già a metà del prossimo decennio. Confindustria plaude e così

Enel. Ma la scelta è destinata a suscitare polemiche, specie in un Paese che ha già bocciato il ricorso ai reattori per uso civile in due tornate referendarie. Il leader di Azione Calenda approva: «Serve un approccio pragmatico, l'energia costerà di meno». Il co-portavoce di Avs, Bonelli denuncia: «Bocciato un nostro emendamento per limitarne l'utilizzo al civile, il nucleare è una truffa e costa moltissimo».

Primoplano a pagina 7

IL PREMIO CARLO MAGNO

La ricetta di Draghi per l'Ue: un federalismo pragmatico

L'Europa oggi è sola, il dialogo con Trump «non ha funzionato» e bisognerebbe iniziare a usare con gli Usa «un tono più assertivo». Dunque «serve coraggio», indispensabile per portare l'Ue ad affrontare sfide cruciali. L'ex presidente della Ue ed ex premier Mario Draghi pronuncia un discorso accurato sulle sorti dell'Europa, ricevendo ad Aquasgrana il premio Carlo Magno.

Guerrieri a pagina 9

IL DRAMMA IN TURCHIA

La lotta delle donne per sconfiggere la violenza

Giglio a pagina 15

Corpo celeste

«Poi che anch'io sono caduta Signore dinanzi a una soglia - come il pellegrino che ha finito il suo pane, la sua acqua, i suoi sandali e gli occhi gli si oscurano e il respiro gli strugge l'estrema vita e la strada lo vuole lì disteso. Il morto prima che abbia toccato la pietra del Sepolcro», con Antonia Pozzi, in questa sua «Casi sia» sentiamo che anche i nostri occhi possono oscurarsi e il respiro strozzarsi in gola, con lei anche noi possiamo sentirci «cadavere del pellegrino», con le sue parole possiamo sentirci interpellati da questa vita che a volte sembra volerci vedere morti di fame, di sete, pronta a trasformare la

strada in tomba. Con lei però possiamo anche aprirci a chiedere «la pietà delle stelle», espressione toccante che chiude la poesia, la preghiera, che sembra voler chiedere al Cielo di piangere compassione sul nostro corpo crocifisso. Ogni parte di noi diventa così preghiera, dolorosa ed estrema, non nata da perfezioni, non da esercizi di concentrazione, non da eccessi di pietà ma solo dall'aver trasformato il luogo della nostra caduta in una soglia, in uno spazio sacro dove poter ancora cercare il Signore. Il corpo disinganno dalla vita, cadendo, prima di aver toccato la pietra del Sepolcro, diventa esso stesso soglia, e sepolcro, e implorazione, attesa del hancie eterno di Dio.

Gutenberg
Il mondo salvato dai ragazzini
Nell'allegato

Il nuovo libro di DON COSIMO SCHENA
L'eresia di FRANCESCO
IN TUTTE LE LIBRERIE

L'80% degli aspiranti medici resta nel sistema universitario

La riforma di Medicina. Dei 52mila studenti con almeno un esame durante il semestre filtro 19mila sono entrati in graduatoria, 12.710 hanno ripiegato su corso affine e 8.779 hanno cambiato facoltà

Eugenio Bruno

Il semestre aperto di Medicina si prepara al bis. Come confermato dalla ministra Anna Maria Bernini in un'intervista pubblicata sul Sole 24 Ore di ieri, il modello introdotto l'anno scorso (e imperniato su uno sbarramento a valle in base ai risultati di tre esami anziché a monte attraverso i vecchi test d'ingresso) verrà sostanzialmente replicato nel 2026/27. In attesa che arrivi il nuovo decreto con le modifiche annunciate (a cominciare dall'inserimento di medici e prof delle superiori nelle commissioni e dal posticipo a gennaio di almeno un appello) è possibile fare un bilancio di come è andata nei mesi scorsi.

La riforma, grazie anche alla doppia iscrizione iniziale e al paracadute dei corsi affini come piano B di default, assicura la tracciabilità delle singole carriere. E, a prescindere da come la si pensi sul nuovo tipo di accesso programmato, questo costituisce già di per sé un valore per un Paese con tassi di abbandoni universitari a due cifre tra primo e secondo anno. Ad esempio, al 13,3% nelle università statali secondo l'ultimo rapporto Anvur sulla Formazione superiore.

Dai numeri elaborati dal Cineca su input del Mur scopriamo che dei 63.918 iscritti al semestre aperto di Medicina, Odontoiatria o Veterinaria sono 52.521 quelli che ci hanno realmente provato, sostenendo almeno un esame dei tre richiesti obbligatoriamente (Biologia, Chimica e Fisica). Gli altri 11.397 risultano invece iscritti al primo (4.978) o a un altro successi-

vo al primo (3.467) di un altro corso o, in minima parte (2.952), non risultano nell'Anagrafe studenti.

Se ci concentriamo sui 52mila e passa con uno o più esami svolti viene fuori che 17.157 (pari al 99,3% dei posti a bando per i corsi a lingua italiana negli atenei statali) sono entrati a Medicina, 1.028 a Odontoiatria (con una copertura delle disponibilità iniziale dell'88,3%) e 1.254 a Veterinaria (pari al 99,1% degli slot a disposizione). Sono, dunque, 19.439 i posti coperti con la graduatoria unica elaborata alla fine del primo semestre.

Se al conto aggiungiamo i 12.710 che attualmente frequentano un corso affine dell'area sanitaria, biomedica, veterinaria o farmaceutica e gli 8.779 iscritti a un'altra facoltà, viene fuori che l'80% degli aspiranti medici è ancora all'interno del sistema universitario. Un altro 20% invece no. Stiamo parlando di circa 11mila giovani che potrebbero ora essere riorientati dai singoli atenei. O almeno questo è l'auspicio espresso dalla ministra a questo giornale.

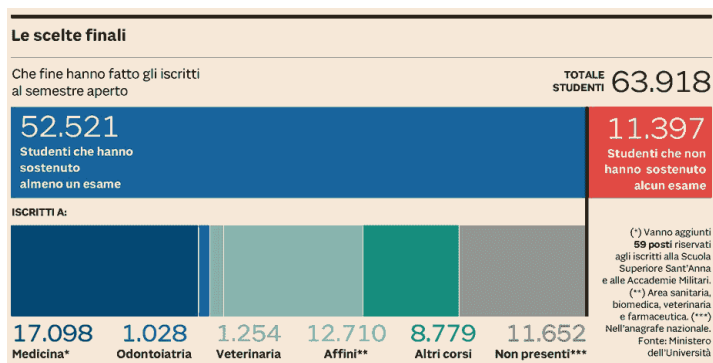
Sempre nell'ottica di raccontare come è andata l'anno scorso i dati del Mur ci consentono di sapere che degli oltre 12mila iscritti a un corso affine la maggior parte ha scelto una triennale in Biotecnologie (3.500 studenti tra primo e secondo anno) o in Scienze biologiche (3.024) oppure una magistrale in Biologia (2.748). Con i 2.081 iscritti a Professioni sanitarie in infermieristica o ostetricia e i 1.074 di Scienze zootecniche e tecnologie delle produzioni animali che completano la Top five dei sentieri più battuti

tra quelli affini a Medicina.

Se passiamo infine ad analizzare gli altri 8.779 ex aspiranti camici bianchi che risultano ancora all'università scopriamo che un altro migliaio in realtà sta provando a coronare lo stesso sogno in un altro modo. Più nel dettaglio, sono 917 i giovani che stanno frequentando Medicina in un ateneo non statale superando il relativo test d'ingresso, i 28 che sono entrati nella variante in lingua inglese (di cui 16 alle private e 12 alle pubbliche) e i 150 che a una non statale sono finiti per Odontoiatria. Ma il panorama complessivo è addirittura più variegato se consideriamo i 654 iscritti alla triennale di Chimica, i 630 a quella di Ingegneria industriale e soprattutto i 583 che hanno optato per la magistrale in Giurisprudenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il piano B più gettonato è la triennale in Biotecnologie, ma 654 hanno scelto Chimica e 583 Giurisprudenza



Infermieri, al via tre lauree e sì alle ricette Medici di famiglia, riforma ancora in salita

Sanità

In Gazzetta i decreti del Mur
I sindacati dei camici bianchi
contrari alla dipendenza

Marzio Bartoloni

Dopo quella triennale che apre le porte alla professione arrivano tre nuove lauree specialistiche per gli infermieri già dal prossimo anno accademico. Con la possibilità per chi si laurea di poter fare ricette prescrivendo dispositivi legati all'assistenza infermieristica come materiali per le medicazioni o presidi per le stomie a cominciare da sacche e cateteri. Sono stati infatti appena pubblicati in Gazzetta ufficiale i decreti del Mur che istituiscono le tre nuove lauree magistrali in Scienze infermieristiche su cure primarie e infermieristica di famiglia e comunità, cure neonatali e pediatriche, e cure intensive e nell'emergenza. L'obiettivo, come evidenziano i decreti, è che i laureati sviluppino competenze «avanzate per assumere ruoli di leadership nel management sanitario e socioassistenziale». Ma non solo: è previsto che, al termine del percorso di studi magistrale, il futuro infermiere avrà acquisito anche le competenze per «prescrivere trattamenti assisten-

ziali quali presidi sanitari, ausili, tecnologie specifiche o altro, necessari a garantire continuità e sicurezza delle cure nell'infermieristica di famiglia e comunità». Una svolta questa nella formazione che punta a rendere più attrattiva questa professione colpita da gravi carenze.

Intanto continua il confronto sulla riforma dei medici di famiglia tra i sindacati da una parte e il Governo e le Regioni dall'altra: i primi continuano a fare muro contro il decreto e soprattutto sull'ipotesi di prevedere a fianco alla convenzione attuale anche la dipendenza per riempire le Case di comunità. I secondi - dal ministro della Salute Schillaci alle Regioni - spingono invece per portare in porto la riforma per avere più flessibilità lì dove ci sono più carenze. Per provare a trovare un accordo con i sindacati ci sarà un nuovo round la prossima settimana, ma sembra difficile che si arrivi subito dopo in consiglio dei ministri. «Prevediamo al massimo entro mercoledì, di raggiungere un accordo con i medici di medicina generale, in collaborazione con le

Regioni», ha spiegato il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato. Che il giorno prima aveva sottolineato la contrarietà di Fdi, il suo partito, alla dipendenza, a meno che non si tratti di una extrema ratio, Insomma la partita è ancora aperta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici di famiglia, l'accordo ancora non c'è

«Ancora una volta senza una soluzione condivisa», dice la Fimmg, Federazione italiana dei medici di famiglia, che ieri per la seconda volta in quattro giorni ha incontrato il ministro della Salute Orazio Schillaci al tavolo sulla riforma della medicina territoriale con Regioni e sindacati. Poteva essere un incontro risolutivo, ma è ancora stallo, anche se un testo pronto c'è e il governo ha fretta di licenziarlo, soprattutto dopo aver ottenuto il via libera dalle Regioni. Il decreto Schillaci potrebbe essere chiuso già la prossima settimana per arrivare poi in Consiglio dei ministri, scongiurando il rischio di non centrare gli obiettivi del Pnrr sulla sanità. La Fimmg, contraria all'uso di

un decreto, ha ribadito la propria «disponibilità a collaborare attraverso strumenti negoziali, più rapidi ed efficaci rispetto a un percorso legislativo, per aiutare governo e Regioni». Resta però il no alla possibilità per le Regioni di assumere i medici di base in caso di carenza e all'obbligo di un minimo di 6 ore settimanali di lavoro nelle Case di comunità ideate per i pazienti meno gravi, due delle novità della riforma. Per il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato (Fdi), «il tavolo è un grande passo in avanti e una prova di maturità da parte di tutti». E si dice

«pronto a raggiungere un accordo con i medici già entro mercoledì».

Claudia Voltattorni



■ L'INCHIESTA Corporazioni sulle barricate: addio al cambiamento Riforme, naufragio tra i veti

Sanità, sul riassetto il sottosegretario si schiera contro il ministro

di **CLAUDIO MARINCOLA**

Le grandi svolte annunciate a suo tempo dal governo Meloni restano, per ora, soltanto degli slogan. E se le riforme non vanno in porto, è anche

a causa delle faide interne alla maggioranza di governo e alla resistenza delle corporazioni. Due esempi su tutti. Contro la riforma della sanità si sono schierati non solo i medici di famiglia, ma persino il sottosegretario Gemmato. E anche la riforma della PA sembra ormai su un binario morto.

a pagina VIII

■ **IL FOCUS** I grandi cambiamenti promessi dal governo restano semplici slogan

I veti delle corporazioni affondano le riforme

*Caos sanità: medici di famiglia e persino il sottosegretario Gemmato si schierano contro l'organizzazione delle case di comunità voluta dal ministro Schillaci
Anche la PA è un rebus: che fine hanno fatto le norme su merito e burocrazia?*

di **CLAUDIO MARINCOLA**

“L'Incompiuta”, nella storia della musica, è la Sinfonia n. 8 in si minore di Franz Schubert: due movimenti invece di quattro, un capolavoro interrotto a metà, sospeso tra promessa e rinuncia. Ecco, se qualcuno cercasse una colonna sonora per il governo Meloni, potrebbe partire da lì. Perché mai come oggi l'esecutivo che rivendica il proprio record di durata sembra essersi accomodato nella più classica delle paludi italiane: la stabilità senza riforme, la navigazione senza approdo, il moto perpetuo apparente. Una lunga legislatura trasformata in un voyage autour de ma chambre, un viaggio attorno alla propria stanza mentre il Paese aspetta ancora le grandi svolte annunciate.

Prendete la riforma della Pubblica amministrazione firmata dal ministro Paolo Zangrillo. Doveva rivoluzionare il merito nella macchina statale, superare il catenaccio burocratico, introdurre valutazioni vere per le carriere dirigenziali. Vi sembra poco? Ma che fine ha fatto? Per non parlare della riforma

ma della medicina territoriale finita in lockdown, moribonda ancora prima di nascere. Il ministro della Salute Orazio Schillaci ha incontrato i sindacati dei medici di base, già pronti allo stato di agitazione. Ma il punto non è nemmeno più lo scontro con le corporazioni. Quelle, in Italia, fanno il loro mestiere da decenni. Il punto è che contro la riforma della Salute si è ritrovato mezzo governo. Prima qualche voce di Antonio Tajani e di Forza Italia. Poi il colpo di teatro: a osteggiare il progetto è spuntato addirittura il sottose-



gretario alla Salute Marcello Gemmato, cioè il primo coinquilino politico del ministro, peraltro dello stesso partito della premier. Una scena da commedia all'italiana: il ministro propone la riforma e il suo vice gli sega la sedia da sotto. Se non sono d'accordo loro, figuriamoci il Parlamento.

Più che riforme sembrano finte sul ring. La fotografia di un Paese dove ogni riforma viene an-

nunciata come epocale e poi si arena nella palude dell'inazione. Inerzia, paralisi, ristagno. La politica italiana continua a confondere la sopravvivenza con il governo. Ma governare non significa restare in piedi. Significa decidere, rompere equilibri, assumersi costi. Altrimenti si resta fermi ai titoli, agli slogan, alle conferenze stampa.

Giorgia Meloni ama rivendicare le "vittorie di tappa". Il Pil che tiene, lo spread che non esplose, i mercati tranquilli. Tutto legittimo. Ma il problema è che la politica non è una cronometro a squadre. È il Giro d'Italia. E nel ciclismo le tappe contano poco se alla fine la maglia rosa la indossa qualcun altro. Qui il rischio è che il governo celebri i propri sprint mentre gli italiani perdono la corsa vera: quella contro il declino della sanità pubblica, della macchina amministrativa, della capacità stessa dello Stato di funzionare.

Eppure la posta in gioco è enorme. La riforma della medicina generale misura la reale capacità del governo di sfidare interessi consolidati, clientele, rendite di posizione. In una parola: le corporazioni. Da anni si ripete che il modello del medico di famiglia convenzionato non regge più l'urto dell'invecchiamento della popolazione, delle cronicità, delle liste d'attesa, delle emergenze territoriali. Ma ogni volta che si arriva al dunque prevale l'inerzia. O la paura. Perché si voterà nel 2027 e la politica italiana ha sempre avuto una carne molto vulnerabile alle pressioni elettorali. I medici curano i mutuati, certo. Ma soprattutto orientano consenso, reti sociali, territori. E piegarsi ai desiderata delle categorie è un attimo.

La riforma prevede un cambio di paradigma: i medici di famiglia non più liberi professionisti convenzionati ma dipendenti del Servizio sanitario nazionale, inseriti stabilmente nelle Case della comunità finanziate dal Pnrr. La Meloni, l'altro giorno al Senato, non l'ha neanche

citata. Oggi i medici di base percepiscono circa 91 euro l'an-

no per assistito. Gestiscono autonomamente studio, orari e organizzazione. Domani dovrebbero garantire 38 ore settimanali di servizio, divise tra ambulatorio tradizionale e presenza nelle strutture territoriali pubbliche. Tradotto: meno autonomia, più integrazione nel sistema sanitario. Ed è precisamente qui che si scatena la guerra. La Fimmg ha già dichiarato lo stato di agitazione accusando il governo di voler smantellare il rapporto fiduciario tra medico e paziente. I sindacati denunciano una riforma calata dall'alto, senza confronto, destinata — sostengono — ad allontanare ancora di più i giovani dalla professione. E qualche ragione ce l'hanno pure. Perché la medicina generale è diventata poco attrattiva: migliaia di pensionamenti in arrivo, bandi deserti, intere regioni del Nord senza medici sufficienti. Nemmeno l'innalzamento dell'età pensionabile fino a 73 anni è bastato a colmare i vuoti. In certe aree trovare un medico di famiglia è ormai più difficile che trovare un taxi sotto la pioggia a Ferragosto.

Però sarebbe ipocrita fermarsi qui. Perché proprio il Covid ha mostrato tutte le fragilità della sanità territoriale italiana. Durante la pandemia i medici di famiglia hanno retto l'urto spesso senza protezioni, senza personale, senza strumenti. Hanno pagato un tributo altissimo in termini di vite umane e burnout professionale. Ma l'epidemia ha anche rivelato un sistema frammentato, scoordinato, incapace di fare rete. Il territorio era stato lentamente svuotato: meno medici, meno infermieri, meno continuità assistenziale. E quando il virus ha sfondato la porta, il re era nudo.

Da qui nasce il progetto delle Case della Comunità: 1.288 strutture previste dal Pnrr con circa 2 miliardi di investimenti. Dovrebbero diventare il cuore della medicina di prossimità: medici di base, infermieri, specialisti, telemedicina, prevenzione, screening, presa in ca-



rico delle cronicità. Nei centri hub si immagina assistenza dodici ore al giorno, continuità notturna, percorsi dedicati per diabete, cuore, polmone. Un piccolo ospedale diffuso senza pronto soccorso, pensato per evitare accessi inutili e ridurre il collasso delle corsie.

Bellissimo sulla carta. Poi arriva la realtà italiana. Le strutture si costruiscono, soprattutto grazie ai fondi europei. Ma dopo bisogna riempirle di persone. E qui il castello comincia a scricchiolare. L'Ocse certifica che l'Italia ha 5,4 medici ogni mille abitanti, ben sopra la media europea. Ma sugli infermieri siamo agli ultimi posti: appena 6,9 ogni mille abitanti, il 20% sotto la media Ue. Un sistema monco, sbilanciato, in apnea. Nursing Up parla apertamente di "deserto formativo": troppi medici prescrittori, troppo pochi professionisti capaci di seguire la cronicità e il territorio. Tradotto: rischiamo di inaugurare cattedrali sanitarie senza il clero necessario per celebrarne i riti quotidiani.

Il paradosso è che tutto questo accade mentre il governo rivendica quotidianamente «stabilità». Ma che cosa se ne fa il Paese della stabilità se resta immobile? A che serve celebrare i record di durata se poi le riforme decisive finiscono nel congelatore appena una lobby alza la voce? Vale per la sanità e vale anche per la pubblica amministrazione.

La riforma Zangrillo, almeno sulla carta, prova a scardinare un sistema paralizzato da automatismi, valutazioni fasulle e progressioni inesistenti. Basta legge-



re un dato: il 98% dei dipendenti pubblici risulta "eccellente". Un miracolo statistico degno di Lourdes. Il disegno di legge introduce nuovi criteri di valutazione, sviluppo interno della carriera, percorsi più severi per la dirigenza. Perfino l'idea rivoluzionaria che un dirigente debba occuparsi davvero delle persone che gestisce. Apriti cielo.

Anche qui resistenze, sospetti, trincee corporative. Schubert almeno ebbe il pudore di lasciare incompiuta la sua sinfonia. La politica italiana invece continua a spacciare le prove d'orchestra per il concerto finale.

stra per il concerto finale.



Orazio Schillaci Il ministro della Salute nel governo Meloni



Paolo Zangrillo Il ministro per la Pubblica Amministrazione nel governo Meloni





Servizio Cantiere Ssn

Intelligenza artificiale in sanità, gli ospedali si candidano a guidare la trasformazione

L'IA come strumento per ottimizzare il Servizio sanitario nazionale purché con professionisti formati e pari garanzie d'accesso per i cittadini: le proposte e la selezione di best practice della Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere

di Barbara Gobbi

14 maggio 2026

L'Intelligenza artificiale come realtà consolidata, se non ancora nella vita quotidiana di tutte le aziende e di tutti gli operatori, di certo nelle strategie nazionali che a partire dalle sperimentazioni e dalle best practice sul territorio sono in corso di implementazione. A fare il punto, sono le stesse aziende sanitarie e ospedaliere aderenti alla Fiaso, la Federazione che a giugno scorso ha avviato a Siracusa un percorso per accompagnare l'ingresso dell'Intelligenza artificiale verso applicazioni concrete, sicure e sostenibili per il Servizio sanitario nazionale. E che a Roma ha completato il suo ciclo itinerante di incontri e focus con il Forum "Next Health 2026 – AI for Health: dalla visione alla realtà", in cui sono state premiate anche le sei esperienze selezionate nella Call4Ideas "AI for Health". Da Nuoro e Palermo a Milano e Verbania, passando per Firenze, progetti dedicati all'applicazione concreta dell'intelligenza artificiale nelle aziende sanitarie e ospedaliere del Servizio sanitario nazionale.

Uno strumento utile

«L'intelligenza artificiale non è una scorciatoia tecnologica, né una promessa astratta: è uno strumento che, se guidato con visione pubblica, può aiutarci a migliorare concretamente la sanità - ha sottolineato il presidente Fiaso, Giuseppe Quintavalle -. Proprio perché questi strumenti sono potenti, serve una governance solida. La tecnologia - ha aggiunto - non sostituisce l'essere umano e non prende il posto della relazione di cura. Con "Next Health" Fiaso vuole contribuire a guidare questa evoluzione: selezionare le soluzioni efficaci, misurarne l'impatto e trasformare l'intelligenza artificiale in valore pubblico».

Guidare la trasformazione

«L'IA applicata alla sanità è già oggi la leva che sta cambiando radicalmente il modo in cui si programmano i servizi, si governa il percorso del paziente, si sostengono i professionisti e si migliorano i tempi della cura - ha avvisato Alessio Butti, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio con delega all'Innovazione, nel suo intervento al Forum Fiaso -. Il punto allora è come guidare questa trasformazione con responsabilità, visione e concretezza ed è su questo terreno che stiamo lavorando da inizio Legislatura, concentrandoci su tre assi strategici: lo sviluppo del Fascicolo sanitario elettronico, della telemedicina e delle sperimentazioni con l'IA che è direttrice trasversale alle prime due. La sfida oggi è trasformare le sperimentazioni in sistema - ha aggiunto -: passare da progetti isolati a una nuova cultura della governance sanitaria, facendo sì che

innovazione tecnologica e organizzativa camminino insieme. Su questo campo si gioca una parte decisiva della qualità del nostro Servizio sanitario nei prossimi anni e sarà importante costruire insieme una sanità in cui la tecnologica non sostituisce la relazione di cura ma la rende più forte», ha concluso.

Ridurre le disuguaglianze

Per il ministro della Salute Orazio Schillaci, «dobbiamo passare da una sanità che gestisce la malattia a una sanità proattiva, che costruisce la salute, con il cittadino come partner informato e non come utente passivo». E in quest'ottica, ha spiegato, «l'intelligenza artificiale ci può aiutare proprio a ottimizzare i processi, a utilizzare meglio le risorse, ad avere una migliore organizzazione e, molto importante, anche a rendere ancora più sostenibile tutto il nostro sistema sanitario. Ma in questa prospettiva è fondamentale garantire un accesso equo alle tecnologie, ridurre i divari territoriali, favorire una diffusione omogenea dell'innovazione su tutto il territorio italiano. Questo è un aspetto decisivo: senza equità non può esserci vero progresso».

Migliorare la qualità di vita

«Accanto alle opportunità offerte dall'Intelligenza artificiale - ha voluto sottolineare il ministro della Salute - emergono anche sfide importanti, a partire dalla tutela della privacy, della sicurezza dei dati. Per questo è indispensabile costruire regole chiare e una governance capace di garantire un utilizzo sicuro, etico e responsabile delle nuove tecnologie, nell'interesse dei cittadini e della qualità del nostro Servizio sanitario nazionale. Il compito delle istituzioni è questo: trasformare le potenzialità dell'innovazione in strumenti concreti capaci di migliorare la qualità di vita di tutti i cittadini».

Formare gli operatori

C'è ancora sul tavolo il tema della formazione di medici e operatori sanitari su tecnologie e la e su questo il Piano nazionale di ripresa e resilienza si era mosso. «Una parte delle risorse del Pnrr - ha spiegato - è stata destinata proprio a questo obiettivo. Sono oltre 225.000 gli operatori del Servizio sanitario nazionale coinvolti nei percorsi formativi e a questi si aggiungono quasi 10.000 medici di medicina generale». Un passaggio necessario perché l'innovazione tecnologica «deve sempre stare al servizio delle competenze e delle responsabilità dei professionisti sanitari senza mai sostituirne il ruolo - ha avvisato ancora Schillaci -. In questo percorso di trasformazione dobbiamo quindi continuare a investire nella formazione degli operatori sanitari affinché dispongano di competenze necessarie per utilizzare al meglio le nuove tecnologie»

I 6 premiati

“Next Health 2026” rappresenta il punto più avanzato del percorso avviato da Fiaso a giugno 2025 con il forum “Logos & Téchne” di Siracusa e proseguito a Milano con la fase di accelerazione e selezione delle progettualità sviluppate nell'ambito di due call nazionali promosse con PwC Italia, P4B e Datapizza: la Call4Acceleration “AI for Patient Journey Innovation”, rivolta a startup e imprese innovative, e la Call4Ideas “AI for Health”, destinata alle aziende sanitarie pubbliche associate.

Sei i vincitori della “Call4Ideas”, premiati a Roma da Fiaso su 48 candidature da startup e 68 proposte progettuali dalle aziende sanitarie. Progetti nati nelle aziende sanitarie e ospedaliere, individuati per innovatività, solidità e replicabilità, che saranno sviluppati, sperimentati e trasformati in modelli utili, prototipi, per il Servizio sanitario nazionale.

• ARNAS OSPEDALI CIVICO DI CRISTINA BENFRATELLI PALERMO - Comunicazione avanzata e riduzione dell'ergonomia operativa. Una piattaforma integrata con i sistemi informativi del

pronto soccorso per tradurre i dati clinici in aggiornamenti chiari ed empatici per i caregiver, riducendo il carico informativo sul personale sanitario, lo stress dei familiari e il rischio di conflittualità nelle aree di emergenza.

- ASST VALTELLINA E ALTO LARIO - Valtellina Data Lab: Appropriately Prescriptive, Adherence Therapeutic and AI Telephonic Assistant. A model of clinical governance that uses the data of the Data Bank Assisted to improve prescriptive appropriateness, therapeutic adherence and patient load of chronic patients. The project also provides an AI telephonic assistant multilingual active 24h.
- COQ, CENTRO ORTOPEDICO QUADRANTE DI OMEGNA (VERBANIA) - ASL VCO. BI e machine learning for the efficient programming of operating rooms. A system that integrates Business Intelligence and machine learning to predict surgical times, optimize the use of operating rooms, reduce idle times and increase the number of programmable interventions.
- ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO MILANO NIGUARDA - Niguarda SmartCare. A unique hospital app, enhanced by artificial intelligence, to centralize digital services, personalized information, bookings and communications with the structure, simplifying access for patients and caregivers.
- ASSL 3 DI NUORO - HealthFlow: redesigning the efficiency of the sanitary logistic with AI. A solution for the dynamic and predictive management of waiting lists and ambulatory and surgical resources, with the objective of saturating the available slots, reducing no-shows and cancellations and synchronizing surgical activity with the availability of beds.
- AOU CAREGGI FIRENZE - Intelligent management of hospital stocks, A platform that applies AI predictive, prescriptive and generative to the management of department warehouses, predicting the need, suggesting orders, monitoring deadlines and reducing waste and stock-outs.



Servizio Tumori

Dalle reti oncologiche alle nuove cure: la voce dei pazienti non può più aspettare

Il nuovo rapporto della Federazione che riunisce oltre 200 associazioni di volontariato mette in luce buchi e applicazione a macchia di leopardo delle regole che prevedono il loro coinvolgimento

di Marzio Bartoloni

14 maggio 2026

Per i circa 4 milioni di italiani che vivono dopo la diagnosi di tumore e per i 390mila che ne ricevono una nuova il rischio concreto è di trovarsi ancora in mano solo dei diritti sulla carta. Dopo anni di battaglie la voce dei pazienti è diventata protagonista nelle scelte di politica sanitaria e anzi dopo l'ultima legge di bilancio è stato introdotto un vero e proprio diritto dovere ad ascoltarla da parte sia del ministero della Salute che dell'Agenzia del farmaco in tutte le loro decisioni più importanti: dalle strategie programmatiche all'approvazione di nuove terapie per i malati di tumore. Peccato però che finora di quel diritto-dovere di coinvolgere le associazioni dei pazienti non c'è traccia - mancano i regolamenti e l'attivazione del Registro (il Ruas) - così come degli altri impegni presi dal ministero e dalle Regioni sempre su questo fronte che sono rimasti inattuati o applicati a macchia di leopardo tra rimpalli di competenze e l'assenza di decreti attuativi. Il risultato lo vivono i pazienti oncologici nel loro quotidiano: restano spesso barriere di accesso alle cure, diseguaglianze nei servizi e discriminazioni nei possibili benefici sociali di cui avrebbero diritto. A denunciarlo senza troppi giri di parole è il diciottesimo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici presentato a Roma il 14 maggio nell'ambito della XXI Giornata nazionale del malato oncologico promossa dalla Favo, la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia che ne riunisce più di 200 con 25.000 volontari e 700mila iscritti in tutta Italia.

Il nostro Paese dal punto di vista normativo sul fronte dei diritti è una eccellenza: basti pensare a esempio all'approvazione della legge sull'oblio oncologico che tutela i guariti contro ogni discriminazione nell'accendere un mutuo o stipulare una assicurazione. Ma è nella realtà di tutti i giorni dei malati che si vedono le falle più grande: il caso forse più emblematico è quello del Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 che a un anno dalla sua scadenza ancora non ha attivato la Cabina di regia nazionale dove è previsto il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e che ha paralizzato finora le funzioni di monitoraggio e controllo rendendo impossibile verificare l'effettiva allocazione delle risorse (10 milioni l'anno). Analogamente, il Coordinamento generale delle Reti oncologiche è ancora in una situazione di stallo da almeno un paio d'anni. Nonostante la prima delibera approvata nel 2024, l'organismo non è ancora attivo e così il ministero della Salute si trova nell'impossibilità di conoscere lo stato reale delle Reti e di intervenire con incentivi o correttivi sulle carenze locali e la diffusione delle best practice. Non si tratta infatti di semplici adempimenti burocratici, perché capire lo stato di salute e la diffusione a livello regionale delle Reti oncologiche è un passaggio fondamentale per non far venire meno l'unico vero obiettivo di

sistema: l'abbattimento delle disuguaglianze e la riduzione delle liste d'attesa. In queste reti i pazienti trovano i punti di accesso per decidere quale percorso seguire in caso di sospetta diagnosi, i centri dove fare visite ed esami e dove fare i trattamenti e il follow up. Con le associazioni che lì dove è stato possibile hanno disegnato insieme ai clinici i Pdta oncologici (i percorsi diagnostici e terapeutici) compreso il supporto nella gestione delle pratiche amministrative e delle tutele socio sanitarie e lavorative.

Al momento secondo la fotografia scattata da Favo la situazione è fatta di profonde divergenze tra le Regioni: alcune hanno sviluppato modelli avanzati di coinvolgimento con tavoli permanenti procedure formalizzate e sistemi di valutazione partecipata; in altre realtà il coinvolgimento è anche presente ma legato alla sensibilità dei singoli clinici o alla capacità delle associazioni; infine in un nutrito drappello di Regioni la partecipazione è ancora limitata o non formalizzata, con scarsa trasparenza sui processi decisionali e una debole integrazione tra ospedale e territorio. "Una sequela di opere incompiute", questa, che per Favo "non rappresenta un semplice intoppo tecnico, ma un ostacolo materiale che impedisce ai pazienti di beneficiare di una tutela effettiva".

"È eticamente inaccettabile che atti sottoscritti ai massimi livelli istituzionali vengano svuotati da una macchina amministrativa incapace di dare seguito ai propri impegni", ha detto Francesco De Lorenzo, presidente della Favo. "Il cancro non è solo una sfida clinica: ha un impatto sociale che coinvolge pazienti e caregiver - afferma Elisabetta Iannelli, segretaria della Favo -. Nonostante le tutele assicurate dal Servizio sanitario nazionale, la malattia genera tossicità finanziaria, che obbliga a scelte difficili. Risparmi familiari vengono spesso erosi per coprire i costi per la mobilità sanitaria forzata, per il ricorso alla sanità privata per visite, esami e accertamenti o per l'assistenza domiciliare non rimborsata".

Servizio Welfare e invecchiamento

Anziani, 4,3 milioni vivono soli: ecco perché il Piano Casa del Governo li dimentica

Già 2,8 milioni abitano in case non adeguate e intanto con l'aumento di over 80 crescono fragilità e domanda di assistenza: il disagio abitativo non si risolve solo abbassando gli affitti ma promuovendo servizi integrati capaci anche di generare risparmi

*di Claudio Falasca **

14 maggio 2026

Ridurre il disagio abitativo non significa soltanto affrontare il caro affitti. Significa anche garantire abitazioni sicure, accessibili, adatte alla fragilità e inserite in quartieri dove esistano servizi di prossimità, assistenza sociosanitaria e relazioni sociali. Il Piano Casa del Governo, invece, concentra quasi tutte le sue proposte sulla costruzione e ristrutturazione di alloggi, confidando nella possibilità di offrire canoni calmierati, senza interrogarsi davvero su chi abiterà quelle case e in quali condizioni.

La Rsa «non basta»

In questo modo il disagio abitativo viene ridotto a una semplice questione economica.

Ma abitare non è solo pagare un affitto. A essere ignorato è soprattutto il disagio abitativo vissuto da milioni di persone anziane e fragili: oggi il gruppo demografico più numeroso e più esposto. Alla base di questa mancanza c'è una visione ormai superata: considerare l'invecchiamento quasi esclusivamente un problema sanitario.

Da qui deriva l'idea che la risposta principale debba essere la Rsa, collocando le persone anziane nell'ambito della non autosufficienza. È un errore di prospettiva.

La qualità dell'abitare è invece la prima infrastruttura della cura e della Long Term Care.

Con il Piano Casa si continua a perpetuare un pregiudizio culturale molto radicato: "gli anziani stanno a casa loro". Come se tutto potesse continuare a funzionare così: la casa come proprietà privata, la famiglia che supplisce ai bisogni assistenziali, l'anziano che non si sposta mai.

Ma la realtà oggi è cambiata profondamente. La transizione demografica sta modificando profondamente il quadro sociale del nostro Paese: circa 4 milioni di anziani sono non autosufficienti; 4,3 milioni vivono soli; 2,8 milioni abitano in case non adeguate; aumentano gli over 80, la fragilità e la domanda di assistenza; le reti familiari si assottigliano sempre di più.

Questo significa più solitudine, più isolamento e maggiore vulnerabilità sociale.

Per questo SPI CGIL, Auser e Abitare e Anziani sostengono da tempo la necessità di un vero cambio di paradigma: passare dall'idea di "casa" come semplice bene economico all'idea di "abitare" come servizio integrato.

Abitare significa poter contare non solo su un alloggio, ma anche su: servizi sociosanitari di prossimità, supporti alla domiciliarità, spazi di relazione; assistenza condivisa; quartieri accessibili e inclusivi.

Città da ripensare

E questa una problematica da tempo al centro delle riflessioni in molti Paesi come vero snodo delle nuove politiche di sostegno a una popolazione che invecchia. Si è capito in particolare che non si tratta solo di progettare nuovi e più numerosi servizi per anziani: nessun paese è oggi in grado di affrontare una crescita costante e potenzialmente illimitata dei servizi sociali e sanitari. Si tratta invece di realizzare città e case in modo compatibile con le esigenze dell'intero arco di vita delle persone al fine di prevenire i rischi di fragilità in vecchiaia, generando una minore domanda sanitaria. Occorre, in sostanza, produrre una nuova offerta abitativa in grado di mettere le persone in condizione di cercare e trovare autonomamente risposte efficaci ai propri bisogni, riducendo le barriere che i più diffusi modelli abitativi e di organizzazione urbana oggi propongono ai soggetti fragili, a causa dell'età o di altre disabilità.

I risparmi attesi

Una offerta che non risponde soltanto ai bisogni delle persone più fragili, ma che produce anche un forte risparmio sociale ed economico: per ogni euro investito nell'adeguamento della domiciliarità si generano infatti da 1,5 a 2 euro di risparmio sanitario e assistenziale.

Eppure, il Piano Casa del Governo, malgrado la drammatica esperienza del Covid 19, sembra ignorare completamente questa trasformazione sociale e demografica, che riguarda già oggi milioni di famiglie italiane e la qualità della loro vita quotidiana.

** Auser - Associazione per l'invecchiamento attivo*

MISSIONE SCIENTIFICA NELLA DISCARICA DI USHUAIA

Hantavirus sotto controllo, ma tanti dubbi sul focolaio

Rassicurazioni dall'Oms e da Schillaci sui contagi. L'Argentina nega di essere stata all'origine dell'infezione dei turisti

MAURO ZANON

■ «A nome dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), a nome dei passeggeri ora tornati a casa e a nome di tutte le famiglie del mondo che hanno guardato quest'isola con speranza: grazie. Dal profondo del mio cuore, grazie». In una lettera aperta il direttore generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus ha ringraziato ieri gli abitanti di Tenerife per aver dimostrato «coraggio morale», accattando di aiutare le persone a bordo dell'MV Hondius, la nave da crociera in viaggio dall'Argentina a Capo Verde in cui è scoppiato il focolaio di hantavirus.

Secondo gli ultimi dati ufficiali, tre passeggeri della Hondius sono deceduti (una coppia olandese e una donna tedesca), mentre altri sei sono risultati positivi al virus Andes - l'unico ceppo di hantavirus in grado di trasmettersi da persona a persona - e altri due casi sono sospetti. «La situazione è sotto controllo. Sul tema Hantavirus al momento non c'è da predisporre nulla più di quanto non sia già stato previsto nel piano pandemico già approvato dalle Regioni», ha detto ieri l'assessore al Welfare della Lombardia Guido Bertolaso a margine dell'AI Forum FIASO - Next Heal-

th 2026.

Rassicurazioni sono arrivate anche dal ministro della Salute italiano Orazio Schillaci. «I cittadini devono stare tranquilli, non è il Covid, è qualcosa che si conosce. Tutte le quattro persone oggi in Italia, presenti sul volo Johannesburg-Amsterdam del 25 aprile, sono asintomatiche, seguite con attenzione. I test finora disponibili

hanno dato esito negativo. Anche i due casi segnalati ieri a Milano e Messina sono negativi ai test», ha detto Schillaci durante il question time alla Camera.

Nel frattempo restano ancora molte domande senza risposta sull'esplosione del focolaio di hantavirus, e in particolare su come la coppia olandese, che ha manifestato i primi sintomi prima di morire e contaminare gli altri passeggeri della MV Hondius, possa essersi infettata. Si è parlato molto di una discarica nei pressi di Ushuaia, di una sessione di birdwatching dei due olandesi all'origine della contaminazione. Ma non vi è ancora certezza su questa versione. Una missione scientifica argentina verrà organizzata la prossima settimana a Ushuaia proprio per verificare l'eventuale presenza in loco di roditori portatori dell'hantavirus, hanno annunciato ieri le autorità sanitarie locali.

«L'idea è quella di prelevare campioni (di roditori) la prossima settimana», ha dichiarato alla stampa a Ushuaia Juan Petrina, epidemiologo della provincia della Terra del Fuoco, senza specificare quanti roditori dovranno essere catturati. Dopo le analisi, «i risultati dovrebbero essere pronti entro quattro settimane», ha aggiunto Petrina. La città turistica di Ushuaia, da cui è salpata il 1° aprile la nave da crociera, nega da due settimane di essere stata all'origine del contagio dei passeggeri olandesi. Secondo le autorità locali, gli hantavirus sono assenti dalla provincia argentina da quando la loro segnalazione è stata resa obbligatoria trent'anni fa.



Forza Italia avverte “Fine vita, senza intesa libertà di coscienza”

di SERENA RIFORMATO

ROMA

Forza Italia non vuole fare del disegno di legge sul fine vita un altro *ius scholae*: una bandiera sventolata nelle dichiarazioni pubbliche senza portare a casa nemmeno l'ombra di un risultato. Per questo, agli alleati recalcitranti - i Fratelli più dei leghisti - gli azzurri ora mandano un messaggio chiaro: «Quando si arriverà al voto, i nostri parlamentari avranno libertà di coscienza». Lo dice senza giri di parole il capogruppo di FI alla Camera Enrico Costa. Nel partito la chiamano la «dottrina Silvio»: sui temi etici nessuna imposizione dall'alto.

Il rischio per gli equilibri della maggioranza è evidente: il 3 giugno, se in aula arrivasse il disegno di legge a prima firma del dem Alfredo Bazoli, la «libertà di coscienza» dei forzisti potrebbe tradursi in voti a favore. Per evitare la spaccatura, il centrodestra ha bisogno di accelerare sul testo di cui invece sono relatori l'azzurro Pierantonio Zanettin e il meloniano Ignazio Zullo. Ma i problemi qui sono due. Di tempo: non è realistico che l'iter si chiuda ai primi di giugno. Di merito: la stessa Forza Italia è insoddisfatta del ddl. Per una ragione soprattutto: esclude il Servizio sanitario nazionale e lascia il suicidio medicalmente assistito alla mercé delle cliniche private. La capogruppo azzurra al Sena-

Martedì nuovo vertice di maggioranza per una mediazione. Possibile rinvio della discussione in Senato prevista per il 3 giugno

to Stefania Craxi, infatti, lavora a un emendamento per reintrodurre il coinvolgimento della sanità pubblica: «Mi auguro - ribadisce - che si arrivi a una maggioranza più ampia possibile su una materia che non può essere lasciata alle sentenze della Consulta e alle delibere regionali». Percorso tutto in salita: FI ha dovuto sbattere i pugni sul tavolo anche solo per sollecitare la convocazione delle commissioni coinvolte, Giustizia e Affari sociali. Martedì pomeriggio ci sarà una riunione tra i capigruppo del centrodestra e i presidenti delle due commissioni Giulia Bongiorno e Franco Zaffini. L'obiettivo: mettere a fuoco le prossime tappe e le intenzioni reciproche.

Intanto, per evitare che il 3 giugno i senatori di Antonio Tajani si trovino davanti alla tentazione di voltare le spalle alla maggioranza (e votare il testo del Pd), gli alleati hanno già pensato a una contromossa: chiederanno di far tornare anche il ddl Bazoli in commissione. Per prendere tempo e - almeno ufficialmente - continuare a lavorare sul provvedimento Zanettin-Zullo. Un diversivo che tuttavia tradirebbe il faticoso accordo con le opposizioni per la calendarizzazione. Gli azzurri che faranno, asseconderanno la nuova dilazione? «Forza Italia starà con noi», si dicono certi a taccuini chiusi i dirigenti di Lega e FdI. «La nostra volontà è portare avanti il testo del centrodestra», conferma Craxi. Ai colleghi di coalizione si lascerà il tempo di mostrare la pro-

pria buona fede. La pistola però rimane puntata sul tavolo: o si fa sul serio o la libertà di coscienza di FI verrà esercitata, sì, ma sul testo delle opposizioni. «Dare il diritto di scelta ai cittadini» e «offrire chiarezza agli operatori del mondo sanitario» rimangono le priorità tracciate dalla neo-capogruppo, promossa nel ruolo per marcare un nuovo corso, più in linea con gli input liberal gentilmente offerti da Marina Berlusconi. La quale, non a caso, di fine vita avrebbe parlato anche due settimane fa nel faccia a faccia con Luca Zaia. Il leghista, da presidente del Veneto, ha sostenuto con convinzione - ma senza successo - una legge regionale sul suicidio assistito. Più cauto si mostra in questi giorni il successore Alberto Stefani: anziché raccogliere il testimone, ha proposto una legge nazionale d'iniziativa regionale. Come a dire: ci pensi il parlamento. Che pure non se la cava tanto meglio.

I PUNTI

- 1 La Corte costituzionale in quattro sentenze tra il 2018 e il 2025 ha sollecitato il Parlamento a legiferare sul fine vita
- 2 Nella scorsa legislatura era stato approvato dalla Camera il disegno di legge promosso da Alfredo Bazoli (Pd)
- 3 La maggioranza, con FdI in testa, ha lavorato a un testo con i relatori Zanettin-Zullo che esclude il Servizio sanitario nazionale
- 4 Due giorni fa FI ha appoggiato la calendarizzazione in Senato il 3 giugno richiesta dalle opposizioni, se non arriverà prima una mediazione



Il fine vita UNA LEGGE DI PIETÀ

Guido Boffo a pag. 28

Il commento

Una legge di pietà

Guido Boffo

Il prossimo 3 giugno il disegno di legge sul fine vita approderà al Senato, uscendo dalle nebbie di una sostanziale rimozione. Ed è una buona notizia per chi considera il tema rilevante e urgente, a cominciare dalla Consulta, ma anche per la politica, che finalmente potrà elevarsi dalle beghe quotidiane per trattare una materia universale. Come affrontare la morte e la sofferenza, quale livello di autodeterminazione uno Stato possa consentire, fin dove la libertà individuale debba prevalere sul contratto sociale, e viceversa: sono questioni che non possono essere lasciate in sospeso, a galleggiare in un vuoto normativo dove i medici e i familiari si sentono abbandonati dalle autorità, e i giudici esercitano una funzione di supplenza. Soprattutto bisogna evitare che si affermi un federalismo del suicidio assistito, come effettivamente sta accadendo, con alcune regioni munite di una legislazione che fissa procedure, accessi e limiti. E altre, per così dire, nelle retrovie, meno propense a favorire il libero arbitrio del malato terminale. Con la conseguenza, intollerabile, che ci siano cittadini di serie A e B, a seconda del luogo di residenza, o peggio ancora costretti a quello stesso turismo della disperazione che finora li ha condotti nelle cliniche svizzere.

Nessuno si illude che la calendarizzazione del dibattito parlamentare sia, di per sé, la soluzione. Ma è senz'altro un'opportunità che la politica dovrebbe cogliere, per riscoprire la sua missione più alta e nobile, fuori dalle logiche elettorali. Ed è l'occasione per il Parlamento di tornare centrale nel processo democratico, uscire dall'angolo in cui l'hanno costretto la decretazione d'urgenza e i vari strumenti per comprimere i tempi dell'Aula. Sul fine vita non si scontrano destra e sinistra, ma sensibilità e culture diverse, ciascuna meritevole di rispetto: dal liberalismo radicale al rigorismo cattolico. Nella stessa maggioranza Fratelli d'Italia ha un approccio cauto, la Lega lascia libertà di coscienza e Forza Italia si propone da pontiere con il partito democratico.

I nodi sono due. Il primo: cosa si intende per "trattamenti di sostegno vitale", una delle condizioni stabilite dalla Corte Costituzio-

nale? Per il testo di maggioranza, firmato Zanettin-Zullo, sono i trattamenti che "sostituiscono funzioni vitali": puoi accedere al suicidio assistito se la patologia è irreversibile ed è fonte di sofferenze fisiche e psicologiche intollerabili, se sei capace di decisioni libere e consapevoli, e in ultima analisi se sei attaccato a una macchina. Il ddl Bazoli, sostenuto dal campo largo, è più vicino alla lettura estensiva delle più recenti sentenze della Consulta, per cui i "trattamenti di sostegno vitale" possono comprendere anche procedure svolte da personale sanitario e caregiver, quando la loro omissione provoca in breve tempo la morte del paziente. Il secondo nodo, forse il più rilevante, è il ruolo del Servizio sanitario nazionale: per il ddl Zanettin-Zullo deve essere marginale se non nullo (dunque suicidio assistito ma non di Stato), nel testo Bazoli è centrale (dunque lo Stato ti accompagna sino alla morte).

I vescovi si sono già schierati, secondo dottrina: la vita è sacra e la Chiesa vuole escludere ogni ambiguità. Ma se la posizione del Vaticano in Italia non è mai un dettaglio, un sondaggio di Swg pubblicato nel 2025, alla domanda - lei sarebbe favorevole ad una legge che, a determinate condizioni, consentisse l'eutanasia? - ha ottenuto un risultato inequivocabile. Favorevole il 55%, contrario il 9%, per il 36% dipende dalle condizioni. E, in Senato, è bene ricordarlo, non si parlerà di eutanasia. Dunque è la politica a doversi allineare al Paese e alle sue aspettative. E per riuscirci sarà costretta a cambiare paradigma: non si tratta di imporre una visione del mondo, ma di trovare una sintesi, un delicatissimo punto di equilibrio che tenga dentro il diritto a una vita dignitosa e meritevole di essere vissuta e la responsabilità dello Stato di garantirla finché è possibile, evitando che le condizioni economiche e sociali di una persona influiscano su una scelta tanto drammatica. O peggio ancora, dietro ci siano degli abusi. Il fine vita non è la legge elettorale, che una parte può imporre anche se sarebbe auspicabile condividerla. È una legge di pietà, e in quanto tale non ha colore né appartenenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SPILLOVER
MARTINA SAPORITI

È alto il rischio virus dalla fauna selvatica

Uno studio pubblicato su *Science* ha quantificato la portata del rischio *spillover* (che un virus passi da un animale all'uomo): quasi la metà dei mammiferi venduti come cibo, per ricavarne pellicce o essere usati nella ricerca e medicina tradizionale ospita patogeni che possono infettare pure gli esseri umani. Gli autori, l'ecologo Jérôme Gippert dell'università di Friburgo in Svizzera e colleghi, hanno combinato 40 anni di dati sul commercio di fauna selvatica con una banca dati sulle associazioni

tra specie e patogeni sviluppata nel 2021 da ecologi impegnati nella ricerca sul Sars-CoV-2. Lo studio si è concentrato sui mammiferi (oltre 2.000 le specie analizzate, tra cui primati, pipistrelli, roditori). I risultati mostrano non solo che il 41 per cento delle specie in vendita nei mercati ha almeno un patogeno che potrebbe infettarci (*Salmonella*, *Leptospira*, *Orthopoxvirus*, *Bacillus anthracis*), contro il 6,4 per cento delle specie non commerciate, ma anche che rispetto a quest'ultime il rischio di trasmissione è 1,5 volte più elevato.

E più a lungo una specie è coinvolta nel commercio, più aumenta il numero di malattie che può condividere con gli umani: una in più ogni 10 anni.



HE FENG/GETTY IMAGES



Servizio La ricerca

Obesità e cancro: chi ingrassa prima dei 30 anni rischia fino a cinque volte di più

Presentata al Congresso europeo di Istanbul una maxi-analisi svedese su oltre 600mila persone seguiti per decenni: aumentano soprattutto i tumori di fegato, endometrio, pancreas, colon e rene

di Francesca Cerati

14 maggio 2026

Non conta soltanto il peso raggiunto in età adulta. Conta quando si ingrassa, quanto rapidamente aumentano i chili e per quanto tempo l'organismo resta esposto all'obesità. È questa la conclusione di una delle più ampie analisi mai realizzate sul rapporto tra eccesso di peso e cancro, presentata al Congresso europeo sull'obesità (Eco 2026) in corso a Istanbul.

Lo studio, coordinato dai ricercatori Anton Nilsson e Tanja Stocks dell'Università di Lund, in Svezia, ha seguito oltre 630 mila persone - più di 251 mila uomini e quasi 379 mila donne - ricostruendo l'andamento del peso corporeo dai 17 ai 60 anni e mettendolo in relazione con l'insorgenza dei tumori fino al 2023.

Il rischio di sviluppare diversi tipi di cancro

I risultati mostrano una relazione definita: più marcato è l'aumento di peso durante la vita adulta, maggiore è il rischio di sviluppare diversi tipi di cancro già associati all'obesità. Confrontando il 20% delle persone che hanno accumulato più peso con il 20% che ne ha accumulato meno, il rischio complessivo di tumore aumenta del 7% negli uomini e del 17% nelle donne. Ma è sui tumori obesità-correlati che emergono i dati più pesanti: il rischio cresce del 46% negli uomini e del 43% nelle donne.

Per alcune neoplasie gli incrementi risultano particolarmente marcati. Negli uomini, chi aumenta maggiormente di peso presenta un rischio di tumore al fegato 2,67 volte superiore e un rischio di adenocarcinoma dell'esofago più che doppio. Nelle donne, invece, il dato più impressionante riguarda il tumore dell'endometrio, con un rischio quasi quadruplicato rispetto a chi mantiene un peso più stabile nel tempo.

Lo studio evidenzia inoltre aumenti significativi per il tumore del colon-retto, il carcinoma renale, il tumore del cardias gastrico e il pancreas, oltre a una possibile associazione con neoplasie finora meno chiaramente collegate all'obesità, come i tumori ipofisari, alcuni linfomi e il melanoma maligno.

Conta l'età di comparsa dell'obesità

Ma il dato che colpisce maggiormente riguarda l'età di comparsa dell'obesità. Secondo i ricercatori, sviluppare obesità prima dei 30 anni amplifica ulteriormente il rischio oncologico. Negli uomini

L'obesità precoce si associa a un rischio cinque volte maggiore di tumore al fegato, a un rischio raddoppiato di tumore del pancreas e carcinoma renale e a un aumento del 58% del rischio di tumore del colon rispetto a chi non è mai stato obeso.

Nelle donne che sviluppano obesità prima dei 30 anni il rischio di tumore dell'endometrio risulta 4,5 volte più alto, mentre aumentano del 67% i tumori del pancreas, raddoppiano i carcinomi renali e cresce del 76% il rischio di meningioma.

Per gli autori, questi risultati indicano che la durata dell'esposizione all'obesità è un elemento decisivo nello sviluppo del cancro. Più a lungo il metabolismo resta alterato, maggiore sarebbe l'effetto cumulativo dei processi biologici associati all'eccesso di peso.

Le differenze tra uomini e donne

Lo studio mette anche in evidenza differenze significative tra uomini e donne. Nelle donne, l'aumento di peso dopo i 30 anni appare fortemente collegato al tumore dell'endometrio, al tumore al seno dopo la menopausa e al meningioma, tutti tumori influenzati dagli ormoni sessuali. Negli uomini, invece, le associazioni più forti emergono quando l'aumento di peso avviene prima dei 45 anni, soprattutto per il tumore del fegato e quello dell'esofago.

Secondo i ricercatori, i principali meccanismi biologici che legano obesità e cancro comprendono infiammazione cronica, insulino-resistenza, alterazioni della segnalazione insulinica e del metabolismo degli ormoni sessuali. Nel caso del tumore dell'esofago potrebbe contribuire anche il reflusso gastroesofageo, più frequente nelle persone obese.

L'obesità è oggi riconosciuta come una delle principali cause prevenibili di cancro. L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) collega già l'eccesso di peso a tumori dell'esofago, colon-retto, fegato, pancreas, mammella post-menopausa, endometrio, ovaio e rene.

La ricerca presentata a Istanbul rafforza ulteriormente l'idea che la prevenzione oncologica debba iniziare molto prima della comparsa della malattia e considerare l'intera storia del peso corporeo lungo l'arco della vita.

Servizio Malattie neurodegenerative

Parkinson, casi al raddoppio nel 2050: prevenzione e ricerca per non «implodere»

Per tutelare i malati e scongiurare una pressione crescente sui servizi socio-sanitari, sui caregiver e sul mondo del lavoro occorre lavorare sulla riduzione del rischio intervenendo sui fattori rilevanti nella genesi della patologia

*di Giovanni Fabbrini **

14 maggio 2026

Il Parkinson è oggi la seconda malattia neurodegenerativa più diffusa dopo l'Alzheimer. In Italia colpisce circa 300.000 persone e le stime indicano un possibile raddoppio dei casi entro il 2050. Un trend che pone una sfida rilevante non solo sul piano clinico, ma anche su quello della sostenibilità del sistema sanitario e sociale, con un impatto crescente sulle famiglie e sull'organizzazione delle cure.

Di fronte a questa crescita attesa, è sempre più evidente che il Parkinson non possa essere affrontato esclusivamente sul fronte della diagnosi e del trattamento. Negli ultimi anni la ricerca ha compiuto passi avanti importanti: nuovi farmaci, terapie avanzate, approcci più personalizzati e il contributo delle tecnologie digitali stanno migliorando la gestione della malattia. Anche l'intelligenza artificiale sta aprendo prospettive promettenti per l'identificazione di segnali precoci e per un monitoraggio più continuo dei sintomi, pur rimanendo in una fase di progressiva integrazione nella pratica clinica.

Prevenzione «indietro»

Accanto a questi sviluppi, resta tuttavia meno strutturato il tema della prevenzione. È importante chiarire che, nel caso del Parkinson, prevenzione non significa individuare una soluzione semplice o definitiva. Significa piuttosto lavorare sulla riduzione del rischio, intervenendo sui fattori che la ricerca scientifica ha indicato come rilevanti nella genesi della patologia.

In questa prospettiva, la prevenzione va letta come tutela anticipata della salute collettiva. Ridurre i fattori di rischio lungo l'arco della vita può contribuire a contenere l'impatto futuro del Parkinson sul sistema sanitario, evitando che l'aumento dei casi si traduca automaticamente in un incremento del carico assistenziale.

I caregiver

A conferma di questo impatto, anche il peso dell'assistenza informale è destinato a crescere. Un recente studio nazionale promosso dalla Fondazione LIMPE mostra come il 74% dei caregiver assista la persona con Parkinson ogni giorno e come il 15% abbia dovuto lasciare il lavoro per dedicarsi all'assistenza. Solo il 14% riceve un supporto economico strutturato. Dati che evidenziano come il peso della malattia ricada non solo sul sistema sanitario, ma anche sull'organizzazione sociale e produttiva del Paese.

La pressione sui servizi

In questo scenario, l'aumento dei casi di Parkinson rischia di tradursi nel tempo in una pressione crescente sui servizi sanitari, sull'assistenza territoriale e sul mercato del lavoro, soprattutto in assenza di strumenti adeguati di supporto e prevenzione. Si tratta di una sfida che riguarda l'evoluzione demografica del Paese e la capacità del sistema di rispondere a bisogni complessi e di lungo periodo.

Negli ultimi anni si sono inoltre accumulate evidenze sul ruolo dei fattori ambientali e delle esposizioni professionali. Pesticidi, solventi industriali, microplastiche e inquinamento atmosferico sono stati associati a un aumento del rischio di sviluppare la malattia, spesso a distanza di molti anni dall'esposizione. Si tratta di fattori diffusi, che chiamano in causa politiche di tutela della salute che vanno oltre il perimetro strettamente sanitario.

Manca l'attenzione

Da questo punto di vista, il Parkinson appare sempre più come una patologia multifattoriale, in cui ambiente e predisposizione biologica interagiscono nel tempo. Eppure, a fronte di queste conoscenze, la prevenzione continua a occupare uno spazio marginale rispetto agli investimenti dedicati alla cura. Non si tratta di una contrapposizione, ma di un evidente squilibrio di attenzione.

Il confronto scientifico che si svolge in questi giorni a Rimini al XII Congresso nazionale della Società Italiana Parkinson e Disordini del Movimento LIMPE-DISMOV si inserisce in questa prospettiva: contribuire a una visione più ampia della malattia. Se la curva dei casi è destinata a crescere, spostare parte della strategia a monte significa agire sulla sostenibilità complessiva del Ssn e sull'equilibrio tra spesa, assistenza e qualità delle cure.

** Presidente Società Italiana Parkinson e Disordini del Movimento – LIMPE DISMOV*



Servizio La giornata mondiale

Gonfiore improvviso e dolore intenso: come capire se è un angioedema ereditario

Riflettori puntati su una malattia rara su cui ancora c'è bisogno di aumentare la consapevolezza su diagnosi e cura

di Redazione Salute

14 maggio 2026

Gonfiore improvviso e dolore intenso: l'angioedema ereditario (Hae) colpisce in modo imprevedibile. Spesso confusi con una banale allergia quando i sintomi interessano volto e mani, oppure con stress e disturbi intestinali quando colpiscono l'addome, questi attacchi nascondono una realtà molto più complessa: l'Hae è una malattia genetica rara che colpisce circa 1 persona ogni 50.000. Proprio perché i suoi sintomi imitano condizioni molto più frequenti, la diagnosi arriva spesso dopo anni, ritardando l'accesso a percorsi terapeutici appropriati ed esponendo i pazienti a rischi evitabili e a un forte impatto sulla qualità di vita.

Far crescere la consapevolezza sulla patologia

Per aumentare la consapevolezza sulla malattia, nella settimana della Giornata mondiale dell'Angioedema ereditario (16 maggio), i principali esperti italiani ed europei si sono riuniti a Milano per l'evento "HAEIlo, we're HAEre. It's not what it seems. Decode the rare", promosso da BioCryst Ireland, azienda di Neopharmed Gentili. Il peso di questa malattia è ancora più rilevante se si considera che i sintomi compaiono già durante l'infanzia e l'adolescenza e la patologia non si esaurisce negli attacchi. A condizionare la quotidianità e la possibilità di fare progetti è anche l'ansia costante dell'incertezza, analizzano gli esperti: non sapere quando, dove e con quale intensità si manifesterà il prossimo episodio. Da qui la necessità di favorire il riconoscimento precoce, un passaggio cruciale per consentire ai pazienti di accedere a trattamenti mirati in grado di restituire qualità di vita e maggiore serenità nella quotidianità. Con questo obiettivo è stato realizzato anche un video motion graphic pensato per rendere più riconoscibili i segnali della malattia.

Le diagnosi e come si manifesta

Oggi in Italia sono circa 1.300 i pazienti che hanno ricevuto una diagnosi di Hae e possono contare su una rete di 27 centri di riferimento distribuiti sul territorio nazionale, per una presa in carico specializzata e multidisciplinare. L'angioedema ereditario si manifesta con episodi improvvisi e ricorrenti di gonfiore (edema), di intensità e frequenza variabile, che possono interessare diverse parti del corpo, in particolare viso, mani, piedi, apparato gastrointestinale e vie respiratorie. Nei casi più gravi, il coinvolgimento della laringe può risultare potenzialmente fatale, con rischio di soffocamento se non si interviene tempestivamente. Alla base della malattia vi è una mutazione genetica che determina una carenza o un malfunzionamento della proteina C1-inibitore, con conseguente produzione eccessiva di bradichinina, responsabile della formazione degli edemi. La

malattia è ereditaria: se un genitore è affetto, il rischio di trasmissione ai figli è del 50%. Tuttavia, in circa 1 caso su 4, compare anche senza precedenti familiari, rendendo il riconoscimento ancora più complesso.

Le terapie per il controllo completo della malattia

“L'angioedema ereditario è una malattia rara ma tutt'altro che invisibile per chi ne soffre. Il suo peso è duplice: fisico, legato al dolore e alla limitazione funzionale durante gli episodi di edema, e psicologico, legato all'imprevedibilità degli attacchi - spiega Mauro Cancian, Presidente Itaca, Italian Network for Hereditary and Acquired Angioedema - La diagnosi si conferma con esami specifici, ma la vera sfida è anticiparla: pensare all'Hae di fronte a episodi ricorrenti di gonfiore o dolori addominali senza una causa evidente, evitando di confonderla con allergie o altre condizioni. Negli ultimi vent'anni la capacità di riconoscere la malattia è cresciuta in modo significativo e, parallelamente, sono cambiate le prospettive di cura: se in passato l'obiettivo era gestire gli attacchi, oggi come indicano anche le Linee Guida puntiamo al controllo completo della malattia e alla normalizzazione della vita dei pazienti, resa possibile grazie alla profilassi a lungo termine. La disponibilità di opzioni terapeutiche anche orali, semplici da assumere e con prospettive di estensione all'età pediatrica, rende questo obiettivo sempre più concreto”.



Servizio La giornata nazionale

Mal di testa: il cambio di paradigma per le cure da costruire attorno a ogni paziente

L'emicrania in Italia riguarda circa 11 milioni di persone e nel 2% dei casi si presenta in forma cronica

*di Licia Grazzi**

14 maggio 2026

Per anni l'emicrania è stata raccontata come un disturbo comune, quasi inevitabile, da sopportare in silenzio. Oggi sappiamo che non è così. La ricerca scientifica conferma che siamo di fronte a una delle patologie neurologiche più diffuse e invalidanti al mondo, non un semplice sintomo con cui imparare a convivere ma una malattia con un impatto profondo sulla vita delle persone, sui sistemi sanitari e sulla produttività sociale con costi economici e psicologici ancora troppo sottovalutati.

Secondo i dati del Global Burden of Disease, le cefalee rappresentano oggi la terza causa di disabilità a livello globale e l'emicrania è tra le patologie neurologiche con il maggior carico in termini di anni vissuti con disabilità, soprattutto nelle donne giovani e in età lavorativa.

L'emicrania in Italia riguarda circa 11 milioni di persone e nel 2% dei casi si presenta in forma cronica, purtroppo non si tratta solo di un problema dell'età adulta: anche bambini e adolescenti possono esserne colpiti in modo severo, con conseguenze rilevanti sul percorso scolastico e sulle attività quotidiane. Si tratta di numeri che raccontano molto più di un disturbo episodico, anzi gli stili di vita contemporanei caratterizzati da stress cronico, alterazioni del sonno, sedentarietà e sovraccarico cognitivo contribuiscono a far crescere il trend. Così, la direzione verso cui si sta muovendo la ricerca è quella di un radicale cambio di paradigma: non più curare il paziente soltanto durante l'attacco acuto, ma comprendere la complessità della malattia nella sua interezza.

Sempre più evidenze mostrano infatti come l'emicrania debba essere letta secondo un modello biopsicosociale, in cui fattori neurologici, emotivi, ambientali e comportamentali interagiscono tra loro. È anche per questo che il futuro della ricerca non riguarda esclusivamente nuovi trattamenti farmacologici, ma punta verso percorsi di cura personalizzati, multidisciplinari e costruiti intorno alla persona. Un ruolo cruciale è svolto dai Centri Cefalee dove si valutano le opzioni di terapia per ogni singola persona, considerandola nella sua totalità e avvalendosi delle nuove eccellenti possibilità sia per la cura dell'attacco che per la profilassi della emicrania.

Da almeno 8 anni la ricerca ci ha messo a disposizione alcune opzioni di terapia specifiche, se fino ad allora ci basavamo su farmaci che venivano utilizzati per altre condizioni di malattia e che erano efficaci anche per le forme emicraniche, la letteratura scientifica ha poi ampiamente dimostrato che una significativa percentuale, soprattutto i più giovani, tendeva ad abbandonare le cure per l'insorgenza di effetti collaterali. Le nuove terapie sono dirette contro una molecola particolare il CGRP (calcitonin gene related peptide) e si sono dimostrate altamente efficaci anche a lungo termine, sicure e prive di quegli effetti collaterali che facevano desistere molte persone. Tuttavia il 30% dei pazienti non risponde al farmaco. Così, a imporsi sempre di più è il modello che spiega il

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

fenomeno emicranico nella sua complessità e impone, soprattutto a Centri per le Cefalee come il nostro presso l'IRCSS Istituto Neurologico Carlo Besta, di pensare a una gestione multidisciplinare concentrandosi su aspetti che spesso vengono sottovalutati o non considerati: questo tipo di approccio si è rivelato fondamentale soprattutto nei più giovani dove la prevenzione della cronicità diventa ancora più urgente.

Rendere il paziente più consapevole della sua condizione di malattia e dell'uso dei farmaci sintomatici può aiutarlo efficacemente ad affrontare la propria condizione, inoltre trasmettergli consapevolezza dell'importanza di uno stile di vita sano e di buone abitudini è importante per ottenere risultati positivi sul decorso clinico, rappresentando già un approccio di terapia. È vero che di emicrania non si muore, ma come tutte le malattie invisibili ha dei costi elevatissimi sia in termini di risorse sanitarie sia da un punto di vista sociale, non possiamo scordarci del carico che questa patologia disabilitante genera in chi ne soffre influenzando negativamente sulla qualità della loro vita, costretti a rinunciare a giornate di lavoro, di studio e di relazioni.

**Responsabile Dipartimento Funzionale di Neuroalgologia e Centro Cefalee presso Fondazione IRCSS Istituto Neurologico Carlo Besta*

Servizio La ricerca

Da artrite a lupus, sesso e genere in reumatologia influenzano diagnosi e cure

Il punto in una review internazionale che ha coinvolto il Centro di riferimento per la Medicina di genere dell'Istituto superiore di sanità e pubblicata su Nature Reviews Rheumatology

di Redazione Salute

14 maggio 2026

Le malattie reumatologiche non sono uguali per tutti. Sesso biologico e genere influenzano in modo significativo diagnosi, sintomi, risposta ai farmaci e prognosi, rendendo necessario un loro inserimento strutturale nella pratica clinica e nella progettazione di studi, registri e linee guida. È quanto emerge da una review internazionale che ha coinvolto il Centro di riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità, e pubblicata su Nature Reviews Rheumatology.

Lo studio

La ricerca evidenzia importanti differenze di prevalenza e diagnosi tra uomini e donne nelle principali malattie autoimmuni reumatologiche, tra cui artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico e spondiloartrite. In particolare, artrite reumatoide e lupus colpiscono prevalentemente le donne, mentre la spondiloartrite risulta più frequente negli uomini.

Secondo gli autori, in alcune patologie reumatologiche come l'artrite reumatoide e la spondiloartrite le donne ricevono spesso una diagnosi più tardiva e i loro sintomi tendono a essere sottovalutati o interpretati in modo non corretto. Una delle possibili cause è la storica sottorappresentazione del sesso meno colpito da queste malattie negli studi clinici e nella ricerca.

Il genere conta

Le differenze emergono anche sul piano clinico e terapeutico: le donne riferiscono più frequentemente dolore intenso e affaticamento e possono presentare una risposta diversa ai trattamenti, in particolare ai farmaci biologici e immunomodulanti. Inoltre, riportano con maggiore frequenza effetti collaterali e raggiungono meno spesso la remissione.

Lo studio segnala inoltre una significativa carenza di dati relativi a persone transgender, non binarie e intersessuali, ancora scarsamente rappresentate nella ricerca clinica, con ricadute sulla possibilità di sviluppare linee guida realmente inclusive.

Gli autori sottolineano infine come l'integrazione sistematica di sesso e genere nella ricerca e nella pratica reumatologica possa migliorare accuratezza diagnostica, efficacia delle terapie ed equità delle cure, favorendo lo sviluppo di studi più rappresentativi e approcci terapeutici personalizzati.

«Sesso e genere non sono variabili secondarie -sottolinea la direttrice del Centro di riferimento per la medicina di genere, Elena Ortona- ma fattori che influenzano in modo concreto diagnosi, andamento clinico e risposta alle terapie nelle malattie reumatologiche. La loro integrazione sistematica in ricerca, pratica clinica e linee guida è indispensabile per una medicina più precisa, efficace ed equa».



Servizio Clinical Trials Day 2026

Ecco perché la ricerca clinica deciderà il futuro della medicina europea

E' in atto una trasformazione radicale che coinvolge contemporaneamente farmaci, dispositivi, intelligenza artificiale, organizzazione sanitaria, regolazione, economia e geopolitica della salute

*di Antonio Gasbarrini**

14 maggio 2026

Il 20 e 21 maggio 2026 il Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS ospiterà il Clinical Trials Day, una due giorni dedicata al futuro della ricerca clinica, dell'innovazione terapeutica e della medicina guidata dai dati. Non sarà soltanto un congresso scientifico. Sarà soprattutto un momento di riflessione strategica su ciò che sta accadendo alla medicina contemporanea: una trasformazione radicale che coinvolge contemporaneamente farmaci, dispositivi, intelligenza artificiale, organizzazione sanitaria, regolazione, economia e geopolitica della salute.

Per molti anni la sperimentazione clinica è stata percepita come un'attività confinata ai grandi centri accademici, importante ma sostanzialmente parallela rispetto all'assistenza quotidiana. Oggi questo paradigma è definitivamente superato. La trialistica clinica sta diventando il cuore stesso dell'accesso all'innovazione. Nei prossimi anni, per molti pazienti, soprattutto oncologici, neurologici e affetti da malattie rare o croniche complesse, entrare in un trial significherà spesso accedere prima — e talvolta unicamente — alle cure più avanzate disponibili nel mondo. È un cambiamento storico. La medicina sta infatti vivendo una delle più grandi accelerazioni della sua storia. In oncologia, neuroscienze, immunologia, medicina cardiovascolare e gastroenterologia stanno emergendo terapie sempre più sofisticate: anticorpi farmaco-coniugati, radioligandi, cellule ingegnerizzate, terapie geniche, RNA therapeutics, immunoterapie di nuova generazione, dispositivi intelligenti, digital therapeutics, algoritmi predittivi, robotica avanzata, sistemi di monitoraggio continuo e piattaforme integrate di medicina personalizzata. Questa rivoluzione sta modificando il concetto stesso di cura. Non si guarda più soltanto all'organo malato ma al profilo molecolare, immunologico, metabolico e digitale del paziente. Le nuove tecnologie permettono di identificare sottogruppi biologici estremamente specifici e di costruire trattamenti personalizzati su misura.

Ma quanto più la medicina diventa sofisticata, tanto più aumenta la necessità di ricerca clinica avanzata. Le innovazioni devono essere validate rapidamente, ma anche in modo rigoroso, sicuro e trasparente. Devono essere testate in reti internazionali, su popolazioni ampie e ben caratterizzate, con sistemi regolatori efficienti e con infrastrutture capaci di garantire qualità metodologica e rispetto delle Good Clinical Practice. In questo scenario, il ruolo degli IRCCS diventa centrale. Gli IRCCS rappresentano una peculiarità italiana di enorme valore strategico: strutture nelle quali ricerca, assistenza e formazione convivono quotidianamente. Questa integrazione è fondamentale perché permette di trasferire rapidamente le innovazioni dal laboratorio al letto del paziente. Non

è un caso che molte delle più importanti sperimentazioni cliniche italiane nascano proprio all'interno della rete IRCCS. Tuttavia oggi questa rete deve compiere un ulteriore salto di qualità. Nessun centro, da solo, può affrontare la complessità della medicina contemporanea. Le nuove sperimentazioni richiedono numeri elevati, competenze multidisciplinari, biobanche, piattaforme genomiche, data science, bioinformatica, imaging avanzato, competenze regolatorie, supporto statistico, monitoraggio digitale e capacità di gestione internazionale. Per questo la collaborazione tra IRCCS, università, centri di ricerca e reti europee non è più opzionale: è una necessità strategica nazionale. La competizione scientifica globale si giocherà infatti sempre più sulla capacità di costruire ecosistemi collaborativi. Gli Stati Uniti hanno sviluppato modelli fortemente integrati tra università, industria biotech, venture capital e grandi ospedali. La Cina sta investendo enormemente in piattaforme di ricerca traslazionale e intelligenza artificiale applicata alla salute. L'Europa rischia invece una progressiva marginalizzazione se non riuscirà ad accelerare processi decisionali, semplificare le procedure e rafforzare le proprie reti scientifiche.

Uno dei temi che verranno discussi durante il Clinical Trials Day riguarda proprio la nuova geopolitica del farmaco. Le recenti politiche statunitensi ispirate alla logica della Most Favored Nation Clause stanno ridefinendo gli equilibri dell'accesso globale ai farmaci innovativi. Il rischio concreto è che le aziende farmaceutiche privilegino sempre più il mercato americano nelle strategie distributive iniziali, rallentando l'arrivo delle innovazioni in Europa. Questo potrebbe avere conseguenze enormi. Terapie altamente innovative potrebbero diventare disponibili negli Stati Uniti con anni di anticipo rispetto ai sistemi sanitari europei. In questo contesto, la partecipazione ai trial clinici potrebbe diventare, per molti pazienti europei, il principale strumento di early access terapeutico. È una trasformazione profonda che impone una riflessione politica e organizzativa.

Se vogliamo che l'Italia continui a essere competitiva, dobbiamo essere più rapidi. Velocità oggi non significa superficialità. Significa capacità organizzativa, qualità regolatoria, digitalizzazione dei processi, interoperabilità dei dati, rapidità etica e amministrativa, competenze specialistiche e infrastrutture dedicate. La ricerca clinica moderna non può essere sostenuta soltanto dal talento dei singoli ricercatori. Richiede vere piattaforme organizzative. Per questo stanno assumendo un ruolo decisivo i Clinical Trial Office, i data manager, gli study coordinator, i biostatistici, i monitor, gli esperti regolatori, gli specialisti di farmacovigilanza, gli esperti di qualità e tutte quelle professionalità spesso invisibili ma indispensabili per condurre studi clinici conformi alle GCP internazionali.

La qualità della ricerca di un ospedale oggi non si misura soltanto dal numero di pubblicazioni scientifiche, ma dalla capacità concreta di attivare rapidamente trial multicentrici, arruolare pazienti, produrre dati affidabili e partecipare ai grandi network internazionali. In questo contesto, l'intelligenza artificiale rappresenta probabilmente la più grande discontinuità tecnologica degli ultimi decenni. L'AI sta cambiando radicalmente ogni fase della ricerca clinica. Sta modificando il modo in cui vengono identificati i pazienti eleggibili per uno studio. Gli algoritmi sono già in grado di analizzare milioni di dati clinici, radiologici, genomici e laboratoristici in tempi estremamente ridotti, individuando pazienti potenzialmente candidabili a trial che altrimenti non verrebbero mai intercettati. Il cosiddetto trial matching AI-driven potrebbe rivoluzionare l'accesso alla sperimentazione. Oggi moltissimi trial non riescono a completare l'arruolamento nei tempi previsti. Una delle principali cause è la difficoltà nell'identificare rapidamente i pazienti giusti. L'AI può ridurre drasticamente questo problema, incrociando in tempo reale cartelle cliniche elettroniche, imaging, dati molecolari e criteri di eleggibilità.

Ma il cambiamento sarà ancora più profondo. L'intelligenza artificiale contribuirà sempre più anche al disegno degli studi clinici. Potrà aiutare a costruire protocolli più efficienti, adattativi e personalizzati. Si stanno già sviluppando modelli di "synthetic control arms", nei quali i bracci di controllo vengono parzialmente costruiti utilizzando dati real world derivati da grandi database clinici, riducendo il numero di pazienti che ricevono placebo o terapie standard meno efficaci. Anche il monitoraggio della sicurezza cambierà radicalmente. Sensori indossabili, wearable devices, digital biomarkers e piattaforme di remote monitoring consentiranno un controllo continuo del paziente, trasformando il trial clinico da evento episodico ospedaliero a percorso dinamico e distribuito.

Questa rivoluzione riguarda anche i dispositivi medici. Per anni la ricerca clinica è stata associata quasi esclusivamente ai farmaci. Oggi i devices rappresentano una delle aree più dinamiche dell'innovazione biomedica. Robotica, imaging avanzato, realtà aumentata, protesi personalizzate stampate in 3D, dispositivi impiantabili intelligenti, sistemi mini-invasivi guidati da AI e piattaforme digitali stanno ridefinendo chirurgia, cardiologia, neurologia e medicina riabilitativa. La sperimentazione sui dispositivi presenta però sfide peculiari. I tempi di innovazione tecnologica sono molto più rapidi rispetto ai farmaci. Il rischio è che i sistemi regolatori tradizionali non riescano a stare al passo con l'evoluzione tecnologica. Diventa quindi necessario costruire modelli valutativi più dinamici, mantenendo però standard rigorosi di sicurezza ed efficacia. Anche per questo servono reti internazionali. Nessun Paese europeo può pensare di affrontare da solo la competizione globale. I trial del futuro saranno sempre più multicentrici, transnazionali, basati su piattaforme comuni di dati e su standard condivisi. L'Italia ha grandi competenze cliniche e scientifiche. Ha scuole mediche prestigiose, ricercatori di alto livello, IRCCS riconosciuti internazionalmente e una tradizione clinica di straordinario valore. Ma deve imparare a fare sistema. Occorre investire in interoperabilità dei dati, piattaforme digitali comuni, armonizzazione regolatoria, formazione avanzata e valorizzazione delle professionalità della ricerca.

È necessario inoltre costruire una nuova cultura della sperimentazione clinica. Troppo spesso il trial viene ancora percepito dal cittadino come qualcosa di distante o sperimentale in senso negativo. In realtà i grandi ospedali di ricerca rappresentano oggi i luoghi più sicuri e controllati della medicina contemporanea. La ricerca clinica di qualità non espone il paziente a rischi maggiori: al contrario, garantisce monitoraggi più intensi, multidisciplinarietà, accesso precoce all'innovazione e percorsi strutturati. Per questo la sperimentazione deve diventare parte integrante della cultura sanitaria nazionale. Dobbiamo formare medici capaci non solo di curare, ma anche di leggere criticamente i dati, comprendere la metodologia della ricerca, utilizzare strumenti digitali e dialogare con sistemi di AI mantenendo sempre centrale la relazione umana con il paziente. La medicina del futuro sarà inevitabilmente sempre più tecnologica. Ma dovrà restare profondamente umana. Ed è proprio questa la sfida più importante: utilizzare dati, algoritmi e tecnologie non per sostituire il medico, ma per aumentare la capacità della medicina di essere più precisa, predittiva, personalizzata e accessibile.

Il Clinical Trials Day nasce anche con questo obiettivo: mostrare come ricerca, assistenza, università, tecnologia e organizzazione possano convergere in un unico ecosistema orientato al paziente. Perché il futuro della medicina non dipenderà soltanto dalle nuove molecole o dalle nuove macchine. Dipenderà dalla capacità dei sistemi sanitari di integrare innovazione scientifica, etica, velocità organizzativa e collaborazione internazionale. La ricerca clinica non sarà più una funzione accessoria degli ospedali. Diventerà uno degli indicatori principali della qualità di un sistema sanitario e della capacità di un Paese di garantire ai propri cittadini accesso equo e tempestivo alla medicina del futuro.

**Direttore Scientifico Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS - Professore Ordinario di Medicina Interna Università Cattolica del Sacro Cuore*

FINE VITA, IL QUARTO CASO IN TOSCANA

Mariasole accede al suicidio assistito dopo una lunga battaglia legale

ELEONORA MARTINI

■ ■ «Mi sono sentita defraudata di un diritto inalienabile, spero che nessuno debba più attendere nella sofferenza come me»: sono le ultime parole che «Mariasole» (nome di fantasia), ha voluto lasciare scritte al mondo. La donna, «63enne toscana affetta da una forma severa di parkinsonismo degenerativo, è morta il 4 maggio a casa sua, a seguito dell'auto somministrazione del farmaco letale fornito, insieme alla strumentazione, dal Servizio sanitario regionale». A darne notizia è l'associazione Luca Coscioni che l'ha supportata nel lungo iter «iniziato con la prima richiesta alla Asl nel luglio 2025 e durato nove mesi».

Il quarto suicidio medicalmente assistito in Toscana, e il sedicesimo in Italia dalla famosa sentenza del 2019, conferma che la mancanza di una legge nazionale non può negare il diritto di decidere sulla propria morte che è stato riconosciuto dalla Corte costituzionale. Lo dimostra anche la lunga battaglia legale combattuta per «Mariasole» dal team di avvocati coordinati da Filomena Gallo

perché l'Asl, contrariamente al parere espresso dal Comitato etico, aveva ritenuto inizialmente insussistente nel suo caso il requisito del «trattamento di sostegno vitale». Una conferma, spiega la segretaria nazionale dell'associazione Coscioni, di «quanto sia fondamentale l'interpretazione evolutiva del "sostegno vitale": l'assistenza dei caregiver e il diritto di rifiutare trattamenti come la Peg sono parte integrante della libertà di scelta nel fine vita».

Anche questa storia è una di quelle da tenere a mente quando in Parlamento si discuterà del fine vita. Intanto, in attesa della fatidica data del 3 giugno,

deadline fissata dal presidente del Senato La Russa come compromesso tra maggioranza e opposizione per portare all'esame dell'aula un testo utile a riempire il vuoto legislativo attuale, le Regioni non possono fare altro che adeguarsi e normare le modalità di azione del sistema sanitario locale. E la tensione sale ogni giorno di più nel centrodestra, al punto di vedere il presidente leghista della Regione Lombardia Attilio Fontana battibeccare sul tema per-

fino con gli alleati di Fd'I.

Il governatore lombardo infatti ha predisposto delle linee guida per fissare tempi e modalità di intervento sanitario sul suicidio assistito che hanno scatenato l'ira, in particolare, dei meloniani. «Ognuno può dire e sostenere quello che vuole ma dato che io credo che noi si debba anche tutelare il lavoro serio e sereno dei nostri dirigenti, questo è il modo per farlo», si è difeso Fontana ricordando che nel 2024 il dirigente regionale Carlo Lucchina è stato condannato dalla Corte dei conti a «pagare cifre consistenti per risarcire il danno solo perché non ha seguito la sentenza della Corte Costituzionale». «Ha ragione Fontana», si schiera la capogruppo di FI al Senato Stefania Craxi che ancora spera di trovare un accordo con l'ala destra della sua coalizione per portare in aula il 3 giugno il testo base di maggioranza che è in stallo in commissione da dieci mesi e che ha pure alte probabilità di non reggere al voto segreto dell'assemblea. Se, come è altamente prevedibile, il miracolo non avverrà, in aula si ricomincerà dal testo del senatore dem Alfredo Bazoli.

Anche il Veneto è in fibrillazione: il presidente Alberto Stefani cerca una via di mediazione tra le pressioni locali e le necessità di coalizione: «Quello che possiamo fare come Regione - dice - è esercitare una competenza prevista dalla nostra Costituzione, che è proporre iniziative legislative che partono dal Consiglio regionale, da portare poi in Parlamento, e che non rischiano di essere «impugnate davanti alla Corte costituzionale». «Vogliamo rassicurare il presidente Stefani: nel caso della proposta di legge di iniziativa popolare Liberi Subito da noi promossa - ribatte l'associazione Coscioni - questo rischio non esiste».

In attesa della legge nazionale in Lombardia e Veneto si cerca una soluzione



Raccolta di firme per la legge «Eutanasia legale» foto Imagoeconomica



Sanità

Cure hi-tech
al Gemelli
la medicina
del futuro

L'innovazione tecnologica sta riscrivendo i modelli della medicina. Ne accelera i processi e porta a soluzioni che fino a pochi anni fa erano considerate inaccessibili. Si va così verso terapie in grado di rallentare il progresso di malattie come Alzheimer e Parkinson. Questi sono solo alcuni dei temi che verranno affron-

tati al Gemelli durante il Clinical Trials Day: due giorni su IA, robotica e nuove terapie con esperti da tutto il mondo.

Spagnoli a pag. 41

IA, chirurgia hi-tech, ricerca il Gemelli quartier generale per il futuro della medicina

► Dalle terapie che rallentano Parkinson e Alzheimer ai visori 3D e ologrammi
Una due giorni con alcuni dei protagonisti mondiali da Usa, Spagna e Corea

L'EVENTO

L'innovazione tecnologica sta riscrivendo i modelli della medicina. Ne accelera i processi, e porta a soluzioni che fino a pochi anni fa erano considerate inaccessibili. Si va così verso terapie in grado di rallentare il progresso di malattie come Alzheimer e Parkinson, fino agli anticorpi farmaco-coniugati in oncologia, ai robot impiegati negli interventi chirurgici. E poi, l'intelligenza artificiale che riesce a combinare cartelle cliniche, informazioni genetiche e database globali, proponendo l'abbinamento giusto tra paziente e farmaco sperimentale.

Questi sono solo alcuni dei te-

mi che verranno affrontati al convegno Clinical Trials Day 2026, iniziativa giunta alla sua seconda edizione e nata dalla sinergia tra la Fondazione Policlinico Gemelli Irccs, l'Università Cattolica e l'Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola. Saranno due giornate di confronto ad alto livello, il 20 e 21 maggio, che vedranno riuniti esperti del settore. L'iniziativa si terrà nell'Auditorium della sede romana dell'Università Cattolica, in Largo Francesco Vito.

GLI OSPITI

E quest'anno – ed è una delle novità – ci sarà una sessione dedicata alle collaborazioni internazionali, con la partecipazione di alcuni dei principali protagonisti della ricerca clinica globale. I medici italiani discuteranno di

innovazione e sperimentazione insieme a Xavier Cañas, ricercatore e medico dell'Università Vall d'Hebron di Barcellona, che presenterà il “modello spagnolo”, considerato uno dei sistemi di ricerca clinica più efficienti d'Europa. Interverranno anche Sagar Dugani della Mayo Clinic di Rochester, negli Stati Uniti, e Sapna Parshottam dell'Md Anderson Cancer Center di Hou-



ston, sempre negli Usa. Dall'altro lato del mondo arriveranno invece Hyun Chul Kim, ricercatore sudcoreano e Jim Coward dell'Icon Cancer Centre di Brisbane, in Australia.

IL SISTEMA

Nell'attuale e complesso scenario internazionale, «la ricerca clinica non è più soltanto uno strumento scientifico, ma una vera infrastruttura strategica per la tutela della salute pubblica», ha spiegato ieri in conferenza stampa Antonio Gasbarrini, ordinario di Medicina interna alla Cattolica e direttore scientifico della Fondazione Gemelli. Alessandro Sgambato, preside della Facoltà di Medicina della Cattolica, ha invece sottolineato il valore dell'ecosistema che nasce attorno al Clinical Trials Day, «dove stu-

denti, specializzandi, ricercatori e clinici lavorano insieme su progetti che ridefiniscono i confini della terapia». A raccontare le trasformazioni in corso nelle sale operatorie è stato Sergio Alfieri, ordinario di Chirurgia generale della Cattolica e direttore clinico-scientifico dell'Ospedale Isola Tiberina-Gemelli Isola: «La visione artificiale integrata nei sistemi robotici consente al chirurgo di vedere ciò che l'occhio umano non riesce a cogliere». Sulla stessa linea Giovanni Arcuri, direttore generale dell'ospedale Isola Tiberina, secondo cui «gli algoritmi addestrati sui dati reali della pratica ospedaliera permettono oggi di identificare i pazienti eleggibili in tempi impensabili fino a pochi anni fa». Presenti alla conferenza anche Daniele Piacentini, direttore ge-

nerale della Fondazione Gemelli, che ha ribadito la necessità di «integrare assistenza, ricerca e formazione», e Vincenzina Mora, responsabile del Clinical Trial Office della Fondazione Gemelli e coordinatrice dell'evento.

Sofia Spagnoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Analisi su alcuni campioni in uno dei laboratori del Policlinico Gemelli: strumentazione all'avanguardia per diagnosi precoci e ricerca d'eccellenza



L'intervista Antonio Gasbarrini

«Accelerare sui trial clinici così si arriva prima alle cure»

Il professor Antonio Gasbarrini è ordinario di medicina interna dell'Università Cattolica ed è il direttore scientifico della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs.

Professor Gasbarrini, parlare di trial clinici è un po' come se si volesse parlare di futuro, giusto?

«Basta vedere cosa sta succedendo nella ricerca clinica per rendersi conto che abbiamo farmaci salvavita che sono in fase di studio e che potrebbero arrivare in commercio anche tra dieci anni. Avere la possibilità di accedere a questi studi vuol dire avere terapie subito, prima anche di ciò che avverrà tra un decennio. Vale per i tumori, per le grandi malattie neurodegenerative come Parkinson e Alzheimer e per quelle autoimmuni come le artriti reumatoidi e la psoriasi. Per il glioblastoma e gli altri tumori cerebrali, noi già vediamo nelle ricerche farmaci che sono in grado di rallentare moltissimo queste malattie. Abbiamo la consapevolezza che questi farmaci arriveranno nel mercato tra sette e dieci anni. Con i trial si possono usare subi-

to»

Come vivono i pazienti la partecipazione agli studi?

«C'è tanta curiosità. Noi non diamo mai false aspettative. È chiaro che i trial non sempre vanno bene, però sicuramente danno una speranza in più rispetto all'attuale. Arrivano lì dove i farmaci attuali non hanno risposte. E sono il futuro che diventa presente. È importante sapere che in un prossimo futuro non esisteranno più i gruppi di controllo basati sui placebo, cioè sui pazienti che non prendono i farmaci con i principi attivi. La nuova ricerca sta disegnando avatar digitali che sono controfigure digitali di noi stessi. Tutti i pazienti avranno così direttamente accesso al farmaco attivo. I gruppi di controllo, in futuro, saranno virtuali».

Il Gemelli è al centro delle ricerche scientifiche internazionali.

«Lo è da sempre, anche perché in quanto Irccs, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, svolge il ruolo di apripista nell'ambito dei grandi network di ricerca internazionale. Per i Clinical Trials Day interverranno la Mayo Clinic di Rochester, in Minnesota, considerato il pri-

mo ospedale al mondo e l'Md Anderson di Houston, il primo del pianeta per l'oncologia, oltre al network sanitario coreano della Seul National University e l'Ospedale Vall d'Hebron di Barcellona, una delle punte di diamante della sanità europea».

Cosa suggerisce oggi al mondo istituzionale per valorizzare la ricerca?

«Siamo un'eccellenza a livello mondiale quanto a ricerca clinica. C'è solo un rischio: i Paesi asiatici stanno velocizzando gli iter autorizzativi dei trial. È assolutamente indispensabile snellire la burocrazia perché altrimenti non possiamo competere con Paesi, università e centri di ricerca come quelli cinesi, che in poche settimane arrivano ad autorizzare l'inizio di un nuovo trial».

So.Sp.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DIRETTORE SCIENTIFICO DELLA FONDAZIONE: SONO IN SVILUPPO AVATAR DIGITALI I GRUPPI PLACEBO SARANNO VIRTUALI



Antonio Gasbarrini, direttore scientifico della Fondazione

STAMPA LOCALE ROMA CAPITALE

