

**10 giugno 2026**

**RASSEGNA  
STAMPA**



**ARIS**

ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

**A.R.I.S.**

**Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari**

**Largo della Sanità Militare, 60**

**00184 Roma**

**Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343**





la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



DOMANI IN REGALO

L'ultimo album con le prime pagine di Repubblica

R sport

Tensioni e caro biglietti il Mondiale al via

di BASILE e GAMBA alle pagine 46 e 47



Mercoledì 10 giugno 2026 Anno 51 - N° 132 Oggi con 7/ In Italia € 1,90

Il Ponte della corruzione

Inchiesta della Procura di Roma: "Pressioni per ottenere il via libera ai lavori sullo Stretto" Indagati l'ex Corte dei conti Miele, l'avvocato leghista Saccomanno e il manager Virgiglio

Pressioni per l'ok al progetto del Ponte. La Procura di Roma apre un'inchiesta per corruzione e rivelazione di segreti d'ufficio: indagati l'ex presidente aggiunto della Corte dei conti Miele, l'avvocato leghista Saccomanno e il manager Virgiglio.

da pagina 2 a pagina 4 con i servizi di FRASCHILLA e OSSINO e un intervento di ELENA CATTANEO

Quell'insofferenza ai poteri di controllo

di ANNALISA CUZZOCREA

Che il governo Meloni abbia una sorta di allergia agli enti regolatori e di controllo, si è capito fin dai suoi primi passi. È stato evidente nel rapporto con la Corte dei Conti, sfidata apertamente fino a toglierle - con legge ordinaria - poteri che le affida la stessa Costituzione.

continua a pagina 15

"Il Garante restituisca l'1mila euro di macellaio"

di GIULIANO FOSCHINI

a pagina 25



MEDIO ORIENTE

Bombe israeliane su Tiro elicottero Usa abbattuto a Hormuz Nella notte l'attacco americano

di ABBATE, BRERA, COLARUSSO, DI FEO, LOMBARDI e MASTROLILLI

da pagina 6 a pagina 9



Le macerie dopo il nuovo attacco israeliano su Tiro, in Libano

Il sì del mercato a Intesa-Mps indice record a Piazza Affari

L'offerta di Intesa Sanpaolo su Mps è stata accolta positivamente da Piazza Affari: l'indice Ftse Mib è balzato oltre 5mila punti e ottimo è stato anche l'andamento dei gruppi bancari coinvolti.

da pagina 10 a pagina 12 con i servizi di COLOMBO, GRECO, OCCORSIO e PONS

IL RACCONTO

Nel mondo capovolto di Siena

dal nostro inviato

FRANCESCO MANACORDA

Una beffa, uno schiaffo. La città vedeva il ritorno se non ai tempi d'oro, comunque a prospettive che ridavano fiato e dignità alla banca. E invece...». E invece, adesso, in questo ufficio sotto la Torre del Mangia, Nicoletta Fabio, sindaco di Siena eletta con il centrodestra nel 2023, docente di latino e già priore della Contrada dell'Istrice, si prepara al peggio: «Sarà una lunga estate e farò tutto quello che posso perché il nome di Siena non venga cancellato. Il Monte è storia e futuro di questa città. Significa occupazione, indotto, ma anche attenzione al territorio. E Siena, in questa operazione, non può essere considerata variabile indipendente».

a pagina 12

SPAZIO

Un italiano verso la Luna

Parmitano su Artemis III la missione Nasa per preparare lo sbarco

di GIACOMO TALIGNANI

Nel nuovo passo verso la Luna ci sarà un'importante impronta italiana. Il veterano dello spazio Luca Parmitano, 50 anni a settembre, è stato scelto per partecipare alla missione Artemis III.

a pagina 30



Luca Parmitano, 49 anni, nella sede della Nasa per i dettagli sulla missione

Advertisement for 'L'ORMA EDITORIALE' featuring Elena Rui's book 'Vedove di Camus' and the Premio Strega 2026.



CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

Servizio Clienti - Tel. 02 63775310
mail: servizioclienti@corriere.it

Banca Ifis logo and branding



La missione della Nasa
Parmitano e la Luna
Piloterà Artemis III
di Cristina Marrone
a pagina 24



Il manager Piacentini
«Nel tech italiano
ci sono tanti talenti»
di Daniele Manca
a pagina 25

SIAMO IL
CREDITO
PER LA TUA
AZIENDA

Cina, Usa e Ue

SE CAMBIA
L'ORDINE
GLOBALE

di Danilo Taino

È improbabile che una nazionale di calcio asiatica vinca il Mondiale che inizia domani. Xi Jinping, grande appassionato, rifletterà amaramente su uno dei suoi obiettivi falliti, fare della Cina una superpotenza del football. Per sei settimane, sarà l'Atlantico al centro del mondo, Europa e Americhe. Da fine luglio, terminate le sfide, la realtà ristabilirà però le gerarchie e l'Asia si riprenderà la posizione che ormai ha conquistato, quella di pivot attorno al quale ruotano economia, commerci, diplomazia, sfide geopolitiche, scelte militari, prove di forza.

La prima parte del 2026 ha certificato che è l'Asia il campo di confronto nel quale verranno stabiliti gli equilibri del futuro. Più di un secolo fa, uno dei padri fondatori delle teorie geopolitiche, Halford Mackinder, pose l'Eurasia al centro degli affari del Pianeta: chi ne controlla il nucleo — sosteneva — domina il mondo. Il Novecento, secolo atlantico, aveva fatto impallidire questa teoria. Ora, ritorna prepotente. Di fondo, riconosce lo straordinario sviluppo economico dei Paesi asiatici che sono la parte più dinamica dell'economia mondiale. Al punto che da un po' di tempo a questa parte, anche il linguaggio della geografia cambia: per esempio, Medio Oriente, termine che presuppone il pianeta visto dall'Europa, è sempre più sostituito da Asia Occidentale, segno che i punti di riferimento sono cambiati.

continua a pagina 28



Fumo nero e detriti che si sbriciolano da un palazzo di Tiro, nel Sud del Libano, colpito dai raid aerei israeliani

Trump: risposta proporzionata. Libano, vittime a Tiro
Il raid Usa contro l'Iran dopo l'abbattimento dell'elicottero Apache

LA DIPLOMAZIA DEL TYCOON
«Accordo vicino»
L'ha detto 38 volte
di Michele Farina
a pagina 5

NUOVO PACCHETTO DELLA UE
Sanzioni a Putin:
colpito il petrolio
di Alessandra Muglia
a pagina 9

di Marta Serafini

Trump ieri lo ha ripetuto: «Ormuz presto riaprirà, in Medio Oriente siamo vicini all'intesa». Ma Netanyahu non si ferma, all'esercito di Israele ha dato ordini ben diversi e il Libano resta sotto le bombe, decine i morti. Abbattuto da Teheran un elicottero militare degli americani. Che nella notte hanno bombardato l'Iran per rappresaglia.

da pagina 4 a pagina 8
Basso, Galluzzo
Moriglano, Olimpico

I pm: volevano condizionare i giudici. Coinvolti un'ex toga, un imprenditore e un avvocato leghista

Ponte, scontro sull'inchiesta

Tre indagati per corruzione. L'opposizione: Meloni fermi il progetto

di Giovanni Bianconi
Marco Cremonesi
e Ilaria Sacchettoni

Roma indaga per corruzione e rivelazione del segreto di ufficio in merito al progetto per il Ponte sullo Stretto. Perquisiti il giudice Miele, ex presidente aggiunto della Corte dei Conti, l'imprenditore Virgiglio e l'avvocato Saccomanno, ex commissario della Lega calabrese.

alle pagine 2 e 3

L'INTERVISTA / LA RUSSA

«Ora scegliamo il candidato per Milano»



di Paola Di Caro

a pagina 17

America, domani il via | prezzi alti, i controlli, l'arbitro respinto



Dall'alto a sinistra, in senso orario, lo spagnolo Lamine Yamal, l'italiano Carlo Ancelotti, il francese Kylian Mbappé, il norvegese Erling Haaland, l'argentino Leo Messi e il portoghese Cristiano Ronaldo, protagonisti del Mondiale Usa

Il Mondiale delle stelle (e delle polemiche)

di Viviana Mazza, Carlos Passerini e Paolo Tomaselli

alle pagine 42 e 43

CREDITO, L'OPERAZIONE

La Borsa premia il blitz su Mps: salgono i titoli delle banche

di Simone Canettieri e Giuliana Ferraino

La grande corsa al Monte dei Paschi di Siena spinge Piazza affari e riaccende le scommesse degli investitori su una nuova stagione di consolidamento bancario che è destinata a ridisegnare gli equilibri del capitalismo finanziario italiano.

da pagina 10 a pagina 13
Ducci, Polizzi, Rinaldi

IL CASO IN EGITTO

In cella l'ex marito della condannata per adulterio



di Alessio Ribauda

a pagina 20

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini

Non è la prima volta che i Mondiali di calcio si giocano in un paese governato da un prepotente, ma non era mai successo che il prepotente fosse un tipo così caotico. Il povero Cannavaro annusato voracemente dai cani antidroga all'ingresso dello stadio di New York — in quanto c.t. di una nazionale invisa a Trump, l'Uzbekistan — rappresenta un momento di tragicomicità surreale. E che dire di Omar Artan, il somalo premiato come miglior arbitro africano dell'anno, che al suo arrivo a Miami è stato sottoposto a un interrogatorio di undici ore e rispedito a casa nonostante il visto diplomatico perché la Somalia è nella lista nera del Presidente? Una lista, ecco il punto dolente, sempre passibile di modifiche in base al suo umore. Poiché cambia idea di continuo su tutti, persino su Khamenei,

Il Donald è rotondo

nessuno si stupirebbe se chitadesse i giocatori iraniani a chiave negli spogliatoi e subito dopo andasse in curva a tifare per loro. La verità è che con i bioritmi di Trump nessuno può sentirsi al sicuro. Gli spagnoli meno di tutti. Se domani Sanchez ne dice un'altra delle sue, quello è capicissimo di mandare l'Ice nel ritiro delle furie rosse a Chattanooga, prendere Lamine Yamal per le ascelle e portarlo via. E nel caso in cui gli Stati Uniti dovessero disgraziatamente perdere una partita, l'ingrignito in Capo accetterebbe il risultato o invaderebbe il campo travestito da sciamano? L'unica certezza immutabile è che, in qualunque stadio vada, la gente lo fischia a più non posso. E non sono fischi uzbeki o somali. Sono fischi rigorosamente americani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MAGNESIO
COMPLETO

4 fonti di Magnesio
per un'azione completa

PRINCIPIUM®

BIOS LINE

In Farmacia, Parafarmacia ed Erboristeria.



principiumlife.com



00810

8 771120 493008

INFORMAZIONE E SICUREZZA

Pisani: togliere dai social i video che esaltano i reati

GIACOMINO, STAMIN - PAGINA 14



IL DIBATTITO SULLA CENSURA

Alfieri, De Gregori, De Luca e la lontananza dal potere

PAOLAMASTROCOLA - PAGINA 25



LA MUSICA

La Scala come Disneyland la rivolta dei loggionisti

GALLARATI, MATTIOLI - PAGINE 26 E 27

1.90€ II ANNO 160 II N.154 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.INL.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

MERCOLEDÌ 10 GIUGNO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



UN EX GIUDICE DELLA CORTE DEI CONTI: QUEI DEFICIENTI DEI MIEI COLLEGGI, HANNO BOCCIATO TUTTO. IPM: PROMESSA UN'AUTORITY IN CAMBIO

## Corruzione, bufera sul Ponte

Indagati un avvocato vicino a Salvini, un magistrato e un imprenditore. Ma la Lega tira dritto

IL COMMENTO

Toghe contabili ombre sulla riforma

MARCELLOSORGI

Finalmente s'è capito perché, nelle stesse settimane in cui partiva la campagna per il referendum sulla separazione delle carriere dei magistrati, il governo s'impegnò con tutte le sue forze per far approvare la riforma della Corte dei Conti. - PAGINA 23

IL PRESIDENTE DELL'ANAC

Busia: basta decreti serviva una gara

FRANCESCO GRIGNETTI

È una maledizione, quella del Ponte. La grande opera che attira grandi appetiti. Ed è tutta una vicenda di forzature. A prescindere dall'ultima inchiesta, il presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione Giuseppe Busia ha sempre pensato che la procedura sia nata storta e non l'ha nascosto nelle audizioni parlamentari. - PAGINA 5

IL CASO

I braccianti morti e lo Stato assente

CHIARA SARACENO

Il caporalato in varie forme, non solo il lavoro nero, non è un residuo del passato, di un capitalismo e di un'economia di mercato ancora primitivi e da società arretrata. È uno strumento strutturale di una grossa fetta dell'economia italiana, trasversale a molti settori - agricoltura, costruzioni, logistica, moda. Può contare sulla disponibilità di un "esercito di riserva". - PAGINA 23

BARBERA, CARRATELLI, FAMÀ

Una cricca di cui avrebbe fatto parte anche l'ex numero due della Corte dei Conti ha cercato di pilotare il maxi progetto del Ponte sullo Stretto. E l'ipotesi su cui si basa l'indagine della Procura di Roma per corruzione e rivelazione del segreto d'ufficio. - PAGINE 2-5

Fisco, la vera partita oltre la patrimoniale

TOMMASO NANNICINI - PAGINA 29

IL RISIKO BANCARIO

Messina: su Mps nessun rilancio

LUISE, GORIA

L'entusiasmo degli analisti verso l'Opas lanciata da Intesa Sanpaolo e Unipol su Mps si legge nei rialzi messi a segno dai titoli bancari ieri a Piazza Affari, con Unipol che chiude a +4,67%, seguita da Mediobanca (+2,97%) e Bper (+2,90%). - PAGINE 6 E 7

Guzzetti: così Intesa protegge il risparmio

GIULIANO BALESTRERI

«L'operazione di Intesa Sanpaolo con Unipol su Mps è una garanzia per l'economia del nostro Paese che è ferma da anni». E ancora: «Mette in sicurezza il risparmio tricolore». Giuseppe Guzzetti, classe 1934 è lo storico presidente di Fondazione Cariplo. - PAGINA 7

USA, CONTROLLI CHOC: CANNAVARO PERQUISITO, GIOCATORI INTERROGATI, ARBITRO SOMALO RESPINTO



## Mondiali Usa e Rigetta

ALBERTO SIMONI

Controlli negli aeroporti Usa all'arrivo del Senegal (a sinistra) e di Fabio Cannavaro (a destra), ct dell'Uzbekistan - PAGINA 18

DOMANI LA CERIMONIA INAUGURALE

Azteca, lo stadio dei miti dal Toro a Maradona

GIULIA ZONCA - PAGINA 15



I PROTAGONISTI

Cr7, Messi e Modric l'ultimo ballo dei giganti

FABIORIVA - PAGINE 28 E 29

MEDIO ORIENTE

Israele bombarda i cristiani di Tiro E Trump riprende i raid contro l'Iran

FABIANA MAGRI



Il quartiere cristiano di Tiro comincia dove finiscono il porto dei pescatori e le rovine romane. Sullo sfondo del mare, si levano le colonne di fumo dei bombardamenti israeliani. - PAGINE 8 E 9

IN NUOVI CONFLITTI

Se l'uso dei droni lava le coscienze

GABRIELE SEGRE

Nuovo giro, stessa giostra impazzita. Escalation tra Hezbollah e Israele. Di nuovo, Beirut e la Galilea bombardate. Di nuovo, l'Iran che attacca Israele e Israele che risponde mentre il presidente americano Donald Trump non sa più come evitare di finire risucchiato nelle sabbie mobili. - PAGINA 13

CAOS IN IRLANDA

Belfast, la rivolta anti-immigrati

MARCO VARVELLO

Sono serviti a poco gli inviti alla calma della polizia nordirlandese. In nottata centinaia di dimostranti hanno scatenato disordini a Belfast, incendiando un autobus e numerose vetture, attaccando gli agenti, lanciando sassi e bruciando cassonetti al grido «Fuori gli immigrati». - PAGINA 11

PARLA PER LA PRIMA VOLTA BASOCCU

Il tifoso ferito al derby "Ditemi chi mi ha colpito"

ELISA SOLA

Con la testa bendata, gli occhiali da sole per affrontare la luce che non ha visto per 16 giorni, sorride. E pensa a tre cose semplici che vorrebbe fare adesso. Ora che sa che è vivo. E che indietro, a quel derby maledetto e quella cosa volante che l'ha colpito, non si torna. GALLETTA - PAGINA 17



INTERVISTA ALLA GARANTE PER L'INFANZIA

"Sui bimbi del bosco ho sentito troppe bugie"

SAVERIO OCCHIUTO



Bugie sulle condizioni psicofisiche dei tre bambini. Interpretazioni dei fatti senza un contraddittorio. Interferenze esterne, anche della politica, senza conoscenza diretta dei fatti. Alessandra de Febis, Garante regionale in Abruzzo per l'infanzia e l'adolescenza, ne avrebbe di cose da raccontare. - PAGINA 15

ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLI OGGETTI





€ 1,40 ANNO 148 - N° 156  
Sped. in A.P. 0333/2003 come L.40/2004 art.1 (L) 0338/01

# Il Messaggero

NAZIONALE



Mercoledì 10 Giugno 2026 • S. Diana

PRIMA PAGINA DEL MATTINO

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

**La scelta della Nasa**  
**Missione Luna**  
**su Artemis III**  
**c'è Parmitano**

Troili a pag.16



**L'anteprima del libro**  
**Ultimo, la vera**  
**storia (aspettando**  
**il maxi concerto)**

Mattia Marzi a pag.23



**Cannavaro perquisito**  
**Mondiali, giocatori**  
**e arbitri fermati**  
**alla dogana Usa**

Angeloni nello Sport



L'evento del Messaggero: Caltagirone: tassa di soggiorno applicata con rigore e magari aumentata, tassa di accesso al centro per i bus turistici; una quota dell'imposta reinvestita in centro per decoro e sicurezza; stop ai cortei nel nucleo direzionale, se non con deroga occasionale



**Il Messaggero**  
**FUTURO CAPITALE**

INTERVENTI E INTERVISTE

**Gualtieri: Capitale locomotiva**  
**ma servono i poteri speciali**

Fabio Rossi a pag. 2

**Piantadosi: qui un corteo su 2**  
**Fitto: fondi europei da rivedere**

Di Corrado e Sciarra alle pag. 6 e 7

**Cattaneo (Enel): «È il momento**  
**di investire nelle rinnovabili»**

Rosario Dimito a pag. 4

**Del Fante (Poste): «Con Tim**  
**un campione nazionale»**

Andrea Pira a pag. 4

**Descalzi (Eni): «La Ue investe**  
**sulla sicurezza energetica»**

Giacomo Andreoli a pag. 5

**Palermo (Acea): «Più qualità**  
**con nuove infrastrutture»**

Francesco Pacifico a pag. 5

**Folgiere e Mariani: «Caccia**  
**a competenze adeguate»**

Francesco Pacifico a pag. 5

**Polimeni e Di Amato:**  
**«Innovazione DNA di Roma»**

Jacopo Orsini a pag. 6

## «Tre proposte per rendere Roma più competitiva»

Mario Ajello

Non serve auto-glorificarsi. Anche perché i fatti di Roma parlano da soli e descrivono una Capitale in trasformazione e in miglioramento. L'approccio pragmatico, utile a rendere ancora più vivibile e più attrattiva questa metropoli, impone di guardare alle criticità ancora esistenti e a trovare la determinazione per risolverli. Questo è il modo di pensare di Francesco Gaetano Caltagirone.

Continua a pag. 3



Francesco Gaetano Caltagirone all'evento "Futuro Capitale, la nuova Italia: Roma motore strategico del Sistema Paese"

Arnaldi, Bichis e Valenza da pag. 2 a pag. 7

**I numeri veri**  
**«La corsa del Paese:**  
**la locomotiva**  
**del G7 siamo noi»**

ROMA - L'Italia è tra le economie più solide del G7 e può diventare il quarto esportatore mondiale. Così Marco Fortis, economista e vicepresidente della Fondazione Edison, è intervenuto all'evento "Futuro Capitale" organizzato da *Il Messaggero*, offrendo una lettura che si discosta dalle interpretazioni più pessimistiche. «Crescita cumulata sopra le attese, esclusi i microchip siamo il quarto esportatore mondiale».

Andreoli a pag. 4

**Tregua già a rischio. Israele bombarda di nuovo il Libano: 8 morti a Tiro**  
**Elicottero Usa abbattuto su Hormuz**  
**Trump: è stata Teheran, risponderemo**

►Ma il presidente Usa non vuole interrompere la trattativa con gli iraniani

ROMA Iran-Usa, è di nuovo crisi: Teheran abbatte un Apache. Il presidente Trump: «Risponderemo». L'elicottero era in volo sullo Stretto di Hormuz, l'equipaggio salvato da un drone di superficie. Libano, Israele bombarda la città-museo Tiro. Ma Trump avverte: «Netanyahu fa ciò che dico».

Vita e l'analisi di Angelo De Mattia alle pag. 13 e 15

**Tra loro l'ex giudice della Corte dei Conti Miele**  
**Ponte sullo Stretto, 3 indagati per corruzione**

Valentina Errante

Sul Ponte dello Stretto l'ombra della corruzione. Tre le persone indagate dalla Procura di Roma. Tra le accuse anche rive-

lazione del segreto d'ufficio. Tra loro anche un ex giudice. L'aggiunto della Corte dei Conti Miele: avrebbero condizionato l'esame finale del progetto.

A pag. 17

**Contratto 2025-2027**

**Statali, firmato**  
**l'accordo: aumenti**  
**fino a 221 euro**

ROMA Una firma storica. Per la prima volta, un contratto di lavoro del pubblico impiego è stato firmato nel periodo di vigenza. È successo all'Aran, l'agenzia guidata da Antonio Naddo che tratta per conto del governo i rinnovi dei contratti di lavoro dei dipendenti pubblici con i sindacati. Siglata all'unanimità l'ipotesi di contratto delle Funzioni centrali per il 2025-27. L'intesa, che porterà nelle buste paga dei diretti interessati aumenti medi lordi mensili pari a 161 euro, con picchi di 221 euro per le Elettive professionali.

Bisozzi a pag. 9

**INTELLIGENZA ARTIFICIALE** Un nuovo alleato per la prevenzione senologica

**SenoClinic** | **VILLA MAFALDA**  
Via Monte delle Gioie, 5 - Roma - Tel. 06 3630 3491 - Info e prenotazioni su [senoclinicroma.com](#)

**Il Segno di LUCA**

**LA VERGINE**  
**ALLA SVOLTA**

Oggi i pianeti sembrano intenzionati a farti misurare la tua determinazione. La configurazione ti invita a operare un taglio netto, a chiudere una porta che non ha più senso mantenere aperta in modo da poter girare pagina rispetto al lavoro e rendere possibile un salto. Ma sei molto coinvolto a livello emotivo e devi fare i conti con la paura di sbagliare. Trasforma la forza di questa emozione in una guida.

**MANTRA DEL GIORNO**  
Senza un'emozione nulla si muove.

L'oroscopo a pag. 15

\* Tandem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Padova, Lecco, Brescia e Trento; *Il Messaggero* - Nuova Quotidiana di Poggia e 1,20; la domenica con l'inserto *Il Messaggero* - *Corriere dello Sport* - *Stadio* € 1,40; in Abruzzo, *Il Messaggero* - *Corriere dello Sport* - *Stadio* € 1,40; nel Molise, *Il Messaggero* - *Primo Piano* - *Notizie* € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, *Il Messaggero* - *Notizie* - *Corriere dello Sport* - *Stadio* € 1,50; *Fuoriporta al Mare* - € 0,90 (Roma)



Mercoledì 10 giugno 2026

ANNO LIX n° 134  
1,50 €  
San Maurizio di Colonia  
Italia

Edizione online  
dal 06/02

# Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica [www.avvenire.it](http://www.avvenire.it)

## Editoriale

### La finanza e il dovere di rischiare INVESTIRE SULLO SVILUPPO

MARCO FERRANDO

È un certo stordimento vedere i mercati finanziari (compresa la Borsa di Milano) ai massimi storici proprio mentre il mondo è sempre più avviluppato in una spirale di conflitti e paralisi che scarica i suoi effetti sulla vita di tutti i giorni: inflazione alta, salari fermi, debito mai così elevato, disuguaglianze galoppanti. Non c'è per forza da gridare allo scandalo, ma di fronte a una divaricazione così ampia tra economia e finanza alcune questioni di senso sempre latenti diventano deflagranti, e anche solo per onestà intellettuale impongono di chiedersi con rinnovata urgenza "perché" e "per chi" stia scendendo tutto questo. Vale per chi crede, che non può darsi insensibile di fronte alla simultanea accumulazione di ricchezza nelle mani di pochi e nella generale diffusione della povertà. Ma anche per chi guarda al mondo armato di semplice buon senso: il tema della sostenibilità non può più essere relegato tra gli optional, o in quelle aree grigie in cui la forma si mescola con la sostanza. La domanda, alla fine, è la stessa per tutti: per quale futuro di medio-lungo periodo stiamo gettando le basi? Nella *Magnifica Invenzione*, al paragrafo 160 e 161, il papa Leone XIV bastano poche righe per far luce sul punto. Soprattutto nella chiesa in cui ricorda che «la finanza per la finanza è cosa ben diversa dalla finanza per lo sviluppo e l'evoluzione del lavoro». Lo spartiacque è nel fine e nei mezzi: la storia dell'economia (e delle sue crisi) suggerisce che il fine è lo sviluppo, perché quando invece si confondono ecco che si innesca «il vortice della finanza», come ha richiamato ieri il cardinale Zuppi a Piazza Affari, dove ha presentato le Linee guida Cei per gli investimenti etici e sostenibili.

continua a pagina 7

## Editoriale

### Trump e i suoi 37 proclami di svolta ANNUNCI STORICI NESSUNA STORIA

GIORGIO FERRARI

«L'accordo con l'Iran è laminato». Quante volte abbiamo sentito pronunciare questa frase da Donald Trump? E quante volte questa frase è risultata vuota? A tutt'oggi, trentasette volte. Ma nei prossimi minuti la cifra potrebbe ulteriormente salire. A contreggiare le dichiarazioni trionfanti del presidente americano sono stati i puntigliosi cronisti della *Cms*, che ricorda come siano passati più di due mesi da quando il presidente ha annunciato un cessate il fuoco con l'Iran, affermando all'epoca che le due parti erano vicine a un accordo. Il 7 aprile, ricorda la gloriosa eremitica di Atlanta fondata quarantasette anni fa da Ted Turner, Trump ha dichiarato sui social media che le trattative erano «a buon punto», ma che servivano due settimane affinché «l'accordo fosse finalizzato e perfezionato», congratulandosi con sé stesso nell'affermare: «È un onore vedere questo problema di lunga data vicino alla soluzione». La soluzione però non arrivava, nonostante Trump avesse trascorso i due mesi successivi continuando a suggerire che l'accordo fosse imminente recitando un mantra senza fine: «Quasi raggiunti tutti i punti dell'accordo (23 marzo)», «L'Iran è un Paese che vuole disperatamente raggiungere un accordo (25 marzo)», «L'Iran implora un accordo (26 marzo dall'Air Force One)», «Siamo molto vicini a un accordo (6 aprile)», «Penso che sia quasi finita (15 aprile)», «Tutto accadrà in fretta (20 aprile)», «Ho sospeso gli attacchi perché siamo vicini a un accordo (18 maggio)», «Metteremo fine a questa guerra molto rapidamente (19 maggio durante un picnic al Congresso).

continua a pagina 3

**IL FATTO** Le morti per attacchi armati sono state 245mila. Ucraina, Sudan e Gaza i contesti con più vittime

## Guerre da record

Nel mondo 65 conflitti, mai così tanti dal 1946. Il terzo anno peggiore per vittime civili Israele ordina lo sgombero e colpisce il quartiere cristiano di Tiro: «Covo di Hezbollah»



### Mondiali, partite tra le fosse comuni

A Zapopan, appena fuori dal caos urbano di Guadalajara, nel municipio di Tequila sono la besana annuina. La zona è stata qualificata in vista dei Mondiali: si trova lungo la via dell'Akron, lo stadio da 50mila posti dove si disputeranno quattro delle 104 partite del Campionato in programma tra Messico, Stati Uniti e Canada. L'ubicazione sulla carta è, dunque, ottima. Se non fosse per il fatto che Las Agujas è il cimitero clandestino più grande dell'area metropolitana di Guadalajara, capitale messicana dei desaparecidos.

Capuzzi (inviata a Guadalajara) a pagina 6

NELLO SCAVO, CHIARA VITALI

Il rapporto annuale pubblicato dai Peace Research Institute Oslo parla di una normalizzazione della violenza che permea il nostro tempo. Nel 2025 si è registrato il numero più alto di conflitti dalla fine della Seconda guerra mondiale: 65. Quello in Medio Oriente sta conoscendo un'escalation sul fronte libanese: Israele ha ordinato l'evacuazione di alcune zone di Tiro dove vivono migliaia di famiglie cristiane. Nei raid sono morte 8 persone. I vescovi: «Ritornare nella città, in mezzo alla nostra gente».

Primopiano pagine 2-3

LEONE XIV

«Per egoismo e femminicidi la cura è la gratuità»

Gambassi (inviato) alle pagine 4 e 5

## I nostri temi

### ATLANTE AFFETTIVO I ragazzi che sanno stupirsi della meraviglia

LUIGI BALLERINI

In un tempo dominato dalla programmazione e dal controllo, i giovani riescono a riconoscere valore alla meraviglia, un'esperienza piacevole che interrompe il già noto, riscendendo lo sguardo. E ricordano agli adulti che lasciarli sorprendere non è una specie di qualità perduta da ricordare con nostalgia.

A pagina 23

### RONDINE Jovanotti sul palco con il vescovo Migliavacca

IRENE FUNGHI

ospite per il gran finale del YouTube Fest di Ronchini. Lorenzo Jovanotti ha voluto accanto a sé Andrea Migliavacca, vescovo di Arezzo-Cortona-San Sepolcro, durante il concerto-testimonianza "Destinazione Pace". «Vescovo? Ci benedica lui». Ne abbiamo bisogno di questi tempi. Vieni su!».

A pagina 24

## BORSA Criteri etici Zuppi: finanza per le persone Non sia solo speculazione

«L'etica non è a intermittenza o a convenienza». Nella sala della Borsa italiana, cuore simbolico della finanza del Paese, il cardinale Matteo Zuppi ha presentato le nuove «Linee guida della Cei in materia di investimenti etici e sostenibili» Cei.

Allieri a pagina 7

**IL CASO** Inchiesta su un imprenditore, un avvocato e un ex giudice. I magistrati contabili contro la riforma

## Sul Ponte l'ipotesi corruzione

Tre indagati per aver tentato di condizionare il giudizio di fattibilità della Corte dei conti

VINCENZO R. SPAGNOLI

I criteri non sono ancora iniziati, ma sul Ponte sullo Stretto si allungano le ombre di una presunta rete corruttiva. La procura di Roma ha infatti ostito colui che rimproverò il suo ufficio, un avvocato (già commissario della Lega in Calabria), un imprenditore e l'ex vicepresidente della Corte dei Conti, al quale i due avrebbero promesso vantaggi dopo il pensionamento, in cambio di notizie riservate.

A pagina 9

ANGELO PICARIELLO

Le ombre sul Ponte arrivano il giorno dopo il nuovo grido d'allarme della Corte dei conti sulla riforma della magistratura contabile. Nel corso di un seminario tenuto all'hotel Nazionale, si è fatto il punto sui rischi contenuti nella riforma della Corte, per lanciare un segnale forte al Governo, che dovrà ora renderla operativa con i decreti attuativi.

A pagina 9

## CONSOLATO AMERICANO Il gip conferma: gli indiani trattati come degli schiavi

Marcus a pagina 11

## LA BORSA "APPLAUDE" Intesa-Mps, i sindacati: tutelare i lavoratori

Saccò e Fera a pagina 8

## SPECIALE Il 5 per mille fa 20 anni e cresce in scelte e valore

Inserito al centro del giornale

## Corpo Alessandro Deho' Corpo fastidioso

«Ma possibile che nessuno ti abbia detto, come me, che il corpo non è altro che un fastidioso», io ero devo fosse solo una battuta per deviare dalla mia domanda. «No», le dico, «nessuno, ma forse in tanti lo pensano, comunque nessuno ha avuto il coraggio di confessarmelo come hai fatto tu». Lei mi dice che la mia domanda l'ha davvero messa in crisi, e che no, non è una battuta, per lei il corpo non è altro che un fastidioso. Non mi spiega esattamente perché, come se dovessi arrivarci da solo. Ma non ci arrivo. Fastidioso è tutto ciò che impedisce la felicità, il disturbo che incrina la perfezione. No, non

voglio arrivarci, sentire il corpo fastidioso significa ridurre la vita ad ossa solo. Significa sentirsi soffocati dal peso della nostra carne. Significa sperare di morire. Significa non aver trovato nessun amore credibile, nessuno sguardo amoroso in grado di farci sentire amati. Penso a Cristo che si è fatto uomo, che si è fatto fastidioso. Provo vergogna per le volte che ho narrato la bellezza della vita senza rendermi conto che qualcuno, nel corpo, vedeva solo un carcere.

© FOTOGRAFIA INFINITO

## Agorà

**FOTOGRAFIA**  
I segreti di Platon:  
«Anche per ritrarre  
il potere serve empatia»  
De Re a pagina 26

**SCENARI**  
Sovranità digitale  
L'eredità del silicio  
e la libertà culturale  
Re a pagina 27

**CALCIO**  
Berlino '06, fango e oro  
Il paradosso  
della redenzione  
Capuzzi a pagina 28

**LUOGHI INFINITO**  
LE FORME  
DEL PANE  
In edicola e online su  
[abbonamenti.avvenire.it](http://abbonamenti.avvenire.it)

317  
Giugno 2026

# Italiani all'estero: 2mila euro all'anno per curarsi con il Ssn

Sanità

Al via la legge per chi risiede  
nei Paesi extra Ue: platea  
di poco più di 3 milioni

## Marzio Bartoloni

Per poco più di 3 milioni di italiani che vivono all'estero, ma non in un Paese europeo, sarà possibile continuare ad avere il medico di famiglia o accedere ai servizi sanitari in Italia, compresi un ricovero ospedaliero o la prescrizione dei farmaci, pagando un contributo di 2mila euro l'anno. In questo modo avranno in tasca la tessera sanitaria a cui potranno fare ricorso durante la loro permanenza in Italia per avere le cure di cui hanno bisogno: si pensi ad esempio ai tanti pensionati che soggiornano in Paesi come l'Albania o la Tunisia che spesso per diversi mesi l'anno fanno rientro in Italia o anche i più giovani che lavorano, studiano o fanno ricerca all'estero e magari ritornano per alcuni periodi.

Ieri il Senato ha definitivamente varato la proposta di legge che consente ai cittadini italiani residenti all'estero di avere l'assistenza sanitaria nel nostro Paese previo pagamento di un premio annuo di 2mila euro (il costo medio della Sanità che paghiamo in Italia secondo i calcoli della Ragioneria generale dello Stato), con i minori che saranno esenti a patto che almeno un genitore o il tutore sia in possesso della tessera sanitaria. «Con questa legge rispondiamo a un bisogno dei nostri cittadini all'estero che testimonia il forte interesse per il nostro Servizio sanitario nazionale che è tra i migliori al mondo», ha spiegato il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato.

La legge è diretta in particolare ai

cittadini che risiedono all'estero in Paesi non aderenti all'Unione europea o all'Associazione europea di libero scambio (Efta), ma che siano iscritti all'Aire, l'Anagrafe degli italiani residenti all'estero. In questa platea, chi vorrà potrà iscriversi al Ssn presso l'Asl che raccoglie le loro schede individuali o, in alternativa, presso l'Asl competente per il domicilio di soggiorno ricevendo così la tessera sanitaria. Oggi, infatti, al momento dell'iscrizione all'Aire i cittadini sono cancellati dal Servizio sanitario, mantenendo una copertura limitata alle sole cure di emergenza. In particolare i pensionati all'estero hanno diritto a una copertura limitata ai 90 giorni per le sole prestazioni ospedaliere urgenti e di pronto soccorso.

Con decreto del ministro della Salute, di concerto con quello dell'Economia, l'ammontare del contributo sarà adeguato annualmente tenendo conto delle attività di monitoraggio che saranno messe in campo e della variazione, accertata dall'Istat, dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie. Il mancato versamento del contributo annuale comporterà la sospensione dall'accesso alle prestazioni, con la necessità in caso di "riattivazione" di versare i contributi dovuti per il periodo di sospensione maggiorati degli interessi legali. Per i pensionati residenti all'estero è prevista l'esenzione dal pagamento dei 2mila euro a patto che versino le imposte alla fonte in Italia.

Le nuove disposizioni non sa-

ranno automaticamente operative: entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge sempre attraverso un decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia, saranno determinati le modalità attuative e le procedure amministrative da seguire oltre alle attività di monitoraggio.

Oggi secondo gli ultimi dati pubblicati dall'Istat (al 31 dicembre 2024) gli italiani che risiedono all'estero sono in tutto 6 milioni e 382mila: nei Paesi extra europei - dagli Usa al Canada, dall'America latina all'Australia, all'Africa e all'Oriente - sono poco più di 3 milioni, mentre in Europa (il 54%) sono 3 milioni e 448mila persone. A seguire tra i continenti con più italiani residenti c'è l'America che da sola ne conta 2 milioni e 608mila residenti. I Paesi esteri con il maggior numero di italiani sono Argentina (987mila), Germania (847mila), Brasile (671mila), Svizzera (654mila) e Francia (483mila).

Per Andrea Di Giuseppe (Fdi) eletto nella circoscrizione Estero (America settentrionale e centra-



le), che ha voluto fortemente questa legge, la sua approvazione «non è solo un atto amministrativo: è un atto di giustizia verso milioni di italiani che vivono fuori dai confini nazionali, ma non hanno mai smesso di sentirsi parte dell'Italia. La tessera sanitaria agli italiani all'estero significa dire loro, con un gesto concreto, che lo Stato non si ricorda di loro solo quando votano o quando rappre-

sentano l'Italia nel mondo. Significa riconoscere dignità, appartenenza e diritti a una comunità che ha dato moltissimo al nostro Paese, spesso senza chiedere nulla in cambio. Oggi l'Italia - conclude - compie un passo semplice ma giusto: avvicina lo Stato ai suoi cittadini ovunque essi vivano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Scelta volontaria che va rinnovata ogni anno con il versamento del contributo. I minori sono esentati**



ADOBESTOCK

**Si anche ai ricoveri.** Il contributo consentirà l'accesso anche agli ospedali



# Il diritto alla salute sta venendo meno

DI FRANCESCO CERISANO

**I**l diritto alla salute (prerogativa di ogni individuo, indipendentemente dal reddito e dall'area geografica di residenza) è ancora un diritto realmente esigibile per tutti o è rimasto solo un principio? La crisi dell'universalismo sanitario sarà la sfida prioritaria con cui **Giorgia Meloni** e chi verrà dopo di lei dovranno cimentarsi nei prossimi decenni. Le disparità tra Nord e Sud nella qualità delle prestazioni erogate, la crisi della medicina territoriale, le liste d'attesa, il controverso rapporto con la sanità privata minano ogni giorno il principio che nel 1978 portò alla creazione del Servizio sanitario nazionale. E gli ultimi dati non mostrano segnali in controtendenza. Anzi.

**Al Nord i medici di famiglia hanno sul groppone** almeno 1.500 pazienti cadauno il che li trasforma in semplici burocrati sanitari prescrittori di ricette, perché altro non riescono a fare. Le cose vanno meglio al Sud, dove la sanità è in genere più malandata ma l'indice di copertura dei medici di famiglia risulta più sostenibile, a tutto vantaggio dell'attività di diagnosi. Anche i numeri sulle liste d'attesa non inducono all'ottimismo. E' vero, i primi dati del 2026 sono leggermen-

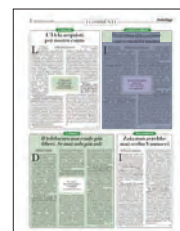
te migliori rispetto a quelli dell'anno scorso, ma solo perché alcune Regioni hanno una quota enorme di prescrizioni in classe P, quella programmata, con soglia a 120 giorni. Si contano, tuttavia, 2 milioni di visite ed esami in ritardo.

**C'è poi il tema della rinuncia alle cure o della necessità**, dati i tempi di attesa, di rivolgersi, per chi può permetterselo, alla sanità privata. Secondo i dati del flusso Tessera sanitaria, alla prescrizione medica segue una prenotazione al Cup solo per il 50,3% delle prime visite e per il 54,4% degli esami diagnostici.

**Come se ne esce? Il governo Meloni con la legge di bilancio** ha messo sul piatto 2,38 miliardi di euro per il 2026, 2,63 miliardi per il 2027 e 2,63 miliardi annui a partire dal 2028. Ha stanziato 238 milioni di euro all'anno per rafforzare i programmi di prevenzione e diagnosi precoce e 450 milioni di euro annui per l'assunzione di personale. Ma non basta. Le regioni non ce la fanno. E sarebbe il caso di tornare a parlare di perequazione. Un tabù in un'ottica di federalismo fiscale. Ma chi l'ha visto il federalismo fiscale?

—© Riproduzione riservata—

*Medici di famiglia  
latitanti,  
liste di attesa  
scoraggianti...*



## **I LEA E LE REGIONI**

### **Sanità, la Svimez boccia l'autonomia «Misure perequative o divario più ampio»**

«Ogni ulteriore attribuzione di funzioni in materia sanitaria» ha bisogno di «essere valutata non solo rispetto alla Regione richiedente, ma anche in relazione agli effetti sistemici sugli altri territori. Senza un quadro perequativo effettivo e senza una valutazione preventiva degli impatti sui divari sanitari regionali, l'autonomia differenziata nella materia della tutela della salute rischia di ampliare le distanze tra cittadini residenti in Regioni diverse, compromettendo la funzione universalistica e nazionale del Servizio sanitario». È la con-

clusione della memoria presentata dalla Svimez alla Commissione Affari Sociali della Camera nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'attuazione dei livelli essenziali di assistenza e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle regioni. Ricordando di avere negli ultimi anni dedicato crescente attenzione alle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, «considerandole una delle manifestazioni più rilevanti dell'ampliamento dei divari di cittadinanza tra le diverse aree del Paese», Svimez sottolinea che «in un Servizio sanitario nazionale già

attraversato da forti divari nell'offerta di servizi, nella dotazione di personale, nei tempi di accesso alle prestazioni e nei flussi di mobilità sanitaria, ulteriori margini di autonomia finanziati con risorse proprie possono produrre un effetto cumulativo sulle disuguaglianze esistenti».



Servizio Prescrizioni

## **Obesità: la Francia rimborsa le nuove terapie ai pazienti gravi, l'Italia apre il dibattito**

La Società italiana dell'obesità ha inviato una lettera alle autorità politiche e sanitarie, a scienziati e pazienti: i farmaci funzionano, azzerare le disuguaglianze

*di Ernesto Diffidenti*

9 giugno 2026

Dal 15 giugno il servizio sanitario francese ammetterà al rimborso Mounjaro (tirzepatide) e Wegovy (semaglutide) nel trattamento dell'obesità, ma soltanto per una platea ristretta di pazienti e con un percorso prescrittivo dedicato. La novità introduce un doppio regime di accesso ai due farmaci anti-obesità: da un lato la prescrizione rimborsabile per i casi più gravi, dall'altro la prescrizione a carico del paziente secondo le indicazioni autorizzate dall'immissione in commercio.

### **Sio: l'Italia apra una riflessione sull'accesso sostenibile**

La decisione di Parigi riaccende il dibattito europeo sulla gestione dell'obesità e arriva pochi mesi dopo un altro importante passo compiuto dall'Italia: l'approvazione della Legge 149/2025 che ha riconosciuto l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante. Per questo la Società italiana dell'obesità (SIO) ha inviato una lettera alle principali autorità politiche e sanitarie del Paese, alle società scientifiche e alle associazioni dei pazienti chiedendo l'avvio di una riflessione istituzionale sulle modalità con cui garantire anche in Italia un accesso appropriato e sostenibile ai trattamenti innovativi.

“La scelta della Francia merita grande attenzione perché riconosce il valore delle nuove terapie nei pazienti con obesità più grave e le inserisce all'interno di un percorso specialistico strutturato – afferma Silvio Buscemi, presidente SIO –. Oggi il trattamento farmacologico rappresenta una componente essenziale della cura dell'obesità accanto agli interventi nutrizionali, alla modifica degli stili di vita, al supporto psicologico e, quando necessario, alla chirurgia bariatrica. Riteniamo quindi opportuno avviare anche in Italia una riflessione sulle modalità più appropriate e sostenibili per garantire l'accesso alle terapie innovative ai pazienti che presentano le forme più severe della malattia e il maggior rischio di complicanze”.

### **La modalità di dispensazione in Francia**

Tirzepatide e semaglutide saranno rimborsabili soltanto negli adulti con indice di massa corporea (Imc) pari o superiore a 35 kg/m<sup>2</sup> associato ad almeno una comorbidità correlata al peso, oppure con Imc pari o superiore a 40 kg/m<sup>2</sup>. In entrambi i casi il trattamento dovrà essere accompagnato da una dieta ipocalorica e da un programma di attività fisica adeguato.

Anche la prescrizione iniziale sarà soggetta a vincoli specifici. Potrà essere effettuata esclusivamente da medici operanti nei Centri specializzati per l'obesità (Cso), nei Centri ospedaliero-universitari (Chu), nelle strutture di cure mediche e riabilitative (Smr) specializzate in

gastroenterologia, endocrinologia, diabetologia o nutrizione, nonché da endocrinologi collegati a un Cso. I rinnovi successivi potranno invece essere effettuati da qualsiasi medico.

Parallelamente, i due medicinali resteranno disponibili senza rimborso nell'ambito delle indicazioni autorizzate. In questo caso la prescrizione potrà essere effettuata sia dal medico di medicina generale sia dallo specialista nei pazienti con Imc pari o superiore a 27 kg/m<sup>2</sup> associato a una comorbidità correlata al peso oppure con Imc pari o superiore a 30 kg/m<sup>2</sup>, sempre in associazione a modifiche dello stile di vita.

### **Le evidenze scientifiche sui nuovi farmaci**

Negli ultimi anni l'arrivo di nuove terapie farmacologiche ha modificato profondamente le prospettive di cura di una patologia che interessa milioni di italiani. "Le evidenze scientifiche dimostrano in modo inequivocabile – spiega Buscemi – che questi trattamenti non consentono soltanto una significativa riduzione del peso corporeo, ma contribuiscono anche a migliorare numerose complicanze associate all'obesità, tra cui diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, patologie renali ed epatiche, sindrome delle apnee ostruttive del sonno e altre condizioni che incidono in modo rilevante sulla qualità e sull'aspettativa di vita".

Troppi sono oggi i pazienti che avrebbero indicazione clinica al trattamento e non riescono ad accedere alle terapie disponibili esclusivamente per ragioni economiche. Una situazione che rischia di creare disuguaglianze per le persone più fragili. "Per questo motivo come Società italiana dell'obesità abbiamo predisposto un documento tecnico destinato alle istituzioni nazionali, nel quale si propongono alcuni criteri utili sostanzialmente identici a quelli adottati in Francia per valutare un percorso progressivo di accesso alle terapie farmacologiche innovative per le persone con obesità severa e ad alto rischio di complicanze".

La SIO conferma la propria disponibilità "a collaborare con Governo, Parlamento, Regioni, Aifa, Istituto superiore di sanità e Consiglio superiore di sanità per individuare le modalità più appropriate e sostenibili per l'eventuale implementazione di questi percorsi assistenziali".

### **In Italia serve sempre la ricetta**

In Italia tutti i nuovi farmaci per diabete e obesità richiedono la prescrizione medica e hanno indicazioni terapeutiche diverse. Per il trattamento del diabete mellito di tipo 2, ricorda Aifa che ha pubblicato una guida su utilizzo e rischi, farmaci come Ozempic e Rybelsus (semaglutide), Mounjaro (tirzepatide), Victoza (liraglutide), Trulicity (dulaglutide) e Byetta/Bydureon (exenatide) sono rimborsati dal Servizio sanitario nazionale (Classe A/PHT), secondo la Nota Aifa 100. Possono essere prescritti dai medici di medicina generale e dagli specialisti.

Per la gestione del peso corporeo (obesità e sovrappeso con comorbidità) farmaci come Wegovy (semaglutide), Saxenda (liraglutide) e Mounjaro (tirzepatide, prescritto per questa specifica indicazione) non sono rimborsati dal Ssn e sono classificati in classe C, con costi a carico del cittadino.



Servizio Risk Management

## **Rischio clinico in sanità: il vero costo non è quello che si vede in bilancio**

Per strutture, regioni, istituzioni, attuari e assicuratori è il momento di costruire un linguaggio comune così da rendere le risorse più efficienti a beneficio dell'intero sistema

*di Delia Roselli \**

9 giugno 2026

Quanto costa davvero il rischio clinico a una struttura sanitaria italiana? La domanda sembra semplice ma la risposta, fino a poco tempo fa, era quasi sempre la stessa: "dipende". Dipende dall'anno, dalla regione, dal numero di contenziosi aperti, dalla sensibilità del CFO. Con il decreto attuativo della Legge Gelli (D.M. 232/2023), questa risposta evolve. Ogni azienda sanitaria è oggi chiamata a giustificare con numeri e modelli attuariali la propria scelta di copertura: assicurazione totale, autoritenzione, soluzione mista. Una sfida che riguarda l'intero ecosistema: ospedali, regioni, assicuratori.

Il convegno organizzato pochi giorni fa da Università Cattolica e AmTrust Assicurazioni ha messo per la prima volta allo stesso tavolo esperti di diritto, clinici, attuari, CFO e assicuratori. Un dialogo prezioso, perché il rischio clinico è uno di quei temi in cui ciascun attore guarda solo il proprio pezzo di tabella e la somma dei pezzi non restituisce mai il quadro reale.

### **I numeri in campo**

I numeri presentati dal professore Nino Savelli, docente di Teoria del rischio in Università Cattolica, aiutano a inquadrare la portata del tema. Su una regione tipo da 22.000 posti letto, il costo atteso annuo dei sinistri di responsabilità civile sanitaria si attesta intorno ai 294 milioni di euro. È il valore "medio", quello che si userebbe per costruire un budget. Ma il budget medio racconta solo metà della storia: simulando 100.000 scenari possibili, nel 5% dei casi peggiori il costo sale a 381 milioni — quasi 90 milioni in più, un +30% rispetto all'atteso. Negli scenari estremi, seppure molto improbabili, si arriva a 541 milioni. Significa che una struttura sanitaria che pianifica solo sul valore medio ha una probabilità su due di sfiorare, e per essere ragionevolmente coperta deve poter contare su una riserva aggiuntiva che molti bilanci non prevedono ancora.

### **Serve un cambio di passo culturale**

È il punto su cui il nuovo decreto chiede al settore uno scatto culturale. Non basta più decidere, in una prospettiva binaria, assicurazione o autoritenzione: la scelta deve risultare da una delibera motivata dei vertici, supportata da analisi quantitative. È una postura che tutela anche chi decide, perché offre una base tecnica documentata alle valutazioni di responsabilità amministrativa, e che permette di calibrare meglio gli accantonamenti di Fondi Rischi e Fondi Riserva Sinistri: voci di

bilancio i cui effetti emergono nel tempo, quando i contenziosi sanitari, notoriamente "lenti", arrivano a chiusura. Un dato esemplificativo: nella RC sanitaria, dopo un anno dall'evento è stato pagato solo il 6% del costo finale di una generazione di sinistri. Dopo dieci anni, si arriva al 76%. Se confrontiamo queste evidenze con quella della RC Auto, scopriamo che dopo un anno è già stato pagato il 35-40%.

È un settore, quindi, dove le decisioni di oggi pesano sui bilanci di domani, anche fra quindici o vent'anni, in quanto la crescita esponenziale della riserva sinistri espone la struttura sanitaria a un significativo rischio che la riserva sinistri accantonata possa risultare insufficiente a causa di andamenti sfavorevoli dei fenomeni impliciti nelle valutazioni (es. inflazione sinistri, variazione della giurisprudenza o della normativa sulla valutazione dei danni alla persona). Non a caso le certificazioni del revisore legale, anch'esse introdotte dalla nuova normativa, per queste poste potranno utilizzare metodiche di controllo di natura attuariale laddove la dimensione lo consenta.

Resta un tema che il settore può affrontare insieme: il livello di confidenza da adottare nei modelli. Mentre banche e assicurazioni operano da anni con framework consolidati come Basilea III e Solvency II, che impongono soglie particolarmente prudenziali per misurare il loro rischio, le strutture sanitarie stanno definendo il proprio approccio attraverso metriche condivise come il Value-at-Risk (VaR). La soglia tecnicamente più adatta - secondo il prof. Savelli sarebbe ragionevole tra il 75% e l'85% - è oggetto di un confronto in corso tra esperti e operatori del settore, ed è uno degli ambiti in cui la condivisione di prassi comuni potrà arricchire la portata applicativa del decreto e rendere più omogenee e confrontabili le esposizioni al rischio.

## **I risvolti per il mercato**

Cosa significa tutto questo per il mercato? Che il dialogo tra strutture sanitarie e assicuratori cambia natura. Avere modelli attuariali interni - o saperli leggere - permette alle aziende ospedaliere di scegliere con "consapevolezza" il layer di rischio da trattenere e quello da cedere, e di costruire strategie miste più efficienti del bivio "tutto in proprio" o "tutto assicurato". Un esempio concreto: stratificare il rischio in tre fasce - fino a 100.000 euro a carico della struttura, fino a 1,5 milioni a carico della regione, oltre questa soglia all'assicuratore - concentra la copertura proprio sui pochi sinistri (meno dell'1% in numero) che su un bilancio possono però incidere in modo significativo.

## **Serve un linguaggio comune**

C'è infine un fronte che riguarda i clinici e i risk management. I modelli attuariali danno il meglio quando i dati sui sinistri sono affidabili, completi e raccolti in modo strutturato. La Legge Gelli ha avviato un percorso in questa direzione, con il ruolo di Agenas e l'attenzione agli eventi sentinella: un percorso in cui il settore sta investendo, con margini di sviluppo ancora ampi. Il Risk Management quantitativo ha l'opportunità di dialogare con il Risk Management clinico: i modelli non sostituiscono la conoscenza dei reparti, ma la valorizzano e la rendono confrontabile.

Come compagnia che opera da anni nella RC sanitaria, crediamo che questo sia il momento di costruire insieme - strutture, regioni, istituzioni, attuari, assicuratori - un linguaggio comune del rischio. Non per spostare risorse da un attore all'altro, ma per renderle più efficienti a beneficio dell'intero sistema. Perché il rischio clinico, alla fine, ha ricadute su tutti: pazienti, contribuenti, operatori, e misurarlo bene è il primo passo per gestirlo meglio.

*\* Head of Healthcare Management - AmTrust Assicurazioni*

## *Dirigenti medici in aspettativa anche se manca l'organico*

Le carenze di organico non possono essere utilizzate dalle aziende sanitarie per negare ai dirigenti medici l'aspettativa non retribuita prevista dal contratto collettivo. È il principio cardine riaffermato dal Tribunale di Cosenza (sentenza n. 425/2026), che ha riconosciuto il diritto di un medico anestesista, ribadendo la natura non discrezionale del beneficio previsto dal Ccnl della dirigenza medica per chi accetta un incarico a tempo determinato presso un'altra struttura del Ssn. La vicenda riguarda un medico a tempo indeterminato che, dopo aver vinto una selezione pubblica per un incarico di otto mesi presso un'altra Asl, aveva richiesto l'aspettativa non retribuita (art. 10, comma 8, lettera b, del Ccnl). L'azienda, tuttavia, non aveva fornito alcun riscontro formale, manifestando solo informalmente un diniego motivato dalle difficoltà organizzative e dalla carenza di personale. Per non perdere l'opportunità professionale il sanitario si era visto co-

stretto a dimettersi, ricorrendo contestualmente alle vie legali. Accogliendo il ricorso, il Tribunale ha chiarito che la disposizione contrattuale attribuisce al medico un vero e proprio diritto soggettivo e non una semplice aspettativa subordinata ai desideri dell'amministrazione. La formulazione del Ccnl parla chiaro: l'aspettativa «è concessa» al ricorrere dei presupposti. Di conseguenza, le problematiche di organico della struttura di appartenenza, per quanto reali, non possono comprimere il diritto del professionista. Per gli esperti legali di Consulcesi & Partners «si tratta di una pronuncia particolarmente significativa perché innesca una reazione a catena su una problematica che continua a interessare numerosi professionisti del Ssn»

—© Riproduzione riservata—■



## Sul Coronavirus serve chiarezza Non le vie legali

DI FRANCESCO  
STORACE



**P**er carità, tutto può essere. Anche che Giuseppe Conte si trasformi in un incrocio tra Bud Spencer e Terence Hill in «Altrimenti ci arrabbiamo». Già, perché sul caso Covid eravamo appena pronti a scrivere che l'ex premier ha il dovere di chiarire la portata delle accuse rimbombate nella commissione che si occupa della materia, che subito sono arrivate le minacce:

*non ci provate che querelo. Confidando nella clemenza della corte, tentiamo di capirci qualcosa. Eppure non dovrebbe essere complicato. La tradizione dei Cinque stelle invoca trasparenza da sempre. Perché non dovrebbe valere per Giuseppe Conte? Sicuramente noi non abbiamo pregiudizi verso il leader pentastellato, semmai ne criticiamo il posizionamento politico. Non abbiamo dubitato che possa aver trafficato sul mercato che pare emergere per la pandemia degli anni scorsi. Perché sta diventando inaccettabile sentire parlare di cifre, un giorno novantamila, poi 450 mila euro, in direzione dello studio legale dove operava Conte da avvocato e fa bene quando precisa di non entrarci nulla con quello che facevano suoi colleghi avvocati che non frequenta da tempo, come ha detto ieri in una nota stampa. Bene, ma non si può mettere in croce il presidente Lisei se osa far funzionare la commissione; si parla d'altro mentre accadono fatti gravissimi attraverso denun-*

*ce pesanti, come nota Bignami, capogruppo di FdI alla Camera. Presidente Conte, lei ora dice che è disponibile a farsi ascoltare dalla Commissione su tutti i dubbi che vengono sollevati. Concordi subito la data dell'audizione con le modalità da rispettare, perché è fondamentale scacciare le ombre che si addensano su collaboratori dello studio in cui ha lavorato per tanti anni. Quelle che con prudenza si chiamano "commesse" - 10 per cento sugli ordinativi - somigliano sempre più a quelle che un tempo si chiamavano tangenti. E siccome non pensiamo affatto che Conte sia di quel giro e che semmai qualcuno possa aver approfittato di lui, farebbe bene ad accettare la proposta di Lisei: dimettersi dalla commissione, accettare di farsi ascoltare dalla stessa e poi, se ci tiene, rientrare al posto di uno dei membri della commissione che indaga sulla pandemia. Ci rifiutiamo di pensare che chi accusa ogni giorno il governo di centrodestra di qualunque nefandezza, possa evitare di aderire alla richiesta di chiarimenti su*

*quanto successe di oscuro nel periodo in cui l'Italia piangeva i suoi troppi morti. Chi ha servito il suo Paese da Palazzo Chigi non può esimersi dal dire la verità, tutta la verità, nient'altro che la verità non di fronte al tribunale del popolo - come sfacciatamente il senatore Boccia apostrofa la commissione - ma davanti ad un organismo d'inchiesta delegato dal Parlamento a fare il suo dovere. Le cifre di cui si parla sono enormi. E va chiarito chi ha lucrato e perché. E a che titolo.*



## IL CASO

### Sei emendamenti FI sul fine vita su Ssn e tempi di attesa ridotti

Sei emendamenti di FI sul dl fine vita con la possibilità che un medico ospedaliero o di medicina generale possa accompagnare chi fa il suicidio assistito, gratis o in regime di intramoenia e, dall'altro, mettono in chiaro come l'assistenza «non possa rientrare nei livelli essenziali di assistenza». Sulle modifiche il centrosinistra dice però che, anche se ci sono alcune cose condivisibili, il risultato è «un pastrocchio».

L'emendamento non esplicita se la somministrazione del farmaco letale potrà avvenire in un ospedale pubblico, se non per quel riferimento al "medico ospedaliero". Fi interviene poi sui tempi per i pareri del Comitato etico territoriale e del Centro di coordinamento: scenderebbero fino a un massimo di 90 giorni rispetto ai previsti 120. Stefania Craxi dice: «Vogliamo una legge entro al fine della legislatura».



AL SENATO

# Fine vita, FI prova a sbloccare lo stallo

*Gli azzurri presentano sei proposte, senza convincere il Pd. Bazoli: «Passo avanti, ma i nodi restano»*

**ALESSIA GUERRIERI**

Roma

Forza Italia prova a tendere una mano all'opposizione per uscire dallo stallo in cui è finita la legge sul fine vita, nel tentativo di arrivare ad avere un testo approvato dal Parlamento entro fine legislatura. Una mediazione però difficile viste le reazioni della minoranza che, pur apprezzando il gesto, considerano ancora sul tavolo i nodi del passato. Stretti tra Fratelli d'Italia e le opposizioni che sono sul piede di guerra dopo il rinvio in Commissione, gli azzurri presentano in extremis 3 emendamenti e 3 sub emendamenti al testo unificato dei relatori Zanettin-Zullo, «con la finalità di trovare un'intesa più ampia possibile sugli aspetti più delicati del provvedimento». A spiegare le ragioni la presidente dei senatori di Forza Italia Stefania Craxi per cui «il nostro tentativo di mediazione è volto a portare a conclusione l'iter di una legge, seria e con-

divisa, rispettosa di tutte le sensibilità, in primis del mondo cattolico», «entro la fine della legislatura».

Il primo emendamento precisa che il Ssn

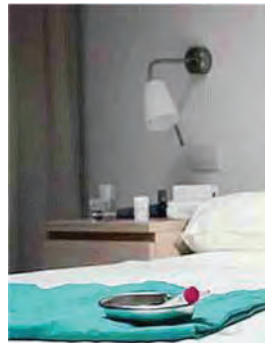
«garantisce le cure palliative del dolore e l'assistenza domiciliare continua alle persone in condizione di grave non autosufficienza» ma puntualizza, al tempo stesso, che «l'assistenza al suicidio non può rientrare nei livelli essenziali di assistenza». Un altro emendamento fa rientrare dalla finestra, con dei paletti, il medico pubblico. L'assistenza può essere resa, si legge nell'emendamento, «da un medico ospedaliero o di medicina generale» purché su «base volontaria e gratuita», nell'ambito dell'attività libero-professionale oppure «all'interno delle strutture pubbliche ma in regime intramoenia». Gli strumenti di eventuale supporto all'autosomministrazione - l'ulteriore precisazione - devono essere reperiti dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Con la versione proposta da Fi salta di fatto l'impossibilità che il personale in ser-

vizio, le strumentazioni e i farmaci di cui dispone a qualsiasi titolo il Ssn possano essere impiegati per agevolare il suicidio assistito. Verrebbe inoltre cancellata la stretta sulla platea dei pazienti contenuta nel testo base dei relatori Zanettin (Fi)-Zullo (Fdi) dove si prevede che possano accedere al suicidio assisti-

to solo persone sottoposte a «trattamenti sostitutivi di funzioni vitali», ossia che rimpiazzano integralmente un organo o una funzione biologica. L'emendamento di Forza Italia sostituisce questa dicitura con

«trattamenti sanitari di sostegno vitale», dicitura che sembra richiamare maggiormente le sentenze della Corte costituzionale. Viene inserita infine l'obiezione di coscienza e ridotti a 45 giorni il termine «perentorio» per il rilascio del parere da parte del Comitato etico territoriale. Proposte però che non sono risolutive per l'opposizione. Vengono infatti ritenute «tardive», benché «apprezzabili», da Alfredo Bazoli, capogruppo del Pd nella commissione Giustizia. «Sono un tentativo di fare un passo in avanti - spiega il Bazoli - ma purtroppo non sciolgono i nodi fondamentali che noi avevamo sottolineato e che sono ancora sul tappeto. Sono anche proposte un po' pasticciate». Per Avs «è ora che la destra si assuma le proprie responsabilità - spiega la senatrice Ilaria Cucchi - Avs non si presta alla farsa e non presenta nessun nuovo emendamento».

Dopo il ritorno del testo in commissione, i forzisti cercano di riavviare il dialogo. Il Ssn resterebbe escluso, ma sarebbe possibile l'assistenza gratuita di un medico ospedaliero



LA CORTE COSTITUZIONALE AMMETTE IN UDIENZA 11 MALATI TERMINALI NON DIPENDENTI DA «TRATTAMENTI DI SOSTEGNO VITALE»

## Fine vita, Forza Italia tenta una «mediazione» e torna ai requisiti della Consulta

ELEONORA MARTINI

■ ■ È uno «sforzo» fuori tempo massimo, quello di Forza Italia che ieri, nell'ultimo giorno possibile per la presentazione degli emendamenti al ddl sul Fine vita in commissione al Senato, ha depositato una serie di correzioni al testo messo a punto dai relatori di maggioranza Zanettin e Zullo. Uno «sforzo» che, spiega Stefania Craxi, è un «tentativo di mediazione» - anche con gli altri partiti del proprio schieramento - per «portare a conclusione l'iter di una legge seria e condivisa, rispettosa di tutte le sensibilità, in primis del mondo cattolico». La presidente dei senatori forzisti sa infatti che la legge sul suicidio medicalmente assistito «gode di ampio consenso nell'opinione pubblica», e cerca perciò con un ultimo colpo di reni di salvare al meno la faccia, come richiesto da Marina Berlusconi. Epperò i tempi tecnici per la conclusione dell'intero iter parlamentare prima della fine della legislatura non sembrano sufficienti. Soprattutto se si tiene conto del fatto che è un ddl dai piedi di piombo, incapace di compiere un passo avanti da quando è stato incardinato al Senato più di due anni fa.

La scorsa settimana, preso atto dello stallo sul testo dei relatori di maggioranza, su proposta del presidente La Russa, l'Aula si è riunita per aprire la discussio-

ne generale sul primo testo incardinato, quello del dem Bazoli. Una seduta lampo utile solo per tornare alla casella di partenza e rispedire il tutto in commissione. «Dopo la farsa delle questioni procedurali, burocratiche e tecniche e il rinvio in commissione, oggi la farsa della presentazione di nuovi emendamenti in commissione», riassume Ilaria Cucchi annunciando che «Avs non si presta alla farsa e non presenta nessun nuovo emendamento». Anche il Pd, spiega Bazoli, non ha aggiunto

nulla a quanto «già presentato otto mesi fa». Mentre altre proposte di correzione sono arrivate da Iv e Noi moderati.

In ogni caso, è interessante vedere dove porta la «mediazione» di Forza Italia che ieri ha depositato tre emendamenti al testo base e tre sub agli emendamenti già presentati nei mesi scorsi dagli stessi Zanettin (Fl) e Zullo (Fdl). In questi subemendamenti, i berlusconiani correggono il tiro rispetto al ruolo del Ssn, aprendo al coinvolgimento dei medici ospedalieri o di medicina generale «su base volontaria e gratuita, nell'ambito dell'attività libero-professionale ovvero in regime di intramoenia». Ma con la premessa che vengano

garantite al paziente anche le cure palliative. Si riducono inoltre da 120 a 90 giorni i tempi «perentori» entro cui l'aspirante suicida

deve ottenere una risposta dal Centro di coordinamento. Il quale nel frattempo avrà già acquisito il parere «non vincolante» del Comitato etico territoriale, deputato a controllare se il paziente ha i requisiti richiesti dalla Consulta. Infine, si prevede che «gli strumenti di eventuale supporto all'auto-somministrazione devono essere reperiti dal Consiglio nazionale delle ricerche».

Negli emendamenti firmati da Stefania Craxi e della senatrice Daniela Ternullo, invece, si introduce l'obiezione di coscienza per il personale sanitario, si esclude che l'assistenza al suicidio possa «rientrare nei Livelli essenziali di assistenza o canoni equivalenti», e si torna ad una formulazione più fedele alla sentenza della Corte costituzionale per quanto riguarda i requisiti richiesti al paziente. Nel testo dei relatori infatti il perimetro di accesso per i malati irreversibili - che in piena consapevolezza intendano porre fine alle proprie sofferenze fisiche e psicologiche reputate intollerabili - prevedeva che fossero anche dipendenti da «trattamenti sostituitivi di funzioni vitali». Ora invece, in linea «con le recenti sentenze», scrivono le autrici dell'emendamento, si chiede di tornare alla dicitura originale di «trattamenti sanitari di sostegno vitale».

Una correzione resa ancor più necessaria in quanto proprio ieri la Corte costituzionale

ha depositato l'ordinanza con la quale ha ammesso gli interventi di 11 persone, affette da gravi patologie ma non ancora dipendenti da «trattamenti di sostegno vitale», nell'udienza che si terrà il 23 giugno per discutere della questione di legittimità sollevata dal Gip di Bologna sul caso di una donna accompagnata nel 2023 a morire suicida in Svizzera da Marco Cappato e altri volontari dell'associazione Soccorso civile. Si tratta della vicenda della signora Paola, una donna di 89 anni affetta da parkinsonismo avanzato che non dipendeva da alcun dispositivo, malgrado necessitasse di altri sostegni vitali. Il giudice bolognese nel settembre 2025 ha rinviato alla Consulta la legittimità dell'art. 580 c.p.. Tra le persone ammesse all'udienza vi sono anche tre malati terminali assistiti dallo staff legale dell'associazione Coscioni e altri due pazienti che non hanno avuto l'autorizzazione al suicidio assistito ma nel frattempo sono deceduti. «La decisione della Corte - spiega la segretaria nazionale della Coscioni, l'avv. Filomena Gallo - riconosce che le persone direttamente coinvolte dagli effetti della normativa vigente sono portatrici di un interesse qualificato e concreto all'esito del giudizio», in quanto la questione riguarda «la dignità, l'autodeterminazione terapeutica e i diritti fondamentali della persona».

**Torna il Ssn,  
escluso il suicidio  
dai Lea, introdotta  
l'obiezione  
di coscienza**



## La Convenzione Onu e gli influencer Usa che non hanno voluto un figlio

# I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ NEGATI DALLA POSSIBILITÀ DELL'ABORTO

ENRICO NEGROTTI

**N**on conosco i due *influencer* americani che hanno ritenuto di dover sbandierare ai quattro venti che avevano scelto di abortire il loro figlio perché gli era stata certificata la sindrome di Down. Come dicono i più, si tratta di una scelta personale e insindacabile. In realtà, però, poiché ne hanno fatto tema dei loro contenuti social (dai quali verosimilmente traggono profitto) siamo tutti autorizzati a commentarla. E la valutazione non può che essere negativa, e non solo perché hanno diffuso informazioni parziali (quindi false) sulla condizione delle persone con sindrome di Down, come hanno lamentato sia Associazione italiana persone Down (Aipd), sia CoorDown.

Proprio in questi giorni, al Palazzo delle Nazioni Unite di New York si svolge la 19a Conferenza degli Stati che hanno condiviso la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità. Verranno esposte buone pratiche di inclusione sociale, scolastica e lavorativa, messe in atto in molti Stati del mondo, frutto dell'impegno delle famiglie, della collaborazione delle associazioni, di legislazioni più o meno avanzate nel campo della tutela dei diritti delle persone con disabilità. Anche l'Italia partecipa con una delegazione che accompagna il ministro per le Disabilità, Alessandra Locatelli.

Tuttavia, anche all'Onu, difficilmente verrà sottolineato che il primo diritto che deve essere garantito alle persone con disabilità è quello di nascere: perché studiare, lavorare, accedere a cure adeguate alle proprie esigenze, poter essere parte attiva della società è possibile solo a una persona viva. Sembra una constatazione superflua, ma

non lo è più quando si affronta il tema dell'interruzione di gravidanza. E se la Convenzione Onu mai cita l'aborto, tuttavia (all'art. 10) afferma «che il diritto alla vita è connesso alla persona umana ed adottano tutte le misure necessarie a garantire l'effettivo godimento di tale diritto da parte delle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri». E tra gli obblighi generali (art. 4) gli Stati si impegnano «ad adottare tutte le misure, incluse quelle legislative, idonee a modificare o ad abrogare qualsiasi legge, regolamento, consuetudine e pratica vigente che costituisca una discriminazione nei confronti di persone con disabilità».

Ma se l'aborto è un dramma sempre, rappresentando l'interruzione di una vita umana innocente, nel caso di una persona con sindrome di Down (o altre anomalie individuabili già nel ventre materno) la motivazione – come esplicitato dai due *influencer* – è proprio la presenza di una disabilità, e quindi è un'evidente discriminazione, una "pratica vigente" che contrasta con lo spirito della Convenzione.

Nelle nostre società occidentali, in cui non si può parlare di nessun "principio non negoziabile", l'unica granitica e indiscutibile convinzione è l'autodeterminazione assoluta di ogni individuo, che porta (in questo caso) la donna a poter decidere del proprio corpo in piena libertà, anche quando ciò implica la soppressione di un altro essere umano. Non occorre essere cristiani (anche se aiuta) per opporsi all'interruzione di gravidanza: già Norberto Bobbio riconosceva che «con l'aborto si dispone di una vita altrui» e si stupiva che i laici lasciassero «ai credenti il privilegio e l'onore di affermare che non si deve uccidere». Senza dimenticare che Madre Teresa ripeteva che

l'aborto è la più grande minaccia alla pace. È un segno – tristissimo – dei tempi pervasi da ideologia che quanto più l'essere umano in utero è riconosciuto in modo accurato dalla scienza come individuo autonomo (in realtà lo sapeva già Ippocrate nel V secolo a.C.), tanto più il "pensiero unico" di una parte dell'Occidente vieta di difendere il diritto a nascere: basta ricordare il diritto di aborto inserito in Costituzione dalla Francia (e la Spagna sta cercando di imitarla), o le leggi che nel Regno Unito portano ad arrestare persino chi prega in silenzio per i bimbi abortiti. La censura tende ad abbattersi su ogni espressione dissidente, come fu in Francia per il video *Dear future mom*, prodotto da CoorDown nel 2014 per mostrare, a una mamma spaventata dalla diagnosi di sindrome di Down, quanto queste persone potevano raggiungere in età adulta una vita pienamente soddisfacente. Nonostante questo (ottimo) precedente, anche le associazioni che si occupano delle persone con sindrome di Down spesso balbettano, nascondendosi dietro il rispetto delle scelte private, o ripetendo che si prodigano nel prendersi cura dei bambini, giovani e adulti che giungono alla loro attenzione. Ma pare evidente che se non si difende il primo dei diritti, quello alla vita, risulta zoppa ogni argomentazione tesa a "fare cultura" in favore della disabilità e a contrastare le discriminazioni che possono verificarsi nella vita quotidiana: se non si confuta l'idea che la persona con disabilità abbia "meno" diritto alla vita, che resta condizionato o subordinato ad altri presunti diritti, si sta ammettendo che la persona stessa ha meno valore. Che è esattamente quanto la Convenzione Onu vorrebbe contestare in radice.



**Il corsivo del giorno**di **Sergio Harari****I BATTERI VINCONO  
SE ABUSIAMO  
DI ANTIBIOTICI**

**L'**antibioticoresistenza non è una minaccia futura: è già qui, e in Italia pesa più che in quasi tutto il resto d'Europa. Ogni anno nel mondo oltre 1,2 milioni di persone muoiono per infezioni causate da batteri resistenti agli antibiotici, un numero superiore a quello di HIV e malaria messi insieme. Nel nostro Paese il quadro è particolarmente critico. I dati europei collocano l'Italia tra le nazioni con il più alto numero di decessi attribuibili a infezioni resistenti, soprattutto per colpa di batteri «gram negativi» spesso produttori di sostanze in grado di disinnescare intere classi di antibiotici. La fotografia degli ospedali è paradigmatica: fino a un paziente su tre ricoverato riceve almeno un antibiotico durante la degenza e circa un terzo dei trattamenti e delle profilassi chirurgiche è considerato inappropriato, così si

sviluppano le resistenze, mentre l'abuso ambulatoriale fa il resto. In Italia continuiamo a prescrivere più antibiotici della media europea, sia in ospedale sia soprattutto sul territorio, dove le ricette per infezioni respiratorie virali (contro cui gli antibiotici sono inutili) restano ancora troppo frequenti. La cattiva notizia è che nei prossimi anni non avremo nuovi antibiotici, mentre la buona è che una parte di questo fenomeno è reversibile: programmi strutturati di uso prudente degli antibiotici, uniti a una seria prevenzione delle infezioni (igiene delle mani, isolamento dei pazienti colonizzati, vaccinazioni), possono ridurre fino al 30% la spesa antibiotica e contenere la diffusione dei batteri multi resistenti. Ma servono scelte politiche e organizzative: laboratori di microbiologia in grado di rispondere in tempi rapidi, sistemi informativi che traccino consumi e resistenze,

infettivologi coinvolti nei percorsi di cura, campagne educative, reparti di lungodegenza infettivologica e riabilitazione. L'Italia, che ha saputo costruire un Servizio sanitario nazionale universalistico, non può permettersi di arrivare impreparata a questa «pandemia lenta». Difendere l'efficacia degli antibiotici significa difendere la moderna medicina, è una responsabilità collettiva che passa anche da gesti minimi: non chiedere antibiotici «per stare tranquilli», seguire le prescrizioni fino in fondo, lavarsi le mani, evitare i contagi gratuiti. Perché ogni volta che usiamo un antibiotico male, regaliamo un vantaggio al nemico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Alessandro Pizzoccaro

# «LA MEDICINA A BASSO DOSAGGIO NON SIA PIÙ TABÙ»

Il cofondatore di Guna Spa spiega come questo approccio, basato su molecole biologiche, riduca l'impatto dei farmaci sui pazienti: «Per i cronici e in pediatria le risposte sono evidenti».

di Micol Ferrara

**A**lla guida di Guna Spa, realtà italiana con oltre 300 dipendenti, attiva nel campo dei farmaci a basse dosi, Alessandro Pizzoccaro è tra i principali promotori della medicina dei sistemi e della Low dose medicine (Ldm). Un approccio che punta a ristabilire l'equilibrio dell'organismo attraverso medicinali preparati con bassi dosaggi di principi attivi di origine naturale e molecole biologiche e che, pur diffuso nella pratica clinica, fatica ancora a trovare spazio nel Sistema sanitario italiano.

**Presidente, la Low dose medicine fatica a entrare nel Sistema sanitario: perché?**

È un vero peccato che in Italia la Ldm non abbia sostegno istituzionale e sia anzi spesso osteggiata. Parliamo di un approccio che, come confermano migliaia di medici prescrittori, farmacisti e milioni di pazienti, offre vantaggi sia in prevenzione sia nella gestione delle patologie comuni, senza effetti collaterali rilevanti. Al di là dei riscontri clinici emergenti dalla pratica quotidiana, esiste una vasta letteratura scientifica pubblicata su riviste indicizzate internazionali che ne certificano l'efficacia. Eppure, anni di attacchi hanno lasciato il segno: oggi anche chi, a livello politico o istituzionale, sarebbe favorevole a una

maggiore apertura teme di esporsi e di essere etichettato come antiscientifico.

**Quanto è recepita la visione della medicina dei sistemi nelle politiche sanitarie?**

La medicina dei sistemi è ormai ampiamente riconosciuta in ambito accademico. Interpreta l'uomo come un sistema complesso di relazioni tra corpo, mente ed emozioni e non come un insieme di organi isolati. Nelle politiche sanitarie questa visione si sta affacciando solo ora, e solo in alcune posizioni più avanzate. Eppure è un passaggio fondamentale per superare il riduzionismo e costruire modelli più efficaci, più aderenti alle esigenze dei pazienti e anche più sostenibili.

**Che impatto ha il mancato rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale?**

L'impatto è significativo. I pazienti sostengono interamente i costi, sia delle visite sia dei farmaci, ma la crescita resta costante, segno evidente della fiducia nell'efficacia di queste terapie. Va anche considerato che alcune applicazioni potrebbero essere utili al Servizio sanitario nazionale stesso: penso alla prevenzione, ad



esempio nelle infezioni respiratorie ricorrenti pediatriche, con possibile riduzione dell'uso di antibiotici, oppure al mantenimento della remissione nelle patologie croniche dopo trattamenti più intensivi, evitando un uso prolungato di farmaci con effetti collaterali.

### **Il fatto che siano a carico del paziente rischia di creare una medicina per pochi?**

Di fatto l'accesso è più semplice per chi ha un certo reddito, perché tutto è a carico del paziente. Tuttavia, non sono poche le famiglie che, pur con sacrifici, scelgono questo approccio per sé e per i propri figli, proprio per i benefici che riscontrano.

### **La classificazione come medicinali omeopatici crea confusione?**

È una classificazione corretta dal punto di vista regolatorio e legata alle nostre caratteristiche produttive. Ma la Ldm si basa, in particolare, sull'utilizzo di molecole biologiche - citochine, ormoni, fattori di crescita - ben note alla biologia molecolare, impiegate in concentrazioni simili a quelle fisiologiche con l'obiettivo di riportare l'organismo in equilibrio.

### **Se il Ssn aprisse a questi approcci, da dove dovrebbe partire?**

Prima di tutto da una revisione normativa che oggi limita la possibilità di informare correttamente medici, farmacisti e pazienti. Poi, sulla base delle evidenze disponibili, si potrebbe valutare l'inserimento di alcune terapie nei Lea, cioè tra le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale. Il vantaggio sarebbe duplice: offrire più opzioni terapeutiche e migliorare la sostenibilità del sistema.

### **Negli ultimi anni è cresciuta la domanda di medicina personalizzata: perché?**

Perché i pazienti chiedono di essere considerati nella loro specificità e non come casi standard. Oggi, grazie ai progressi scientifici e alle scienze omiche, è sempre più possibile individuare le cause dei disturbi e intervenire in modo mirato. È un cambio di paradigma necessario, anche considerando che in Italia oltre il 28% degli over 65 assume più di 10 farmaci al giorno.

### **Che cosa rappresenta oggi Guna nel panorama sanitario italiano?**

Una realtà pionieristica, nata con l'obiettivo di offrire un contributo innovativo alla visione della salute e della cura. Oggi siamo un'azienda strutturata, con una proposta ampia e un forte investimento in ricerca, ma sempre con un approccio centrato sulla persona e mirato al benessere complessivo del paziente.

In un sistema sanitario alle prese con sostenibilità e cronicità, il tema resta aperto: se la medicina del futuro sarà davvero più personalizzata e preventiva, approcci come la Low dose medicine difficilmente potranno restare a lungo ai margini del dibattito. Tra consenso clinico e resistenze istituzionali, la partita è ancora tutta da giocare. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il trekking unito alla meditazione nella natura è diventata una forma di terapia integrata per pazienti vittime di un tumore al seno. Il progetto porta la firma del Komen Italia Center del Policlinico Gemelli

# Camminare nel verde toccasana per le donne

## LA DISCIPLINA

**L**il trekking unito alla meditazione nella natura può diventare una forma di terapia integrata per le pazienti oncologiche. Un approccio integrato fra medicina, longevity science, escursionismo, natura e mindfulness può davvero fare la differenza nei percorsi di cura, specialmente per ciò che riguarda le donne che soffrono di tumore al seno. Camminare nel verde, guidati da un esperto, e sperimentare il beneficio psicoemotivo di pause dedicate alla respirazione consapevole e a momenti di mindfulness e di riconnessione con l'ambiente circostante e il proprio corpo, sono pratiche che possono dare un "booster" di salute in più nei complessi iter di riabilitazione per combattere il cancro al seno.

## LA KERMESSE

Se ne è discusso nell'ultima edizione di Ecoluxury Fair a Roma, dove si è fatto focus sul progetto di Mindtrek promosso da Komen Italia: cammini di trekking in boschi, montagne e colline d'Italia che coinvolgono pazienti affette da tumore al seno e i loro caregiver (mariti, compagni, familiari) al fine di potenziare non solo la salute fisica, ma anche l'approccio psicologico nei confronti della situazione vis-

suta. «Il progetto nasce dall'incontro con Guido Freddi, antropologo culturale, esperto di neuroscienze e pratiche contemplative, guida di trekking e istruttore di mindfulness», spiega Claudia Maggiore, medico esperto in Oncologia Integrata presso il Komen Italia Center for Integrative Oncology, Breast Unit della Fondazione Policlinico Gemelli: «da questa collaborazione è nata l'idea di offrire un percorso che unisca i benefici dell'attività fisica in natura e della meditazione, rivolto alle pazienti afferenti alle Terapie Integrate del Policlinico Gemelli, con diagnosi di cancro al seno, e ai loro caregiver».

«Le terapie integrate», continua la dottoressa, «sono risorse terapeutiche che affiancano il tracciato oncologico standard e che, attraverso il supporto psicologico, il miglioramento dello stile di vita (nutrizione e attività fisica) e l'uso di terapie complementari scientificamente validate (come agopuntura, mindfulness e yoga) mirano al benessere psicofisico nel percorso di cura, e a ridurre gli effetti collaterali e il rischio di recidiva». Nel Mind-

trek, ideato da Freddi, l'esperienza del cammino a passo moderato nella natura viene intervallata da momenti di meditazione guidata, respirazione consapevole, grounding e propriocezione, come parte del percorso terapeutico per le pazienti oncologiche: un modo per "ritrovare" se stesse nel bosco, in spiaggia o in montagna, rallenta-

re, respirare e riconnettersi con il proprio corpo e con gli altri.

## GLI ITINERARI

Ogni passo diventa un atto di consapevolezza, un momento di condivisione e rinascita. Promosso da Komen Italia, il progetto nel suo insieme propone itinerari di mindfulness, cammino in natura e tera-

pie integrate, a supporto delle cure oncologiche. «Non è una battaglia, è un viaggio» sottolinea la dottoressa Maggiore, «un percorso a tratti in salita, ma affrontato insieme, con compagni pronti a portare lo zaino quando diventa troppo pesante». I sentieri scelti per questa iniziativa spaziano dalla spiaggia della Feniglia al lago di Martignano, dal Monte Livata ai Monti Simbruini, con la mission che la guarigione è anche un atto collettivo di rinascita, consapevolezza e fiducia. Se il trekking si unisce alla meditazione, il semplice camminare, anche attraverso l'attenzione e il silenzio, si trasforma in una pratica consapevole che riporta l'attenzione al corpo, alla mente e al paesaggio, generando un senso di benessere profondo e integrazione con la natura.

**Maria Serena Patriarca**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ESPERTA CLAUDIA MAGGIORE: «NEI CASI ONCOLOGICI IL PERCORSO UNISCE I BENEFICI DELL'ATTIVITÀ FISICA E DELLA RESPIRAZIONE»**

**I SENTIERI SCELTI SPAZIANO DALLA SPIAGGIA DELLA FENIGLIA AL LAGO DI MARTIGNANO, DAL MONTE LIVATA AI MONTI SIMBRUINI**



Dal piacere al sonno, al buonumore, il cervello è governato dal rilascio di sostanze chimiche: sono loro a decidere i tanti impulsi e pensieri

# Amore e felicità la “colpa” è solo dei nostri ormoni

Giulio Maira \*

**M**olte volte su questa pagina ho raccontato come tutto ciò che fa il nostro cervello dipenda dalla liberazione di sostanze chimiche, i neurotrasmettitori, e come questi influenzino profondamente il nostro stato psichico.

Tra i più importanti voglio ricordarne alcuni. La dopamina, che ci dà piacere e che regola il movimento volontario, ma anche i meccanismi legati alla ricompensa, alla dipendenza e alla motivazione. L'acetilcolina, il più diffuso nel cervello umano, coinvolta nel movimento, nella memoria, nel sonno e nell'apprendimento.

## IL RISVEGLIO

L'adrenalina, con azione eccitatoria ed effetto sul risveglio, l'attenzione e la coscienza. La serotonina, l'ormone del buon umore, che regola i nostri stati dell'animo e le relazioni sociali; se carente può causare uno stato di ansia e può portare alla depressione. Le endorfine, gli oppioidi endogeni utili per la sopportazione del dolore e la sensazione di benessere ed euforia che inducono; vengono rilasciate durante un esercizio fisico o quan-

do mangiamo del cioccolato. L'ossitocina, l'ormone dell'amore, importante per la costruzione dei legami sentimentali. Il sistema endocannabinoide, molto diffuso nel cervello, con un importante ruolo nello sviluppo di sinapsi e reti neurali. La melatonina, l'ormone che regola il ritmo sonno/veglia.

L'idea che i nostri stati d'animo non volino per conto proprio ma che siano ancorati a spruzzi di sostanze chimiche, può suscitare perplessità e per qualcuno immiserire il significato delle emozioni umane. Ancora oggi noi tendiamo a rimanere ancorati al pensiero di Cartesio, che quattro secoli fa postulava una divisione netta fra pensiero e corpo.

## LA SOSTANZA

Per lui la mente, non misurabile, non poteva avere a che fare con il corpo, doveva essere libera, doveva essere anima; la res cogitans, la sostanza pensante, del tutto indipendente dalla res extensa, la sostanza estesa, cioè la materia.

Ma oggi, per la scienza, la scissione tra corpo e mente è ritenuta erronea, “l'errore di Cartesio”, come lo definì il famoso

neurologo portoghese Antonio Damasio. Noi non siamo perché pensiamo, ma pensiamo solo nella misura in cui siamo, dal momento che il pensare è legato ad aree cerebrali e alle attività dell'essere.

L'esistenza, quindi, viene prima del pensiero. Noi siamo pensiero incarnato. Certamente sapere che i nostri sentimenti più intimi, quelli che maggiormente qualificano la nostra esistenza, siano solamente il risultato di un gioco, apparentemente da noi poco controllato, tra impulsi elettrici che corrono lungo i neuroni e sostanze chimiche che attivano cellule, può togliere poesia a cose come felicità, gioia o malinconia.

Ma questo è il modo di funzionare del cervello umano, il massimo che la natura fino ad ora abbia saputo realizzare, ma anche una delle acquisizioni più importanti dell'evoluzione dell'uomo.

*Presidente Fondazione Atena  
Già Professore ordinario  
e direttore di Neurochirurgia  
Università Cattolica,  
Policlinico Gemelli, Roma*



Servizio L'impianto della valvola

## La Tavi offre nuove prospettive di cura anche ai pazienti con insufficienza aortica

Ci si prepara ad un nuovo importante balzo avanti, con la possibilità di ricorrere alla procedura anche nei pazienti con insufficienza aortica grave

*di Maria Rita Montebelli*

9 giugno 2026

Da oltre vent'anni la cardiologia interventistica ha vissuto una vera rivoluzione grazie alle valvole cardiache impiantate 'senza bisturi', cioè alla TAVI (impianto transcatetere di valvola aortica), una procedura mini-invasiva che consente di sostituire una valvola cardiaca malata, senza ricorrere all'intervento cardiocirurgico tradizionale. Inizialmente sviluppata per i pazienti affetti da stenosi aortica grave, non in grado di affrontare un intervento di chirurgia maggiore (per fragilità, età, comorbilità), la TAVI è si è progressivamente imposta come trattamento di riferimento per un numero sempre più ampio di persone, in tutte le categorie di rischio chirurgico.

Ma adesso ci si prepara ad un nuovo importante balzo avanti, con la possibilità di ricorrere alla procedura TAVI anche nei pazienti con insufficienza aortica grave, patologia molto più difficile da trattare con tecniche percutanee.

### **Quando la valvola "perde": che cos'è il rigurgito aortico**

Il "rigurgito" (insufficienza) si verifica quando la valvola aortica, che è una sorta di "porta" unidirezionale tra il ventricolo sinistro e l'aorta, non riesce a chiudersi completamente, dopo che il ventricolo ha "pompat" il sangue nell'aorta. Ne consegue che, quando il cuore si rilassa (in diastole), una parte di questo sangue torna indietro dall'aorta verso il ventricolo sinistro, anziché proseguire verso il resto dell'organismo. Nel tempo il ventricolo sinistro è costretto a lavorare sempre di più per contenere, oltre al sangue ossigenato proveniente dalle vene polmonari, anche quello refluito dall'aorta, andando così incontro a un progressivo sovraccarico. Le cause di questa condizione possono essere diverse: alterazioni congenite della valvola, invecchiamento dei tessuti, infezioni, malattie infiammatorie o patologie che coinvolgono l'aorta. Spesso la malattia progredisce lentamente e per anni può non dare sintomi evidenti. Quando però compaiono affanno, stanchezza, ridotta capacità di svolgere attività fisica o segni di insufficienza cardiaca, la situazione diventa seria ed è necessario intervenire.

Nei pazienti con rigurgito aortico severo sintomatico non trattato, il rischio di mortalità aumenta significativamente già nei primi due anni dalla comparsa dei sintomi.

### **Perché la TAVI finora ha funzionato bene nella stenosi aortica, ma non nel rigurgito?**

Il successo della TAVI nella stenosi aortica è legato a una caratteristica particolare di questa malattia: la presenza di abbondanti calcificazioni sulla valvola. Questi depositi di calcio offrono un

valido punto di ancoraggio naturale per la protesi, che viene impiantata attraverso un catetere vascolare.

Nel rigurgito aortico, invece, la situazione è completamente diversa. Le valvole sono spesso poco calcificate (o addirittura per niente), l'anello valvolare può essere più grande e deformato e spesso coesistono alterazioni dell'aorta ascendente. In altre parole, manca una struttura stabile alla quale agganciare la nuova valvola.

Per questo motivo, i primi tentativi di utilizzare anche nell'insufficienza aortica le stesse protesi impiegate nella stenosi aortica hanno prodotto risultati insoddisfacenti. In alcuni casi la valvola tendeva a spostarsi, a non aderire perfettamente, a lasciare sostanzialmente invariata l'entità del rigurgito. Le complicanze (dalla necessità di impianto di pacemaker, alla mortalità) e la necessità di reintervento erano dunque molto più frequenti, rispetto a quanto osservato nei pazienti con stenosi aortica.

### **La svolta: valvole progettate "su misura" per il rigurgito**

Ma negli ultimi anni la ricerca tech ha portato allo sviluppo di dispositivi dedicati, progettati specificamente per affrontare le peculiarità anatomiche del rigurgito aortico.

Le due principali innovazioni sono rappresentate dalla JenaValve Trilogy e dalla J-Valve. La prima è una protesi valvolare sovra-anulare costituita da tessuto di pericardio suino e sostenuta da una struttura autoespandibile in nitinolo; la seconda è una valvola biologica, realizzata in pericardio bovino, alloggiata all'interno di una struttura in nitinolo e dotata di una guaina esterna in poliestere che garantisce la tenuta e riduce il rischio di perdite attorno alla protesi. Entrambe utilizzano sofisticati sistemi di ancoraggio che consentono alla protesi di agganciarsi direttamente ai lembi della valvola naturale, indipendentemente dalla presenza di calcificazioni.

Queste soluzioni hanno cambiato radicalmente lo scenario. Grazie a una migliore stabilità e a un posizionamento più preciso, le nuove valvole hanno ridotto in modo significativo il rischio di spostamento della protesi e migliorato gli esiti clinici.

### **I dati che stanno cambiando la pratica clinica**

A confermare il potenziale trasformativo di questa tecnologia innovativa è stato lo studio internazionale ALIGN-AR, considerato il trial di riferimento nel settore.

Lo studio ha coinvolto pazienti con rigurgito aortico moderato-severo o severo, molti dei quali considerati ad alto rischio chirurgico a causa dell'età avanzata, della fragilità o della presenza di altre patologie.

I risultati sono stati particolarmente incoraggianti. La procedura, con valvola JenaValve Trilogy, è stata portata a termine con successo nella quasi totalità dei casi (180 i pazienti arruolati), con una mortalità molto bassa nei primi 30 giorni e una percentuale minima di rigurgito residuo significativo. I pazienti hanno inoltre presentato un netto miglioramento dei sintomi, della capacità funzionale e, in generale, della qualità di vita.

Le valutazioni ecocardiografiche hanno inoltre evidenziato un progressivo recupero della funzione cardiaca e una riduzione del sovraccarico del ventricolo sinistro, elementi che indicano un reale beneficio a livello del cuore e non solo una mera correzione meccanica della valvola.

Queste nuove valvole, progettate per la correzione dell'insufficienza aortica attraverso la TAVI, rappresentano dunque un'alternativa concreta per i pazienti più fragili, che fino a pochi anni fa disponevano di opzioni terapeutiche limitate. Molte persone anziane o affette da varie patologie non possono infatti affrontare un intervento cardiocirurgico tradizionale. Per questi pazienti

dunque, la possibilità di effettuare una procedura mini-invasiva, rappresenta un'opportunità importante. La procedura di TAVI viene in genere effettuata entrando con un catetere vascolare attraverso l'arteria femorale; da qui il catetere viene fatto risalire fino alla valvola aortica, dove la nuova protesi viene impiantata. Questo tipo di intervento evita l'apertura del torace (sternotomia o toracotomia) e dunque ha tempi di recupero molto più rapidi rispetto alla chirurgia tradizionale.

### **Le linee guida aprono alla TAVI nel rigurgito aortico**

Le evidenze accumulate negli ultimi anni, cominciano ad essere recepite anche nelle raccomandazioni delle società scientifiche. Le linee guida europee (European Society of Cardiology -ESC/European Association of Cardiothoracic Surgery -EACTS), pubblicate nel 2025, hanno introdotto per la prima volta una raccomandazione specifica (di classe IIb) per l'utilizzo della TAVI nei pazienti con rigurgito aortico severo, che non possano essere sottoposti a intervento chirurgico. La prossima edizione delle linee guida americane (AHA/ACC), che dovrebbe vedere la luce entro il 2026, conterrà anch'essa prevedibilmente un endorsement della TAVI per il trattamento dell'insufficienza aortica. Anche il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Regno Unito nel 2025 ha riconosciuto la validità di questa opzione terapeutica, sottolineando il ruolo della procedura nei pazienti ad alto rischio operatorio. Si tratta di un passaggio importante, perché sancisce il riconoscimento ufficiale di una tecnologia che, fino a pochi anni fa era considerata ancora sperimentale in questo ambito.

### **La strada da percorrere**

Nonostante i risultati promettenti, gli esperti invitano alla prudenza. Mancano ancora studi randomizzati che confrontino 'testa a testa' i risultati della TAVI con quelli della chirurgia tradizionale e sono necessari periodi di follow-up più estesi per valutare la durability delle nuove protesi, nel corso degli anni. Rimangono inoltre alcune sfide tecniche, soprattutto nei pazienti con particolari anomalie anatomiche dell'aorta o della valvola (le valvole TAVI attualmente disponibili per la correzione del rigurgito aortico sono progettate per le valvole aortiche tricuspidi e non sono adatte a quelle bicuspidi).

Tuttavia, la direzione appare tracciata. Se la prima rivoluzione della TAVI è stata quella di trasformare il trattamento della stenosi aortica, la seconda potrebbe riguardare la possibilità di offrire una nuova prospettiva di cura ai pazienti con insufficienza aortica severa. Per molte persone con alternative terapeutiche limitate, le nuove valvole transcateretere rappresentano oggi una concreta speranza di trattamento, attraverso procedure meno invasive, rischi più contenuti e una migliore qualità di vita. Una dimostrazione di come l'innovazione tecnologica continui a spostare in avanti e a ridefinire i confini della medicina cardio-vascolare.

Servizio Sanità

## Stenosi aortica: i primi sospetti e come arrivare alla diagnosi anche con l'IA

E' la patologia più comune delle valvole del cuore e il rischio cresce con l'età: riconoscere precocemente il difetto è fondamentale per cure su misura

*di Federico Mereta*

9 giugno 2026

E' una regola per la medicina: la diagnosi precoce è il primo passo per affrontare al meglio un quadro patologico. A questo paradigma non sfugge la stenosi della valvola aortica, la più frequente malattia delle valvole cardiache, che spesso viene riconosciuta quando è già in fase avanzata. In futuro, però, un semplice elettrocardiogramma associato all'Intelligenza Artificiale potrebbe aiutare a individuare i soggetti a rischio ancora prima della comparsa dei sintomi. Il passo avanti su cui si confida non è certo da poco, visto che parliamo di una patologia subdola.

A proporre l'opportunità di una sorta di screening semplice, grazie al mix tra IA e tracciato elettrocardiografico, è una ricerca pubblicata sull'European Heart Journal che ha visto protagonisti un team di studiosi dell'Imperial College di Londra, dell'Imperial College Healthcare NHS Trust oltre che dell'Ospedale Zhongshan di Shanghai, coordinati da Arunashis Sau e Fu Siong Ng. Stando ai risultati, l'IA potrebbe identificare con buona approssimazione alterazioni molto precoci del cuore, cogliendo in anticipo persino alcuni segni che oggi vengono riconosciuti con l'ecocardiogramma. «Si tratta di una prospettiva molto interessante perché potrebbe consentirci di selezionare i pazienti da monitorare più attentamente e di arrivare prima alla diagnosi – è il commento di Italo Porto, direttore della Cardiologia dell'Irccs Policlinico San Martino AOM di Genova e ordinario presso l'Università del capoluogo ligure -. Oggi però la diagnosi precoce dipende ancora soprattutto dall'attenzione ai sintomi e dalla visita cardiologica».

### **A cosa fare attenzione e chi è a maggior rischio**

La stenosi aortica è una malattia spesso subdola. I primi segnali possono essere facilmente attribuiti all'età o alla stanchezza quotidiana: affanno durante gli sforzi, riduzione della resistenza fisica, vertigini, facile affaticabilità o palpitazioni. «Molti pazienti pensano semplicemente di essere invecchiati – osserva l'esperto -. In realtà il cuore potrebbe fare più fatica a pompare il sangue a causa di una valvola che si sta restringendo». In tutti i casi, l'avanzare degli anni conta sulla salute delle valvole cardiache. L'età avanzata rappresenta infatti il principale fattore di rischio considerando che oltre i 75 anni la stenosi aortica interessa circa il 3% della popolazione. Ma non è l'unico elemento da considerare. Un incremento delle probabilità di sviluppare la patologia si può avere in presenza di ipertensione arteriosa, di diabete, di altre patologie cardiovascolari. Infine non va mai sottovalutato il ruolo negativo del fumo di sigaretta, che presenta un impatto specifico sul rischio di patologia valvolare.

### **Cosa succede al cuore e come si fa la diagnosi**

La valvola aortica regola il passaggio del sangue dal cuore verso tutto l'organismo. Con il passare degli anni può andare incontro a calcificazione e irrigidimento, restringendosi progressivamente. Quando questo accade, il ventricolo sinistro deve lavorare sempre di più per spingere il sangue attraverso un'apertura sempre più stretta. Nel tempo possono comparire insufficienza cardiaca, il conseguente scompenso e quindi una riduzione della qualità di vita. Purtroppo, a fronte di questo percorso bisogna ricordare che il cuore in qualche modo tende ad "adattarsi": la valvola può impiegare anni o anche decenni per restringersi, anche per le calcificazioni che si creano con l'età, è quindi il cuore tende a lavorare di più per compensare il difetto, con il risultato che a volte la persona non ha sintomi, oppure ha solo disturbi poco significativi, per anni.

### **Ecocardiogramma esame decisivo**

Per questo è importante arrivare presto anche perché nonostante la malattia possa essere difficile da riconoscere nelle fasi iniziali, la diagnosi è relativamente semplice. Durante la visita il medico può rilevare un caratteristico soffio cardiaco all'auscultazione. A quel punto l'esame decisivo è l'ecocardiogramma. "L'ecocardiografia resta comunque il gold standard - conclude Porto-. "È un esame non invasivo che consente di valutare con precisione la gravità della stenosi e di programmare il trattamento più appropriato, oggi sempre più spesso eseguibile anche con procedure mini-invasive come la TAVI (ovvero l'impianto transcateretere della valvola, ndr.)".



Servizio Sperimentazione

## **Invecchiamento: somministrata per la prima volta terapia che ringiovanisce le cellule**

Life Biosciences ha annunciato di aver somministrato la sua terapia a base di riprogrammazione epigenetica parziale al primo essere umano in assoluto

*di Francesca Cerati*

9 giugno 2026

Un paziente con glaucoma entra in una clinica, riceve un'iniezione nell'occhio e inizia a prendere un antibiotico. Non sappiamo il suo nome. Sappiamo che ha accettato di essere il primo essere umano nella storia a ricevere una terapia progettata per far tornare giovani le proprie cellule e che da questo momento porta nel proprio occhio tre geni capaci, almeno nei topi e nelle scimmie, di invertire l'invecchiamento cellulare. Niente di straordinario, in apparenza. Tutto di straordinario, nella sostanza.

Anche se si tratta di una sperimentazione clinica di Fase 1- registrata presso i National Institutes of Health (Nih) americani, con un protocollo preciso e obiettivi misurabili- quello che si sta testando tocca uno dei sogni più antichi della medicina: far tornare giovani le cellule vecchie.

La società biotecnologica Life Biosciences, con sede a Boston, ha trattato il primo partecipante di uno studio clinico che utilizza una terapia genica - denominata ER-100 - per tentare di invertire il danno al nervo ottico causato dal glaucoma. Il meccanismo si basa sull'attivazione di tre geni che sembrano essere in grado di «riprogrammare parzialmente» le cellule invecchiate, riportandole a comportarsi come se fossero più giovani.

### **Un'idea nata su Nature nel 2020**

La storia di ER-100 inizia in un laboratorio della Harvard Medical School. Nel 2020, il gruppo del professor David Sinclair - cofondatore della stessa Life Biosciences - pubblicò sulla rivista Nature uno studio che fece scalpore: attivando solo tre dei quattro cosiddetti «fattori di Yamanaka» (Oct4, Sox2 e Klf4) nei topi con nervi ottici danneggiati, i ricercatori riuscirono a promuovere la rigenerazione neuronale e a invertire la perdita della vista. Lo studio finì sulla copertina di Nature e accese l'interesse mondiale per la riprogrammazione epigenetica parziale come base per nuove terapie geniche.

a quella pubblicazione, Life Biosciences ha lavorato per anni a tradurre quei risultati in un farmaco somministrabile agli esseri umani. Nel 2024, l'azienda presentò nuovi dati al congresso annuale dell'American Association of Ophthalmology a Chicago, confermando i risultati in primati non umani e approfondendo le conoscenze sul dosaggio e sui tempi del trattamento. Il 28 gennaio 2026, la Fda ha autorizzato l'avvio della sperimentazione clinica, sgomberando il campo all'unica terapia di ringiovanimento cellulare tramite riprogrammazione epigenetica ad aver mai raggiunto l'uomo.

## **Come funziona**

La terapia utilizza un virus modificato - un vettore Aav, comunemente impiegato nelle terapie geniche - per consegnare le istruzioni genetiche per la produzione delle tre proteine direttamente nelle cellule gangliari della retina, quelle i cui prolungamenti formano il nervo ottico. Il virus è stato ingegnerizzato per non poter causare malattie infettive. Una volta iniettato, i geni restano silenti finché il paziente non assume doxiciclina per via orale per 56 giorni, che funge da "interruttore" per attivarli. Se il farmaco viene sospeso, i geni si spengono. Un sistema di controllo pensato proprio per minimizzare i rischi.

La scelta di escludere il quarto fattore di Yamanaka, c-Myc - associato alla crescita cellulare incontrollata - è intenzionale: serve a ridurre il rischio di tumori che ha storicamente frenato questo filone di ricerca.

## **Cosa si testa e perché l'occhio**

Lo studio di Fase 1 valuterà la sicurezza e la tollerabilità di una singola dose di ER-100 in adulti con glaucoma ad angolo aperto e con Naion (Neuropatia ottica ischemica anteriore non arteritica), una condizione più rara e acuta che causa anch'essa danni al nervo ottico. Fino a 12 partecipanti verranno trattati con due livelli di dosaggio diversi e seguiti per 5 anni. L'obiettivo primario non è, almeno per ora, ringiovanire l'intero organismo, ma dimostrare che l'approccio è sicuro e che i neuroni del nervo ottico - che normalmente non si rigenerano negli adulti - possano essere indotti a farlo. L'occhio è stato scelto anche per ragioni strategiche di sicurezza: eventuali effetti indesiderati resterebbero localizzati, senza conseguenze sistemiche potenzialmente letali.

## **Le cautele degli esperti**

Nonostante l'entusiasmo, la comunità scientifica invita alla prudenza. «La riprogrammazione ha un grande potenziale se può essere utilizzata in modo sicuro nelle persone -, afferma Matt Kaeberlein, cofondatore di Optispan, società di medicina preventiva focalizzata sulla longevità con sede a Seattle -. Ma la tecnologia è ancora molto precoce e il rischio di effetti collaterali catastrofici è alto».

Di fatto, questo primo meccanismo, se sarà confermato sicuro, potrebbe riscrivere il modo in cui la medicina affronta l'invecchiamento.



Servizio Oncologia

## **Innovatività dei farmaci, il valore va misurato sulla base degli esiti clinici dei pazienti**

Tra i nuovi criteri Aifa e l'implementazione del regolamento Health Technology Assessment di Ema: le proposte di un Gruppo di lavoro multidisciplinare

*di Carmine Pinto \*, Giuseppe Curigliano \*\*, Giovanni Pappagallo \*\*\**

9 giugno 2026

Il riconoscimento dell'innovatività dei farmaci rappresenta uno degli strumenti centrali attraverso cui l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) orienta l'accesso precoce alle terapie, promuove il valore clinico e governa l'allocazione delle risorse pubbliche. Con la Determinazione n. 519 del 31 marzo 2017, l'Agenzia ha definito un modello di valutazione multidimensionale fondato su tre criteri cardine: bisogno terapeutico, valore terapeutico aggiunto e qualità delle prove.

Nel periodo 2017-2024, Aifa ha valutato oltre 160 indicazioni terapeutiche onco-ematologiche, riconoscendo l'innovatività piena nel 36% dei casi. L'analisi retrospettiva di queste decisioni evidenzia come il valore terapeutico aggiunto abbia rappresentato il principale determinante dell'esito valutativo, più ancora del bisogno terapeutico considerato isolatamente.

### **Valutazione dell'innovatività e nuovi criteri**

In questo contesto, l'evoluzione recente dell'assetto istituzionale Aifa – con l'istituzione di una (unica) Commissione Scientifica ed Economica (Cse) e la pubblicazione di criteri aggiornati per il riconoscimento dell'innovatività – assieme all'implementazione dell'HTA Regulation a livello europeo, offrono l'opportunità di una riflessione critica e prospettica. In particolare, sui parametri utilizzati per definire il "vantaggio terapeutico aggiunto" in relazione agli endpoint non basati sulla sopravvivenza globale (Overall Survival, OS) nel trattamento delle neoplasie in fase iniziale.

Per analizzare tale ambito è stato costituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare - comprendente esperti di clinica oncologica, metodologia della ricerca, procedure regolatorie ed economia sanitaria - al quale hanno partecipato, oltre gli Autori, anche Francesco De Lorenzo, Maria Carmela Piccirillo ed Entela Xoxi, nel contesto del Progetto "Oncology Early Asset Percorso di Consensus con metodologia NGT (Nominal Group Technique)", con il contributo non condizionante di Astrazeneca.

### **Le proposte**

Integrando le diverse prospettive disciplinari, il Gruppo di lavoro multidisciplinare ha raggiunto un consenso condiviso sui seguenti elementi di sintesi:

- Il valore di un trattamento deve essere misurato sulla base degli esiti clinici rilevanti per il paziente, indipendentemente dal grado di novità farmacologica del meccanismo sottostante.

- Negli ultimi anni strumenti di misura più sofisticati hanno ampliato il ventaglio di endpoint utilizzabili, molti dei quali sono patologia-specifici e informativi nelle fasi precoci della malattia.
- Tra questi rientrano, ad esempio: (i) la malattia minima residua valutata tramite biopsia liquida; (ii) la invasive disease-free survival nel tumore della mammella; (iii) la radiographic progression-free survival nel tumore della prostata.
- Tali endpoint seppur non validati come surrogati della sopravvivenza globale, hanno un impatto diretto sulle decisioni cliniche, sulla pianificazione dei trattamenti successivi e sull'organizzazione dei percorsi assistenziali.
- La quantificazione di questi parametri sulla strategia terapeutica complessiva, il loro impatto economico e sociale, rappresenta un'informazione di grande valore per supportare le decisioni della Cse in una logica di valutazione integrata.
- L'importanza della qualità della vita e degli esiti riportati dal paziente (Patient-Reported Outcomes, PROs), devono essere considerati componenti strutturali della valutazione del vantaggio terapeutico e non elementi accessori.
- La piena implementazione dell'HTA Regulation-Ema, con l'introduzione del Joint Clinical Assessment e la considerazione dei domini etici, sociali ed economici a livello nazionale, offre un'opportunità concreta per una valorizzazione sistematica di tali dimensioni.

*\* Direttore Oncologia Medica, Comprehensive Cancer Centre, Ausl-Irccs di Reggio Emilia*

*\*\* Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia, Università degli Studi di Milano; Istituto Europeo di Oncologia, Irccs Milano*

*\*\*\* Coordinatore scientifico Scuola di Metodologia della Ricerca Clinica, Irccs Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella*

LO SPALLANZANI ECCELLENZA MONDIALE

# «Non solo Ebola, noi medici in Congo per la sfida ai virus»

► L'infettivologo romano Nicastrì rientrato dall'Africa: «Abbiamo portato un antivirale potenzialmente efficace»

«Da un lato professionalità d'eccellenza», dall'altro «un paese allo stremo per colpa della guerra e con gravi difficoltà nel gestire, nelle zone più remote, epidemie come l'Ebola». Emanuele Nicastrì, direttore delle Malattie infettive ad Alta Intensità di Cura dell'Istituto Spallanzani, descrive così la Repubblica Democratica del Congo da dove è tornato pochi giorni fa. È stato lì per portare «le

eccellenze romane in Africa» e «aiutare una popolazione stremata da un virus letale».

Urbani a pag. 34

L'intervista **Emanuele Nicastrì**

## «Nuovi laboratori in Congo. Così i medici dello Spallanzani sfideranno i virus più letali»

► Emergenza Ebola, il racconto dell'infettivologo romano appena rientrato dall'Africa con due colleghi «Hanno professionisti eccellenti, ma guerra, distanze e carenze di infrastrutture complicano gli interventi»

**U**na realtà divisa a metà. «Contraddittoria». «Da un lato professionalità d'eccellenza», paragonabili a quelle italiane. Dall'altro «un paese allo stremo per colpa della guerra e

con gravi difficoltà nel gestire, nelle zone più remote, epidemie come l'Ebola». Emanuele Nicastrì, direttore delle Malattie infettive ad Alta Intensità di Cura dell'Istituto Spallanzani, descrive così la Repubblica Demo-

cratica del Congo da dove è tornato pochi giorni fa. È stato lì per portare «le eccellenze romane in Africa» e «aiutare una popolazione stremata da un virus letale e che vive una delle più grandi crisi umanitarie del mo-



mento». Sessant'anni a ottobre, ha trascorso più di metà della sua vita tra reparti e ospedali. È stato lui a curare la coppia di turisti cinesi proveniente da Wuhan e affetta da Covid, a gestire la degenza in ospedale della chirurga di Medici Senza Frontiere che si temeva avesse contratto l'Ebola. Esperienze che si aggiungono a tante missioni all'estero, in Paesi a rischio. L'ultimo, appunto, il Congo.

**Lei è appena rientrato in Italia dopo essere stato in Congo, attuale centro dell'epidemia di Ebola, insieme ad altri colleghi. In cosa è consistita la vostra missione?**

«Siamo stati diversi giorni a Kinshasa, la capitale, per una missione tecnico-scientifica durante la quale abbiamo incontrato i rappresentanti dei due più importanti istituti di salute pubblica del Congo. L'Istituto Nazionale di Ricerca Biomedica, una realtà simile allo Spallanzani, e l'Istituto Nazionale di Salute Pubblica, che possiamo paragonare al nostro Istituto Superiore di Sanità. Oltre all'equipe dello Spallanzani, composta da me, un collega virologo e uno epidemiologo, c'era anche una delegazione della Protezione Civile Italiana e una dell'Agenzia informazioni e sicurezza esterna».

**Diversi giorni di incontri dunque. Di cosa avete discusso?**

«Incontri e non solo perché abbiamo portato ai colleghi generi sanitari di primo ausilio, diversi farmaci, incluso un antivirale potenzialmente efficace per questo tipo di virus Ebola».

**Tornando agli incontri...**

«Siamo andati per chiedere loro di cosa hanno concretamente bisogno. Nonostante i colleghi siano molto esperti nella gestione e nella diagnosi virologica, visto che questa è la 17ª epidemia di Ebola che colpisce il Congo, hanno evidenti difficoltà a lavorare per via della situazione in cui versa la nazione, devastata da guerre civili e povertà. Abbiamo offerto loro la nostra disponibilità a collaborare, sia su questa che su altre epidemie».

**In che senso su altre epidemie? Non c'è solo l'Ebola?**

«Al momento sì, ma in certe zone, come la provincia orientale dell'Ituri, le epidemie sono piuttosto comuni. L'Ituri, considerata appunto l'epicentro dell'attuale Ebola, è un'area particolarmente sfortunata».

**Perché sfortunata?**

«Per diversi motivi, che sono quelli che hanno fatto sì che il virus Ebola-Bundibugyo, ovvero l'ultimo scoperto, si espandesse così velocemente. Innanzitutto perché è una provincia con poche strutture sanitarie. Queste si trovano principalmente a Kinshasa, che però è lontanissima. Parlia-

**La Croce Rossa tra le vittime del virus. A sinistra Emanuele Nicastri, direttore Malattie infettive ad Alta Intensità di Cura dello Spallanzani**

mo di distanze paragonabili a Roma-Stoccolma. Il problema però non sono solo i chilometri, ma il fatto che non esistono collegamenti: non ci sono strade che dall'Ituri portano a Kinshasa. Ciò lascia intendere che trasferire campioni sospetti negli istituti dalla capitale per farli analizzare è una sfida quasi impossibile. Distanze, niente collegamenti, ma anche un sottosuolo ricchissimo, con miniere clandestine, che alimenta conflitti armati tra gruppi militari e paramilitari. Un'infinità di guerre che stanno portando

la popolazione alla fame. A tutto ciò dobbiamo aggiungere anche una cultura tradizionale che vede con sospetto la medicina occidentale».

**Perché? Che cultura hanno?**

«Le popolazioni che vivono lì tendono a farsi curare con metodi tradizionali da figure che usano approcci non occidentali. Assolutamente da rispettare ma che a volte ritardano l'accesso alle cure secondo i canoni della medicina occidentale. Taluni non accettano di essere ricoverati in un ospedale con standard occidentali e scelgono i servizi più vicini alla loro cultura. Una cultura che si basa anche su riti funerari che prevedono procedure di contatto con il corpo del defunto, che, se morto a causa dell'Ebola, possono essere fonti di ulteriore contagio tra i familiari. Una consuetudine che ha già in passato favorito la diffusione del virus».

**Difficoltà sociali, culturali ed economiche. Problemi davanti ai quali avete detto «noi ci siamo». Cosa vi hanno chiesto i colleghi?**

«Una mano per moltiplicare i laboratori periferici in modo tale che, nella prossima epidemia, la diagnosi possa essere eseguita rapidamente, più vicino cioè al focolaio stesso. Loro hanno già individuato l'area dove costruire».

**Qual è?**

«La provincia dell'Equatore, dove ci sono periodicamente delle epidemie. Si tratta infatti della regione dove è scoppiata la prima epidemia di Ebola, circa 50 anni fa. Costruire i laboratori lì significa lavorare sui campioni sospetti immediatamente. Vengono prelevati e lavorati nello stesso luogo, superando così il problema del trasporto e accorciando i tempi per la diagnosi».

**La rapidità dunque è fondamentale in questi casi?**

«Assolutamente. In questi casi ci sono dei passaggi, ovvero sospetto clinico, diagnosi virologica, isolamento dei casi e quarantena dei contatti, che devono essere fatti in tempi brevi per evitare che il virus si diffonda. Il problema di quest'ultima epidemia è legato al fatto che il focolaio è stato identificato con ritardo. Un ritardo diagnostico perché questo nuovo virus non era identificabile attraverso i test molecolari in uso nel paese. Sembrava a tutti gli effetti Ebola, ma il test non riusciva a identificarlo. Un primo ritardo, poi amplificato dall'assenza di strutture».

**Prima che vengano realizzati i laboratori passerà del tempo. Cosa farete nell'attesa?**

«Certo, siamo nella fase embrionale del progetto. Noi già ne abbiamo iniziato a parlare con le istituzioni italiane. Nel frattempo continuiamo a dare il nostro contributo inviando medicinali e, se dovessero servire, anche squadre di professionisti dello Spallanzani che fanno parte della rete del Global Outbreak Alert Response Network dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Loro sanno che noi abbiamo equippe pronte a partire. A questo si aggiunge un lavoro per incidere sull'aspetto culturale, un lavoro da fare insieme alle istituzioni sociali e religiose del luogo per far capire quanto siano pericolosi certi comportamenti, come quelli che si hanno durante i funerali. Se la comunità acquisisce fiducia in quello che dici, allora ti segue».

**Un virus lontano da noi, ma che comunque fa paura. Quello del Covid è un trauma difficile da dimenticare...**

«Siamo davanti a una situazione completamente diversa. In Italia il rischio non c'è, ma siamo comunque pronti a intervenire se arrivassero casi anche qui».

**Luisa Urbani**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# La dottoressa italiana torna a casa «Superato il periodo a rischio»

►La chirurga di “Medici Senza Frontiere” era ricoverata allo Spallanzani da fine maggio dopo un doppio contatto durante la missione con pazienti risultati positivi

## IL CASO

La chirurga italiana finalmente è a casa. La dottoressa di “Medici Senza Frontiere” che a fine maggio era stata ricoverata all'Istituto Spallanzani perché, durante una missione in Congo, era entrata in contatto con pazienti risultati positivi all'Ebola, lunedì ha terminato la quarantena nell'ospedale romano. «Ha superato i giorni dall'esposizione a rischio», spiegano i medici che l'hanno seguita e che subito dopo il ricovero l'avevano sottoposta ai test, poi risultato negativo. Precauzioni prese nonostante, ribadiscono dal ministero della Salute, «non c'è allarme Ebola nel nostro Paese».

## LA SCOPERTA

Questo della dottoressa di “Medici Senza Frontiere” è stato il primo caso legato in qualche modo all'Ebola che ha toccato la Capitale. Caso fortunatamente conclusosi nel migliore dei modi, dopo giorni di apprensione. L'incubo era iniziato alla fine di maggio con la diffusione della notizia di un potenziale contagio di un medico italiano in missione a Bunia, una città di 400mila abitanti della Repubblica Democratica del Congo, nazione considerata l'epicentro del virus. Da lì l'attivazione di tutti i protocolli del caso e la decisione del trasferimento dell'operatrice di “Medici Senza Frontiere” da Bunia a Roma. Pronta per essere ricoverata allo Spallanzani, struttura all'avanguardia nella ricerca e nella cura delle malattie in-

fettive e dotata di laboratori ad hoc per gestire in sicurezza i virus letali. Il pericolo era legato a due contatti avuti dalla donna durante la missione. Prima con due pazienti risultati positivi, poi con un intervento chirurgico salvavita su un bambino vittima dell'esplosione di una granata. Per questo era stato disposto il rientro della donna. Un volo abilitato al trasporto di persone potenzialmente contagiose. La dottoressa è sempre stata asintomatica, ma trattandosi di un «caso di contatto diretto» erano state comunque disposte tutte le procedure. Precauzioni prese a tutela della dottoressa che «operava presso il centro di salute di Salamat (Bunia-Ituri)», come ha spiegato il ministero della Salute ribadendo di essere sempre e comunque «attivo per tutte le attività di preparazione e sorveglianza». Pronto a proseguire «il monitoraggio dell'evoluzione del quadro epidemiologico nel raccordo con i terriori e con le autorità sanitarie nazionali e locali».

## L'ORDINANZA

Lo scorso 29 maggio, infatti, il ministero ha pubblicato l'ordinanza in relazione al focolaio in corso in Congo e in Uganda e per il quale l'Oms ha dichiarato un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale. Il documento prevede che «chiunque provenga, direttamente o indirettamente, con qualsiasi mezzo di trasporto, dalla Repubblica Democratica del Congo e dall'Uganda, o che sia stato in quelle aree fino a 21 giorni prima dell'ingresso in Italia, deve entro 24 ore compilare, firmare e inviare una dichiarazione al Dipartimento di prevenzione

della Asl di residenza o domicilio». Il provvedimento disciplina anche «gli obblighi dei vettori aerei, degli armatori marittimi, dei gestori aeroportuali e delle autorità di sistema portuale che devono fornire ai passeggeri provenienti dalla Repubblica del Congo e dall'Uganda i moduli per la dichiarazione prima dell'ingresso in Italia».

## DI COSA SI TRATTA

Ad oggi sono state identificate sei diverse specie di virus Ebola. Tra queste c'è appunto il Bundibugyo ebolavirus (Bdbv), la nuova variante responsabile dell'epidemia nella Repubblica Democratica del Congo e in Uganda. Il virus, come spiegano dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), «viene trasmesso all'uomo dagli animali selvatici e si diffonde poi nella popolazione umana attraverso il contatto diretto con il sangue, le secrezioni, gli organi o altri fluidi corporei di persone infette».

L.Urb.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DURANTE LA DURATA  
DELLA QUARANTENA  
ERA STATA  
SOTTOPOSTA AI TEST  
CHE AVEVANO SEMPRE  
DATO ESITO NEGATIVO**



## Lo studio del Bambino Gesù «Iperconnessi a lungo e troppo soli» Con la fine della scuola giovani a rischio

Tra iperconnessione e social jet-lag, l'estate si rivela sempre più fragile per gli adolescenti e, proprio nella stagione più attesa, il disagio emotivo cresce. A rivelarlo, uno studio dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù che mette in luce come la fine della scuola e l'inizio delle vacanze estive possano trasformarsi in un periodo critico. Con la scomparsa delle routine

quotidiane e l'aumento del tempo trascorso online, spiegano gli specialisti, emergono nuove vulnerabilità che rischiano di amplificare le fragilità presenti. **Carbone a pag. 36**

# Iperconnessi e soli L'estate dei giovani è sempre più "fragile"

► Lo studio del Bambino Gesù: con la chiusura delle scuole crescono disagi emotivi e pressioni legate all'estetica. In cinque anni più 60 per cento di disturbi alimentari

### IL FOCUS

Tra iperconnessione e social jet-lag, l'estate si rivela sempre più fragile per gli adolescenti e, proprio nella stagione più attesa, il disagio emotivo cresce. A rivelarlo, uno studio dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù che mette in luce come la fine della scuola e l'inizio delle vacanze estive possano trasformarsi in un periodo critico per i giovanissimi. Con la scomparsa delle routine quotidiane e l'aumento del tempo trascorso online, spiegano gli specialisti, emergono nuove vulnerabilità che rischiano di amplificare fragilità già presenti. Le routine si spezzano, i ritmi sonno-veglia si alterano, il tempo online aumenta e i contatti sociali diretti diminuiscono. Un mix che può favorire l'e-

mergere o l'aggravarsi di fragilità psicologiche.

### IPERICOLI

Con l'inizio delle vacanze, infatti, si interrompono abitudini e relazioni quotidiane che, per mesi, hanno scandito il tempo e rappresentato una certezza. Nel tempo vuoto delle vacanze, per gli esperti, si insinuano nuove vulnerabilità, alimentate da iperconnessione e modelli estetici irrealistici. Nel periodo estivo gli adolescenti trascorrono mediamente tra i 45 e i 55 minuti in più al giorno online rispetto al periodo scolastico e il 30% dei ragazzi tra 12 e 17 anni, supera le quattro ore quoti-

diane di connessione. Per tanti è un modo per contrastare la noia, cercare un altrove digitale e confrontarsi, spesso in modo doloroso, con standard estetici difficili da raggiungere. «L'estate viene spesso associata a benessere e leggerezza, ma per alcuni adolescenti rappresenta un momento delicato» osserva Deny Menghini, responsa-



bile di Psicologia del Bambino Gesù. L'esposizione ai social network cresce, così come la pressione legata all'immagine corporea. La "prova costume" diventa un pensiero ingombrante, soprattutto per chi vive già un rapporto fragile con il proprio corpo. L'insoddisfazione estetica riguarda 3 adolescenti su 10 e, secondo la Mental Health Foundation, ben il 40% dei giovani, percepisce un impatto negativo dalle immagini viste online. In parallelo, aumentano i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Al Bambino Gesù, in cinque anni, le diagnosi sono cresciute del 60% con un incremento significativo anche tra i più piccoli. E mentre l'iperconnessione cresce, il sonno si perde. Fino al 70-80% degli adolescenti sperimenta il cosiddetto social jet-lag con addormentamento e risveglio spostati in avanti di ore.

**LE INDICAZIONI**

Ma come riconoscere in tempo il disagio emotivo? Il primo passo è non ignorare i segnali che possono annunciarlo. Tra questi isolamento, irritabilità, cambiamenti improvvisi nell'ali-

mentazione, allenamenti compulsivi, ossessione per il peso, uso prolungato dei dispositivi nelle ore notturne. Piccoli campanelli d'allarme che, se trascurati, possono trasformarsi in qualcosa di più serio. Per questo gli esperti propongono poche indicazioni semplici ma decisive per accompagnare i ragazzi verso un'estate più serena. Sottolineano l'importanza di preservare un ritmo regolare del sonno e di ridurre l'uso di smartphone e videogiochi nelle ore serali così da non compromettere ulteriormente il riposo. Invitano inoltre a creare momenti della giornata liberi dai dispositivi - a partire dai pasti - e favorire attività all'aperto, utili sia al corpo che all'umore. Un'attenzione particolare va riservata anche al linguaggio e ai comportamenti dei ragazzi. I medici del Bambino Gesù raccomandano di non ignorare frasi negative ricorrenti sul proprio corpo e di cogliere eventuali segnali di isolamento sociale, spesso primi indicatori di un disagio che si affaccia. Allo stesso tempo, incoraggiano a costruire occasioni di condivisione offline, a mantenere un dialogo aperto e non giudicante e, quan-

do i segnali di malessere persistono, a rivolgersi senza esitazioni a un supporto specialistico. «Intervenire tempestivamente è fondamentale - spiega Menghini - Molti disturbi della sfera emotiva, che si riflettono anche sul rapporto con l'alimentazione, esordiscono proprio durante l'adolescenza e oggi in età sempre più precoce». Ed è qui che entra in gioco il ruolo degli adulti. Dialogo, presenza e spazi liberi dalle pressioni digitali possono rendere l'estate un tempo decisamente migliore per tutta la famiglia.

**Barbara Carbone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I RAGAZZI PASSANO IN MEDIA TRA I 45 E I 55 MINUTI IN PIÙ ONLINE RISPETTO AL RESTO DELL'ANNO. SOCIALITÀ E SONNO A RISCHIO**



Lo studio del Bambino Gesù illustra i rischi per gli adolescenti legati alla fine della routine scolastica. Nel riquadro Deny Menghini, responsabile di Psicologia dell'ospedale pediatrico (foto TOIATI)



Focus su terapie e prevenzione

# Un congresso alla Cattolica su patologie oncologiche e Hiv

## L'INIZIATIVA

Grazie alle terapie antiretrovirali, oggi le persone con l'Hiv hanno un'aspettativa di vita sempre più vicina a quella della popolazione generale. La longevità però aumenta il rischio di sviluppare patologie oncologiche. Di questo si è parlato ieri al congresso "Hiv and cancer in 2026: equity, innovation and care networks", al Centro Congressi Europa dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. «L'Hiv è diventata una patologia cronica grazie alle terapie antiretrovirali e, tra le comorbilità legate all'invecchiamento, i tumori rivestono un ruolo fondamentale», spiega la dottoressa Antonella Cingola-

ni, ricercatrice in Malattie Infettive della Cattolica e responsabile della Uos dedicata alle malattie da immunodeficit del Policlinico Gemelli. I dati della coorte nazionale mostrano come in Italia l'incidenza complessiva dei tumori tra le persone con Hiv sia superiore rispetto alla popolazione generale. Sono poi aumentate le neoplasie non legate al virus. I problemi principali della patologia oncologica nelle persone con Hiv riguardano il ritardo negli screening e nella prevenzione. Un altro nodo l'accesso alle cure innovative. «Bisogna evitare il pregiudizio. Le persone con Hiv rispondono molto bene alle terapie oncologiche quando l'infezione è controllata quindi devono avere le stesse opportunità di cura di tutti», spiega Carlo Torti, ordinario di Malattie Infettive alla Cattolica e direttore

della Uoc di Malattie Infettive al Gemelli. Il congresso, il primo di questo genere in Italia, ha riunito specialisti, centri clinici, istituzioni e associazioni dei pazienti per costruire una rete sempre più integrata tra oncologia e malattie infettive e garantire alle persone con Hiv un accesso equo a diagnosi e cure.



**Il professor Carlo Torti, a sinistra, con la dottoressa Antonella Cingolani**



# L'ospedale nel cuore di Roma dove i santi assistevano i malati

► Il San Giacomo in via del Corso, nato nel 1339, ebbe tra i suoi servitori Filippo Neri e Camillo de Lellis. Chiuso nel 2008, oggi rinasce con un nuovo progetto regionale

## La Medicina romana

La storia del San Giacomo, ormai chiuso dal 2008, dopo un ampio restauro costato tantissimo, è un esempio di cattiva gestione della sanità regionale. Ha rappresentato una delle storie più intricate e complicate della ospedalità romana. Fra i reparti vi era una famosa epatologia, nefrologia con dialisi, medicina, chirurgia, ortopedia, terapia intensiva, pronto soccorso collegato per le urgenze di Camera e Senato.

Sarebbe stato un modello, eppure venne chiuso per problemi di budget regionale dalla giunta Marrazzo. Fu richiesto da grandi gruppi privati per farne un centro turistico o commerciale, ma per fortuna tutto era bloccato dal lascito testamentario degli eredi Salviati con vincolo alla sola realizzazione di attività sanitarie.

La chiusura definitiva provocò una levata di scudi di tantissimi intellettuali abitanti del centro storico di Roma che ritenevano che il San Giacomo dovesse rimanere una struttura alla portata dei cittadini, ma da allora non ha mai riaperto, con un degrado progressivo di tutto l'edificio.

### LA SENTENZA

Nel 2023, la Corte suprema di Cassazione ha confermato definitivamente la sentenza che indica la destinazione esclusiva come struttura sanitaria. Non a caso, il nuovo progetto regionale in via di realizzazione dovrebbe prevederne la riapertura già dal prossimo anno per un ospedale di comunità, una residenza

sanitaria e assistenziale e lungodegenza, con 300 professionisti impegnati nel lavoro.

Nato come terzo ospedale di Roma (1339) per volontà del cardinale Pietro Colonna, dopo il Santo Spirito e il San Giovanni, posizionato tra l'altro in una zona allora periferica vicino alla Porta del Popolo, era pronto per ospitare fino a mille pellegrini.

Fu creato il ruolo dei "visitatores" che avevano il compito di raccogliere i malati per la strada, procedendo eventualmente al ricovero, anche coatto e del tutto gratuito, che arrivassero stanchi dopo un lungo viaggio dalla Cassia e dalla Flaminia. L'ospedale si trovava peraltro in prossimità del porto di Ripetta

per consentire un facile accesso per l'approvvigionamento di viveri e medicinali e per chi giungeva in città via Tevere, che era infatti collegato con le zone limitrofe da un sistema di canali superficiali e anche sotterranei che raggiungevano direttamente i magazzini al di sotto di case e edifici come in tante altre zone della città.

Tra i tanti benefattori il cardinale Anton Maria Salviati, che nel 1593 riedificò la grande struttura e la dotò di un fondo patrimoniale destinato esplicitamente alla sua autonomia economica. Donò infine la struttura stessa alla città con il noto vincolo perpetuo di destinazione all'ospedalità.

Molti grandi Santi iniziarono la loro attività al San Giacomo. San Filippo Neri lavorò come fratello laico prima della sua ordinazione sacerdotale. San Camillo de Lellis, giunto nell'istituto per curarsi una ferita ad una gamba, vi rimase prima come servitore degli infermi e poi come mastro di casa ed economo, lasciando nell'archivio due regi-

stri di conto autografi e promul-

gando le Regole per ben servire gli infermi, ideate e applicate per la prima volta proprio al San Giacomo.

### IL NOME

Il nome originale era San Giacomo in Augusta e degli incurabili, perché vicino al mausoleo di Augusto e perché dedicato agli incurabili, pazienti affetti da malattie che necessitavano soltanto di cure per piaghe e altre lesioni cutanee, provocate perlopiù da peste e da sifilide; situazioni croniche di difficile trattamento e che quasi sempre erano rifiutate in altri ospedali e in altre strutture.

Per queste patologie si sviluppò una grande specializzazione con la terapia definita del "legno santo" basata sull'assunzione di un decotto a base di Guaiacum officinale, una costosissima pianta esotica importata. Non a caso il Belli nel suo a "Li spedali de Roma" sottolinea questa specializzazione: "C'iai San Giacchmo senza che t'affanni si guadagnassi mai qualche bubbone".

### IL RICOVERO

Come accade adesso per malati complessi complicati o in fase terminale per i quali un ricovero in ospedale non è né appropriato né si ritiene necessario, o come si dice non viene considerato "sostenibile", ma che hanno bisogno delle cosiddette cure palliative, cioè quelle dedicate alla soluzione dei sintomi e in particolare del dolore, da realizzare nelle strutture di Hospice residenziali, oppure a domicilio.

Dario Manfellotto

© RIPRODUZIONE RISERVATA

