

13 febbraio 2026

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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





Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
MARIO ORFEO



la Repubblica



R cultura

Antiseri e la filosofia spiegata ai ragazzi

di ROBERTO ESPOSITO
a pagina 41

R spettacoli

Wenders: la politica fa troppo rumore

dalla nostra inviata ARIANNA FINOS.
a pagina 44



E L'ORA DELLE OLIMPIADI!

Venerdì
13 febbraio 2026
Anno 51 - N° 35
Oggi con
Il venerdì
in Italia € 2,90

Referendum giustizia è scontro su Gratteri

Il procuratore di Napoli: "Voteranno sì indagati e massoneria deviata" Nordio invoca il test psico-attitudinale. Schlein: è Meloni a politicizzare l'appuntamento referendario.

di CERAMI, LAURIA e SANNINO
a pagina 10 e 11



Carlo Nordio e Nicola Gratteri

CasaPound di Bari storica condanna "Riorganizzazione del partito fascista"

di FOSCHINI e SPAGNOLO
I servizi a pagina 22 e 23

Draghi all'Ue: non c'è più tempo

Letta: avanti sul mercato unico. Von der Leyen annuncia road map a marzo

Due ricette per un futuro

di ANDREA BONANNI

I "motori italo-tedeschi dell'Europa", geniale invenzione della propaganda meloniana, si è spento prima di arrivare al castello di Alden Biesen.

a pagina 19

Draghi e Letta sono stati i protagonisti dell'incontro informale dei leader Ue in Belgio. «Agite, non c'è più tempo», ha detto l'ex governatore Bce. I due ex premier ospiti del summit lanciano l'allarme sull'Unione: «L'economia è deteriorata, servono subito riforme». E Ursula von der Leyen annuncia per marzo una road map verso il mercato unico.

di CIRACO, GINORI MANACORDA e TITO
a pagina 12 a pagina 15

L'INTERVISTA

di TONIA MASTROBUONI

Weber: l'Europa deve accelerare su esteri e difesa

a pagina 17

LA STORIA

"Mio fratello Dino morto a Rigopiano dopo 100 chiamate"

di ROMINA MARCECA

Le macerie dell'hotel Rigopiano sono uno scrigno di verità giudiziarie e di ricordi. E consegnano ancora ultimi momenti di vita e di morte. Alessandro Di Michelangelo stringe i pugni nell'aula degli Affreschi del tribunale. Il tempo ha appesantito il suo sguardo, dilatato i suoi capelli e accentuato la sofferenza. «Da sette anni porto con me un segreto sulla fine di mio fratello Dino».

a pagina 28



Rimadesio

Miracolo Brignone Lollobrigida, oro bis



Federica Brignone dopo la vittoria nella gara di SuperG a Cortina. Sotto, con Mattarella e, a destra, Francesca Lollobrigida con il suo secondo oro



di EMANUELA AUDISIO

Dispiace, Ornella, ma l'oro delle donne italiane, anzi delle trentacinquenni, non è come cantavi tu: la voglia, la pazzia, l'incoscienza, l'allegria. È tutto l'opposto: è la pazienza, la disciplina, la coscienza, è l'armonia.

a pagina 2. Servizi di CHIUSANO, CITO, CORICA e VISETTI

a pagina 4, 5, 6 e 8; 46 e 47

Mattarella primo tifoso e talismano degli atleti

di CONCETTO VECCHIO a pagina 3

Fontana argento fa il record di medaglie

di MAURIZIO CROSETTI a pagina 46

LA RABBIA DEI FAMILIARI

Crans, assedio ai Moretti
"La pagherete cara"

STEFANO SERGI — PAGINA 21

La lezione di Umberto Eco
la scuola gioco da ragazzi

UMBERTO ECO — PAGINA 32 E 33

A DIECI ANNI DALLA SCOMPARSA



Eravamo come fratelli
nella nebbia della Padania

ELISABETTA GARBI — PAGINE 32 E 33

1,90 € || ANNO 150 || N. 43 || IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) || SPEDIZIONE ABB. POSTALE || DL.353/03 (CONV.NL.27/02/04) || ART. 1 COMMA 1, DCB - TO || WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

L'ALLARME BIS DI DRAGHI: L'ECONOMIA PEGGIORA, URGENTE AGIRE. PARLA IL COMMISSARIO ALL'ENERGIA: I GOVERNITAGLINO LETASSE

Nuova Ue, scoglio eurobond

Meloni: favorevole ma il tema divide. Dubbi sull'Unione a più velocità: no di Spagna e Irlanda

IL COMMENTO

Se l'accordo si fa
ma solo a parole

FRANCESCA SFORZA

Sul cosa fare sono tutti d'accordo, i problemi iniziano quando si parla del come. Nel corso del confronto fra i ventisette Stati membri dell'Ue, nessuno ha avuto da ridire sulla ricetta di Draghi. — PAGINA 31

L'ANALISI

Perché è meglio
il bilancio comune

VERONICA DE ROMANIS

«Sono favorevole agli Eurobond» ha dichiarato Giorgia Meloni a margine del vertice informale tra Capi di Stato e di governo tenutosi ieri in Belgio. «Ma è un dibattito diviso» ha spiegato. Il motivo è presto detto. Esiste il rischio concreto che il debito europeo diventi il nuovo "debito buono", per usare una definizione molto cara ai nostri governanti perché suggerisce l'idea ingannevole - che sia gratis. Tradotto: nessuno paga. Non è così, purtroppo. Sembra banale dirlo, ma il debito europeo non è un regalo, bensì un prestito concesso agli Stati. Per questo chi oggi esprime perplessità, come il cancelliere tedesco Merz, in realtà sta semplicemente chiedendo garanzie. — PAGINA 30

Ma l'Italia non può
rinunciare agli Usa

GABRIELE SEGRE — PAGINA 30

Ora i repubblicani
tradiscono Trump

ALAN FRIEDMAN — PAGINA 19

BARBERA, BRESOLIN, LOMBARDO,
LUISE, MONTICELLI

Europesi divisi al vertice di Bilzen:
consensi e obiezioni per le proposte
su eurobond e Ue a più velocità.
Nuovo allarme di Draghi sull'economia. — PAGINE 8-9

A Monaco il summit
del mondo insicuro

STEFANO STEFANINI — PAGINA 31

L'INTERVISTA

Schlein: "Il governo
vuole mani libere"

NICCOLÒ CARRATELLI

«La riformata magistratura
serve a chi sta al potere e vuole
avere la giustizia al suo servizio». Lo dice la segretaria del Partito democrazia, Elly Schlein. CAPURSO

CON IL TACCUINO DI SORG — PAGINE 14 E 15

LA POLITICA

Gli insulti di Gratteri
boomerang per il No

ALESSANDRO DE ANGELIS — PAGINA 31

CasaPound fascista
adesso va sciolta

FABRIZIA GIULIANI — PAGINE 12 E 13

L'ADDIO
Maria Franca
il fascino
discreto
della Ferrero

NICCOLÒ ZANCAN



Maria Franca Ferrero Turi — PAGINE 24-27

IL RITRATTO

Saggezza e umiltà
una figlia di Alba

CARLO PETRINI

Con la scomparsa di Maria Franca Fissolo Ferrero si chiude un cerchio che da 80 anni lega questa grande famiglia al territorio di origine. Con lei si esaurisce un ciclo che rappresenta un unicum in Italia e, mi sento di dire, nel mondo. Raremente, infatti, si trova un rapporto così stretto e sinergico tra una famiglia di imprenditori e il proprio territorio. — PAGINA 27

IL RICORDO

Ceretto: "In morte
di una cara amica"

ROBERTO FIORI

«Era una giornata di grande tristezza. Con la scomparsa di Maria Franca Ferrero Alba perde una delle sue anime più belle, il sostegno morale di una donna che dedicava il suo tempo a farsi che la ricchezza generata dall'industria dolciaria fosse ridistribuita in tutta la comunità. Bruno Ceretto è stato tra i primi a ricevere la triste notizia. — PAGINA 25

L'IMPRESA SENZA PRECEDENTI DI BRIGNONE: ORO NEL SUPERG DI CORTINA DOPO 315 GIORNI DALL'INFORTUNIO

Che bello avere Fede

PAOLO BRUSORIO



Fontana come Mangiarotti

GIULIA ZONCA — PAGINA 8

Lollobrigida nella leggenda

GIULIANO BAILESTRERI — PAGINA 4

Federica Brignone festeggia la medaglia d'oro, vinta nonostante il grave infortunio di meno di un anno fa

MATTIA
FELTRI

Stupido e più stupido

Un amico mi gira un post di Instagram su una ricerca ripresa dal New York Post secondo cui la Generazione Z è la prima della storia più stupida della precedente. Spero davvero di no, perché se i giovani sono più stupidi di altri autori che pubblicano una notizia così stupida su altri adulti autori di una ricerca così stupida, l'unica soluzione è il suicidio di massa. Infatti non è una ricerca, non dice che la Gen Z è più stupida delle precedenti, ma è l'audizione al Congresso americano di un neuroscienziato che parla di tutt'altro. Mi è però venuta in mente una seconda indagine, condotta delle università di Roma e Firenze, che quantifica in un giovane su quattro - siamo ancora in zona Gen Z, i nati fra il 1997 e il 2012 - chi usa l'intelligenza artificiale per confidarsi, specialmente se è più di corda. Gran-

de sconcerto: davvero i giovani preferiscono l'algoritmo alle persone in carne e ossa? Sì, lo preferiscono perché, hanno spiegato, l'intelligenza artificiale non li giudica. Non dice che sono la prima generazione più stupida della precedente, non li dichiara una generazione di criminali come fanno governo e giornalisti, non li considera dei drogati del telefonino come sostengono genitori e insegnanti, non li controlla da mattina a sera con app e registri elettronici. In definitiva, l'intelligenza artificiale fa quello che non si fa più: tace e li ascolta (su X, che ha ancora qualche impresa utilità, ci sono account che raccontano la storia di Mehdi, 22 anni, Radio, 17 anni, Hosna, 14 anni, Fatima, 20 anni, e altre centinaia e centinaia di ragazzi della Gen Z che in Iran muoiono per la libertà).

**BANCA
DI ASTI**

bancadiasti.it



Buongiorno

Un amico mi gira un post di Instagram su una ricerca ripresa dal New York Post secondo cui la Generazione Z è la prima della storia più stupida della precedente. Spero davvero di no, perché se i giovani sono più stupidi di altri autori che pubblicano una notizia così stupida su altri adulti autori di una ricerca così stupida, l'unica soluzione è il suicidio di massa. Infatti non è una ricerca, non dice che la Gen Z è più stupida delle precedenti, ma è l'audizione al Congresso americano di un neuroscienziato che parla di tutt'altro. Mi è però venuta in mente una seconda indagine, condotta delle università di Roma e Firenze, che quantifica in un giovane su quattro - siamo ancora in zona Gen Z, i nati fra il 1997 e il 2012 - chi usa l'intelligenza artificiale per confidarsi, specialmente se è più di corda. Gran-

**BANCA
DI ASTI**

bancadiasti.it



Venerdì 13 febbraio 2026

ANNO LIX n° 37

1,50 €
San Benigno
marinaEdizione italiana
sito 32

256 pagine

€ 27,00
www.queriniana.it

Avenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

Debito Ue e sovranità dei pagamenti
INFRASTRUTTURE PER L'UNIONE

MARCO FERRANDO

Già eurobond e tenu digitale, tornati d'attualità alla vigilia dei vertici di ieri, sono due progetti - non i soli - che possono seguire il destino del processo di integrazione europea, nel bene o nel male. Ma sono anche un segno tangibile della difficoltà con cui i leader europei e quelli nazionali maneggiare questioni in sé complesse, con cui è difficile interessare e "scaldare" un'opinione pubblica per lo più animata da pregiudizi negativi su quanto bollé in pentola a Bruxelles e dintorni. Parliamo dagli eurobond, i titoli del debito comune europeo. In passato sono sempre stati un argomento caro ai Paesi della periferia d'Europa, quelli abituati a pagare interessi maggiori sui propri titoli di Stato e quindi i maggiori potenziali beneficiari di emissioni collettive. Ora la situazione è un po' cambiata, nel mondo, sui mercati finanziari ma anche nei rapporti di forze tra i singoli Paesi europei, dove i tassi si sono appiattiti e oggi la Francia vede il proprio debito a dieci anni pagare il 3,37% di interessi, appena 0,02% in meno dell'Italia: non a caso a tirare fuori l'argomento è stato proprio Emmanuel Macron, trovando la prevedibile freddezza del governo tedesco (ma non della banca centrale) e quella molto meno scontata dell'Italia, dove Giorgia Meloni oggi può fregiarsi di uno spread ai minimi storici con Berlino, alle prese con un Bund che attualmente "paga" il 2,8%. Valori, questi, che hanno radicalmente asciugato i vantaggi immediati di un debito comune europeo: sul breve termine, in pratica, c'è molto meno da risparmiare di qualche anno fa, ma ciò non toglie che in un orizzonte più ampio la creazione di un titolo continentale potrebbe radicalmente cambiare la percezione del rischio-Europa, la forma e le dinamiche del mercato che vi ruota intorno.

continua a pagina 3

Editoriale

Inganno tattico nella "guerra totale"
DISARMARE ANCHE LE TREGUE

PASQUALE FERRARA

La proclamazione di una tregua è spesso durante un conflitto armato e spesso accolto con un senso di sollievo e comprensibile speranza. È un atto estremamente utile e positivo, che ha, storicamente, una sua solennità. Eppure, anche l'idea di tregua viene messa in crisi. In quella tendenza "militarizzata" in quella tendenza descritta da Mark Galeotti, quando ci parla della "militarization of everything", vale a dire della trasformazione di tutto (cibo, sanità, energia, clima) in un'arma; in uno strumento di offesa e di morte. La presunta tregua viene banalizzata, quasi fosse una tattica tra le altre, un'ulteriore crudeltà inflitta ai civili, un inganno malevolo. Le popolazioni vittime delle guerre hanno perciò imparato, a loro spese, ad accogliere ogni promessa di tregua con scetticismo.

L'annuncio di una tregua negli attacchi alle infrastrutture energetiche dell'Ucraina da parte della Russia di Putin rientra in questa concezione di guerra totale, in cui persino le parole perdono la loro rilevanza semantica. Naturalmente, non s'è vista nessuna tregua; anzi, le operazioni militari russe contro installazioni civili in Ucraina si sono intensificate.

Con gravità analoga, se non maggiore, sono migliaia gli episodi di violazione della tregua a Gaza da parte di Israele, dopo la scenografica "pace eterna" decretata a Sharm el-Sheikh, con quasi 600 palestinesi uccisi (la metà sono donne e bambini) e oltre 1.500 feriti da droni o da cecchini dall'inizio del cosiddetto "cessate il fuoco".

Sul piano globale, sono caduti nel vuoto gli appelli per una tregua olimpica lanciati in occasione dei Giochi invernali di Milano-Cortina.

continua a pagina 16

IL FATTO Avanti su fusioni di imprese, energia e "blindatura" dei settori strategici. A marzo le decisioni

Ricette d'Europa

La Ue accelera sul mercato unico. Nuova spinta di Draghi e Letta: «Urgente agire. Una più forte coesione è la migliore risposta a Trump». Tensione tra Italia e Spagna

GIOVANNI MARIA DEL RE

È stato ben più che un mero "brain storming" il "r��ne" dei 27 leader nella suntuosa cornice del castello settecentesco di Alten-Biesen, nel paesino fiorentino di Bilzen. Un incontro informale che però ha segnato la prima vera «coagulazione» dell'urgenza di completare il mercato interno e rilanciare la competitività di un'Europa sempre più stretta tra Cina e Usa, con l'industria in crescere affanno. Un'verteice segnato dai moniti di Mario Draghi e le proposte di Enrico Letta sul mercato interno. Von der Leyen, risultati entro giugno o procederemo con la cooperazione rafforzata. E sul Mercosur nessuno stop. Meloni rivendica il «motore tedesco-italiano» che però le costa il gelo del premier spagnolo Pedro Sanchez. Macron insiste sugli eurobond, Merz chiude.

Alfieri e Iasevoli a pagina 3

I nostri temi

TESTIMONIANZE
Gli esorcismi
contro la potenza
del demonio

IRENE FUNCHI

«Mentre non siamo responsabili di una possessione, lo diventiamo nella tentazione quando la accogliiamo e pecchiamo. Sacramenti e preghiere, via per non soccombere».

Parla a pagina 9

LUOGHI

Roma-cometa
Nucleo e scia
in espansione

ANTONIO SPADARO

La capitale, vista da New York, è uno shock geometrico: si allunga in periferia, come quando si getta un sasso nell'acqua. È uno spazio che si disegna di continuo, superando la frattura tra centro e margini.

A pagina 17



OLIMPIADI | La sciatrice domina. La pattinatrice vince anche sui 5 mila

Donne d'oro: Brignone è super e Lollobrigida si concede il bis

ALBERTO CAPROTTI

Invia a Cortina d'Ampezzo

La tregua sul ciascia, la leggerezza negli sciopori. Che anziché ruggire hanno fatto le fusa, perché quello serviva. Quello che la neve molle di ieri chiedeva, di essere accanizzata con sensibilità perfeita e lieve. A315 giorni dall'informito che poteva costare la carriera, Federica Brignone ha conquistato

l'ultimo alloro che le mancava: quello olimpico. Anche Federica Lollobrigida è nella storia del pattugliaggio: velocità stop o stop nel 3.000 metri, un secondo o meno nei 5.000 metri. E polemica, invece, per lo skeletonino (unano squalificato per aver ricorso sul guscio i suoi connazionali uccisi in guerra).

Castellani e Lenzi alle pagine 14 e 15

PARLA LA EX PREFETTA

«Fondi per i lavori stornati Così è crollata Niscemi»

Cassini e Mira a pagina 7

LE ACCUSE DI CAPORALATO

Algoritmo che "schivizza"
I perché dell'inchiesta rider

Arena, Delli Santì e Marcor a pagina 8

TURCHIA

I siriani rifugiati
con la paura
di tornare in patria

Dalla fine del regime di Bashar al-Assad nel dicembre del 2012, dalla Turchia sono già rientrati in patria 562 mila siriani con protezione temporanea. Tragli altri, ora, prevale la cautela.

Ghirardelli
a pagina 6

FERRARA, DOPO L'INCENDIO

Sgomberato il grattacielo
500 persone senza casa

Musacci a pagina 10

PRIMAVERA 1988

Dentro a un sogno

All'inizio, scriveva di Spettacoli per *Repubblica* mi sembrò meraviglioso. Basta morti, obitori, rogne di periferia. Teatri invece, e aperitivi, e sorrisi, e conferenze stampa con Mike Bongiorno. Ecco, la Milano da bere. Si, leggera, un po' futile, un luogo mi affascinò profondamente: La Scala. Per un servizio segui a lungo le prove del com, salì con curiosi negli abbalini antichi, ora scomparsi, in cui indossavano gli abiti di scena. Stanzini bassi, odore di talco e naftalina; il sole di Milano che, timido, talvolta si insinuava. Un incanto. Le scale strette da cui le

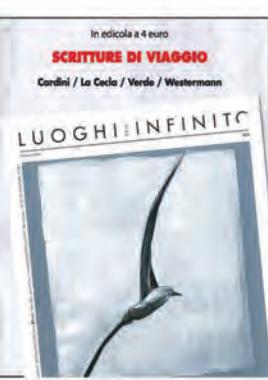
donne scendevano veloci, all'ultima chiamata, reggendo le gonne lunghe come castellane di un tempo. Il bar, detto La Cambusa, dove i guerrieri del Nahueco discutevano animatamente del rigore all'Inter, la sera prima. Ero dentro a un sogno. E le prove infinite, a ripetere per ore un identico passaggio. Le facce dei coristi, di quelli più anziani, pazienti come vecchi soldati. Le loro belle, amirono voci. Un filo di malinconia forse? Perché non erano diventati solisti? Ad alcuni i capelli già ingrassano. Imparai a memoria l'"Lombardi alla prima crociata". La potenza di Verdi, la passione del suo sangue emiliano. Li sentii ancora, tonanti, i Lombardi, nelle straordinarie voci del coro della Scala.

© EMMANUELE RAVASI



La rivoluzione non è chi sie-de al comando, ma nell'immaginare l'inclusione.
Nell'allegato

Gutenberg



In edicola a 4 euro

SCRITTURE DI VIAGGIO

Cardini / La Coda / Verde / Westermann

LUOGHI D'INFINITO

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE FA GIÀ TUTTO (E MEGLIO) DI NOI MEDICI CI RUBA IL LAVORO? NO, LO CAMBIA

La AI ci supera nel ragionamento clinico per le cose semplici, ma ancora di più se siamo di fronte a casi difficili. E funziona anche nell'indicare la terapia più corretta. La medicina di domani, che lo vogliamo o no, sarà guidata dagli algoritmi con cui i dottori dovranno familiarizzare, trovando il modo di interagire con chi li crea.

Leggete qui: un luminare lo spiega bene

di GIUSEPPE REMUZZI

I

Intelligenza artificiale e medicina: molti sono scettici. «Non saprà mai avvicinarsi alle performance del cervello dell'uomo». «Di questo passo dove andremo a finire?». «Ci farà perdere la capacità di ragionare con la nostra testa». Ma anche i più lungimiranti tendono a enfatizzarne i difetti, le imperfezioni, gli errori. Insomma, c'è sempre un però: «Può servire, però...», «aiuta a fare le cose più in fretta, però...», «mancano criteri rigorosi...». Ma sapete che ogni settimana al mondo ci sono 230 milioni di persone che interrogano ChatGPT per problemi di salute? E allora, invece che focalizzarsi sui problemi dell'intelligenza artificiale non dovremmo riflettere su quello che facciamo oggi per i nostri ammalati? **Certo che l'intelligenza artificiale sbaglia, ma il punto è: sbaglia più o meno del tuo dottore?** I dati che abbiamo a disposizione ci dicono che l'intelligenza artificiale supera il medico nel ragionamento clinico, per le cose semplici, ma ancora di più quando si è di fronte a casi difficili. E per molti versi anche nell'indicare la terapia più corretta.

Un esempio? Microsoft AI Diagnostic Orchestrator ha messo a confronto la capacità dell'intelligenza artificiale rispetto a quella dei medici di risolvere casi clinici complessi, quelli che il *New England Journal of Medicine* presenta ogni due mesi ai propri lettori. **Sono casi difficili, d'accordo, ma l'intelligenza artificiale**

li ha diagnosticati correttamente nell'85,5 per cento dei casi, i medici nel 20 per cento dei casi.

Un altro studio che ha preso in esame 12.000 immagini radiografiche ha dimostrato che l'intelligenza artificiale è più affidabile dei radiologi che, fra l'altro, una volta su tre sono in disaccordo fra loro. E come se la cava l'intelligenza artificiale al microscopio? Se confrontate le performance dell'intelligenza artificiale con quelle dei migliori patologi del mondo, sia l'una che gli altri arrivano quasi sempre alla diagnosi giusta. Ma quanti ammalati hanno a disposizione i migliori patologi del mondo? E allora proviamo a comparare le diagnosi dell'intelligenza artificiale con quelle della media dei patologi: qui non c'è proprio confronto, a favore dell'intelligenza artificiale. **E si è visto anche che meglio di tutto è mettere insieme le potenzialità dell'intelligenza artificiale con l'occhio del patologo** (vale per il carcinoma della mammella, per il tumore della prostata, del colon, del polmone e per le metastasi da melanoma). E questo forse, anche se non ci sono ancora studi definitivi, potrebbe valere per tutto il resto.

Un articolo appena pubblicato su *Nature* ha dimostrato che non c'è differenza fra intelligenza artificiale e dermatologi nel diagnosticare le lesioni cancerose della pelle. Quell'articolo con-



clude così: «Sarà l'intelligenza artificiale il futuro della dermatologia?».

E che dire dei casi più gravi di depressione. L'intelligenza artificiale sa prevedere con due anni di anticipo chi ha intenzione di suicidarsi. Questo l'uomo ancora non lo sa fare.

Le difficoltà di diagnosi e terapia sono ancora più evidenti nel campo delle malattie rare. È il caso del piccolo Lorenzo — non è il suo vero nome — che ha dolori muscolari dappertutto. In tre anni vede 17 specialisti (pediatra, neurologo, dentista, internista, ortopedico, specialista di disturbi muscoloscheletrici...), ma nessuno riesce a orientarsi sull'origine del dolore. E qui par di vederla, la mamma, disperata, che tenta l'ultima carta: affida le cartelle cliniche a ChatGPT e in meno che non si dica c'è una diagnosi e anche la cura. Adesso viene il momento degli specialisti, di cui c'è sicuramente bisogno, ma la diagnosi l'ha fatta l'intelligenza artificiale. Del resto, **come può un medico, per quanto bravo, riconoscere e saper trattare settemila malattie rare a cui se ne aggiungono 250 o forse più ogni anno?**

Con buona pace degli scettici, il cervello umano non è fatto per affrontare la complessità della medicina di oggi (si pubblica un articolo di medicina ogni 39 secondi, solo per scorrere il riassunto ci vorrebbero 22 ore, e lo si dovrebbe fare ogni giorno).

Charlotte Blaise, nel suo bellissimo libro *Dr. Bot*, a un certo punto scrive: «Il 99,9 per cento dei dottori non ha idea di cosa stia succedendo nella vita dei loro ammalati. Le malattie sono complesse, dipendono da molti fattori che agiscono tutti insieme, c'è una componente genetica, certo, ma anche l'ambiente gioca un ruolo importante; chi ti cura deve tener conto dei sintomi, ma anche del fumo, se bevi e quanto, se mangi come si dovrebbe, e che vita sociale hai, quanto tempo passi da solo, o fuori città nel verde, quanta attività fisica fai e quanto dormi e tanto d'altro. Insomma, come sei tu nella vita di tutti i giorni fuori dallo studio del medico. Come fa un dottore, che è sempre di corsa, a tenere a mente tutto questo contemporaneamente, e a farlo per tutti quelli che si rivolgono a lui?». Adesso, a dire il vero, non ce n'è nemmeno più bisogno perché tutte queste cose il telefonino che hai in tasca le sa e sarebbe sciocco non approfittarne.

Per non parlare dell'impiego dell'intelligenza artificiale nelle aree più povere del mondo, proprio là dove i medici sono pochissimi e indaffaratissimi. Pensate a un ammalato che vive in un villaggio a centinaia di chilometri dal primo centro di salute o da un ospedale. Una volta per vedere un medico erano giorni di viaggio; adesso la diagnosi la fa ChatGPT e il medico lo puoi consultare a distanza. Facciamo un esempio molto

pratico: prendi un'immagine della retina, la dai all'intelligenza artificiale, spedisci il referto a un medico che sta a 100 chilometri di distanza, ma anche a mille o al di là dell'oceano ed è fatta (**la retina dice tantissimo di noi: come sta il cuore, i reni, il sistema nervoso; dall'osservare la retina si può persino prevedere declino cognitivo e tante altre malattie, incluse quelle rare**). Il problema semmai è un altro: nonostante l'accesso a internet sia migliorato a livello globale, due miliardi e mezzo di persone rimangono fuori da questa possibilità.

Può darsi che vi abbia convinto, o forse no. E allora pensate che c'è qualcuno, William Schwartz, medico e scienziato di valore immenso, che aveva immaginato i vantaggi dell'intelligenza artificiale addirittura prima che ci fosse. Bob (così lo chiamavano tutti) scrive nel 1970 sul *New England Journal of Medicine* uno «special article»: «Medicina e computer, le promesse e i problemi di un mondo che cambia». «La scienza del computer cambierà il modo con cui si pratica la medicina e la si insegna, si dovrà ripensare al ruolo del medico».

A questo punto è chiaro che si dovranno cambiare anche le scuole di medicina: fino a oggi tutto si basava sulla capacità del medico di ricordare una quantità infinita di informazioni, d'ora in poi di ricordare non ci sarà più bisogno, sarà invece importante conoscere a fondo tutto quello che la tecnologia ti mette a disposizione. **La medicina di domani, che lo vogliamo o no, sarà guidata dagli algoritmi con cui i medici dovranno familiarizzare trovando persino il modo di interagire con chi li crea.** Chi ci riuscirà davvero avrà a disposizione strumenti capaci di rivoluzionare la prevenzione e la cura delle malattie, e per chi si ammala sarà tutto più facile. Insomma, cosa dovranno imparare i dottori di domani è abbastanza chiaro, il problema sarà trovare chi è in grado di insegnarglielo.

Non vi nascondo che certi miei colleghi su tutto questo sono critici: «Ci stai dicendo che è ora che togliamo il camice, che abbandoniamo lo stetoscopio e che passiamo la mano? Che non ci sarà più bisogno di noi? Che è meglio se ci troviamo un altro lavoro?». Lasciamo rispondere a Eric Topol, uno dei dottori più influenti del mondo: **«I medici dovranno cambiare il modo di lavorare, ma il lavoro non lo perderanno, tutt'altro; a patto che siano capaci di mettere insieme la loro capacità di giudizio con le straordinarie potenzialità dell'intelligenza artificiale nel migliore interesse dei loro ammalati».**

E c'è qualcosa che l'intelligenza artificiale non



può fare, per lo meno non ancora: finito l'intervento chirurgico, che già oggi spesso si avvale del robot, avvicinarsi al letto del tuo malato per dirgli: «Stia tranquillo, è andato tutto per il meglio». Joseph Lister, uno dei più grandi chirurghi del suo tempo, lo faceva sempre e agli ammalati sistematica persino il cuscino. E Lister fu profeta di una cosa meravigliosa: spiegò a tutti i suoi studenti che ogni ammalato, anche il più povero, doveva ricevere le stesse attenzioni che si sarebbero riser-

vate al principe di Galles. A dirla tutta l'intelligenza artificiale un po' questo lo fa già (e in più non giudica, non discrimina e non disprezza), ma noi, se vogliamo, lo sappiamo fare anche meglio.

L'AI "LEGGE" CHI HA INTENZIONE DI SUICIDARSI (CON DUE ANNI DI ANTICIPO) E DIAGNOSTICA LE LESIONI CANCEROSE DELLA PELLE. COSA DOVRANNO IMPARARE I DOTTORI DI DOMANI È ABBASTANZA CHIARO. IL PROBLEMA È TROVARE CHI È IN GRADO DI INSEGNARGLIELO

76%

dei medici di medicina generale e l'83% degli specialisti si aspetta che l'AI modifichi la professione nei prossimi 5 anni
(fonte Datanalysis)

72%

dei medici ritiene che nell'uso dell'Intelligenza Artificiale i benefici superino i rischi, sottolineando però l'importanza di coinvolgere i medici nella progettazione e implementazione degli strumenti di AI



Giuseppe Remuzzi, 76 anni, specialista in nefrologia e professore universitario, è direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano



L'algoritmo è il futuro della sanità

PIERPAOLO SILERI

Negli ultimi 20 anni le informazioni del web hanno sostituito i volumi delle encyclopedie mediche, spesso presenti nelle nostre case, perché più immediate, pressoché gratuite, ma purtroppo di scarsa qualità, e non raramente gestite da profittatori. Oltre la metà degli italiani cerca costantemente informazioni online come prima fonte, 8-9 milioni di persone all'anno incappano in informazioni mediche sbagliate o fuorvianti, incluse le bufale per almeno 3 milioni di genitori che chiedono aiuto per i problemi pediatrici. Mancando un cultura sanitaria di base diviene pressoché impossibile "navigare" in maniera critica e quindi trovare soluzioni utili. Qui l'IA può fare una differenza immediata offrendo informazioni affidabili, disponibili 24 ore su 24, riducendo la dipendenza da fonti online non verificabili. Gli strumenti multimediali generati dall'intelligenza artificiale possono adattarsi al livello culturale dell'utente, rendendo concetti complessi come la gestione del diabete o l'aderenza terapeutica più facili da comprendere, soprattutto se ricavati da fonti regolate e controllate da professionisti sanitari. È evidente che la percezione del sistema sanitario sarebbe diversa, più positiva, partecipata diversamente in un'offerta sanitaria più snella, veloce ed efficace. L'IA in questo caso come ponte e non come filtro.

Spesso l'intelligenza artificiale viene descritta come una minaccia per la possibile perdita di posti di lavoro, per la disinformazione che potrebbe generare, o perché addirittura potrebbe sfuggire al controllo umano. Senza dubbio alcuni timori sono legittimi e legati all'uso che potrebbe esserne fatto soprattutto se non governato, ma è evidente che la sua introduzione ed implementazione rappresentino l'inizio di una nuova era, esattamente come accadde per la rivoluzione industriale.

Usata in modo responsabile, può rappresentare uno strumento straordinariamen-

te utile per affrontare le sfide più urgenti della sanità moderna. Una di queste, ben nota, è la carenza di medici che la maggior parte dei sistemi sanitari occidentali sta affrontando, con un progressivo squilibrio tra domanda e offerta di cure per una popolazione che invecchia, affetta da malattie croniche complesse e che necessita di cure personalizzate sempre più costose. Inevitabile che questa situazione peggiorerà nei prossimi anni. L'intelligenza artificiale non potrà (e non dovrà) sostituire il medico, ma può fin da subito renderne la quotidianità più efficiente per esempio in molte attività ripetitive, amministrative. Semplici sistemi di registrazione automatica e sintesi delle visite riducono il carico amministrativo fino al 50 per cento. Algoritmi che attingono a una infinità di dati continuamente aggiornati, possono supportare la decisione clinica, prevedere dei rischi, stratificando e personalizzando il pericolo futuro di sviluppare malattie con oltre 10 anni di anticipo.

Nella diagnostica per immagini il livello di maturità è così alto che l'intelligenza artificiale è in grado di leggere Tac e risonanze magnetiche, riducendo così, sia i tempi di refertazione sia eventuali errori. Algoritmi in grado di analizzare immagini e dati clinici possono fornire un "secondo parere" rapido e accurato. Dispositivi intelligenti possono permettere di seguire pazienti cronici a domicilio, riducendo visite inutili e aumentando la tempestività degli interventi o la correzione di eventuali terapie, monitorando allo stesso tempo l'aderenza alla terapia.



Negli ospedali si possono ottimizzare i percorsi clinici, individuare pazienti a rischio attraverso analisi predittive, velocizzare raffertazioni, migliorare la presa in carico sia in ospedale che sul territorio. Immediata sarebbe la ripercussione sulla riduzione delle liste di attesa, sui ricoveri ripetuti o inappropriati, su dimissioni più sicure. Si punterebbe ancor di più sulla qualità delle cure con un modello standard, uniforme in grado di comunicare. Nelle sale operatorie, il chirurgo viene supportato in tutte le fasi nel suo difficile e rischioso lavoro. Nella pianificazione preoperatoria, attraverso l'implementazione della Ia, nelle ricostruzioni 3D da Tac o risonanze magnetiche, il chirurgo, ancora prima di incidere, può conoscere con precisione il percorso che dovrà compiere con un determinato paziente attraverso la rappresentazione di una anatomia dinamica, pressoché reale, ma prima di usare il bisturi. Nel caso di utilizzo di materiale, come per esempio una protesi, l'errore nella scelta sarà virtualmente uguale a zero. La chirurgia più sicura oltre che rapida. Lo stesso sistema integrato nella chirurgia miniminvasiva o robotica guida il chirurgo nell'anatomia, allertandolo su anomalie, o consentendogli una rivalutazione in replay per decisioni immediate, sicuramente più informate. Tutto questo anche a vantaggio di tutti coloro che affrontano la formazione medica, con la possibilità di simulazione delle procedure più complesse. In un futuro, molto più vicino di quanto si possa pensare, l'Ia, riconoscendo le fasi chirurgiche, sarà in grado di suggerire i prossimi step, divenendo strumento essenziale nella formazione pur sempre accompagnata dalla supervisione umana. Il tutto all'interno della sala operatoria che permette un monitoraggio ambientale con controllo delle fasi e degli strumenti al fine di ottimizzare il flusso, migliorare la

I vantaggi al sistema spiegati da chi vive la rivoluzione in sala operatoria e in reparto: procedure più snelle, ausili concreti per la diagnosi, la cura e la comprensione di sintomi e terapie

sicurezza, ridurre ritardi.

L'analisi dei dati clinici e genetici permetterà diagnosi rapide anche per le malattie rare che spesso richiedono 5-8 anni per un inquadramento diagnostico. Nella ricerca è più facile individuare e raggruppare e quindi analizzare pazienti con medesime caratteristiche, riducendo i tempi di ricerca, migliorandone la qualità per volumi maggiori e disponibilità di dati in breve tempo. Laddove non esistono dati reali per scarsità di pazienti (esistono malattie con poche decine di casi descritti al mondo). Questo in ultima analisi può trasmettersi in ridotti tempi e costi per lo sviluppo di terapie o farmaci.

Ora, poiché la cura della persona non deve mai essere un atto passivo unidirezionale, è fondamentale che il paziente abbia contezza e comprensione di ciò che accade, del perché, dei rischi, dei vantaggi, del futuro della sua patologia ed ecco quindi l'altro problema, silenzioso, del quale non si parla mai: l'analfabetismo sanitario.

La medicina è complessa e spesso ancor più complesso il suo linguaggio con termini tecnici, terapie e tempi e la difficoltà a comprendere le informazioni mediche anche minori riguarda milioni di persone. Nel caso di informazione sanitaria la difficoltà nel comprendere le informazioni colpisce circa un italiano su quattro, con ovvia difficoltà nell'utilizzare poi al meglio quelle informazioni. Chi non capisce una prescrizione, non sa interpretare un referto o non conosce i segnali precoci di una malattia è più vulnerabile a causa di diagnosi tardive, errori terapeutici e ricoveri evitabili. Inutile negare che per quanta informazione sanitaria venga fatta, potrebbe risultare insufficiente e non sempre adeguata a raggiungere tutte le fasce della popolazione. Immaginiamo quanto la non completa comprensione e conoscenza di queste informazioni possa influire sulla consapevolezza del proprio stato di salute in un equilibrio precario tra bisogno di salute e risposta sanitaria erogata percepita. Ne deriva un impatto significativo sulla gestione, operatività e sostenibilità del Sistema sanitario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA
E

L'analisi dei dati permetterà responsi rapidi anche per le malattie rare che spesso richiedono 5-8 anni per un inquadramento. Con una riduzione di tempi e costi della ricerca dei farmaci



L'Ia corre ma lo Stato arranca

ALESSANDRO LONGO

Agli italiani piace "curarsi" con Chatgpt. Interrogarlo sui propri sintomi o quelli dei propri figli. Ma pure ai medici l'intelligenza artificiale (Ia) piace. Per sveltire le ormai asfissianti pratiche burocratiche. Ma anche, sempre più, a supporto di diagnosi, terapie, o per l'aggiornamento professionale. E al sistema sanitario nazionale piace l'Ia? Beh, non proprio.

Emerge questo paradosso, adesso, nel cuore dell'innovazione sanitaria italiana. Studi confermano come l'Ia sia entrata nelle vite di pazienti e medici, mentre lo Stato e le Regioni stanno ancora lì a guardarla da lontano. Abbiamo sì, dal 2025, una legge nazionale sull'intelligenza artificiale (caso raro al mondo). Ma, come ha potuto ricostruire L'Espresso, mancano i decreti attuativi per poterla integrare nel sistema sanitario a livello profondo.

«La legge sull'Ia prevede, e attende ancora, uno o più decreti necessari per usarla a livello centralizzato con i dati personali dei pazienti», riassume l'avvocata esperta di privacy in Sanità **Silvia Stefanelli**.

«Peccato. Pensate: se avessimo potuto usare l'Ia sui dati degli italiani nel 2019 ci saremmo accorti per tempo che c'erano segnali preoccupanti, che poi si sono manifestati con la pandemia Covid-19», dice un esperto che lavora con il governo sulla Sanità digitale (preferisce rimanere anonimo). Non potevamo farlo nel 2019 ma nemmeno adesso, appunto per colpa dei decreti mancanti e in generale perché quest'innovazione non è ancora pronta in Italia.

Il punto è che la tecnologia va avanti incurante dei nostri ritardi. Progredisce con gli investimenti miliardari delle Big Tech – è di qualche settimana fa il lancio di Chatgpt Salute (dell'americana OpenAI e per ora solo negli Usa), specializzato per l'analisi dei dati sanitari, presi anche da orologi smart e altre tecnologie indossabili. E si fa strada anche nelle nostre abitudini. «Il 43 per cento degli italiani usa l'Ia – in prevalenza Chatgpt – per informarsi sulla salute. E lo fa regolarmente

te», dice l'economista (università di Firenze) **Antonio Preiti**, curatore dello studio Salute Artificiale uscito qualche giorno fa e da cui proviene il dato (è realizzato da Sociometria e FieldCare per conto delle fondazioni Italia in Salute e Pensiero Solido). «Lo fanno soprattutto per autodiagnosi, in alternativa alla visita dal medico», aggiunge. Studi del Politecnico di Milano nel 2025 confermano invece l'utilizzo da parte dei medici. Il 46 per cento di quelli di medicina generale e il 26 per cento degli specialisti.

«Nel 2026 l'Ia è già il presente che busa con insistenza alle porte di reparti e ambulatori», spiega **Sergio Pillon**, cardiologo presidente della commissione sanità digitale del Cdti (club dei dirigenti delle tecnologie dell'informazione).

«Ma in Italia siamo in una fase di entusiastica confusione», aggiunge. «Può ridurre il carico di lavoro amministrativo fino al 30-40 per cento, liberando tempo prezioso per quello che sappiamo fare meglio: stare vicini al paziente». Una delle applicazioni più utilizzate al mondo è la sintesi del colloquio clinico. «L'Ia ascolta e trasforma il colloquio in un referto, ben strutturato, chiaro». «Il medico lo rivede, lo corregge e l'algoritmo impara per la prossima volta».

Ci sono senza dubbio eccellenze in Italia, per l'innovazione in Sanità. Pillon cita i progressi nella diagnosi precoce a Bari, dove l'Università e il Politecnico hanno sviluppato algoritmi capaci di "vedere" i segni dell'Alzheimer nelle scansioni cerebrali anni prima che compaiano i sintomi clinici.



ci. All'Humanitas di Milano si lavora sui "digital twins" (gemelli digitali) in ematologia. «Creiamo un modello virtuale del paziente per simulare come risponderà a una terapia prima ancora di somministrarla. È la medicina di precisione portata all'estremo», aggiunge.

Oppure il San Raffaele di Milano. «Una delle innovazioni più avanzate è S Race, la piattaforma clinica sviluppata in collaborazione con Microsoft e operativa da giugno 2024. Unica al mondo nella capacità di analizzare in tempo reale grandi volumi di dati clinici eterogenei, provenienti dalle cartelle elettroniche e dai registri sanitari», spiega **Federico Esposti**, ricercatore che segue questi temi per il San Raffaele. La tecnologia consente ai medici di accedere a una rappresentazione sintetica, ma clinicamente rilevante, dello stato del paziente. Così li aiuta a prendere decisioni più rapide e personalizzate. «Le applicazioni sono già attive in ambiti complessi come l'oncologia, le malattie cardio-metaboliche, le neuroscienze e la terapia intensiva», spiega Esposti. Il San Raffaele adotta anche la sintesi del colloquio clinico.

È un problema se i pazienti sono entusiasti, i medici e alcune strutture sanitarie pure, ma lo Stato si muove come un dinosauro. È la ricetta per una rivoluzione tecnologica (e sociale) non gestita. Con due conseguenze: il "fai da te" dei pazienti su Chatgpt e l'avanguardia isolata di alcuni medici ed eccellenze sanitarie. La prima porta a rischi facili da intuire, evidenziati anche da Salute Artificiale: diagnosi errate, rapporto incrinato con i medici, sostituiti dalla macchina.

La seconda, nella migliore delle ipotesi, porta all'aumento di diseguaglianze tra chi ha la fortuna di vivere vicino alle eccellenze e tutti gli altri. Ma c'è anche un tema di opportunità perse a livello nazionale. «Abbiamo creato tante splendide isole tecnologiche che non si parlano. Se il dato del paziente non scorre tra ospedale e territorio, l'IA rimane un giocattolo costoso», spiega Pillon. Mettere assieme i dati di

tutti gli italiani e farli analizzare dall'IA, per rendere "intelligente" il nostro sistema sanitario. Sarebbe lo scopo dell'Ecosistema dati sanitari (Eds), piattaforma a cui lavora il governo. Istituita nel 2024, sfrutta circa 200 milioni di fondi europei Pnrr e dovrà essere ultimata quest'anno. Raccoglierà i dati a livello centralizzato, per la prima volta, e così permetterà al sistema sanitario di fare studi epidemiologici; ai cittadini e ai medici di avere un quadro clinico più completo di ogni paziente, per ottimizzare diagnosi e terapie. L'IA sarà necessaria per analizzare la mole enorme di dati. È un'innovazione che poggia sul fascicolo sanitario elettronico, consultabile da medici e pazienti per vedere i profili sanitari. La vita del fascicolo è stata però finora travagliata, come notano i report annuali dell'osservatorio Gimbe. Lo strumento è con noi da oltre dieci anni (dal 2015), ma è ancora lacunoso. Molte strutture sanitarie lo snobbano, ergo non vi caricano i dati di analisi e referti fatti. «Circa il 10 per cento delle strutture pubbliche ancora non lo fa. Tra i privati i ritardi sono ben più gravi. Eppure il fascicolo sarebbe obbligatorio per entrambi», nota la fonte governativa.

Il governo lo scorso dicembre ha provato a fare uno scatto in avanti lanciando la piattaforma Mia, un antipasto del futuro che dovrebbe arrivare se si risolveranno gli attuali intoppi. Serve a supportare i professionisti sanitari nelle attività diagnostiche di base, a monitorare pazienti con patologie croniche, a fare programmi di screening e vaccinazioni. Mia, che pure sfrutta i fondi Pnrr, è però una sperimentazione. Non solo perché l'Eds non è ancora pronto, ma anche per quei decreti attuativi mancanti, «lacuna che obbliga Mia a funzionare solo con dati anonimi», dice Stefanelli. «Ma serve un decreto anche per individuare le applicazioni che possono usare i nostri dati», aggiunge.

Innovazione 1, burocrazia 0, si potrebbe dire. Ma, così, a perdere davvero è la salute degli italiani.

E © RIPRODUZIONE RISERVATA

La consultano sia medici che pazienti.

Aumentano le applicazioni. E in ambito ospedaliero è ormai sdoganata.

Mancano però i decreti attuativi per poterla integrare nel sistema sanitario



Scripta manent

Per attrarre medici nelle aree interne non bastano gli incentivi delle Regioni

Entile direttore, ho letto con attenzione l'articolo di "Avvenire" sulla vicenda del presidio ospedaliero di Agnone ("Ai medici che scelgono Agnone incentivi per la casa e le bollette", 15 gennaio 2025, *n.d.r.*). Nel ruolo di amministratore regionale in Toscana negli ultimi anni e di dirigente politico, mi sono confrontato spesso con questi problemi che si sono aggravati negli ultimi anni a causa della gravissima carenza di medici e infermieri che colpisce l'intero territorio nazionale e di cui le aree montane e interne sono le prime a fare le spese, sia riguardo agli ospedali che ai medici di famiglia. In questo quadro di carenza di professionisti, che deve affrontare il Governo nazionale, le Regioni possono intervenire solo con incentivi. Da amministratore ho imparato - e cercato di portare avanti - che la questione degli incentivi non è solo economica, ma anche e soprattutto di tipo professionale. Dal 2024 la Toscana ha messo in campo un sistema di incentivi, sulla base dell'esperienza fatta per il presidio ospedaliero dell'Elba, che vede un riconoscimento economico, ma anche e soprattutto professionale, visto che si chiede un vincolo di permanenza di almeno 3 anni. I medici che aderiscono, hanno garantito un programma di giornate di lavoro professionalizzanti negli ospedali, compresa la possibilità di alcuni

accessi nell'azienda ospedaliero universitaria, per accrescere le competenze e le esperienze. La Sardegna ha messo in campo un meccanismo simile. Quello che rileva, nell'autentico dramma che stanno vivendo le aree interne e montane del nostro Paese, è l'assenza del Governo nazionale, che non solo non dà risorse, ma lascia totalmente alle Regioni la responsabilità di "inventarsi" questi incentivi di carriera. L'unica risposta parziale giunta dall'attuale compagine governativa è la legge nazionale sulla montagna 131/2025, dove sono previsti incentivi: una legge tardiva e soprattutto vuota delle risorse necessarie per affrontare problemi che aumentano a dismisura (non un euro in più rispetto a quanto deciso dal Governo Draghi nel 2022 per le aree montane, ovvero 200 milioni/anno, e decurtazione di più del 50% dei fondi finora destinati alle Regioni), impantanata dal conflitto che il Governo ha innescato sulla classificazione dei comuni montani con Regioni ed enti locali di ogni colore politico, e che, se e quando sarà operativa, non darà risposte ai tanti territori periferici che non sono montani e alle isole minori (dove comunque questi problemi sono molto seri). Dunque i cittadini delle aree interne sono rimessi alla buona volontà delle amministrazioni re-

gionali e locali: l'esperienza di Agnone è analoga a quella di altri enti locali che si stanno ingegnando per mettere in campo incentivi, che non saranno mai di tipo professionale. È giusto che i Comuni debbano usare risorse dai propri bilanci per soppiare alle mancanze altrui? È giusto che le Regioni siano costrette a finanziare questi incentivi, con differenze tra regione a regione riguardo l'esistenza o meno di questi strumenti e la loro entità? Una disparità inaccettabile, visto che si tratta di servizi essenziali.

L'esperienza di Agnone e di tanti altre realtà è l'emblema di come questi territori combattano in modo costruttivo e fattivo, ma è anche un grido di aiuto: il Governo nazionale deve entrare in campo e utilizzare le esperienze di Toscana e Sardegna per assicurare modalità incentivanti in tutte le aree interne e montane, alle prese con questi problemi. Non va fatto domani, andava già fatto ieri.

Marco Niccolai
responsabile nazionale
Dipartimento aree interne Pd



Servizio Welfare e salute

Sanità integrativa ed economia sociale: è il tempo della responsabilità condivisa

Il "Secondo pilastro" vale tra i 4,5 e i 5 miliardi di euro annui: una massa critica che impone regole, trasparenza e responsabilità nella costruzione insieme al servizio sanitario pubblico di un sistema di tutela dei più fragili

di Giuseppe Milanese *

12 febbraio 2026

Il dibattito acceso dall'articolo di Mario Pepe, Presidente della Covip, pubblicato su Il Sole 24 Ore lo scorso 11 febbraio, evidenzia un passaggio decisivo: la sanità integrativa non è più un segmento marginale del welfare, ma una componente strutturale del sistema. Dopo anni definiti "Far West", il Governo – richiamando l'articolo 29 del decreto legge di attuazione del Pnrr – introduce finalmente un presidio di vigilanza. È un passaggio necessario. I numeri parlano chiaro: tra fondi iscritti e soggetti non registrati, le risorse destinate alla sanità integrativa si collocano oggi tra i 4,5 e i 5 miliardi di euro annui. Una massa critica che impone regole, trasparenza e responsabilità.

Un tema strategico

La questione, però, non è soltanto ordinatoria ma strategica. Attraversiamo una fase storica in cui l'Europa ha scelto di investire sull'economia sociale, dotandosi di un Social Economy Action Plan che l'Italia ha recepito e sviluppato. In questo quadro, la sanità integrativa e il mutuo soccorso non sono un'appendice del sistema, ma una delle leve attraverso cui ridisegnare il welfare, soprattutto di fronte alla crisi strutturale del Servizio sanitario nazionale, alla crescita della spesa privata e all'aumento esponenziale delle cronicità e della non autosufficienza.

Le mutue a un bivio

Il sistema mutualistico è chiamato a decidere che ruolo vuole avere. Non si tratta di rivendicare uno spazio soggettivo, ma di chiarire il complemento oggetto: per chi operiamo e rispetto a quali bisogni. Oggi il vero nodo è la Long Term Care, la presa in carico della cronicità, della fragilità, della disabilità. Il nostro Ssn, nato nel 1978, ha vinto la battaglia delle acuzie, ma ha trascurato per decenni lo sviluppo di un sistema solido di assistenza primaria e territoriale, come sollecitato dall'Oms. Il risultato è che la parte più costosa e complessa della domanda sanitaria – quella legata all'invecchiamento e alle ultime fasi della vita – grava su un sistema ospedaliero pensato per altre funzioni. Qui la sanità integrativa può e deve diventare protagonista, ma in una logica complementare e solidaristica, non sostitutiva.

Fare chiarezza

È essenziale chiarire anche sul piano vorrei dire «ontologico» la differenza tra mutua e assicurazione. La mutua è un soggetto partecipato dai soci, fondato su governance democratica e solidarietà intergenerazionale; l'assicurazione opera secondo logiche attuariali e contrattuali. Non

si tratta di stabilire gerarchie morali o buoni e cattivi ma di riconoscere nature giuridiche e funzioni diverse. Confondere i due piani produce distorsioni regolatorie.

Il paradigma delle “5R”

Per questo accogliamo con favore l'introduzione di una vigilanza tecnica, ma chiediamo che essa non si limiti agli aspetti economico-finanziari. La sostenibilità patrimoniale è imprescindibile, ma non basta. Occorre misurare gli outcome di salute, la qualità delle prestazioni, l'effettivo contributo alla riduzione delle disuguaglianze. La regolazione deve essere adeguata al soggetto vigilato e coerente con la sua funzione sociale. Come sistema cooperativo proponiamo ormai da anni un paradigma chiaro: le 5R. Regia unica, per superare la frammentazione istituzionale. Regole chiare, omogenee su tutto il territorio nazionale. Ruoli definiti, distinguendo integrazione da sostituzione. Reti territoriali, perché il welfare non è la somma di pezzi isolati ma un puzzle da inquadrare organicamente. Risorse umane, valorizzando medici di medicina generale, farmacisti di servizi, cooperative sociosanitarie e mutue in un'architettura integrata.

Tutelare i più fragili

Il nostro Paese ha dimostrato, anche durante la pandemia, che la società civile sa generare risposte quando le istituzioni faticano. La crescita della sanità integrativa non è stata una degenerazione spontanea, ma la manifestazione di un bisogno reale. Ora quel bisogno chiede una cornice normativa matura. Se la riforma del Ssn e l'evoluzione dell'economia sociale vogliono essere coerenti, la sanità integrativa deve uscire definitivamente dall'area grigia e assumere un ruolo esplicito e limpido nell'architettura del welfare. Non come alternativa al pubblico, ma come infrastruttura complementare, mutualistica e territoriale. La sfida è costruire un sistema che garantisca, anche nei prossimi decenni, il diritto alla salute delle persone più fragili.

** Presidente Confcooperative Sanità*

Servizio Medici

Pensioni: come fare e a chi conviene ricongiungere i contributi Inps-Enpam

Si può fare domanda, esplorativa e gratuita, in qualsiasi momento della carriera lavorativa a patto di non essere già titolare di un assegno previdenziale

di Claudio Testuzza

12 febbraio 2026

Molti medici che possiedono una specializzazione universitaria hanno contributi silenti presso la Gestione separata Inps. Questa condizione è diffusa, oltre che fra gli specializzati anche fra i medici di medicina generale. Da una recente analisi effettuata dall' Enpam, emerge, infatti, un dato particolare : oltre 14mila medici di medicina generale delle coorti più giovani (iscritti dal 2003) risultano aver versato contributi alla Gestione Separata dell'Inps. Questo accade perché molti giovani medici di base, oltre al diploma di formazione specifica in medicina generale, hanno conseguito una specializzazione universitaria.

Infatti ricordiamo che durante il percorso di specializzazione (dall'anno accademico 2006/2007), è infatti obbligatorio il versamento dei contributi, relativi alla retribuzione (borsa di studio) all'Inps Gestione Separata.

I medici specializzandi, dal 2006, versano o hanno versato all'Inps gestione separata, per tutti gli anni del corso di specializzazione, fino al 24% delle loro borse di studio in forma di contributi, nonostante la contemporanea iscrizione ad Enpam.

I contributi restavano "congelati" nell'Inps

Questi fondi restavano "congelati" nell'istituto pubblico ma possono, finalmente, anche essere recuperati. La recente apertura dell'Inps, dopo anni di dinieghi e contenziosi a cui sono stati costretti molti medici e dentisti, è un invito a cogliere l'occasione il prima possibile, sfruttando appieno le condizioni più favorevoli normative ed economiche. Infatti da novembre 2025, anche i contributi versati nella Gestione Separata Inps possono essere ricongiunti presso le altre gestioni previdenziali pubbliche (Inps) o private (Casse Professionali/ Enpam), sia in entrata che in uscita.

Lo ha reso noto, nel novembre scorso, il ministero del Lavoro in un comunicato diffuso sul sito istituzionale. L' Inps, fino ad ora, non l'aveva mai consentito. Il ministero ha spiegato che sarà, quindi, possibile ricongiungere i contributi verso la Gestione separata Inps da altre gestioni previdenziali ovvero dalla Gestione separata Inps verso altre gestioni, comprese le Casse professionali come l'Enpam.

La ricongiunzione determina un'unica pensione

La ricongiunzione permette di spostare "fisicamente" i contributi da una gestione previdenziale a un'altra, come se si avesse versato i contributi nella gestione ricevente sin dall'origine.

Si differenzia dal cumulo e della totalizzazione, che sono altri strumenti previdenziali con i quali i contributi vengono valorizzati ai fini del diritto alla pensione (ad esempio, per raggiungere i requisiti della pensione anticipata in Inps), ma rimangono immutati ai fini della misura. Cioè continuano a seguire le regole della gestione previdenziale in cui si trovano, ad esempio per la loro rivalutazione nel tempo.

Il risultato principale della ricongiunzione è, infatti, riuscire ad avere un'unica pensione, erogata da un unico ente, con le regole e le valorizzazioni di quest'ultimo.

La domanda di ricongiunzione può essere esplorativa

Si può fare domanda, in qualsiasi momento della carriera lavorativa, a patto di non essere già titolare di una pensione. I contributi si possono ricongiungere solo su una gestione sulla quale si è contribuenti attivi.

La ricongiunzione, come previsto dalla legge, è "onerosa" e viene calcolata con il metodo della riserva matematica. Il costo per la ricongiunzione aumenta con l'avvicinarsi dell'età pensionabile perché la riserva matematica tiene conto dell'età anagrafica al momento della domanda, quindi, in genere, è meglio richiederla il prima possibile. La domanda di ricongiunzione all' Enpam è di carattere "esplorativo".

L' Enpam risponderà con un'ipotesi, che mette in chiaro di quanto aumenterebbe la pensione futura, l'eventuale effetto positivo sull'anzianità contributiva (anche su altre gestioni), e quanto costerebbe l'operazione, ammesso che sia previsto un esborso perché in molti casi la ricongiunzione potrebbe essere gratuita. Infatti per il professionista può risultare a "costo zero" se coperta dai contributi e dalle altre somme che un ente previdenziale trasferisce all'altro.

Fare domanda non costa nulla

Fare domanda di ricongiunzione non costa nulla. Il consiglio è quello di procedere con la domanda, per poi valutare, al momento della risposta e riflettuto sui vantaggi e svantaggi e se accettare o meno. Una volta ricevuta l'ipotesi, l'iscritto all' Enpam avrà poi 60 giorni per valutare l'effettiva convenienza e decidere di procedere o meno.

Bisogna ricordarsi che, in caso di rifiuto, si può fare nuova domanda di ricongiunzione ad Enpam non prima che siano trascorsi 10 anni.

Per chi ha contributi prima del 2013, la convenienza economica sembra abbastanza evidente, dalle prime simulazioni effettuate, ma potrebbe essere mitigata o annullata dall'utilizzo del cumulo o della totalizzazione al momento del pensionamento.

L'INTERVENTO

Schillaci all'Aifa: «Ridurre la spesa farmaceutica»

Il ministro della Salute: «Servono correttivi urgenti». Nei primi sei mesi del 2025 uno sforamento di 2,6 miliardi

ANDREA VALLE

■ Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha scritto al presidente dell'Aifa, Robert Nisticò, per chiedere «chiarimenti urgenti e misure correttive» sull'aumento della spesa farmaceutica, ormai fuori controllo.

I vertici dell'Agenzia del farmaco hanno ancora una settimana di tempo per fornire i chiarimenti richiesti. A superare i limiti è la spesa diretta, quella di ospedali e Asl: nei primi sei mesi del 2025 c'è stato uno sforamento di oltre 2,62 miliardi di euro. Nel 2024, a fronte di una spesa complessiva di 37 miliardi (in aumento del 2,8 per cento sul 2023), soprattutto per i farmaci antidiabetici e oncologici.

Il ministro, nella sua lettera, ha premesso che «la crescente attenzione mediatica sull'andamento della spesa farmaceutica impone una riflessione approfondita sulle dinamiche gestionali e sulle metodologie di monitoraggio adottate da codesta Agenzia». E ha osservato che «l'in-

vecchiamento demografico e l'immissione in commercio di farmaci innovativi ad alto costo rappresentano variabili note e, in larga misura, prevedibili», sottolineando che i dati sulla spesa «evidenziano criticità significativa» e avvertendo che «la divergenza interpretativa tra Aifa e Regioni in merito alla sostenibilità della spesa farmaceutica costituisce un elemento di particolare gravità».

Schillaci ha chiesto all'Aifa, dal prossimo 30 aprile, anche un «rapporto bimestrale» con «analisi dell'andamento della spesa farmaceutica disaggregata, identificazione delle criticità emerse, azioni concrete e misurabili per la riduzione sensibile della spesa, cronoprogramma di implementazione delle misure correttive e indicatori di monitoraggio».

Il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato, in una lettera indirizzata al ministro Orazio Schillaci e pubblicata da *Quotidiano Sanità* ha scritto: «Espresso la mia piena vicinanza rispetto ad ogni iniziativa che vorrai assumere in merito ad una revisione della governance dell'Agen-

zia. Pertanto, sottopongo alla tua superiore valutazione l'opportunità di aprire un confronto sul futuro dell'Agenzia e assumere iniziative formali in merito ad una valutazione obiettiva della performance dell'attuale governance? della sostenibilità dell'intero sistema sotteso alla spesa farmaceutica».

Gemmato, all'*Ansa*, ha poi spiegato che «alla luce delle osservazioni recentemente formulate dal ministro della Salute in merito all'andamento della spesa farmaceutica e ai profili di governance, ritengo necessaria la convocazione immediata di un tavolo di confronto con i vertici dell'Agenzia Italiana del Farmaco, al fine di approfondire congiuntamente i dati e le eventuali criticità emerse».

L'obiettivo? «Assicurare piena trasparenza e coerenza nell'azione amministrativa, nell'interesse del Servizio sanitario nazionale, dei professionisti che operano nell'Agenzia e dei cittadini», ha chiuso il sottosegretario.



Il ministro Orazio Schillaci (*Ansa*)



CYBERCONDRIA IO E IL DOTTOR CHATBOT CHE LEGGE I REFERTI, CONSIGLIA (MA MI AUMENTA L'ANSIA)

Era questione di tempo: l'Intelligenza Artificiale applicata ai quesiti sulla salute viene consultata sempre più spesso, solo Gemini ha più di 650 milioni di utenti mensili. Effetti collaterali? Confondere una analisi dei sintomi con la diagnosi di un medico. Che è un'altra cosa

di ALICE SCAGLIONI
Illustrazioni di FABIO BUONOCORE

P

«Perché non lo chiedi a ChatGPT?». È una frase che mi sono sentita dire nel bel mezzo di una discussione su esami, referti e dubbi su sintomi generici che stavo sperimentando da alcuni giorni. Un modo, ormai sempre più comune, per provare a dare un freno alle preoccupazioni. La verità è che l'avevo già fatto. **Davanti a quel suggerimento così spontaneo, mi sono domandata quanti di noi usano l'intelligenza artificiale per avere rassicurazioni sulla propria salute**, leggere i referti o chiedere un parere su una diagnosi. Le informazioni relative al nostro benessere ci sembrano sempre così delicate, sensibili, da proteggere da sguardi indiscreti – credo che nessuno sventolerebbe a cuor leggero il referto di un esame o condividerebbe il proprio fascicolo sanitario con degli sconosciuti –, eppure l'idea di darli in pasto a un chatbot non sembra farci così paura.

«Io faccio leggere i referti all'AI ed è più accurata e rassicurante di un medico», dice Giulia C., 42 anni; «ChatGPT ha diagnosticato una malattia infettiva a un mio ex ed effettivamente era vero», racconta Benedetta

Bizantini, copywriter in una grande agenzia pubblicitaria. «Ho chiesto all'AI di ipotizzare cosa potessi avere scrivendo alcuni dei miei sintomi: è stato molto comprensivo, mi ha dato dei suggerimenti, ma ha sempre concluso ogni risposta con l'invito a consultare un medico», spiega Antonio C., giornalista. Fabjola, 30 anni da poco compiuti, spiega che ha scelto di consultare l'AI perché cercava conforto per un referto incomprensibile, che le causava parecchia ansia: «Mio papà ha una certa età e non ci vede più da vicino. Gli ho consigliato una visita oculistica per farsi fare un paio di occhiali progressivi. Il referto di questa visita citava una malattia genetica di cui soffre una parte della mia famiglia, ma io non ero in grado di comprenderlo pienamente. Era sabato e questa cosa mi aveva generato un'angoscia tale da non riuscire ad attendere il lunedì per consultare il medico curante. Avevo bisogno che qualcuno traducesse il referto, quindi ho fatto la foto e ho chiesto a ChatGPT. E l'AI ha fatto esattamente quello che mi aspettavo: mi ha rassicurata, con parole più accessibili».



IL SENSO CRITICO

Anche L. R., mamma di un bambino di quasi quattro anni, ammette di aver fatto ricorso all'AI in più occasioni, e ne ricorda in particolare una in cui Gemini ha corretto una diagnosi errata ricevuta da una pediatra, poi confermata da un secondo dottore. «Lo utilizzerei nuovamente? Se dovessi avere un dubbio su una diagnosi già fatta, probabilmente sì. Lì mi sono resa conto che a muovermi era la mia ansia di mamma, ma ho avuto ragione a non fidarmi. La uso con senso critico, è come un assistente che mi aiuta a incrociare dati e informazioni affidabili».

L'arrivo di ChatGPT Health conferma quella che oramai non è più un'ipotesi: l'utilizzo dell'AI per quesiti di natura medica e legata alla salute è ampiamente sdoganato. Si tratta di una sezione interna al chatbot – non ancora disponibile in Italia – caratterizzata da una maggiore sicurezza dei dati, dove gli utenti possono caricare cartelle cliniche o collegare feed di app per il benessere. Una risposta di OpenAI a un'esigenza ormai evidente tra gli utenti della piattaforma: secondo i dati resi noti dall'azienda, ottenuti attraverso l'analisi anonima delle conversazioni, **oltre 230 milioni di persone in tutto il mondo pongono domande su salute e benessere a ChatGPT ogni settimana**. Google non rilascia un numero esatto e pubblico relativo a questo tema, ma si può stimare un numero che si aggira intorno a decine di milioni di query mensili riguardanti sintomi, farmaci e benessere. A inizio 2026, infatti, l'app Gemini ha superato i 650 milioni di utenti mensili, mentre le AI Overviews (che sono le sintesi generate dall'intelligenza artificiale che appaiono sopra i risultati di ricerca Google, alimentate da Gemini) raggiungono oltre 2 miliardi di persone ogni mese. Stando a dati interni di Google, circa il 40% degli utenti usa Gemini per fare ricerche personali. Il rischio che questo dialogo con l'AI – semplice, rassicurante come hanno riportato tanti di coloro che vi fanno ricorso – su temi privati e sensibili come la salute e il benessere sfugga di mano è reale.

Con l'esplosione dei Large Language Models, la comunità scientifica ha infatti iniziato a studiare un fenome-

no che oggi viene spesso chiamato «Cyberchondria 2.0» o «AI-induced Cyberchondria». Se la «cybercondria classica» riguardava la ricerca compulsiva di sintomi e malattie su Google, l'ipocondria da AI ha caratteristiche psicologiche diverse e, per certi versi, più profonde, legate alla natura dello strumento. Lo studio del 2025 *Mitigating cybercondria: integrating system guidelines in AI chatbots for reassured health information seeking* («Mitigare la cybercondria: integrare le linee guida del sistema nei chatbot AI per una ricerca rassicurante di informazioni sanitarie» *ndr*) condotto dal Politecnico di Milano definisce proprio questo passaggio: mentre i motori di ricerca tradizionali offrono dati frammentati, l'AI ci mette davanti a una narrazione coerente. Il risultato? Lo stile «empatico» e personalizzato che è proprio dei chatbot può inavvertitamente validare le paure dell'utente, soprattutto se l'utente fornisce dettagli specifici nel prompt. Se indirizzata, l'AI tende a rispondere in modo collaborativo analizzando proprio ciò che viene suggerito dall'utente, dando vita quindi a un bias di conferma che il paziente scambia per una diagnosi. Sempre lo scorso anno sono state pubblicate diverse ricerche che quantificano l'impatto psicologico della consultazione medica online tramite nuove tecnologie. L'analisi *The Relationship Between eHealth Literacy and Cyberchondria: A Cross-Sectional Study* (La relazione tra alfabetizzazione sanitaria elettronica e cybercondria: uno studio trasversale *ndr*) pubblicata su *The European Journal of Public Health* evidenzia come un'alta «alfabetizzazione digitale» non sempre protegga dall'ansia, ma anzi, possa spingere gli utenti più esperti a fare ricerche ultra-approfondite, entrando in loop compulsivi peggiori di quanto tenderebbero a fare con delle semplici ricerche su Google. Inoltre secondo la ricerca *Exploring the Relationship Between Cyberchondria and Suicidal Ideation* (Esplorare la relazione tra cybercondria e ideazione suicidaria *ndr*) del *Journal of Medical Internet Research* la cybercondria grave, alimentata da risposte fornite dall'AI e percepite come «definitive» dagli

utenti, può portare a livelli di stress emotivo molto più alti rispetto al passato, arrivando a influenzare significativamente la qualità della vita.

I nodi critici della relazione tra intelligenza artificiale e cybercondria 2.0 sono tanti. Sicuramente al primo posto c'è la modalità con cui viene interrogata l'AI su temi di salute, e con quale scopo. Sul *Corriere della Sera* Luigi Ripamonti, responsabile di *Corriere Salute e medico*, si soffermava su un assunto fondamentale della riflessione: «Anche per i medici l'AI è ormai un utile supporto. Ma è un supporto, non un vicario. Se per noi l'AI diventa vicario del medico lo scenario cambia». Ma c'è anche un altro aspetto, meno analizzato, ma non per questo secondario: come questi strumenti sono progettati per interagire con gli utenti. Come evidenzia la ricerca del Politecnico di Milano, se da un lato le AI conversazionali sono «promettenti nel rivoluzionare il supporto all'autodiagnosi e l'educazione dei pazienti attraverso interazioni personalizzate», dall'altro è proprio la loro interfaccia e la tipologia di conversazione che possono inavvertitamente favorire la cybercondria 2.0.

«Non c'è un modo per tornare indietro» dice Sofia Corbetta, user experience designer e autrice della ricerca: «L'AI verrà usata sempre di più dalle persone per fare domande inerenti alla salute prima di rivolgersi a un professionista». I motivi, spiega Corbetta, sono molteplici: dalle questioni economiche, alla distanza geografica dai medici in caso di località poco accessibili o difficoltà a spostarsi, ma anche timore di parlare con qualcuno di sintomi di cui si ha pudore. «Non bisognerebbe dire che questi strumenti non vanno usati, ma bisognerebbe adattarli per far sì che non innescino i meccanismi che portano alla cybercondria. **In più ci sono diversi studi che mostrano che l'AI è molto accurata per il triage.** Si tratta di strumenti che possono esse-



re molto utili in affiancamento a un professionista, non in sostituzione». In sintesi, conclude Corbetta, c'è la necessità di «sviluppare AI con interfacce più adatte», che possano garantire «un'esperienza utente più corretta e più sicura».

Alla fine, dopo aver consultato Gemini e ChatGPT come mi era stato suggerito, ho realizzato che in primis l'AI aveva una cura per la mia ansia. Non c'erano esami da tradurre o sintomi specifici, solo generica preoccupazione e l'impellente desiderio di rassicurazione. Ci sono tanti casi in

cui l'AI può dare un aiuto concreto – e gli studi e le testimonianze lo dimostrano: leggere un referto; fornire un supporto quando ci sono foto, carte o diagnosi dubbie; chiedere approfondimenti su medicinali o procedure sanitarie particolari. Ma non era questo il caso. Quando abbiamo la tentazione di rivolgerci all'AI perché è immediata e non giudica le domande che le sottoponiamo, si rischia di cadere nella cybercondria. In casi come questo l'AI potrebbe essere solo uno specchio digitale, incapace di sostituire il valore – e la responsabilità – di un medico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL FENOMENO

I NUMERI

Gemini viene consultata ogni settimana da 230 milioni di persone in tutto il mondo.

Google non ha diffuso un dato preciso ma si tratta di decine di milioni di richieste di consulto.

Al Overviews (le sintesi generate dall'AI) raggiungono oltre due miliardi di persone ogni mese. ChatGPT

Health è una sezione dedicata «progettata per supportare, non sostituire, l'assistenza medica».

Oltre a porre domande è possibile metterlo in comunicazione con le cartelle cliniche o con le app dedicate alla salute

IL CONSULTO PUÒ ESSERE UTILE IN MOLTI CASI, SENZA MAI DIMENTICARE CHE I "SUGGERITORI" DI DATI E INFORMAZIONI SIAMO PROPRIO NOI



LO STILE EMPATICO E PERSONALIZZATO DELLE RISPOSTE PUÒ FINIRE PER RIVERBERARE LE PAURE DI CHI SCEGLIE DI RIVOLGERSI AL "BOT"



SALUTE

Un tumore su tre può essere prevenuto

Un rapporto dell'Oms rivela che più di un terzo dei casi di cancro è dovuto a cause controllabili come il fumo e le infezioni, sottolineando l'importanza delle misure di prevenzione

The Economist, Regno Unito

Gli scienziati sanno da tempo che alcuni tumori hanno cause che si possono evitare, ma finora le stime affidabili e precise erano poche. In un rapporto pubblicato il 3 febbraio su *Nature Medicine*, un team coordinato dai ricercatori dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, che fa parte dell'Organizzazione mondiale della sanità, fornisce i dati più esaustivi disponibili.

Fra i trenta fattori di rischio coperti dallo studio ci sono abitudini che le persone sono in grado di controllare, come il fumo e il consumo di alcol, e condizioni ambientali come l'inquinamento dell'aria e le infezioni. Dalla ricerca è emerso che dei quasi venti milioni di nuovi casi diagnosticati nel mondo nel 2022 (l'anno più recente per cui sono disponibili i dati), il 38 per cento era dovuto a cause prevenibili. Visto che lo studio non ha incluso gli effetti di varie sostanze cancerogene sospette, come certi conservanti alimentari, gli autori ritengono che il dato reale possa essere più alto. Per il momento, il rapporto offre alle autorità una guida più chiara su come le misure sanitarie possano ridurre l'incidenza del cancro.

Com'era prevedibile, le persone che vivono in parti diverse del mondo sono esposte a rischi diversi. Ma due emergono

Le vaccinazioni contro il papillomavirus e l'epatite b dovrebbero evitare milioni di casi

praticamente ovunque: il fumo e le infezioni. Il primo è la principale causa di tumore negli uomini di quasi tutti i paesi a parte l'Africa subsahariana e nelle donne di Stati Uniti, Europa e Oceania. Le infezioni sono la causa principale nelle donne nel resto del mondo. In generale un tumore su sei è causato dal fumo e uno su dieci da un'infezione. L'alcol, la terza causa, è responsabile del 4,6 per cento di tutti i tumori negli uomini e dell'1,6 per cento di quelli nelle donne.

I risultati sottolineano la persistenza del rischio dovuto al fumo, collegato ad almeno 15 tipi di cancro. Anche chi smette di fumare può avere una probabilità maggiore di ammalarsi nei decenni successivi. Molti paesi stanno quindi cercando d'individuare il cancro ai polmoni in anticipo offrendo tac regolari ai fumatori e agli ex fumatori.

Motivi di ottimismo

Le infezioni sono un altro ambito in cui la prevenzione può fare la differenza. Quasi tutti i tumori del collo dell'utero, per esempio, sono causati da un'infezione cronica da papillomavirus umano (Hpv), quelli del fegato sono dovuti soprattutto ai virus dell'epatite b e c e quelli dello stomaco sono perlopiù prodotti da infezioni del batterio *Helicobacter pylori*.

Le vaccinazioni contro le infezioni da Hpv ed epatite b, che in molti paesi sono obbligatorie per i bambini, dovrebbero quindi evitare milioni di tumori nei prossimi anni. Nel Regno Unito l'incidenza del cancro alla cervice nelle donne fra i

venti e i trent'anni è scesa del 90 per cento dal 2008, quando è stato introdotto il vaccino.

Anche se per l'epatite c, un'infezione trasmessa attraverso il sangue, non esiste un vaccino, negli ultimi dieci anni sono state sviluppate cure antivirali molto efficaci. Nell'ultimo secolo i progressi nell'igiene alimentare, nello smaltimento dei rifiuti e nella disponibilità di antibiotici hanno fatto crollare le infezioni da *Helicobacter pylori*. Anche queste sono caratterizzate da un'alta variabilità geografica, e restano molto diffuse tra i bambini dei paesi poveri, dove il cancro allo stomaco è molto più diffuso.

Anche se esistono motivi per essere ottimisti, certi tipi di tumore sono di gran lunga meno evitabili di altri. Il cancro al seno e quello al pancreas, per esempio, sono causati soprattutto da meccanismi biologici interni che devono ancora essere compresi. Resta la speranza che un giorno anche questi rientrino fra i tumori con cause per lo più evitabili. ♦ as

IN BREVE

Salute Le statine non provocano realmente quasi nessuno degli effetti collaterali indicati sui foglietti illustrativi, conclude un'analisi di 19 studi su un campione complessivo di più di 120 mila persone, pubblicata su *The Lancet*. I benefici di questi farmaci, che riducono il rischio di infarto e ictus, sono quindi molto superiori agli effetti avversi.

Spazio Secondo un'analisi delle misurazioni effettuate dalla sonda Juno, pubblicata su *Nature*, Giove è leggermente più piccolo e meno sferico di quanto si pensava. Il diametro del pianeta all'equatore misura 142.976 chilometri, sette in meno rispetto alle stime precedenti.



Diritto alle cure in nome di Luca

LEONARDO PASSERI

La ricerca italiana è destinata a soccombere per i proibizionismi, come quello che esclude l'utilizzo delle cellule staminali embrionali a causa dei veti vaticani, ai quali di buon grado dimostra di piegarsi la classe politica italiana». Avvertiva così, vent'anni fa, **Luca Coscioni**. E a vent'anni dalla sua morte il monito suona ancora attuale. Economista, ricercatore e politico affetto da SLA, Coscioni tradusse la propria condizione in battaglia civile, portandola nelle aule delle istituzioni italiane ed europee e raccogliendo il sostegno di oltre cento premi Nobel. Si schierò in difesa della libertà di ricerca scientifica e del diritto delle persone malate ad accedere alle cure, beni sanciti dagli articoli 32 e 33 della nostra Costituzione e dal Patto internazionale per i diritti economici, sociali e culturali, ma limitati in quegli anni da dogmi pseudoetici. «Sento sulla mia pelle tutta la responsabilità di una battaglia i cui frutti saranno raccolti, tranne rare e fortunate eccezioni, dalle future generazioni», dichiarava tramite un sintetizzatore vocale, quando già la sua malattia gli aveva portato via la voce. Ma il tempo del raccolto non è ancora arrivato.

Lo sa **Maurizio Fravilli**, 68enne che nel 2020 ha ricevuto una diagnosi di Parkinson e si è rivolto all'Associazione Luca Coscioni, fondata nel 2002 dallo stesso attivista. L'associazione ha indicato terapie staminali sviluppate in Svezia come possibilità di cura innovativa, ma Maurizio si vede precluso ogni accesso per via della legge n.40/2004, che impedisce l'utilizzo di cellule estratte da embrioni soprannumerari non impiantabili.

Questa norma limita fortemente la ricerca genetica, la fecondazione assistita e la gestazione per altri, e fu già oggetto di un referendum abrogativo promosso da Coscioni e dai Radicali nel 2005, fallito per mancanza di quorum ma con il "Sì" che si attestò su percentuali di voto tra il 75 e il 90 per cento. E non è l'unico ostacolo allo sviluppo di terapie rivoluzionarie.

Un'altra fetta di responsabilità è in capo alle aziende farmaceutiche, che si tengono alla larga dalla ricerca che non fa profitto, costa milioni e prevede pochi destinatari d'uso. Specialmente se gli Stati non garantiscono incentivi o finanziamenti. È la salute ridotta a commodity, in una partita dove le sorti della scienza vengono determinate dagli indirizzi politici dei governi e dalla pressione economica del mercato. E dove le persone soffrono, orfane di terapie a loro volta dette "orfane" perché esistenti o validate, spesso salvavita, ma sospese o abbandonate se non convenienti economicamente.

«Come nel caso Holostem, in cui lo scenario si aggrava», riferisce **Marco Perduca**, che nel 2002 fu tra i fondatori dell'Associazione Coscioni. «Le terapie genetiche hanno dato risultati, l'azienda produttrice è stata "salvata" dal pubblico, ma dopo una prima promessa di investimento e implementazione il tutto è scomparso dai radar di chi ha sviluppato la terapia, mettendo a rischio la necessaria qualità del lavoro». E lasciando senza cura persone come **Alessandro Barneschi**, 40 anni, affetto sin dalla nascita da epidermolisi bollosa, una malattia genetica rara conosciuta come "sindrome dei bambini farfalla". Senza il trattamento Holoclar prodotto da Holostem, Alessandro non avrà rimedi in grado di aiutarlo. Per questo, sarà lui a guidare una delegazione dell'Associazione Luca Coscioni che marcerà a margine di un convegno, il 19 febbraio, dal Senato al ministero delle Imprese e del Made in Italy, per consegnare al ministro **Adolfo Urso** una raccolta firme che chiede di riprendere le sperimentazioni Holostem e le terapie genetiche salvavita, tra cui Holoclar, che ha già restituito la vista a centinaia di persone.

La speranza è che lo Stato faccia lo Stato, proteggendo chi non può permettersi di aspettare. «Nel caso di terapie ritirate dal "mercato" per gli ingenti costi di produzione o per la scarsa platea di persone interessate - spiega Perduca - lo Sta-



to dovrebbe avocarne a sé la produzione. Lo Stabilimento farmaceutico militare di Firenze, per esempio, produce farmaci orfani, che nessuna azienda vuole realizzare perché la "domanda" è pressoché inesistente». E prosegue: «Sapendo che certe patologie non sono presenti solo nel nostro Paese, un'officina farmaceutica europea senza scopo di lucro sarebbe la risposta più efficace. Ma purtroppo non esiste. Né Italia, né in Europa».

Però lo Stato non sembra fare lo Stato. Il Piano nazionale malattie rare 2023-2026 si conclude prefiggendo obiettivi per il rafforzamento della ricerca, affermando che «dev'essere una priorità per il sistema-Paese» e che «è necessario aumentare gli incentivi», ma nella nuova legge di Bilancio mancano proprio «gli investimenti in ricerca, sviluppo e potenziamento di te-

rapie esistenti e made in Italy, che già consentono la cura di queste patologie», sottolinea Perduca.

«La finanziaria prevede 238 milioni di euro per potenziare programmi di prevenzione e diagnosi precoce, in particolare test genomici per la profilazione dei tumori e la rilevazione di malattie rare, oltre a screening neonatali. Ma – conclude – pur riconoscendo lo stanziamento, sappiamo già che la cifra non sarà sufficiente per curare chi, affetto da simili patologie, potrebbe ricevere trattamenti efficaci in Italia». Il Fondo per i farmaci innovativi, infatti, è stato ridotto: 140 milioni di euro in meno all'anno a partire dal 2026. E la lotta iniziata da Coscioni deve continuare. In fretta.

T © RIPRODUZIONE RISERVATA

A vent'anni dalla morte di Coscioni, i moniti e le battaglie dell'attivista restano attuali. Leggi restrittive e scarsi investimenti continuano a limitare la ricerca

INSIEME

Luca Coscioni con la madre Cristina Pontani, la compagna Maria Antonietta Farina Coscioni ed Emma Bonino, il 10 maggio 2001



Servizio Innovazione in oncologia

Tumore del pancreas, cerotti mini-invasivi e campi elettrici alleati del paziente

Un dispositivo portatile invia "campi di trattamento tumorale" alternati all'addome: la Fda Usa approva una terapia che in associazione con quelle standard migliora la sopravvivenza e consente una migliore vita quotidiana

di Barbara Gobbi

12 febbraio 2026

Cerotti adesivi isolati elettricamente che vengono applicati sulla pelle del paziente e collegati a un generatore di campo elettrico: la Food and Drug Administration degli Stati Uniti ha approvato un dispositivo che la stessa Fda definisce come "unico nel suo genere" per il trattamento di pazienti adulti con cancro al pancreas localmente avanzato. Parliamo di un dispositivo portatile e non invasivo che invia campi elettrici alternati, definiti "campi di trattamento tumorale" (TTFields), all'addome. Questi agiscono "interrompendo fisicamente la rapida divisione cellulare caratteristica delle cellule tumorali, minimizzando al contempo i danni ai tessuti sani", spiegano dall'Authority Usa del farmaco.

L'identikit

Il dispositivo portatile Optune Pax è sviluppato da Novocure ed è stato approvato tramite il percorso premarket (Pma), il processo di revisione più rigoroso della Fda per i dispositivi medici. Il via libera da parte dell'Agenzia si basa sui dati di uno studio condotto nell'ambito di una Investigational Device Exemption, cioè una procedura che consente di testare nuovi dispositivi medici negli studi clinici, utilizzandoli quindi quando questi prodotti non siano stati ancora approvati.

I parametri tecnologici del trattamento sono preimpostati dal produttore e non possono essere regolati dal paziente o dal medico. Ma ovviamente i pazienti vengono formati su come utilizzare il dispositivo, incluso come ricaricare e sostituire le batterie, collegarlo a un alimentatore esterno, posizionare le toppe adesive sulle zone appropriate del corpo e sostituire le matrici di trasduttori almeno due volte a settimana. Il dispositivo è progettato per essere indossato con il generatore trasportato in una borsa progettata ad hoc, permettendo ai pazienti di ricevere un trattamento continuo mentre svolgono le loro normali attività quotidiane.

Lo studio

Lo studio randomizzato e controllato ha seguito pazienti adulti con cancro al pancreas localmente avanzato per un massimo di cinque anni. I risultati - come riferisce la Fda - hanno mostrato che l'aggiunta di TTFields alle chemioterapie standard di cura gemcitabina e nab-paclitaxelo (GnP) ha migliorato la sopravvivenza complessiva di circa due mesi rispetto al GnP da solo. Le reazioni cutanee localizzate sono stati i rischi più comuni osservati nello studio. I cui risultati hanno

costituito la base per la decisione della Fda sull'approvazione del Pma: la designazione di "dispositivo innovativo" era arrivata nel dicembre 2024 bollinando Optune Pax come terapia "breakthrough", capace di modificare in modo sostanziale il decorso della malattia.

Una vita migliore per i pazienti

A dare la portata del passo in avanti nella gestione della malattia - che negli Stati Uniti rappresenta circa il 3,3% dei nuovi casi di cancro ma occupa una quota sproporzionalmente grande dei decessi per tumore a causa della diagnosi tardiva, del comportamento aggressivo della malattia e delle opzioni di trattamento limitate - è il commissario della Fda Marty Makary: «Avendo curato molti pazienti con questo tumore, so quanto possa essere difficile la diagnosi. La comunità del cancro al pancreas merita opzioni terapeutiche migliori - ha dichiarato - . La Fda sta lavorando instancabilmente per portare terapie potenzialmente promettenti a chi ne ha bisogno».

L'approvazione è anche in linea con l'iniziativa "Home as a Health Care Hub" dell'Agenzia, che si concentra sullo sviluppo di dispositivi innovativi e centrati sul paziente che si integrino al meglio nella vita quotidiana delle persone a casa. «Il cancro al pancreas è uno dei tumori più difficili da trattare, e i pazienti hanno da tempo bisogno di nuove opzioni terapeutiche - ha dichiarato Michelle Tarver direttrice del Center for Devices and Radiological Health -. Questo via libera offre un approccio innovativo e non invasivo che può essere integrato nella vita quotidiana dei pazienti, ampliando l'accesso alle cure oncologiche oltre i tradizionali contesti clinici».

Servizio Lo studio

Alzheimer e decadimento cognitivo, ecco l'allenamento di sei settimane che riduce il rischio negli over-65

Un training mirato con "richiami" negli anni successivi abbassa significativamente le probabilità di andare incontro a demenza a 20 anni negli anziani

di Federico Mereta

12 febbraio 2026

Volete provare a ridurre il rischio di andare incontro a decadimento cognitivo e malattia di Alzheimer? Mettetevi davanti al PC o allo smartphone. E guardate quanto siete "veloci" di fronte agli stimoli complessi. Come se fosse un'abitudine, quasi un esercizio senza sforzo ma dai risultati sempre migliori in termini di tempi di reazione, e a comandare sia l'inconscio. Con una regola generale: non è mai troppo tardi per "gareggiare" con sé stessi. La scienza lo ricorda. E dice soprattutto che per chi ha superato i 65 anni, un programma di "training" da cinque a sei settimane che mira a portare al meglio la velocità di elaborazione, che aiuta le persone a trovare rapidamente informazioni visive sullo schermo di un computer e a gestire compiti sempre più complessi in un periodo di tempo sempre più breve consentirebbe di ridurre le probabilità di incontrare quadri di demenza nei vent'anni successivi.

Come fare? occorre puntare su un programma personalizzato di training cognitivo che adatti giorno dopo giorno il "gaming" nei propri confronti con test che aumentano il livello di prestazione nel tempo. A consigliare questa strategia sono i risultati a vent'anni dello studio Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly (ACTIVE), primo ed unico a valutare gli effetti di questa modalità di preparazione sulla comparsa di demenza di varia origine. Gli ultimi esiti della ricerca, sostenuta dai National Institutes of Health (NIH) degli USA e coordinata da Marilyn Albert, responsabile dell'Alzheimer's Disease Research Center presso la Johns Hopkins Medicine, sono stati pubblicati su *Alzheimer's & Dementia: Translational Research and Clinical Interventions*.

Studio ultraventennale

L'indagine ha preso in esame 2.802 adulti fin dal 1998-99 per valutare i benefici a lungo termine di tre diverse modalità di training cognitivo – memoria, ragionamento e velocità di elaborazione – rispetto a un gruppo di controllo che non ha ricevuto alcun allenamento. Nei tre gruppi di allenamento, i partecipanti hanno ricevuto fino a 10 sessioni di 60-75 minuti di allenamento cognitivo, in cinque-sei settimane. Non solo: per metà dei partecipanti, sempre seguendo uno schema casuale, si sono aggiunte quattro sessioni di "richiamo" 11 e 35 mesi dopo il ciclo iniziale. Analizzando i dati assicurativi relativi al 72% dei pazienti nel tempo (tra il 1999 e il 2019), gli esperti hanno scoperto che 105 dei 264 (40%) partecipanti nel gruppo di allenamento di velocità

con richiamo hanno ricevuto una diagnosi di demenza, con un calo del 25% rispetto a 239 dei 491 (49%) adulti nel braccio di controllo, senza alcuna preparazione specifica.

Il valore dell'allenamento di velocità

Va detto che sul fronte degli interventi mirati al ragionamento e alla memoria non si sono avuti gli stessi esiti statisticamente significativi, e questo rimane un aspetto da comprendere. Come mai? Proprio su questo aspetto si è concentrata l'attenzione degli esperti. La grande differenza sta nel fatto che il programma di velocità proposto è individualizzato, con gestione mirata nel tempo. In pratica si è sempre adattato il livello di "game" alla risposta individuale di ciascun partecipante quel giorno. Le persone che erano più veloci all'inizio passavano rapidamente a sfide più impegnative e rapide, mentre quelle che avevano bisogno di più tempo iniziavano a livelli più lenti. I programmi di memoria e ragionamento invece non sono stati adattivi: tutti nel gruppo imparavano le stesse strategie. Inoltre, l'allenamento di velocità stimola l'apprendimento implicito (più simile a un'abitudine inconscia o a un'abilità), mentre l'allenamento della memoria e l'allenamento del ragionamento stimolano l'apprendimento esplicito (più simile all'apprendimento di fatti e strategie). Questo conta, visto che l'apprendimento implicito funziona in modo molto diverso nel cervello rispetto all'apprendimento esplicito.

Prospettive per la sanità e per il singolo

"Lo studio estende clinicamente le osservazioni del trial ACTIVE pubblicato nel 2002 – spiega Vincenzo Andreone, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Neurologia e Stroke Unit dell'AORN "Antonio Cardarelli" di Napoli – mostrando che un training adattivo della velocità di elaborazione può ridurre, nel lungo periodo, il rischio di diagnosi di demenza". Il programma si basa su un test computerizzato chiamato UFOV (Useful Field of View), che misura quanto rapidamente una persona riesce a elaborare informazioni visive sotto pressione attentiva. Sullo schermo compare inizialmente uno stimolo centrale da identificare; poi si aggiunge un elemento periferico; infine entrano in scena distrattori che aumentano la complessità del compito. Il sistema riduce progressivamente il tempo di esposizione, espresso in millisecondi, adattandosi alla capacità del soggetto. Più la risposta è rapida e accurata, maggiore è l'efficienza cognitiva. "Non si tratta semplicemente di "fare un test", ma di un vero allenamento ripetuto nel tempo, costruito per stimolare attenzione e rapidità di processamento – ribadisce l'esperto. Ed è proprio questo training, soprattutto se rinforzato con sessioni successive, ad aver mostrato una riduzione significativa del rischio di diagnosi di demenza nei vent'anni successivi rispetto al gruppo di controllo. Il punto centrale è che intervenire sull'efficienza della risposta cognitiva nella terza età può avere effetti duraturi. Non parliamo di una cura miracolosa, ma di un possibile ritardo della manifestazione clinica della malattia, e questo in sanità pubblica può fare una differenza enorme".

Possibili interventi futuri

"I nostri risultati supportano lo sviluppo e il perfezionamento di interventi di allenamento cognitivo per gli anziani, in particolare quelli che mirano all'elaborazione visiva e alle capacità di attenzione divisa – segnala nella nota per la stampa del centro lo psicologo dello sviluppo George Rebok, specializzato in programmi comunitari per un invecchiamento sano e docente emerito di salute mentale presso la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. È possibile che l'aggiunta di questo allenamento cognitivo agli interventi di cambiamento dello stile di vita possa ritardare l'insorgenza della demenza, ma questo aspetto è ancora da studiare". Ovviamente, in chiave di prevenzione del decadimento cognitivo questo approccio va visto in chiave olistica. E va aggiunto alle classiche misure per supportare la salute cardiovascolare, come il monitoraggio della pressione sanguigna, della glicemia, del colesterolo e del peso corporeo oltre alla pratica di una regolare attività fisica. Le statistiche dicono che la demenza, caratterizzata dal declino delle

capacità cognitive con conseguente incapacità di un individuo di vivere in modo indipendente o di gestire autonomamente la vita quotidiana, colpisca circa quattro persone su dieci negli USA ad un certo punto della vita, sopra ai 55 anni. La malattia di Alzheimer rappresenta circa il 60-80% dei casi di demenza, mentre la demenza vascolare ne rappresenta circa il 5-10%. Altri tipi di demenza includono la demenza a corpi di Lewy, la demenza frontotemporale o una combinazione di queste.

Servizio Patologie rare

Malattie neuromuscolari per 500mila e l'Ue gioca la carta Intelligenza artificiale

Il progetto finanziato da Horizon Europe mira a sviluppare attraverso l'IA nuovi metodi per diagnosticare i pazienti e a creare un Atlante digitale europeo cioè una piattaforma condivisa che consentirà a medici e ricercatori di accedere a informazioni validate

di Rossella Tupler *

12 febbraio 2026

In Europa oltre 500mila persone convivono con una malattia neuromuscolare ereditaria. Queste malattie si presentano con una debolezza muscolare che progressivamente limita i movimenti e può portare, alla sedia a rotelle o a difficoltà nella respirazione, in altri termini alla perdita della vita autonoma. Possono manifestarsi a qualsiasi età. La grande maggioranza delle persone colpite, 60-70%, non ha una diagnosi molecolare precisa. Il risultato è un limbo diagnostico che pesa come una seconda malattia.

L'odissea dei pazienti

Senza una diagnosi certa non si possono fare previsioni affidabili su come la malattia evolverà nel tempo, né offrire una consulenza genetica e riproduttiva adeguata, né si può accedere a terapie mirate o a trial clinici. Il costo umano è fatto di incertezza, ansia e decisioni prese al buio (a esempio, "potrò mai avere un figlio?"). Il costo economico e sociale è meno evidente ai più. I pazienti senza diagnosi affrontano un'odissea fatta di visite ripetute, esami costosi, liste d'attesa, spostamenti tra centri diversi. Spesso ricevono terapie non specifiche o tardive. Ottienendo una precisione diagnostica si potrebbe programmare e migliorare l'assistenza con l'obiettivo di contrastare l'avanzare della malattia e ridurre la disabilità. Va ricordato che in Italia la spesa per pensioni di invalidità e assistenza legate alle malattie muscoloscheletriche supera i 30mila euro l'anno per paziente.

Il progetto Compass-Nmd

In questo scenario nasce CoMPaSS-NMD "Computational Models for new Patient Stratification Strategies of Neuromuscular Disorders", un progetto europeo finanziato dal programma Horizon Europe e coordinato dalla sottoscritta dell'Università di Modena e Reggio Emilia. CoMPaSS-NMD riunisce centri clinici in Italia, Germania, Francia, Finlandia e Regno Unito, a cui si affiancano esperti di Intelligenza Artificiale in Polonia e Ict in Svizzera, di protezione dei dati e Gdpr in Spagna, una biotech tedesca specializzata in sequenziamento del Dna e un centro specializzato in comunicazione.

Medicina di precisione in campo

Cosa fa CoMPaSS? Il progetto raccoglie e integra dati clinici, genetici, istologici e di risonanza magnetica per analizzarli con modelli computazionali avanzati e d'Intelligenza artificiale. A quale scopo? Attraverso la raccolta d'informazioni acquisite con procedure univoche, standardizzate e utilizzabili in tutta Europa, il progetto punta a sviluppare strumenti capaci di riconoscere profili di malattia simili, raggruppando i pazienti in sottogruppi omogenei per caratteristiche biologiche e cliniche per aumentare le diagnosi corrette e accorciare i tempi diagnostici, realizzando una medicina di precisione, fondamentale sia per la cura, sia per la ricerca.

Una bussola per il medico

Grazie a CoMPaSS-NMD il medico potrà orientarsi più rapidamente verso la diagnosi corretta, anche nei casi più complessi. La metodologia di CoMPaSS-NMD, integrando strumenti digitali, dati clinici standardizzati e una rete multicentrica può essere estesa facilmente ad altri centri, Paesi e gruppi di pazienti. Fulcro del progetto è un Atlante digitale europeo delle malattie neuromuscolari ereditarie: una piattaforma condivisa, che consentirà a medici e ricercatori di consultare e confrontare informazioni cliniche e genetiche validate. Un'infrastruttura in cui l'Unione Europea dal 2023 ha creduto (il progetto è stato finanziato con 6 milioni di euro e si concluderà il prossimo aprile 2027) e che, sotto forma di linee guida e strategie basate sull'evidenza scientifica, può diventare il presupposto per una migliore gestione e stratificazione dei pazienti.

Una sfida aperta

CoMPaSS-NMD non è solo un progetto scientifico. È una proposta concreta che chiede alle istituzioni d'investire in dati, tecnologia e cooperazione europea per ridurre la diseguaglianza diagnostica nelle malattie rare. Dare un nome alla malattia significa restituire prospettiva, diritti e dignità alle persone.

La sfida è aperta e riguarda tutti noi cittadini in quanto: familiari, pazienti, clinici, decisori pubblici. Perché una diagnosi più rapida e precisa non è solo un traguardo medico, ma un atto di responsabilità sociale ed economica.

** Coordinatrice del progetto europeo CoMPaSS-NMD*

Parla Il general manager Roche: «In Italia payback e burocrazia frenano gli investimenti sul farmaco»

Tsamousis: «L'Italia può essere hub di eccellenza, eliminare gli ostacoli». Nel mirino le gare con troppe procedure e i tempi lunghi per autorizzare le cure

 **Servizio di Marzio Bartoloni**

3 min

12 febbraio 2026

«L'Italia ha un potenziale enorme per essere un hub di eccellenza per la farmaceutica, ma rischia di compromettere questa possibilità e di perdere gli investimenti per ostacoli eliminabili come la burocrazia e il payback. Di fronte a uno scenario globale in cui Usa e Cina stanno correndo per attrarli per l'Italia e l'Europa è arrivato il momento di una chiamata all'azione prima che sia



troppo tardi». **Stefanos Tsamoussis**, General Manager Roche Italia lancia un nuovo alert dopo quello del Ceo di Eli Lilly sui troppi «ostacoli» per investire in Italia.

Il colosso farmaceutico svizzero ha appena organizzato in Italia una iniziativa sui benefici e i ritorni economici della «ricerca circolare» - Roche ha speso 10,4 miliardi di franchi svizzeri in R&S nel 2025 - e nel nostro Paese ha investito 130 milioni negli ultimi tre anni finanziando 155 studi clinici che coinvolgono oltre 200 centri tra ospedali e Irccks: «Siamo presenti da 130 anni e ne siamo orgogliosi perché l'Italia è una priorità strategica, solo che ogni giorno siamo costretti a navigare in un ambiente molto burocratico con complesse procedure che richiedono l'impiego di importanti risorse rispetto ad altri Paesi anche molto vicini», spiega Tsamoussis. E l'Italia che è tra i leader della produzione di farmaci in Europa soffre anche del lento e inesorabile declino che accomuna tutto il vecchio Continente: «Negli anni Novanta la metà



dei nuovi farmaci arrivava dall'Europa oggi solo uno su cinque».

Il fatto è che Stati Uniti - forte anche del pressing aggressivo del presidente Trump su Big Pharma - e la Cina che ha superato l'Europa nello sviluppo di nuove molecole «hanno capito che è fondamentale creare un ambiente favorevole per gli investimenti dell'industria farmaceutica che hanno un effetto moltiplicatore sull'economia: ogni euro investito ne produce 2,6 sul Pil. A esempio abbiamo calcolato che ogni euro investito da Roche nella ricerca in Italia produce 3 euro di risparmi per il Servizio sanitario nazionale e ogni posto di lavoro che creiamo ne produce altri tre nell'indotto. Per l'Italia diventa sempre più difficile competere con gli altri Paesi, anche con quelli europei che stanno cercando di fare lo stesso, creando così una sorta di competizione dentro la stessa Europa. Questo fa sì che l'industria che entra in questi mercati suddivida maggiormente l'investimento complessivo. Quando altri attori offrono incentivi, i singoli investimenti vengono valutati con



attenzione. Ecco perché servono processi regolatori più rapidi e perdere due anni in processi autorizzativi non rende l'Italia così attrattiva».

Ma quali sono gli esempi concreti di burocrazia? Il general manager di Roche ne cita almeno due: il primo riguarda le gare per gli acquisti dei farmaci a livello regionale e anche di ospedale: «Siamo costretti ad affrontare fino a 500 procedure fatte di documenti, approvazioni, richieste. E questo avviene anche per terapie che non hanno alternative mediche. Pesa poi la necessità di affrontare una continua negoziazione dei prezzi: ogni due anni vanno discussi e c'è quasi automaticamente una loro riduzione».

C'è poi il macigno del payback, il meccanismo automatico che prevede che le aziende farmaceutiche ripianino alle Regioni metà dello sfondamento del testo di spesa, cosa che accade tutti gli anni



perché il tetto è sottofinanziato. Un meccanismo, questo, che è diventato però sempre più pesante raggiungendo la cifra record di 2,3 miliardi: «Si tratta di somme insostenibili per le aziende. Roche per l'ultimo esborso ha dovuto pagare 180 milioni di euro. Questi numeri pesano e sono uno svantaggio nell'arena globale quando i manager devono decidere dove indirizzare gli investimenti».

Tsamousis sottolinea comunque come nell'ultimo anno il livello del payback «dopo almeno 13 anni non sia cresciuto, ma sia rimasto almeno stabile. Anche il Governo ha ammesso ormai che questo meccanismo del payback è ingiusto e quantomeno va stabilizzato. Si tratta di un fatto positivo, ma non è assolutamente abbastanza perché bisogna andare verso la sua graduale eliminazione».

C'è poi un altro ostacolo tutto italiano che ha il suo peso sia per le



aziende farmaceutiche che devono investire in Italia che per i pazienti che hanno diritto ad accedere alle nuove terapie autorizzate che devono passare prima al vaglio dell'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco) e poi per quello delle Regioni che devono inserire il medicinale nel prontuario regionale «Dal momento dell'approvazione dell'Ema, l'Agenzia Ue del farmaco, servono in media altri 17 mesi prima che il medicinale sia disponibile in Italia mentre in Germania ne basta uno- È un tempo lunghissimo: non si capisce perché un paziente siciliano debba aspettare molto di più per accedere a una terapia innovativa rispetto a un paziente tedesco».

T PER SAPERNE DI PIÙ

Riproduzione riservata ©



(Adobe Stock)



**Il trasportatore di organi:
mai sbagliare refrigerante**

**Trapianto di cuore
fallito a un bimbo:
sei indagati
tra medici
e infermieri
a Napoli**

Femiani e Boldrini alle p. 12 e 13

Trapianto di cuore fallito Sei medici sotto inchiesta Poche ore per salvare il bimbo

Indagate le équipe che effettuarono l'espianto a Bolzano e l'impianto a Napoli
Verifiche sul sistema di congelamento del muscolo: usato il ghiaccio sbagliato

di **Nino Femiani**

NAPOLI

Un cuore 'bruciato' diventa un clamoroso caso di malasanità che rischia di finire in tragedia. Sei persone, tra medici e sanitari, nel registro degli indagati, tre camici bianchi sospesi dall'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli, soprattutto un bambino di due anni e tre mesi che lotta tra la vita e la morte. È il drammatico epilogo di un trapianto cardiaco eseguito il 23 dicembre all'ospedale 'Monaldi', un'eccellenza in Italia, dove al piccolo Tommaso (nome di fantasia) è stato impiantato un cuore arrivato da Bolzano. Ma l'organo era danneggiato, 'fallato' appunto a causa di un errore nella conservazione.

La Procura di Napoli (aggiunto Antonio Ricci e pm Giuseppe Titaferrante) ha iscritto nel registro degli indagati sei persone tra medici e paramedici con

l'ipotesi di lesioni colpose. Sono i componenti delle due équipe che hanno effettuato l'espianto a Bolzano e il successivo trapianto a Napoli. L'iscrizione, avvertono gli inquirenti, è un atto dovuto. Parole caute per fronteggiare lo sconcerto e il dolore di queste ore, ma è ormai chiaro che l'iter chirurgico sia finito in tilt tanto che l'azienda ospedaliera ha bloccato il programma dei trapianti, sospeso la direttrice di Cardiochirurgia, un primario e il suo assistente coinvolti nella vicenda. «Il tempo corre veloce, mio figlio non sta bene, è in gravi condizioni. Da cinquanta giorni lotta tra la vita e la morte. Se non arriva un nuovo cuoricino entro quarantotto ore, potrebbe non farcela». Sono le parole strazianti di Patrizia, mamma di Tommaso e di altri due figli (una bimba di 6 anni e un ragazzo di 12), che aveva scoperto la cardiomiopatia dilatativa del figlio quando aveva appena quattro mesi. «Mio figlio aveva una vita quasi

normale, seguiva una cura farmacologica, giocava, mangiava regolarmente. Poi è arrivata la chiamata del Monaldi e, da quella sera, è iniziato l'incubo: ora è in coma farmacologico», racconta.

Il bambino, infatti, non si è mai svegliato dall'anestesia del 23 dicembre. Subito dopo l'intervento, i medici avevano spiegato ai genitori che «si era verificato un problema con il cuoricino, non partiva e non riusciva a pompare il sangue». Solo qualche giorno fa, «dai giornali e dalle tv», la famiglia ha appreso la verità. Al momento il piccolo è sedato, tenuto in vita dalla tecnica Ecmo (ossigenazione extra-

STAMPA LOCALE SUD E ISOLE



corporea usata in terapia intensiva), che sostituisce temporaneamente le funzioni di cuore e polmoni. È stato nuovamente inserito nella lista europea dei trapianti pediatrici, ma si teme che il peggioramento della sua salute possa compromettere irreversibilmente la possibilità di un nuovo intervento.

«**Ogni** giorno potrebbe essere l'ultimo, le condizioni del suo fegato peggiorano», avverte l'avvocato Francesco Petruzzi che assiste la famiglia. I provvedimenti giudiziari scaturiscono dal sospetto di una sequela di errori commessi durante tre fasi cruciali: espianto dell'organo a Bolzano, trasporto e trapianto a

Napoli. Il cuoricino è stato donato da un bambino di 4 anni, morto dopo un incidente in piscina in Val di Fiemme. Ma sarebbe giunto al Monaldi «carbonizzato», per un'errata procedura di conservazione. Nella borsa di refrigerazione era stato inserito ghiaccio secco al posto di quello normale, un madornale errore fatale. La procedura è minuziosamente codificata: dopo l'espianto, il cuore deve essere immerso in sacchetti sterili sigillati contenenti soluzione di preservazione, inseriti in un contenitore con ghiaccio tritato. Il ghiaccio secco mantiene una temperatura di -80 gradi centigradi, mentre quello tritato toc-

ca i -4-10 gradi necessari per preservare la trapiantabilità dell'organo. Gli inquirenti stanno ricostruendo anche la temporistica degli spostamenti e verificando perché per il trasferimento da Verona a Bolzano dell'équipe sia stata utilizzata un'auto anziché un'eliambulanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La mamma

«Da cinquanta giorni mio figlio è in lotta fra la vita e la morte
Rischio di perderlo»

LA VICENDA

1 ● L'INTERVENTO

Il bimbo di due anni è stato sottoposto a un trapianto di cuore lo scorso 23 dicembre al Monaldi di Napoli

2 ● LE COMPLICANZE

Il cuore impiantato è 'bruciato': l'ipotesi è che si sia lesionato durante il trasporto da Bolzano a Napoli

3 ● «LESIONI COLPOSE»

Sei persone, tra medici e paramedici, sono state iscritte nel registro degli indagati dalla Procura di Napoli



Centro ricerca di Ismett a Carini, ad aprile il bando

Sanità in Sicilia

Per la nuova struttura
che sorgerà nel Palermitano
primo appalto da 348 milioni

Previsto l'inizio dei lavori
a novembre, completamento
a dicembre del 2029

Nino Amadore

PALERMO

Gara ad aprile, inizio lavori a novembre, consegna dell'opera a dicembre 2029. Sono i punti salienti del cronoprogramma per la costruzione a Carini, in provincia di Palermo, del nuovo centro di ricerca di Ismett, l'Istituto mediterraneo per i trapianti e le terapie ad alta specializzazione, nato dalla partnership tra la Regione Siciliana, attraverso l'Arnas Civico di Palermo, e Upmc (University of Pittsburgh Medical Center), con il coinvolgimento della Fondazione Ri.MED, istituita dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri con lo scopo di promuovere, sostenere e condurre progetti e programmi di ricerca nel campo delle biotecnologie. Ribattezzato per comodità Ismett 2, il nuovo centro è molto atteso e rappresenta uno dei principali interventi sanitari nel Mezzogiorno. Un'opera da quasi 400 milioni di investimento pubblico, a cui si aggiungono 18,9 milioni di Upmc Italy per la progettazione: 348,8 milioni sono a carico del governo italiano, 50 milioni della Regione Siciliana destinati alla componente tecnologica. L'appalto per la sola infrastruttura vale 348 milioni, mentre le tecnologie saranno oggetto di una gara separata.

A fare il punto sullo stato dell'arte del progetto è Angelo Luca, direttore generale di Ismett e amministratore delegato di Upmc Italy, che racconta un percorso istituzionale iniziato a maggio del 2024 e ora arrivato alla fase di chiusura della Conferenza dei servizi. Secondo Luca, uno snodo decisivo è la validazione del progetto

esecutivo: prima di bandire una gara di queste dimensioni, infatti, il pro-

getto deve essere sottoposto a una verifica formale e tecnica – dalla completezza degli elaborati alla coerenza economica, fino alla piena "cantierabilità" – così da ridurre il rischio di contenziosi, varianti e rallentamenti in corso d'opera. In un percorso ordinario questa verifica richiederebbe l'affidamento a un soggetto terzo tramite una gara dedicata, con tempi ulteriori. Per accelerare l'iter l'Agenzia del demanio nazionale si è resa disponibile a svolgere direttamente l'attività di verifica attraverso una convenzione (da firmare) con la Regione Siciliana.

Intanto Invitalia, con cui è stata firmata una convenzione a ottobre dell'anno scorso come stazione appaltante qualificata, sta preparando i documenti di gara: l'obiettivo è arrivare ad aprile con la pubblicazione del bando, avviare i lavori a novembre 2026 e completare l'opera a dicembre 2029. Il progetto architettonico è curato dallo studio di Renzo Piano, affiancato da una grande società di ingegneria italiana. Upmc ha promosso e finanziato sia il progetto definitivo sia quello esecutivo, includendo la supervisione artistica dello studio Piano durante l'esecuzione. La scelta di sviluppare il progetto esecutivo prima della gara ha consentito di procedere in parallelo con le autorizzazioni, recuperando circa dodici mesi rispetto a un iter sequenziale. Il complesso si estende su 60.000 metri quadrati, di cui 45.000 destinati ad aree cliniche, ed è articolato in due corpi paralleli di quattro piani fuori terra, collegati da un volume centrale per accoglienza e uffici, con una piastra semi-interrata su due livelli dedicata a diagnostica, tecnologia e logistica. Il nuovo centro di Carini disporrà di 253 posti letto, tutti in camere singole, di cui 36 di terapia intensiva

e 217 convertibili in sub-intensiva; sono previste 14 sale operatorie più 6 sale ibride, 24 posti Pacu (post-anestesia) e 50 ambulatori. Circa il 50% delle camere sarà a pressione negativa per ridurre il rischio infettivo e rafforzare la resilienza in scenari pandemici. Il programma clinico comprende trapianti addominali, cardiaci, toracici e pediatrici, oltre alla gestione di patologie cardiache, polmonari, oncologiche, neurologiche e muscoloscheletriche. Il nuovo polo sarà parte di quello che viene definito "un ecosistema traslazionale" integrato con il Centro per le biotecnologie e la ricerca biomedica della Fondazione Ri.MED. Secondo Luca, la prossimità fisica tra i due centri consentirà di ridurre i tempi tra scoperta scientifica e applicazione clinica, facilitando trial più rapidi, terapie personalizzate e trasferimento tecnologico. Il modello integra cura, ricerca e formazione con l'obiettivo dichiarato di attrarre talenti e generare ricadute economiche attraverso lo sviluppo di competenze e imprese biotech.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'opera progettata
da Renzo Piano disporrà
di 253 posti letto
in camere singole, di cui
36 di terapia intensiva

