

20 luglio 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

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281150
DEL LUNEDÌServizio Clienti - Tel. 02 6377310
mail: servizioclienti@corriere.it

webuild

**Antonelli, la sesta vittoria**
Kimi come il mito Ascari
Vince a Spa, fuga per il titolo
di **Daniele Sparisci** e **Giorgio Terruzzi**
alle pagine 50 e 51**Domani gratis**
Le grandi interviste
di Enzo Biagi
il libro sarà in edicola solo il 21 luglio
con il Corriere

webuild

Conte sfida. E Schlein?

TESTARDI
E DISUNITI
SU KIEVdi **Paolo Mieli**

Giuseppe Conte è all'attacco. Da Ostia, sul litorale romano, è partita una campagna del M5S dal titolo «La guerra la paghi tu. Come ci tolgono i soldi per spenderli in armi». Imputata l'Europa riarmista, tutta intera, senza eccezioni. Gli argomenti sono non troppo dissimili da quelli della propaganda russa. Prossima tappa la Sicilia. E il Pd?

Ha sostenuto (su *La Stampa*) l'ex presidente del Consiglio nonché ex commissario europeo Paolo Gentiloni che Giorgia Meloni ed Elly Schlein dovrebbero stabilire, pur restando ognuna ben salda nel proprio campo, un'alleanza trasversale per resistere alle pressioni delle componenti filorusse dei rispettivi schieramenti. Gentiloni non è entrato nei dettagli di come si possa costruire questo genere di alleanza. Ha però rimproverato Meloni per non essere andata a Parigi dove — alla vigilia della parata del 14 luglio presenti tra gli altri Sergio Mattarella e Volodymyr Zelensky — è nato il raggruppamento dei nove Paesi europei impegnati a potenziare la difesa aerea del continente.

Immaginiamo che per queste affermazioni l'ex capo dell'ultimo governo di centrosinistra abbia ricevuto una telefonata di congratulazioni da parte di Schlein, che si dice condivida (in grandissimo segreto) le opinioni di Mattarella e Gentiloni. In particolare, quelle di Mattarella secondo il quale «il sostegno politico, economico e militare all'Ucraina è funzionale a far cessare la guerra, non ad alimentarla». *continua a pagina 36*

La finale Ai supplementari l'1-0 di Ferrán Torres

Il Mondiale alla Spagna
Il pianto di Messi

Aldo Cazzullo a pagina 45



Condò, Nerozzi, Passerini e Tomaselli da pagina 44 a pagina 49

IN TRIBUNA CON SANCHEZ
Trump invidia i calciatori: che bella vita...di **Viviana Mazza**

a pagina 46



Fakir ha dato in escandescenze. Aveva una ditta di facchinaggio

Muore in manette
tra gli agenti e il 118
Un caso a Bologna

Il video choc: «Aiuto, basta». Lepore: fare luce

VISITE IN CELLA DI SALVINI E BIGNAMI (FID)

Roggero, la Lega spinge: allargare i limiti della legittima difesadi **Fagone La Zita, Logroscino Piccolillo e Sciacca**
da pagina 10 a 13

INTERVISTA A TAJANI

«Lui ha sbagliato Ora il perdono»

di **Paola Di Caro**

a pagina 11

di **Rinaldo Frignani, Alessandro Fulloni e Alessio Ribaudò**

Abderrahim Fakir, facchino di 42 anni, è morto durante un intervento della polizia al Pilastro di Bologna, dove aveva abitato anni fa e dove ha iniziato a dare in escandescenze. Sarà la magistratura a chiarire, il video della tragedia è scioccante. L'uomo oramai senza vita con le manette e le caviglie legate davanti ai soccorritori. La sorella accusa. Il sindaco di Bologna: fare luce. La Questura ha già messo a disposizione del pm le immagini delle bodycam degli agenti. *alle pagine 8 e 9*

Nel Golfo Dura reazione per i soldati americani caduti
Iran-Usa, è di nuovo guerra
E Israele: noi siamo prontidi **Giulio Fasano e Guido Olimpio**

Un'altra notte di attacchi incrociati tra Usa e Iran. Le forze armate statunitensi hanno messo nel mirino le unità di Teheran responsabili dell'azione in Giordania che è costata la vita a due soldati americani e che ha distrutto caccia ed elicotteri. La reazione ha colpito strutture iraniane di sorveglianza militare lungo tutta la costa dello Stretto e linee di difesa aerea. Inoltre, le forze Usa hanno bombardato il sito della centrale nucleare civile in costruzione di Darkhovin. E Israele si dice pronto a intervenire. *alle pagine 2, 3 e 5*

Barison, M. Caprara

STRAGE IN VIA D'AMELIO, L'ANNIVERSARIO

L'omaggio a Borsellino Mattarella: un simbolo della nostra riscossa civiledi **Monica Guerzoni**

a pagina 25

LA DECISIONE IN MANO ALL'AD ROSSI

Ranucci, si muove la Rai Un audit sulle fonti delle inchieste di Reportdi **Antonella Baccaro e Ilaria Sacchetti**

a pagina 15

Se un chicco di grandine pesa due etti

Cadono sfere di ghiaccio del diametro di 7-8 centimetri. L'esperto: «Ecco le tre cause»

di **Matteo Castagnoli**

Il cielo ha cambiato umore e colore. Il vento forte. E gli 80 mila fan corsi a Milano tra il palco dell'Ippodromo di San Siro e la casita, la replica di un monoplano di Porto Rico che accompagna l'artista Bad Bunny nel tour mondiale, hanno smesso di ballare e cantare per aprire gli ombrelli e cercare riparo dal rovescio di acqua e dai chicchi di grandine grossi come palline da golf. Sei, feriti in testa, sono finiti all'ospedale. *a pagina 27 Gramigna*

**Oldani, tranviere Ucciso perché voleva scioperare**di **Gianni Santucci**

Era il 1924, Milano. Oldani, tranviere, fu bastonato e ucciso dai fascisti perché voleva ricordare Matteotti e fare uno sciopero di due minuti. *alle pagine 30 e 31*

webuild

Le Grandi Opere fanno crescere il Paese e creano lavoro



LA STAMPA

LUNEDÌ 20 LUGLIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



L'INCHIESTA

Spiagge libere contese
Liguria maglia nera d'Italia

ANGELONE, SODANO - PAGINE 12 E 13



IL REPORTAGE

Rinasce la biblioteca civica
così Torino guarda al futuro

CESARE MARTINETTI - PAGINE 18 E 19



L'INTERVISTA

Ferrari: a Bending Spoons
si lavora con lo spirito Nadal

GIUSEPPE BOTTERO - PAGINA 20

IL CASO ROGGERO

Legittima difesa
Salvini accelera
sulla nuova legge
Frattura a destra

CARRATELLI, LOMBARDI



Il pellegrinaggio al carcere di Boliate non conosce pause. Salvini è tornato ieri a far visita a Mario Roggero. Il gioielliere è il nuovo paladino della destra, se lo litigano letteralmente... - PAGINE 4 E 5

Sisto: il ddl leghista
sconvolge le regole

IRENE FAMA - PAGINA 5

IL COMMENTO

La politica contro
lo Stato di diritto

MASSIMO CACCIARI

In un clima generale di riarmo e guerra, che da noi si traduce in una perenne campagna elettorale, cercare un ordine in pensieri e azioni appare di giorno in giorno più inutile... - PAGINA 27

L'APPELLO PER LA GRAZIA

La moglie e il peso
di chi specula

FLAVIA PERINA

La dolente, umanissima intervista a La Stampa della signora Mariangela Sandrone ha rivelato il bivio davanti al quale Mario Roggero, i suoi cari, i suoi amici, si trovano... - PAGINA 27

MONDIALE AGLI SPAGNOLI CHE DOMINANO UN'ARGENTINA SPENTA. PER MESSI TRISTE ADDIO. A SPA ANTONELLI PIEGA LE CLERCE ALLUNGA



BARILLÀ, SIMONI, ZONCA - PAGINE 32 E 35



JACOPO D'ORSI - PAGINA 37

BOLOGNA, DE PASCALE E LEPORE: "SIA FATTA PIENA LUCE". FDI: "INTERVENTO ADEGUATO". LA QUESTURA: "IMMAGINI A DISPOSIZIONE DEL PM"

Muore mentre gli agenti lo bloccano

Il 42enne ammanettato dai poliziotti ha urlato: "Aiuto, basta". La sorella: "Me l'hanno ammazzato"

FLAVIA AMABILE

Nessuno sembra essersi accorto che Abderrahim Fakir, facchino di 42 anni di nazionalità marocchina, stava morendo. Eppure, lui ha chiesto aiuto più volte, mentre i poliziotti e un giovane senza maglietta gli stavano sopra, tenendolo a terra e cercando di ammanettarlo. È mezzogiorno al quartiere Pilastrò, ultimo presidio di edilizia popolare alla periferia est di Bologna. Zona multietnica, socialmente attiva. La volante della squadra mobile interviene su diverse chiamate anonime del vicinato. Qualcuno sta dando in escandescenze in strada, schiamazza... - PAGINE 2 E 3



Il "fermo" di Abderrahim Fakir ieri a Bologna

IL GIALLO NEL SALERNITANO

Giornalista ucciso e bruciato

MANUELA GALLETTA

Sono intervenuti per spegnere un incendio, hanno trovato il corpo carbonizzato di un giornalista sportivo. È successo a Eboli, in provincia di Salerno... - PAGINA 21

ALLARME CLORO, PAURA A ROMA

Intossicati in piscina 5 bimbi

FILIPPO FIORINI

Un'altra piscina, un'altra tragedia sfiorata. È accaduto ieri pomeriggio in un circolo sportivo alle porte di Roma: 8 bagnanti intossicati dal cloro... - PAGINA 15

ATTACCHI E GRANDI MANOVRE USA DOPO LA MORTE DEI SOLDATI

Il Golfo sull'orlo di un'altra guerra

MAGRÌ, RICCIO

Un sottomarino Dolphin della Marina militare israeliana scivola in affioramento al largo delle spiagge di Eilat. Si fa vedere e riprendere dai telefoni dei bagnanti. L'anomala eccezione alla segretezza che circonda la posizione e i movimenti della flotta israeliana ha tutta l'aria di un avvertimento di Gerusalemme a Teheran... - PAGINE 6 E 7



Missili Usa su un sito militare iraniano

L'ANALISI

La sfida regionale
oltre il conflitto

MAURIZIO MOLINARI

Archiviati i Mondiali, la guerra a Teheran torna in cima all'agenda di Trump. L'accelerazione è descritta da tre dinamiche... - PAGINA 7

11 OTTOBRE 2026
Lessona (BI)

25 km la bolide 500 €	16 km 1 quart 200 €	8 km 1 bicc comunità
-----------------------------	---------------------------	----------------------------

PARTENZA DEI TRAIL:
25km ore 9:30 / 16km ore 9:45

RITIRO PETTORALI:
Sabato o Domenica dalle ore 7:30

PREMI:
- per i primi 5 assoluti M/F
- per i primi di categoria M/F

Ristoro e degustazioni post gara

Info: spider1922@gmail.com
www.lessonaeventi.com

Scopri www.wine4sport.it



Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 148 - N° 106
Sped. in A.P. 03/2010/0101 come L. 46/2004 art. 1 (3/3/04)

NAZIONALE

IL MERIDIANO

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

Lunedì 20 Luglio 2026 • S. Elia profeta

Il 27 al Circo Massimo
Il vangelo di Patti
«Io credo nella
bontà della gente»

De Rossi a pag. 23



Kimi domina in F1
Antonelli rilancia
vince in Belgio
e vola in classifica

Sabbatini e Ursicino nello Sport



Via d'Amelio, l'anniversario
Mattarella: il Paese
si è rialzato grazie
a Borsellino e Falcone

Allegri a pag. 4



L'editoriale/1
IL FESTIVAL
DELLE
PREVISIONI
ECONOMICHE

Marco Fortis

Le previsioni di crescita dell'Italia nel 2026 sembrerebbero dimostrare in modo inequivocabile che l'economia non è una scienza esatta. Vale la pena di elencare le differenti stime più recenti di aumento nel nostro PIL per quest'anno: FMI, OCSE e Commissione Europea +0,5% (queste tre istituzioni internazionali sono rigidamente ferme nel loro vaticinio da inizio anno, incuranti che dopo il solo primo trimestre la nostra crescita acquisita è già +0,53%); Banca d'Italia +0,6% (da +0,5%); il Governo italiano +0,6% (prudente); Proptetia +0,7% (da +0,5%); the Economist Intelligence Unit +0,8%; Confindustria +1%. Come si può notare, si va dalla metà fino al doppio. Naturalmente, tra +0,5% e +1% c'è tutta la differenza del mondo: nel primo caso siamo tra i Paesi ultimi per crescita, nel secondo caso, invece, siamo nella parte medio-alta della classifica internazionale delle nazioni avanzate.

Continua a pag. 18

L'editoriale/2
SETTE PREMIER
IN DIECI ANNI,
L'INSTABILITÀ
PARLA INGLESE

Paolo Pombeni

Oggi la Gran Bretagna avrà il settimo premier in dieci anni. Un fatto non banale se si pensa che nei quarant'anni precedenti aveva avuto solo sei inquilini di Downing Street. Per di più di quei sette alcuni erano personaggi piuttosto anomali, da Boris Johnson con i suoi pasticci privati durante il Covid (per tacere di altri episodi), all'ineffabile Liz Truss, primo ministro conservatore rimasto in carica 44 giorni e rimossa per l'annuncio di un piano finanziario fallimentare.

Stiamo parlando del Paese che dalla fine del Settecento in poi era comunemente considerato il modello del costituzionalismo moderno, che aveva insegnato all'Occidente le virtù del bipartitismo con l'alternanza al potere di due grandi partiti in un quadro in cui chi deteneva il potere era il governo di Sua Maestà Britannica, ma chi lo contrastava era l'opposizione di Sua Maestà Britannica, cioè tanto gli uni quanto gli altri erano pilastri legittimi e funzionali essenziali del sistema costituzionale.

Continua a pag. 18

ARGENTINA KO Torres decide ai supplementari
E Trump in tribuna applaude i campioni europei



Il racconto
Storie ed eroi
per 40 giorni

Piero Mei

Quei due, Trump e Infantino, hanno appena consegnato la tradizionale World Cup e i nuovi anelli da campioni.

Nello Sport

Il Mondiale
esagerato
è della
Spagna

Dalla Palma e Riggio nello Sport, Paura e l'analisi di Sorrentino alle pag. 6 e 7

Giallo a Eboli. La sorella: atto inspiegabile
Giornalista ucciso e bruciato
mistero e shock sul movente

Carmen Incisivo

Il giornalista sportivo Luigi "Luca" Esposito, 53 anni, è stato trovato carbonizzato in un campo. A terra, i carabinieri, hanno rinvenuto il bossolo di un proiettile. Esposito era sparito sabato sera, forse aveva un appuntamento con qualcuno proprio in un luogo di passaggio verso il Cile. La sorella: «è stato un omicidio brutale e inspiegabile: chi sa qualcosa par-

li». Sarebbe stato prima colpito da un proiettile e poi dato alle fiamme. Una ricostruzione che dovrà essere confermata dall'esame autopsico disposto dal magistrato. Meno battuta la pista investigativa legata all'attività giornalistica. A lanciare l'allarme, per quello che sembrava un rogo di sterpaglie alla periferia di Eboli, è stata una guardia giurata che transitava in quella zona per un giro di controllo.

A pag. 13

ERA STATO IMMOBILIZZATO: C'È IL VIDEO

Muore tra le mani
degli agenti a Bologna
altro caso sicurezza

►La Polizia: intervenuti i cittadini. È scontro politico
Caso Roggero, il gioielliere si scusa con il Colle

Bechis, Bulleri, Di Caprio, Errante e la nota di Mario Ajello alle pag. 2 e 3

Nove intossicati a Mentana, vicino Roma: struttura sequestrata
Esalazioni di cloro in piscina
grave un bambino di 5 anni

Izzo a pag. 12

L'intervista/ Il ministro Musumeci: «Basta freni al ddl»
«Entro ottobre legge per impianti sicuri»

Evangelisti a pag. 12



Ondata di attacchi: colpita una centrale nucleare
Vendetta Usa per i soldati uccisi
Giallo Khamenei: «Non è in Iran»

Vita e il retroscena di Anna Guaita a pag. 9

Gli approfondimenti

ERRORI SUL PETROLIO
E CARO-BENZINA

Fabrizio Galimberti a pag. 11

TRUMP E LE ANTEPRIME
 VENDUTE SUI SOCIAL

Angelo De Mattia a pag. 7

Il Segno di LUCA

PESCI
NUOVA SPINTA

La settimana non poteva iniziare meglio: Giove e Nettuno, i due pianeti che ti governano, vengono a formare un aspetto armonioso, che in qualche modo ti riconcilia e riconnette con te stesso, restituendoti tutto il tuo potenziale di vitalità ed energia. La configurazione viene ad attivare delle risorse profonde e nel lavoro ti invita a giocare una carta più importante delle altre, consentendoti di estendere il tuo potere personale.

MANTRA DEL GIORNO
Più scoppio e più la paura aumenta.

L'oroscopo a pag. 18

Romanzo d'estate Da Buzzi a Lavitola
Dal bistrot Cefalù al «Bruttone»
quando gli accordi si fanno a tavola

Mario Ajello

Nir non s'è mai visto o almeno non è mai stato fotografato dentro il Cefalù e ormai che Cleo Gomes Tavares se n'è fugito in Camerun (bye bye Rome) e mai più tornerà dalla sua Africa "l'amico fraterno" di Lavitola che è "amico fraterno" di Ranucci si è autocondannato a non gustarsi i gamberi o gli spaghetti con le vongole dell'ormai celebre bistrot di Monteverde.

Continua a pag. 14

Oggi la decisione
Caso Ranucci,
gli arrestati sperano
nel riesame

Michela Allegri

Oggi prevista la decisione. Gli avellinesi sperano nel riesame: «Non ci sono viti, non è mafia». Nella tesi difensiva il fatto che non sapessero cosa ci fosse dietro l'attentato.

A pag. 14

* Tardano con altri quotidiani (non accreditati separatamente) nella gestione di Modena, Lucca, Brescia e Taranto. Il Messaggero: «Nuovo Quotidiano di Puglia» € 1,20. La domenica con l'«Espresso» € 1,40. In Abruzzo il Messaggero: «Giornale dello Sport» € 1,40. In Molise il Messaggero: «Primo Piano» € 1,50. In Basilicata il Messaggero: «L'Espresso» € 1,50. «Fuori porta al Mare» € 0,50. «Il popolo di Urbino» € 0,50 (Roma)

Bergader

www.bergader.it

la Repubblica

Bergader

www.bergader.it

Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
STEFANO CAPPELLINI

R50



Rspettacoli

Nella terra dei Ricordi
le radici della canzone

di ANTONIO DIPOLLINA
a pagina 28

Rspettacoli

Un'Odissea che parla
del nostro presente

di CORRADO AUGIAS
a pagina 14



Lunedì
20 luglio 2026

Anno 33 - N° 28

Oggi con

Affari&Finanza

In Italia €1,90

Morire nelle mani dello Stato

A Bologna, nel quartiere del Pilastro, Abderrahim Fakir perde la vita mentre viene immobilizzato da due poliziotti. In un video l'agonia sotto gli occhi degli operatori del 118 che non intervengono. La sorella: "L'hanno ammazzato"

ALTAN

MIDIA UN
PORTO D'ARMI. AMBIZIONI
POLITICHE?



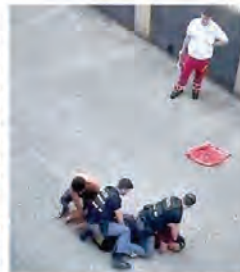
"Non punibile qualsiasi reazione"
La Lega riscrive la legittima difesa

Nel giorno in cui Matteo Salvini torna nel carcere di Bollate dal gioielliere Mario Roggero, la Lega punta a modificare la legittima difesa con una proposta di legge che prevede la non punibilità di «qualsiasi reazione». Ma arriva lo stop di Forza Italia. L'ira delle opposizioni. Il leader del M5S Giuseppe Conte: «La destra sta facendo sciacallaggio».

di BEI, CIRIACO e PUCCIARELLI a pagine 6 e 7

«Aiuto, basta». Sono queste le ultime parole di Abderrahim Fakir, 42 anni, morto a Bologna durante un fermo di polizia. Un video lo mostra a terra, a faccia in giù, bloccato dagli agenti sotto gli occhi dei soccorritori del 118. La sorella denuncia: «Lo hanno picchiato e ammazzato, voglio giustizia». La questura di Bologna fa sapere che le «bodycam dei poliziotti verranno messe a disposizione dei pm». Lega e Fratelli d'Italia difendono le forze dell'ordine. Il sindaco Matteo Lepore: «In piazza per chiedere verità e giustizia».

di ARINI, BALDESSARRO e DI PERI
a pagine 2, 3 e 4



Abderrahim Fakir a terra
bloccato dai poliziotti

Sinistra, sicurezza
e la lezione del G8

LE IDEE
di CONCITA DE GREGORIO

È una vecchia storia. La legittima difesa, la sicurezza, la sinistra che non sa che pesci prendere, la destra che lo sa benissimo, si arma di manganelli.
a pagina 14



Spagna campione davanti a Trump

L'uomo del destino
vestito di blaugrana

di GABRIELE ROMAGNOLI

Quando hai una Invincibile Armata un qualunque soldato può decidere la guerra.
a pagina 11

di EMANUELA AUDISIO

Non è un Mondiale Maga. Trump si rassegni. Make Argentina Great Again non vale più. E this is not America. Rossa di Spagna e blu di Argentina. Usa scansati, butta via i tuoi palloni ovali, oggi New York non è tua.

a pagina 8
servizi di BASILE, CROSETTI, GAMBA,
LUCCHINI e PERILLI da pagina 9 a 13

FORMULA UNO

Antonelli trionfa
in Belgio
la Ferrari è seconda

di ALESSANDRA RETICO

a pagina 30

CITRUS
Tutto italiano

Signora, i limoniiii!

BUCCIA
EDIBILE

CITRUS
limone
verdello

www.citrus.it

18/07/2026

Contratto fermo, il privato fa appello alle istituzioni

Le associazioni degli ospedali:
«Per il rinnovo servono risorse»

AIOP E ARIS

■ Il divario salariale c'è, la fuga del personale pure. E su questi aspetti, sanità privata profit e no profit concordano con i sindacati: a parità di lavoro e responsabilità, chi opera nelle strutture accreditate guadagna meno dei colleghi del pubblico. Il nodo, per Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) e Aris (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), è chi debba finanziare il rinnovo del contratto fermo al 2018.

Il nodo. «Sul salario, una differenza media del 10-12% tra privato e pubblico è più realistica rispetto al 15-20% di cui parlano i sindacati bresciani, ma è comunque tantissimo», è la posizione di Michele Nicchio, presidente di Aiop Lombardia. Anche la stima di un 18% di infermieri e tecnici usciti dalle cliniche negli ultimi due anni, aggiunge, «è un ordine di gran-

dezza che torna». La responsabilità del blocco, però, viene attribuita allo Stato e non agli ospedali: «Le strutture accreditate non stabiliscono il prezzo delle prestazioni e - sostiene Nicchio - lavoriamo con tariffe ferme al 2012». Nel pubblico i rinnovi sono stati coperti con risorse aggiuntive e lo stesso, chiede Aiop, dovrebbe avvenire per il privato. «Se faccio la stessa cosa e ho gli stessi doveri del pubblico, datemi anche gli stessi diritti». Tradotto: servono più fondi. Nell'immediato, resta aperta la strada regionale. Nicchio richiama l'impegno preso un anno fa dalla Lombardia e dall'assessore Bertolaso per un accordo territoriale ponte, in attesa del contratto nazionale. Per coprirlo servirebbero tra 120 e 130 milioni. Intanto il confronto con il ministero della Salute Schillaci, assicura il presidente di Aiop regionale, sarebbe in fase avanzata e la speranza è arrivare allo sblocco entro fine anno.

Del ragionamento fatto dai sindacati bresciani, Aiop respinge però l'accusa di «costruire gli utili comprimendo i salari». Secondo Nicchio, la redditività media delle strutture accreditate si fermerebbe al 3-4%. Una tesi che a Brescia si misura però con il bilancio 2025 degli Istituti ospedalieri bresciani del Gruppo San Donato: 216,5 milioni di valore della produzione, 17,2 milioni di utile e la proposta di distribuirne 17 alla proprietà. Anche il ricorso alle cooperative, sostiene Nicchio, non serve a risparmiare: «Il personale esterno costa di più e viene utilizzato perché quello stabile non si trova».

No profit. Più prudente la posizione di Marcellino Valerio, presidente di Aris Lombardia, che rappresenta le strutture cattoliche no profit. Valerio riconosce il divario contrattuale, ma sottolinea che fondazioni come Poliambulanza, Campani, Fatebenefratelli e Don

Gnocchi non distribuiscono dividendi e spesso faticano a raggiungere il pareggio. Poliambulanza ha chiuso il 2025 con una perdita di 4,6 milioni. Gli integrativi aziendali e il welfare hanno limitato l'esodo, ma senza l'aumento di tariffe e budget, avverte Aris, il rinnovo rischierebbe di compromettere la sostenibilità. Profit e no profit convergono quindi sul punto: il contratto va rinnovato, ma il conto deve essere coperto dalle istituzioni. **S. M.**

«Rapporto medico-paziente e sistema di retribuzione Così riformiamo la sanità»

Moratti e le proposte di FI: non si scelga per emergenza

ROMA «È arrivata l'occasione giusta per mettere in campo la nostra proposta, presentata a gennaio 2025, che dà certezza a Regioni, medici e soprattutto ai pazienti». L'europarlamentare di Forza Italia Letizia Moratti rilancia il progetto azzurro sulla riorganizzazione dell'assistenza extraospedaliera. FI ha convocato per oggi un tavolo sulla sanità, all'ordine del giorno i problemi più urgenti. Moratti accoglie con favore l'accordo raggiunto tra governo e alcuni sindacati della medicina di base che «consente di garantire l'avvio delle Case di comunità e di rafforzare le cure sul territorio senza compromettere il rapporto fiduciario tra medici e assistiti». Bene anche lo stop della riforma annunciata dal ministro Schillaci che prevedeva il passaggio di questi professionisti, oggi in convenzione, alla dipendenza progressiva. Visto l'urgenza, considerata la contrarietà dei partiti di maggioranza, meglio puntare su un'intesa preliminare.

Riforma spuntata?

«Lo dimostrano i numeri. I medici di famiglia sono passati da 42.009 nel 2019 a 36.812 nel

2025. Oltre 5 mila in meno, pari al 14% e quasi tutti stanno raggiungendo il massimo numero di persone seguite. Per loro sarebbe stato difficile garantire 6 ore del loro lavoro per 48 settimane al di fuori degli ambulatori. Il problema non è solo la dipendenza, alla quale ci siamo sempre opposti sostenendo che i medici dovessero mantenere lo status di liberi professionisti in convenzione».

Qual è?

«L'incertezza in cui si lasciavano i medici di famiglia sull'impiego delle ore aggiuntive. Chi avrebbe valutato il lavoro svolto nelle Case di comunità? Che tipo di lavoro? Sono temi che incidono sulla remunerazione e che non devono restare indietro. Con grande senso di responsabilità la categoria ha comunque accettato l'atto di indirizzo del ministero della Salute. Presteranno le 6 ore di servizio nelle 48 settimane, in attesa della nuova convenzione che comunque li deve confermare indipendenti, autonomi».

E qui si innesta la sua proposta.

«Riprendiamola in mano. Il carico richiesto ai medici di ba-

se è di 38 ore, suddivise tra studio e strutture pubbliche incluse le Case di comunità, in proporzione al numero di pazienti seguiti. Chiediamo, inoltre, che non vengano retribuiti per il numero dei pazienti (in quota capitaria) ma per numero di ore e questo non svantaggerebbe chi lavora nei piccoli Comuni e ha meno iscritti».

Questo secondo lei faciliterebbe la collaborazione e quindi il funzionamento delle Case di comunità?

«Non ho dubbi. L'assistenza territoriale verrà garantita e la professione tornerà attrattiva spingendo i nostri giovani a abbracciarla. I pazienti avranno la certezza del rapporto fiduciario col medico, le Regioni potranno contare su un numero maggiore di ore di servizio. Un sistema equilibrato».

Perché Forza Italia non era favorevole alla riforma?

«Qualsiasi riforma non può essere dettata dall'emergenza, in questo caso aprire le Case di comunità, ma deve poggiare sull'analisi dei bisogni e sulla condivisione. Non si è tenuto conto del contesto complessi-

vo».

Un vostro emendamento al-

la legge di Bilancio prevede di abolire l'incompatibilità dei medici dipendenti e convenzionati, Schillaci si è detto in linea.

«Specialisti ambulatoriali e ospedalieri al di fuori dell'orario di lavoro potranno prendere servizio nelle Case di comunità. Viene a cadere una vecchia disciplina introdotta nel '91 che determinava rigidità e ostacolava l'integrazione tra città e ospedale. Si passa a un modello più flessibile».

Le Case di comunità colmeranno davvero i buchi dell'assistenza territoriale?

«Sono molto importanti, 1038, ma in numero limitato rispetto agli studi di famiglia. Non credo che basterà. Va potenziata la telemedicina, puntare su nuove tecnologie che permettono diagnosi e prescrizione a distanza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di Margherita De Bac

Chiediamo che i medici di base non vengano retribuiti per numero di pazienti ma per numero di ore così da non svantaggiare chi ha meno iscritti

Il profilo



● Letizia Moratti, 76 anni, deputata Ue e presidente della Consulta della segreteria di Forza Italia. Ex presidente Rai, ministra dell'Istruzione nel Berlusconi II e III, sindaco di Milano dal 2006 al 2011, è stata assessora al Welfare e vicepresidente della Regione Lombardia





Servizio Il ministro della Salute

Schillaci: «Case di comunità svolta per il Ssn, in manovra più fondi per medici e infermieri»

Come cambia il Servizio sanitario dopo l'apertura delle nuove strutture della Sanità territoriale. L'incontro con il ministro dell'Economia Giorgetti a fine luglio

di Marzio Bartoloni

17 luglio 2026

«Sono molto positive le iniziative di alcune Regioni come la Lombardia di mettere dei cold spot dentro le Case di comunità, una iniziativa utile che mette insieme le esigenze di tutela dei più fragili e degli anziani che si faranno più pressanti con la terza ondata di caldo e la possibilità di ricorrere a queste strutture innovative che possono fornire un supporto: non sono solo un posto dove avere refrigerio, ma anche una visita medica evitando l'afflusso nei pronto soccorso». Per il ministro della Salute Orazio Schillaci l'allarme caldo può rappresentare un prezioso "battesimo" per le oltre 1.200 nuove Case di comunità nate per assicurare ai cittadini «una medicina moderna e più vicina alle persone».

Quanto sono importanti?

Credo che rappresentino una vera svolta per il Servizio sanitario nazionale perché quello che è mancato finora e si è visto durante il Covid, è stata proprio la medicina territoriale. Proprio in questi giorni sono usciti dei dati che ricordano come l'Italia abbia perso tanti posti letto in ospedale, un taglio che si è fatto sentire proprio perché mancavano strutture come queste.

Il Sud però è in ritardo.

Purtroppo ci sono ancora troppe differenze tra Nord e Sud e per questo stiamo accompagnando le Regioni in questa fase, anche se negli ultimi mesi hanno fatto grandi progressi. Questa differenza nell'accesso alle cure per me rimane il problema più grave della sanità italiana: è inaccettabile, perché tutti dovrebbero avere le stesse possibilità di cura a prescindere da dove vivono e da quanto guadagnano.

Vigilerete sul funzionamento? Non c'è il rischio "scatole vuote"?

Il ministero vigilerà anche con l'aiuto di Agenas: perché non basta aprire queste strutture, ma devono funzionare bene e sono convinto che gradualmente andranno tutte a regime e noi lavoreremo perché accada. Puntiamo anche a fare una campagna di informazione per i cittadini sulle Case di comunità per fargli capire quali servizi possono trovarci dentro, ma anche conoscere dove sono ubicate e per questo stiamo chiedendo alle Regioni di fare una mappa. Avremo un duplice vantaggio: si potrà ridurre la pressione sui pronto soccorso e ci sarà una presa in carico, grazie a team multidisciplinari, di anziani e fragili che sono la maggioranza dei pazienti italiani

Ma i medici di famiglia ci lavoreranno davvero anche se non come dipendenti?

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

Sono già entrati nelle Case di comunità con un accordo nazionale, non possono non andarci perché sono convinto che ci sarà una evoluzione della figura del medico di famiglia che non lavorerà più da solo e avrà una formazione specialistica universitaria come gli altri medici. Al di là dell'ipotesi della dipendenza che è un tema che riemerge da anni è importante che si facciano le cose nell'interesse dei cittadini e non delle categorie

Le liste d'attesa sono una sua priorità. Ora finalmente c'è la piattaforma che monitora i ritardi. Come interverrete?

Questa operazione è fondamentale per migliorare una emergenza che è almeno ventennale. Se sappiamo quali prestazioni sono più critiche possiamo individuare le cause e il modo per rimuoverle: se c'è un ritardo su un esame diagnostico questo può dipendere dal fatto che manca un macchinario o perché c'è carenza di personale. In questo modo le Regioni possono intervenire in maniera mirata. Tra l'altro questa piattaforma ha risvegliato una sana competizione tra le Regioni per rispettare i tempi come si vede dai primi dati in miglioramento e questo è un fattore molto positivo.

Questa estate lavorerete alla manovra. Cosa si aspetta?

Vedrò il ministro Giorgetti a fine luglio e chiederò di aumentare la dote del Fondo sanitario come è sempre accaduto. Proprio in questi giorni gli uffici del ministero stanno lavorando alla stima economica delle esigenze. Tra queste al primo posto ci sono i professionisti sanitari: vogliamo più assunzioni e aumentare le loro remunerazioni. Abbiamo iniziato l'anno scorso dagli infermieri, ma dobbiamo proseguire con le assunzioni che potranno riguardare anche le nuove strutture come le Case di comunità per le quali abbiamo già stanziato 600 milioni. La sanità territoriale è la vera rivoluzione di questi anni.

INTERVISTA AL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE GIMBE

«Che errore disinvestire sul personale»

Cartabellotta: «Senza medici e infermieri rischiamo di inaugurare ospedali nuovi ma vuoti»

VITO SALINARO

«Il nodo è il personale: tagliare il nastro di una nuova struttura è facile; garantire presa in carico, continuità assistenziale e integrazione professionale è tutt'altra cosa». Per Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, l'ingente mole di investimenti sulla sanità, spinta dal Pnrr, rischia di essere monca. Insomma, da anni stiamo perdendo l'occasione di mettere mano all'«investimento prioritario», quello «sul capitale umano».

Presidente, andiamo con ordine. Tra Pnrr e Piano nazionale per gli investimenti complementari (Pnc), l'Italia ha avuto quasi 20 miliardi per rilanciare il Servizio sanitario nazionale. Quanti ne abbiamo spesi? E gli investimenti stanno producendo servizi?

A fine febbraio 2026 - ultimi dati disponibili -, la spesa della Missione Salute del Pnrr ammontava a 8,6 miliardi, pari al 55,2% delle risorse, al netto del Pnc. Ma il punto non è solo quanto si spende: è cosa producono questi investimenti. Il Pnrr finanzia infrastrutture, tecnologie e digitalizzazione, non il personale necessario a farle funzionare. Senza medici, infermieri e altri professionisti, rischiamo di inaugurare Case e Ospedali di comunità nuovi ma vuoti.

A proposito di personale. Perché Gimbe sostiene che negli ultimi 12 anni il personale sia stato la voce più sacrificata della sanità pubblica?

Lo certifica la Ragioneria Generale dello Stato. Tra il 2012 e il 2024, la quota della spesa sanitaria pubblica destinata al personale dipendente e convenzionato, è scesa dal 39,7% al 36,6%. Se la percentuale fosse rimasta invariata, al personale del Ssn sarebbero andati oltre 33 miliardi in più. Un definanziamento progressivo che ha frenato assunzioni, rinnovi contrattuali e valorizzazione professionale, rendendo sempre meno attrattivo il lavoro nella sanità pubblica.

Ma la grande promessa del Pnrr è la riforma dell'assistenza territoriale: Case e Ospedali di comunità, Centrali operative territoriali. Sulla carta una rivoluzione. A che punto siamo? L'unico dato certo riguarda le Centra-

li operative: 625 su 657 sono pienamente funzionanti. Per il resto valgono gli ultimi dati ufficiali: al 31 dicembre 2025 nessuno dei 594 Ospedali di comunità programmati garantiva tutti i servi-

zi previsti dal Decreto ministeriale 77 e solo 66 delle 1.715 Case della comunità erano pienamente operative, con 11 servizi attivi e personale medico e infermieristico. Nei giorni scorsi il ministro Orazio Schillaci ha riferito che le Regioni ne dichiarano operative 1.156. Un balzo sorprendente in sei mesi, che impone di chiarire cosa significhi davvero «operativa».

Il Ssn che, dunque, ha sempre meno professionisti, spesso li perde anche a favore del privato. È una questione di stipendi?

Gli stipendi incidono, ma non spiegano tutto. Pesano carichi di lavoro gravosi, turni massacranti, responsabilità crescenti, aggressioni, burocrazia, scarse prospettive di carriera e difficoltà nel conciliare lavoro e vita privata. Il Ssn deve tornare a essere un luogo in cui i professionisti sanitari devono ambire ad entrare, crescere e restare. Il disegno di legge delega sulle professioni sanitarie contiene principi condivisibili, ma senza investimenti adeguati non arginerà la fuga dal Ssn, né la disaffezione verso molte professioni e specialità mediche. Con un inaccettabile paradosso: il Ssn lascia fuggire i professionisti e poi li riacquista a ore come «gettonisti», pagandoli molto di più. Sa che nel biennio 2024-2025 que-

sta soluzione è costata oltre un miliardo? È il prezzo di anni di errori e strategie miopi sul capitale umano.

L'Italia è al 23° posto su 31 Paesi europei dell'area Ocse per numero di infermieri. Perché i giovani non scelgono più questa professione?

Per la prima volta, nell'anno accade-



mico 2025-2026, le domande ai corsi di laurea in Infermieristica sono state inferiori ai posti disponibili. È un segnale d'allarme. La professione è indispen-

sabile, ma i giovani la percepiscono poco valorizzata, con retribuzioni nettamente inferiori alla media europea - nel 2023 quasi 18 mila dollari in meno - e condizioni di lavoro sempre più gravose. Senza un'inversione di rotta salterà il ricambio generazionale. Intanto proviamo a reclutarli dall'India o da altri Paesi.

Anche medici di famiglia e pediatri di libera scelta sono sempre più esigui. Come siamo arrivati a questo punto?

Le cause sono diverse, ma il denominatore comune è una programmazione inadeguata. Al 1° gennaio 2025 mancavano oltre 5.700 medici di medicina generale e i pensionamenti dei prossimi anni aggraveranno il quadro. Per i pediatri di libera scelta la caren-

za stimata è di quasi 500 professionisti, per l'80% in Lombardia, Piemonte e Veneto. Non basta aumentare laureati o borse di studio: bisogna rendere di nuovo attrattive medicina generale e pediatria di famiglia, migliorando condizioni di lavoro, prospettive professionali e modelli organizzativi.

Come si può rendere nuovamente attrattivo il Servizio sanitario nazionale?

Serve una strategia complessiva che rimetta il capitale umano al centro: programmazione dei fabbisogni, assunzioni, contratti competitivi, percorsi di carriera, meno burocrazia, maggiore sicurezza e investimenti nella formazione. Possiamo costruire nuove strutture e acquistare tecnologie avanzate, ma senza professionisti motivati nessuna riforma produrrà risultati. Il futuro della sanità pubblica dipende, prima di tutto, dalle persone che ogni giorno la fanno funzionare.

Le disuguaglianze territoriali restano profonde. Quanto pesa per l'Italia avere 21 sistemi sanitari regionali?

Moltissimo. I divari riguardano tempi di attesa, disponibilità di personale, qualità dei servizi, mobilità sanitaria e rinuncia alle cure. Emblematici i dati sugli screening oncologici: per mammella e cervice uterina l'adesione supera il 61% nelle regioni del Nord, mentre nel Sud si ferma, rispettivamente, al 34% e al 37%. Per il colon-retto si passa dal 46% al Nord al 18% al Sud, con il Centro in posizione intermedia. In questo quadro, l'autonomia differenziata rischia di ampliare i divari. Prima di trasferire nuove competenze alle Regioni, è indispensabile valutarne l'impatto su accesso ed equità e definire e finanziare i Livelli essenziali delle prestazioni (Lep). È una strada obbligata.

«Il Ssn fa fuggire i professionisti e poi li riacquista da gettonisti, pagandoli di più. I 21 sistemi sanitari regionali? Disuguaglianze aumentate»



Nino Cartabellotta, presidente di Gimbe



Mancano 5.700 medici di famiglia, l'appello

«Presentatevi al corso, abbracciate la professione di medico di famiglia». È un appello accorato quello che la Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg) lancia ai giovani laureati in vista del 27 luglio, quando scadrà il termine per presentare la domanda di partecipazione al

concorso. I dottori di base sono attualmente circa 37mila e all'appello ne mancherebbero oltre 5.700. Una carenza destinata ad aggravarsi anche per i previsti pensionamenti, mentre le sfide da affrontare sono tante, a partire dal nuovo ruolo di questi professionisti nelle Case di comunità. Lo scorso anno sono

stati messi a bando circa 2.200 posti, ma si è registrato un fenomeno di forte calo delle domande di partecipazione in molte aree d'Italia.



Anelli non gradisce gli accordi «Alimentano la competizione ai danni della sanità meridionale»

● Le pre-intese promosse dal ministro Roberto Calderoli su materie previste costituzionalmente dall'autonomia differenziata allarmano i medici italiani. E così Filippo Anelli, presidente della Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), si schiera al fianco del governatore Antonio Decaro, condividendo i rischi della riforma: «Il presidente della Puglia ha ragione: in Sanità le pre-intese sull'autonomia differenziata rischiano di trasformare un'autonomia formalmente uguale per tutti in una competizione diseguale tra territori, sulla pelle dei pazienti del Sud. Per evitare questo rischio occorre rafforzare la capacità dello Stato di garantire l'unità del Servizio sanitario nazionale».

Cosa può succedere? Per Anelli c'è la possibilità di una Sanità a due velocità nel Paese: i territori «che dispongono di maggiori risorse economiche e di una più solida capacità organizzativa potranno investire ulteriormente nella salute, mentre quelle che già oggi incontrano maggiori difficoltà potrebbero vedere il divario ampliarsi». «Il rischio - specifica ancora il leader barese dei medici - è che il luogo di nascita o di residenza condizioni sempre più concretamente l'accesso alle cure e la qualità dell'assistenza. Vengono chiamati in causa direttamente l'articolo 3 della Costituzione, che affida alla Repubblica il compito di rimuovere gli ostacoli che limitano l'uguaglianza sostanziale dei cittadini, e l'articolo 32, che riconosce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività».

Oltre le critiche, c'è anche una *pars construens* che consegna al governo: «Non si tratta di limitare l'autonomia delle Regioni ma di renderla pienamente compatibile con l'universalità del diritto alla salute. Riteniamo che le pre-intese dovrebbero essere accompagnate da un sistema nazionale di perequazione, affidato al Ministero della Salute, capace di destinare risorse ai territori che presentano - postula con decisione - maggiori difficoltà nel garantire i diritti dei cittadini. Un vero 'Fondo per l'Uguaglianza nella Salute', finalizzato a ridurre progressivamente i divari territoriali. Non è sufficiente stabilire quali prestazioni debbano essere assicurate: occorre garantire che tutte le Regioni dispongano delle condizioni organizzative, professionali e finanziarie necessarie per erogarle in modo uniforme. Solo così l'uguaglianza sostanziale prevista dalla Costituzione può diventare una realtà concreta». La conclusione di Anelli: «La Repubblica ha il dovere di assicurare che ogni cittadino, indipendentemente dalla Regione in cui vive, possa ricevere la stessa tutela della salute. È questa la sfida che attende il nostro Servizio sanitario nazionale nei prossimi anni».

[mdf]



FNUMCEO Il presidente nazionale Filippo Anelli



LUGLIO 2030: SE VUOI CURARTI AL SUD CON I MEDICI PAGATI DI PIÙ IN LOMBARDIA PUÒ SOLO METTERTI IN VIAGGIO VERSO IL NORD

di LINO PATRUNO

Gli dicevano sempre: ma quando ti decidi a farti fare un controllo? Lo scorso 30 marzo Antonio ha compiuto cinquant'anni: non la fine della vita, ma il momento giusto per una serie di esami. Abita a Bari, ci sono vari ospedali oltre il Policlinico, potrebbe non rivolgersi altrove. Ma come si fa? Ormai la maggior parte dei medici pugliesi se ne sono andati al Nord, soprattutto Lombardia e Veneto. Tu potevi stare a fare tutti i discorsi che volevi, ma non ci si può mettere nei panni degli altri. Dopo aver ottenuto l'autonomia, quelle due regioni hanno aumentato gli stipendi per il personale sanitario come si immaginava. Così alla loro attrazione non si poteva resistere, medici e infermieri li hanno assunti tutti loro.

In Puglia, in Basilicata e in buona parte del Sud sono rimasti solo quelli in età da pensione. Quelli appena usciti dall'università sono partiti il giorno dopo la laurea. Quelli mancanti per le esigenze del territorio li si è fatti venire un po' dalla Romania o dall'Albania, ma non è la stessa cosa.

Non è la stessa fiducia, con tutto il rispetto. Neanche la stessa lingua.

Ma anche i pazienti. Già la sanità del Sud era finanziata meno di quella del Centro Nord. E già c'erano i viaggi della speranza. Ma ora sono diventati i viaggi della normalità per curarsi. Offerta unica. Ora davvero essere nati al Sud è una maledizione. Quelle regioni, grazie a questa migrazione di massa di malati dal Sud, hanno potuto anche abbassare il costo delle loro prestazioni: una ecografia in clinica privata da loro è fatta pagare la metà, che fai, resti a Bari o a Matera o dove altro? Anche con questo esodo negli anni prima solo temuto, hanno potuto prendere più Tac e Risonanze di quelle che già avevano in più. E più ospedali, se qualche privato voleva investire lo ha fatto da loro. Al Sud ora ti puoi curare al massimo qualche faringite o fare i massaggi per la lombaggine. Tutto il resto? Al

Nord.

Così anche Antonio. Poi, sai, andare a ricoverarsi al

Nord significa anche spese se un familiare ti accompagna. Significa disagio del viaggio.

Significa parenti che ti chiamano e vogliono notizie. Significa i momenti più delicati nelle condizioni psicologiche peggiori. E poi se hai i soldi. Ma se non puoi muoverti perché non ce la fai, ti curi meno o non ti curi. Basta ora sentire i racconti in giro. Eppure ci erano stati al Sud gli allarmi: se date l'autonomia nella sanità, è la fine del servizio sanitario nazionale, è la fine della sanità uguale per tutti. Le regioni più ricche potranno curare ancora meglio di quelle più povere.

Anche la Corte costituzionale lo aveva detto: fermatevi altrimenti non ci sarà più un Paese unito. E anche l'Ufficio parlamentare di bilancio, che rappresenta tutti i partiti, maggioranza e opposizione. Non c'è nessun motivo valido per questa autonomia. Significa solo voler fare un'Italia di serie A e una di serie B. Un'Italia e una diversamente Italia. Non un'Italia che funziona meglio.

C'era stato (qualcuno lo ricorda) il presidente della Regione Puglia che aveva lanciato l'allarme per salvare la sanità al Sud. Aveva aggiunto che, più che autonomia, era secessione: stare nella stessa Italia ma con diritti diversi.

Sei del Sud? Ti puoi curare di meno, oppure vattene al Nord. Ma non si era detto che nulla sarebbe stato concesso al Nord senza riconoscere prima i bisogni mai calcolati del Sud? Sì, quella sulla sanità doveva essere una <pre-intesa>, poi se ne parla. Però mai era avvenuto nella storia d'Italia che su un privilegio (fra i tantissimi) concesso al Nord si fosse tornati indietro. E non è avvenuto neanche questa volta. Né altre Regioni del Sud hanno capito cosa sarebbe successo: erano di centrodestra e Decaro era di centrosinistra. E' finita nella politica più che nell'interesse della gente. Magari erano convinte che Decaro esagerasse. Magari.

Che non fosse così, ora lo sa Antonio come un destino. Sta per partire, forse per Milano o per Verona. Non vorrebbe farlo, lo accompagnerà la moglie lasciando a casa i figli. Disagi e tristezza. E poi, andrà in posti che non conosce, hanno tutto ma non è tutto ciò che vorrebbe Antonio. Anche l'aria di casa può far guarire. Ma in questo luglio del 2030 non ha potuto più rinviare. Ha fatto il biglietto, fra qualche giorno anche lui prenderà quel treno dell'ingiustizia che da sempre spetta al Sud. Sei del Sud? E muori.



Lino Patruno



NON SOLO QUELLE INFETTIVE, MA LE CRONICHE

Le malattie della povertà non sono scomparse E le disparità crescono

FEDERICA PENNELLI

La mancanza di salute segue una geografia della povertà che si allarga: «Se un diabetico non ha soldi, ad esempio, non può seguire una dieta povera di carboidrati»

Le malattie della povertà non appartengono solo al passato. Tornano ad emergere nel mondo e dentro un'Europa attraversata da crisi abitativa, precarizzazione del lavoro, impoverimento e accesso sempre più diseguale alle cure. Non riguardano soltanto le malattie infettive, ma anche patologie croniche che restano senza presa in carico a causa della povertà unita alla difficoltà di accesso ai servizi pubblici.

Malattie e infodemia

«Negli oltre 70 paesi in cui siamo presenti, vediamo che il problema si sta aggravando in maniera esponenziale» dice Ettore Mazzanti, presidente di Medici senza frontiere (Msf) Italia. Questo aggravamento è legato soprattutto a due fattori: il primo è l'instabilità, con conflitti anche a bassa e media intensità «che distruggono sistemi sanitari e condizioni di vita».

Il secondo è il cambiamento climatico: «Prendiamo la Somalia: ha saltato quattro stagioni di piogge consecutive». Quando non piove, agricoltura e pastorizia collassano e le persone «perdono i mezzi di sostentamento e sono costrette a spostarsi per so-

pravvivere». Milioni di persone costrette a migrare all'interno del proprio paese o oltre confine, «vivendo spesso in condizioni precarie che favoriscono il diffondersi di malattie legate alla povertà e alla mancanza di accesso alle cure».

C'è poi un dato non trascurabile: «Stiamo vedendo il ritorno di patologie che pensavamo in parte superate — afferma Mazzanti — Credo che questo sia legato anche all'infodemia, cioè alla quantità enorme di informazioni, spesso contraddittorie o false, che circolano e che finiscono per minare la fiducia nella prevenzione e nei vaccini».

Nonostante il contesto di bassa incidenza nel nostro paese, secondo il sistema di sorveglianza dell'Istituto superiore di sanità, in Italia nel 2024 sono stati notificati 3.150 casi di tubercolosi, con un aumento dell'8,9 per cento rispetto all'anno precedente. Dopo il calo registrato durante la pandemia, i casi sono tornati a crescere per il quarto anno consecutivo.

Questa crescita è legata anche al fatto che, durante la pandemia, molte diagnosi sono state ritardate o non effettuate a causa della riduzione dell'accesso ai servizi sanitari e delle attività di screening. Negli anni successivi i casi «non intercettati» sono riemersi nei sistemi di sorveglianza, contribuendo all'odierno aumento. L'Associazione microbiologi clinici italiani, però, ha ribadito che la Tbc «non può essere considerata una malattia del passato». La diffusione della Tbc, infatti, resta fortemente legata a povertà, disuguaglianze e mancanza di accesso alle cure; colpendo soprattutto le persone più vulne-

rabili.

«Le malattie infettive sono meno diffuse di quello che potrebbe essere il sentire comune — dice Emanuele Longo, coordinatore delle attività mediche in Italia per Emergency — ma vediamo tante altre malattie legate alla povertà». Il problema è legato soprattutto alle patologie croniche, che l'indigenza acuisce perché «non ci si riesce a curare correttamente e con continuità, portando all'aggravamento dello stato di salute».

Negli ambulatori di Emergency «vediamo principalmente patologie croniche non curate. Le persone effettuano l'accesso al Ps per l'acuirsi della patologia, ma una volta uscite non sono agganciate al Ssn». Proprio in questi casi, l'ente lavora per far rientrare queste persone nelle maglie del sistema pubblico.

La mancanza di salute segue una geografia della povertà che si allarga a macchia d'olio in tutto il paese: «Se una persona diabetica non ha soldi, ad esempio, non potrà seguire una dieta povera di carboidrati»; perché economicamente è più oneroso e comporterà l'acuirsi della patologia. Anche per questo, il carico di lavoro di Emergency «è aumentato nel tempo, perché le disuguaglianze sociali e di salute aumentano». Lo conferma anche l'appello dell'associazione



Salutequità al ministero della Salute, che ha chiesto di inserire nel Piano nazionale della cronicità anche l'oncoematologia e la psoriasi.

Le disuguaglianze

Anche il presidente di Msf ricorda che uno dei temi centrali, in Italia, riguarda le persone in povertà che non riescono ad accedere alle cure di base. A Milano, infatti, hanno creato un modello integrato per la presa in carico delle persone senza dimora: «La fondazione Arca offre vitto e alloggio, noi garantiamo continuità di cura a persone che spesso non trovano accesso stabile al sistema sanitario». Ma le condizioni di vita influiscono an-

che sul ritorno delle infezioni sessualmente trasmissibili (Ist). Secondo gli ultimi dati del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc), nel 2024 gonorrea e sifilide hanno raggiunto livelli record in Europa, mentre la clamidia resta l'infezione più diffusa. I piani strategici globali sulla salute sessuale collegano questo aumento a una combinazione di vari fattori, tra cui la povertà, la bassa scolarizzazione e la carenza di programmi strutturati di educazione sessuale e affettiva; che creano barriere strutturali che si sommano alla riduzione generale dell'uso del preservativo.

L'aumento delle Ist rende ancora più evidente un paradosso: mentre i dati mostrano la necessità di rafforzare prevenzione, informazione e accesso ai servizi, il dibattito politico italiano continua a essere viziato da resistenze ideologiche e confessionali che ostacolano l'educazione sesso-affettiva nelle scuole.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In Italia nel 2024 sono stati notificati 3.150 casi di tubercolosi, in aumento dell'8,9 per cento sul 2023

FOTO ANSA



■ L'EMERGENZA SOCIALE In aumento gli omicidi-suicidi Piccolo mondo fragile Gli anziani lasciati soli davanti alla via d'uscita

di GIOVANNA GUECI

Una tragedia che lascia poco spazio ai dubbi. Gli accertamenti, le testimonianze dei vicini e il ritrovamento in casa di un testo scritto con le ultime volontà parlano anche stavolta di omicidio-suicidio. Un caso, quello che si è consumato all'alba di sabato in un appartamento al quarto piano di un condominio in via Shakespeare, zona Corticella, alla periferia di Bologna, simile ad altri episodi anche recenti. Roberto Rizzoli, 81 anni, avrebbe ucciso nel sonno con due colpi di pistola (detenuta regolarmente), la moglie, Gianna Galletti, 86 anni. Poi si è spostato in un'altra stanza per spararsi un terzo colpo, anche per lui letale.

La tragedia familiare, dai primi riscontri, sarebbe legata alle gravi condizioni di salute della donna. I due corpi senza vita sono stati scoperti intorno alle 6.30 dai vicini di pianerottolo, insospettiti prima da alcuni rumori e poi dalla porta di casa trovata socchiusa. Un gesto, questo, forse dello stesso 81enne, per non ostacolare l'intervento delle forze dell'ordine e il ritrovamento. In casa è stato trovato un biglietto di addio, con le ultime volontà dell'uomo e alcuni

forse, il desiderio di farla finita, non è chiaro se maturato dall'uomo o da entrambi i coniugi.

Sulle vittime sarà comunque eseguita l'autopsia. L'incarico è stato conferito a un medico legale dalla pm di turno, Francesca Arienti.

La morte dei due coniugi, che non avevano figli, ha sconvolto gli abitanti del palazzo dove abitavano da più di 20 anni e dove «il signor Ro-

berto» si dava molto da fare anche per la pulizia e la cura degli spazi comuni. La coppia è stata descritta come molto unita e priva di contrasti, «persone d'oro, sempre così gentili». Appena la scorsa settimana, all'ospedale Versilia, a Lido di Camaiore (Lucca), Franco Rossi, 86 anni, ha ucciso accoltellandola l'ex moglie, Myria Dini, 67 anni, per poi togliersi la vita, lanciandosi da una finestra del terzo piano della stessa struttura sanitaria. Qui la donna era ricoverata nel reparto di Riabilitazione per gravi problematiche neurologiche.

Tragedie fotocopia che aprono a quesiti che vanno oltre il singolo caso di cronaca. Perché, al di là del nome e della località, il comune denominatore è la malattia - o le malattie - associate all'età avanzata, dunque al rischio di solitudine e di inadegua-

riferimenti al testamento. Una circostanza che confermerebbe un quadro di sofferenza legato alla grave malattia che da qualche tempo aveva colpito la 86enne. Da qui,



tezza economica.

«I nostri sistemi sanitari e di assistenza territoriale pubblica devono attrezzarsi per dare una risposta ai nuovi bisogni, più articolati e numerosi», spiega a L'Altravoce il dottor Stefano Giordani, medico oncologo, già responsabile della Oncologia territoriale AUSL di Bologna e attualmente Direttore scientifico dell'Associazione Onconauti: «Ciò

che il Ssn fatica a gestire - aggiunge - è il sovrapporsi delle cronicità di malattia alla fragilità psico-sociale. Quando una persona si ammalata, soprattutto se anziana, quella malattia si aggiunge spesso a episodi pregressi di altre patologie croniche, come ad esempio una cardiopatia o una patologia neurologica od osteomuscolare. Rispetto a questi casi, intervenire come fa oggi il Ssn - ossia separatamente per ciascuna patologia - richiede enormi risorse, anche da parte delle famiglie». Tenuto conto, va sottolineato, che ormai quasi un quarto della spesa sanitaria è sostenuta dal singolo o dalla famiglia, a fron-

te però di molte persone, quelle più fragili, che non possono contare su un'assistenza di prossimità o su redditi sufficienti.

«Il passaggio è epocale - prosegue Giordani - ed è quello che va dall'assistenza medica centrata sulla malattia, ormai insostenibile soprattutto negli anziani, alla presa in carico della persona. In più, vanno fatti investimenti, peraltro già previsti nel Piano Nazionale della Prevenzione, per incentivare stili di vita che funzionano come prevenzione e rallentamento della cronicità».

Questi nuovi bisogni richiedono investimenti sugli strumenti più adeguati. «I due grandi interventi che occorre accelerare sono, da un lato, sul versante della telemedicina, con team di professionisti che dialogano tra loro e intercettano meglio anche i bisogni assistenziali di ogni paziente, dall'altro sull'aumento di risorse destinate al Terzo settore. Con regole chiare, certo, ma il Ssn deve aprirsi di più al volontariato, che va visto non più come semplice erogatore di benefi-

cenza ma come partner indispensabile, in possesso proprio delle soft skill adeguate a far sentire meno soli il malato e i suoi familiari». Una sinergia già sperimentata e ben riuscita, quella tra sanità territoriale pubblica e Terzo settore, attraverso proprio l'associazione Onconauti di Bologna, che nell'ambito della Rete Oncologica Metropolitana, grazie ai propri Centri di Terapie Integrate, dà il proprio contributo a una presa in carico dei bisogni della persona la più completa possibile.

PAURA DI VIVERE

*A Bologna 81enne
ha ammazzato
la moglie malata
poi si è ucciso
Una tragedia simile
anche in Versilia*

IL FENOMENO

*Giordani, oncologo:
la persona va presa
in carico al 100%
serve investire di più
su telemedicina
e Terzo Settore*



IL MAL DI VIVERE Per gli anziani la solitudine e la paura di dover affrontare la malattia propria o del coniuge diventano sempre più spesso un peso insostenibile: una vera e propria emergenza sociale



Reintegro dei medici no vax il Quirinale accende un faro

Il Colle ha chiesto
informazioni sulla norma
che permette il ritorno
in servizio dei radiati
durante l'emergenza Covid

di **MICHELE BOCCI**

Il Quirinale punta il faro sull'emendamento che permette il reintegro dei professionisti della sanità radiati nel corso della pandemia perché sostenitori di posizioni antiscientifiche. Il Colle avrebbe già contattato il ministero alla Salute, per chiedere informazioni sulla norma e su quale sia la posizione della struttura guidata da Orazio Schillaci. L'approvazione dell'articolo, aggiunto alla legge delega di riforma delle professioni sanitarie, ha fatto esplodere grandi polemiche da parte degli Ordini dei medici, dell'opposizione, e anche da tanti lavoratori della sanità.

Ancora una volta, come in tutte le occasioni nelle quali si affrontano questioni legate ai vaccini, il ministero vive giornate complicate. A giugno, infatti, avrebbe espresso parere contrario, insieme al ministero alla Giustizia con il quale ha chiesto di fare delle modifiche al testo, all'emendamento presentato da Alice Buonguerrieri di FdI in Commissione Affari sociali alla Camera.

Il 14 luglio scorso, quando la riscrittura è stata presentata in Commissione, è arrivato il via libera, ma non da Schillaci, bensì da Marcello Gemmato, il sottosegretario-farmacista di FdI, che ormai da molto tempo ha rapporti difficili col ministro. «Il sottosegretario esprime parere

conforme alla relatrice», sancisce nel resoconto della seduta della Commissione. A questo punto, solo un intervento del Quirinale, che non può essere escluso, bloccherebbe il nuovo articolo inserito nella legge delega.

Il testo è stato attaccato perché viene considerato un colpo di spugna. Il presidente della Federazione degli Ordini dei medici, Filippo Anelli, ha parlato di «sconcerto e delusione» da parte della categoria: «Così ci delegittimano». Tra l'altro, se l'emendamento passerà avrà effetti su poche persone, quindi sembra essere stato pensato solo per sostenere un principio.

Sono infatti in tutto una ventina i professionisti sanitari radiati negli anni del Covid, tra i quali cinque medici. Altri (e in questo caso i dottori sono una trentina) aspettano che sulla loro posizione si pronunci la Cceps, la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, cioè il secondo grado di giudizio. Nell'attesa, prevedono le procedure che la radiazione decisa in primo grado sia sospesa. Quindi chi si trova in quel "limbo", a leggere il testo, non potrebbe fare ricorso perché di fatto non è ancora oggetto di un provvedimento disciplinare.

«I sanitari radiati dall'Albo per fatti non dolosi - dice infatti l'emendamento riferendosi agli anni della pandemia - che sono diretta conseguenza della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, della

scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare e del minore grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza (tutta questa parte è stata cambiata su richiesta del ministero della Giustizia, ndr), possono chiedere la reinscrizione alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie». Altro aspetto non chiaro è che, ha scritto la Commissione, «l'istanza di reinscrizione deve essere proposta entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione». Quindi coloro per i quali il secondo grado di giudizio si concludesse mesi dopo l'approvazione del testo non potrebbero fare ricorso. I dubbi verrebbero spazzati via se il Quirinale decidesse d'intervenire per bloccare l'emendamento.



GIUSTIZIA

Per i danni futuri coperte le cure in cliniche private

Sì al risarcimento delle cure per la persona danneggiata anche quando sceglie la sanità privata. Per la Cassazione, infatti, non c'è l'obbligo di rivolgersi alle strutture pubbliche.

Codrino e Hazan — a pag. 26

Responsabilità civile

Danni futuri, sì al risarcimento dei costi di cura in strutture private

Le prestazioni devono essere
necessarie o utili e la scelta
giustificata dal caso concreto

Non occorre munirsi
della prescrizione
di un medico del Ssn

**Andrea Codrino
Maurizio Hazan**

La persona danneggiata – che abbia subito lesioni fisiche e necessità di prestazioni sanitarie – non è costretta a rivolgersi alla sanità pubblica per le cure. E, quando opti per l'assistenza privata, i costi sostenuti integrano di norma un danno risarcibile, purché si tratti di prestazioni necessarie o comunque utili e la scelta risulti ragionevolmente giustificata dalle circostanze del caso concreto. L'obbligo al risarcimento può però contestare questo danno, dimostrando che il maggior costo per le cure private sia una spesa superflua, evitabile con l'ordinaria diligenza perché sostituibile, senza sacrifici apprezzabili, con prestazioni equivalenti disponibili presso il servizio sanitario pubblico o convenzionato.

Lo ha stabilito la Cassazione che, con l'ordinanza 16925 del 29 maggio 2026, è tornata sul tema del risarcimento del danno patrimoniale futuro per spese di cura.

Il caso e la decisione

Nel caso di responsabilità sanitaria ora esaminato dalla Cassazione, il ricorrente lamentava la mancata liquidazione, da parte della Corte d'appello, delle spese future necessarie per le protesi, richieste a seguito dell'amputazione di un arto, sul presupposto che non fosse stata prodotta una prescrizione del Servizio sanitario nazionale né dimostrata l'impossibilità di ottenere gratuitamente prestazioni equivalenti.

Secondo il giudice di merito, la possibilità di accedere alle prestazioni pubbliche impediva il riconoscimento dei costi prospettati, rite-



nendo che il danneggiato non avesse fornito la prova della necessità di ricorrere a cure diverse da quelle messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale.

La Suprema corte ha cassato la decisione, ribadendo che i costi sostenuti – o destinati a essere sostenuti – per il trattamento delle conseguenze di un illecito sono, in linea di principio, integralmente risarcibili anche quando riguardino prestazioni private o tecnologicamente più avanzate rispetto a quelle offerte dal Servizio sanitario nazionale. Non esiste, infatti, l'obbligo per il danneggiato di rivolgersi al sistema pubblico, né la prescrizione di un medico del Ssn costituisce condizione per il riconoscimento del diritto al risarcimento.

L'astratta possibilità di poter fruire di prestazioni pubbliche, inoltre, non è da sola sufficiente ad escludere il risarcimento per spese di cura, a meno che il responsabile dimostri che il maggior costo era concretamente evitabile mediante il ricorso a prestazioni equivalenti, tempestivamente accessibili e prive di apprezzabili sacrifici per il danneggiato in base all'articolo 1227, comma 2, del Codice civile.

L'ordinanza rafforza il principio già affermato dalla Cassazione nella sentenza 29308/2023, richiamata nell'ordinanza stessa. A differenza del precedente del 2023, tuttavia, la Suprema corte ha chiarito che spetta al danneggiante dimostrare la concreta evitabilità della maggiore spesa e non al danneggiato provare l'impossibilità di ri-

correre al servizio pubblico.

Rc auto

Se il principio pare quindi consolidato nell'ambito della responsabilità civile in generale, nella Rc automobilistica, una disposizione di settore (articolo 334 del Codice delle assicurazioni private, Dlgs 209/2005) potrebbe portare a conclusioni parzialmente diverse. Questa norma prevede infatti che il 10,5% dei premi della Rc auto sia destinato al Servizio sanitario nazionale per finanziare le prestazioni erogate alle vittime della strada e per escludere le azioni di rivalsa spettanti alle Regioni e agli altri enti del Ssn nei confronti del responsabile civile e del suo assicuratore.

La Cassazione in passato (sentenza 24289/2017) ha già evidenziato che questo meccanismo realizza un equilibrio di sistema: da un lato finanzia le prestazioni rese dal servizio pubblico, dall'altro esclude che quest'ultimo possa rivalersi sul responsabile del sinistro.

La disciplina sembra dunque presupporre che, nella normalità dei casi di Rc auto, il danneggiato si dovrebbe rivolgere in via preferenziale al Servizio sanitario nazionale. Altrimenti – e ipotizzando, per assurdo, un generalizzato ricorso alle strutture private o a dispositivi integralmente acquistati sul mercato – il contributo previsto dall'articolo 334 del Codice delle assicurazioni private perderebbe gran parte della propria funzione economica.

Ciò non significa, naturalmente, che il ricorso a prestazioni private o

a protesi tecnologicamente più avanzate debba essere escluso. La stessa giurisprudenza di legittimità riconosce appunto che le prestazioni "alternative" possono essere integralmente risarcite quando la loro scelta sia giustificata dalle circostanze concrete.

Rimane tuttavia aperto il tema del coordinamento tra questo principio e la disciplina pubblicistica del finanziamento del Ssn. È una questione che la Cassazione non ha mai espressamente affrontato e che potrebbe assumere rilievo anche sotto il profilo del riparto degli oneri probatori, soprattutto nei casi in cui il responsabile invochi l'applicazione dell'articolo 1227, comma 2, del Codice civile facendo leva proprio sull'esistenza di prestazioni equivalenti erogabili dal servizio pubblico a cui il sistema normativo della Rc auto guarda come opzione, se non preferita, almeno "naturale".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da valutare l'applicabilità ai danni da circolazione stradale, visto il prelievo sui premi a favore della sanità pubblica



ANALISI Dalle ricerche emerge il peso sulla longevità di reddito, patrimonio, istruzione, lavoro, abitazione e accesso alle cure

La vecchiaia non è uguale per tutti La scienza misura le disuguaglianze

ROBERTO PETRINI

La vecchiaia non è uguale per tutti. I ricchi invecchiano meglio e vivono di più, i poveri vivono meno e invecchiano peggio. La saggezza popolare, in qualche modo, aveva già intuito questa drammatica verità. Oggi però la comunità scientifica – riunita nei giorni scorsi a Venezia per iniziativa della Fondazione Giorgio Cini in un progetto guidato dal suo direttore scientifico ed ex ministro dell'Economia, Daniele Franco – ha compiuto un passo in avanti decisivo nel misurare dimensioni e cause di quello che viene ormai definito il fenomeno delle *Inequalities in Longevity*.

Il simposio di due giorni ha messo a fuoco un punto cruciale: non è soltanto il reddito a determinare quanto a lungo vivremo. L'aspettativa di vita dipende da un insieme di fattori che tendono a sommarsi nel corso dell'esistenza: patrimonio, livello di istruzione, condizioni di lavoro, qualità dell'abitazione, possibilità di accedere alle cure e, in alcuni casi, perfino le capacità cognitive misurate all'inizio della vita adulta.

La notizia più sorprendente arriva dalla ricerca presentata dall'economista Paul Bingley. Lo studio riguarda per ora la Danimarca, ma si basa su un campione enorme e altamente rappresentativo di circa 200mila uomini e donne seguiti attraverso i registri amministrativi nazionali. La conclusione è poco rassicurante: tra chi occupa il gradino più basso e chi quello più alto della scala socioeconomica il divario nell'aspettativa di vita raggiunge 24 anni. Un quarantenne appartenente al gruppo più privilegiato può aspettarsi di vivere quasi fino a novant'anni, mentre chi si trova all'estremo opposto della scala sociale deve fare i conti con una prospettiva di vita molto più breve. Il dato più innovativo, tuttavia, non è soltanto la dimensione del divario. È il fatto che finora lo abbiamo probabilmente sottovalutato. Considerare un solo indicatore – il reddito oppure il titolo di studio – restituisce infatti un'immagine parziale. Secondo Bingley, quando si combinano tutti i principali fattori sociali emerge un miglioramento della longevità dal 50 al 150 per cento in più rispetto a quello misurato con gli strumenti

tradizionali. In altre parole, il peso delle disuguaglianze sociali sulla durata della vita è molto maggiore di quanto ritenuto finora.

Questo significa che anche stime spesso citate dalle istituzioni europee rischiano di cogliere soltanto una parte del fenomeno. Ad esempio, la Commissione europea ricorda che un sessantacinquenne con un titolo universitario vive mediamente 1,6 anni in più rispetto a chi non ha completato la scuola secondaria superiore. È un dato importante, ma fotografa soltanto una delle dimensioni dello svantaggio sociale. Lo studio danese suggerisce che, considerando insieme istruzione, reddito, patrimonio e condizioni lavorative, il divario reale potrebbe essere molto più ampio.

L'invecchiamento, dunque, amplifica drammaticamente le disuguaglianze. E tra i fattori destinati a pesare sempre di più c'è il cambiamento climatico. Raya Muttarak, demografa dell'Università di Bologna, ha mostrato come il clima non colpisca tutti allo stesso modo, ma accentui le differenze sociali già esistenti. Oggi si continua a morire più per il freddo che per il caldo, ma il riscaldamento globale sta rapidamente modificando questo equilibrio. Le ondate di calore diventeranno sempre più letali e faranno emergere nuove forme di disuguaglianza. Anche il luogo di



lavoro diventerà un fattore decisivo. Chi trascorre l'estate in un ufficio climatizzato o può lavorare da casa affronta rischi molto diversi rispetto a chi passa le giornate nei campi, nei cantieri o sulle strade. L'aria condizionata diventa così il simbolo di qualcosa di più profondo: la diversa capacità di proteggersi dal caldo. Non contano soltanto la temperatura o la latitudine, ma anche la qualità della casa, il reddito, l'accesso ai servizi sanitari e le condizioni di lavoro. È facile immaginare che questo tema entrerà presto anche nell'agenda sindacale.

La relazione di Muttarak sfata inoltre un luogo comune duro a morire: quello secondo cui gli immigrati provenienti da paesi più caldi sarebbero naturalmente più resistenti alle alte temperature e quindi più adatti ai lavori agricoli o all'edilizia. I dati raccontano una storia diversa. La maggiore vulnerabilità dei migranti non dipende da fattori biologici o genetici, ma dal fatto che lavorano spesso nei campi o nei cantieri. Che fare? Fabiana Pierini, della Commissione europea, avverte che la risposta non può limitarsi ad aumentare au-

tomaticamente l'età pensionabile. Chi appartiene ai gruppi sociali più svantaggiati vive mediamente meno e rischierebbe così di lavorare più a lungo per godere della pensione per un numero inferiore di anni rispetto ai più abbienti. Per questo, sostiene la Commissione, servono pensioni minime più solide, maggiore tutela delle carriere discontinue e un rafforzamento della previdenza complementare.

Il messaggio che emerge dal convegno – cui hanno partecipato anche la ex ministra del Lavoro Elsa Fornero, economisti come Gregorio De Felice e clinici come Francesco Landi – è però ancora più ampio. Non basta intervenire sulle pensioni. Se si vuole ridurre davvero il divario nella longevità occorre agire sulle cause che lo producono: istruzione, qualità del lavoro, condizioni abitative, accesso alla sanità e più in generale sulle disuguaglianze sociali. Una metrica che l'economista di Ca' Foscari Agar Brugiavini ha già sintetizzato in un nuovo indice: l'*Active Ageing Index*.

Daniele Franco, che nella sua carriera è stato direttore generale della Banca d'Italia, Ragioniere generale dello Stato e ministro dell'Economia nel governo Draghi, parla apertamente di una "sfida". E i dati che ha richiamato nella relazione introduttiva ne mostrano con chiarezza la dimensione etica. Secondo le indagini dell'Istituto Superiore di Sanità, la percentuale di anziani che hanno rinuncia-

to almeno una volta a una visita o a un esame di cui avevano bisogno raggiunge il 40 per cento tra le fasce economicamente disagiate. È un segnale che dimostra quanto le disuguaglianze incidano sulla possibilità di curarsi.

Il tema, ormai, è sul tavolo. E la domanda che pone riguarda tutti: bisogna evitare che la longevità – che è una grande conquista dell'umanità – diventi sempre più un privilegio sociale. Il vero problema non è soltanto vivere più a lungo, ma fare in modo che gli anni di vita guadagnati non diventino l'ennesimo dividendo della disuguaglianza. Le analisi e le indicazioni fornite nella conferenza della Fondazione Cini mostrano che si può fare molto per limitare questo rischio, a livello nazionale e internazionale, ma bisogna innanzi tutto avere consapevolezza del problema.

Gli studi confermano ciò che la saggezza popolare aveva intuito: i ricchi vivono più a lungo e invecchiano meglio, mentre i poveri vivono meno e invecchiano peggio

Un'indagine condotta su 200mila persone in Danimarca mostra che tra gli estremi della scala socioeconomica il divario nell'aspettativa di vita arriva a 24 anni. Ridurre la distanza richiede interventi a tutti i livelli

Se si vuole limitare lo squilibrio nella longevità occorre agire sulle sue cause. Una utile metrica per misurare i progressi è l'*Active Ageing Index* proposto da Agar Brugiavini, economista dell'Università Ca' Foscari



«La longevità, che è una grande conquista dell'umanità, non deve diventare un privilegio sociale»

/Foto Icp



Dalla fiction tv americana lo sguardo su uno scenario reso possibile dall'IA LA PERICOLOSA ILLUSIONE DELL'ALGORITMO IN GRADO DI "RISUSCITARE" I PROPRI CARI

ROBERTA D'ANGELO

Emergono molte realtà dalle serie televisive americane, che anticipano – come da sempre, dalle mode alle rivoluzioni – la diffusione nel Vecchio Continente. Modifiche culturali più o meno dirompenti, che l'Europa più riflessiva digerisce lentamente, negli Stati Uniti hanno già prodotto i loro effetti. E come un tempo con i telefilm, oggi le serie riportano in anticipo per noi europei le conseguenze di scelte rilevanti. Basta pensare al Fentanyl nato per esigenze mediche e alle conseguenze che ha prodotto, ben visibili in molte fiction.

Da anni – altro esempio – la maternità surrogata viene praticata in America, ma mentre da noi si cercano soluzioni per non discriminare i bimbi nati da chi ricorre alla pratica vietata dal nostro Paese, le fiction raccontano storie strazianti di madri naturali che al momento del distacco fanno prevalere il proprio diritto a non "cedere" il neonato. O la tensione con cui le coppie seguono la gravidanza surrogata nel timore dei ripensamenti. O, al contrario, il rifiuto dell'ultimo momento dei genitori per conto terzi. O, peggio ancora, i molteplici

casi di coercizione di donne in difficoltà perché diventino madri in batteria. Se non giovani donne straniere rapite in base alle caratteristiche somatiche per soddisfare le richieste dei "clienti". Insomma, quello che da noi ancora qualcuno vorrebbe presentare come un gesto di solidarietà si è già rivelato – e da parecchio – un vero groviglio di violazioni e violenze psicologiche o fisiche.

Ma gli spugnosi Stati Uniti, che recepiscono, studiano ed elaborano in fretta i progressi della scienza e della tecnica, continuano a farsi travolgere dai fatti, in nome del progresso "first", pure senza regole. Così, mentre l'Italia e gli alleati dell'Unione cercano di superare i ritardi negli studi

sull'IA, nel Nuovo Mondo l'IA ha già pervaso le vite degli americani. E senza regolamentazioni, che per molti risultano odiose perché fanno di freno alla ricerca (e al profitto), si producono risultati che hanno dell'aberrante. Papa Leone XIV ha appena pubblicato la sua prima enciclica *Magnifica humanitas* per richiamare alla centralità della persona umana nelle sfide di oggi e di domani.

Il caso ancora non troppo diffuso della "risurrezione dei morti" può provocare qualche brivido. Nella seconda stagione (del 2025) della serie *Matlock*, dove la simpatica, intelligente e scaltra anziana protagonista cerca giustizia per la figlia morta, la curiosità e il comprensibile desiderio di rivederla e riascoltare la sua voce porta la saggia avvocatessa (che pure aveva trovato riprovevole la creazione della stessa app) ad avvalersi del programma che la mette in una sorta di videochiamata con la ragazza. Non solo: consapevole di trovarsi di fronte al prodotto di un algoritmo, nutrito da impostazioni decise e alimentate da lei stessa, Madeleine si rende conto di aver sviluppato una "dipendenza" dal prodotto, non meno tossica di quella che le aveva ucciso la figlia.

Dunque, la dipendenza. Qui sta uno dei diversi risvolti, che non è neppure il più grave. La necessità di continuare a frequentare il personaggio (non si può certo parlare di figlia ma dell'immagine creata dall'IA) non si sa dove può portare la madre in lutto. Perché – e questa è una delle denunce più inquietanti degli ultimi tempi – l'IA in vari casi già sta sfuggendo di mano agli "autori". Il personaggio che le parla offre consigli su come comportarsi con il figlio rimasto a crescere con i nonni. Consigli che nella vita reale potrebbero degenerare, come sta accadendo a vari algoritmi. E magari convincere l'utente a intraprendere sotto l'effetto di questa sorta di ipnosi strade che lo portano a parlare con una macchina. Oggi molti ragazzi si rifugiano in casa e si sentono gratificati dalle conver-



sazioni con il mondo virtuale, che viene plasmato in base alle proprie aspettative. Un genitore tende a forgiare il proprio figlio fin da bambino, anche immaginando un futuro brillante – perché no – sopra la media delle aspettative. Poi, per lo più, la realtà nella crescita apre prospettive diverse, più o meno rosee, ma che non modificano l'amore nei confronti del figlio, di cui col tempo si impara ad apprezzare l'unicità, e soprattutto a rendersi conto che è una persona libera e autonoma da noi. Nel caso degli amici e parenti morti, però, sembra di toccare il fondo. Che l'uomo nel corso della propria vita possa cercare di farsi Dio della sua porzione di storia non è una novità. Abbiamo ascoltato di recente un fuori onda del presidente cinese Xi

Jinping sulla possibilità di vivere fino a 150 anni nel corso di questo secolo, mentre il presidente russo Putin suggeriva la possibilità di continui trapianti di organi per un progressivo ringiovanimento biologico. Ma che ora si possa decidere di “risuscitare morti”, e per di più modificandoli a piacimento, scegliendo quali caratteristiche lasciar sviluppare al personaggio grazie alla preferenza delle informazioni immesse nel sistema, ebbene, qui si va ben oltre. Nel 1996 nasceva la pecora Dolly, il primo essere vivente clonato dalle cellule di una sua simile. E già Steven Spielberg nel 1993 aveva raccontato egregiamente in *Jurassic Park* come la situazione poteva passare il

confine. Dare agli umani la possibilità di “risuscitare morti” sembrerebbe un gradino in più. Da scendere, però, verso un fondo che potrebbe essere duro da risalire.



PRIMA IL DIRITTO DI SCEGLIERE COME ESSERE CURATI

GIULIA FACCHINI*

Nel suo articolo su *La Stampa*, Francesca Sforza riferisce che, con una decisione definita "storica", "fondamentale" e "di rottura", la Francia, dopo tre anni di un faticoso iter parlamentare, ha approvato la legge sul suicidio medicalmente assistito, che in Italia ancora non esiste nonostante i ripetuti richiami rivolti al legislatore dalla Corte costituzionale.

Non voglio entrare nel dibattito, notoriamente delicato, sul suicidio medicalmente assistito. Mi chiedo però se, prima ancora di discutere se riconoscere un nuovo diritto, non dovremmo domandarci perché milioni di cittadini non esercitino un diritto che già possiedono: quello di decidere anticipatamente come desiderano essere curati quando non saranno più in grado di esprimere la propria volontà.

Di qua e di là delle Alpi, restando al confronto con la Francia, esistono infatti da tempo norme sul testamento biologico che consentono ai cittadini di esprimere anticipatamente il proprio consenso o rifiuto informato rispetto ai trat-

tamenti sanitari. In Italia mi riferisco alla legge n. 219 del 2017; in Francia alla legge Claeys-Leonetti del 2016 sulle direttive anticipate di trattamento.

I dati disponibili sono difficili da ricostruire, sia in Italia sia in Francia. Risultano depositate nei rispettivi registri circa 278.000 DAT in Italia, raccolte attraverso i Comuni e confluite nella banca dati nazionale, e oltre 300.000 direttive anticipate in Francia attraverso il portale pubblico *Mon espace santé*. In entrambi i Paesi, tuttavia, manca ancora una fotografia realmente completa della diffusione di questo strumento.

Sono numeri modesti se rapportati alla popolazione dei due Paesi. Segno che il testamento biologico è ancora poco conosciuto o, forse, che molti preferiscono non confrontarsi con un tema che riguarda tutti perché pensare alla morte significa pensare al "limite" che è un concetto quasi scomparso nella nostra società occidentale.

Eppure il testamento biologico non è affatto una richiesta di eutanasia. È lo strumento con cui una persona può indicare quali trattamenti sanitari accetta o rifiuta, comunicare ai medici quali condizioni di vita ritiene ancora digni-

tose e quali non lo siano più, nominare un fiduciario che la rappresenti e consentire ai sanitari di rispettarne la volontà, sempre nell'ambito del rapporto di cura previsto dalla legge.

Il punto, dunque, non è decidere di morire, ma decidere come essere curati quando non si sarà più in grado di scegliere. È una differenza sostanziale che troppo spesso, nel dibattito pubblico, viene dimenticata.

Decidere oggi come si vorrà essere curati domani oltre ad essere un fondamentale atto di auto responsabilità è anche un atto di responsabilità verso la propria famiglia. Quando il paziente non ha lasciato indicazioni, il peso delle decisioni ricade inevitabilmente sui suoi cari, che possono non conoscere la sua reale volontà, avere opinioni diverse o sentirsi moralmente responsabili della scelta.

Nella mia esperienza di avvocato familiarista ho visto fratelli litigare, figli dividersi, proprio nel momento della maggiore sofferenza di un anziano, perché nessuno sapeva davvero quale fosse la volontà della persona amata, o preferiva interpretarla a modo proprio. Il dolore rischia così di trasformarsi in un conflitto che avrebbe potuto essere evitato. —

*Avvocato familiarista



L'autismo «nascosto» delle ragazze

Viene definito *camouflaging* ed è tipico delle forme lievi
Consiste nello sforzo costante di apparire come gli altri,
mascherando però in questo modo i segnali del problema

di **Cristina Ravanelli**

L'autismo viene diagnosticato più frequentemente nei maschi, con un rapporto di tre a uno rispetto alle femmine. Ma una vasta indagine epidemiologica condotta in Svezia sta mettendo in discussione i dati. Lo studio, pubblicato sul *British Medical Journal*, ha analizzato per quasi 40 anni 2,7 milioni di persone, mostrando come il divario tra maschi e femmine si riduca con l'età, fino a scomparire tra gli adulti.

Una possibile spiegazione è rappresentata da quello che viene definito *camouflaging*, o «mascheramento dell'autismo», quel fenomeno tipico del mondo femminile che consiste nel nascondere le difficoltà attraverso uno sforzo intenzionale e continuo per apparire come tutti gli altri. Nelle bambine con una forma lieve, quella che non comporta una compromissione marcata del linguaggio o dell'autonomia, l'autismo può presentarsi così meno evidente. Molte volte queste bambine vengono considerate, fin da piccolissime, timide, perfezioniste o ansiose e, solo in età adulta, si scopre che dietro quel continuo sforzo di adattamento c'è una forma di autismo. Invisibili, silenziose, indossano una «maschera» per nascondere chi sono davvero. Alcune donne riferiscono di aver imparato il comportamento sociale osservando serie tv, film o libri: memorizzavano espressioni, battute e reazioni da utilizzare nelle situazioni quotidiane.

Come scrive Stefano Vicari, direttore della Neuropsichiatria dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, nel libro *Diversamente intelligenti* (Feltrinelli): «Non è finzione nel senso teatrale del termine. È piuttosto un adattamento quotidiano, un lavoro di cesello su gesti, espressioni, posture e tono della voce. Significa osservare gli altri e imitarli, trattenere movimenti che aiuterebbero a concentrarsi, preparare risposte che suonino appropriate, monitorare costantemente ciò che si sta mostrando di sé. Molte imparano a farlo già da bambini. È un apprendistato silenzioso, non insegnato, ma interiorizzato osservando le reazioni degli altri».

A confermare che le differenze tra maschi e femmine non sono soltanto comportamentali arrivano anche nuove evidenze biologiche. Gaia Novarino, neuroscienziata tra le più autorevoli nello studio dell'autismo e dei disturbi del neurosviluppo, ha recentemente pubblicato su *Nature* i risultati della ricerca *Cortical developmental dynamics in mouse models of autism spectrum disorder*, una delle più ampie mai realizzate sui meccanismi biologici dell'autismo. Lo studio ha analizzato 11 diversi modelli murini (topi da laboratorio geneticamente modificati o standardizzati a fini di ricerca scientifica, ndr) portatori di mutazioni genetiche associate ai disturbi dello spettro autistico, esaminando oltre 200 mila cellule cerebrali in differenti fasi dello sviluppo. L'obiettivo era comprendere come si forma e si organizza la corteccia cerebrale, la regione del cervello coinvolta in funzioni fonda-

mentali come linguaggio, apprendimento e memoria.

«Oggi sappiamo che la neurodivergenza ha una base genetica e che alcune caratteristiche individuali possono trasmettersi all'interno delle famiglie, seppure in modo complesso e imprevedibile. L'autismo non è una singola condizione, ma un insieme di condizioni diverse con basi biologiche articolate. Comprenderle è fondamentale per migliorare diagnosi e interventi», spiega Novarino.

Uno degli aspetti più interessanti emersi dal suo studio riguarda proprio le differenze tra i sessi. Poiché le mutazioni genetiche studiate sono presenti sia nei maschi sia nelle femmine, Gaia Novarino e il suo gruppo hanno voluto verificare se i loro effetti sullo sviluppo cerebrale fossero gli stessi. «Abbiamo osservato che le alterazioni genetiche non producono necessariamente gli stessi effetti nei due sessi. Nei topi femmina alcune anomalie dello sviluppo cerebrale sono risultate più marcate. In altre parole, le mutazioni di alcuni geni associati all'autismo possono avere conseguenze differenti, confermando l'esistenza di differenze biologiche». Risultati che evidenziano anche un limite storico. «Per molto tempo gli studi hanno privile-



giato il sesso maschile. Se da una parte esiste una certa cautela nel parlare di differenze cerebrali tra uomini e donne, dall'altra emerge chiaramente la necessità di farlo. È importante che i criteri diagnostici tengano conto delle specificità dei sessi, così da costruire percorsi terapeutici adeguati. Molte ragazze imparano presto a compensare le difficoltà; sappiamo, per esempio, che tendono a essere più socievoli e quindi a rientrare meno facilmente nei criteri diagnostici tradizionali perché per anni l'autismo è stato descritto so-

prattutto attraverso caratteristiche osservate nei maschi».

Una diagnosi corretta può fare una differenza enorme. Permette infatti di comprendere meglio il proprio funzionamento e di accedere a percorsi di supporto che altrimenti potrebbero non essere disponibili.

«Ricevo molte email da genitori di bambini autistici», racconta la professoressa. «Il mio consiglio è quello di rivolgersi a uno specialista e di valutare l'opportunità di eseguire analisi genetiche. Negli ultimi 15 anni è stata proprio

la genetica a consentire progressi straordinari in questo campo. Con il mio gruppo siamo riusciti a sviluppare modelli murini, partendo dalle informazioni ottenute dalla genetica umana. Ora, però, la ricerca sta entrando in una nuova fase: quella dello studio dell'interazione tra geni e ambiente. È sempre più evidente come la predisposizione biologica sia influenzata da fattori sociali, ambientali, stili di vita. Si tratta di un ulteriore livello di complessità, la prossima grande sfida che la comunità scientifica è chiamata ad affrontare».

Chi è



● Gaia Novarino è una neuroscienziata italiana riconosciuta a livello internazionale per gli studi sulle basi genetiche e biologiche dell'autismo e dei disturbi del neurosviluppo

● Dal 2013 dirige un laboratorio presso l'Institute of Science and Technology Austria (ISTA), a Klosterneuburg, vicino a Vienna

● Ha ricevuto numerosi riconoscimenti, tra cui un ERC Starting Grant (2016) e un ERC Consolidator Grant (2022) dal Consiglio europeo della ricerca

È un apprendistato silenzioso introiettato osservando le reazioni degli altri, anche nelle serie Tv



Le femmine tendono a essere più socievoli, ma così rientrano meno facilmente nei criteri diagnostici tradizionali che, per anni, sono stati stabiliti attraverso caratteristiche osservate nei maschi



Patto uomo-macchina per accelerare la crescita

Dal farmaceutico allo spazio, il connubio tra intelligenza umana e artificiale sta già dando frutti importanti. Solo così migliorerà la produttività delle aziende e ne beneficeranno anche gli Stati in termini di Prodotto interno lordo

Gianmario Verona *

Pensiamo a creare un prodotto non solo con la nostra creatività e le competenze del team che ci supporta, ma anche con l'ausilio di una macchina intelligente. Una macchina che riesca, per esempio, ad analizzare una mole di dati illeggibili dall'occhio umano per volume e varietà e che riesca a impiegarli in modo razionale e anche minimamente creativo attraverso testi, calcoli e grafica. Avere questo "agente" a disposizione - perché a tutti gli effetti di una macchina con intelligenza agentica si tratta - sarebbe metaforicamente come avere uno 007 nella soluzione di una spy story. Aumenterebbe cioè decisamente la nostra capacità di fare una buona innovazione. E, diciamolo, di innovazione il mondo di oggi ne ha bisogno a dismisura!

Anzitutto perché l'innovazione è l'unico motore economico della crescita - come ben dimostrano con i loro invidiabili studi a livello storico, statistico e addirittura matematico, i tre premi Nobel per l'economia dello scorso anno Aghion, Howitt e Mokyr. Ma perché poi l'innovazione fa aumentare vendite e profitti aziendali e quindi indirettamente è il principale contributore di Pil di settori e Paesi europei alla ricerca di una crescita che finanzia l'ingente de-

bito che oramai caratterizza quasi tutti. Ma soprattutto perché l'innovazione aiuta anche a risolvere i problemi della società a partire dal trovare nuove fonti di energia sostenibili, ad aumentare la nostra longevità, a permetterci di costruire qualche forma industriale nello spazio, ad esempio lunare, per ridurre l'inquinamento terrestre.

Ma questa combinazione uomo-macchina per fare innovazione è pura utopia o ci stiamo arrivando? In realtà l'era della superinnovazione, ovvero l'età dell'innovazione aumentata in cui intelligenza umana e artificiale si coniugano, è già qui. Pensiamo a quanto sta accadendo nel campo della ricerca pre-clinica del settore delle scienze della vita. La prima fase del processo di sviluppo di un farmaco fino a poco tempo fa impiegava diversi anni e portava a identificare composti che, nonostante le competenze di ricercatori e gli ingenti investimenti dedicati, venivano poi spesso rimbalzati in seguito alle fasi cliniche di sperimentazione con i pazienti. Perché senza l'ausilio di una macchina intelligente la ricerca biomedica è analoga al trovare un ago in un pagliaio con una luce fioca.

Oggi è invece possibile identifi-



care un target terapeutico anche attraverso l'impiego di organoidi (macro-cellule che riflettono il comportamento di interi organi come fegato e cervello), che vengono stimolati con composti innovativi frutto non solo dell'ingegno del team di ricercatori che li ha immaginati, ma progressivamente selezionati e affinati grazie anche all'ausilio essenziale di algoritmi digitali che permettono di chiarire le immagini prodotte da microscopi che leggono la materia a livello atomico e che consentono grazie alla loro capacità di calcolo e visualizzazione di escludere opzioni che sarebbero risultate fallimentari.

Ma i farmaci sono solo un esempio di quanto sta accadendo in tanti altri settori tecnico-scientifici, che vanno dalla robotica allo spazio e passano attra-

verso le industrie energetiche e della sicurezza.

Ovviamente non esistono pasti gratis e tutto ciò ha un costo. Un costo vivo legato all'acquisto della tecnologia, che però è il problema minore. Perché il vero costo è l'imparare a lavorare diversamente rispetto a quanto abbiamo fatto finora sia a livello individuale sia a livello aziendale. Il costo umano del non amare il cambio di routine nel lavoro quotidiano e quello organizzativo dell'inerzia che caratterizza le imprese che si nascondono dietro il "si è sempre fatto così" e il "non è stato inventato qui". Superare velocemente questi naturali scogli attraverso formazione e sistemi di incentivo aggiornati è la sola via per riaccendere in modo costruttivo la produttività delle imprese in Italia e in Europa, che di creatività e competenze pullula-

no, ma che devono ancora imparare a maturare un pieno gusto di tecnologia digitale da far calare nei loro processi.

La nuova realtà agentica dell'intelligenza artificiale è spesso vista in competizione con il contributo umano. Vediamo algoritmi di grafica che riducono il lavoro di agenzie, chatbot che riducono il lavoro di call center, la generative AI che rimpiazza i giovani assistenti in molte professioni. Parliamo invece molto meno di come in realtà la tecnologia digitale sia una naturale compagna della nostra capacità di innovazione. Questo cambio di prospettiva sarà fondamentale per finalmente far calare in modo produttivo la rivoluzione industriale in Italia e in Europa in questi anni affascinanti ma anche altamente complessi.

**Università Bocconi*

77%

IL VALORE

Le aziende che investono sulle persone oltre che sull'IA hanno il 77% di probabilità di creare valore significativo



L'OPINIONE

Abbracciare il cambiamento ha un costo
Quello vivo è legato all'acquisto della tecnologia, che però è il problema minore



I NUMERI

11%

La quota di aziende che già oggi si può dire "AI Leader"

79%

La fetta di imprese che continuerà a investire in IA anche in caso di recessione

7%

Il 95% delle imprese ha una strategia IA, solo il 7% già ritorni



L'OPINIONE

Il vero costo è l'imparare a lavorare diversamente rispetto a quanto fatto finora, sia a livello individuale che aziendale: bisogna vincere l'inerzia



I NUMERI

IN QUALI FUNZIONI ENTRA L'IA AGENTICA

Tecnologia o IT	66%
Operazioni	55%
Marketing e vendita	43%
Rischi, aspetti legali e conformità	38%
Finanza	36%
Risorse umane	34%

FONTE: KPMG GLOBAL AI PULSE



GIANMARIO VERONA
Fondazione Romeo ed Enrica Invernizzi
Professor of Innovation Management
Università Bocconi



La corsa al supercalcolo Italia quarta al mondo

Dalla transizione
energetica
alla ricerca
farmaceutica,
l'High Performance
Computing accelera
l'innovazione
e si afferma
come strategico

Vito de Ceglia

Progettare un farmaco, sviluppare una batteria, simulare un giacimento o una rete elettrica, testare un nuovo materiale. Attività molto diverse tra loro, accomunate oggi da un'unica tecnologia: il supercalcolo, o High Performance Computing (Hpc). Una tecnologia diventata strategica per l'industria e, sempre più, per la competitività economica dei Paesi. È questa evoluzione, ancora prima dell'esplosione dell'intelligenza artificiale (AI), ad alimentare una corsa mondiale agli investimenti.

Il mercato globale del supercalcolo valeva 58,2 miliardi di dollari nel 2025, secondo Hyperion Research, uno dei principali osservatori internazionali del settore Hpc. Ancora più dinamico è il segmento che integra supercalcolo e

intelligenza artificiale: qui il valore complessivo del mercato supera i 70 miliardi di dollari ed è destinato a sfiorare i 140 miliardi entro il 2030. Nel solo 2025 la crescita è stata del 17%, quasi il doppio del ritmo registrato prima dell'esplosione dell'AI generativa.

La dinamica del mercato riflette una trasformazione più profonda. Per anni il supercalcolo è rimasto confinato nei grandi centri di ricerca, oggi è entrato stabilmente nei processi di progettazione e sviluppo delle imprese, diventando uno strumento per ridurre i tempi della ricerca, contenere i costi dei prototipi e accelerare l'innovazione in un numero crescente di settori industriali.

Questa corsa agli investimenti si riflette anche nella geografia mondiale dell'Hpc. A misurare la capacità di supercalcolo dei diversi Paesi è la Top500, la classifica internazionale pubblicata due volte l'anno che censisce i 500 supercomputer più potenti del mondo. La graduatoria si basa sulle

prestazioni effettivamente raggiunte dai sistemi durante specifici test di calcolo (Rmax) ed esprime la potenza in TFlops (Teraflops), un'unità di misura pari a mille miliardi di operazioni matematiche al secondo.

Se si osserva la capacità di calcolo aggregata per continente emerge una competizione equilibrata. Nord America, Asia ed Europa concentrano infatti quasi tutta la potenza elaborativa presente nella Top500, con valori relativamente vicini: circa 7,19 milioni di TFlops per il Nord America, 5,64 milioni per l'Asia e 5,62 milioni per l'Europa.



Un equilibrio che nasconde però modelli di sviluppo profondamente diversi. Il Nord America concentra gran parte della propria capacità negli Stati Uniti, grazie a un ecosistema che integra grandi laboratori nazionali, università, Big Tech e industria. L'Asia punta invece su grandi programmi nazionali, trainati soprattutto da Cina e Giappone. L'Europa segue una logica differente: distribuisce la capacità di calcolo tra numerosi Paesi e infrastrutture, coordinandole anche attraverso EuroHpc, il programma dell'Ue dedicato allo sviluppo del supercalcolo.

Guardando ai singoli Stati, gli equilibri cambiano. Gli Stati Uniti rappresentano da soli oltre 7 milioni di TFlops (o Teraflops), pari a circa il 37,6% della capacità mondiale. Seguono la Cina, con 2,37 milioni di TFlops, e il Giappone, con 1,52 milioni. L'Italia conquista il quarto posto con circa 1,45 milioni di TFlops, davanti alla Germania (1,40 milioni), grazie alla presenza di infrastrutture Hpc tra le più avanzate a livello internazionale.

Tra queste spicca Hpc7 di Eni che, con oltre 571 PFlop/s di potenza sostenuta e 861 PFlops di picco, occupa il sesto posto nella TOP500 ed è oggi il più potente si-

stema di supercalcolo al mondo a uso industriale. Insieme a Hpc6, ottavo nella classifica mondiale, porta la capacità di calcolo complessiva della società oltre la soglia dell'Exascale, cioè oltre un Exaflop di potenza sostenuta, equivalente a oltre un miliardo di miliardi di operazioni matematiche complesse al secondo, confermando Eni tra i leader mondiali del supercalcolo industriale.

Al di là della classifica, il valore dell'Hpc si misura soprattutto nella sua capacità di accelerare l'innovazione. Simulazioni che fino a pochi anni fa richiedevano settimane in poche ore, consentendo di testare migliaia di configurazioni prima ancora di costruire un prototipo fisico. Un vantaggio competitivo che interessa un numero crescente di settori industriali.

Tra i principali campi di applicazione del supercalcolo c'è oggi il settore energetico. L'Hpc consente di analizzare il comportamento del sottosuolo, ottimizzare la gestione degli impianti, progettare nuovi materiali per batterie e celle fotovoltaiche ad alta efficienza, sviluppare sistemi per la cattura della CO2, migliorare la previsione della produzione da fonti rinno-

vabili attraverso modelli meteorologici sempre più sofisticati e studiare il comportamento del plasma nei reattori sperimentali per la fusione nucleare. Le applicazioni si estendono anche al settore farmaceutico: i sistemi Hpc vengono utilizzati per simulare l'interazione tra molecole, accelerando la scoperta di nuovi farmaci e riducendo il numero di sperimentazioni necessarie. Nell'industria automobilistica consentono di progettare motori, batterie e sistemi di sicurezza attraverso simulazioni sempre più accurate, limitando tempi e costi dei test. L'aerospazio utilizza il supercalcolo per modellare il comportamento aerodinamico di velivoli e satelliti, mentre la manifattura avanzata lo impiega per ottimizzare processi produttivi sempre più complessi.

TFLOPS

Il TFlops (Teraflops) è un'unità di misura pari a mille miliardi di operazioni matematiche al secondo utilizzata per i supercomputer

LA CLASSIFICA I PAESI LEADER DEL SUPERCALCOLO

STATO	SOMMA RMAX (TFlop/s)	STATO	SOMMA RMAX (TFlop/s)
Stati Uniti	7.038.946	Sudafrica	77.790
Cina	2.374.564	Polonia	71.915
Giappone	1.517.868	Russia	68.979
Italia	1.450.041	Danimarca	66.590
Germania	1.402.709	Australia	55.227
Sud Corea	605.504	Austria	47.836
Svizzera	450.299	Norvegia	41.452
Regno Unito	447.660	Kazakistan	38.410
Finlandia	424.581	Slovacchia	24.110
Francia	317.095	Thailandia	21.996
Olanda	291.308	Rep. Ceca	17.991
Arabia Saudita	265.343	Turchia	15.098
Spagna	221.873	Belgio	10.967
Taiwan	213.778	Islanda	10.530
Canada	153.010	Lussemburgo	10.520
Brasile	143.112	Slovenia	6.918
Emirati Arabi	141.761	Irlanda	6.697
Svezia	133.780	Argentina	5.390
India	121.234	Bulgaria	4.519
Singapore	120.998	Uzbekistan	4.448
Israele	108.810	Portogallo	4.017
Vietnam	86.860	Marocco	3.158
Grecia	85.690	Ungheria	3.105

FONTE: TOP500



L'OPINIONE

L'Europa distribuisce la capacità di calcolo tra numerosi Paesi e infrastrutture, coordinandole anche attraverso il programma dell'Ue, EuroHpc

58

IL MERCATO

Il mercato vale oltre 58 miliardi di dollari e continua a crescere grazie all'IA

LA SFIDA DEGLI OPERATORI

L'esplosione dell'intelligenza artificiale sta cambiando anche il mercato delle infrastrutture di calcolo. L'addestramento di modelli sempre più complessi richiede infatti una potenza elaborativa senza precedenti, alimentando la domanda di nuovi data center, server ad alte prestazioni e sistemi di supercalcolo. Secondo Gartner, nel 2025 la spesa mondiale per i sistemi destinati ai data center raggiungerà quasi 475 miliardi di dollari, con una crescita del 42,4% rispetto all'anno precedente, trainata soprattutto dai server ottimizzati per l'intelligenza artificiale. Ancora più marcata è la corsa dei grandi operatori del cloud. Le elaborazioni di Dell'Oro Group mostrano che Amazon, Google, Microsoft e Meta hanno aumentato del 76% gli investimenti in nuove infrastrutture di calcolo, contribuendo a una crescita del 57% della spesa mondiale per i data center. Una dinamica destinata a rafforzare ulteriormente il mercato del supercalcolo.



FIDIA, RICERCA SENZA CONFINI MA L'ITALIA RESTA LEADER

L'azienda di riferimento nell'acido ialuronico
compie 80 anni. Oggi è una multinazionale
da 538 milioni. Il presidente Carlo Pizzocaro:
«Dal salto negli Usa allo shopping,
alla sfida della medicina personalizzata»

di **ALESSIA CRUCIANI**

Ottant'anni e la voglia di crescere ancora. Fidia Farmaceutici celebra il traguardo con una nuova acquisizione, l'ottava negli ultimi cinque anni, confermando una strategia che ha trasformato quella che molti conoscono soprattutto per un marchio come Connettivina in uno dei campioni dell'industria farmaceutica italiana. Fondata nel 1946 a Bologna, un anno prima che nascesse la Nutella, e trasferita nel 1959 ad Abano Terme, oggi Fidia è leader mondiale nella ricerca, sviluppo e produzione di soluzioni a base di acido ialuronico. In ottant'anni l'azienda ha costruito oltre 1.500 brevetti, esporta in oltre 120 Paesi. Nel 2025 ha chiuso con ricavi per 538,3 milioni di euro (+5,5%), un Ebitda di oltre 110 milioni (+12,9%) e 41,7 milioni destinati a ricerca e sviluppo, in crescita del 42,3%. A questi si aggiungono oltre 300 milioni investiti negli ultimi cinque anni per acquisizioni che hanno ampliato il perimetro del gruppo dall'oftalmologia alla medicina rigenerativa, fino alle ultime operazioni in cardiologia e urologia. «La crescita non significa soltanto comprare aziende, ma continuare a sviluppare prodotti propri, perché è lì che si costruisce il futuro», dice il presidente e ad Carlo Pizzocaro.

Qual è stata la decisione che ha cambiato il destino di Fidia? E quale spera venga ricordata in futuro?

«La svolta è stata l'internazionalizzazione. Nel 2011 il nostro distributore americano acquistò un concorrente e fu costretto a restituirci i diritti di un prodotto che valeva oltre 60 milioni di fatturato. Decidemmo di rischiare, aprendo una nostra filiale negli Stati Uniti. Oggi ne abbiamo

le recidive del tumore alla vescica. E il prodotto che potrebbe rappresentare una nuova svolta».

Si associa l'acido ialuronico spesso alla cosmetica. Ma è molto di più.

«Noi siamo stati pionieri: il primo prodotto è del 1963. Da allora abbiamo continuato a svilupparne applicazioni nuove. Un grammo di acido ialuronico richiama fino a tre litri d'acqua e per questo è straordinario anche in cosmetica, ma la parte più importante è quella farmaceutica. È un materiale biologico estremamente versatile. Oggi siamo leader mondiali nella viscosupplementazione, l'iniezione intrarticolare di acido ialuronico nelle articolazioni colpite da artrosi. In pratica sostituisce e integra il liquido sinoviale, lubrifica l'articolazione e rallenta la fisiologica progressione del danno cartilagineo. Una siringa su quattro utilizzata nel mondo per questo trattamento è prodotta da Fidia. Ma non basta: stiamo lavorando anche su coniugazioni tra acido ialuronico e farmaci antitumorali».

Quanto investirete in ricerca?

17 nel mondo e presto arriverà la diciottesima. Per il futuro, invece, spero venga ricordato il primo farmaco interamente sviluppato dalla nostra ricerca: Oncofid, per



«Quest'anno arriveremo a circa 45 milioni di euro tra ricerca e sviluppo clinico. Per un'azienda con poco meno di 540 milioni di fatturato è uno sforzo importante. Molti preferiscono comprare prodotti già pronti. Noi vogliamo continuare anche a svilupparli. Le aziende che hanno più successo sono quelle che riescono a portare sul mercato innovazioni proprie».

Quanto tempo serve perché un'intuizione diventi un farmaco?

«L'intelligenza artificiale ci sta aiutando tantissimo ad accelerare la ricerca, perché permette di analizzare enormi quantità di dati e individuare bersagli terapeutici più rapidamente. Quello che mi disturba davvero è un altro aspetto: quando scopri che un prodotto funziona, sai già che passeranno comunque otto o dieci anni prima di vederlo sul mercato».

Avete realizzato numerose acquisizioni. Che cosa cercate?

«All'inizio realtà strettamente legate all'acido ialuronico: oftalmologia, medicina rigenerativa, tecnologie complemen-

tari. Poi abbiamo deciso di uscire anche dalla nostra zona di comfort. L'ultima acquisizione di prodotti da So.Se. Pharm rafforza la nostra presenza in cardiologia e urologia e ci permetterà di sviluppare nuovi mercati. Continueremo su questa strada anche nel 2027».

Produrre farmaci in Italia è ancora un vantaggio competitivo?

«Assolutamente sì. Abbiamo quattro stabilimenti e continuiamo a investire qui. L'Italia dispone di una delle migliori autorità regolatorie al mondo: il marchio Aifa rappresenta un vero sigillo di qualità anche sui mercati internazionali. Abbiamo competenze scientifiche e industriali difficili da trovare altrove. Credo che l'Italia possa continuare a essere un Paese leader».

Il contesto geopolitico, invece, quanto pesa?

«Meno di quanto si pensi. Durante la guerra in Ucraina ci siamo fermati per pochi mesi, poi il mercato è ripartito. Il farmaco è un settore anticiclico: chi ha biso-

gno di una terapia continua ad averne bisogno. La mia preoccupazione riguarda piuttosto l'arrivo di prodotti a bassissimo costo, soprattutto da India e Cina. Oggi stanno vincendo molte gare ospedaliere e presto potrebbero arrivare anche nelle farmacie. Il prezzo è importante, ma la qualità e i controlli devono restare centrali».

Quale sarà la prossima rivoluzione per festeggiare i 100 anni?

«L'intelligenza artificiale renderà possibile una medicina sempre più predittiva e personalizzata. Analizzando enormi quantità di dati potremo capire in anticipo quale farmaco funzionerà meglio per ogni singolo paziente. Non cambierà la cura di un raffreddore, ma nelle grandi patologie croniche e dell'invecchiamento ci consentirà di fare cose che oggi sembrano impensabili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Continuiamo a investire nel Paese: le competenze sono uniche. Ma i prodotti low cost dall'Asia stanno cambiando il mercato

1946

La nascita

A Bologna viene fondata Fidia

1963

La novità

Arriva il primo prodotto a base di acido ialuronico

2011

La svolta

Inizia la nuova politica di internazionalizzazione

2016

Al comando

Carlo Pizzocaro passa alla guida dell'azienda





Servizio Compulsione digitale

Social come droga: così le dipendenze invisibili mettono a rischio i giovani

Il professor Sani (Cepid-Gemelli): i genitori rimangono del tutto ignari del dramma che vivono i propri figli, sono necessari comprensione e supporto

di Ernesto Diffidenti

17 luglio 2026

Lo smartphone e i social come la cocaina o i nuovi composti sintetici: alterano i circuiti cerebrali di piacere e ricompensa sviluppando una dipendenza e piano piano un allontanamento dalle relazioni e dal mondo reale. In un mondo giovanile alle prese con un disagio fluido, sommerso e multiforme, che lascia i genitori incapaci di intercettarlo, il concetto stesso di “droga” si è ridefinito, abbracciando non solo le molecole tradizionali, ma anche comportamenti digitali compulsivi capaci di alterare le percezioni sensoriali e cognitive esattamente come una sostanza stupefacente. A lanciare l'allarme è il prof. Gabriele Sani, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria Clinica e d'Urgenza, responsabile del CEPID (Centro Psichiatrico Integrato di Ricerca, Prevenzione e Cura delle Dipendenze) del Policlinico Gemelli di Roma. “Le dipendenze non si fermano più soltanto alle sostanze stupefacenti classiche, purtroppo sempre drammaticamente diffuse, ma si stanno evolvendo in gravi disfunzioni comportamentali e digitali – spiega Sani –. I dati confermano che decine di migliaia di adolescenti italiani soffrono o sono a forte rischio di dipendenze comportamentali. Parliamo di un uso compulsivo e patologico della tecnologia nelle sue varie forme: dal generico tempo passato davanti a uno schermo a social network, videogiochi etc. Queste dinamiche agiscono sugli stessi network cerebrali stimolati dalle sostanze stupefacenti, compromettendo seriamente lo sviluppo psicologico, relazionale ed educativo dei nostri ragazzi”.

Il ruolo dei genitori e l'isolamento dei figli

Il rischio maggiore, secondo Sani, risiede nella natura “invisibile” di queste dipendenze: consumandosi spesso all'interno delle mura domestiche, attraverso uno smartphone o un computer, i genitori rimangono del tutto ignari del dramma che stanno vivendo i propri figli, scambiando l'isolamento per semplice timidezza o abitudine generazionale. “E quando il problema si rende evidente - spiega - si tende spesso a voler risolvere il sintomo rapidamente, senza saper affrontare il malessere di fondo alla base della dipendenza stessa. Questi ragazzi sovente hanno un disagio o una vera patologia psichiatrica che si manifesta attraverso la dipendenza. Dobbiamo sì lavorare su questa, ma anche sulla situazione psichica di base del ragazzo e sul contesto familiare e relazionale nel suo insieme”.

I dati sulla dipendenza digitale

Ad avvalorare l'allarme un recente studio pubblicato sulla rivista scientifica “Frontiers in Psychology”, negli ultimi due decenni si è assistito a livello globale a un trend crescente di dipendenza digitale, in particolare per quanto riguarda l'uso di smartphone (27% della

popolazione), social media (17%), internet (14%) e videogiochi (6%), con gli adolescenti come categoria più esposta all'influenza delle tecnologie digitali. Nello specifico, secondo un'analisi pubblicata a giugno sulla rivista scientifica "Archives of Psychiatric Nursing", un adolescente su 4 a livello globale (25%) presenterebbe un uso problematico o assimilabile a dipendenza dai social network, mentre un recente studio pubblicato sul Journal of the American Medical Association (JAMA), evidenzia come la dipendenza da smartphone riguardi ormai la stragrande maggioranza degli adolescenti, con il 49,2% dei ragazzi che mostra livelli di dipendenza elevati, a cui si aggiunge un 24,6% che registra una crescita esponenziale dei sintomi già entro i 15 anni. Nel mirino anche i videogiochi, con il 41,1% dei giovani che presenta un uso ad alto rischio di dipendenza.

Percorsi di prevenzione e cura integrati

"Questi ragazzi non stanno semplicemente attraversando una fase difficile o un momento di ribellione: soffrono e vanno aiutati e curati. Occorre strutturare percorsi di prevenzione e cura integrati, che uniscano il supporto psichiatrico alla riabilitazione comportamentale e al sostegno familiare. Soltanto attraverso un'alleanza terapeutica solida tra scuola, famiglie e centri specializzati come il CEPID possiamo squarciare il velo di isolamento in cui questi giovani si sono rifugiati, restituendo loro una prospettiva di vita reale, autentica e libera da ogni forma di schiavitù, sia essa chimica o virtuale", prosegue il prof. Sani.

Anche l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale tra i giovanissimi è in crescita: secondo il report "European children's use and understanding of generative AI" curato dal network di ricerca internazionale EU Kids Online (EUKO), oggi in Europa il 72% dei minori tra i 13 e i 17 anni si affida abitualmente all'IA Generativa (contro solo il 28% che dichiara di non farne alcun uso). È in questo scenario che s'inserisce l'analisi della situazione italiana, dove il confine tra il disagio psicofisico e quello virtuale si fa sempre più labile. Secondo quanto emerge dalla "Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle dipendenze", nel 2025, quasi 350 mila studenti under 18 hanno riferito di aver utilizzato almeno una sostanza illegale nel corso dell'anno, pari al 23% della popolazione scolastica minorenni, in aumento rispetto al 2024 (+20%), con cannabis e cocaina come sostanze più diffuse. Al consumo di sostanze si affiancano inoltre i comportamenti a rischio legati all'uso delle tecnologie digitali: circa 15mila studenti di età compresa tra gli 11 e i 13 anni presentano comportamenti riconducibili alla "social media addiction", e 111mila studenti (7%) risultano a rischio di internet gaming disorder.

Conoscere e gestire il disagio senza demonizzarlo

"Siamo davanti un mondo completamente nuovo, che ovviamente non va demonizzato, né considerato la causa di ogni male, cosa che è spesso tranquillizzante e deresponsabilizzante per il mondo dei grandi. Bisogna imparare a conoscerlo e gestirlo, proteggendo i nostri ragazzi non dal mondo in sé, ma dalle sue potenziali degenerazioni", conclude il prof. Sani. Un quadro allarmante che trova riscontro anche per quanto riguarda la dipendenza e l'abuso di alcol e droghe: un recente studio condotto dalla University College London (UCL) ha infatti evidenziato un incremento significativo nell'uso di sostanze e nei comportamenti d'abuso proprio tra i giovani della Gen Z nei loro primi 20 anni. Circa 7 giovani adulti su 10 (68%) nel Regno Unito dichiarano di aver esagerato con l'alcol nell'ultimo anno, e quasi un terzo (29%) consuma regolarmente 6 o più bevande alcoliche in una sola volta. L'uso di cannabis e droghe cosiddette pesanti tra i giovani della generazione Z è aumentato considerevolmente tra i 17 e i 23 anni. La percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver provato la cannabis è aumentata del 18% tra i 17 e i 23 anni (31% contro 49%). La percentuale di coloro che hanno provato droghe pesanti è più che triplicata (10% contro 32%). A livello globale, secondo il "World Drug Report" delle Nazioni Unite, sono oltre 330 milioni le persone (il 6% della popolazione) che fanno uso di sostanze stupefacenti, registrando un incremento del 5,2% in soli 10 anni.



Servizio Clima e nutrizione

Dalla dieta mediterranea a quella planetaria: come integrare salute, cibo sostenibilità

Coniugare il benessere umano con quello del pianeta è la scommessa al centro del modello proposto dalla Commissione scientifica internazionale EAT-Lancet: gli studi degli esperti italiani

*di Daniela Martini *, Marialaura Bonaccio ***

17 luglio 2026

Le ondate di calore che stanno caratterizzando anche questa estate rappresentano uno dei segnali più evidenti di un cambiamento climatico che interessa ormai ogni aspetto della nostra vita, compreso il modo in cui produciamo e consumiamo il cibo. Il rapporto tra alimentazione e ambiente è infatti bidirezionale: da una parte il sistema alimentare contribuisce in modo rilevante alle emissioni di gas serra, al consumo di risorse naturali e alla perdita di biodiversità; dall'altra il cambiamento climatico influenza la produzione agricola, la disponibilità degli alimenti e la sicurezza alimentare. Per questo motivo la sostenibilità è oggi diventata una componente essenziale delle raccomandazioni nutrizionali, accanto agli obiettivi tradizionali di tutela della salute.

In questo contesto si inserisce il lavoro della Società italiana di Nutrizione umana (Sinu) che, dopo aver recentemente aggiornato la Piramide della Dieta Mediterranea alla luce delle più recenti evidenze scientifiche e della crescente attenzione verso la sostenibilità ambientale, pubblica due nuovi studi sull'International Journal of Food Sciences and Nutrition, dedicati alla Planetary Health Diet, il modello proposto dalla Commissione Scientifica Internazionale EAT-Lancet per promuovere un'alimentazione capace di coniugare salute umana e salute del Pianeta.

Il confronto

Il primo studio mette a confronto la Planetary Health Diet con la Dieta Mediterranea, analizzando le raccomandazioni alimentari di Italia, Spagna, Grecia e Portogallo.

L'analisi evidenzia una forte convergenza tra i due modelli, in particolare per il ruolo centrale attribuito a cereali integrali, frutta, verdura e grassi insaturi. Alcune differenze riguardano, invece, il maggiore consumo di legumi e frutta a guscio previsto dalla Dieta Planetaria e alcune specificità relative ai prodotti lattiero-caseari e all'olio d'oliva, che riflettono le caratteristiche culturali e produttive dell'area mediterranea.

Quali criteri seguire

Il messaggio dello studio è chiaro: la Dieta Planetaria non deve essere interpretata come un'unica dieta valida ovunque, ma come un insieme di principi che possono essere adattati ai diversi contesti geografici, culturali e alimentari. In questa prospettiva, la Dieta Mediterranea rappresenta uno dei possibili modelli tradizionali attraverso cui tradurre concretamente questi principi

nell'area mediterranea, così come altre tradizioni alimentari, a esempio quella nordica, possono svolgere un ruolo analogo in altre parti del mondo.

Il secondo lavoro, condotto da membri del gruppo Sinu Giovani, affronta una questione fondamentale per la ricerca scientifica: come valutare l'aderenza alla Dieta Planetaria.

Attraverso una revisione sistematica della letteratura, gli autori hanno identificato 26 diversi indici sviluppati negli ultimi anni per misurare quanto l'alimentazione di una persona sia coerente con il modello EAT-Lancet. Lo studio mostra, però, che questi strumenti sono spesso molto diversi tra loro: cambiano gli alimenti considerati, i criteri di valutazione, i sistemi di punteggio e le modalità di calcolo. Una variabilità che rende difficile confrontare i risultati degli studi e costruire evidenze solide sugli effetti delle diete sostenibili. Per questo motivo si sottolinea la necessità di una maggiore armonizzazione metodologica, affinché la ricerca possa disporre di strumenti sempre più affidabili e comparabili.

La chiave sostenibilità

I due studi rappresentano un ulteriore tassello del percorso intrapreso dalla Sinu per integrare salute, alimentazione e sostenibilità.

Come ha affermato il Presidente Sinu, Prof. Francesco Sofi, l'aggiornamento da parte della Società scientifica della Piramide della Dieta Mediterranea ha già recepito molte delle più recenti evidenze scientifiche, valorizzando non solo gli aspetti nutrizionali, ma anche quelli ambientali: il ruolo centrale degli alimenti di origine vegetale, la scelta di prodotti stagionali e locali, la biodiversità, la riduzione degli sprechi alimentari e un utilizzo più responsabile delle risorse.

Le nuove pubblicazioni confermano questa visione, mostrando che la transizione verso sistemi alimentari più sostenibili non richiede di abbandonare le tradizioni alimentari, ma di valorizzarle quando risultano coerenti con i principi della salute e della sostenibilità.

Misurare per testare l'efficacia

La Dieta Planetaria non è un menù universale da applicare indistintamente in tutto il mondo. È un quadro di riferimento che individua obiettivi comuni per la salute dell'uomo e del Pianeta, lasciando spazio alle diverse culture alimentari. La Dieta Mediterranea rappresenta uno degli esempi più significativi di come questi principi possano essere tradotti nella pratica quotidiana nei Paesi del Mediterraneo.

Parallelamente, dotarsi di strumenti condivisi per misurare l'aderenza a questi modelli sarà fondamentale per valutare l'efficacia delle future strategie nutrizionali e delle politiche di sostenibilità.

Con questi due lavori, la Sinu contribuisce al dibattito scientifico internazionale su uno dei temi più rilevanti per la salute pubblica dei prossimi decenni, ovvero costruire sistemi alimentari che siano al tempo stesso salutari, sostenibili, culturalmente accettabili e scientificamente misurabili.

** Consiglio Direttivo Sinu*

*** Gruppo di Studio Sinu per lo studio e la promozione della dieta mediterranea*



Servizio Dottore, ma è vero che

Ma le coliche dei neonati esistono? Ecco cosa dice la ricerca e i consigli degli esperti

Il team dei dottori e degli esperti anti-bufale dell'Ordine nazionale dei medici risponde ai principali dubbi sulla salute

17 luglio 2026

Da molti anni gli esperti hanno messo in dubbio l'uso della parola “colica” per definire il pianto prolungato e inconsolabile dei neonati: questa espressione, infatti, riconduce la causa del fenomeno all'intestino, tanto che spesso si traduce nel linguaggio comune in “mal di pancia”. In realtà, a oggi, dopo quasi settant'anni dalla sua prima descrizione, non è ancora ben chiaro che cosa spinga un lattante, specie la sera e nei primi tre mesi di vita, a lamentarsi per ore, senza che nulla riesca a calmarlo o calmarla. Si è quindi deciso di sostituire l'espressione “coliche” con un più generico “Infant Distress Syndrome”, o sindrome da distress infantile. È questo il termine proposto dalle nuove linee guida Roma V - aggiornate, cioè, alla quinta edizione -, pubblicate dalla Rome Foundation, un'organizzazione internazionale di esperti che studia i disturbi legati all'interazione tra l'intestino e il cervello.

Ma che cos'è la Sindrome da distress infantile?

Le nuove indicazioni non cambiano solo il nome della sindrome da distress infantile, ma anche i criteri per diagnosticarla. Finora, infatti, per definire le coliche infantili si è sempre utilizzata la “regola del tre” stabilita all'inizio degli anni Cinquanta da un pediatra statunitense: la definizione richiedeva che un bambino cominciasse prima dei tre mesi a piangere almeno tre ore al giorno, per almeno tre giorni a settimana, per almeno tre settimane di fila. Per la sua semplicità, la formuletta ebbe molto successo, ma chiaramente era restrittiva rispetto a un disturbo che può essere variabile, ma spesso condiziona in maniera significativa la serenità di una famiglia. Per questo, oggi si è deciso che la sindrome da distress infantile si possa diagnosticare quando il bambino, prima di compiere cinque mesi, comincia a piangere o agitarsi a lungo senza apparente motivo, con episodi che si ripetono nel tempo e che i genitori non riescono né a prevenire né a risolvere in alcun modo. È importante la precisazione “senza apparente motivo”, perché ci possono essere condizioni patologiche che spingono il piccolo ad agitarsi in questo modo. Prima di parlare di sindrome da distress infantile occorre quindi anche che il pediatra abbia escluso altre possibili cause del disagio.

Da che cos'è provocata la sindrome da distress infantile?

Non sappiamo ancora con certezza che cosa provochi la sindrome da distress infantile, e per questo è stato abbandonato il termine “colica”, che richiama disturbi intestinali. In passato, infatti, si pensava che il disagio derivasse dalla presenza di aria nella pancia o da un reflusso di acidi gastrici dallo stomaco all'esofago, ma nessuna di queste teorie ha retto alla prova di studi controllati sull'efficacia di farmaci specifici che, se queste fossero state le cause, avrebbero dovuto apportare beneficio. Un'interessante linea di ricerca riguarda la composizione del microbiota

intestinale, che in questi bimbi e bimbe potrebbe essere più uniforme, con una minore varietà di microrganismi, rispetto a quello dei coetanei che non soffrono di “coliche”. A supporto di questa interpretazione ci sono studi che mostrano un certo beneficio dalla somministrazione di alcuni probiotici, cioè ceppi batterici vivi che dovrebbero avere un'azione benefica sull'intestino, ma si tratta di dati che richiedono ulteriori conferme.

Un altro filone di ricerca guarda al sistema nervoso del o della lattante, che dopo la nascita deve acquisire la capacità di regolare stimoli interni come fame e sete, caldo e freddo - ignoti quando si trovava nell'utero materno -, ma anche di adattarsi alle sollecitazioni esterne, come luci, rumori non più attutiti, movimenti, ambienti diversi. La tranquillità dell'adulto che lo o la prende in braccio, lo culla, gli sussurra o canta ninna nanne può aiutarlo a calmarsi, mentre, viceversa, stanchezza, ansia e nervosismo possono innescare un circolo vizioso negativo.

Ma allora che cosa si deve fare per calmarlo o calmarla?

Prima di tutto, davanti al pianto di un bambino o di una bambina che ancora non sa esprimere i suoi bisogni, occorre verificare che non abbia dolore da qualche parte, fame o sete, caldo o freddo, che non abbia sporcato il pannolino o non sia soggetto a un'eccessiva stimolazione da parte dell'ambiente in cui si trova (per approfondire leggi la scheda “Se un neonato piange mi devo preoccupare?”).

Se rimediare a queste possibili fonti di disagio non basta a calmarlo, si possono provare varie strategie (ricordiamo che le tisane al finocchio non sono indicate e capire quale può essere più adatta al singolo. Il sito del Children's Hospital di Philadelphia ne suggerisce alcune: Prendere in braccio il bambino e cullarlo, magari camminando per la stanza, avvolgendolo in una copertina soffice, cantando e parlandogli dolcemente; Piegarsi avanti e indietro mentre lo si tiene in braccio, oppure trovare altri modi per farla o farlo dondolare; Massaggiargli gentilmente la schiena; Cambiargli posizione, tirandolo su seduto se era sdraiato o girandolo col viso verso l'esterno; Tenerlo vicino a suoni bassi e ritmici, come il rumore della lavatrice, di un ventilatore o la registrazione del battito di un cuore, o più in generale a quelli che vengono definiti “rumori bianchi” (non il phon che può essere molto pericoloso). Uscire a fare un giro in macchina, il cui movimento e rumore calma molti bambini; Provare a dargli o darle un ciuccio.

Ma soprattutto, in tutto questo, è importante che gli adulti che si prendono cura del bambino o della bambina tutelino anche la propria serenità, chiedendo e accettando aiuto, per evitare di alimentare quel circolo vizioso di cui si parlava sopra.



Servizio Il progetto Genesis

Prevenzione e cronicità, in Liguria un modello coniuga salute e sostenibilità

Prevenzione e continuità assistenziale rallentano la prevalenza di scompenso cardiaco, malattia renale cronica e malattia epatica cronica: il programma dell'Ats Liguria Area 3

*di Enrico Torre *, Andrea Giusti ***

17 luglio 2026

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle principali sfide per i sistemi sanitari dei Paesi sviluppati. L'aumento delle patologie croniche determina infatti una crescente domanda di assistenza, rendendo fondamentale sviluppare strategie integrate di prevenzione, diagnosi precoce e gestione delle cronicità, non solo per migliorare la salute dei cittadini, ma anche per garantire la sostenibilità del sistema sanitario.

Il modello

Con questo obiettivo, tra il 2017 e il 2019 l'Ats Liguria Area 3 ha realizzato un programma multidisciplinare di promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche, comprendente interventi sugli stili di vita, riabilitazione cardiovascolare, screening metabolici, modelli innovativi di gestione del diabete, telemedicina per pazienti complessi e percorsi dedicati agli anziani fragili. ha realizzato un programma multidisciplinare di promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche, comprendente interventi sugli stili di vita, riabilitazione cardiovascolare, screening metabolici, modelli innovativi di gestione del diabete, telemedicina per pazienti complessi e percorsi dedicati agli anziani fragili.

Per valutarne gli effetti è stato sviluppato il progetto Genesis (GENoa Epidemiology for Sustainable Health Improvement Study), basato sull'analisi dei dati amministrativi di oltre 700 mila cittadini residenti nell'area metropolitana di Genova, realizzata da CliCon S.r.l. Società Benefit.

Focus su 3 patologie

Lo studio ha analizzato tre patologie croniche a elevato impatto clinico, sociale ed economico e strettamente correlate all'invecchiamento: scompenso cardiaco, malattia renale cronica e malattia epatica cronica.

I risultati mostrano che, nonostante l'età media della popolazione sia aumentata da 48,8 a 50,9 anni tra il 2011 e il 2023, la crescita della prevalenza di queste patologie ha rallentato negli anni successivi all'avvio del programma. Un dato particolarmente rilevante in una delle aree più anziane d'Europa, dove l'invecchiamento della popolazione è generalmente associato a un progressivo aumento del carico delle malattie croniche.

Una scelta politica

Come ha sottolineato Massimo Nicolò, assessore alla Sanità di Regione Liguria, i risultati del progetto Genesis dimostrano che «investire nella prevenzione, nella presa in carico precoce e nell'integrazione tra ospedale e territorio non è soltanto una scelta sanitaria, ma una scelta di politica pubblica. In una regione come la Liguria, caratterizzata dal più elevato indice di invecchiamento del paese, la crescita delle patologie croniche è una delle principali sfide per il futuro del nostro Sistema sanitario. Come Regione Liguria continuiamo a investire su prevenzione, innovazione organizzativa, telemedicina e presa in carico multidisciplinare, rafforzando la rete territoriale e valorizzando l'utilizzo dei dati per orientare le scelte strategiche. La sanità del futuro deve essere sempre più capace di anticipare i bisogni, non limitarsi a rispondere quando la malattia si manifesta. È questa la direzione che stiamo perseguendo per garantire ai cittadini cure di qualità e sempre più accessibili».

Il rallentamento della crescita osservato dopo l'avvio del programma suggerisce che interventi di prevenzione e presa in carico possano contribuire a modificare l'evoluzione epidemiologica delle malattie croniche.

Dal punto di vista metodologico, è opportuno sottolineare che Genesis è uno studio osservazionale basato sull'analisi di dati amministrativi. I dati amministrativi rappresentano uno strumento fondamentale per fotografare la reale pratica clinica nei diversi contesti assistenziali. Pur con i limiti propri degli studi osservazionali, consentono di supportare il decision making sanitario verso interventi ad alto valore per i cittadini e per il sistema.

I vantaggi economici

Rilevanti anche i risultati economici: considerando gli effetti dell'inflazione e dell'invecchiamento demografico, il programma è risultato associato a una sostanziale stabilizzazione dei costi sanitari e, per alcune componenti, a una riduzione della spesa. La prevenzione viene spesso percepita come un costo aggiuntivo, mentre i dati suggeriscono che possa rappresentare un investimento. Ritardare l'insorgenza o la progressione delle patologie croniche significa ridurre ricoveri, complicanze e utilizzo di risorse assistenziali.

Il progetto Genesis rappresenta quindi un esempio concreto di come un approccio proattivo, basato sulla prevenzione e sulla continuità assistenziale, possa contribuire a migliorare la gestione delle cronicità e a generare valore per il sistema sanitario e per la comunità.

** Struttura complessa Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ats Liguria Area 3, Genova*

*** Struttura complessa Medicina Interna 1, Aom Liguria, Genova*

La missione del San Camillo prima "Tavi" in Mauritania

IL TRAGUARDO

Da noi è un intervento di routine. Si può immaginare, allora, la gioia dell'équipe medica del San Camillo che ha eseguito la prima Tavi in un ospedale della Mauritania. La Tavi è una procedura miniminvasiva di impianto della valvola aortica senza ricorrere alla chirurgia a cuore aperto. C'è voluto molto tempo prima di arrivare a questo successo. «Dieci anni di collaborazione, due continenti, migliaia di chilometri di distanza e un obiettivo comune: rafforzare la capacità di cura di un centro cardiologico destinato a diventare un riferimento per l'Africa occidentale». Così l'ospedale San Camillo Forlanini di Roma racconta questa bella storia di cooperazione che ha visto nascere e sviluppare il Centro Nazionale di Cardiologia di Nouakchott. Circa 30 professionisti hanno partecipato ai corsi dei colleghi italiani. Gli specialisti del San Camillo hanno contribuito anche alla riorganizzazione del Pronto soccorso. Oggi questa collaborazione con la prima pro-

cedura di Tavi eseguita raggiunge una vetta significativa.

L'intervento si inserisce nel Programma di cooperazione sanitaria Italia-Mauritania e punta a rafforzare la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie cardiovascolari e delle malattie non trasmissibili attraverso attività cliniche, formazione e innovazione organizzativa. L'équipe italiana è composta da Mariano Feccia, cardiocirurgo; Marco Nazzaro, cardiologo; Sandro Petrolati, cardiologo; Valentina Coltelli, anestesista; Barbara Urso, infermiera di pronto soccorso e formazione BLS (supporto vitale di base); Vanessa Palombi, infermiera emodinamica; Chiara Bussone, infermiera esperta in accessi vascolari; Sonia Ramacci, infermiera istruttrice BLS e broncoscopia; Alessandro Pingitore, cardiologo e ricercatore Cnr; Sara Cambiati, specialist Tavi; Federica Pala, tecnico emodinamica; Fabrizio Clemente, ingegnere informatico e consigliere dell'Assemblea capitolina (pochi giorni fa ha spiegato, collegato con la Commissione capitolina Commercio dalla Mauritania, il suo sostegno alla proposta di dotare i ristoranti della Capitale di defibrillatori).

PROGRAMMI PEDIATRICI

Il nuovo triennio di collaborazione con i professionisti africani punta al rafforzamento delle procedure di cardiologia interventistica e cardiocirurgia, anche pediatrica. E poi un programma di studio immunologico e trapianto d'organo da vivente (rene e fegato). La prospettiva è di lungo periodo, sottolinea l'azienda ospedaliera: non soltanto supporto specialistico, ma anche una crescita delle competenze locali attraverso formazione continua, innovazione e condivisione di conoscenze.

Ste. P.

**L'INTERVENTO PER
L'IMPIANTO DELLA
VALVOLA AORTICA
I 30 MEDICI AFRICANI
FORMATI DALL'AZIENDA
OSPEDALIERA ROMANA**



I medici cubani restano in Calabria ma c'è il nodo dei contratti governativi

DAVIDE IMENEO

Reggio Calabria

A febbraio Mike Hammer, incaricato d'affari degli Stati Uniti a Cuba, è atterrato in Calabria insieme al console generale americano di Napoli: il motivo della visita erano i medici cubani in servizio negli ospedali della regione. Accade di rado che la diplomazia di Washington si occupi degli organici sanitari di una regione italiana. Il caso sta facendo rumore visto che è stato raccontato anche da un reportage dell'*Associated Press*, ripreso dal *Washington Post*. L'intesa risale al 17 agosto 2022, quando il presidente della Regione Roberto Occhiuto (anche commissario alla sanità) firmò all'ambasciata cubana di Roma un accordo con la Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos, società statale dell'Avana, per una disponibilità fino a 497 professionisti, motivato dalla carenza cronica di personale, in una regione ultima in Italia per accesso alle cure pubbliche secondo il ministero della Salute: basta pensare che a un avviso per 159 posti in emergenza-urgenza risposero in tredici. Pesano

i diciassette anni di commissariamento della sanità, chiusi soltanto in aprile, e un'economia con salari inferiori di circa il 30% alla media nazionale, che spinge i giovani laureati verso il Nord.

Il risultato più emblematico? Polistena, nella Piana di Gioia Tauro: «Era un disastro. Tenevo aperto il pronto soccorso da solo», racconta il primario

Francesco Moschella riferendosi ai mesi ante gennaio 2023, quando arrivarono i primi camici bianchi dall'isola. Oggi sei di loro coprono metà dell'organico di un reparto con trentamila accessi l'anno e le attese, che toccavano le otto o dodici ore, sono scese sotto l'ora. «Non immaginavamo che la carenza di medici fosse così grave», ha ammesso Zoila Yákelin Arevalo Cruz, 38 anni, specialista in medicina d'urgenza, che nel 2023 ha lasciato a Cuba il figlio piccolo per approdare nella terra dei bronzi. Oggi i professionisti cubani attivi in regione sono oltre duecento e la loro presenza è confermata almeno fino al 2027. Su di loro pesa però il giudizio dell'amministrazione americana, perché il segretario di Stato Marco Rubio ha definito le missioni mediche cubane «una forma di tratta di esseri umani», con riferimento alla parte di stipendio che l'Avana trattie-

ne ai sanitari inviati all'estero, una voce che per l'isola vale più del turismo. In marzo la Giamaica ha chiuso una cooperazione lunga mezzo secolo e l'Honduras ha espulso oltre 150 operatori, il Messico, al contrario, ha difeso queste tipologie di programma. La Calabria ha parzialmente corretto lo schema contestato dall'amministrazione a stelle e strisce: firma contratti individuali con i singoli medici e versa gli stipendi su conti correnti italiani, senza pagamenti all'agenzia governativa cubana. Gli interessati riferiscono di inviare comunque in patria, su base volontaria, fino a metà del compenso, come restituzione al Paese che li ha formati; la cardiologa Daisy Luperon Loforte non accetta l'etichetta di «schiava moderna» e, allo stesso tempo, 63 medici hanno chiesto di lavorare nel servizio sanitario regionale in forma autonoma. Le riserve italiane accompagnano l'operazione fin dall'inizio: nel 2022 alcuni europarlamentari denunciarono possibili violazioni dei diritti dei lavoratori e i sindacati ospedalieri chiesero di puntare sugli specializzandi. Si sono aggiunte, negli ultimi due anni, le prime defezioni a favore della sanità privata o verso altri Paesi.

Occhiuto, uomo di primo piano di Forza Italia, ha retto alle sollecitazioni: «Ho avuto pres-

sioni anche durante l'amministrazione Biden, ma sono cresciute con Trump», ha raccontato. Fosse stato per lui avrebbe accolto fino a mille medici cubani; ha rinunciato per evitare lo scontro con Washington e ha aperto canali alternativi di reclutamento dentro e fuori l'Europa.

Nel 2022 Occhiuto spiegò che i sanitari dell'isola sarebbero stati impiegati «temporaneamente, fino a quando non saranno espletati con esiti positivi tutti i concorsi», ma oggi, nonostante siano passati ben quattro anni, i concorsi restano in gran parte senza candidati e il provvisorio è stato prorogato. Il giudizio sul modello calabrese si deciderà proprio su questo punto: sulla capacità della regione di tornare ad attrarre e trattenere i propri medici, ma di questa prospettiva, finora, non c'è traccia.

Nel 2022 l'accordo per assunzioni temporanee fu firmato dall'ex presidente Occhiuto per sopperire alle gravi carenze di personale. Oggi in servizio ci sono oltre duecento camici

IL CASO

Pressioni
del governo
Trump
che accusa
L'Avana
di «schiavitù
moderna»
per le trattenute
sugli stipendi
Si cerca
una soluzione
normativa

