

1 luglio 2025

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



01/07/2025

Sanità privata Lazio: manifestazioni il 21 e 28 luglio

Non si arresta la protesta dei lavoratori della Sanità privata ed Rsa del Lazio. In queste settimane è arrivata la convocazione da parte della controparte **Aris**, invece da Aiop nessuna risposta. Anche ministero della Salute e Conferenza delle Regioni restano in silenzio. Per questo le federazioni regionali di Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl annunciano due nuovi presidi di protesta: il 21 luglio (ore 10-12) sotto il ministero della Salute e il 28 luglio (ore 10-12) sotto la sede nazionale di Aiop.

“Apprezziamo la convocazione da **Aris**”, dichiarano i segretari regionali Cisl Fp Giancarlo Cenciarelli, Giancarlo Cosentino e Claudio Benedetti, “ma ci aspettiamo lo stesso da Aiop, è ora che tutti si assumano le proprie responsabilità, a partire dal ministero della Salute e dalle Regioni”.

Un primo segnale importante è arrivato dalla Regione Lazio, che ha annunciato un aggiornamento delle tariffe sanitarie a partire da settembre. Un passaggio atteso da anni. “Ora però è fondamentale che queste risorse pubbliche non si trasformino in un regalo per gli imprenditori, i soldi devono essere vincolati al rinnovo dei contratti e al rispetto degli accordi sottoscritti dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative”, sottolineano i vertici di categoria. Nel Lazio oltre 35 mila lavoratrici e lavoratori, che assicurano più del 40% delle prestazioni sanitarie regionali, operano senza tutele adeguate e con contratti scaduti da anni, una condizione inaccettabile per chi svolge un servizio pubblico essenziale.

Le richieste delle organizzazioni sindacali sono chiare: contratti rinnovati subito per sanità privata e Rsa, vincolo agli accreditamenti regionali da concedere so-

lo a strutture che applicano contratti collettivi nazionali sottoscritti e rinnovati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, stop alle esternalizzazioni e al dumping contrattuale, rispetto delle dotazioni organiche e delle professionalità.

“Stesso lavoro, stessi diritti. La mobilitazione proseguirà finché non arriveranno risposte concrete. Nessuno pensi di aggirare il confronto o di trattenere fondi pubblici senza garantire i diritti delle lavoratrici e dei lavoratori”, conclude Cenciarelli, Cosentino e Benedetti.

Intanto il decreto legge 90/2025 conferma la posizione della Cisl Lazio: nei policlinici universitari si deve applicare il contratto Sanità pubblica.

“Con il decreto legge pubblicato il governo ha colmato il vuoto normativo che ha bloccato per mesi gli ingressi dei vincitori di concorso nei policlinici universitari del Lazio. Grazie alla battaglia della Cisl Fp, e alla volontà di esecutivo e amministrazione regionale di fare chiarezza, ora è nero su bianco: le nuove assunzioni vanno fatte con il contratto della Sanità pubblica, come già sta avvenendo, per impulso della Regione Lazio, al Policlinico Umberto I”, così Giancarlo Cosentino, dopo l’uscita in Gazzetta Ufficiale del DL 24 giugno 2025 n.90 che contiene disposizioni urgenti in materia di università e ricerca, istruzione e salute, e che all’art.6 dispone l’applicazione “al personale non dirigente da assumere per le attività esclusivamente assistenziali e di supporto alle stesse sulla base dei piani dei fabbisogni determinati nel rispetto della normativa vigen-

te in materia di spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, la contrattazione collettiva nazionale del Comparto Sanità”.

“La nostra posizione è sempre stata chiara e netta”, rimarca il vertice della federazione regionale di categoria della Cisl. “Ora grazie all’intervento del governo e della Regione il vulnus che ha lasciato per vent’anni nell’indeterminatezza il sistema sanitario è stato superato e non ci sono più dubbi. Bisogna procedere immediatamente con le nuove assunzioni di personale in tutto il SSR del Lazio”.

“A partire dall’Umberto I”, sottolinea Cosentino, “dove la diatriba interpretativa alimentata dall’azienda ha portato per mesi alla paralisi l’intero piano di reclutamento, in un contesto di grave carenza di personale. Gli Oss che hanno vinto il concorso del Ptv devono entrare subito in servizio nella struttura con il contratto della Sanità pubblica, come già stiamo registrando con l’invio delle Pec agli operatori socio sanitari. E poi bisogna far ripartire con urgenza gli incardinamenti delle altre figure professionali, iniziando dal piano assunzionale degli infermieri per

il quale ci siamo battuti e ci stiamo battendo in prima linea”.

“Chiediamo quindi alla Regione Lazio, che ha dimostrato sensibilità e determinazione in questa vertenza, di dare immediatamente impulso alle aziende e di procedere con la stipula dei contratti. Sulle assunzioni in sanità il nostro impegno continuerà ad essere massimo. Non ci fermeremo - conclude Cosentino - finché il sistema di salute non sarà messo in condizione di operare al meglio con le risorse umane e strumentali necessarie a dare risposte ai cittadini”.

Ce.Au.

Barbour

la Repubblica

Barbour

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



Rcultura Se il Papa americano vara il post-liberalismo di ANTONIO SPADARO a pagina 34



Rspettacoli Springsteen a San Siro "Trump è un corrotto" di CASTALDO e SILENZI a pagina 36

Martedì 1 luglio 2025 Anno 50 - N° 154

In Italia €1,90

Mattarella: nelle carceri è allarme

Il presidente denuncia l'emergenza sociale del sovraffollamento e dei suicidi tra i detenuti. Il governo: alternative per i tossicodipendenti

La trappola perfetta

di MICHELE AINIS

Nella beata incoscienza del pubblico pagante, sta per scattare la trappola perfetta. Come funziona? Con un gioco illusionistico. Tu mostri per mesi una riforma - il premerato - che capovolge l'universo mondo, o almeno il mondo disegnato dai costituenti.

Sergio Mattarella denuncia l'emergenza sociale del sovraffollamento nelle carceri e dei suicidi tra i detenuti. In occasione dell'incontro al Quirinale per i 208 anni della polizia penitenziaria, il presidente dice che "le condizioni strutturali di molti istituti sono inadeguate" e "sono necessari interventi di ristrutturazione urgenti". Dal ministero ammettono che il sovraffollamento rispetto alla capienza sulla carta ha superato il tasso record del 134 per cento. E il governo assicura "grande attenzione" e parla di recupero in comunità per i tossicodipendenti.

Terremoto ai Campi Flegrei la scossa più forte in 40 anni

di PASQUALE RAICALDO alle pagine 8 e 9



L'EMERGENZA / 1

Bardonecchia, un morto per l'esondazione del Frejus

di DUSI, GATTA E PALUMBO a pagina 7



L'EMERGENZA / 2

Milano, crollo sul grattacielo "Cedimento per il caldo"

di BOCCI, CARRA, CORICA, GUARINO e VENNI a pagina 4 e 5

L'ANALISI di GIANLUCA DI FEO

La seconda fase della campagna estiva di Putin



I russi non finiscono mai: più ne uccidiamo, più ne arrivano. Lungo i mille chilometri di fronte, ogni ufficiale ucraino ripete la stessa cosa e anche il comandante in capo Olexander Syrsky riconosce: «La loro principale strategia è sopraffarci con il numero». Ma in questo momento le forze di Mosca non si limitano a fare affidamento sulla quantità delle truppe e tutti i segnali indicano che è iniziata una grande offensiva, destinata a proseguire per l'intera estate. Valutarla secondo gli schemi delle guerre moderne e sminuirla la portata perché non ci sono sfondamenti clamorosi delle linee sarebbe un errore. L'obiettivo del Cremlino non è una vittoria travolgente: le sue brigate non sono più in grado di compiere manovre in profondità. Quello che cerca è il continuo logoramento dell'Ucraina, dei suoi militari, della sua popolazione, della sua economia

Advertisement for octopus energy featuring a pink octopus and a laptop. Text: "Se la bolletta non cambia, è il momento di cambiare fornitore. octopus energy Energia pulita a prezzi accessibili"

Lega contro Fdi sul cinema la guerra dei mondi

IL CASO di GIOVANNA VITALE

Ne resterà solo uno. E pazienza se nel frattempo il cinema italiano muore, ucciso da riforme sbagliate, risse tra alleati di governo, teste mozzate. Un delitto perfetto. Figlio della guerra tra il meloniano Alessandro Giuli - ministro della Cultura intesa come motore della nuova egemonia tricolore - e la sottosegretaria leghista Lucia Borgonzoni.



La quasi impresa di Fognini a Wimbledon

di CROSETTI e GUERRERA a pagina 41



Mondiale per club ottavi senza gloria l'Inter torna a casa

di FRANCO VANNI a pagina 38

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62921
Roma, Via Compostelli 30-C - Tel. 06 6882821

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63767310
mail: servizioclienti@corriere.it

ZANELLATO
ARTE E MISTERO



**Si indaga sulle cause
Milano, crolla
l'insegna a Citylife**
di **Castagnoli e Valtolina**
a pagina 21

**Giuseppe Cruciani
«Io a destra?
Difendo i diritti»**
di **Elvira Serra**
a pagina 25



DOTTA+

I talenti italiani
**SE EMIGRA
TROPPIA
RICERCA**
di **Francesco Giavazzi**

La scorsa settimana l'Erc (European Research Council, l'entità dell'Unione europea che finanzia la ricerca di base) ha annunciato i progetti che hanno vinto i fondi 2025 (721 milioni di euro) riservati a ricercatori senior, quelli che al momento della domanda già vantavano risultati di ricerca significativi. Ciascuno dei 281 progetti selezionati riceverà fino a 2,5 milioni di euro per 5 anni. Quale impatto questo possa avere sulla ricerca di base europea dipende ovviamente dalla disciplina, ma 2,5 milioni di euro sono una cifra comunque significativa. Proprio nel momento in cui Trump taglia in modo drastico i finanziamenti federali alla ricerca, l'Europa compie un salto di qualità. Dalla ricerca di base, molto più che da quella applicata, che ha meno bisogno di finanziamenti pubblici, dipende il nostro futuro.

Un aspetto interessante è la distribuzione dei vincitori dei finanziamenti Erc per Paese in cui lavorano. Trattandosi di un bando europeo c'era il rischio che, come spesso accade a Bruxelles, i vincitori venissero scelti nei Paesi dei 27 che hanno più forza, indipendentemente dalla qualità dei progetti presentati. Non è stato così, almeno non del tutto. La Francia, ad esempio, anche solo tenendo conto della sua dimensione economica — rappresenta il 16% dell'economia Ue — avrebbe dovuto vincere circa 45 progetti: ne ha avuti 22, 15 in meno dell'Italia.

continua a pagina 36



Clima Stato d'emergenza a Parigi. Nuove ordinanze

**Caldo, allarme
in Europa
Misure e divieti
in tutta Italia**



Turisti all'assalto delle fontane. Sopra in piazza di Spagna, a Roma. Sotto un cantiere a Padova

Europa ostaggio del caldo. Primi interventi per arginare l'emergenza. Le Regioni studiano provvedimenti per impedire di lavorare all'aperto nelle ore più calde. In Toscana superati i 40 gradi. Leri una vittima a Bologna per l'afa.

alle pagine 2 e 3 **Bettoni, Caccia, Lombardo e Nannetti**

Sefcovic a Washington. L'ipotesi della soglia base del 10%

**Ecco il piano Ue
sul tavolo di Trump
per limitare i dazi**

Weber: le regole sul digitale le decide Bruxelles

di **Francesca Basso**

Nodo dazi. La Ue manda a Washington il commissario al Commercio Sefcovic, per trovare una soluzione sulle tariffe. Il capogruppo del Ppe Weber: sul digitale le regole le decide Bruxelles.

alle pagine 4 e 5 **Ducci**

UNIVERSITÀ
**Così funzionerà
l'accesso
a Medicina**
di **Anna Maria Bernini**
a pagina 36

GIANNELLI

LA GOVERNANTE EUROPEA

Le scelte Sì al decreto flussi: 500 mila ingressi in tre anni

**Mattarella sulle carceri:
invivibili, fermare i suicidi**

di **Luigi Ferrarella**
e **Monica Guerzoni**

Fermare i suicidi in carcere: il monito di Sergio Mattarella. Il capo dello Stato interviene sulla situazione dei detenuti. Il carcere non deve diventare «palestra criminale» e casi di «senza speranza». Il presidente parla anche di «sovraccollamento insostenibile». Varato al Consiglio dei ministri il nuovo decreto flussi. Saranno quasi 500 mila i lavoratori ai quali sarà consentito l'ingresso nel triennio 2026-2028. Il 10% in più dell'ultimo triennio.

alle pagine 6 e 7 **Logroscino, Piccolillo**

TERREMOTO. CROLLA UN COSTONE
**Scossa ai Campi Flegrei
La più violenta in 40 anni**
di **Fulvio Bufi**

Paura ai Campi Flegrei: la scossa più violenta degli ultimi 40 anni.

a pagina 22

IL PROCESSO PER VIOLENZA SESSUALE
**Ciro Grillo piange in aula
E annuncia: sarò papà**
di **Giulio Fasano**

A dicembre sarò papà: l'annuncio di **Ciro Grillo** che piange in aula.

a pagina 18

IL CAFFÈ
di **Massimo Gramellini**

L'arte di conquistare gli amici e il dominio sugli altri di Dale Carnegie (è la bibbia di ogni bravo venditore, Berlusconi ne sapeva citare a memoria interi passi) parte dall'assunto fondamentale che anche i cattivi pensano di essere buoni. Mi è tornato alla mente guardando un affranto Kim Jong-un inginocchiarsi davanti alla bara di un soldato nordcoreano morto nella lontana Ucraina e partecipare con occhio umido a una fastosa cerimonia commemorativa, dove tutti applaudivano freneticamente e piangevano a comando, compreso Kim, che se lo sarà comandato da solo. Tutti tranne sua sorella Kim Yo-jong, falgida numero 2 del regime. Lei è certamente una cattiva, ma almeno è consapevole di esserlo, mentre il libro di Carnegie era scritto da un maschio

Lacrime di Kimmodrillo

e parla di maschi che hanno sempre bisogno di autoassolversi e quindi di autorappresentarsi migliori di quanto non siano. Certo, la scena del Kim commosso viaggiatore è abbastanza agghiacciante. Siamo parlando di un uomo che ha fatto sbranare suo zio da un branco di cani e che si compiace di essere circondato dal terrore e da un livello di servilismo di cui in Occidente non avevamo memoria, prima che Rutte perdesse la testa per Trump. Ecco, lo statista di Maralago è un altro sicuramente convinto di essere una personcina a modo. E anche Netanyahu. E Khamenei. Per non dire di Putin e di Xi. Siamo talmente circondati da leader buoni che non ci dormo la notte.

IL POLLENZA
**Il Migliore
Provare per credere**

**Cantina de Il Pollenza
Talentino (MC) Tel. 0733 961989
www.ilpollenza.it**

Metodo Classico
Pinot Noir in purezza

50701
9 771720 463008
Foto: Massimo Sestini/Ansa - D.L. 30/09/2001 con L. 48/2004 art. 1, c.1, G.01/04/05

TORINO
Jacopo, sepolto di notte nell'esplosione della casa
CATERINA STAMIN - PAGINA 17



IL PROCESSO
Le lacrime di Grillo jr "Nessuna violenza"
TOMMASO FREGATTI - PAGINA 16



ANIA GOLEDZINOWSKA
"Io, dalla torta di Berlusconi alla rinascita con l'esorcista"
GIACOMO GALEAZZI - PAGINA 18

1,90€ II ANNO 159 II N.179 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1 D.C.B.-TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

MARTEDÌ 1 LUGLIO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



L'ECONOMIA
Tasse, incassi boom ma la pressione fiscale si avvicina al record
Spesa più cara
BARBERA, BARONI, LEPRI



Aumenta il reddito disponibile degli italiani, ma l'inflazione e l'incertezza sul futuro dell'economia continuano a preoccupare le famiglie. E intanto la pressione fiscale aumenta. - PAGINE 10, 11 E 22

LA FINANZA
Svolta Mediolanum addio a Mediobanca
GIULIANO BALESTRERI

Mediobanca addio. Dopo 25 anni di rapporto consolidato, nato per cementare l'alleanza nel private banking con Banca Espesio, Mediolanum esce dal capitale di Piazzetta Cuccia. Il gruppo guidato da Massimo Doris ha collocato sul mercato il suo 3,49% attraverso un collocamento riservato a investitori istituzionali. - PAGINA 30

IL COMMENTO
C'era una volta il Salotto Buono
GIANLUCA PAOLUCCI

S'è da trovare un momento simbolico per l'insieme di operazioni che sta ridisegnando lo scenario della finanza italiana, quello che si è consumato ieri con la vendita dell'intera partecipazione di Mediolanum in Mediobanca si candida da subito per il podio, con ottime possibilità di salire sul gradino più alto. - PAGINA 21

IL GOVERNO DI BUDAPEST: TRUMP HA AUTORIZZATO LE NUOVE CENTRALI. DAZI, UE E USA VICINI ALL'INTESA

Putin, la doppia tenaglia dall'Ucraina all'Ungheria

I russi accerchiano Sumy e finanziano il nucleare di Orban con 10 miliardi

AGLIASTRO, BRESOLIN, MOSCATELLI, PEROSINO, PIGNI, SIMONI
Vladimir Putin due settimane fa aveva detto di «non escludere» che le sue truppe potessero puntare sulla città di Sumy, nel Nord Est dell'Ucraina. Ora appare sempre più concreta la nuova offensiva estiva dell'esercito di Mosca. I militari del Cremlino - cinquantamila soldati - sarebbero ad appena una ventina di chilometri dal capoluogo dell'Ucraina nord-orientale. - PAGINE 2-9

LE IDEE
Mine antiuomo la fine dell'umanità
DOMENICO QUIRICO - PAGINA 5
I ragazzini su TikTok in abito da battaglia
ASSIA NEUMANN DAYAN - PAGINA 22

LE ANALISI
"L'Onu boicotta chi porta cibo a Gaza"
FABIANAMAQRI - PAGINA 6
I leader e gli enigmi del dopoguerra
BERNARD GUETTA - PAGINA 7

FOGNINI SOTTO GLI OCCHI DELLA MOGLIE INCANTATA WIMBLEDON E COSTRINGE AL CARAZZ AL QUINTO SET



Fabio Fognini sull'erba di Wimbledon e in tribuna la moglie Flavia Pennetta, ex campionessa di tennis - PAGINE 23 E 29

L'AMBIENTE
Nubilfragi, un morto a Bardonecchia
Campi Flegrei scossa storica
DELUCA, TOGNOTTI, TOZZI



LA SALUTE
L'analisi infallibile del dottor algoritmo
ARCANGELO ROCIOLA

Un nuovo sistema di intelligenza artificiale ha dimostrato di saper fare diagnosi di casi clinici complessi meglio dei medici. E ha imparato a farlo proprio come farebbe un medico. Ma l'efficacia delle sue diagnosi ha raggiunto un'accuratezza dell'85% contro il 20% di medici esperti che hanno partecipato al test. - PAGINA 24

LA SOCIETÀ
Generazione Ai la sfida di noi genitori
NATHANIA ZEVI

C'è un momento, in Elio, il nuovo film Pixar, in cui il protagonista - un ragazzino fuori posto per definizione - guarda il suo amico allenatore e chiede: «E se ci fosse qualcosa che non va in me?». È una domanda che attraversa tutti i ragazzi, ma anche tanti genitori. - PAGINA 25

VIENI A STUPIRTI

SUMMER GARDEN
dei Giardini di Villa Taranto

Buongiorno | **MATTIA FELTRI**

Le logore ambizioni

Anche l'Ucraina è uscita dalla convenzione di Ottawa, i cui aderenti si impegnano a non costruire, vendere e usare mine antiuomo. In realtà l'Ucraina le usa già da qualche mese, da quando Joe Biden gliel'ha fornite di disinsensibili a distanza, di modo che a fine guerra nessuno rischi di esploderci sopra. Lo stesso annuncio era arrivato sabato dalla Lituania, dopo gli altri due Paesi baltici (Lettonia ed Estonia), la Polonia e la Finlandia. A parte l'Ucraina, che userà le mine per difendersi dall'invasione, gli altri le useranno per prevenirla, e sulla cartina geografica si vede il nuovo muro: un lungo confine minato a separare l'Europa dalla Russia. Mentre qui qualcuno irride il riarmo poiché considera Putin inoffensivo, dove Putin è il dirimpettaio non si fanno ironie. Ci si difende col fuoco. Ed è comprensibile tutta l'amarrezza del mondo: il nostro bellissimo emulo instabile castello di regole, che ci siamo dati per essere migliori, viene già pezzo a pezzo. Malo stupore del segretario generale delle Nazioni Unite, Antonio Guterres («è un pericoloso arretramento»), fa davvero cedere le braccia. La guerra in questione è stata avviata dalla Russia, ossia da uno dei cinque membri permanenti del Consiglio di sicurezza dell'Onu - e sottolinea sicurezza - e l'ha avviata entrando coi carri armati in un Paese sovrano. Non solo: da tre anni e mezzo la Russia dissemina l'Ucraina di mine antiuomo e, ora che l'Ucraina prova a restituire la stessa moneta, diventa un pericoloso arretramento? L'arretramento - un po' comico e un po' drammatico - è quello dell'Onu e del suo segretario davanti alle loro logore ambizioni.

DENTAL FEEL
PROFESSIONISTI DEL BENESSERE DENTALE

RICHIEDI ORA LA TUA VISITA.

WWW.DENTALFEEL.IT
D.S. Dott. Armando Ferraro



Il Messaggero



€ 1,40
ITALIA

NAZIONALE



Martedì 1 Luglio 2025 • Prezioso Sangue di Gesù

IL GIORNALE DEL M

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

Parla Ramakrishnan

Allungare la vita si può: la ricetta del premio Nobel

De Palo a pag.17



Emozione a Wimbledon

Fognini ko in 5 ore Alcaraz lo applaude «Fabio, non ritirati»

Martucci nello Sport



Intervista a Zandalasini

«Basket, il bronzo svolta per l'Italia Le bimbe ci seguano»

Petrelli nello Sport



L'editoriale

NEW YORK E L'AVVISO DI SFRATTO A SINISTRA

Luca D'otallevi

«Carnedel Chi era costui? ruminava tra sé don Abbondio». E mentre si faceva quella domanda «era lontano dal preveder che burrasca gli si addensasse in capo». Quello che Marzoni scrisse calza a pennello per l'intero gruppo dirigente del Partito Democratico Usa. Zohran Kwame Mamdani: chi è costui?

Mamdani ha vinto le primarie democratiche che hanno deciso il candidato del partito per le elezioni a sindaco di New York che si terranno a Novembre. Contro previsioni e sondaggi, le ha vinte avendo il meglio su Andrew Cuomo, uno degli ultimi prodotti del ceto e delle dinastie impo-

Mattarella: carceri, sovraffollamento insostenibile

► «Suicidi emergenza sociale». In arrivo il piano del governo

ROMA Mattarella definisce quella nelle carceri una «situazione di sovraffollamento insostenibile». Come testimonia il numero di suicidi, «una vera emergenza sociale». Attesa a giorni il provvedimento per costruire e potenziare i penitenziari. **Pigliantile a pag. 8**

Via il garante, schiaffo di Nagel al mercato

Mediobanca, il patto perde soci Mediolanum vende il suo 3,5%

ROMA Mediolanum esce da Mediobanca, mettendo sul mercato l'intera quota del 3,5% in suo possesso. Lascia quindi un azio-

nista storico e componente più importante del patto di consultazione tra soci che ricopre il 16% della banca. **Bassi e Pira a pag. 13**

Ok al contributo sull'assegno di inclusione

Riforma delle carriere nella Pa dirigenti per merito anche negli Enti

ROMA Cambia il sistema di valutazione delle performance tra soci che ricopre il 16% della banca. **Bassi e Pira a pag. 13**

dei voti in pagella. E i migliori potranno diventare dirigenti senza concorso. Anche negli Enti locali. **Bisozzi a pag. 4**

Lavoro, aumentano gli stranieri

► Via libera in Cdm al dl flussi: 500mila nuovi ingressi in tre anni, +10% rispetto al precedente Crescono i contratti a tempo indeterminato nel settore privato: a marzo 300mila posti in più

Andreoli, Di Branco e Orsini alle pag. 2 e 3

Il piano Rai di spostare la kermesse divide il mondo della musica



Al Bano: «Festival senza Sanremo? Come l'Oscar senza Hollywood»

Continua a pag. 23

«Ufficiali giudiziari, casse dei tribunali usati da bancomat»

► L'ultima inchiesta negli uffici di Velletri Da Arezzo a Reggio Calabria, i casi nel mirino

Valeria Di Corrado

Negli uffici notifiche esecuzioni e protesti dei tribunali italiani spesso vige una «gestione da bottega» e la cassa viene usata dagli ufficiali giudiziari come bancomat per anticipare spese extra. È quanto emerge dalle ispezioni ministeriali e dalle inchieste penali di diverse Procure. L'ultimo caso in ordine temporale è avvenuto all'Unepid Velletri. **A pag. 9 Allegri a pag. 9**

Il processo

Il figlio di Grillo in tribunale piange «Non ho stuprato»

CALIGARI In aula per il processo per violenza di gruppo, l'imputato Ciro Grillo, figlio di Beppe, non ha trattenuto le lacrime. «Sono e siamo tutti innocenti». **Aime a pag. 10**

L'emergenza meteo



Italia ed Europa un caldo da record (fino a domenica)

ROMA Un'estate straordinaria, anomala quanto pericolosa, con gran parte dell'Europa stretta in una morsa di caldo da record. In Italia un morto e bollino rosso in 21 città. In Spagna toccati i 46 gradi. **Pace e Troili a pag. 11**

SUPERMERCATO PREFERITO DAI CONSUMATORI

INSEGNE LOCALI

ALTRICONSUMO APPROVATO

SUPERMERCATO PREFERITO DAI CONSUMATORI

Il Segno di LUCA

ARIE, VOGLIA DI FARE



Grazie all'aiuto della Luna e di Marte, affronti con energia e sensibilità i tuoi compiti nel lavoro, incalzato da Saturno, che da quando è entrato nel tuo segno a fine maggio ti sta facendo rigare dritto. Tu, che non ti lasci scoraggiare dalle difficoltà, sei a tua volta pronto a raddoppiare la dose, consapevole che la combattività è la tua migliore risorsa. In questi giorni ti senti sicuro del successo, sei sulla buona strada. **MANTRA DEL GIORNO** La perfezione può diventare litante.

L'oroscopo a pag. 23

* Tandem con altri quotidiani (non separabili separatamente) nelle province di Padova, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20 (la domenica con l'abbonamento € 1,40) • Abruzzo, Il Messaggero • Corriere dello Sport - Studio € 1,40 (nel Friuli, Il Messaggero • Friuli Post) • Molise € 1,50 (nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport - Studio € 1,50) • Passaggiati ed escursioni nel Lazio • € 9,90 (Lazio)

Martedì 1 luglio 2023 ANNO LVIII n° 154 1,50 € Sant'Olivero Plinkett vescovo e martire

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Barcode and logo for VALLEVERDE

Editoriale

Il provvedimento sugli ingressi CONTRADDIZIONI A FLUSSI CONTINUI

PAOLO LAMBRUSCHI

Il nuovo decreto Flussi approvato ieri in Consiglio dei ministri contiene...

IL FATTO Nel mondo si moltiplicano le attività per la difesa. Fincantieri pronta ad aumentare la produzione in Italia

L'incubo delle armi

Mosca "recluta" operai dall'Africa per fabbricare droni, Kiev esce dall'accordo sulle mine La denuncia di Leone XIV alla Fao: «Uno iniquo della fame come strumento di guerra»

«È un segnale di regressione politica drammatico». Nicoletta Dentico è stata a lungo coordinatrice per l'Italia della campagna...



Alt russo alla rivoluzione colorata dei serbi

Michelucci a pagina 7

I nostri temi

IL FORUM A SVIGLIA Cooperazione per lo sviluppo in dieta forzata

PAOLO M. ALFIERI

La retrocessione intrinseca degli Usa e gli diventati contagiosi...

A pagina 3

GIUBILEO Lo shabbat e la tensione che ci libera

LUGINO BRUN

Se il sabato diventa "solo" una prescrizione della Legge...

A pagina 15

PROPOSTA Un aiuto per le mamme in difficoltà



La misura salva-bambini: una culla in ogni ospedale

Ogilbene a pagina 9

IMMIGRAZIONE Piano triennale: oltre metà della quota per stagionali, badanti e colf

Decreto flussi per 500mila: «Lavoratori indispensabili»

VINCENZO R. SPAGNOLI

A conferma delle anticipazioni che circolavano da domenica...

Indispensabile al sistema economico e produttivo nazionale e altrimenti non reperibile...

Campieri a pagina 8

OLTRE 20MILA DETENUTI IN PIÙ Carceri, l'appello di Mattarella «Affollamento insostenibile»

Gli ultimi dati, riferiti a maggio, indicano un tasso di sovraffollamento delle carceri del 134%...

Falvi e un intervento di Giolito a pagina 11

IL PROGETTO DELLA CEI

Il microcredito giubilare contro povertà e usura

Arena a pagina 14

BATURI SUL FINE VITA «Diritto alle cure palliative contro il dolore totale»

Servizio a pagina 9

CATTOLICI E POLITICA La rete civica solida parte dal "no" alla guerra

Picariello a pagina 10

Ripartenze Giorgio Paolucci

Uno sguardo d'amore

Ha ben conosciuto a Gerico: il capo dei pubblicani, boss della raccolta delle imposte...

Agorà

IDEE L'affollata solitudine dell'epoca dell'iperconnessione

Guardini a pagina 17

ANNIVERSARIO La preziosa eredità degli ultimi giorni di Antonio Rosmini

Galatola a pagina 16

TEATRO Gigante e sopravvissuto Umberto Orsini conquista Spoleto

Calvioli a pagina 19

Advertisement for 'IL MONDO IN UNA BICICLETTA' with a photo of a person on a bicycle.



Servizio L'Osservatorio

L'intelligenza artificiale sbarca in ospedale: aiuta in pronto soccorso e riduce le liste d'attesa

Mappate le prime 40 esperienze di Ia nelle corsie ospedaliere: le applicazioni in radiologia per identificare le fratture e per riconoscere l'ictus fino alla gestione delle prenotazioni

di Marzio Bartoloni

1 luglio 2025

L'intelligenza artificiale sbarca in pronto soccorso - lì dove i secondi possono fare la differenza - per aiutare i medici a decidere presto e bene cosa fare quando c'è il sospetto di una frattura o peggio di un ictus, ma l'Ia può aiutare gli ospedali a gestire meglio anche visite ed esami evitando che i pazienti diano "buca" e non si presentino agli appuntamenti e in prospettiva suggerendo ai camici bianchi se prescrivere o meno una Tac o una risonanza. Alleggerendo in questo modo le liste d'attesa e liberando i posti per chi ha davvero bisogno di quella prestazione. Ecco alcune delle esperienze più innovative tra le prime quaranta inserite nell'Osservatorio sull'Intelligenza artificiale in Sanità, presentato al Forum Logos & Téchne', organizzato a Siracusa nei giorni scorsi dalla Fiaso, la federazione che riunisce i manager di Asl e ospedali.

All'Asl 2 Sgavonese a esempio l'intelligenza artificiale è entrata nella radiologia d'urgenza ed è diventata uno strumento in più di "seconda lettura" per fare il triage dei pazienti, con l'accettazione dei medici radiologi che è cresciuta nel tempo: qui in particolare dal 2021 si impiega una soluzione di Ia che aiuta a rilevare le fratture su tutti gli esami Rx. In un'altro ospedale ligure - l'Asl 4 Chiavarese - è stato testato in pronto soccorso "Boneview" un altro sistema di Ia per leggere le radiografie che aiuta a intercettare le fratture ossee. Una tecnologia quest'ultima che è entrata anche dipartimento di emergenza dell'Asst Santi Paolo e Carlo di Milano. Nel pronto soccorso dell'azienda ospedaliera universitaria di Perugia è invece entrato un assistente virtuale per il riconoscimento precoce dell'ictus grazie all'analisi vocale, facciale e biometrica: questo assistente è stato ben accolto dai medici per l'usabilità e l'efficienza durante il triage, migliorando tempi di diagnosi, intervento e sopravvivenza. L'intelligenza artificiale viene impiegata anche all'Asst Santi Paolo e Carlo di Milano per l'analisi automatica delle immagini Tac sempre nei casi di ictus ischemico.

Fin qui le esperienze in pronto soccorso. Ma l'intelligenza artificiale potrebbe aiutare anche a governare meglio il problema numero uno della sanità: le liste d'attesa. Secondo uno studio che ha utilizzato un algoritmo di Ia, nella regione Puglia almeno 4 prescrizioni su 10 per tac e risonanze magnetiche non risultano necessarie. Realizzato dall'Aress Puglia il progetto è basato su un'analisi di oltre 17mila prescrizioni: il cuore è un sistema di intelligenza artificiale generativa basato sul modello LLaMA 3.1, in grado valutare l'appropriatezza clinica di una prescrizione diagnostica. L'algoritmo è stato addestrato per associare ogni esame richiesto alla condizione del paziente, confrontandolo con le linee guida ufficiali. I risultati hanno rilevato che solo il 39% delle richieste

rispetta pienamente i criteri di appropriatezza, il 43% è risultata inappropriata (quindi di fatto non necessaria), mentre il restante è solo parzialmente utile. All'Asl Napoli 3 Robo-Cup, un sistema automatizzato che utilizza un algoritmo applicato ai dati del Centro Unico di Prenotazione, ha invece permesso di dimezzare gli slot vuoti tra un appuntamento e l'altro, con benefici anche sulle liste di attesa. Il sistema ha permesso di ridurre dal 40% al 20% la percentuale del fenomeno del cosiddetto "no-show", ottimizzando i buchi degli appuntamenti lasciati liberi. Utilizzando i dati delle prenotazioni, Robo-Cup invia promemoria via sms, consentendo ai pazienti di confermare o disdire l'appuntamento. Quindi, sempre utilizzando l'Intelligenza artificiale, riassegna quelli disponibili, anche attraverso servizi di recall, overbooking controllato e preliste per ottimizzare l'uso degli slot liberi. In caso di mancata risposta, l'intervento è gestito dall'operatore.

«I cittadini sono pronti: hanno compreso le potenzialità dell'intelligenza artificiale in Sanità e chiedono soluzioni concrete – spiega Giovanni Migliore presidente di Fiaso –. Ora tocca a noi, come sistema sanitario pubblico, rispondere con visione e competenza. L'innovazione non è più una promessa: è già realtà, e sta trasformando il nostro modo di prenderci cura delle persone e organizzare i servizi». Con la nascita dell'Osservatorio sull'Innovazione in Sanità di Fiaso «è iniziato da Siracusa - aggiunge Migliore un percorso concreto di innovazione che ci porterà a Roma, il prossimo 29 gennaio, per un grande evento in cui presenteremo i risultati e premieremo le migliori esperienze maturate grazie alla collaborazione tra aziende sanitarie, ricerca e imprese tecnologiche».

ServizioSanità24

“Troppe ricette, scudo penale e intelligenza artificiale per tagliarle”

1 luglio 2025

Nei primi cinque mesi di quest'anno gli italiani hanno prenotato oltre 23 milioni di visite mediche ed esami come ecografie, Tac o risonanze con il Servizio sanitario. A fine anno con questo ritmo quasi ogni italiano avrà ricevuto almeno una ricetta (farmaci esclusi). Una montagna di prestazioni conteggiate dalla nuova Piattaforma nazionale sulle liste d'attesa che dopo una lunga attesa ha appena cominciato a funzionare e dovrebbe rappresentare uno dei motori del piano del Governo contro l'emergenza numero uno della Sanità italiana: le odiate code che convincono quattro milioni di italiani a rinunciare a curarsi e che la Corte dei conti definisce “fenomeno vergognoso per un Paese civile”. Un'emergenza quella delle liste d'attesa che come una medaglia ha due facce: da una parte l'imbuto troppo stretto contro il quale si scontrano i cittadini quando chiamano i Cup che è particolarmente odioso quando si tratta di malati gravi che non possono aspettare, ma dall'altra c'è anche la cosiddetta “inappropriatezza”, le ricette inutili prescritte dai camici bianchi spinti dalla medicina difensiva e cioè il timore delle proteste dei pazienti o addirittura di trovarsi una causa. Un fenomeno questo che ingolfa il sistema e allunga le liste: “Oggi abbiamo un problema di inappropriatezza che non abbiamo affrontato da subito per non dare la sensazione ai cittadini di voler tagliare le prestazioni, ma questo fenomeno riguarda almeno il 20% delle prescrizioni. I cittadini a volte pretendono di ricevere cure di cui non c'è bisogno, da medico dico che se si ha un mal di schiena prima di fare la risonanza magnetica può bastare una visita dall'ortopedico”, spiega al Sole 24 ore il ministro della Salute Orazio Schillaci che ieri ha partecipato al Forum Logos & Téchne a Siracusa organizzato da Fiaso, la federazione che riunisce i manager di ospedali e Asl dove sono stati accesi i riflettori sull'intelligenza artificiale negli ospedali. “Ecco proprio l'intelligenza artificiale potrà dare una mano ai medici, ma poi bisogna intervenire sulla medicina difensiva”, aggiunge Schillaci che annuncia l'arrivo a brevissimo dello scudo penale per i camici bianchi. “Lo abbiamo sperimentato durante il Covid e ora diventerà strutturale entro l'anno, già nei prossimi giorni questa misura potrebbe entrare nel disegno di legge di riordino delle professioni che presenteremo in consiglio dei ministri. I medici non dovranno più avere paura delle cause penali, resterà la colpa grava e la possibilità del risarcimento civile”.

Una conferma della over-prescrizione arriva proprio dalla Piattaforma nazionale che raccoglie tutte le prenotazioni Asl per Asl: i primi numeri complessivi con le mediane nazionali - mancano ancora le differenze locali dove si nascondono i casi di ritardo più clamorosi - fanno emergere come il Ssn sia più bravo a rispondere nei casi a carattere d'urgenza (prestazioni urgenti e brevi con tempi che vanno da 72 ore a 10 giorni), ma molto meno per le prestazioni non urgenti - differibili (30-60 giorni) e programmabili (120 giorni) - dove rischia di annidarsi più facilmente l'inappropriatezza con attese che superano abbondantemente anche un anno. Su questo fronte sarà cruciale il filtro dei medici di famiglia su cui è allo studio da mesi una riforma che potrebbe vedere la luce in un Ddl di riforma della rete ospedaliera e territoriale: “Linee guida e intelligenza

artificiale possono essere strumenti fondamentali per la figura del medico di famiglia, perché senza appropriatezza il sistema non regge più”, insiste Schillaci. Che vede nelle nuove Case di comunità una opportunità in questo senso: “Li ci saranno team di medici che possono contribuire a fare la scelta prescrittiva giusta”. Anche per il presidente di Fiaso Giovanni Migliore c'è un problema di governo della domanda: “C'è qualche paziente che riceve dieci volte in più le prestazioni di cui ha bisogno e ci sono altri che non ne ricevono una e ne avrebbe bisogno di più. Va contrastata la diseguaglianza di accesso e una mano ce la può dare l'intelligenza artificiale”.

Certo il problema numero resta l'offerta di prestazioni su cui pesa la carenza di medici e infermieri come ha ricordato ieri la Corte dei conti: “È necessario rimettere al centro del “villaggio salute” il professionista sanitario (il medico e l'infermiere) in modo che, adeguatamente remunerato, possa essere determinante nei processi decisionali e di gestione delle strutture deputate alla cura. La rivalutazione del capitale umano risulterebbe anche funzionale all'abbattimento del vergognoso, per un Paese civile, fenomeno delle liste di attesa”.

LA SALUTE

L'analisi infallibile del dottor algoritmo

ARCANGELO ROCIOLA

Un nuovo sistema di intelligenza artificiale ha dimostrato di saper fare diagnosi di casi clinici complessi meglio dei medici. E ha imparato a farlo proprio come farebbe un medico. Ma l'efficacia delle sue diagnosi ha raggiunto un'accuratezza dell'85% contro il 20% di medici esperti che hanno partecipato al test. - PAGINA 24

Se l'Al batte i medici

Microsoft crea un software
di intelligenza artificiale
in grado di fare diagnosi
sui pazienti decine di volte
più preciso degli umani

Ma non potrà sostituire i dottori

L'INNOVAZIONE
ARCANGELO ROCIOLA

Un nuovo sistema di intelligenza artificiale ha dimostrato di saper fare diagnosi di casi clinici complessi meglio dei medici. E ha imparato a farlo comportandosi proprio come farebbe un medico. Procedendo cioè passo dopo passo, facendo domande specifiche su sintomi e analisi, richiedendo esami diagnostici di approfondimento dopo aver ricevuto i referti, fino a raggiungere la diagnosi finale. Ma

l'efficacia delle sue diagnosi ha raggiunto un'accuratezza dell'85 per cento, contro il 20 per cento di medici esperti che hanno partecipato al test. Il sistema è stato messo a punto da Microsoft, che ha pubblicato uno studio dove spiega in dettaglio metodo e risultati raggiunti. L'obiettivo del team era migliorare le capacità di ragionamento clinico delle Ai. Portare quindi il software a ragionare come uno specialista, lavorando a diagnosi gradualmente per capire il problema del paziente. Ma con una marcia in più rispet-

to agli umani: la quantità enorme di dati in grado di analizzare prima di dare delle risposte. Un approccio innovativo che ha fatto in modo che Mai-Dxo (il nome del



software) ottenesse risultati oltre le più rosee previsioni dei ricercatori. Otto su dieci le diagnosi corrette della macchina, due su dieci quelle dei medici. Il team di ricercatori di Redmond ha selezionato e usato i casi di studio dalla rubrica Case Record del New England Journal of Medicine, una delle fonti più autorevoli al mondo che pubblica casi medici difficili. Non si è trattato quindi di quiz, ma resoconti clinici, descritti in dettaglio: dal primo contatto del paziente con i sintomi, ai vari test diagnostici, fino alla conclusione clinica. All'AI (così come alla controparte umana del test) venivano forniti solo le indicazioni iniziali dei sintomi. Da lì ha dovuto simulare il processo analitico. Per quali malattie? Nel documento pubblicato da Microsoft si parla di «sfide diagnostiche complesse, spesso con sintomi ambigui o ingannevoli»; patologie che richiedono l'intervento di più specialisti insieme; condizioni rare o atipiche, come malattie autoimmuni, tumori, infezioni sistemiche, disturbi neu-

rologici o malattie metaboliche. Casistica ampia e complessa di casi che avrebbe avuto il merito di confermare la bontà del metodo usato dai ricercatori per indurre le macchine a un ragionamento raffinato e soprattutto corretto. Il team ha utilizzato modelli di AI esistenti, tra cui quelli più popolari (ma nelle loro versioni più avanzate) come ChatGPT di OpenAI, Meta AI, Anthropic, Grok di Elon Musk e Gemini di Google. Una sorta di cervello centrale che coordina più modelli di AI per creare quello che ha chiamato un "orchestratore diagnostico". Orchestratore che imita in effetti un gruppo di medici, che poi formulano la diagnosi. L'intelligenza artificiale messa a punto quindi non indovina la diagnosi attraverso calcoli statistici o correlazioni, ma è un sistema che - provando a immaginarlo all'opera - potrebbe dialogare con un paziente e capire attraverso domande la strada giusta da seguire. Può farlo da solo? La risposta di Microsoft è no. Sebbene in alcune condizioni sembra lavorare meglio di un

team di umani, il colosso del software americano parla di Mai-Dxo non come di un sostituto, ma come di un "potente alleato", in grado di aiutare soprattutto in quei casi in cui la complessità diagnostica mette a dura prova le capacità individuali del medico, o dello specialista. Piuttosto al momento la strada che sembra più probabile è quella di un'alleanza uomo macchina. In cui l'AI si fa supporto, anche decisivo. A questo si aggiunge una netta riduzione dei costi - citata nello studio, ma al momento non quantificabile - che deriverebbe soprattutto dalla maggiore precisione degli esami richiesti, evitando quelli inutili. Di conseguenza del tempo necessario per individuare una patologia specifica. Promesse. Che al momento si scontrano con la realtà, dove l'uso di questi strumenti deve sottostare a rigidi controlli e regole per evitare un uso distorto o peggio a casi in cui a pagare le conseguenze di cattive diagnosi siano i pazienti. Ma per Microsoft il sistema presto sarà

in grado di mettere in campo una "profondità e ampiezza di competenze" che supera quella dei singoli medici, perché in grado di muoversi tra diversi settori. «Migliorare in questo livello di ragionamento - scrivono i ricercatori - ha il potenziale di rivoluzionare la sanità. L'AI potrebbe aiutare i pazienti a gestire in autonomia la cura e fornire ai medici un supporto decisionale». Sebbene la stessa azienda ammetta che il sistema non è ancora pronto per l'uso clinico, la strada sembra già tracciata, e ha un nome: "la via per una super intelligenza medica", la chiamano i ricercatori. Uno scenario in cui un software sa ragionare e diagnosticare in ogni campo meglio di un medico umano. E affrontare ogni tipo di patologia. Quello che poteva sembrare fantascienza, oggi è una direzione concreta della ricerca. —

Userà un sistema
che prevede domande
e dialoghi con i pazienti
Non calcoli statistici

Aiuterà i malati
a gestire in autonomia
la cura e supporterà
la fase decisionale

S I precedenti



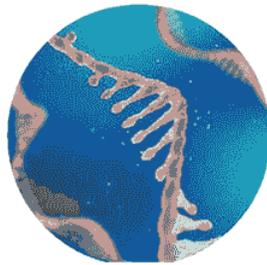
La chirurgia robotica

È un sistema mini-invasivo sviluppato negli anni '80 e diffuso dal 2000 che assiste il chirurgo durante l'intervento



Il microchip sottocutaneo

Esistono dispositivi impiantabili per vari motivi, dal monitoraggio cardiaco alla misurazione di parametri e alla ricerca



La rivoluzione Rna

Dopo la pandemia la ricerca spinge sull'individuazione di tecnologie a base di Rna per terapie sempre più di precisione



LA PRIMA SFIDA DELLE UNIVERSITÀ SI GIOCHERÀ SUL NUMERO DEI CANDIDATI

Medicina, primo semestre per tutti con 250 euro e tre esami

DI MARTINO SCACCIATI

Dopo l'addio ai test a crocette e il passaggio al sistema del "semestre aperto", si va completando il nuovo meccanismo d'ingresso alle facoltà pubbliche di Medicina e Chirurgia. La scorsa settimana, sul sito www.universitaly.it sono stati chiariti vari su iscrizioni e prove d'esame. Allo stesso tempo, il Ministero dell'Università ha definito l'importo richiesto agli studenti per iscriversi ai corsi filtro. Le date per le domande per le iscrizioni, rivolte a studenti europei, studenti extraeuropei residenti e non, erano già state stabilite in precedenza: dal 23 giugno alle ore 17 del 25 luglio. Per iscriversi bisogna compilare la domanda sul sito www.universitaly.it, indicando, in ordine di preferenza, le 10 sedi in cui si vorrebbe frequentare il semestre filtro. Attesa per il numero di candidati, che deciderà anche l'organizzazione delle università.

Mancava, tuttavia, l'importo della "retta" necessaria per frequentare le tre materie fondamentali (Chimica e propedeutica biochimica, Fisica e Biologia) del semestre filtro. La richiesta della Crui era stata di 750 euro. Il ministero l'ha ritenuta troppo onerosa e ha deciso quindi di ridurla di due terzi rispetto all'ipotesi di partenza. Chi intende iscriversi Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria o Veterinaria dovrà dunque pagare 250 euro. Per l'esonero dal contributo di iscri-

zione, valgono le stesse regole che si applicano in genere al pagamento delle tasse universitarie. In più, chi sarà riuscito ad accedere al secondo semestre di Medicina oppure opterà per un altro corso affine, nello stesso o in un altro ateneo, potrà contare sulla decurtazione del contributo già versato.

L'inizio dei corsi è stato fissato per il 1 settembre. Alla fine dei tre mesi di frequenza, gli studenti dovranno sostenere l'esame dal cui esito dipende la possibilità di frequentare o meno la facoltà preferita. Le date delle prove sono le stesse per tutte le università. Si terranno il 20 novembre e il 10 dicembre e per completarle i candidati avranno a disposizione 45 minuti - che possono essere prolungati per chi è in possesso di una certificazione DSA. Ogni prova consiste in 31 domande (15 a scelta multipla e 16 a completamento), preparate da una commissione di professori universitari nominati dal MUR. Il voto sarà espresso in trentesimi, con possibilità anche di lode, così formati: 1 punto per ogni risposta esatta, 0 punti per le risposte omesse, -0,25 per quelle sbagliate. Lo studente ha a disposizione due appelli per materia e può ripetere ciascun esame una volta.

Il punteggio ottenuto da ciascuno confluirà in una graduatoria nazionale di merito per ogni corso di laurea. La votazione minima per l'accesso alla graduatoria è

18/30 per ogni materia. Chi la raggiunge potrà accedere al secondo semestre del corso di laurea scelto e iniziare così gli studi universitari veri e propri. Chi invece non ha un punteggio sufficiente in tutt'e tre le materie fondamentali, potrà optare per la frequenza di un corso di laurea affine. E cioè, per tutti i corsi di studio appartenenti a Biotecnologie, Scienze Biologiche, Farmacia e Farmacia Industriale, Scienze Zootecniche e Tecnologie delle Produzioni Animali. Ma anche alcuni corsi tra quelli delle professioni sanitarie. La sede di frequenza dei "Corsi affini" sarà una delle 10 aggiuntive indicate, oltre a quelle di preferenza, al momento dell'iscrizione. Seguire il "semestre aperto" garantirà 6 crediti formativi per ogni corso, per un totale di 18.

Per completare la riforma non rimangono a questo punto che due tasselli. Il numero dei posti messi a disposizione (l'ipotesi più verosimile è circa 25000) e i bandi dei singoli atenei. Verranno pubblicati a breve.

— © Riproduzione riservata — ■



La misura salva-bambini: una culla in ogni ospedale

Ognibene a pagina 9



«Una culla per la vita in ogni ospedale» C'è spazio per la proposta salva-bambini

FRANCESCO **OGNIBENE**

Fuori dall'Ospedale "Guglielmo da Saliceto" di Piacenza per alcuni giorni mazzi di fiori lasciati dalla gente hanno ricordato alla città un lutto sul quale non si può passare oltre troppo alla svelta. Anzitutto perché manca la verità sull'accaduto: il 19 giugno nel bagno del Pronto soccorso gli addetti alle pulizie hanno trovato, chiuso in un sacchetto, il cadavere di un feto giunto alla 30esima settimana di gestazione. «Materiale abortivo espulsivo» è stato definito dall'Ausl piacentina. In termini umani, un bambino. E questo è il secondo motivo che impedisce di girare pagina, in attesa dei rilievi autopsici dell'Istituto di Medicina legale di Pavia e dell'incrocio del dna del piccolo per risalire alla madre (che quasi certamente non ha agito da sola).

Un modo per far sì che il bambino - come altri prima di lui, in altre città - non sia tragicamente morto invano è che si consideri attentamente la proposta di FederVita Emilia Romagna: una "culla per la vita" in ogni ospedale italiano. Perché all'esterno delle strutture sanitarie non restino solo fiori a ricordare tragedie ma nascano presidi che - come già accade in una sessantina di luoghi in giro per l'Italia, e finora sempre a cura del privato sociale - consentano a chi non vuole neppure metter piede al pronto soccorso per il parto in anonimato di non "buttare via" una vita. Un figlio. Dire basta a drammi come quello di Piacenza significa anche provare questa strada. «Quando nel 2006 abbiamo inaugurato la prima culla per la vita in Emilia-Romagna - rac-

conta Antonella Diegoli, presidente di FederVita regionale - la spinta era stata data dal ritrovamento del corpicino del piccolo Jacopo a Modena. A Piacenza subito dopo venne inaugurata la seconda. Proprio in quei giorni era stato ritrovato in una culla ospedaliera a Roma il primo bambino dopo molto tempo. Vivo. Oggi dopo quasi vent'anni la situazione è molto cambiata: la



solitudine, cresciuta a dismisura a causa del Covid, mentre la vita umana ha sempre meno valore. Occorre ripensare misure e strumenti di tutela dei più indifesi». Per questo FederVita aveva presentato alla giunta regionale «la proposta di aprire una culla per la vita in ogni presidio ospedaliero: è uno spazio pubblico, facilmente riconoscibile, con vigilanza h24. Non si può lasciare sulle spalle di volontari una responsabilità così grande, ma soprattutto occorre moltiplicare la possibilità di accogliere un bambino nell'anonimato. Ci sono molte situazioni complesse, delicate. Sapere di poter affidare il bambino a qualcuno che se ne può occupare può aiutare la madre in maggiori difficoltà». Per parte sua FederVita (che è espressione territoriale del Movimento per la Vita) pubblicizza come può il numero verde Sos Vita 800813000. «Nel 2009 - ricorda Diegoli - l'assessore regionale alla Salute aveva consentito di farlo conoscere in ogni ospedale e consultorio. Negli ultimi mesi abbiamo ricevuto molte richieste di aiuto, informazioni, sostegno: significa che la domanda è molta e la risposta insufficiente». E se la rete di "culle per la vita" coprisse tutti gli ospedali del Paese? La vita dei bambini - e ciò che uno sforzo simile può significare - merita di pensarci seriamente: «Se lo Stato prestasse attenzione alle culle per la vita e se ne faces-

se carico attraverso il sistema sanitario sarebbe una bella notizia - reagisce Marina Casini, che del Movimento per la Vita è presidente nazionale -. La custodia e la cura della vita umana, specialmente fragile, non può essere affidata solo al volontariato. Proteggerla è ciò che rende un'organizzazione statale "Stato di diritto", ed è fondativo della democrazia. Queste culle parlano di una società che non abbandona mai, non scarta, ma si prende cura e accoglie. Una logica che dovrebbe riguardare tutto l'arco dell'esistenza umana, fin dal concepimento. Per questo proponiamo i Centri di Aiuto alla Vita, come espressione di una intera comunità che accoglie e modello anche per i consultori». La proposta di "una culla per la vita in ogni ospedale" - osservando le condizioni per renderla sicura per il bambino e per chi voglia affidarlo anche senza lasciar traccia di sé - è condivisa al di fuori del volontariato *pro life*: «Doveri del medico - dice Filippo Andelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo) - sono "la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera": recita così l'articolo 3 del Codice

di deontologia medica. La proposta di dotare di una "culla per la vita" ben si coniuga con il dovere di ogni sanitario di tutelare la vita anche in quelle situazioni socialmente difficili come quella di Piacenza. Ogni città dovrebbe dotarsi di una "culla per la vita", gestita da strutture sanitarie pubbliche in grado di offrire sempre un'opportunità alla vita che nasce. È un segno di grande attenzione alla tutela della vita e di rispetto nei confronti di coloro che hanno difficoltà o non vogliono accedere ai servizi pubblici, gratuiti, che già oggi garantiscono assistenza, anonimato e tutela del nascituro». D'accordo con la proposta anche i dirigenti delle aziende sanitarie pubbliche: «Da sempre - osserva Paolo Petralia, vicepresidente della Federazione che li rappresenta (Fiaso) - l'identità, oltre che le normative regolatorie, degli ospedali pubblici garantiscono la possibilità di tutela a chiunque, specie nelle situazioni di maggiore fragilità e svantaggio. La certezza quindi di poter affidare un neonato in anonimato e senza discriminazioni può davvero fare la differenza in fasi della vita di grandi dubbi e angosce da parte di una madre. E trovare nelle aziende pubbliche una risposta di accoglienza di questo tipo è un segno tangibile di prosimità e di accessibilità per tutti». Stefano Ojetti, presidente dei Me-

dici cattolici, apprezza «la lodevole iniziativa», e proprio per questo invita a considerare con realismo le questioni realizzative da affrontare, «pratiche, economiche e giuridiche». «La problematica degli abbandoni - considera il leader Amci - riteniamo derivi non tanto da una impossibilità concreta di allocazione del feto quanto piuttosto da un fatto culturale che porta la gestante, pur comprendendone le motivazioni, ad abbandonare in qualsiasi luogo il proprio feto che andrà incontro a morte sicura. Ben vengano, ove possibile, le culle della vita, con la speranza che si sviluppino nelle neo mamme una cultura della vita attraverso un sentimento di amore per il neonato che è stato portato per così tanto tempo nel proprio grembo».

IL TEMA

Il ritrovamento nel cestino del Pronto soccorso all'Ospedale di Piacenza di un feto di 30 settimane morto suscita riflessioni su come evitare che simili tragedie accadano ancora. E fa nascere un'idea

Dal presidente dei medici ai dirigenti delle aziende sanitarie, è già condivisa la richiesta di aiutare chi non può o non vuole tenere il suo bambino e cerca un modo sicuro per salvarlo affidandolo ad altri ma restando anonimo



La "culla per la vita" attiva da anni all'esterno della Clinica Mangiagalli di Milano



LA TESTIMONE

Parto in anonimato, chi lo conosce?

La neonatologa: la legge già garantisce un modo per salvare i bambini, ma non si aiutano le donne a saperlo

GRAZIELLA MELINA

«**P**er il parto in anonimato si fa ancora molto poco. La donna arriva all'aborto disperata, nessuno spesso le spiega che può già lasciare il bambino in ospedale, in totale sicurezza». Concetta Cascioli, pediatra neonatologa in pensione, per 40 anni ha lavorato nel nido e nella terapia intensiva del Policlinico universitario Federico II di Napoli. Oggi ha 76 anni, ma ancora non si dà pace quando viene a sapere di bambini "buttati" nel cestino dell'immondizia. Il recente episodio di Piacenza la riporta alla sua esperienza accanto alle mamme e a quelle piccole creature. Ma sa bene che a volte alcune donne - e non solo straniere - non sanno come affrontare la gravidanza, magari perché sole e senza aiuti.

Eppure, e in attesa che si possa realizzare una rete di culle per la vita nei pressi degli ospedali, una alternativa già c'è. «Con il parto in anonimato - spiega Cascioli - innanzitutto non si incorre in aborti clandestini, che ci sono ancora oggi, purtroppo. E poi, per esempio, la mamma ha la possibilità di lasciare in ospedale un bam-

bino nato con una malformazione. Spesso le donne non sanno che in questi casi il nome della persona che ha partorito non viene scritto e l'anonimato è sempre garantito per legge». Per paura oppure perché isolate e prive di qualsiasi supporto, di fronte a una gravidanza inaspettata e non voluta, così ricorrono a gesti estremi. «Sono testimone di alcuni casi in cui i ginecologici si sono messi molto a disposizione e hanno aiutato le donne in difficoltà - spiega Cascioli -. Oggi si fa tutto di fretta, per queste situazioni invece serve molto tempo. E ascolto». Soprattutto per intercettarle e prevenirle. «Vedo che si fa molto poco per occuparsene, anche perché ci vuole un impegno notevole da parte dello specialista che riceve la donna. Se la mamma accetta il parto in anonimato si fa subito richiesta al Tribunale dei Minori, e la pratica viene evasa abbastanza velocemente quando si tratta di un bambino nato sano». Molte famiglie, del resto, sono già pronte ad accogliere questi bimbi. «Negli anni 80 - continua la dottoressa - mi è capitato di conoscere mamme con l'Aids che non hanno voluto riconoscere i figli. Hanno fatto il parto in anonimato, poi questi bambini sono stati adottati. E l'iter burocratico è stato molto veloce. Porto nel cuore il caso di un bambino con una malformazione cerebrale, adottato poi da

una famiglia che appartiene alla Comunità Papa Giovanni XXIII». Ogni volta, pur nella disperazione, la mamma se aiutata e ascoltata è riuscita a salvare il bambino. «Quando ero giovane ho fatto volontariato all'Annunziata di Napoli, al brefotrofo. Ricordo che allora i bambini venivano lasciati nella "ruota" - racconta Cascioli -. La donna lasciava però anche un segno, una catenina per esempio, per potere poi riconoscere il bambino e ritrovarlo nel caso in cui avesse voluto poi andare a riprenderlo. Oggi, quando vengo a sapere dell'ennesimo caso di abbandono in un sacchetto, mi chiedo: ma la mamma dove va a finire? Dopo il parto chi si prende cura di lei? Queste donne purtroppo non accedono all'informazione corretta, dovrebbero riuscire ad andare all'Asl a parlare con un medico che le informi su come fare se si trovano in difficoltà, devono sapere che c'è una strada possibile per salvare il bambino e che possono sempre ricevere tutta l'assistenza e le cure di cui hanno bisogno».

Quarant'anni con mamme e neonati al Policlinico Federico II di Napoli: Concetta Cascioli spiega che i casi di abbandono conclusi in dramma possono essere prevenuti con una vera campagna di informazione «Si eviterebbero anche gli aborti clandestini, che ci sono ancora»



Concetta Cascioli



BATURI SUL FINE VITA**«Diritto alle cure palliative
contro il dolore totale»**

Servizio a pagina 9

L'ARCIVESCOVO DI CAGLIARI E SEGRETARIO GENERALE DELLA CEI SUI DISEGNI DI LEGGE IN DISCUSSIONE (IN SARDEGNA E A ROMA)

Baturi: diritto alle cure palliative per affrontare il “dolore totale”

Come si risponde al “dolore totale” di tanti malati? «La soluzione non è quella di anticipare o agevolare la morte ma rispondere in termini di “cura totale”». In una lunga intervista pubblicata domenica dall'Unione Sarda, quotidiano di Cagliari, l'arcivescovo della città monsignor Giuseppe Baturi, segretario generale della Cei, affronta i principali temi al centro del dibattito sul fine vita. In Sardegna la maggioranza di centrosinistra sta infatti portando avanti un disegno di legge con l'obiettivo di giungere, come già in Toscana, a legalizzare il suicidio assistito nell'Isola. «Il dramma di tante esistenze, definito “dolore totale” – dice tra l'altro Baturi –, non deriva solo dall'inabilità fisica, ma spesso anche dalla solitudine, da un dolore fisico che non è sopportabile, dalla necessità di assistenza psicologica e del coinvolgimento della società in termini affettivi. Intervenire in questi ambiti significa intervenire sulla libertà che è tale solo se viene liberata da costrizioni morali. Come ha ricordato la Presidenza della Cei in una nota, lo scorso 19 febbraio, “sulla

vita non ci possono essere polarizzazioni o giochi al ribasso. La dignità non finisce con la malattia o quando viene meno l'efficienza. Non si tratta di accanimento, ma di non smarrire l'umanità”. L'arcivescovo di Cagliari chiarisce il punto-chiave: la cura totale, spiega, «è quella che si interessa dell'integrità fisica, degli aspetti affettivi, della cura domiciliare,

della terapia del dolore e del coinvolgimento del terzo settore. In generale stiamo parlando delle cure palliative». Baturi ricorda che la legge di bilancio del 2022 «prevedeva

l'obiettivo di raggiungere il 90% di copertura rispetto ai malati terminali. Su tutto il territorio nazionale registriamo una forte disparità di trattamento tra le Regioni. In Trentino la copertura è oltre il 70%, in Sardegna non raggiunge il 5%. Parlare di aiuto al suicidio quando manca chiaramente l'aiuto a vivere è come scegliere una scorciatoia senza ascoltare la domanda di cura: «In Sardegna, come in altre Regioni –

aggiunge Baturi –, manca un piano territoriale per l'istituzione degli hospice. C'è tanto da fare per sostenere un paziente terminale. Penso al ruolo decisivo che potrebbero svolgere le realtà associative per il sostegno morale, spirituale e psicologico del paziente che si trova di fronte al “dolore totale”. Ribadisco: il nostro problema non deve essere quello di agevolare la morte e di creare condizioni per cui la si scelga. Lo spessore della nostra civiltà si misura sulla capacità di garantire una cura anche quando non c'è guarigione per fare in modo che nessuno venga abbandonato». Un punto fermo assunto anche dalla Corte Costituzionale, che «non ha voluto affermare un diritto alla morte equivalente al diritto alla vita. Si deve ragionare in termini di eccezione». Perché «il fine vita richiede la dignità del vivere». «Non invociamo una “legge cattolica”»: «Il problema è quale sia l'obiettivo» e «la cultura che vogliamo sviluppare». (F.O.)



L'arcivescovo Giuseppe Baturi



Nuove frontiere Mappa genetica, cure fin dalla culla

Michela Moretti — a pag. 33

L'intervista. Matteo Floris. Professore associato di Genetica medica all'Università di Sassari: «Leggendo il Dna è possibile classificare la persona in un certo fenotipo, prevedendo come reagirà a un farmaco»

Passaporto genetico: la mappa per curare meglio, fin dalla culla

Michela Moretti

Se è noto che età, sesso, etnia, presenza di diverse malattie possono influenzare la risposta a un farmaco, più recente è la comprensione che anche numerosi fattori genetici possono modificarne l'efficacia individuale. Di questo si occupa la farmacogenetica, oggi una realtà clinica consolidata. Questa disciplina si fonda sullo studio delle varianti genetiche individuali, cioè sulle differenze nella sequenza del Dna che ciascuno di noi possiede e che possono influenzare profondamente il modo in cui il nostro organismo risponde ai farmaci. La farmacogenetica permette di prevedere, per una serie di farmaci, se un paziente potrà manifestare o meno effetti collaterali o necessitare di un aggiustamento della dose di una terapia farmacologica, proprio in base alle sue specifiche caratteristiche genetiche. Oggi, nel bugiardinio di numerosi farmaci si trovano indicazioni che segnalano come particolari geni o loro varianti possano influenzare la risposta al farmaco. Si tratta di una conoscenza accumulata negli anni, grazie a studi osservazionali e post-approvazione, che ha permesso di individuare varianti genetiche capaci di modificare l'efficacia e la sicurezza di molti medicinali. Ne parla Matteo Floris, professore associato di Genetica medica all'Università di Sassari e membro

del gruppo di lavoro dedicato alla materia della Società italiana di genetica Umana (SigU).

Professor Floris, la farmacogenetica riguarda tutti i farmaci e tutte le malattie?

No, non riguarda tutti i farmaci, ma molti sono di uso comune. Penso alle statine, agli inibitori della pompa protonica (omeprazolo ed esomeprazolo), a diversi farmaci neuropsichiatrici e agli anestetici. Poi esistono due tipi principali di farmacogenetica: quella somatica, applicata all'oncologia, dove si analizza il profilo genetico del tumore per scegliere la terapia più adatta; e quella germinale, che si riferisce alle varianti genetiche ereditarie e che possono essere testate anche alla nascita. In alcuni paesi, come l'Olanda, si parla di "passaporto farmacogenetico": una profilazione dei geni rilevanti per la risposta ai farmaci, valida per tutta la vita.

Come i fattori genetici possono influenzare la risposta ai farmaci?

È intuitivo: quando assumiamo un farmaco, questo viene assorbito, distribuito, metabolizzato ed eliminato dall'organismo attraverso l'azione di proteine ed enzimi prodotti dai nostri geni. Differenze in questi geni, che possono essere comuni tra individui o etnie, possono influenzare il destino del farmaco nel corpo: il metabolismo, la velocità di eliminazione, l'efficacia e persino la tossicità. Negli anni, dopo la consapevolezza maturata a

partire dagli anni '50, sono state scoperte molte varianti genetiche che possono influenzare la risposta al farmaco, sia in termini di efficacia che di effetti collaterali.

Serve sequenziare tutto il genoma per ottenere queste informazioni?

No, non serve sequenziare tutto il genoma. I geni clinicamente rilevanti per la farmacogenetica sono relativamente pochi e riguardano soprattutto quelli coinvolti nel metabolismo e nel trasporto dei farmaci. Si utilizza il sequenziamento mirato, che analizza solo le regioni del Dna più informative dal punto di vista clinico.

Come si traducono in pratica queste informazioni?

Una volta ottenuta la profilazione genetica, si può dire che l'individuo è portatore di determinate varianti genetiche. A questo punto, si utilizzano algoritmi codificati da organismi internazionali, come il consorzio Cpic o il Dpwwg olandese, che permettono di classificare l'individuo, ad esempio, come



“lento metabolizzatore” di un certo citocromo, cioè di un enzima epatico che metabolizza varie sostanze, tra cui molti farmaci. In sostanza, quello che è scritto nel Dna permette di classificare la persona in una certa categoria fenotipica, prevedendo come reagirà a un determinato farmaco. Per queste persone è necessario prevedere un cambio di dose. Si tratta di un processo utilizzato già per numerose terapie.

Può citare un esempio?

Un esempio concreto di applicazione della farmacogenetica riguarda gli anestetici: esistono varianti genetiche ben note che, se identificate, permettono di sapere in anticipo se un individuo è a rischio, indipendentemente dal fatto che debba o meno sottoporsi a un intervento. Un altro caso emblematico è quello di antibiotici

come la gentamicina: alcune varianti nel Dna mitocondriale possono causare una tossicità severa, soprattutto nei neonati. In Inghilterra, per affrontare questo rischio, è stato introdotto un test genetico rapido che, in soli 30 minuti, identifica i neonati a rischio di tossicità. Questa pratica è particolarmente importante in ambito pediatrico, dove spesso i neonati ricoverati con sospetta sepsi vengono trattati tempestivamente con questi antibiotici. Sapere subito se il bambino è portatore della variante genetica permette a medici e famiglie di prendere decisioni più consapevoli e di adattare la terapia, evitando effetti collaterali gravi anche se i casi sono rari, circa un bambino su 400.

Come implementare la farmacogenetica in clinica?

Le linee guida traducono i dati genetici in istruzioni operative: indicano quando ridurre la dose, quando evitare un farmaco o quando sostituirlo. Questo rappresenta uno strumento fondamentale per integrare la farmacogenetica nella pratica clinica e nel sistema sanitario nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



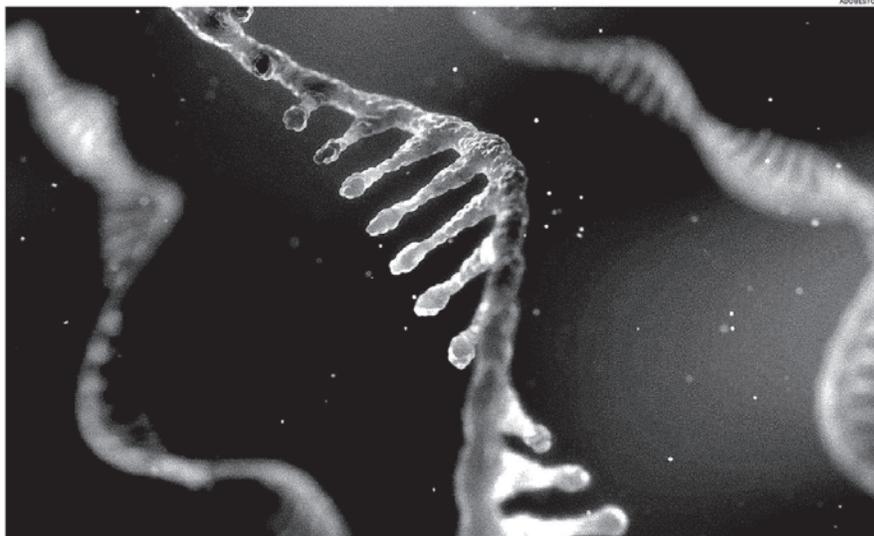
NUOVA PUNTATA DI SALUTE24

Mettersi a dieta o modificare il proprio stile di vita per molti è difficile. Eppure è possibile modificare il proprio regime alimentare senza trovarsi di fronte grandi sacrifici. Ne parliamo insieme a

Monica Germani, nutrizionista e docente di Siena. Parliamo poi di tac e risonanze non sempre necessarie, secondo l'intelligenza artificiale e del ruolo dei fondi sanitari integrativi di fronte al problema della rinuncia delle cure (www.24oresalute.com)

In Inghilterra, un test rapido identifica nei neonati il rischio di tossicità da antibiotici

Non è necessario sequenziare tutto il genoma: bastano test mirati su geni rilevanti



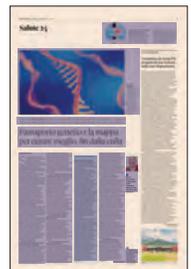
LINEE GUIDA NAZIONALI

Quali test da eseguire

La Società italiana di genetica umana (Sigu) è al lavoro per completare le prime linee guida nazionali sulla farmacogenetica. Ma a cosa servono e quali sono i dettagli che ne rendono urgente l'adozione anche nel nostro Paese? Le linee guida forniscono un indirizzo chiaro sia ai genetisti sia ai medici, indicando quali test vanno fatti, come interpretare i risultati e quale deve essere il flusso di lavoro. Il modello ideale prevede che il genetista esegua il test, estragga le informazioni di rilevanza farmacogenetica e le trasmetta al farmacologo clinico o allo specialista, che le utilizzerà per scegliere farmaco e dose più adatti al singolo paziente. È il principio del farmaco giusto, alla dose giusta, per ogni individuo. Senza linee guida autorevoli, si rischia di avere informazioni poco affidabili o difficili da interpretare. In diversi Paesi europei come Olanda, Germania, Spagna e Svizzera in testa, le linee guida sulla farmacogenetica sono già realtà consolidate; si tratta quindi di adattare al nostro sistema sanitario e applicarle ai farmaci approvati in Italia. Il rischio di trascurare alcune varianti genetiche specifiche presenti nel nostro Paese esiste, ma viene minimizzato grazie a un processo di aggiornamento periodico: le linee guida vengono riviste ogni volta che emergono nuove conoscenze sulla rilevanza clinica di nuove varianti genetiche. La bozza delle linee guida si trova in fase di revisione e il documento dovrebbe essere pronto entro fine 2025.

Efficacia e sicurezza.

La farmacogenetica permette di prevedere, per una serie di farmaci, se un paziente potrà manifestare o meno effetti collaterali o necessitare di un aggiustamento della dose di una terapia farmacologica, sulla base alle sue specifiche caratteristiche genetiche



IL NUOVO CENTRO

Genomica: da Aosta l'Iit progetta la rete italiana sulle cure di precisione

Parte da Aosta il progetto dell'Istituto italiano di tecnologia di Genova per provare a costruire una grande infrastruttura di genomica e medicina di precisione in Italia: «Se ci fossero centri diffusi in maniera pervasiva grazie a questa tecnologia secondo le nostre stime si potrebbero salvare fino a 10mila vite all'anno. Ma serve una massa critica fatti di dati, ricercatori, centri e ospedali: insomma una grande infrastruttura. Oggi queste competenze non mancano, ma sono ancora molto frammentate: ci sono alcuni ospedali che lo fanno, c'è Telethon con cui collaboriamo e l'Airc. Ma il nostro obiettivo è espanderci anche perché le tecnologie evolvono ogni giorno, come il sequenziamento di terza generazione che offre ancora più possibilità e più precisione in favore del paziente». Giorgio Metta, direttore scientifico di Iit, guarda già avanti subito dopo l'ingresso ufficiale del dodicesimo polo in Italia dell'Istituto di Genova avvenuto nei giorni scorsi: il centro nasce dal progetto 5000genomi@Vda - coordinato dall'Iit e supportato dalla Regione Valle d'Aosta - che in cinque anni ha sequenziato 5.400 genomi per lo studio di malattie oncologiche, neurodegenerative, del neurosviluppo, trapianti d'organo e per individuare il genoma di popolazione. Alla fine del 2024 sia l'Iit sia la Regione hanno approvato la stabilizzazione dell'infrastruttura di ricerca come nuovo Centro della rete dell'Iit. L'investimento sarà di circa 12 milioni in cinque anni e i partner del progetto continueranno a contribuire alle attività del nuovo centro attraverso collaborazioni scientifiche, anche sotto forma di laboratori congiunti. Oltre a proseguire gli studi già in corso, il centro focalizzerà la propria attenzione sulla malattia di Parkinson e sul tumore al Pancreas. «Con il nuovo Centro Iit ad Aosta vogliamo accelerare il trasferimento di conoscenze e tecnologie nel campo della salute, contribuendo alla costruzione di una medicina sempre più personalizzata, predittiva e di precisione», spiega Metta al Sole 24 ore.

Il progetto è nato, come detto, cinque anni fa con fondi europei e regionali che hanno consentito la costruzione del centro: «È stato un progetto visionario. Per noi è stato interessante perché abbiamo avuto la disponibilità di un territorio che ci ha accolto e ospitato e una collaborazione con

l'ospedale Parini di Aosta con cui abbiamo interagito molto bene». Oggi le competenze nella genomica sono presenti anche a Genova e a Milano oltre che una piccola presenza a Roma, con Aosta nasce il primo centro specializzato dove lavorano una trentina di persone di cui 20 ricercatori. L'obiettivo però è appunto quello di allargarsi: «Il nostro sogno - aggiunge il direttore scientifico di Iit - sarebbe aprire un centro in ogni Regione italiana per poter lavorare così in maniera capillare. Abbiamo iniziato conversazioni con varie Regioni e sicuramente dobbiamo trovare i finanziamenti, è una strada lunga. Però ci sono idee in cantiere a esempio per la Sardegna, per Napoli e anche a Venezia dove abbiamo già degli spazi».

Ma quali sono i benefici concreti per i pazienti? «La genomica medica ci consente di sequenziare l'intero genoma di tutti i pazienti che seguiamo e abilità di fatto una diagnosi accurata consentendoci di puntare a target precisi con terapie tagliate su misura di quel paziente, cioè più possibile vicino alla mutazione che è stata identificata durante la valutazione genomica. A esempio in oncologia oggi ci sono circa un migliaio di chemioterapici, noi possiamo cercare quello più adatto a quel paziente: questa è la medicina di precisione. Il fatto poi che abbiamo archiviato l'intero genoma ci consente di intervenire anche in futuro appena scopriamo una nuova soluzione terapeutica, perché di fatto è come se avessimo la storia di un paziente da recuperare tutte le volte che ci serve».

—Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La semplificazione

Antidiabetici, meno burocrazia e nella farmacia sotto casa

Terapie più accessibili per milioni di pazienti, minori spostamenti per ottenere i farmaci, iter più facile per la prescrizione, con un alleggerimento della burocrazia sui medici. Arriva la svolta nella gestione delle glifozine, farmaci antidiabete di nuova generazione utilizzati anche per il trattamento dello scompenso cardiaco e dell'insufficienza renale cronica. Questi farmaci, fino a oggi disponibili solo tramite distribuzione diretta nelle farmacie ospedaliere e soggetti a rigidi Piani terapeutici, saranno ora dispensati in farmacia su ricetta senza aspettare giorni per averli e con un al-

leggerimento del carico burocratico, in quanto i medici saranno sollevati dal compilare i Piani terapeutici finora previsti.

A prevederlo una decisione di ieri dell'Agenzia italiana del farmaco, accolta con entusiasmo da pazienti, farmacisti e diabetologi. Il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato lo definisce «un traguardo importante» che «ridurrà le liste d'attesa causate da adempimenti burocratici». La decisione del Cda di Aifa, che ha approvato la classificazione delle glifozine in fascia A, dà piena attuazione a quanto previsto dalla Leg-

ge di Bilancio 2024. Lo scorso marzo una misura analoga era giunta anche per un'altra categoria di antidiabete, le gliptine.

—**Mar.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ABOLITA LA BUROCRAZIA DEI PIANI TERAPEUTICI RIPETUTI

Taglio dei costi e farmaci sotto casa «Cure più facili per milioni di diabetici»

Il sottosegretario alla Sanità, Marcello Gemmato: «Liste d'attesa ridotte e più specialisti a disposizione dei malati». Esultano le associazioni dei pazienti (Fand) e Federfarma

ANTONIO CASTRO

■ «È un provvedimento che semplificherà la vita potenzialmente a circa 3 milioni di persone che soffrono di diabete e che devono quindi ricorrere a farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale». A spiegarlo è il Sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato, commentando la decisione definitiva del Consiglio di Amministrazione dell'Aifa che dopo un faticoso tira e molla burocratico ha «consentito il via libera al passaggio degli antidiabetici di nuova generazione a base di glifozine dalla distribuzione per conto alla dispensazione nelle farmacie territoriali, raggiungendo un traguardo importante per facilitare l'accesso ai farmaci innovativi».

Con vantaggi concreti e immediati per i pazienti e anche i medici che non dovranno più rubare tempo a rinnovare i piani terapeutici ma potranno dedicarsi alla cura delle persone «con una evidente riduzione delle liste di attesa». C'è di buono che i pazienti non dovranno più recarsi più volte per ordinare e ritirare il farmaco nelle farmacie di zona, come previsto dalla modalità di distribuzione "per conto", ma potranno accedervi direttamente in una volta

sola esibendo la ricetta ripetibile. «Questa semplificazione» scandisce Gemmato che incassa il plauso delle associazioni coinvolte, «ridurrà le liste d'attesa causate da adempimenti burocratici, migliorando l'aderenza a terapie particolarmente efficaci. Parliamo di farmaci che non solo controllano la glicemia, ma abbassano la pressione arteriosa, favoriscono la perdita di peso, prevengono crisi ipoglicemiche e proteggono cuore e reni. Benefici clinici che da domani saranno più facilmente accessibili a tutti».

Grande è la soddisfazione per la decisione dell'Aifa di abolire i piani terapeutici per le glifozine e di procedere con la distribuzione nelle farmacie, spiega Manuela Bertaggia presidente della Fand (Associazione Italiana Diabetici), chiarendo che «questa decisione viene incontro alle persone con diabete e alle loro famiglie, soprattutto quelle che vivono nelle aree lontane dalle città, perché facilita l'accesso ai farmaci. Dall'altro, rispecchia la visione che Fand sempre caldeggia ossia la semplificazione dei percorsi per una malattia di per sé già complessa. Semplificazione per i cittadini che ne soffrono, per i familiari e i professionisti della salute che se ne prendono cura».

Semplificazione delle procedure e

riduzione delle liste d'attesa ma anche un «evidente risparmio per le casse pubbliche», spiega il sottosegretario. Che incassa anche l'approvazione di Marco Cossolo, presidente di Federfarma.

«La dispensazione in farmacia», spiega Cossolo, «consente un monitoraggio della terapia», portando in dote anche minori costi per il Servizio Sanitario Nazionale. Non solo. Si è riusciti ad garantire una «riduzione di prezzo delle glifozine, ottenuta grazie a un'efficace ricontrattazione dei prezzi tra Aifa e le aziende produttrici, analogamente a quanto già avvenuto in altri Paesi europei».

L'operazione «semplificazione» a favore dei malati di diabete - portata avanti da inizio legislatura dal ministro della Salute, Orazio Schillaci e dal sottosegretario Marcello Gemmato - è il primo di una serie di interventi per migliorare l'assistenza farmaceutica di prossimità, in cui il cittadino trova nella farmacia sotto casa tutti i medicinali di cui ha bisogno», conclude Cossolo.



Marcello Gemmato (LaPresse)



Servizio Il via libera dell'Aifa

Svolta per i diabetici: niente più piani terapeutici da ripetere e glizofine nella farmacia sotto casa

L'Agenzia italiana del farmaco ha dato il via libera al passaggio dalla distribuzione nelle farmacie ospedaliere a quella nelle farmacie sul territorio con l'abolizione anche dell'obbligo dei piani terapeutici

di Marzio Bartoloni

30 giugno 2025

Niente più visita specialistica per il rinnovo dei Piani terapeutici da fare ogni 6-12 mesi e soprattutto la possibilità di trovare il farmaco di cui si ha bisogno nella farmacia sotto casa. Dopo il passaggio dei farmaci antidiabetici a base di gliptine dell'anno scorso è la volta delle glifozine, anti-diabetici di nuova generazione utilizzati anche per abbassare la pressione arteriosa, favorire la perdita di peso, prevenire crisi ipoglicemiche e proteggere cuore e reni. Il Cda dell'Agenzia italiana del farmaco ha dato il via libera al passaggio dalla distribuzione diretta (quella cioè nelle farmacie ospedaliere non sempre così accessibili) a quella nelle farmacie con l'abolizione stavolta anche dell'obbligo dei piani terapeutici che aumenta la burocrazia delle cure. Un passo avanti importante - spiegano dall'Aifa - verso la semplificazione, la maggiore aderenza alle terapie e la riduzione delle liste di attesa. Anche per il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato che ha voluto fortemente questa misura nella legge di bilancio 2024 con questo passaggio "raggiungiamo un traguardo importante per facilitare l'accesso ai farmaci innovativi, soprattutto per pazienti cronici e anziani. Un cambiamento significativo è anche l'eliminazione dei Piani terapeutici, che porterà alla riduzione delle liste d'attesa e a un alleggerimento del carico burocratico per i medici".

La semplificazione per i pazienti

Grazie a questa nuova semplificazioni gli assistiti non dovranno più sottoporsi a visita specialistica per il rinnovo dei Piani terapeutici, così come espressamente richiesto in passato da associazioni mediche e dei pazienti, ma per accedere al farmaco basterà la normale ricetta ripetibile. Le glifozine, come già capitato per gli antidiabetici a base di gliptine, saranno poi disponibili nelle farmacie sotto casa. In pratica i pazienti non dovranno più recarsi nelle farmacie ospedaliere o attendere giorni per il ritiro dei farmaci, mentre i medici saranno sollevati dall'onere dei Piani terapeutici, evitando visite prescritte solo per finalità amministrative. Questo nuovo assetto nella distribuzione dei farmaci essenziali a carico del Servizio sanitario nazionale dovrebbe essere gradualmente esteso ad altri medicinali, soprattutto quelli destinati a pazienti cronici con patologie importanti: in Italia ce ne sono ben 22 milioni di cui 8 milioni più gravi. Come detto con queste nuove regole, nel caso di farmaci trasferiti dalla cosiddetta «Distribuzione Diretta», i cittadini non devono infatti più recarsi presso la farmacia ospedaliera per ritirare i medicinali, ma possono farlo nella farmacia di comunità più vicina, con il controllo del proprio medico di famiglia. Ancora, nel caso dei farmaci trasferiti dalla «Distribuzione Per Conto» alla «Distribuzione Convenzionata»,

non dovranno più attendere che il medicinale acquistato dalla Asl venga ordinato e arrivi nella farmacia, ma potranno riceverlo immediatamente poiché già presente nella farmacia sotto casa.

L'Agenzia ha strappato sconti dalle aziende

L'Aifa fa anche sapere che nonostante la legge finanziaria dello scorso anno non preveda vincoli di invarianza dei costi relativi alle riclassificazioni, ha avviato e concluso la rinegoziazione con le quattro aziende produttrici delle glifozine, che ha portato a un'importante riduzione dei prezzi, con la stipula di nuovi contratti vincolati al patto di riservatezza, sempre vigente in Italia come in altri Paesi d'Europa. Il rischio infatti è che nel passaggio dall'ospedale alla farmacia di questi medicinali il conto per il Ssn sia più salato. “La scontistica ottenuta, unita al risparmio dei non indifferenti costi di gestione degli acquisti centralizzati e della distribuzione dei medicinali da parte delle Regioni, lasciano prevedere al momento - spiega l'Aifa - un risparmio sulla base dei costi medi nazionali. Fermo restando che, come previsto dalla stessa Finanziaria 2024, spetterà poi al tavolo sul Monitoraggio della spesa, istituito presso il ministero della Salute, valutare in corso d'anno il reale andamento”. “Oggi - aggiunge il sottosegretario Gemmato - proseguiamo nel percorso per migliorare l'accesso ai farmaci garantendo al contempo la sostenibilità del sistema sanitario. Grazie alle trattative condotte da Aifa con le aziende produttrici – prosegue – sono state ottenute significative riduzioni di prezzo che dovrebbero assicurare l'invarianza della spesa per il Servizio sanitario nazionale.”



Servizio Iss

Diabete e celiachia nei bambini: bene la fase pilota, ora decolla lo screening nazionale

Il progetto per le due malattie croniche più diffuse nell'età pediatrica ha riguardato 5.363 bambini e 429 pediatri in Campania, Lombardia, Marche e Sardegna

di Ernesto Diffidenti

30 giugno 2025

Lo screening sui bambini per il diabete di tipo 1 e la celiachia funziona e riesce a intercettare precocemente i possibili casi. Lo affermano i primi risultati del progetto D1CeScreen coordinato dal ministero della Salute e dall'Istituto superiore di sanità, presentati nella sede dell'Iss alla presenza del vicepresidente della Camera Giorgio Mulè, promotore della legge 130/2023 che ha istituito lo screening nazionale. "Questo evento – ha spiegato Mulè - dà il senso del successo di un lavoro che ha unito la comunità scientifica, i pazienti, l'amministrazione. Si chiude oggi ufficialmente una tappa fondamentale, cioè capire cosa mettere nella 'cassetta degli attrezzi' dello screening. Di pari passo si è lavorato a costruire lo screen nazionale che partirà a fine 2025 o a inizio 2026".

Campania, Lombardia, Marche, Sardegna le regioni pilota

I risultati ottenuti nelle quattro regioni pilota (Campania, Lombardia, Marche, Sardegna) hanno visto una positività al test di screening del diabete di tipo 1 (DT1) pari allo 0,97%, mentre per la celiachia (MC) la positività al test di screening per la ricerca degli anticorpi antitransglutaminasi IgA è risultata del 2,8%.

Lo screening per le due malattie croniche più diffuse nell'età pediatrica ha riguardato 5.363 bambini, raggiunti grazie alla collaborazione di 429 pediatri di libera scelta. I bimbi erano distribuiti in tre classi di età, 2, 6 e 10 anni, e hanno effettuato l'analisi per individuare gli anticorpi specifici per DT1 e MC mediante test di screening su prelievo capillare.

Silano (Iss): ampia collaborazione di famiglie e pediatri

"Questi dati - sottolineano Marco Silano, responsabile dell'Iss del progetto per la parte sul DT1, e Umberto Agrimi, per la parte sulla MC –suggeriscono una prevalenza degli autoanticorpi contro il DT1 paragonabile a quella di altri Stati europei, mentre per quanto riguarda la MC è possibile che ci sia un aumento rispetto alle stime fatte finora, che però potrà essere quantificato solo con un campione più ampio e dopo la verifica diagnostica". Lo studio preliminare ha analizzato i principali fattori per l'implementazione dello screening a livello nazionale," evidenziando l'elevata disponibilità sia dei pediatri di famiglia sia dei laboratori analitici a partecipare al progetto, e ha inoltre mostrato l'efficacia dello screening nei soggetti asintomatici, favorendo l'attivazione di programmi di follow-up e interventi terapeutici tempestivi, con l'obiettivo di prevenire o ridurre significativamente le complicanze sia a breve che a lungo termine".

Zeni (FID): fattibile lo screening su larga scala

“I risultati del progetto - commenta Nicola Zeni, presidente della Fondazione Italiana Diabete (FID), intervenuto al convegno promosso dall'Istituto superiore di sanità hanno dimostrato la fattibilità di uno screening su larga scala del diabete tipo 1 e della celiachia e rappresentano un'occasione preziosa per dare nuovo slancio al percorso di implementazione della Legge 130/2023. Ora serve accelerare sui decreti attuativi che permetteranno di applicare la normativa in tutto il Paese, estendendo gli screening a livello nazionale”. Così durante il quale sono stati presentati i risultati di “D1Ce Screen”.

“D1Ce – prosegue Zeni – ha confermato anche l'accettabilità degli screening da parte delle famiglie, così come lo studio Uniscreen, sostenuto da FID e operato direttamente dalla Fondazione e dai volontari e i cui primi risultati sono da poco stati pubblicati su *Frontiers in Public Health*. Curare definitivamente il diabete di tipo 1 è l'obiettivo principale della nostra Fondazione”. Per questo FID, tra gli altri, ha finanziato Uniscreen, coordinato dall'Irccs San Raffaele, che ha previsto in una cittadina del milanese, uno screening di popolazione del diabete di tipo 1 e della celiachia, oltreché di altre malattie croniche cardiovascolari. “Il lavoro, che ha fatto da apripista all'applicazione della Legge 130 - conclude Zeni - ha evidenziato come in quasi il 50% dei soggetti un'unica puntura del dito fosse stata sufficiente per eseguire tutte le misurazioni oggetto dello studio e come oltre il 90% dei partecipanti avesse considerato il prelievo capillare semplice e pratico”.

La sanità tra prevenzione e ricerca

Destinazione salute. È questo il messaggio chiave dell'evento sulla prevenzione e la sanità del futuro che il Gruppo San Donato ha organizzato in collaborazione con il Gruppo 24 Ore, all'insegna di tre grandi filoni: cuore, mente e attività sportiva

Pagina a cura di
Redazione Salute

La salute è la destinazione di un viaggio che parte dalla prevenzione, dalla conoscenza e dall'adozione di comportamenti che favoriscono il benessere psicofisico: un percorso continuo, fatto di cura di sé e attenzione verso gli altri.

È questo il messaggio chiave di "Destinazione Salute", l'evento sulla prevenzione che il Gruppo San Donato ha organizzato domenica negli spazi dell'Umanitaria di Milano in collaborazione con il Gruppo 24 Ore e costruito intorno a un palinsesto articolato, pensato per diffondere cultura sanitaria, seguendo tre grandi filoni: cuore, mente e attività sportiva. «Oggi si realizza il sogno di organizzare e progettare un grande evento su salute e prevenzione, in condivisione con un'eccellenza assoluta come il Gruppo San Donato. Ricordo che prevenzione significa risparmio e, soprattutto, crescita e protezione del nostro sistema paese», ha spiegato, introducendo il panel di apertura dei lavori intitolato "La sanità del futuro", l'ad del Gruppo 24 Ore, Federico Silvestri.

«Questo evento ci offre l'opportunità per riaffermare un principio essenziale per la nostra salute: l'importanza di adottare uno stile di vita sano, declinato nella corretta ali-

mentazione e nell'attività fisica e sportiva consapevoli. Il nostro obiettivo è quello di mettere a disposizione della collettività l'expertise dei nostri professionisti e le tecnologie di ultima generazione per

raggiungere il benessere fisico e mentale, attraverso percorsi personalizzati sulle base delle esigenze individuali», ha riassunto nel suo intervento Roberto Crugnola, amministratore unico dell'Irccs Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio di Milano. «Siamo un presidio polispecialistico e, da sempre, un'eccellenza nel campo dell'ortopedia, della cardiologia e della cardiocirurgia», ha chiosato Crugnola. «Grazie al lavoro dei nostri sanitari e all'utilizzo delle più avanzate tecnologie, siamo da sempre in prima linea per costruire percorsi personalizzati per la salute del cuore, dalla diagnosi prenatale alla riabilitazione, dai neonati ai grandi anziani, partendo proprio dalla prevenzione. Destinazione Salute ci consente di valorizzare il nostro impegno quotidiano, incarnando pienamente la nostra visione di salute: vicina alle persone, fondata sulla prevenzione, guidata dall'innovazione e orientata alla sostenibilità», ha confermato Sara Mariani, amministratore unico del Policlinico San Donato. Altro aspetto fonda-

mentale, ha spiegato Mariani: «Cerchiamo di mantenere elevato il livello delle apparecchiature, investendo continuamente in tecnologia e, più recentemente, in un nuovo training center per i giovani medici».

«Eventi come questo, che creano momenti di confronto tra mondo medico-scientifico e cittadini, testimoniano la missione e l'impegno del Gruppo San Donato nel rendere la medicina e la prevenzione accessibili a tutti», ha proseguito Francesco Galli, amministratore unico dell'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano. Che poi ha utilizzato tre parole per definire la missione del San Raffaele: «Attività clinica, ricerca scientifica e università. Con l'obiettivo primario di rifletterle, in termini di ricadute, sul paziente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prevenzione significa risparmio e, soprattutto, crescita e protezione del nostro sistema paese

24

A CURA DI 24 ORE EVENTI

"Destinazione Salute", l'evento organizzato a Milano da Gruppo San

Donato e Gruppo 24 Ore, ha riunito medici e cittadini in una giornata dedicata a prevenzione e benessere



RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



I segnali Le otto buone regole

Emergenza cuore: riconoscerla e prevenirla

Imparare ad ascoltare il cuore, prima che sia lui a chiedere aiuto. Ne hanno discusso, con un approccio fattuale e divulgativo, Serenella Castelvechchio, cardiologa, responsabile del Programma di Medicina di genere presso l'Irccs Policlinico San Donato, e Mauro Luca Agnifili, cardiologo interventista senior sempre del Policlinico San Donato. Focus principale del panel: capire cosa significa fare prevenzione, quali abitudini sono "amiche" del nostro cuore e quali, invece, lo mettono in pericolo.

La partenza è stata quella di condividere le 8 regole per vivere in salute: curare l'alimentazione, fare attività fisica costante nel tempo, controllare la glicemia (e magari anche l'insulina), controllare il peso, controllare il colesterolo, monitorare la pressione arteriosa, smettere di fumare e, infine, prendersi cura del proprio sonno. «In particolare la prevenzione metabolica, quindi seguire una buona alimentazione, è il pre-requisito per fare una buona prevenzione cardiovascolare», ha precisato Castelvechchio. «Così come fare attività aerobica fisica costante è fondamentale», ha poi completato Agnifili.

Il rischio che denunciano i due

esperti è infatti quello di eventi acuti (infarti e/o ictus) che si manifestano sempre più in età precoce, rispetto a 15-20 anni fa. Già nella fascia anagrafica 35-50 anni. Le cause? «Stress, modelli di vita poco equilibrati e cattive abitudini alimentari». Con un alert lanciato sulla differenza di genere. Spesso, infatti, i sintomi di un infarto femminile sono meno riconoscibili rispetto a quelli maschili, portando a ritardi nella diagnosi e nel trattamento.

Altro aspetto fondamentale da comprendere meglio è quando il cuore perde il "ritmo". Un argomento, questo, trattato in un altro interessante panel. Cosa significa? Che conseguenze può provocare? Il cuore è il nostro metronomo interno. Le aritmie cardiache, ovvero le irregolarità del battito, sono comuni e spesso innocue, ma in alcuni casi possono segnalare condizioni più serie. Lo hanno ben spiegato Massimo Pierpoli, cardiologo, direttore dell'Unità Operativa di Cardiologia Universitaria Clinica all'Irccs Policlinico San Donato e docente presso l'Università degli Studi di Milano, e Marianna Volpe, cardiologa, responsabile dell'Unità di Riabilitazione cardiologica sempre del Po-

liclinico San Donato.

I due specialisti hanno parlato delle cause e dei sintomi delle aritmie, delle differenze tra aritmie e palpitazioni, e di come questi disturbi si manifestino in base al genere e all'età, sempre con l'obiettivo di fornire informazioni chiare e accessibili. In sostanza «ognuno di noi deve imparare a conoscersi e ad ascoltarsi. Fare una visita semplice con Ecg, anche solo per avere indizi su eventuali ulteriori patologie, è sempre una cosa utile da fare», hanno spiegato Pierpoli e Volpe.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALIMENTAZIONE

Cibo sano senza troppe rinunce

Mangiare è un gesto quotidiano. Ma sappiamo davvero se ciò che mangiamo ci fa stare bene? Emanuela Russo, dietista presso l'Istituto Nazionale per la Cura dell'Obesità all'Irccs Galeazzi-Sant'Ambrogio, ha provato a rispondere a questa domanda. Spiegando come lo stile alimentare incida su tanti aspetti della nostra salute - cuore, cervello, muscoli e sonno - spesso perpetuando cattive abitudini. Insomma più che una lezione, un invito, il suo: a conoscerci meglio, attraverso ciò che portiamo nel piatto. Senza per forza dover fare rinunce estreme.



Sonno e mindfulness

Le abitudini salutari

Dormire bene, respirare meglio: la cura comincia dal sè

La salute non si costruisce solo negli ambulatori, ma ogni giorno, nei piccoli gesti di cura verso se stessi. E dormire bene, come respirare profondamente, non sono lussi ma bisogni biologici fondamentali. È da qui che parte il messaggio condiviso nelle due sessioni "Dormire bene per rigenerarsi meglio" e "Mindfulness".

A guidare il pubblico lungo queste due vie intrecciate sono, da un lato, i neurologi del Centro di Medicina del Sonno dell'Irccs San Raffaele di Milano - Luigi Ferrini Strambi, Paola Proserpio e Alessandro Oldani - e dall'altro Michela Galizzi, fisioterapista e coordinatrice Fisioterapia presso i Punti Raf, esperta in mindfulness applicata alla riabilitazione, affiancata da Natalia Gera, health coach e ideatrice del metodo Intensive 21. Insieme, offrono due prospettive complementari: una scientifica, l'altra esperienziale, entrambe radicate in un'idea chiara di prevenzione.

Il sonno, spiegano gli specialisti, è essenziale per il benessere fisico e mentale. «Dormire male o troppo poco non si traduce solo in una maggiore stanchezza, ma può aumentare il rischio di ipertensione, fragilità del sistema immuni-

tario e persino demenze», avverte Strambi, primario del Centro di Medicina del Sonno del San Raffaele e professore ordinario alla Facoltà di Psicologia dell'Università Vita-Salute San Raffaele. Durante il riposo, il cervello si rigenera,

consolida la memoria, regola le emozioni. «Se non si riposano le aree anteriori del cervello, quelle che regolano comportamento ed emozioni, siamo più vulnerabili sul piano emotivo», aggiunge.

Anche la qualità del sonno può essere compromessa da disturbi comuni ma sottovalutati, come l'insonnia e le apnee ostruttive notturne. «Si parla di insonnia quando i disturbi si presentano almeno tre volte a settimana per oltre tre mesi», precisa Proserpio. Oldani sottolinea invece come «russamento, pause respiratorie, cefalee mattutine e sonnolenza diurna siano campanelli d'allarme da non ignorare».

È proprio la consapevolezza il cuore dell'approccio mindful presentato nella seconda sessione. «Per cambiare qualcosa nelle nostre abitudini quotidiane, serve prima di tutto diventare consapevoli di come stiamo adesso, nel corpo e nella mente», sottolinea Galizzi. Attraverso esercizi sem-

plici ma profondi - dallo stretching consapevole alla camminata afghana - si può imparare ad ascoltare le tensioni, regolare il respiro, ritrovare equilibrio. «La respirazione - spiega ancora Galizzi - può aiutare a gestire i picchi di dolore e ridurre nel tempo la percezione del disagio».

Così, anche il sonno può essere "preparato" con piccoli gesti: ridurre gli stimoli prima di dormire, spegnere gli schermi, creare un rituale sereno. Come nella mindfulness, anche qui conta la regolarità, la presenza, l'ascolto del corpo. Prevenire significa dunque prendersi il tempo di sentirsi, prima ancora che curarsi. E sonno e consapevolezza, insieme, diventano gli alleati più semplici e potenti per vivere meglio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Russamento, apnee,
cefalee e sonnolenza
diurna sono
campanelli d'allarme
da non ignorare**



**ARRIVA LA NUOVA DIETA:
MIMA IL DIGIUNO
PER COMBATTERE DIABETE
ED EFFETTI DELL'ETÀ**

servizio a pagina 17

LONGEVITÀ Ridisegnare il metabolismo

Dieta mima-digiuno: riduce diabete e età (e senza i farmaci)

Il piano L-Nutra funziona come terapia Ma anche per dimagrire in 5 giorni

Maria Sorbi

■ Trent'anni di cibi ultra-processati e confezionati ci hanno letteralmente messo in ginocchio. Solo in Italia i diabetici sono 3,5 milioni e gli obesi 6 milioni. È ora della svolta. Come riportare la popolazione a mangiare sano? Semplicemente smettendo di promettere diete miracolose ma proibitive o di ammicciare su farmaci anti diabete, usati impropriamente per perdere peso. È necessario tornare a un piano nutrizionale. La dieta della longevità, già lanciata anni fa da Valter Longo, torna in una versione più moderna e fondamentale in un momento storico in cui chi vuole perdere peso ricorre troppo facilmente a farmaci per malati di diabete.

ANTI DIABETE

Il programma alimentare è adatto alla popolazione dei diabetici e, per periodi più

brevi (5 giorni al mese), a chi si vuole mantenere sano (e giovane) pur non avendo problemi di diabete o obesità. Ma senza medicinali.

Barrette, vellutate e tisane del piano di L-Nutra Health debuttano in Europa sulla base di un principio: i farmaci come il semaglutide risultano efficaci nel controllo glicemico e nella perdita di peso ma provocano anche una significativa perdita di massa muscolare e, una volta sospesi, interrompono i loro effetti. Il mima-digiuno invece fa perdere massa grassa, senza imporre cambiamenti drastici nello stile di vita. «L'Europa - sostiene Andrea Ghirardi (nella foto), ceo di L-Nutra Europe - è pronta per un cambio di paradigma nella gestione delle malattie croniche e, nel tempo, questo approccio porterà anche notevoli risparmi nella sanità». «Per troppo tempo la cura del diabete si è concentrata sulla gestione della glicemia invece che sulla risoluzione» aggiunge William Hsu,

chief medical officer di L-Nutra.

LA DIETA DEI 5 GIORNI

Per chi non ha particolari problemi di salute ma ha necessità di perdere qualche chilo e ritrovare le energie «aggiustando» la metrica del proprio metabolismo, arriva la dieta dei 5 giorni, ProLon. Uno studio pubblicato su *Nature* ha dimostrato che 3 cicli di Pro-

Lon, uno al mese, possono ridurre l'età biologica di 2,5 anni. Perché l'obiettivo non è solo vivere più a lungo, ma vivere bene.

«Vogliamo offrire alle persone un modo accessibile e scientificamente rigoroso»



il Giornale

so di influenzare il processo di invecchiamento dall'interno» precisa Ghirardi. Le novità di L-Nutra non sono fi-

nite: il gruppo si sta preparando alla quotazione sul Nasdaq nel 2026 e sta stu-

diando una nuova linea di prodotti alimentari sani e allo stesso tempo gourmet, realizzati assieme allo chef Niko Romito, tre stelle Michelin. Ci saranno creme spalmabili sane, barrette, shake e una linea di piatti pronti. Ma buonissimi. Perché in una dieta che funzioni e porti a un reale benefi-

cio è recupero di vitalità, anche il palato ha la sua parte.



VELLUTATE E BARRETTE Nel piano, kit e assistenza medica



Grasso è buono Quanto pesa la giusta dieta nel ridurre il rischio di demenze. Contro il salutismo modaiolo

Pare che il nostro cervello abbia un debole per i grassi. Non i grassi di ogni tipo, intendiamoci, ma quelli buoni, quelli che la natura ha messo nel pesce, nelle noci e nell'olio d'oliva. La scienza ora conferma: toglierli dalla tavola non è solo un errore dietetico, ma un favore alla demenza. Alzheimer, Parkinson, sclerosi multipla: parole che fanno paura e che oggi, dicono i ricercatori, hanno qualcosa a che vedere anche con la lista della spesa. Uno studio inglese pubblicato nel 2024, intitolato "Dietary N 6 Polyunsaturated Fatty Acid Intake and Brain Health in UK Biobank" e condotto da J. Gu, Y. Bao e colleghi su 169.295 partecipanti della coorte UK Biobank, ha scoperto che chi mangia pochi acidi grassi omega 6 (che si trovano, guarda caso, in cibi sani e semplici) corre un rischio più alto di danneggiare il sistema nervoso centrale. E non di poco: +30 per cento per la demenza in generale, +42 per cento per il Parkinson, +65 per cento per la sclerosi multipla. Non solo viene compromessa la "qualità" ma anche la "quantità" del nostro cervello. Le risonanze mostrano atrofia dell'ippocampo, il centro della memoria, e una materia bianca, l'insieme delle fibre nervose, ridotta. E' come se il cervello morisse di fame, una fame precisa, quella di grassi "buoni". A sostegno di questa tesi arrivano altre ricerche. Una pubblicata su PubMed Central racconta che gli omega 3 riducono lo stress ossidativo e le infiammazioni. Lo studio VITACOG (Vitamins And Cognition)

evidenzia che le vitamine B rallentano il declino cognitivo, ma solo se gli omega 3 sono presenti in quantità sufficienti. Il MDPI (Multidisciplinary Digital Publishing Institute) conferma che gli omega 3 migliorano la plasticità sinaptica e aiutano nelle prime fasi di Alzheimer e Parkinson. Anche lo studio ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) suggerisce che alcuni grassi saturi, contenuti nelle noci e nei latticini, fanno bene al cervello, a differenza dei soliti sospetti, i loro cugini insaturi "cattivi". A questo punto entrano in scena le diete, quelle vere, quelle terapeutiche. La DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), pensata per combattere l'ipertensione ma con molti punti in comune con le indicazioni per migliorare la salute cerebrale, raccomanda frutta, verdura, cereali integrali e pochi grassi saturi. La Mediterranea, che gli italiani conoscono ma spesso tradiscono, fa leva su olio extra vergine di oliva, pesce e legumi. La MIND (Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay), che unisce le due precedenti, si concentra su verdure verdi, bacche e grassi buoni. Tutte e tre hanno un effetto: abbassano il rischio di demenza fino al 25 per cento. Ma mentre la scienza avanza, la dieta reale va in un'altra direzione. In ancora troppi casi alcuni professionisti sanitari (poco aggiornati) che si occupano di diete consigliano di tagliare eccessivamente i grassi ai pazienti cardiopatici, ipertesi e sovrappeso. Risultato: si taglia tutto, anche quello che non

si dovrebbe. E poi ci sono le mode salutiste (e non salutari) che fanno parecchi danni. Tra queste si mettono in risalto le diete dimagranti fai-da-te che eliminano i grassi in nome del fisico asciutto e di un'estetica molto spesso lontana da una vera salute fisica. Ma il cervello non segue le mode, e senza acidi grassi essenziali rischia di arrancare. In Italia, la situazione è seria. Le demenze colpiscono il 5 per cento degli over 65 e un anziano su tre oltre gli 85. L'Alzheimer colpisce oltre metà delle demenze, con incidenza crescente con l'età. Il Parkinson tocca lo 0,3 per cento della popolazione, l'un per cento sopra i 60 anni. Tutto questo ha un prezzo. Si parla di famiglie italiane che spendono più di 40.000 euro l'anno per assistere un parente con Alzheimer, di cui l'80 per cento esce dalle loro tasche. Sappiamo che la sclerosi multipla costa al paese due miliardi l'anno, il Parkinson quasi altrettanti. Costi destinati tragicamente ad aumentare. In tutto questo, non vogliamo dire che basterebbe rimettere in tavola un po' di pesce azzurro e una manciata di noci ma sarebbe una scelta nella giusta direzione, utile ad arrestare questa ondata di malattie neurodegenerative. Il cervello, dicono, è fatto per il 60 per cento di grassi. E allora, non è il caso di offrirgli quelli giusti?

Giacomo Astrua



Parla Ramakrishnan

**Allungare la vita
si può: la ricetta
del premio Nobel**

De Palo a pag.17



Parla lo scienziato Nobel per la Chimica 2009 e Premio Hemingway 2025, che in "Perché moriamo" racconta come allungare la vita. «Il segreto? Dieta, esercizio fisico e sonno»



L'intervista Venki Ramakrishnan

LIGNANO SABBIAORO

E da tempo che Venkatraman Ramakrishnan - per tutti "Venki" - «bussa alla porta del paradiso», come cantava Bob Dylan, per capire i limiti dell'esistenza umana. Questo biologo indiano (ma anche britannico e americano) 73enne, vincitore del Nobel per la chimica nel 2009, assieme a Thomas Arthur Steitz e Ada Yonath per i suoi studi sulla struttura e sulla funzione dei ribo-

somi, è uno dei massimi esperti mondiali di longevità cellulare. Ricercatore a Cambridge presso il laboratorio di biologia molecolare del Medical Research Council, è stato presidente della Royal Socie-



ty. Insignito sabato scorso a Lignano Sabbiadoro del Premio Hemingway "Avventura del pensiero" 2025, ci parla del suo ultimo saggio, *Perché moriamo - La nuova scienza dell'invecchiamento e la ricerca dell'immortalità* (Adelphi). La voce serena e il sorriso gentile comunicano una grande serenità interiore.

Partiamo dal titolo del libro. Perché moriamo?

«Perché, banalmente, vivendo invecchiamo. E l'invecchiamento è un accumulo di cambiamenti e difetti nel nostro corpo: quando questo raggiunge uno stadio in cui qualche organo essenziale - come il cuore, il cervello o i reni - smette di funzionare, allora non siamo più in grado di esistere come esseri umani completi, e a quel punto moriamo».

Lei scrive che siamo gli unici animali consapevoli di dover morire. È per questo che cerchiamo in ogni modo di evitarlo?

«Ci sono prove che gli animali possono capire quando un membro della loro specie o del loro branco è morto. Ma la nostra potrebbe essere l'unica specie consapevole che la nostra vita ha una durata limitata. La maggior parte delle religioni cerca di spiegare la morte come una transizione verso qualcos'altro: o si va in paradiso o ci si reincarna. Perché la prospettiva di morire, e basta, è molto difficile da accettare».

Lei cita il caso di Jeanne Calment, la donna più longeva della storia, arrivata a vivere 122 anni. E scrive anche che questo limite è difficile da superare. Perché?

«Penso che ogni specie si sia evoluta per avere una vita di una certa durata. Questo perché all'evoluzione non importa quanto a lungo vivi. Si preoccupa solo della tua capacità di riprodurti. Non ha senso, per esempio, che un topo viva 50 o 80 anni, perché verrà ucciso molto prima. L'evoluzione ha quindi selezionato una specie che impiegherà rapidamente tutte le sue risorse nella crescita e nella riproduzione, per poter trasmettere i suoi geni prima di essere ucciso o morire. Nel caso di animali più grandi, l'equazione è differente. E negli esseri umani, quell'equazione è elaborata in modo che vivia-

mo, al massimo e molto raramente, circa 110 anni».

L'immortalità è un obiettivo possibile?

«Malattie, catastrofi, guerre, carestie... ci sono molte cose di cui potremmo morire che non hanno nulla a che fare con l'invecchiamento. Quindi, non credo che la vera immortalità sia un obiettivo realistico. Non sarebbe neanche un bene per la società: se li immagina Putin e Trump tra cinquant'anni? Ma potremmo iniziare a vivere tutti, in media, molto più a lungo».

Cosa possiamo fare, nella nostra vita di tutti i giorni, per arrivare a questo obiettivo?

«Ci sono tre cose che sono molto importanti per la biologia dell'invecchiamento: dieta, esercizio fisico e sonno. Se n'è parlato a lungo, e ora capiamo anche perché funzionano davvero e perché rallentano i processi di invecchiamento. Ma oltre a questo punto fermo, ci sono alcune osservazioni interessanti. Una è che le persone che non sono socialmente isolate, ma hanno una cerchia di amici e familiari, tendono a vivere più a lungo. Così come le persone che sentono di avere uno scopo nella vita. Alcuni aspetti dell'invecchiamento sono socio-psicologici, e in qualche modo influenzano la nostra fisiologia».

Si vedono pubblicità su integratori di qualsiasi tipo. Funzionano davvero?

«Penso che non sia una sciocchezza totale. Ma il problema è che non sono mai stati condotti studi clinici accurati. Certo, se hai una carenza importante, come l'anemia, allora sì, hai bisogno di integratori. Ma cosa succede alle persone sane? Non sono mai state condotte ricerche adeguate per molti di questi integratori».

Nel suo libro cita alcuni farmaci che potrebbero effettivamente prolungare la vita. Come la metformina, che viene prescritta ai diabetici.

«Gli studi sulla metformina sono piuttosto contrastanti al momento. Le prove sulla rapamicina sono, invece, un po' più stringenti. Ma quest'ultima ha anche effetti collaterali. È un immunosoppressore, e rende più inclini alle infezioni. Quindi la domanda è: si può in qualche modo modificare la rapamicina o aggiustarne il dosaggio, in modo da ottenere i benefici senza i rischi?».

A quali studi sta lavorando ora? Continuerà a fare ricerca?

«Lavoro ancora sul ribosoma (piccole particelle presenti in tutte le cellule, ndr), che è coinvolto nella sintesi proteica. Si cerca di capire come i ribosomi "controllino la qualità". Ad esempio, come fanno a disattivare la sintesi proteica durante lo stress? Come fanno i virus a indurre i ribosomi a produrre i propri geni invece di quelli della cellula ospite umana? Ci sono alcuni temi su cui sto lavorando, ma devo sottolineare che smetterò di fare ricerca alla fine di quest'anno e che chiuderò il mio laboratorio».

Perché?

«Penso che sia giusto che gli scienziati più anziani vadano in pensione e facciano spazio alle nuove generazioni, perché tutti i dati dimostrano che siamo al massimo della creatività quando siamo giovani. È importante che le persone anziane, che hanno molta influenza e potere, non superino il periodo ottimale».

C'è il rischio di un gap sociale, tra chi può investire molto sulla propria salute e quindi vivere più a lungo e chi ha meno disponibilità di denaro per curarsi?

«Esiste già una disparità economica nella longevità. E la mia preoccupazione è che, se si verificano progressi in questo campo, saranno principalmente le persone benestanti a trarne vantaggio per prime. E quindi si potrebbe effettivamente finire per aumentare le disparità all'interno delle società, ma anche tra le società e i paesi».

E cosa pensa di quelle persone molto facoltose che decidono di farsi ibernare, per poter tornare in vita in un ipotetico futuro? Negli Usa è un business.

«Non ci sono prove che la criogenia funzioni. E infatti, i contratti delle aziende che la promuovono sono formulati con molta attenzione. Non promettono di riportarti in vita perché sanno che, allo stato attuale, non esiste una procedura del genere. Quindi, ti fanno pagare solo per prendere il tuo corpo e congelarti in azoto liquido. Ma a quel punto, sei già morto e non ci sono prove che tu possa essere riportato in vita. Certo, puoi ibernare qualsiasi forma di vita. Puoi congelare singole cellule. Puoi persino congelare gli embrioni. Ma più è grande il soggetto da ibernare, più è difficile farlo. Non sono nemmeno riusciti a congelare un topo - che è molto più piccolo di un essere umano - e a riportarlo in vita. Quando ci riusciranno, comincerò a guardare con attenzione a queste pratiche».

Riccardo De Palo



Servizio Patogeno respiratorio

Virus sinciziale, a che punto siamo? La triplice sfida scientifica, organizzativa e culturale

La vaccinazione dell'adulto fragile ha prodotto coperture modeste: individuare gruppi ad alto rischio, come i pazienti con Bpco, per avviare programmi pilota

di Caterina Rizzo e Silvio Tafuri***

30 giugno 2025

Il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) è un patogeno respiratorio che intensifica la propria circolazione nel periodo invernale, causando un significativo carico di malattia nei bambini, negli adulti con comorbidità e negli anziani. Mentre l'impatto del VRS in età pediatrica, in particolare come causa di bronchiolite, è ampiamente studiato e riconosciuto, meno nota è la sua rilevanza clinica nell'adulto fragile e nell'anziano.

Le malattie che possono aumentare il rischio

Eppure, l'incidenza di infezioni da VRS tra gli over 65 è stimata essere 30–40 volte più alta rispetto agli adulti sani di età compresa tra 18 e 64 anni. Il rischio aumenta sensibilmente nei soggetti affetti da malattie croniche cardiovascolari, respiratorie, diabete o immunocompromissione. Un gruppo particolarmente vulnerabile è rappresentato dagli anziani istituzionalizzati, dove la trasmissione e gli esiti gravi possono essere frequenti e gravi.

Disponibili nuovi farmaci e strumenti per la prevenzione

A partire dal 2024 sono disponibili in Italia nuovi strumenti per la prevenzione dell'infezione da VRS: anticorpi monoclonali a lunga durata per i neonati e, soprattutto, vaccini destinati alla popolazione adulta fragile e agli anziani. Tra questi, uno, basato sulla proteina F nella sua forma prefusionale, è adiuvato, caratteristica che ne potenzia l'efficacia immunologica anche nei soggetti più vulnerabili, ed è autorizzato per l'uso dai 60 anni in su.

Necessari modelli organizzativi efficaci

Nei giorni scorsi a Roma, presso l'Hotel Ripa, si è svolto un incontro interregionale (con focus sulle regioni del Centro-Sud Italia) - patrocinato dalla Società Italiana d'Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Pisa e Università degli Studi di Bari - e promosso da esperti di sanità pubblica e accademici, dedicato proprio alla prevenzione del VRS negli adulti. Il convegno ha messo al centro il valore sociale e sanitario di questa nuova opportunità vaccinale e la necessità di costruire modelli organizzativi efficaci per l'offerta attiva e mirata.

È emersa con forza la necessità di superare l'approccio opportunistico alla vaccinazione dell'adulto fragile, che negli anni passati ha prodotto coperture modeste. L'individuazione di gruppi ad alto rischio, come i pazienti con BPCO ad alta frequenza di riacutizzazioni e i soggetti istituzionalizzati, può rappresentare il primo passo per avviare programmi pilota di offerta attiva e monitorata. Ma

per avere successo, questi interventi devono poggiare su due pilastri fondamentali: informazione e organizzazione.

Serve infatti una circolazione capillare delle conoscenze sul carico di malattia da VRS e sull'efficacia dei vaccini tra tutti i protagonisti della filiera vaccinale - medici di medicina generale, farmacisti, specialisti, igienisti e operatori dei servizi vaccinali. Al contempo, è essenziale che alla raccomandazione segua la possibilità di accesso semplice e continuo alla vaccinazione.

La vaccinazione anti-VRS nell'adulto non è (ancora) implementata nelle regioni italiane. Ma, come emerso dalla discussione, l'opportunità è oggi concreta: partire da piccoli modelli di sistema, con una visione integrata, può consentire di colmare un bisogno sanitario reale e crescente. Come spesso accade in sanità pubblica, la sfida non è solo scientifica, ma anche e soprattutto organizzativa e culturale. Ed è una sfida che non possiamo più rimandare.

Professore Ordinario di Igiene UNIFI Professore Ordinario di Igiene UNIBA*



Servizio Bioingegneria

Pazienti oncologiche, la sfida di proteggere la fertilità grazie a medicina rigenerativa e immunologia

Dall'Irccs Burlo Garofolo e dall'Università di Trieste un protocollo sperimentale per preservare con cellule autologhe la funzionalità endocrina dell'ovaio autotrapiantato nelle giovani con tumore

*di Roberta Bulla *, Giuseppe Ricci **, Chiara Agostinis ****

30 giugno 2025

Lo studio congiunto "Endothelial cell supplementation promotes xenograft revascularization during short-term ovarian tissue transplantation" dell'Irccs Burlo Garofolo e dell'Università di Trieste ha sviluppato una strategia promettente per la preservazione della fertilità delle pazienti pediatriche oncologiche, utilizzando strategie integrate di bioingegneria e terapia cellulare. I risultati dello studio sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica *Bioactive Materials*.

I rischi di danno ovarico

La ricerca scientifica ha compiuto notevoli progressi nel trattamento delle neoplasie pediatriche, rendendole oggi, nella maggior parte dei casi, una condizione da cui si può guarire. Resta la sfida del miglioramento della qualità di vita dopo le cure, che spesso prevedono chemioterapia o radioterapia e che in molti casi compromettono il normale sviluppo sessuale e la fertilità.

Il danno ovarico in seguito a trattamenti chemio o radioterapici, infatti, può influenzare lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari e favorire l'insorgenza di sintomi menopausali come osteoporosi e ipertensione che possono determinare uno stato di infertilità. La terapia ormonale sostitutiva è comunemente utilizzata nella pratica clinica. Tuttavia, è difficile determinarne il corretto dosaggio e presenta numerosi effetti collaterali, come l'aumento dell'incidenza di tumori ormono-dipendenti, ictus e malattie cardiache.

Preservare la fertilità

Nelle pazienti oncologiche in età fertile, il metodo più efficace per la preservazione della fertilità prevede la crioconservazione di ovociti. Tuttavia, per le pazienti in età prepuberale e per quelle che necessitano di chemioterapia immediata, la crioconservazione del tessuto ovarico e il successivo reimpianto, ove possibile, è l'unica chance disponibile che potenzialmente può ristabilire la produzione ormonale e la possibilità di concepimento.

Il primo caso di gravidanza portata a termine grazie all'utilizzo di questa tecnologia è stato segnalato nel 2004 e, a oggi, sono state descritte più di 200 nascite.

Proteggere la crioconservazione

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Tale procedura prevede il prelievo e la crioconservazione di tessuto ovarico della paziente prima dell'inizio delle terapie oncologiche, con il successivo reimpianto del tessuto nella stessa paziente al termine delle cure: le linee guida internazionali hanno recentemente promosso questa procedura da puramente sperimentale a procedura clinica ma restano ancora da migliorare diversi aspetti del protocollo in quanto presenta una bassa percentuale di successo. Una delle principali problematiche che riducono l'efficacia di questo protocollo clinico è il deficit di ossigeno che si verifica nel tessuto post-trapianto. Questa condizione determina uno stato di stress che ha come conseguenza una notevole perdita di ovuli e, quindi, una drastica riduzione della funzionalità del tessuto trapiantato.

Utilizzando strategie integrate di bioingegneria e terapia cellulare abbiamo dimostrato che l'aggiunta al tessuto ovarico di cellule autologhe derivate dai vasi sanguigni dell'ovaio favorisce una più rapida rivascularizzazione dell'innesto, migliorando così l'apporto di ossigeno e nutrienti.

Le prospettive future

Riteniamo che questo lavoro getti le basi per un successivo studio preclinico volto a verificare in modo più approfondito l'efficacia dell'approccio e il suo potenziale beneficio sulla funzionalità endocrina dell'ovaio autotrapiantato.

L'obiettivo a medio termine è migliorare il protocollo sperimentale affinché la procedura, attualmente adottata in pochi centri italiani possa essere estesa ad altre realtà ospedaliere e diventare uno standard clinico accessibile per garantire una migliore qualità della vita alle giovani pazienti oncologiche.

I risultati derivano dalla forte collaborazione tra l'Istituto di ricovero e cura Burlo Garofolo e l'Università di Trieste e dalla collaborazione di due importanti enti di ricerca del territorio: l'International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology (ICGEB) e il centro di ricerca internazionale Elettra Sincrotrone Trieste, testimoniando la capacità del nostro territorio di fare rete su progetti ad alto contenuto tecnologico.

Il progetto unisce bioingegneria, medicina rigenerativa e immunologia applicata con l'obiettivo concreto di tutelare la salute riproduttiva delle donne del futuro.

** Prof.ssa di Patologia generale presso il Dipartimento di Scienze della Vita, Università degli Studi di Trieste*

*** Prof. di Ginecologia e Ostetricia presso il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università di Trieste e direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Irccs Burlo Garofolo*

**** Ricercatrice sanitaria Irccs Burlo Garofolo*

Servizio La frontiera

Micro sensori che trasmettono dati da dentro il corpo: ecco come le protesi smart rivoluzionano la medicina

Si tratta di impianti che non si limitano a sostituire funzionalità compromesse, ma osservano, apprendono e aiutano a prevenire

di Cesare Buquicchio

30 giugno 2025

La raccolta dei dati sanitari non è più solo ricavata da un esame o dal risultato di un'analisi. Ora arriva direttamente dall'interno del nostro corpo e promette una rivoluzione per le cure. «Pensiamo a valvole cardiache, impianti dentali o protesi ortopediche. Già adesso stiamo sperimentando sensori applicati a questi dispositivi che possono darci un flusso di dati dinamico sulla nostra salute». È un cambiamento radicale quello che racconta Gaetano Marrocco, Professore Ordinario di Campi Elettromagnetici all'Università di Roma Tor Vergata, a margine dell'evento "Data Summit" alla Camera dei deputati.

Dal dato istantaneo al monitoraggio continuo

La medicina tradizionale si basa su "istantanee" della nostra salute: risonanze magnetiche, TAC, radiografie, analisi del sangue rappresentano fotografie che catturano il nostro stato di salute nel momento in cui vengono eseguite. Ma il corpo umano è in continua evoluzione e questa visione statica spesso non basta. «Il nostro corpo evolve costantemente - spiega Marrocco - e in questo contesto l'informazione viene acquisita solo quando ci rechiamo in una struttura sanitaria». Il primo passo verso il monitoraggio dinamico è già in atto con i dispositivi wearable: orologi smart, anelli, patch e smartphone raccolgono dati 24 ore su 24, anche al di fuori degli ospedali. Questi strumenti hanno iniziato a rivelare aspetti della nostra fisiologia che prima non conoscevamo. «Chi ha acquistato uno smartwatch ora sa quali sono i suoi battiti medi perché quell'oggetto misura in continuazione. Prima non lo sapeva, al massimo poteva stimarli in base alle misurazioni periodiche a cui si sottoponeva», osserva il ricercatore. Ma il vero salto di qualità arriva con la generazione successiva di tecnologie mediche.

Le protesi intelligenti: sensori nel corpo umano

La frontiera più avanzata è rappresentata dalle "protesi smart": impianti che non si limitano a sostituire funzionalità compromesse, ma osservano, apprendono e aiutano a prevenire. «Immaginate di aggiungere un sensore a ciascuno di questi oggetti - dalle protesi articolari a quelle cardiache, fino agli impianti dentali - un sensore elementare, privo di batteria, che può rimanere in sede per anni raccogliendo informazioni sul nostro stato di salute», illustra Marrocco. Nel laboratorio di Tor Vergata stanno già sviluppando prototipi concreti. Un esempio è il "chiodo intramedullare", un dispositivo utilizzato per stabilizzare le fratture che è stato trasformato in un

senso di temperatura. «La temperatura è uno dei segni dell'infezione - spiega l'ingegnere -. Misurandola possiamo intercettare un'infezione prima che il problema diventi cronico e si debba procedere all'espanto del dispositivo». Ancora più sofisticate sono le protesi cardiovascolari: valvole cardiache dotate di antenne in grado di raccogliere energia dall'esterno e alimentare circuiti elettronici che misurano parametri vitali direttamente nel cuore. «Abbiamo una misura che è la più precisa che possiamo immaginare perché coglie il fenomeno cardiaco esattamente dove nasce», sottolinea Marrocco.

La medicina delle “baseline personali”

Questa rivoluzione tecnologica promette di trasformare radicalmente l'approccio terapeutico. Il concetto chiave è quello della “baseline personale”: conoscere il proprio stato di normalità per identificare precocemente le deviazioni. «La grossa innovazione sarà la capacità di produrre la nostra baseline, cioè il nostro stato di normalità che noi normalmente non conosciamo e che per ognuno di noi può essere leggermente diverso», spiega Marrocco. Immaginando di misurare continuamente temperatura, pressione, occlusione vascolare e cariche batteriche, ogni persona potrà conoscere i propri parametri di riferimento. Questa conoscenza apre la strada alla medicina predittiva e preventiva: «Diventa molto semplice identificare i primi segni di deviazione da questo stato di normalità ben prima che diventino sintomi. Abbiamo costruito un'infrastruttura che permette di attivarsi non sul sintomo, quando già c'è il male, ma sul rischio del sintomo». Le protesi intelligenti diventano anche strumenti per la medicina personalizzata, fungendo da “sonde” che valutano l'effetto dei farmaci in tempo reale e permettono di adeguare le terapie alla risposta specifica di ogni organismo.

Verso l'ecosistema digitale della salute

Il futuro disegnato da queste tecnologie prevede un ecosistema integrato dove la casa diventa “sensorizzata” e può acquisire i dati delle protesi in modo trasparente. «Il dato sanitario diventa una parte integrale dell'ecosistema digitale quotidiano», prevede Marrocco. Non si tratta di dati alternativi, ma complementari: «Il dato istantaneo fotografa il corpo, quello wearable lo ascolta, quello più integrato lo conosce. Contribuiscono a una conoscenza multiscala del corpo umano». Tuttavia, perché questa rivoluzione si realizzi, è necessario un “patto di fiducia” con i pazienti basato su tre pilastri fondamentali. Prima di tutto la safety: «La lettura wireless non deve arrecare fastidio». Poi la security, che non è solo crittografia ma include misure fisiche che garantiscano l'accesso solo a chi è autorizzato. Infine, la privacy, tema centrale nell'era dei big data sanitari. Come conclude Marrocco: «Il corpo umano genera una quantità di dati estremamente ricca. Sta a noi raccogliere la sfida per farli entrare nel sistema sanitario al servizio della persona, senza barriere e senza deviazioni».

CENTRODESTRA ALL'ATTACCO: «SALASSO DOPO LA MALAGESTIONE»

Maxi-ticket sanitario in Emilia-Romagna per tappare le perdite di bilancio

SIMONA PLETTO

■ In Emilia-Romagna il ticket si paga due volte: in farmacia e alle urne. La prima stangata arriva alla cassa, con 2,20 euro a scatola di farmaco; la seconda è politica e colpisce l'idea di un modello emiliano che scricchiola sotto il peso di bilanci fuori controllo, dirigenti lottizzati e una sanità che da vanto si è trasformata in fardello. Michele de Pascale, il nuovo governatore "di rottura", ha scelto di alzare le tasse per coprire un buco da quasi 400 milioni, ma la Corte dei Conti lo gela: «Il disavanzo non è episodico, è strutturale». Cioè è sistemica.

E così a Palazzo Aldo Moro si risfoderà la solita ricetta per ogni male: l'aumento. Aumenta così ancora l'Irap, cresce l'addizionale Irpef, sale il bollo auto e arrivano i nuovi ticket sanitari, quelli che colpiscono i cittadini già provati e le aziende già spremute. Ma se la terapia era impopolare, la diagnosi della Corte dei Conti è stata impietosa, mettendo in evidenza l'incapacità di far quadrare i conti. Nel 2024 il buco nella sanità regionale ha raggiunto quota 197 milioni di euro. Un abisso scavato tra aziende ospedaliere e Ausl, che ha costretto la giunta a manovre d'emergenza per evitare il commissariamento. Ma il conto è salato e lo pagano i cittadini: 2,20 euro a confezione per i farmaci mutuabili, con un massimo di 4 euro a ricetta. La cifra può sembrare irrisoria, ma diventa pesante se, come osserva Pietro Vignali (consigliere regionale di Forza Italia), «ogni due giorni 45 emilia-

no-romagnoli su 100 acquistano un farmaco». «Quello di De Pascale sarà un vero e proprio maxi ticket - attacca - altro che misura temporanea. È un salasso da 35 milioni all'anno».

Le giustificazioni del presidente non mancano. «È una maggiore spesa, non uno squilibrio», ha detto con orgoglio dopo il via libera della Corte al rendiconto regionale. Ma la stessa Corte, per bocca del presidente della Sezione di controllo Marcovalerio Pozzato, ha messo nero su bianco la cruda verità: «Il disallineamento è strutturale. Mi auguro si riesca ad agire anche sul versante del risparmio, senza colpire i servizi essenziali».

Ma intanto i conti sono fuori controllo. L'Ausl Romagna chiude il 2024 con un passivo di oltre 37 milioni di euro, Reggio Emilia con quasi 24, Ferrara con 22, Modena con 19. Tutti in rosso. E se il Fondo sanitario nazionale non è mai stato così alto - 138 miliardi, come ricordano i parlamentari di centrodestra - la Regione preferisce piangere miseria e alzare le imposte. Così aumentano ancora le tasse, cresce l'Irap (+ 0,3 punti dal 2026 per un gettito previsto di 100 milioni), sale l'addizionale Irpef per i redditi oltre 28.000 euro (altri 200 milioni), aumenta il bollo auto del 10% per 50 milioni stimati nel 2026 e, *dulcis in fundo*, arrivano nuovi ticket sanitari (50 milioni nel 2025 e 70 nel 2026. Ad ogni modo, il male sembra incurabile: nel 2024 il buco nella sanità ha raggiunto quota 194 milioni. Il rendiconto 2024 certifica un'impennata preoccupante: i residui passivi (cioè i debiti) superano i 6 miliardi, di cui 4 da pagare. I residui attivi (crediti da riscuotere) sono arri-

vati a 13 miliardi, con un fondo crediti inesigibili che ha superato i 500 milioni (+64 milioni in un anno). Nelle partecipate regionali, il costo del personale è salito del 27,8%.

Eppure De Pascale rivendica la scelta: «Avremmo potuto chiudere un terzo degli ospedali, tagliare il personale del 10%, ma non lo vogliamo fare. Vogliamo aumentare la spesa, non ridurla». Una coerenza che, però, si misura tutta sulle spalle dei contribuenti.

«Difendere l'aumento delle tasse senza affrontare gli sprechi significa far pagare ai cittadini l'incapacità di governare», accusa Marta Evangelisti, capogruppo FdI in Assemblea. A fare eco è il senatore Marco Lisei: «I conti in rosso, o forse meglio dire dei "rossi", sono il risultato di una gestione ideologica». «Altro che eccellenza: la sanità emiliano-romagnola è diventata ostaggio di logiche clientelari», denuncia Priamo Bocchi (FdI). «Serve una seria riforma sanitaria, come diciamo da tempo». Nel 2019, in piena campagna elettorale, fu Bonaccini a rompere il tabù del ticket fisso sui farmaci. Oggi il suo successore alza l'asticella: un prelievo cinque volte più pesante rispetto al "superticket" di Vasco Errani. La differenza? Allora era uno stratagemma, oggi è una necessità dichiarata. «La sinistra sta solo cercando di coprire la propria mala gestione», ribadisce Vignali.



L'aggressione A giorni la decisione Tor Vergata, arrivano gli ispettori di Rocca: ora Sica rischia il posto

È prima mattina quando scatta il blitz della Regione al Policlinico Tor Vergata per acquisire i documenti relativi al video-gate, la presunta aggressione con «pugno alla nuca» del primario di chirurgia Giuseppe Sica nei confronti della sua assistente, Marzia Franceschilli. La registrazione ha fatto il giro del web facendo infuriare il governatore del Lazio, Francesco Rocca, che ieri ha inviato gli ispettori del Nucleo ispettivo regionale (Nir) e ora aspetta la loro relazione.

a pagina 5 **Arzilli**

Caso Sica, Rocca invia gli ispettori a Tor Vergata

Acquisite le testimonianze sull'aggressione La Regione auspica un intervento del rettore

È prima mattina quando scatta l'annunciato blitz della Regione a Tor Vergata per acquisire tutta la documentazione sul caso Sica, ovvero la presunta aggressione con «pugno alla nuca» del primario di chirurgia mini-invasiva nei confronti della sua assistente, Marzia Franceschilli. L'episodio, «catturato» in un video che ha fatto il giro del web facendo infuriare il governatore del Lazio, Francesco Rocca, risale al 6 giugno, andato in scena durante un intervento in una delle sale operatorie del Policlinico. Ieri gli ispettori del Nir (Nucleo ispettivo regionale) hanno prelevato tutte le dichiarazioni firmate, raccolte in tre giorni di audizioni dalla Commissione dei garanti, gli stessi che hanno «assolto» il professore non assegnandogli sanzioni disciplinari, e già da oggi si metteranno a scrivere una relazione da consegnare a Rocca in tempi brevi.

Dopodiché la Regione pas-

serà all'azione: i documenti, che includono le parole di quattro testimoni oculari del «pugno alla nuca» sui sei ascoltati, saranno sottoposti ai legali negli uffici del palazzone sulla Colombo per avere, in sostanza, una conferma della correttezza giuridica della posizione assunta da Rocca non appena il video è diventato di dominio pubblico. Il governatore ha chiesto subito «sanzioni per il medico», poi ha disposto di verificare le possibilità di arrivare al licenziamento di Sica per giusta causa, percorso che anche la Cassazione certifica in caso di aggressione fisica. Così la via sembrerebbe segnata, almeno in teoria.

L'unico problema, infatti, non è da poco: consiste nel fatto che il professor Giuseppe Sica è un dipendente dell'università Tor Vergata e non del Policlinico, e la Regione ha margine per incidere solo nelle scelte dell'ospedale visto che siede nel Cda della Fondazione

che lo gestisce. Per questo, venerdì scorso, usando parole forti — come «omertà e paura di denunciare certe condotte» — Rocca ha evocato l'intervento del rettore di Tor Vergata, Nathan Levialedi Ghiron, affinché sia lui a prendere una decisione che la Regione tecnicamente non può prendere.

Il che potrebbe aprire anche uno scenario paradossale, con l'ateneo che, non facendo nulla, va a confermare di fatto la cattedra di Sica, mentre la Regione provvede a far sì che il professore, un'eccellenza nella chirurgia robotica con master



a Oxford e Harvard, trovi sbarate le porte delle sale operatorie dell'ospedale. «Dopo quanto successo già questo sarebbe un successo», dicono i sostenitori di Franceschilli che, nel frattempo, tramite il suo legale Simone Palombi, ha chiesto a Rocca di essere ricevuta.

Uno scontro istituzionale, insomma, che si inserisce in una contesa più ampia sul destino del Policlinico, da tempo sotto la pressione della Pisana: l'ospedale è commissariato, e a metà giugno, dopo tre blitz degli ispettori del Nir al pronto soccorso, la Regione ha fatto

decadere l'ormai ex commissaria Isabella Mastrobuono per affidare (probabilmente: è in pole) l'incarico a Ferdinando Romano, uomo di Rocca già direttore della Direzione Salute del Lazio durante l'era Polverini. Il video-gate potrebbe essere quindi decisivo per i rapporti tra Regione e ateneo: potrebbe aprire una trattativa o scatenare un'autentica bufera.

Andrea Arzilli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'aggressione Il chirurgo Giuseppe Sica ha aggredito Marzia Franceschilli in sala operatoria

Il caso



● Marzia Franceschilli, l'assistente, e il primario di chirurgia Giuseppe Sica sono i protagonisti di un caso nel Policlinico Tor Vergata: lui ha aggredito lei il 6 giugno. Il Comitato dei garanti ha assolto Sica. La Regione ha mandato gli ispettori



Fondazione Gemelli rafforza la ricerca Gasbarrini nuovo direttore scientifico

LA NOMINA

Antonio Gasbarrini è il nuovo direttore scientifico della fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli Irccs. La nomina, proposta dal presidente Daniele Franco, è stata approvata dal consiglio di amministrazione nella seduta del 23 giugno. Ma era già nell'aria: dallo scorso febbraio, con la scomparsa del professor Giovanni Scambia - luminaire della ginecologia oncologica, morto a 65 anni per un tumore al pancreas in stadio avanzato - Gasbarrini ricopriva infatti il ruolo ad interim. Presso il Policlinico Gemelli dirige l'Unità operativa complessa di Medicina interna e gastroenterologia e il Centro malattie apparato digerente (Cemad). Dal 2022 è inoltre preside della facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Catto-

lica del Sacro Cuore di Roma.

IL PROFILO

Dopo essersi laureato a pieni voti in Medicina e chirurgia a Bologna, tra il 1990 e il 1993 Gasbarrini ha frequentato come assegnista di ricerca l'Università di Pittsburgh, negli Stati Uniti. Specialista in Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva, nel suo curriculum vanta importanti esperienze come editor di riviste scientifiche italiane e internazionali e l'appartenenza a diverse società e comitati scientifici. Vincitore di numerosi premi e riconoscimenti, è inoltre autore di 1.500 pubblicazioni, con un H-index di 115 (Scopus) e oltre 67mila citazioni. Numeri che ne fanno uno dei ricercatori italiani più influenti nel suo campo. Negli anni, ha contribuito in modo decisivo allo sviluppo della ricerca sul ruolo del microbiota intestinale nella salute, ma anche su malattie infiammatorie croniche intestinali, epatopatie, celiachia e tumori digestivi.

I COMMENTI

«Con questa nomina, la fondazione rafforza ulteriormente il proprio impegno nella promozione della ricerca scientifica di eccellenza, nell'innovazione terapeutica e nella medicina personalizzata», si legge in una nota ufficiale del Policlinico. Non sono mancate poi le congratulazioni da parte della Cattolica. «A nome dell'intera comunità accademica ringrazio il professor Gasbarrini per l'intenso e qualificato contributo allo straordinario sviluppo della facoltà di Medicina e chirurgia», il messaggio della rettrice dell'Università, Elena Beccalli. Un ringraziamento accompagnato «ai migliori auguri di buon lavoro nel nuovo ruolo di direttore scientifico dell'Irccs».

Barbara Carbone

**RACCOGLIE L'EREDITÀ
DEL COMPIANTO
PROFESSOR SCAMBIA
DOPO AVER
GIÀ RICOPERTO
IL RUOLO AD INTERIM**



Antonio Gasbarrini è il nuovo direttore scientifico della fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli Irccs



L'ultima

CALABRIA La Sanità come bancomat, si indaga su fatture pagate più volte. Gli affari del senatore Claudio Lotito

Silvio Messinetti pagina 16

CALABRIA, SANITÀ COME BANCOMAT

SILVIO MESSINETTI
Cosenza

■ Il 28 novembre 2024 il senatore di Forza Italia, Claudio Lotito, presentava un emendamento al decreto Calabria. La modifica al testo prevedeva l'immunità per gli amministratori o commissari delle Asp calabresi qualora avessero pagato vecchie fatture, risalenti ai bilanci degli anni passati, una o più volte. L'unico limite era rappresentato dal dolo intenzionale. La proposta Lotito era uno scudo penale per i dirigenti sanitari, nulla più. Un altro emendamento a sua firma chiedeva, invece, la proroga del famigerato decreto Calabria 2, con annessa consegna reiterata dei pieni poteri in campo sanitario nelle mani del commissario *ad acta* Roberto Occhiuto, presidente della Calabria e fratello di Mario, già sindaco di Cosenza, senatore azzurro e suo vicino di scranno in Parlamento.

SOLO UN GIOCO DI VETI incrociati tra Lega e Forza Italia ha impedito, alla fine, che gli emendamenti passassero. La bocciatura da parte del partito berlusconiano della riduzione del canone Rai ha portato, infatti, la Lega per ripicca a votare contro l'emendamento Lotito. Malgrado ciò, la questione politica resta tutta. Perché le aziende sanitarie calabresi non sono aziende come le altre. Prendiamo, ad esempio, quella di Cosenza. Una delle più grandi d'Italia, commissariata per inge-

renze di 'ndrangheta, era tornata lo scorso anno alla ribalta della cronaca giudiziaria per un'inchiesta della Procura di Milano.

DALLE CARTE è emerso che le Asp di Cosenza e Reggio Calabria avrebbero versato, tra natale e la fine del 2023, quasi 77 milioni alla Bff Banking Group (ex Farmafactoring). La cifra impressionante si evince da due transazioni milionarie firmate *in extremis* dai commissari delle Asp, nonostante la presenza di anomalie gravissime nelle fatture e nei procedimenti di accertamento del debito. L'Asp di Cosenza avrebbe chiuso una transazione da 39 milioni a favore della Bff basata su documenti contabili pieni di lacune. Alcune fatture mancherebbero dell'indicazione della società emittente o dei dati di decorrenza degli interessi, mentre altre sarebbero già state escluse da fasi precedenti. Stesso copione a Reggio Calabria dove un accordo quadro di 37,8 milioni sarebbe stato sottoscritto dalla direzione generale sempre con Bff. Se l'emendamento Lotito fosse passato avrebbe costituito un salvacondotto per dirigenti e commissari.

LA PRASSI scoperchiata dalla procura meneghina è parte di un sistema ben oliato, sviscerato con dovizia di cifre, tabelle e aneddoti, dal medico scrittore di Palmi Santo Giofrè nel suo ultimo saggio *Tutto pagato* (Castelvecchi, 2025, 135 pagg). «Una cosca di potenti colletti bianchi in 20 an-

ni ha saccheggiato la sanità e ha fatto della Calabria la prima regione in Europa priva di un sistema sanitario che metta al servizio dei cittadini cure e prevenzione - spiega al *manifesto* -. Sono riusciti a farsi pagare la stessa fattura anche quattro volte. Non era l'Asp a possedere la certezza del debito da pagare ma era l'azienda stessa a chiedere ai creditori di dichiarare loro quali somme, secondo i creditori, l'ente dovesse saldare». E ancora: «Non esisteva alcun controllo interno sulla veridicità del credito, ci si affidava alla parola del creditore, in un sistema totalmente rovesciato» conclude Giofrè.

MENTRE VIENE NEGATO il diritto alla salute dei calabresi, «prosegue l'assalto alla diligenza, si depredano risorse pubbliche per foraggiare banche e "prenditori privati", si chiudono accordi con Aiop, Confindustria e Unimpresa per assicurare un numero di posti letto ai privati più alto che nel resto d'Italia» commenta Delio Di Blasi, dirigente Cgil Calabria. Ma come si spiega lo strano attivismo di Lotito rispetto alla sanità ca-



labrese? Il presidente e proprietario della Ss Lazio 1900 non è stato, infatti, eletto in Calabria bensì in Molise. Pur tuttavia i suoi interessi sono molteplici e variegati. Specie nel comparto ospedaliero.

COSÌ NEL MARE MAGNUM della sanità calabra, sempre in bilico, spunta un vecchio appalto da mettere a gara, non più bandito da tanti anni e che non fa vivere giorni tranquilli a centinaia di lavoratori. Trattasi dell'affidamento dei servizi di pulizia di tutti i presidi dell'Asp di Cosenza: un affare da 9 milioni per 5 anni, con regime di *prorogatio sine die*. La voce che ci fosse di mezzo qualche *big* dell'imprenditoria nazionale girava già da tempo nei palazzi cosentini. In prima fila per il colpaccio da 45 milioni c'era infatti una Rti (Raggruppamento temporaneo di impresa) formata da Tim Service e da Snam Lazio Sud srl che si è

scoperto essere una delle partite Iva più significative della galassia Lotito e tra le dirette finanziatrici della Ss Lazio 1900, la gallina dalle uova d'oro del senatore di Forza Italia, peraltro oggi in crisi di liquidità come certificato da Covisoc, l'organo di controllo delle società calcistiche.

TALE BANDO ha presentato sin da subito non poche opacità, sintetizzate in un'interrogazione depositata dai consiglieri dem in regione. Di solito, per prassi, Asp e ospedali si affidano alla procedura Consip per assegnare appalti. Parliamo della piattaforma nazionale a disposizione degli enti per attingere fornitori conosciuti con il nome di MePA di Consip (Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione). È uno strumento digitale attraverso cui la Pubblica amministrazione può acquistare beni e servizi offerti da fornitori abilitati, per impor-

ti inferiori alla soglia di rilevanza comunitaria. La piattaforma offre vantaggi sia alle imprese, digitalizza i processi di *procurement* pubblico, riduce i tempi di gara e i costi commerciali. E soprattutto dovrebbe garantire trasparenza e controllo.

A MOLTI, compresi i consiglieri di opposizione, è parso ambiguo che l'Asp cosentina proprio per questo ingente appalto non l'abbia utilizzata. L'Asp non ha, infatti, avvertito la necessità di rivolgersi alla Consip ma ha scelto di indire una gara diretta salvo poi pubblicare *in extremis* una seconda versione del bando, facendo passare la gara di Lotito come una «gara ponte». Sta di fatto che in questa commistione tra politica e imprenditoria, dove il conflitto di interessi tra controllori e controllati, committenti e appaltatori, è evidente, nella classifica delle offerte tecniche primeggi con 75 punti proprio la Rti di

Lotito, seguita da Pfe Spa, Ciclat consorzio, Vivenda Spa, Pellegrini Spa, Evolve consorzio stabile. In attesa della gara economica e dell'apertura delle buste, inizialmente prevista una settimana fa. E poi «improvvisamente» rinviata ai primi di luglio.

Sono riusciti a farsi pagare la stessa fattura anche 4 volte. Non esisteva alcun controllo interno, ci si affidava alla parola del creditore in un sistema rovesciato **Santo Giofrè**

La procura di Milano indaga sulle imprese che dalle Asp si sono fatte pagare le fatture più volte. Nella regione commissariata appalti senza bandi Consip, gli affari del senatore Lotito

