

**13 novembre 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





## CORRIERE DELLA SERA

RCS

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

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63707510  
mail: servizioclienti@corriere.it

**Stasera Musetti-Alcaraz**  
Sinner batte Zverev  
e vola in semifinale  
di Gaia Piccardi  
alle pagine 50 e 51



**Domani su 7**  
Il Trio: noi figli  
felici di operai  
di Walter Veltroni  
sul magazine del Corriere



## Il piano necessario

UN PAESE  
CHE SCORDA  
LA LETTURA

di Ernesto Galli della Loggia

Oltre la finanziaria, oltre Landini e il «campo largo» abbiamo anche altri problemi, e forse persino più importanti, anche se ce ne occupiamo poco o nulla. Ad esempio che l'Italia è un Paese ignorante. Siamo infatti tra gli ultimi in Europa come numero di diplomati di scuola superiore, al penultimo posto per numero di laureati (il 42 per cento degli iscritti all'università abbandona dopo il primo anno) e con forti squilibri tra Nord e Sud (nel Mezzogiorno solo un giovane su cinque è laureato). Ma non si tratta solo del puro possesso di un pezzo di carta: dall'inizio del nuovo secolo è la qualità complessiva dell'istruzione, anche primaria, che è letteralmente collassata. Altrimenti non ci troveremmo davanti i dati drammatici che ci offre il Censis, secondo il quale sono sempre di più gli italiani che non capiscono un testo scritto e non sanno esporre ciò che vorrebbero dire: praticamente un popolo di semianalfabeti, incapaci di comprendere il contenuto di un qualunque avviso pubblico o di raccontare la trama di un film. Che razza di futuro può avere un Paese del genere? Quale luminoso sviluppo economico prepara una simile ignoranza?

Premessa e conseguenza ovvia di quanto sopra, una sua misura oggettiva è il progressivo abbandono della lettura. Sempre di più l'Italia è un Paese che non legge.

continua a pagina 32

Pubblici migliaia di documenti. Il finanziere: Virginia per ore con lui in casa mia. La Casa Bianca: fango

## Epstein, ecco le mail su Trump

I messaggi rivelati: «Sa cosa facevo con le ragazze». E torna il nome di Giuffrè

di Massimo Gaggi  
Luigi Ippolito  
e Viviana Mazza

Pubblicate mail di Jeffrey Epstein, nelle quali il finanziere pedofilo parla di Donald Trump: «Sa cosa facevo con le ragazze». La Casa Bianca replica: solo fango. Risposta il nome di Virginia Giuffrè.

alle pagine 2 e 3

## IL LIBERO CONSENSO

Meloni-Schlein,  
asse tra le leader  
sulle violenze

di Maria Teresa Meli

a pagina 12

## GIANNELLI

LA PORTAEREI FORD NEI CARAIBI, GLI SCENARI  
Venezuela, i bersagli Usa  
Maduro mobilita le truppe

di Sara Gandolfi e Guido Olimpio

La portaerei Usa «Ford» è nelle acque davanti al Venezuela. E il presidente Maduro chiama a raccolta l'esercito. a pagina 18

LO SCRITTORE IN CELLA. IL RUOLO DI BERLINO  
La vittoria di Sansal:  
Algeri concede la grazia

di Stefano Montefiori

Dopo un anno in carcere lo scrittore franco-algerino Boualem Sansal è libero, graziato dall'Algeria. a pagina 19

## MENTRE I RUSSI AVANZANO

Corruzione  
in Ucraina,  
ira di Zelensky:  
via due ministri

di Lorenzo Cremonesi



Uno scandalo di mazzette e affari illegali per centinaia di milioni di euro scuote l'Ucraina, proprio mentre i russi avanzano nel Donbass. Si sono già dimessi la ministra dell'Energia, Svirlana Grynychuk e della Giustizia, German Galushchenko. alle pagine 5 e 6 Soave

## La storia Il concerto dopo la malattia, l'abbraccio con Elisa e Jovanotti



Da sinistra: Cesare Cremonini, Jovanotti e Elisa con Luca Carboni al Forum di Assago per il primo show del cantautore bolognese dopo il tumore

Carboni, il palco e gli amici  
«La mia nuova primavera»

di Andrea Laffranchi

Il ritorno sul palco di Luca Carboni dopo la malattia. Il cantautore bolognese protagonista al Forum di Assago racconta la sua nuova primavera: «Quello che ho vissuto ha avuto un primo impatto drammatico: mi avevano detto che non c'era speranza... Adesso ho altre priorità, altri sogni». a pagina 45

Brianza L'aggressione in strada  
Getta la benzina  
negli occhi della ex:  
la seguiva con il gps

di Giuseppe Guastella

La perseguitava da sette mesi. Poi l'ha aggredita in un parcheggio gettandole addosso benzina. La donna è riuscita a salvarsi chiudendosi nell'auto. La violenza è avvenuta a Seregno, in Brianza. a pagina 21

Il caso Le opposizioni all'attacco  
Bagarre in Aula  
con Valditara  
sui femminicidi

di Gianna Fregonara

«Sfruttate i femminicidi»: il ministro dell'Istruzione Giuseppe Valditara attacca l'opposizione durante il dibattito in Aula sull'educazione sessuale a scuola. a pagina 13

## IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

Quando stai per avventurarti nelle spelonche dei social, ti senti fare la stessa raccomandazione che di solito viene rivolta a chi, per qualche motivo, debba entrare in un bar malfamato: non fermarti ad ascoltare quello che dicono. Saggio consiglio, e uno entra nel bar con l'intenzione di seguirlo. Poi però non ce la fa: butta un occhio, allunga un orecchio e si guasta inesorabilmente l'umore. Uscendo inorridita da uno di questi locali, Francesca Verdini ha manifestato tutto il suo disprezzo per i commenti che vi aveva ascoltato, riguardanti lei e il suo compagno Matteo Salvini. Insulti, minacce, battute beccate sulla differenza di età e la circonferenza toracica del ministro. Uno potrebbe ricordarle che anche Salvini usa i social con aggressività mascherata da bonomia («Ehi-

Francesca Verdini c'est moi cion!», però sarebbe un modo per eludere il problema. Perché è impossibile non riconoscersi in Francesca Verdini, quando confessa di avere provato a ignorare i commenti, ma di non essere riuscita a resistere alla tentazione di leggerli. Occorre molta forza di volontà, e a volte non basta nemmeno quella: c'è sempre l'amico che sente l'urgenza di esprimerti solidarietà per la critica infame che hai ricevuto, mettendoti così al corrente di qualcosa di cui tu eri felicemente all'oscuro.

Verdini si chiede se esistono rimedi, a parte l'assuefazione. Me ne vengono in mente soltanto due: cambiare la natura umana e far pagare i commenti. Il secondo sembrerebbe lievemente più praticabile. A patto che poi Salvini non si inventi un condono anche lì.

## PRINCIPIUM

BIOS LINE

MAGNESIO  
COMPLETO4 fonti di Magnesio  
per un'azione completa

In Farmacia, Parafarmacia ed Erboristeria.



principiumlife.com



## LA CULTURA

Aramburu: tutti appaiono  
ma nessuno si racconta

GIULIO D'ANTONA — PAGINA 30



## IL RACCONTO

Bosia, il paese delle Langhe  
che ha adottato la volpe

NICCOLÒ ZANCAN — PAGINA 24



## LE ATP FINALS

Sinner piega anche Zverev  
Musetti-Alcaraz, notte show

COTTO, SEMERARO, ZONCA — PAGINE 34 E 35

1.90 € II ANNO 159 II N. 313 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 DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

GIOVEDÌ 13 NOVEMBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

## LA MANOVRA

Taglio delle tasse  
sugli affitti brevi  
lo stop di Meloni  
a Forza Italia

MALFETANO, MONTICELLI

## IL RAPPORTO DEBITO/PIL



Emendamenti concordati e zero sorprese. Fratelli d'Italia serra le file sulla manovra e si prepara a rintuzzare avversari e alleati in nome del rigore dei conti e delle proprie priorità. **MAGRI** — PAGINE 6 E 7

## L'INTERVISTA

Visco: assurdo  
attaccare Bankitalia

FABRIZIO GORIA



“È positiva la prudenza sulla legge di bilancio. Criticare la banca centrale significa indebolire un'istituzione indipendente che ha sempre contribuito alla stabilità del Paese”

— PAGINA 7

L'inutile battaglia  
della patrimoniale

PIETRO REICHLIN — PAGINA 29

BAGARRE ALLA CAMERA. POI L'INTESA COL PD IN COMMISSIONE: SENZA CONSENSO È SEMPRE VIOLENZA

## “Sfruttate i femminicidi” Bufera su Valditara

Educazione sessuale a scuola, il ministro contro l'opposizione e lascia l'Aula

### IL COMMENTO

Chi ha paura  
di insegnare il sesso

VIOLA ARDONE

Non bisogna avere paura, perché la paura è cattiva consigliera. Soprattutto non bisogna avere paura di insegnare, di educare, di spiegare, di chiamare esperti a scuola per parlare di sessualità. — PAGINA 3

### IRENE FAMA, FILIPPO FIORINI

Sembrava che l'educazione sessuale e affettiva nelle scuole dovesse essere una battaglia bipartisan. Invece ieri alla Camera la discussione è stata infuocata. — PAGINE 2 E 3

Siti porno, l'ipocrisia  
del divieto ai minori

GIANLUCA NICOLETTI — PAGINA 23

### LA POLITICA

Se Conte sfida Schlein  
sul tesoro del Centro

FLAVIA PERINA — PAGINA 13

Perché separare i pm  
aiuta politici e toghe

SERENA SILEONI — PAGINA 29

CASO EPSTEIN, SPUNTA UNA MAIL: “IL PRESIDENTE HA PASSATO ORE A CASA MIA CON GIUFFRÈ”

## Trump, il Virginia gate

ALBERTO SIMONI



Donald Trump e Virginia Giuffrè: negli Usa è scontro politico dopo le nuove rivelazioni sullo scandalo Epstein — PAGINE 4 E 5

## I DIRITTI

Migranti  
schiaffo al governo  
dai sovranisti Ue  
“Nessun aiuto”

BRESOLIN, CAMILLI, LOMBARDO



Il tavolo sul meccanismo di solidarietà all'Italia e ai Paesi «otto pressione» per i flussi migratori non è ancora aperto, ma dal dibattito di ieri al Parlamento europeo s'è capita l'aria che tira. — PAGINE 8 E 9

## VESPIGNANI E L'EUGENETICA

“Bio e digitale uniti  
solo per le cure”

GIACOMO GALEAZZI

Il futuro è iniziato. «La convergenza bio-digitale è già una realtà: usiamola per curare meglio e prima, non per inseguire l'illusione dei “bambini perfetti”», dice a *La Stampa* il fisico Alessandro Vespignani, scienziato di fama internazionale, professore alla Northeastern University di Boston e presidente di Isi Foundation, istituto per l'interscambio scientifico con sede a Torino, co-fondato da Fondazione Crf. «Evitiamo il sensazionalismo che confonde le regole e ci spinge verso caricature opposte, tra lo scienziato senza scrupoli e l'antiscienza proibizionista. La scienza deve restare ambiziosa, le regolamentazioni chiare, e la trasparenza non negoziabile», spiega. — PAGINA 18

Vivere tra gli indios  
dell'Amazzonia

ELOISA GALLINARO — PAGINA 18

## Buongiorno

Nicola Gratteri, l'eroico procuratore prima di Catanzaro e ora di Napoli, legge in tv, nel talk di Giovanni Floris, un'intervista nella quale Giovanni Falcone si dichiarava ostile alla separazione delle carriere. L'intervista però non esiste, è falsa, le posizioni di Falcone sono note, e però insufficienti a suggerire un dubbio al procuratore. Nonostante tutto, si proverà a conservare la speranza che il Gratteri inquirente sia meno trasandato del Gratteri opinionista. In fondo i due fronti — del no e del sì alla separazione delle carriere — in questi giorni si contendono non soltanto Falcone ma anche Paolo Borsellino, di cui è girata una presa di posizione altrettanto fantomatica contro chi intenda separare i giudici e i pubblici ministeri. Per qualche amabile circostanza, non di rado chi attribuisce a Borsellino una posi-

## Le opinioni dei morti

MATTIA FELTRI

zione che non ebbe, o perlomeno non manifestò, coincide con chi plaudì al processo concluso con l'ergastolo a Vincenzo Scarantino, e a non pochi altri da lui accusati dell'attentato in cui Borsellino fu fatto saltare in aria. Anni dopo si scoprì che Scarantino era un pentito costruito a tortura, e su di lui era stato innalzato un gigantesco depistaggio. Sono trent'anni che attorno al nome di Borsellino si fa una danza delle menzogne a cui è meglio non pensare, per motivi di stomaco. Ma con un po' di imbarazzo tocca dire pure ai sostenitori del sì che dovrebbero trattenersi dallo sventolare Falcone. Se era per la separazione delle carriere allora, non per forza lo sarebbe anche oggi. E comunque, se si ingaggiano le opinioni dei morti, forse valgono poco quelle dei vivi.





**ASSISTENZA MEDICA** 24 ORE SU 24  
VILLA MAFALDA  
Via Monte delle Gioie, 5 Roma

# Il Messaggero

NAZIONALE

**ASSISTENZA MEDICA** 24 ORE SU 24  
VILLA MAFALDA  
Via Monte delle Gioie, 5 Roma

€ 1,40\* ANNO 147 - N° 313  
Sped. in A.P. 03/33/2003 come L. 480/2004 art. 1, § 3, c. 1

Giovedì 13 Novembre 2025 • S. Diego

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

**In edicola e sul web**  
**Su MoltoSalute**  
**i videogame**  
**come terapia**  
Un inserto di 24 pagine



**Atp, oggi Musetti-Alcaraz.**  
**Sinner spazza via**  
**anche Zverev**  
**È già in semifinale**  
Martucci nello Sport



**Ritratti romani**  
**Il barbiere Pietro**  
**«L'la non sa tagliare**  
**i capelli come me»**  
Enrico Vanzina a pag. 17



**L'agenda della Cop 30**  
**IL REALISMO**  
**CHE SERVE**  
**NELLA LOTTA**  
**SUL CLIMA**

Guido Boffo

**S**ono trascorsi dieci anni dalla Conferenza sul clima di Parigi che fissava l'asticella dell'aumento delle temperature ben al di sotto i 2 gradi centigradi, preferibilmente entro 1,5 gradi. Solo in questo modo, si diceva, avremmo salvato il pianeta. Speriamo che non sia vero, che esista un'altra strada, perché quell'obiettivo è di fatto irraggiungibile.

Secondo gli scienziati, per contenere il riscaldamento globale entro 1,5 gradi dovremmo lasciare sotto terra il 90% del carbone e il 60% di gas e petrolio. Non domani ma oggi stesso. Sappiamo che non è possibile e soprattutto che non sta succedendo, perché le fonti fossili continuano a far parte del nostro menù energetico. E dunque dieci anni dopo Parigi, nella città brasiliana di Belem, alle porte della Foresta Amazzonica che è il luogo simbolo di tutti gli ecologisti, si cerca di imboccare l'altra strada, quella del realismo. Di fronte alla prospettiva di un fallimento, la vera chance per continuare la lotta al cambiamento climatico sembra rallentare, non accelerare. La Cop30, partita sotto una fitta coltre di pessimismo dovuta al disimpegno dei grandi inquinatori (Cina, India e Usa), affida a questo paradosso la speranza di un cambio di indirizzo. Dall'utopia del "tutto e subito" alla sostenibilità delle scadenze e del target. Nel frattempo bisognerà aiutare i Paesi in via di sviluppo rifinanziando i fondi climatici e rafforzare le politiche di adattamento (...)

Continua a pag. 23

## Pnrr, revisione salva-fondi

► Primo via libera dell'Europa alla richiesta dell'Italia. Le risorse confluirebbero in 4 "depositi" per interventi post 2026. Istat: rincari record degli alimentari. Aumentati del 25% in quattro anni

ROMA L'Ue ha dato l'ok a una rimodulazione del Recovery plan italiano. L'Istat registra un aumento dei prezzi soprattutto dei prodotti freschi **Bisozzi e Pira alle pag. 2 e 3**

**Il Presidente: l'astensionismo preoccupa**

**Mattarella e premier all'assemblea Anci**  
**«Sostegno e fondi per le aree interne»**

Mario Ajello

**A**ll'assemblea Anci a Bologna, Mattarella e Meloni trovano piena sintonia sulla necessità di difendere e rilanciare le aree inter-

ne del Paese, sempre più colpite da spopolamento. Entrambi sottolineano che i piccoli Comuni sono il cuore della democrazia e vanno sostenuti con risorse e servizi adeguati. **A pag. 5**

**Il caso dei festini**

**Epstein, una mail accusa Trump**  
**E lui: «Bufala dem»**

**NEW YORK** Nuove email di Jeffrey Epstein affermano che Trump trascorse "ore" a casa sua con Giuffrè, una delle presunte vittime del traffico sessuale. Trump su Truth: "Una bufala". **Paura a pag. 9**

**Rimossi i responsabili di Giustizia ed Energia**

**Lo scandalo corruzione travolge Kiev**  
**Zelensky licenzia due ministri-chiave**

Marco Ventura

**S**candalo corruzione in Ucraina: il presidente Zelensky licenzia i ministri di Giustizia ed Energia dopo un'in-



chiesta su tangenti milionarie legate all'azienda nucleare Energoatom. Al centro del caso l'oligarca Timur Mindch, amico di Zelensky e ora latitante. **A pag. 7**

**In concerto dopo 6 anni e un tumore: «C'erano poche speranze»**



**Luca sul palco: «Ora mi sento diverso»**

Luca Carboni, 63 anni, è tornato ad esibirsi dal vivo dopo 6 anni e la malattia **Marzi a pag. 21**

## Asse Meloni-Schlein stretta sugli stupri: cambia il «consenso»

► Voto bipartisan in Senato: sempre reato se manca la volontà «libera e attuale» al rapporto

Francesco Becchi

**P**d e FdI trovano un'intesa sulla riforma del reato di violenza sessuale: approvato in Commissione Giustizia un emendamento bipartisan che introduce il principio del "consenso libero e attuale" come elemento essenziale. L'accordo, frutto di una trattativa tra Schlein e Meloni, modifica l'articolo 609-bis del codice penale. Senza consenso esplicito, il rapporto è sempre violenza. **A pag. 6**

**Oggi il tema all'Ecofin**

**Tassa anti Temu**  
**l'Italia accelera:**  
**scatterà dal 2026**

Giacomo Andreoli  
Gabriele Rosanna

**M**entre l'Ue studia dazi contro l'ultra fast fashion cinese, l'Italia vuole accelerare i tempi con una tassa del 5-10% già a partire dal 2026. **A pag. 13**

**Al via il secondo anno**



**Master Messaggero**  
**le borse di studio**  
**nel nome di Cifoni**

**ROMA** Il Master in Giornalismo del Messaggero e di Unimarcioni, dedicato a Paolo Galdi, offre due borse di studio intitolate a Luca Cifoni, storico giornalista economico. **Cecchini a pag. 12**

**VILLA MAFALDA**

**La risposta alla tua salute, sempre.**

Via Monte delle Gioie, 5 Roma - Per informazioni 06 86 09 41 - [villamafalda.com](#)

**Il Segno di LUCA**

**PESCI, MANTIENI LA ROTTA**

La configurazione ti offre la possibilità di affinare l'ascotto, facilitando la sintonia con le persone con cui ti trovi a interagire. La tensione che emerge nel lavoro ti obbliga a muoverti con grande precisione, concentrando la vitalità in azioni piccole e mirate, che ti consentono di mantenere la rotta che hai deciso di seguire. Orienta la tua energia in iniziative specifiche e scarica quella in eccesso in una disciplina fisica.

**MANTRA DEL GIORNO**  
Combattere i sintomi li rafforza.

*Il messaggio è stato ricevuto da L. L'oroscopo a pag. 23*

\* Tardano con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Padova, L'Espresso; in Friuli, il Messaggero; in Liguria, il Nuovo Quotidiano di Genova; in Lombardia, il Corriere della Sera; in Piemonte, il Nuovo Quotidiano di Torino; in Puglia, il Messaggero; in Sardegna, il Nuovo Quotidiano di Cagliari; in Sicilia, il Messaggero; in Trentino, il Nuovo Quotidiano di Trento; in Umbria, il Messaggero; in Valle d'Aosta, il Messaggero; in Veneto, il Nuovo Quotidiano di Venezia; in Lazio, il Messaggero; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Basilicata, il Nuovo Quotidiano di Potenza; in Calabria, il Nuovo Quotidiano di Catanzaro; in Sicilia, il Nuovo Quotidiano di Palermo; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Emilia-Romagna, il Nuovo Quotidiano di Bologna; in Toscana, il Nuovo Quotidiano di Firenze; in Umbria, il Nuovo Quotidiano di Perugia; in Marche, il Nuovo Quotidiano di Ancona; in Lazio, il Nuovo Quotidiano di Roma; in Campania, il Nuovo Quotidiano di Napoli; in Puglia, il Nuovo Quotidiano di Bari; in Molise, il Nuovo Quotidiano di Campobasso; in Marche, il Nuovo Quotidiano di An





Giovedì 13 novembre  
2025

ANNO LVIII n° 269  
1,50 €  
Sant'Omobono  
18021

Edizione valle  
del 08.11.25

# Avvenire

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



## Editoriale

### Rivoluzione IA, etica e medicina IL CENTRO DI OGNI INNOVAZIONE

PAOLO BENANTI

**I**l dibattito sull'intelligenza artificiale (IA) e il suo impatto sulla società ha raggiunto un punto cruciale, specialmente nel campo della medicina. Come sottolineato da Leone XIV in occasione del Congresso internazionale della Pontificia Accademia per la Vita su "Intelligenza Artificiale e Medicina: la sfida della dignità umana", a Roma da lunedì a ieri, siamo nel mezzo di una vera e propria rivoluzione digitale. Questa trasformazione non è un semplice aggiornamento tecnologico, ma un "cambiamento epocale" che, pur paragonabile alla Rivoluzione Industriale, risulta essere molto più pervasivo. Questa pervasività non riguarda solo il modo in cui lavoriamo o interagiamo con il mondo esterno ma influisce profondamente sul modo in cui pensiamo, alterando la nostra comprensione delle situazioni, e persino la percezione di noi stessi e degli altri. Il rischio è tangibile: interagiamo con le macchine come se fossero interlocutori, diventando quasi una loro estensione. In questo senso, corriamo il rischio non solo di perdere di vista i volti delle persone che ci circondano ma anche di dimenticare come riconoscere e valorizzare tutto ciò che è veramente umano. È in questo contesto di potenza tecnologica quasi illimitata che l'importanza dell'etica, e in particolare dell'etica dell'IA, diventa assolutamente centrale e non negoziabile. Non c'è dubbio che lo sviluppo tecnologico abbia portato, e porterà, benefici significativi all'umanità, specialmente nei settori della medicina e della salute.

*continua a pagina 16*

## Editoriale

### Tra due sponde e una guerra UN'INCUBATRICE PER ODESSA

ERIKA DE LUCA

**M**ille chilometri al giorno per cinque giorni: li definisco i nostri giorni in scatola. Giacinto Fina e io partiamo alle 4 del mattino da San Giovanni in Persicinia per fare carica. Andiamo nel tempo separato di una guerra lontana. Stavolta, la quotidianità per me, portiamo una incubatrice, un montascale per invalidi, sedie a rotelle, scatole di medicinali vari e pannolini. Abbiamo raccolto con l'aiuto di donatori quanto richiesto dalle nostre destinazioni che stavolta sono Odessa e Mykolaiv. Il costo del viaggio è invece a nostra spesa. Traversiamo Slovenia, Ungheria, Romania, saliamo sul traghetto che traversa il Danubio, passando dalla sponda Rumena a quella Ucraina. Il terzo giorno arrivando a Odessa troviamo un tempo splendente che rende ancora più oscura la guerra. Consegniamo l'incubatrice, parte dei medicinali, sedie a rotelle. Il piccolo valore di questi nostri viaggi è che il carico arriva nelle mani giuste e non se ne spreca nulla. Proseguiamo per Mykolaiv dove lasciamo il resto del carico. Ci sono alcune decine di migliaia di profughi del Donbass sparsi nella città che li ospita come può. Incontriamo Alberto Capannini responsabile di Operazione Colomba. Vive a Kherson, a poche decine di chilometri, dove la guerra è prima linea. Sulla sponda ovest del Dnipro resiste un resto di popolazione Ucraina mentre sulla sponda est c'è l'esercito russo. Il fiume è largo un paio di chilometri, sorvolato di continuo da droni kamikaze e artiglierie. Ci vuole un po' di geografia per capire la storia. Alberto ci fa vedere le foto di un matrimonio a Kherson, la coppia, sposa in bianco, davanti a un muro bombardato. Il viaggio di nozze è rimandato, la felicità no. Sul viaggio di ritorno che attraversa l'Ucraina in diagonale splende bianca e nuziale la luna piena di novembre. Dovrà essere così anche la prima notte di pace sopra questa terra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL FATTO** Il rapporto del Cist mette in evidenza il disagio psicologico per le incertezze sul futuro e l'impovertimento

## Affanni di famiglia

*Il 60% dei nuclei ha problemi di ansia: pesano le rinunce su cure sanitarie e consumi  
E sull'intelligenza artificiale la richiesta di un patto mondiale per il rispetto dei bambini*



MASSIMO CALVI

**C'**è del fuoco sotto la cenere, nelle famiglie italiane. È alimentato da tanti motivi di preoccupazione, dalle spese tagliate per le cure sanitarie e per molte attività del tempo libero, alla fatica di doverci far carico oltre che dei figli anche di genitori anziani non autosufficienti. E quanto emerge dal Rapporto Cist 2025 sullo stato di benessere psicologico e relazionale delle famiglie. Ansia e stress sono diffusi, c'è paura del futuro, ma fiducia nella propria famiglia.

*Principiamo alle pagine 2-3*

**LE NORME**  
Siti porno,  
il blocco  
per i minori  
parte a rilento

Sciaccitano  
a pagina 3

## I nostri temi

È VITA

Invecchia bene  
chi sconfigge  
la solitudine

MARCO TRIABUCCHI

La solitudine ha un ruolo rilevante nel processo di invecchiamento, è un fattore negativo se funziona da freno, percepisce di non appartenere ad alcuna comunità, e se anche Dio sembra scomparire dalla sua vita. Così insorgono con più frequenza depressione e demenza.

*A pagina 17*

**IA E MEDICINA**  
«Grandi benefici  
Ma solo se rispetta  
il paziente»

PAOLO VIANA

Parla il presidente del Cuz, già ministro dell'Istruzione, Maria Chiara Carrozzini: «Le applicazioni dell'IA per la salute vanno sviluppate e non frenate, ma occorre sempre valutarne il reale impatto. Possono stravolgere la nostra comprensione e percezione della realtà. E possono ingannare l'interlocutore».

*A pagina 6*

**STUDENTI** I costi per i corsi al Nord secondo il Censis

### La fuga dal Sud costa 4 miliardi

Censis e Concooperative pubblicano un report sull'attrattività degli atenei del Centro-Nord, scelti ogni anno da 13.414 studenti del Sud. La "controimmigrazione" c'è, ma è debole. Al termine degli studi, 2.314 neolaureati meridionali restano a lavorare lontani dal Mezzogiorno e altri 13.114 trovano un impiego all'estero. La spesa per la loro formazione è stimata dall'Istituto di ricerca attorno ai 11,2 miliardi euro per studente. «Soldi investiti per una discesa di righe che restituisce altrove le proprie competenze» - commenta Maurizio Gardini di Concooperative - «È una perdita sociale, economica e culturale».

*Ceredani a pagina 9*

**MIGRANTI** Sette persone tratte in salvo. L'Oim: da gennaio 1.948 vittime

### Naufragio di un barcone dalla Libia: 42 i dispersi

L'ennesima tragedia del mare: un barcone carico di migranti, partito dalla Libia lo scorso 3 novembre si è ribaltato a causa del mare grosso e di un motore fuori uso. Sono in tutto 42 le persone che non ce l'hanno fatta, come hanno raccontato i superstiti (in tutto 7) rimasti in balla delle onde per giorni. L'Oim stima che quest'anno 1.948 persone sono morte o disperse sulle rotte migratorie del Mediterraneo, una delle rotte più letali al mondo. Intanto dopo quasi un anno di stop la nave di Medici senza frontiere torna in mare a salvare.

*Fassini a pagina 11*

## CONFRONTO COL GOVERNO

I Comuni chiedono risorse  
Mattarella: più impegno  
per scongiurare l'astensione

Motta (inviato a Bologna)  
a pagina 7

**LA GUERRA  
IN UCRAINA**

### Zelensky silura 2 ministri I corrotti frenano i donatori

Scavo a pagina 4

**RAPPORTO ONU ALLA COP30**

Cresce l'energia pulita  
ma le fossili restano

Capuzzi, Menna e Molinari a pagina 5



**POPOTUS**

Bimbi sui social:  
affari garantiti

Dodici pagine tabloid

## Fine della guerra

**E**di samurai? Non ne parlavate? Dell'arte della spada, del codice dell'Hagakure, di quell'epica le cui tracce sono ormai dappertutto? Mi pare di aver già spiegato quanto il signor Kenobi fuggisse dalle rappresentazioni di maniera, che riducevano il Giappone a una galleria di stereotipi. Si capisce che i samurai fossero per lui un argomento delicato, su cui non amava soffermarsi senza motivo. Si considerava una persona informata, non un esperto, in almeno un'occasione, però, si dimostrò curioso del modo in cui noi occidentali maneggiamo le leggende d'Oriente. Siccome la sua curiosità tendeva a essere

contagiosa, il signor Kenobi volle che anch'io vedessi un film d'azione. *Kenobi*, che trasporta nel clima dei tardi anni Novanta la figura del guerriero rinascito senza padrone. Nella fantascienza, la metafora si riferiva alla fine della Guerra Fredda, con un manipolo di agenti segreti disoccupati e pronti a servire come mercenari. Il film aveva una buona regia e ottimi attori, a partire dal protagonista Robert De Niro. Con mia sorpresa, al signor Kenobi non era dispiaciuto. «Con il pretesto di raccontare la fine di una guerra, riesce a far comprendere che certe guerre non finiscono, non finiranno mai», disse. Allora non sapevo se dargli ragione, adesso capisco quanto fosse nel giusto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Kenobi**  
Alessandro Zaccari

**PSICOLOGIA**

Gli attentati di Parigi  
e l'incubo terrorismo  
Il trauma di chi resta

Zappalà a pagina 20

**VISIONI**

Arte e critica  
Come tradurre oggi  
ciò che è intraducibile

Gabriel a pagina 21

**ATP FINALS**

Il cervello in campo:  
la tecnologia e l'IA  
rivoluzionano il tennis

Be a pagina 23





# SE SEMPRE PIÙ ITALIANI RINUNCIANO A CURARSI PER MOTIVI ECONOMICI

**Il sistema sanitario premia chi può pagare.  
La prevenzione resta la grande dimenticata**

**L'**articolo 32 della nostra Costituzione recita tra l'altro: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo le cure gratuite agli indigenti», ma il Rapporto Istat 2025 ha stabilito che il 10 per cento degli italiani, pari a 5,8 milioni di italiani, non si cura più. Una persona su sei rinuncia a occuparsi della sua salute nonostante la disponibilità di un Servizio sanitario nazionale caratterizzato da «universalità, equità, gratuità». Cosa è accaduto? **Il degrado è stato progressivo ed è certamente iniziato con la cosiddetta "intramoenia", una disposizione di legge che permette una priorità per i servizi sanitari a chiunque possa pagare.**

I poveri sono passati in seconda linea, un insulto alla Costituzione! Un'altra ragione è rappresentata dalla difficoltà di trovare una soluzione ai propri problemi di salute al primo livello rappresentato dalla medicina del territorio. Con l'obbligo – in Lombardia – di tenere aperto l'ambulatorio 15 ore alla settimana è un po' difficile per i 1.500 cittadini che dipendono dal medico di medicina generale trovare un appuntamento. Dover andare in Pronto soccorso non è certamente una bella esperienza per chi ci ha provato. **Nonostante le difficoltà siano ormai presenti sul territorio nazionale – con le conseguenti disuguaglianze fra Regioni – non si prospettano soluzioni, anzi, si aggraveranno se, ad esempio, la Lombardia attuerà un accordo con le assicurazioni aziendali e personali.** Si aggiungeranno altri gruppi di persone che avranno priorità nell'accesso

ai servizi sanitari a scapito dei meno abbienti. Tanto più considerando che alla carenza di infermieri si aggiunge la "fuga" di

medici dal servizio pubblico per entrare nella medicina privata o all'estero data la povertà degli stipendi, fra i più bassi d'Europa a parità di potere d'acquisto.

**Occorre tuttavia aggiungere che molti problemi potrebbero essere evitati ricordando che non tutte le malattie piovono dal cielo.**

Abbiamo in Italia circa 4 milioni di diabetici di tipo 2 che sviluppano nel tempo complicazioni, ma questa malattia è evitabile, dipende dai nostri comportamenti: troppi zuccheri, sovrappeso, sedentarietà sono alcune delle ragioni che dovremmo correggere. Il 40 per cento dei tumori è evitabile, ma in Italia muoiono di cancro 180 mila persone ogni anno. Abbiamo più di 10 milioni di fumatori e almeno 25 milioni di persone che bevono alcol. **Se tutti attuassimo buone abitudini di vita – sappiamo cosa dovremmo fare ma non lo facciamo – non affolleremmo i servizi sanitari.** Sarebbe una forma di solidarietà verso chi ha problemi di salute non evitabili. La scarsa attenzione per ciò che potremmo definire con il nome di "prevenzione" non dipende da noi ma dai nostri governanti ad educarci in questo senso. Più facile prescrivere farmaci anziché buone abitudini di vita. Prima che sia troppo tardi i politici dovrebbero decidersi a realizzare una Scuola superiore di sanità per formare i dirigenti del Servizio sanitario nazionale e soprattutto a introdurre la salute nella scuola per educare i giovani il più presto possibile. La prevenzione è in conflitto di interessi con gli interventi medici e il consumo di farmaci. ■



# Pavesi (Aifa): «Liste d'attesa Sfida della Sanità che verrà»

■ **Mario Alberto Marchi**

Quasi 15 anni da direttore generale e commissario di aziende sanitarie in buona parte del Veneto, poi per tre anni direttore del welfare in Lombardia. Oggi direttore amministrativo di AIFA, l'agenzia del farmaco. Giovanni Pavesi, lei ha vissuto a lungo la "macchina" della sanità veneta dal suo interno, ma ha anche avuto modo di poterla raffrontare a quella lombarda.

**Al di là dei numeri che ne decretano l'eccellenza, con che dinamiche si è sviluppata?**

«Sono stati anni di trasformazioni molto veloci. Il Veneto ha avuto una capacità di anticipare, di interpretare le situazioni più efficace di altre regioni. Gli elementi di criticità e di evoluzione sono stati: prima una crescita impetuosa della cronicità della nostra popolazione al tema delle malattie croniche collegate all'invecchiamento che necessitavano di un'attività territoriale più strutturata. Il secondo è una fortissima accelerazione dell'aggiornamento tecnologico

co negli ospedali, strumenti di diagnostica per immagine, laboratori. Il terzo elemento, soprattutto negli ultimi anni, è stata la carenza di figure professionali, soprattutto infermieri e alcune specialità di medici, che hanno messo in crisi tutta l'organizzazione. Da ultimo una crescita spesso inappropriata della doman-

da di salute. Quindi cronicità, tecnologia, carenza di medici, crescita della domanda sono stati gli elementi che hanno caratterizzato il cambiamento dei sistemi sanitari».

**C'è un tema che viene spesso evidenziato, che è quello di alcune criticità nella cosiddetta medicina di territorio, ovvero la concentrazione di eccellenza in grandi centri e poi territori periferici che invece rimangono scoperti, dove spesso si vivono disagi.**

«Lo spaccetterei su due fronti. Uno, il tema della deospedalizzazione. Negli ultimi 15-20 anni è drasticamente calato il numero di posti letti ospedalieri e il Veneto è stato molto coraggioso in questa operazione. La deospedalizzazione è passata anche attraverso una capacità politica di chiudere piccoli ospedali, che non è un'operazione banale, ma è stata fatta in maniera complessivamente indolore. Cito la provincia di Verona con quasi 900 mila abitanti: Isola della Scala, Soave, Malcesine, Bussolengo, Nogara, Bovolone, ospedali chiusi o convertiti ad attività non acute di territorio. Alla deospedalizzazione si accompagnava la necessità di un'organizzazione più capillare del territorio. Il Veneto è stato capofila nelle forme di aggregazione dei medici di base, la medicina in gruppo ha trovato situazioni interessanti, i medici che lavorano in gruppo, la condivisione della cartella. Oggi mostra criticità perché mancano i medici di base. Però il Veneto è una delle poche regioni in Italia in cui in qualunque ospedale per acuti tu entri, trovi un livello di assistenza medio alto molto omogeneo. Abbiamo le pun-

te d'eccellenza, Padova, Verona, Vicenza, però mediamente l'ospedale a cui approda il cittadino è un ospedale molto sicuro, molto attrezzato e con personale di alto livello».

**Anche in Veneto si vive come in Lombardia il problema delle liste di attesa.**

«Il tema delle liste d'attesa è generale. C'è un problema di maggiore efficientamento dell'orario del medico all'interno dell'ospedale. Il Veneto per primo esplora l'idea degli ospedali di notte, la possibilità di fare esami diagnostici anche nei tardi pomeriggi, nei sabati, nelle serate, quindi fare in modo che strutture così complesse debbano lavorare per orari più ampi. C'è un tema da governare meglio che è quello dell'intramoenia. È giusto che il medico abbia la possibilità integrata rispetto al proprio stipendio per l'attività oltre l'orario di servizio. Il medico va via quando ha finito l'orario di lavoro, dobbiamo trovare però meccanismi affinché il tutto sia fortemente integrato con l'attività ospedaliera. C'è poi il tema dell'appropriatezza prescrittiva. Sono confidente che anche grazie all'intelligenza artificiale riusciremo a governare dove e quando dobbiamo offrire prestazioni aggiuntive».

**Sanità sul territorio vuol**





**dire anche sistema socio-sanitario. Pure quella una macchina complessa e per certi versi fragile.**

«Abbiamo una carta molto forte da giocare: l'integrazione sociosanitaria. Le strutture residenziali per anziani, le IPAB sono un elemento caratterizzante fondamentale per l'offerta. La cronicità si collega alla fragilità, alla disabilità, alla difficoltà di rendere servizi integrati al cittadino anziano. Il Veneto ha un sistema di impegnative molto intelligente che però sarà da rifinanziare.

Il collegamento dal sanitario al sociale è una criticità di tutti i sistemi sanitari, nel Veneto c'è la possibilità di renderlo ancora più forte. Oggi in una casa di riposo trovi le stesse persone che 20 anni fa avresti trovato ricoverate in ospedale. Senza una rete forte di RSA, questi anziani si riverserebbero sugli ospedali».

**Poi c'è la questione, sempre delicata, del ruolo della sanità privata. C chi paventa una privatizzazione progressiva.**

«In realtà il Veneto ha una presenza molto limitata rispetto alle altre regioni del privato accreditato, ma molto qualificata. Abbiamo pochi ospedali privati accreditati, ma quelli che ci sono, sono di alto, spesso altissimo livello e fanno un servizio vero di integrazione al sistema».

**Un sistema virtuoso. Se rimane così.**

«Va tutelato. È un equilibrio che bisogna mantenere».





# Personale sanitario Fughe, plus e carenze

■ **M. A. M.**

**D**al 2010 al 2024, il personale del SSR veneto è passato da 64.800 a 61.200 unità complessive, un calo del 5,5% mentre la popolazione invecchiava e le prestazioni aumentavano del 22%. Il rapporto infermieri per mille abitanti è sceso da 6,2 a 5,8, contro una media europea di 8,8. I medici ospedalieri sono diminuiti da 9.100 a 8.400, nonostante l'apertura di nuovi reparti e servizi.

La Regione ha risposto con misure progressive. Il Piano straordinario assunzioni 2019-2021 ha portato 3.800 nuovi ingressi, ma ha com-

pensato solo parzialmente i 5.200 pensionamenti dello stesso periodo. L'aumento delle borse di specializzazione regionali - da 180 nel 2015 a 420 nel 2023 - ha arginato parzialmente la fuga verso altre regioni. L'introduzione nel 2022 dell'indennità di disagio per le aree periferiche ha stabilizzato alcune situazioni critiche.

Il nodo retributivo resta centrale. Gli stipendi base del personale sanitario veneto sono allineati ai contratti nazionali, ma le indennità accessorie risultano inferiori del 15-20% rispetto a Lombardia ed Emilia-Romagna. La delibera regionale 1708/2023 ha stanziato 45 milioni per equi-

parare i fondi contrattuali, ma l'effetto sui netti in busta paga resta limitato. Il risultato: oltre 1.200 professionisti sanitari veneti lavorano fuori regione.

L'emergenza medici di base è paradigmatica: 800 pensionamenti attesi entro il 2027 su 3.400 totali, con solo 350 nuovi ingressi previsti dalla programmazione attuale.

Il PNRR prevede 1.250 assunzioni aggiuntive per il territorio entro il 2026, ma senza riforma strutturale dell'attrattività professionale ed economica, il Veneto rischia di formare personale che poi emigra, vanificando la programmazione regionale.





## IA E MEDICINA

### «Grandi benefici Ma solo se rispetta il paziente»

PAOLO VIANA

Parla l'ex presidente del Cnr, già ministro dell'Istruzione, Maria Chiara Carrozza: «Le applicazioni dell'IA per la salute vanno sviluppate e non frenate, ma occorre sempre

valutarne il reale impatto. Possono stravolgere la nostra comprensione e percezione della realtà. E possono ingannare l'interlocutore». A pagina 6

# Tra IA e medicina “resta” il medico

*Diffuso un documento congiunto della Pontificia Accademia per la vita e la Federazione internazionale dei medici cattolici  
«Non si tratta solo di scienza o tecnica, ma di un cammino umano fatto di prossimità, responsabilità e tempo donato»*

RICCARDO BENOTTI  
Roma

**L'**intelligenza artificiale applicata alla medicina può offrire un contributo prezioso nel perfezionare la diagnosi, sostenere il discernimento clinico, migliorare gli esiti terapeutici. Ma non potrà mai rimpiazzare la responsabilità del medico, né riprodurre la qualità propria della relazione di cura. Non un appello generico, bensì una presa di posizione lucida e argomentata: è quanto propone il documento congiunto della Pontificia Accademia per la vita (Pav) e della Federazione internazionale dei medici cattolici (Fiamc), redatto al termine del congresso internazionale “AI e medicina. La sfida della dignità umana”, svoltosi in Vaticano dal 10 al 12 novembre. Il testo, intriso di riferimenti al magistero di papa Francesco, assume la dignità della persona come criterio irrinunciabile per orientare l'evoluzione tecnologica in ambito sanitario, perché «la medicina non è solo una scienza o una tecnica, ma un cammino umano fatto di prossimità, responsabilità e tempo donato».

La riflessione etica che attraversa lo statement ha trovato risonanza nei contributi emersi durante il meeting point conclusivo, tenutosi ieri nella Sala Stampa della Santa Sede. Monsignor Renzo Pegoraro,

presidente della Pav, ha ricordato che «la dignità umana resta la chiave interpretativa di ogni innovazione. Il medico, anche nell'epoca delle macchine intelligenti, è insostituibile nella sua capacità di incarnare l'umanità della cura». Un pensiero che si intreccia con la prospettiva delineata dal documento, il quale invita a non cedere al fascino dell'efficienza dimenticando la vulnerabilità del malato. La relazione, infatti, non rappresenta un residuo del passato, ma costituisce l'essenza stessa della medicina: «L'ottimizzazione non è un valore assoluto - ammonisce il testo - . Alcune dimensioni della cura, come la tenerezza e l'ascolto, non possono essere misurate».

Su questa linea si colloca la riflessione di Bernard Ars, presidente della Fiamc, per il quale il congresso «ha segnato un avanzamento nel dialogo fra scienza, fede e responsabilità etica». Ars ha definito l'incontro «un esempio di cooperazione e di visione condivisa», sottolineando che «la riflessione non termina qui: le idee emerse costituiranno la base di percorsi futuri, ma già oggi è chiaro che il medico non può rinunciare alla propria responsabilità delegandola a un sistema automatico». Parole che hanno trovato conferma nell'intervento di John Lane, vi-

cepresidente della Fiamc, che ha messo in guardia dal pericolo di «trasformare la relazione di cura in un processo tecnico». «Se affidiamo alla macchina il compito di prendersi cura - ha osservato - finiremo per ridurre anche noi stessi a un algoritmo. Il cuore della medicina è la relazione, fatta di tempo, empatia e reciprocità».

Un ulteriore approfondimento è giunto da Therese Lysaught, teologa e bioeticista, membro della Pav, che ha evidenziato il legame indissolubile tra tecnologia e giustizia. «Il vero banco di prova dell'IA in medicina - ha spiegato - è la sua capacità di servire il bene comune, non soltanto l'efficienza». Le esperienze presentate da India e Catalogna, ha aggiunto, dimostrano che l'innovazione può ridurre le disuguaglianze se orientata da criteri etici e solidali. «Il pericolo più profondo non è tecnico, ma antropologico: attribuire alle macchine qualità umane e ridurre





l'uomo a ingranaggio. È qui che la Chiesa può offrire al mondo un contributo decisivo, ricordando che la tecnica deve restare al servizio della persona, non viceversa».

A concludere i lavori è stato Otmar Kloiber, segretario generale della World Medical Association (Wma), che ha collocato la riflessione in una prospettiva planetaria: «L'IA può rendere la medicina più umana o più disumana. Dipende da noi. Il rischio è che chi dispone di mezzi economici continui ad avere accesso al medico, mentre chi non ne ha si affidi a un software». Da qui l'invito a una «governance etica condivisa e trasparente», capace di evitare l'emergere di una medicina diseguale. Kloiber ha annunciato la creazione di un gruppo di

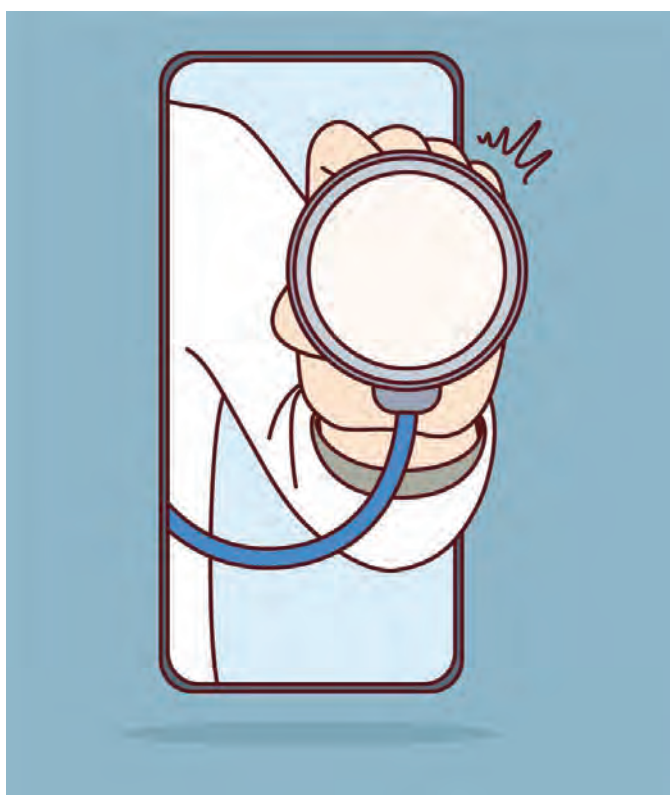
lavoro congiunto tra Wma e Pav dedicato alla deontologia professionale e all'utilizzo dei dati clinici.

La tecnologia, dunque, interroga la coscienza. E la Chiesa rilancia un pensiero che intreccia scienza e umanesimo, precisione e prossimità. Non si tratta solo di regolare l'impiego di nuove tecniche, ma di preservare una visione dell'uomo in cui la persona resti misura e orizzonte di ogni progresso. Con un punto fermo che attraversa l'intero documento: «Il paziente non è un oggetto da ottimizzare, ma un volto da custodire. E la medicina, per rimanere fedele a se stessa, non può che essere relazione».

Lo statement, firmato da monsignor Pegoraro e Ars, non

chiude un dibattito, ma lo apre: una pista di discernimento per orientarsi in un tempo in cui le macchine apprendono, ma l'uomo rischia di smarrire il senso del prendersi cura. La riflessione continua, perché di fronte all'intelligenza artificiale la vera sfida è mantenere al centro l'umano, come misura del bene possibile e fondamento di ogni autentica civiltà.

Il vicepresidente della Fiamc, Lane: se affidiamo alla macchina il compito di prendersi cura del malato, finiremo per ridurre anche noi stessi a un algoritmo. La bioeticista Lysaught: il banco di prova è la sua capacità di servire il bene comune



## IL FATTO

«Un contributo prezioso, ma non sostituirà il professionista» auspica monsignor Pegoraro presidente della Pav al termine di tre giorni di riflessione e dibattito sul tema





MARIA CHIARA CARROZZA

# «Una rivoluzione dai benefici enormi ma solo se è per la dignità del paziente»

L'ex presidente del Cnr, già ministro dell'Istruzione: le applicazioni dell'IA per la salute vanno sviluppate e non frenate, ma occorre sempre valutarne il reale impatto sul bene di tutti

PAOLO VIANA

**I**n un mondo innamorato dell'Intelligenza artificiale, papa Leone XIV non smette di mettere in guardia dai rischi. È tornato a farlo nel messaggio al Congresso internazionale della Pontificia Accademia per la Vita che ha indagato i rapporti tra IA e medicina. Da scienziata come legge questa preoccupazione?

Personalmente concordo in pieno con papa Leone XIV - ci risponde Maria Chiara Carrozza, docente di Ingegneria biomedica e Biorobotica all'Università di Milano Bicocca, fino a qualche mese fa presidente del Cnr, e tra 2013 e 2014 ministro dell'Istruzione e della Ricerca nel governo Letta -, occorre analizzare i rischi connessi con l'introduzione in modo sistematico dell'IA generativa o generalista nella società, anche da un punto di vista tecnologico è appropriato valutarne l'impatto soprattutto sulle generazioni future e il loro equilibrio.

**Non pensa che il carattere rivoluzionario dell'IA risieda nella capacità di «influenzare profondamente il nostro modo di pensare, modificando la comprensione delle situazioni e la percezione che abbiamo di noi stessi e degli altri», come dice il Papa?**

Penso che il carattere rivoluzionario dell'IA sia quello di avere prestazioni in ambito cognitivo che possono gareggiare o superare le capacità umane in alcuni campi che credevamo solo di pertinenza umana, come la guida di veicoli o l'elaborazione creativa di testi. Pertanto sono d'accordo che possano stravolgere la nostra comprensione e percezione della realtà, se ne facciamo un uso inconsapevole e non preparato. Soprattutto perché in alcuni contesti possono ingannare l'interlocutore impersonando un umano, quando sono solo macchine, anche

se molto sofisticate. L'inganno è l'elemento più pericoloso.

**Nell'Ottocento, all'epoca di un'altra rivoluzione industriale, Carlo Marx parlò di «alienazione»: siamo di fronte a qualcosa di simile?**

Penso che nella contemporaneità i rischi siano più vicini all'alienazione dalla realtà, per certi aspetti anche più pericolosa. Ci sono benefici attesi enormi, specialmente in medicina, e dobbiamo vigilare che questi vengano sviluppati piuttosto che frenare l'avanzamento nel suo complesso. Per me il punto è indirizzare verso il bene comune.

**Il Santo Padre esorta gli utilizzatori a essere «custodi e servitori della vita umana». Le regole dell'IA le detterà chi la progetta o chi la usa?**

Penso che le regole debbano essere concordate da entrambe le parti, e vigilate dalle istituzioni e dalla società, per tutelare l'interesse pubblico.

**Un ambito di grande sviluppo dell'IA è quello medico, dove l'Intelligenza artificiale è in grado di analizzare un paziente e stabilire quale terapia somministrare. La spersonalizzazione dell'utilizzo dell'IA potrà realmente essere evitata?**

Per me il campo medico è quello elettivo per lo sviluppo dell'IA, ma occorre vigilare come e più di quanto facciamo per ogni innovazione biomedica. Ci sono gli strumenti, la bioetica, l'analisi dei rischi e la tutela dei dati dei pazienti: bisogna vigilare che vengano adottati, e adottati anche i processi, in modo chiaro e trasparente, senza ostacolare l'innovazione ma avendo a cuore la centralità della persona, del paziente che ha il diritto di essere difeso.

**I dati consigliano prudenza anche sul fronte economico: dall'IA generativa Goldman Sachs si attende una crescita del Pil del 7% entro il 2032,**

**il Censis vede un +1,8 in Italia entro il 2035. Ma il Mit di Boston dice che il 95% delle aziende statunitensi, dopo aver speso miliardi di dollari, non ha ancora visto «nessun ritorno» dagli investimenti...**

Anch'io sono prudente, soprattutto quando osservo investimenti di tale portata, capitalizzazioni di società che crescono esponenzialmente, monopoli a livello globale che per me rappresentano la negazione dei valori per cui è nata l'Europa, che includono la libera concorrenza e la trasparenza. A me un mercato senza concorrenza fa molta paura, e penso che sarà il consumatore - ovvero il cittadino - a pagare.

**Da sempre l'occupazione è nel cuore della Dottrina sociale della Chiesa. Secondo l'Università di Yale l'IA generativa non porta né toglie posti di lavoro, in quanto non sostituisce il lavoro umano ma lo assiste. Lei ci crede?**

Non ho letto il rapporto ma penso che ancora non abbiamo realmente compreso il vero impatto sul lavoro. Mentre i vari soggetti istituzionali rilasciano report, l'IA è già ampiamente usata per la gestione delle risorse umane, per selezionare i curriculum vitae, a scuola per studiare, per scrivere testi e tradurli. Esistono fabbriche completamente automatiche senza operai, e taxi con guida autonoma. Il mio sen-





so della concretezza mi fa osservare il mondo per quel che è, al di là delle parole dei report, molti dei quali generati dall'IA stessa...

**Dice il Papa: «È imprescindibile che la dignità umana e il bene comune rimangano priorità irremovibili per tutti». Ma esattamente cosa sono la dignità umana e il bene comune per uno scienziato che interviene nella progettazione o nell'applicazione di queste tecnologie?**

Per me è molto semplice, e di straordinaria bellezza: la dignità umana riguarda tutta l'umanità e la fraternità. Per capirla occorre saper vedere le cose dal punto di vista del paziente, rispettarlo, sentire la sua sofferenza,

le sue speranze e il suo desiderio di guarire, e dargli la giusta risposta senza considerarlo un consumatore ma un fratello. Per questo vorrei che le straordinarie potenzialità dell'IA servissero a guarire le malattie, a produrre energia pulita e a sanare il pianeta dagli effetti del cambiamento climatico.

«Sono convinta che il campo sanitario sia quello elettivo per lo sviluppo delle nuove tecnologie, vigilando come e più di quanto facciamo per ogni innovazione biomedica»

Maria Chiara Carrozza





# LA LEGGE ITALIANA SULL'OBESITÀ SIA UN MODELLO PER I PAESI EUROPEI

**UBERTO PAGOTTO\*****L'**

Italia ha approvato una legge storica sull'obesità, un passo che auspico possa aiutare l'opinione pubblica a guardare a questa condizione con uno sguardo più consapevole e rispettoso. Per gli specialisti di questa patologia si tratta di un riconoscimento atteso da tempo: finalmente, anche a livello legislativo, vengono attribuite all'obesità le caratteristiche cliniche corrette. Con questa norma, che ha come primo firmatario il deputato Roberto Pella, si riconosce infatti l'obesità come una malattia cronica, progressiva e recidivante. Un passaggio fondamentale su un tema così urgente per la nostra società, anche alla luce delle recenti terapie molto efficaci e, soprattutto, dei numeri: ne soffre l'11% della popolazione italiana. Oggi, come clinici, disponiamo di numerosi strumenti per affrontarla. Tra questi, la chirurgia bariatrica rappresenta un'opzione efficace, sostenuta dal Servizio sanitario nazionale, sebbene sia riservata a una platea ristretta di pazienti. A fianco della chirurgia, si sta affermando l'approccio farmacologico, che può essere applicato su scala più ampia. È fondamentale, tuttavia, che anche i farmaci vengano prescritti in modo mirato, tenendo conto delle specifiche esigenze e indicazioni cliniche, attraverso un percorso specialistico e appropriato. Questi due approcci non sono in contrasto tra loro, anzi: si integrano all'interno di un'offerta terapeutica che non deve limitarsi alla sola perdita di peso, ma puntare anche al suo mantenimento nel tempo, un obiettivo su cui le terapie stanno dimostrand

do un impatto sempre più significativo. Le terapie più promettenti ci consentono di ottenere risultati complementari a quelli della chirurgia: fino a 20-25 kg persi dopo un anno di trattamento. Già oggi sappiamo, grazie ai nostri pazienti, che aiutano molto a ridurre il cosiddetto "food noise", quel rumore di fondo, quasi un'ossessione, legato ad un rapporto emozionale con il cibo. Nonostante ciò, ancora oggi i pazienti non possono accedere alle terapie con il supporto del Ssn. Occorrerà riflettere su come concedere questa possibilità a specifiche e mirate categorie, oltre alle persone affette da diabete (come previsto dal sistema attuale). Ritengo che si debba dare priorità ad alcune categorie, come chi soffre di patologie cardiovascolari, della sindrome

delle apnee ostruttive del sonno e delle osteoartrosi ed anche a chi, a causa della obesità, ha ridotte capacità di movimento e perciò di inserimento sociale.

L'Italia è il primo Paese al mondo ad aver promulgato una legge in merito, realizzando un modello. Lo testimonia l'interesse mostrato dall'American Chamber of Commerce in Italy, che a Roma ha presentato — grazie anche all'impegno di Federico Villa, Associate Vice President Corporate Affairs & Patient Access, General Manager della Fondazione Lilly e presidente del gruppo di lavoro in Public Affairs di AmCham Italy — il lancio di Co-ta (Chronic and Obesity Tackling Alliance), una piattaforma europea di collaborazione pubblico-privata nata per rafforzare la coope-



razione tra rappresentanti di governi e parlamenti, società scientifiche, associazioni di pazienti, industria e organizzazioni della società civile di dodici Paesi europei. La normativa italiana può rappresentare un modello per l'Europa, ed è proprio al piano Comunitario che dobbiamo guardare per proseguire nella lotta all'obesità. Parliamo di Paesi con abitudini alimentari, comportamenti e popolazioni in larga parte simili, e con sistemi sanitari che presentano molti punti in comune. Mettere a sistema l'impegno scientifico e l'azione politica consentirebbe all'Europa di adottare una normativa complessiva. È importante ricordare, infatti, che l'obesità ha ricadute sanitarie significative in tutti i Paesi: dalle patologie cardiovascolari e respiratorie fino a tredici tipi di tumori, per i quali è stato dimostrato un evidente legame. L'Italia, in questo senso, ha aperto gli occhi in maniera mirabile, agendo da pioniera. Ma questo è solo l'inizio di un impegno che non può arrestarsi. Noi medici specialisti in questa patologia, da anni, lavo-

riamo non solo per curare i nostri pazienti, ma anche per promuovere un cambiamento culturale e politico profondo. Ora vediamo che questo impegno sta fiorendo in una presa di coscienza che, per essere davvero efficace, deve necessariamente essere collettiva. In sostanza, quella contro l'obesità è una battaglia di dignità, che merita un impegno sì scientifico, ma anche sociale e civile, urgente e attento.

*\*presidente eletto della Società italiana dell'Obesità, professore ordinario di Endocrinologia dell'Università di Bologna e direttore Endocrinologia e Prevenzione e cura del diabete Policlinico di Sant'Orsola Irccs*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALL'AMERICAN CHAMBER  
OF COMMERCE IN ITALY  
PRESENTATA  
LA PIATTAFORMA "COTA"  
ANCHE GRAZIE  
ALLA FONDAZIONE LILLY



**Uberto Pagotto,**  
presidente eletto  
della Società  
italiana  
dell'Obesità,  
professore  
ordinario di  
Endocrinologia  
dell'Università  
di Bologna







Servizio Cantiere Ssn

## **Oncologia, allarme carenze: servono persone e mezzi per il futuro delle cure**

Il gap di medici specialisti potrà essere colmato solo nei prossimi tre-cinque anni ma resta aperto il nodo degli infermieri con almeno 175.000 unità che mancano all'appello rischiando di compromettere la rete oncologica multidisciplinare e la qualità dell'assistenza ai pazienti

*di Paolo Tralongo \*, Rosarita Silva \*\*, Giuseppe Aprile \*\*\**

12 novembre 2025

La carenza di professionisti in oncologia è uno dei temi più urgenti per la sanità italiana.

Come primari ospedalieri (Cipomo) lo abbiamo affrontato durante il congresso nazionale dell'Associazione di oncologia medica di Roma, in una sessione congiunta con la stessa Aiom, con Airo e Siapec. L'analisi condivisa ha messo in luce un quadro complesso, in cui alla progressiva crescita della domanda di trattamenti fa da contraltare una riduzione costante della forza lavoro medica e infermieristica.

### **Periferie "scoperte"**

Nel nostro Paese, la carenza complessiva di oltre 5.000 medici coinvolge anche l'oncologia, dove si contano circa cinque specialisti ogni 100.000 abitanti, tra le densità più basse in Europa. Secondo il rapporto congiunto Oecd-Unione Europea "Country Cancer Profile 2025 – Italy", pur registrando un incremento medio annuo del 7%, il numero di oncologi resta ancora insufficiente, soprattutto nelle aree periferiche. Le proiezioni indicano che il gap potrà essere colmato solo nei prossimi tre-cinque anni, ma resta aperto il nodo degli infermieri, con una carenza stimata in almeno 175.000 unità: un deficit che rischia di compromettere la rete oncologica multidisciplinare e la qualità della presa in carico dei pazienti.

### **Un piano d'emergenza**

Cipomo ha proposto un piano di intervento su tre direttrici: potenziare la formazione in oncologia medica e infermieristica, rendere più attrattiva la professione e rafforzare i modelli organizzativi basati sul lavoro di squadra. Al tempo stesso, è stata sottolineata la necessità di investire su figure intermedie come i case manager e di promuovere una maggiore integrazione con il territorio, anche attraverso la collaborazione con i medici di medicina generale.

### **Troppa burocrazia**

Un altro tema centrale è quello del sovraccarico amministrativo che grava sugli oncologi ospedalieri, con oltre il 40% del tempo di lavoro dedicato ad attività non cliniche: un ostacolo che sottrae energie alla relazione con il paziente e aumenta il rischio di burnout. A ciò si aggiunge il

crescente squilibrio tra vita professionale e personale, acuito da ritmi e responsabilità che richiedono oggi un forte ripensamento delle condizioni di lavoro.

L'oncologia italiana ha costruito negli ultimi anni una rete di eccellenza che ha saputo garantire innovazione e qualità delle cure. Ma per sostenere questo progresso servono "uomini e mezzi": una visione integrata che unisca formazione, valorizzazione delle competenze e pianificazione a livello nazionale, per assicurare continuità alle cure e mantenere alto il livello di innovazione clinica.

*\* Presidente Cipomo*

*\*\* Vicepresidente Cipomo*

*\*\*\* Segretario nazionale Cipomo*



# Famiglie, la fatica che non si vede

*C'è una fragilità nascosta nelle case, fatta di rinunce: dal tempo libero alle cure sanitarie. Il 60% ha problemi di ansia o stress. Più della metà di chi ha figli si prende cura di anziani non autosufficienti. Il "mito" della resilienza vacilla, il rischio è la resa*

MASSIMO CALVI

**C'**è del fuoco sotto la cenere, nelle famiglie italiane. È alimentato da tanti motivi di preoccupazione, non sempre soverchianti, e ai quali magari si dà poco peso, ma che messi insieme arrivano a definire un quadro di fragilità importante, logorando il benessere e la tenuta emotiva, fino a prendere la forma dell'ansia o, nei casi estremi, del disagio psichico. Ci sono ad esempio i timori per la salute personale o di familiari, e le rinunce non solo alle cure, ma ad aspetti apparentemente futili della vita, come il parrucchiere, l'acquisto di mobili nuovi o la spesa per piccoli lavori in casa, le vacanze già programmate, una pizza, il cinema, un corso. Cose per le quali ci si può vergognare nel registrarne la mancanza, ma che comprimendo le libertà di scelta, se circondati dalla solitudine pur vivendo in famiglia, o sopraffatti dal doversi prendere cura sia di figli piccoli sia di genitori non autosufficienti, ecco, arrivano a intaccare un po' il mito delle famiglie "che resistono" e che "ce la fanno".

## Non solo resilienza

La celebrata resilienza, insomma, pur nella forza e nella libertà delle relazioni familiari, oggi «non può più essere data per scontata», come spiega Francesco Belletti, direttore del Centro Internazionale Studi Famiglia, nel presentare il "Cisf Family Report 2025", dedicato quest'anno a indagare lo stato di benessere psicologico e relazionale delle persone, e intitolato "Il fragile domani". Rapporto che si avvale indagini assai eterogenee, spaziando dagli animali domesti-

ci, accolti sempre più come figli o fratelli, all'ingresso nelle case italiane dell'intelligenza artificiale, dai conflitti per l'uso dello smartphone, fino ai rituali relazionali della vita domestica contemporanea che resistono, come il dialogo profondo con i figli o i pasti consumati tutti insieme, per ricordarci che la famiglia sì, c'è ancora, ma sta anche silenziosamente chiedendo aiuto.

## Economie della rinuncia

La ricerca che Eumetra ha condotto per il Cisf, intervistando un campione di 1.600 persone, è l'indagine più fresca sullo stato di salute del cet-medio nazionale. E allora, prima di ogni discorso su drenaggi o recuperi fiscali, è utile sapere che nel 2024 le famiglie hanno tagliato molte spese, principalmente quelle per il benessere personale o il tempo libero (nel 32,5% dei casi), per la casa (32,4%), le cure sanitarie (18,5%), o le vacanze già preventivate (16,9%), ma hanno fatto di tutto per non comprimere quelle necessarie alle attività ricreative-educative dei figli (4,1%), oppure non rispettare la rata del mutuo o dell'affitto (il 2,9%, però, ha dovuto cedere). Il discorso è che se da un lato la famiglia continua a fare da filtro ai problemi, dall'altro «la condizione di affaticamento rischia di passare inosservata», argomenta Sara Nanetti, sociologa e co-autrice del report, suggerendo che è venuto il momento di «decostruire il mito della resilienza come virtù obbligatoria». C'è un dato nuovo, oltre la perdita di potere d'acquisto: «Chi si adatta sempre, alla fine si piega - spiega Nanetti - e la vera povertà familiare oggi non è riconducibile alla

mancanza di denaro, ma comprende la progressiva erosione delle possibilità di scelta».

## Sopraffatti dalla cura

Quando si parla di scelte e ruoli familiari, il passo della cura, con la reciproca presa in carico tra generazioni, è un elemento molto forte nella nostra

società: una persona su cinque si fa regolarmente carico di un familiare non autosufficiente. Ma l'evoluzione demografica, con genitori sempre più anziani, e nonni di conseguenza meno in condizione di seguire i nipoti, incomincia a stressare l'antica filiera delle relazioni: oggi tra le famiglie che hanno figli, quasi una ogni due (il 43%) cura almeno un anziano, e oltre la metà di queste (il 53%) ammette di sentirsi "sopraffatta" da un onere percepito molto più gravoso rispetto ai soli compiti genitoriali. L'hanno definita infatti la "generazione sandwich", quella delle persone comprese da

due fronti, e vede coinvolte soprattutto le donne, tra i 40 e i 60 anni. Una fragilità, una fatica, ulteriore.

## Crescono ansia e stress

È bene ricordare che non siamo di fronte a un cataclisma, semmai a un logoramento quasi impercettibile ma costante. Che tuttavia può riser-



vare sorprese. La famiglia, infatti, lo ricorda lo psichiatra Giovanni Migliarese, è allo stesso modo un ambito che può favorire il benessere di chi ne fa parte, come diventare fattore di rischio. Dai dati si vede che più di un italiano su tre segnala almeno un problema sanitario, ma a preoccupare è il 62% che dice di essere stato vittima nell'ultimo anno di fenomeni di ansia o stress. Le cause? Problemi di salute (45%), economici (35%), di lavoro (32%), di gestione del tempo (27%), e poi

la solitudine (22%). Quattro su dieci hanno pensato di cercare supporto, e chi lo ha fatto contattando un professionista ha parlato di ansia

(47%), depressione (39%), stress (37%), problemi relazionali o familiari (31%). La sofferenza c'è, la qualità e l'accesso a un welfare di sostegno possono fare la differenza. Una cosa che emerge è che i giovani cercano più facilmente l'aiuto, gli anziani meno. A preoccupare è questa tensione sotterranea e trasversale, che cova, e in un contesto che racconta di tanta solitudine e isolamento, può detonare.

**Cani, gatti, fratelli, sorelle**  
La demografia resta sullo sfondo della condizione delle famiglie, inevitabile. Se i nonni giovani e accidentati diminuiscono, la famiglia con figlio unico, non più eccezione, è oggi la struttura dominante: il 59% dei nuclei ha un solo figlio, solo il 41% almeno due.

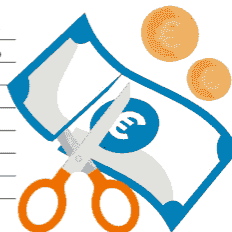
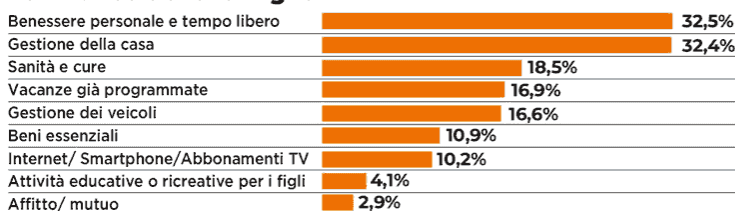
Nel bisogno relazionale e nella domanda di legami entrano però gioiosamente gli animali domestici, i "pets" all'inglese, più sostituti di fratelli e sorelle che compagni di single o coppie senza prole, in una misura che forse non avevamo calcolato, presenti nel 60% delle case, ma addirittura nel 71% delle famiglie se ci sono dei figli e nel 75% in quelle dove il genitore è uno solo. «Antropomorfizzati», nota la sociologa Anna Bertoni, amabili, ma senza rischio di contestazioni, né discussioni attese nella fase della crescita. Fanno compagnia e ampliano la famiglia, ma impegnano (e costano) il giusto, allo stesso tempo qualcosa in meno e qualcosa in più.

### Più fiducia nella famiglia

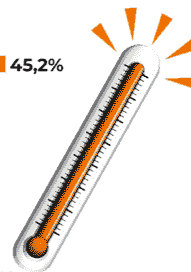
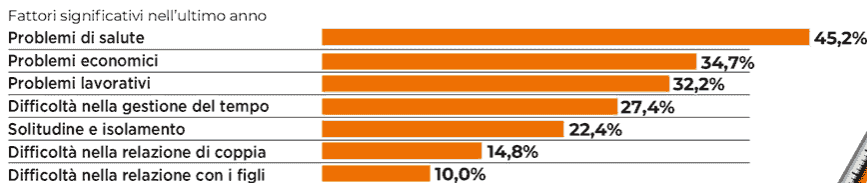
Come vedono il futuro le famiglie italiane? Qui viene il bello: più della metà è pessimista per le prospettive del mondo e dell'Italia, con il 57% che vede nero, ma quando si pensa alla propria famiglia, tutto cambia, e solo il 19% dice che andrà peggio. Siamo tutti più fragili e spaventati, anche più poveri e stressati, ma a casa, vicino ai nostri affetti, in famiglia, continuiamo a sentirci un po' più al sicuro e ad avere fiducia. Non è poco.

Si tagliano le spese per le vacanze, la casa, il cinema, il parrucchiere... E piano piano ci si trova più poveri nelle possibilità di scelta. C'è pessimismo per il futuro del mondo e dell'Italia, ma non per il proprio nucleo

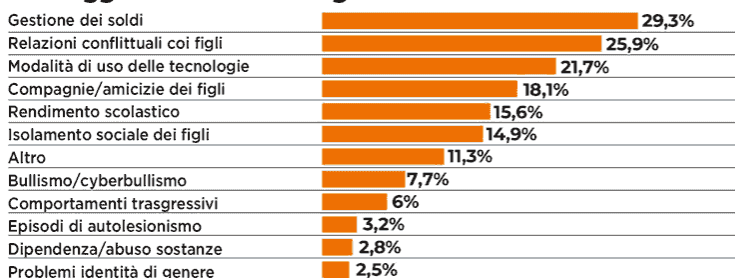
### Le rinunce delle famiglie



### Il termometro di ansia e stress



### Le maggiori difficoltà dei genitori



Fonte: CISF Family Report 2025

WITHUB





# Gli effetti collaterali della violenza: donne più povere e con meno cure

ELISA CAMPISI

«**L**a nostra relazione quotidiana con le donne vittime ci permette di avere un punto di osservazione privilegiato sull'impatto che la violenza ha su di loro, sia a livello psicofisico sia economico. Ora abbiamo anche una ricerca che evidenzia numericamente queste conseguenze», a parlare è Cristina Carelli, presidente di D.i.Re - Donne in Rete contro la violenza, che oggi a Milano presenta il progetto "La salute è di tutte. Contro la violenza di genere, per il diritto delle donne alla salute". Realizzato con il supporto di Novartis, il progetto comprende appunto un'indagine su un campione di 207 donne, con un'età dai 35 ai 54 anni, afferenti ai centri antiviolenza della Rete presenti in tutta Italia. «Sono circa 24 mila le donne che si rivolgono ai nostri centri ogni anno. Il campione della ricerca, seppur piccolo, scatta una fotografia che conferma alcune problematiche che conosceamo già. Per esempio, vediamo come persista una differenza tra i vissuti delle donne al Nord e quelle del Sud, dove si hanno ancor meno diritti e servizi di prossimità», spiega. L'indagine, curata dalla prof.ssa Manuela Stranges dell'Università della Calabria, evidenzia soprattutto che quasi una donna su due si rivolge al medico solo in caso di sintomi e non ha mai preso parte alle iniziative di screening promosse sul territorio, indicando dunque un approccio alla gestione della propria salute più reattivo che preventivo. Non riesce ad accedere alle cure sanitarie di cui ha bisogno il 14% delle intervistate. Se si chiede loro il perché, si capisce che una grande parte incontra barriere all'accesso ai servizi per motivi economici (il 24%), tal-

volta in combinazione con difficoltà logistiche o familiari e per problemi legati alla situazione di violenza (31%). In particolare, tra le partecipanti all'indagine che hanno una malattia ma non assumono regolarmente i farmaci di cui avrebbero bisogno, la motivazione più frequente (61,5%) è di natura economica: «La perdita dell'indipendenza economica è una conseguenza della violenza. Si impoveriscono perché mettono a disposizione tutte le risorse che hanno, eredità e stipendi personali sono controllati dai compagni, i quali a volte le fanno pure indebitare per sostenere le proprie imprese». Le conseguenze di questa condizione sulla salute psico-fisica sono altrettanto evidenti, a partire da stress cronico, traumi o trascuratezza della cura di sé: quasi una donna su cinque definisce "cattiva" la propria salute psicologica, il 70% ha sperimentato episodi di solitudine nel corso dell'anno e sei su dieci si sono rivolte a un esperto per un supporto psicologico. Carelli sottolinea come si tratti dunque di un problema sistemico e complesso sul quale serve intervenire a più livelli: «Prese dalla cura e i bisogni degli altri, non dedicano mai tempo a sé stesse. C'è dunque ancora una questione culturale da superare, ma anche di accessibilità, perché se i servizi di prossimità mancano o le attese sono troppo lunghe le donne in un momento di fragilità sono ancora più scoraggiate a curarsi e fare prevenzione. Ma dobbiamo anche fare in modo che le donne possano entrare in un mondo del lavoro che le valorizzi e le paghi il giusto». La presidente ricorda ad esempio alcuni servizi di prossimità che pian piano sono scomparsi anziché essere potenziati - si pensi ai consultori - , ma è anche fiduciosa sul ruolo

che adesso possono giocare i centri antiviolenza. «L'indagine ha rilevato anche un aspetto che mi sta particolarmente a cuore. Le donne che accedono ai centri riportano dei miglioramenti significativi nel benessere psicofisico e iniziano anche a usare un linguaggio che denota un cambiamento positivo, con parole come "rinascita" o "inizio di una nuova vita"» specifica, ricordando che il 75,8% delle intervistate dichiara un miglioramento del proprio benessere mentale dopo l'accesso al centro antiviolenza. Sono dati ed esperienze che suggeriscono una via: «Per garantire il diritto alla salute, dobbiamo mettere sempre più in relazione i centri antiviolenza e il servizio sanitario, rendere questo più sensibile e formato rispetto alle problematiche della violenza, con percorsi specifici». Per esempio, racconta ancora la presidente della Rete, «non abbiamo dei canali privilegiati per fare le visite diagnostiche alle donne che si rivolgono a noi, anche quando abbiamo bisogno di risultati rapidi, sia per la salute di quelle donne che per rassicurarle. Il centro antiviolenza se riesce compensa le mancanze del sistema istituzionale coprendo gli esami urgenti, ma dipende dalle risorse a disposizione. Bisogna insomma sostenere di più i centri e capire che quello sulla prevenzione è un investimento a lungo termine per il bene di tut-



ta la società», conclude Carelli. Nell'attesa che il sistema si metta in ascolto, intanto, per avvicinare le donne vittime di violenza ai percorsi di prevenzione e presa in carico, il progetto "La salute è di tutte" prevede anche degli appuntamenti nei centri antiviolenza di D.i.Re su tutto il territorio nazionale, con la possibilità per le donne di realizzare visite e colloqui dedicati alla salute senologica e cardiovascolare. «Come azienda che lavora alla frontiera dell'innovazione medico-scientifica, riteniamo importante impegnarci a favorire nuovi modelli di collabora-

zione a livello sanitario e sociale, per garantire la piena realizzazione del diritto alla salute secondo criteri di equità e di universalità», spiega invece Chiara Gnocchi, Country Head Comms. & Advocacy di Novartis Italia. Nell'ottica di contribuire alla costruzione di una maggiore equità, «è nata la volontà di sostenere D.i.Re in questo progetto che mette la salute al centro della rinascita dalla

violenza e intraprende un percorso di superamento degli ostacoli che allontanano le donne dall'accesso alla prevenzione e ai servizi sanitari». L'augurio, dice infine Gnocchi, «è che questo primo passo possa contribuire a generare un cambiamento concreto».

## SALUTE

La presidente di D.i.Re illustra i risultati di un'indagine realizzata all'interno di un progetto supportato da Novartis. L'impatto degli abusi sulla realizzazione del diritto alla salute delle donne



Sopra Cristina Carelli, presidente di D.i.Re





Come gestire i criminali psichiatrici e le ricadute su tutti gli altri

# Un buco nero dopo la Rems

di

di Maruska Albertazzi

**D**alla legge Basaglia in poi, dal nostro sistema giudiziario sono scomparsi i manicomi criminali, sostituiti dalle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems). Si tratta di residenze sanitarie per autori di reato con disturbi mentali che, a differenza dei vecchi ospedali psichiatrici giudiziari, sono incentrate sul percorso terapeutico e riabilitativo più che sulla mera custodia. In sostanza, durante la permanenza in queste strutture il detenuto-paziente riceve trattamenti che lo dovrebbero far guarire o quantomeno stabilizzare. Questo ovviamente nella teoria. Nella pratica le Rems sono diventate un contenitore che ospita una varietà di criminali con una moltitudine di diagnosi diverse, che non condividono la stessa prognosi.

«Idealmente servirebbe una filiera, ovvero un luogo per gli psicopatici (che costituiscono lo 0,05% della popolazione), uno per gli antisociali e uno per i pazienti con altre diagnosi. I delinquenti veri e propri invece dovrebbero stare in carcere, mentre oggi nelle Rems spesso finiscono anche i simulatori» racconta un medico psichiatra esperto in materia che ha scelto di restare anonimo. Ogni struttura dovrebbe essere adeguata all'utenza, con la presenza di personale armato anche all'interno quando i detenuti sono altamente pericolosi. Secondo la nostra fonte «la soluzione non può essere l'ospedale psichiatrico giudiziario per tutti, ma bisogna ammettere che abolirlo *tout court* ha creato più problemi

di quanti ne abbia risolti».

Dopo il caso della donna accoltellata in piazza Gae Aulenti a Milano proprio da un ex detenuto di una Rems, è tornato alla ribalta il discorso sulla gestione di queste persone, la cui capacità di intendere e di volere è comunque compromessa. In Italia siamo ancora legati al regio decreto dell'inizio del Novecento in base al quale cura e custodia viaggiano su due binari paralleli che non si incontrano: «Ogni reato ha la sua perizia, ma perito e clinico non si parlano. Il primo fa solo forense e non si occupa di riabilitazione, il secondo non può fare perizie perché segue il paziente. Questo scollamento è spesso il *vulnus* che determina la falla nel sistema» osserva il nostro psichiatra.

La valutazione sulla pericolosità è a carico del perito, che decide come proseguire il percorso dopo l'uscita del paziente dalla Rems: può diminuire l'indice di pericolosità e inviare la persona agli arresti domiciliari oppure stabilire l'obbligo di cura in comunità o in un centro di salute mentale. «È evidente come ognuna di queste scelte modifichi nel bene e nel male le possibilità del soggetto, ma è altrettanto evidente che la struttura più adeguata a stabilirne la pericolosità effettiva sia il servizio di psichiatria territoriale che lo ha in cura, non un perito esterno» precisa ancora lo psichiatra.

Nel Lazio si stanno progettando le Residenze per la libertà vigilata (Relivi), un modo per proseguire le cure in ambito più protetto e liberare posti nelle Rems. Ma anche questo pur utilissimo passo non risolverà la questione dei detenu-

ti ad alta pericolosità e con prognosi sfavorevole. Esiste infatti una piccolissima percentuale di rei-folli (o folli-rei, il dibattito su questo è destinato a non avere fine) il cui recupero è particolarmente difficile e la cui 'stabilizzazione' è di fatto dovuta a cure farmacologiche fortissime ma qualunque attività o emozione. Ma visto che in Italia l'istituzionalizzazione dei malati psichiatrici è vietata per legge, queste persone prima o poi torneranno in libertà e l'assunzione o meno delle cure farmacologiche diventerà una scelta, non più un obbligo.

Il 'fronte basagliano' è compatto nel ritenere il mancato recupero di queste persone una responsabilità terapeutica e l'idea di istituire delle 'super Rems' ad alta sicurezza un'aberrazione che nega la possibilità di cura, che dovrebbe invece essere garantita. D'altra parte è anche necessario fare i conti con le risorse disponibili e con i dati di realtà. Quello che è accaduto a Milano non doveva accadere e l'intero sistema dev'essere ripensato e riformato per tutelare sia chi è malato – ma pur sempre responsabile di un crimine – sia soprattutto i cittadini.



L'UNIVERSITÀ CATTOLICA DI ROMA CELEBRA I 40 ANNI DI INSEGNAMENTO DI UNA MATERIA OGGI FONDAMENTALE

# La bioetica compagna di strada della medicina, nello stile di Sgreccia

GIUSEPPE MUOLO

Quarant'anni fa, la svolta. Alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica di Roma fu istituito il primo insegnamento di Bioetica, affidato al professor Elio Sgreccia, futuro cardinale. A quei tempi «non c'era alcuna facoltà, né in Italia né in Europa, che preparasse i bioeticisti – ricordò lui stesso nella sua ultima opera autobiografica, *Contro vento. Una vita per la bioetica*, pubblicata pochi mesi prima della sua scomparsa nel giugno 2019 -. L'insegnamento era cominciato con incarichi temporanei e annuali negli Stati Uniti. Non esisteva un manuale di bioetica e non c'era nessuna università che la insegnasse, ma solo incarichi di docenza qua e là». Basterebbe rileggere queste poche righe per comprendere la portata di quell'avvenimento. Il quarantennale è stato ricordato nel convegno «Quale futuro per

la bioetica nell'università italiana», nei giorni scorsi alla facoltà di Economia della Cattolica a Roma. L'appuntamento si è aperto con un ricordo del cardinale Sgreccia, che è stato presidente della Pontificia Accademia per la Vita, nonché direttore del Centro di Bioetica e dell'Istituto di Bioetica creato all'interno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'ateneo. Di lui ha parlato il vescovo Claudio Giuliodori, assistente ecclesiastico generale della stessa Università, che ha sottolineato come Sgreccia abbia contribuito in modo sostanzioso «con un confronto serrato con le discipline mediche a definire la natura epistemologica della bioetica, che poi nel tempo si è consolidata tanto da diventare disciplina irrinunciabile di ogni sapere». La sua eredità, ha aggiunto, continua a essere viva nel lavoro che viene svolto proprio dal Centro e dall'Istituto di Bioetica. Anche Alessandro Sgambato, il preside della Facoltà di Medi-

cina e Chirurgia della Cattolica, ha sottolineato il grande lascito del cardinale Sgreccia: «La bioetica – ha detto – non è una materia accessoria nel nostro corso di studi, ma rappresenta il cuore di tutta la formazione che vogliamo dare agli studenti». Il ricordo del cardinale ha animato anche il dibattito sullo stato della bioetica nell'università italiana e sulle prospettive future. Dalla discussione è emersa la complessità di realizzare un percorso formativo unitario, data l'interdisciplinarietà della materia, che viene approfondita dalla storia della medicina, dalla medicina legale, dalla clinica medica veterinaria e dalla filosofia morale, politica e del diritto. Da qui anche la difficoltà di pensare alla professionalizzazione del bioeticista teorico. A tirare le fila ha provveduto Antonio Gioacchino Spagnolo, direttore del Centro di Ricerca in Bioetica Clinica e Medical Humanities dell'Università Cattolica. Secondo Spagnolo, il percorso ideale sarebbe quello di

formarsi bene in un ambito e poi di approfondire le competenze degli altri campi. Quanto alla figura del bioeticista, Spagnolo vede più probabile la creazione di un bioeticista clinico, che possa sostenere un medico che si trova di fronte a situazioni complesse, come la sospensione di un farmaco o il possibile distacco di un respiratore. «Attualmente – ha spiegato – è una figura che non è codificata dalla legge. Nel nostro Policlinico abbiamo un consulente etico che può rispondere alle domande dei medici. Ma servirebbe allargare questa possibilità anche in altre strutture. Investire nell'ambito della consulenza etica non è un costo ma può aiutare a ridurre le spese. Ovviamente l'obiettivo non è risparmiare ma fare in modo che le decisioni tengano conto della realtà clinica di ogni persona, e non vadano a discapito del paziente, prolungando inutilmente la sofferenza e le cure».



Il cardinale Elio Sgreccia





## IL CARDINALE LOJUDICE SUL FINE VITA

# «Rispetto e ascolto di chi soffre Più spazio alle cure domiciliari»

GIANLUCA SCARNICCI

«La difficoltà di recepire scelte etiche profonde da parte della nostra civiltà occidentale deriva in gran parte da una cultura che non considera l'essere umano per ciò che realmente è, poiché esclude dal proprio orizzonte culturale vulnerabilità, finitudine, invecchiamento e malattia. L'esclusione culturale adottata nei nostri modelli rende sempre più urgente superare l'egoismo e l'individualismo, che generano una civiltà in cui la solitudine è la malattia sociale più grave, che non comprende che c'è una parola semplice che chi soffre vorrebbe sentirsi dire e la nostra pretesa di indipendenza ci impedisce di dire: non ti lascio solo». Lo ha detto ieri pomeriggio a Chiusi padre Guidalberto Bormolini nel confronto su "Il fine vita" con il cardinale Augusto Paolo Lojudice, vescovo di Montepulciano-Chiusi-Pienza e arcivescovo di Siena-Colle di Val d'Elsa-Montalcino, organizzato dalla Libe-

ra Università di Studi Biblici Teologici (Lubit). «Accompagnare» - ha aggiunto Bormolini - significa letteralmente "condividere il pane". Ma nella tradizione cristiana il pane è legato a un aggettivo importante: grazie alla preghiera che Gesù ci ha donato è "nostro". Quindi è realmente pane se è condiviso, se si è compagni, accompagnatori e accompagnati, e questa condivisione rende un pochino "eucaristico" il percorso di vicinanza e condivisione tra chi è nella sofferenza e chi gli è prossimo: è comunione. Difficile stabilire chi trae più beneficio, se chi si avvicina alla morte o chi gli sta accanto. Il morente lascia in dono sempre qualcosa di prezioso, i suoi gesti, le parole o anche semplici sguardi saranno di una densità unica, carichi di cose che troppo spesso lasciamo ai tempi ultimi, ma proprio grazie a questo sono di una pregnanza indimenticabile». Una riflessione che parte dal cuore della Toscana, prima regione ad aver adottato una legge sul suicidio assistito. «Quando ci si trova ad affrontare temi che riguardano la malattia delle persone, e quindi il dolore e la so-

fferenza che ne derivano - ha evidenziato Lojudice -, la cosa più importante è approcciarsi sempre con grande rispetto e con un atteggiamento di profondo ascolto. Sappiamo che troppo spesso le realtà preposte alla tutela della salute dei cittadini hanno difficoltà a rispondere alla sempre crescente domanda di cure. C'è la necessità di rivedere profondamente il nostro sistema-salute, di rifondarlo partendo dalle cure domiciliari, che affianchino alla dimensione medica anche quella umana, permettendo a chi sta male, anche in maniera grave, di poter comunque beneficiare della vicinanza dei propri cari. Ecco, credo che questo sia il punto centrale: in primo piano deve esserci sempre la persona».



## L'analisi

# BAMBINI SENZA DIRITTI UNA GIORNATA PER LORO



**I**l messaggio dei Vescovi italiani per la prossima Giornata per la Vita che si svolgerà, come ogni anno dal 1979, la prima domenica di febbraio, ha un tema bellissimo e molto importante: "Prima i bambini!". Il primato è pieno di rilevanti significati e implicazioni, tanto che ci sarebbe bisogno di aprire percorsi di approfondimento che certamente non possono essere abbracciati in questa breve riflessione. Il sottotitolo è altrettanto "forte": «Guardatevi dal disprezzare qualcuno di questi piccoli; perché io vi dico che i loro angeli in cielo vedono continuamente la faccia del Padre mio». (Mt 18,10). Il messaggio è stato pubblicato in questi giorni, proprio nel mese - novembre - in cui si celebra l'anniversario della Convenzione universale dei Diritti del fanciullo, votata dall'Assemblea dell'Onu il 20 novembre 1989. Si tratta di un documento, ratificato anche dall'Italia, frutto di un percorso che ha applicato ai fanciulli la più vasta enunciazione dei diritti dell'uomo. Nella Dichiarazione universale dei diritti del fanciullo del 1959 si legge che «l'umanità deve dare al bambino il meglio di sé stessa». Così il figlio da una posizione subalterna acquista un ruolo centrale. Lo afferma a chiare note la citata Convenzione del 1989 sui diritti del bambino, che all'articolo 3 così recita: «In tutte le azioni riguardanti i bambini, se avviate da istituzioni di assistenza sociale, private o pubbliche, tribunali, autorità amministrative o corpi legislativi, i maggiori interessi del bambino devono costituire oggetto di primaria considerazione». Nel preambolo si legge: «Il fanciullo, a causa della sua immaturità fisica e intellettuale, ha bisogno di una particolare protezione e di cure speciali, compresa un'adeguata protezione giuridica, sia prima che dopo la nascita». Dunque la nascita non è una cesura nella fanciullezza. Anche il non ancora nato è chiamato «bambino». Da una posizione periferica e subalterna il figlio ha acquistato nel pensiero della modernità una posizione centrale, tanto più nella famiglia. La realtà è purtroppo spesso lontana dalle conquiste del pensiero, della sensibilità e dell'intelligenza, e i bambini sono troppo spesso calpestati, sfruttati, maltrattati, dimenticati, violati. Non risparmiano nel loro lungo elenco, i Vescovi italiani, nessuna delle molteplici, dolorose situazioni in cui l'infanzia è vittima dell'età adulta. Una denuncia che sembra dire che è inutile proclamarsi a favore della solidarietà, dei poveri, dei piccoli, dei deboli, di coloro che non contano, che non hanno voce, se poi i bambini - che sono la speranza e il futuro - non sono accolti e protetti. Questo è vero sempre per tutti, assolutamente tutti i bambini. Ma c'è

una categoria di bambini che è particolarmente accantonata, rifiutata, mortificata, addirittura misconosciuta ed espulsa dalla società: «Pensiamo ai bambini "fabbricati" in laboratorio per soddisfare i desideri degli adulti: a loro viene negato di poter mai conoscere uno dei genitori biologici o la madre che li ha portati in grembo. Pensiamo ai bambini cui viene sottratto il fondamentale diritto di nascere, probabilmente perché non risultano perfetti in seguito a qualche esame prenatale». Sono loro che si trovano nella condizione più estrema, più indicativa di una povertà insuperabile, in qualche modo comprensiva di tutte le possibili povertà. Sono i "più bambini dei bambini", vittime dei pretesi e fasulli "diritti" degli adulti. Quale grande responsabilità abbiamo! Di fronte a quello che Madre Teresa definiva un «olocausto» - un olocausto dell'infanzia - non possiamo tacere, girare la testa dall'altra parte. Il messaggio dei Vescovi risuona forte anche per dare voce a questi bambini. La violenza dell'uomo adulto sull'uomo bambino purtroppo è di una gravità inaudita e altrettanto lo sono le sofferenze che i grandi infliggono ai piccoli, ma la violenza e la sofferenza sono giudicate negativamente. Nessuna legge le veicola e organizza una società per realizzarle. Per i bambini non ancora nati il discorso è diverso, rovesciato. E allora, se non si può cambiare la legge 194, che si dica almeno che il bambino è bambino, e lo Stato dimostri con i suoi strumenti che ci crede. Che si favorisca almeno una preferenza per la nascita: almeno preferire la nascita, almeno aiutare le madri, i padri, le famiglie a non impedire la nascita dei loro bambini. Che si costruisca tutti insieme una difesa del diritto a nascere che passa attraverso la mente, il cuore e il coraggio delle donne abbracciate e non lasciate sole. Per questo la Giornata per la Vita non deve essere soltanto un momento celebrativo. Essa è l'occasione per rinnovare il proposito di lasciarsi continuamente ispirare dai più piccoli - come ci dicono i Vescovi - «per coltivare il senso di un autentico primato dei diritti dei bambini sugli interessi e le ideologie degli adulti».

**Presidente Movimento per la Vita italiano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MARINA CASINI







Servizio Lavoro nel Ssn

## **Infermieri, così l'Agenzia delle entrate dà un giro di vite agli «straordinari»**

Escluse dal beneficio fiscale l'attività extra prestata per chiamata dalla pronta disponibilità e quella "elettorale" malgrado la lettura del contratto riveli che non esistono diverse tipologie di lavoro straordinario

*di Stefano Simonetti*

12 novembre 2025

Il personale del Ssn, e in particolare gli infermieri, attraversa già tante criticità che non si sentiva proprio il bisogno dell'interpretazione rilasciata di recente dall'Agenzia delle Entrate a seguito di un interpellato di una azienda sanitaria piemontese. Si tratta della Risposta n. 272/E del 27 ottobre 2025 che esclude lo straordinario prestato per chiamata dalla pronta disponibilità e quello "elettorale" dal beneficio fiscale introdotto dall'art. 1, comma 354, della legge n. 207/2024.

### **Una lettura restrittiva**

Riguardo a quest'ultimo recente interpello, l'interpretazione fornita dall'Agenzia delle Entrate, per ammissione della medesima, è stata particolarmente restrittiva in quanto le norme agevolative sono di stretta interpretazione e non possono applicarsi oltre le ipotesi espressamente previste. Ferme restando le autonome determinazioni dell'Agenzia, si deve ritenere che questa volta il rigore interpretativo sia andato oltre la ragionevolezza, quando si insiste sul richiamo fatto dalla norma della legge di bilancio all'art. 47 del Ccnl del Comparto della Sanità. La lettura contestualizzata del testo contrattuale, infatti, rivela che non esistono diverse tipologie di lavoro straordinario, perché l'unica clausola regolatrice è, appunto, l'art. 47. Ciò è confermato da quanto afferma il comma 6 dell'art. 44 il cui ultimo periodo precisa che "in caso di chiamata tali ore sono retribuite a titolo di straordinario", rinviando alla disciplina del successivo art. 47, anche perché altre clausole sulla materia non esistono. L'art. 44 regola l'istituto della reperibilità e non il lavoro straordinario effettuato in caso di chiamata, per il quale c'è un rinvio recettizio all'art. 47.

### **I limiti in caso di "urne"**

Ancora più controversa è l'esclusione dello straordinario collegato a consultazioni elettorali, sia perché tale tipologia non è mai declinata nel contratto, sia perché è indiscutibile che il lavoro necessario per garantire il diritto di voto dei degenti non può certo essere considerato "fattore ordinario di programmazione del lavoro". In buona sostanza, l'istituto normo-economico del lavoro straordinario ha una unicità di disciplina nel senso che il "lavoro straordinario" è uno solo e appare ardita la costruzione semantica ipotizzata dalla Agenzia tra lavoro straordinario "ordinario" e lavoro straordinario "straordinario", un singolare ossimoro come ha commentato un sindacato.

### **Così parlò l'Agenzia**

Appare nondimeno fuori contesto ritenere che le intenzioni del legislatore e la stessa ratio della agevolazione avessero voluto escludere talune forme di espletamento del lavoro straordinario. Quello di cui si sta parlando non è l'unico intervento interpretativo dell'Agenzia delle Entrate riguardo alla tematica delle imposte sostitutive che il legislatore ha introdotto negli ultimi tempi in favore di particolari categorie di personale della Sanità. Tali interventi sono sostanzialmente due: una aliquota del 15% sulle prestazioni aggiuntive e un'altra del 5% sullo straordinario. Almeno otto risultano essere le risposte riguardanti le due imposte sostitutive, tutte sostanzialmente razionali e condivisibili; ma quest' ultima del 27 ottobre è inaccettabile, sia per la evidente mancanza di sensibilità politica, sia per la dimostrata poca conoscenza del contratto collettivo.





Servizio CITTADINANZATTIVA RISPONDE

## **“Ho prenotato una visita al Cup e poi non mi sono presentato. E' giusto che paghi lo stesso il ticket?”**

L'associazione per la partecipazione e tutela dei cittadini risponde alle domande sui diritti e l'accesso ai servizi sanitari.

12 novembre 2025

Avevo prenotato una visita specialistica tramite il CUP, ma per un imprevisto – la macchina si è rotta improvvisamente – non ho potuto presentarmi il giorno dell'appuntamento. Mi è stato detto che dovrò comunque pagare il ticket: è corretto? Cosa avrei dovuto fare?

Sì, nella maggior parte dei casi l'obbligo di pagare il ticket è previsto anche se la visita non è stata effettuata. Secondo le disposizioni del Ministero della Salute e le normative regionali sulla compartecipazione alla spesa sanitaria, chi non si presenta all'appuntamento prenotato senza averlo disdetto nei tempi stabiliti è comunque tenuto a versare l'importo del ticket, anche se esente per reddito o patologia.

La misura serve a contrastare il fenomeno delle mancate disdette, che genera sprechi e contribuisce ad allungare i tempi di attesa per altri cittadini. Il riferimento normativo è il Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”. In particolare, l'articolo 3, comma 5, prevede che i sistemi di prenotazione (CUP) debbano consentire la disdetta almeno due giorni lavorativi prima della prestazione, anche da remoto. Le Regioni stabiliscono in autonomia le modalità e i termini: in genere, la disdetta va effettuata 48 o 72 ore prima tramite CUP, portale online o numero verde.

Sono invece esclusi dall'obbligo di pagamento coloro che non si presentano per motivi di salute documentati o cause di forza maggiore (ad esempio, un ricovero o un'emergenza improvvisa). In questi casi è importante trasmettere quanto prima la documentazione giustificativa alla propria Azienda sanitaria.

Disdire per tempo una visita è un gesto di responsabilità verso se stessi e verso gli altri: significa contribuire a rendere più efficiente il Servizio sanitario e permettere a chi ne ha bisogno di accedere prima alle cure.

Ecco alcuni approfondimenti utili: su Liste di attesa da PIT Salute di Cittadinanzattiva; dalla sezione ticket ed esenzioni del ministero della Salute e dal Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 sulle liste d'attesa

# La carta d'identità e gli over 70

## «Il rinnovo non sarà più necessario»

Con il decreto semplificazioni anche la novità per le farmacie: diventeranno presidi sanitari

**ROMA** La novità che salta agli occhi è certamente quella della carta d'identità: dopo i settant'anni non sarà più necessario rinnovarla. Paolo Zangrillo, ministro della Pubblica amministrazione, ha voluto caratterizzare così il suo nuovo decreto semplificazioni. E l'obiettivo è proprio quello: «Rendere più semplice la vita ai cittadini», ha detto il ministro annunciando anche importanti novità per le farmacie. Non c'è bisogno di spiegare l'ovvio della nostra burocrazia quotidiana. È vero che attualmente per rinnovare i documenti non c'è più bisogno di imbarcarsi in file chilometriche perché è possibile usufruire delle prenotazioni online per evitare quelle file. Ma capita spesso che i com-

puter per fissare gli appuntamenti con la pubblica amministrazione siano intasati di richieste e soprattutto molte persone over 70 preferiscono non utilizzare i computer e altri non li possiedono. Ecco perché il provvedimento di Zangrillo mira a favorire chi vive nel Paese che è al secondo posto per longevità, subito dopo il Giappone. Oggi un italiano su cinque ha più di settant'anni.

Quindi le farmacie. Il ministro Paolo Zangrillo nel suo decreto ha rafforzato il ruolo delle farmacie rendendole un importante presidio sanitario. A cominciare dai vaccini. Fino ad oggi potevano somministrare soltanto i vaccini di emergenza approvati durante il Covid 19 e soltanto a

chi aveva compiuto almeno diciotto anni. Da adesso in poi i farmacisti saranno autorizzati a somministrare tutti i vaccini previsti dal piano nazionale a chi ha compiuto almeno dodici anni.

Non solo farmaci: grazie al decreto semplificazioni le farmacie potranno dispensare anche dispositivi medici necessari al trattamento dei pazienti. Di più: sarà possibile erogare anche servizi di telemedicina.

«Con il decreto semplificazioni — ha spiegato il ministro — il farmacista potrà effettuare test diagnostici decentrati a supporto di medici e pediatri, necessari per garantire l'appropriatezza prescrittiva e contrastare l'antibiotico resistenza». Poteri che

l'Unione nazionale Ambulatori e poliambulatori presieduta da Mariastella Giorlandino è pronta a contrastare «perché l'intento non è la tutela della salute visto che questi screening non hanno valore di atto medico, necessitano di ulteriori esami di verifica e aumentano la spesa pubblica».

**Alessandra Arachi**

### Gli esempi



La penultima carta d'identità di Silvio Berlusconi, rilasciata nel 2010 dal Comune di Milano, quando aveva 74 anni



Un documento molto noto, ma falso. Nicola Durano da Siracusa era in realtà Sandro Pertini durante la Resistenza





## È VITA

### Invecchia bene chi sconfigge la solitudine

MARCO TRABUCCHI

La solitudine ha un ruolo rilevante nel processo di invecchiamento, è un fattore negativo se l'anziano dirada i legami, percepisce di non ap-

partenere ad alcuna comunità, e se anche Dio sembra scomparire dalla sua vita. Così insorgono con più frequenza depressione e demenze.

A pagina 17

# Solitudine, la piaga degli anziani



MARCO TRABUCCHI

**L**a solitudine ha un ruolo rilevante nel processo di buon invecchiamento; sviluppa, infatti, il suo effetto negativo sia nel periodo prepensionamento, quando la persona deve impegnarsi a costruire il proprio futuro, sia quando si trova nella condizione di dover decidere come vivere bene anche nel tempo della vecchiaia.

La solitudine diviene un tempo negativo quando l'individuo percepisce, anche in mezzo alla folla, di non riuscire a pensare a qualcuno che lo ascolti e lo accompagni nel momento del bisogno e del dolore. È stato rilevato che oggi in Italia un ultrasessantenne su 6 non ha contatti significativi e che con l'avanzare dell'età questi valori aumentano fortemente.

Chi è solo non si sente di appartenere ad alcuna comunità: i tradizionali legami si sono diradati a causa della crisi delle tradizionali aggregazioni, laiche e religiose; in particolare, Dio è scomparso dai radar mentali di moltissimi anziani, che così hanno perso la possibilità di un dialogo che rendeva più accettabili condizioni di vita oggettivamente difficili, e quindi anche la solitudine. La crisi del rapporto di coppia e la rottura del matrimonio è un'altra dimensione che favorisce la solitudine; attorno a queste dinamiche non è raro percepire, in modo più o meno palese, che il coniuge più solo pensa in silenzio: «Piuttosto di questa solitudine, lo riaccoglierei a casa». La tragedia della solitudine, il vuoto delle mattine e delle

sere sono così dolorosi e penetranti che la persona sarebbe disposta anche a costruire situazioni precarie. Peraltro, vi sono altri soggetti che per nessun motivo accetterebbero un compromesso nella qualità delle loro relazioni, e così la solitudine diviene progressivamente sempre più drammatica. La solitudine provoca spesso depressione, in forme che non sempre rispondono ai farmaci. La solitudine induce un aumento dell'incidenza di demenza; la persona entra in una condizione che tende ad autoaggravarsi, perché la demenza stessa provoca un'ulteriore rarefazione delle relazioni. Talvolta è doveroso dare attenzione al rischio di suicidio, condizione purtroppo scarsamente considerata come possibilità nella vita della persona anziana. Negli Usa il tasso di suicidio dell'anziano è sei volte superiore nell'uomo rispetto alla donna; gli uomini non chiedono aiuto, «non piangono» e, quindi, soffrono, mentre le donne più frequentemente hanno qualcuno sul quale appoggiarsi nella disperazione, ricavandone sollievo.

«Un paese ci vuole, non fosse per il gusto di andarsene via. Un paese vuol dire non essere soli, sape-

re che nella gente, nelle piante, nella terra c'è qualcosa di tuo, che anche quando non ci sei resta ad aspettarti» (Cesare Pavese, *La luna e i falò*): questa bellissima, struggente frase testimonia la nostalgia che talvolta colpisce quando la solitudine del presente induce a pensare ai tempi passati. La persona in queste circostanze si trova all'interno di un tunnel di dolore da cui è difficile uscire.

Anche la scarsa cultura e le condizioni di marginalità sociale accelerano l'invecchiamento. Una comunità attenta deve quindi stendere reti protettive attorno a chi non ha avuto la fortuna di ricevere un'adeguata istruzione e chi vive in povertà. Non è sempre facile raggiungere risultati significativi, ma talvolta la sola attenzione sociale produce il risultato di convincere gli interessati che non sono abbandonati a loro stessi, ottenendo così qualche piccolo miglioramento della qualità della vita. (...)

Il timore delle demenze è forse la più profonda tra le paure delle malattie che colpisce l'essere umano di oggi. La paura di perdere il controllo sulla propria vita, di essere dipendenti per le vicende di tutti i giorni, di essere di peso, di deludere i propri cari con comportamenti inappropriati sono sentimenti frequenti. Notizie insistenti sui mezzi di informazione influenzano chi teme di ritrovarsi nelle condizioni descritte. Le descrizioni tendono a focalizzarsi sugli aspetti più negativi e la demenza viene descritta come «una bomba pronta a esplodere», come uno «tsunami» o come «peggiore della morte». La paura induce la tendenza del potenziale ammalato



to a nascondere i sintomi, e a non comunicare con la famiglia e con il medico; così si provoca un allungamento del tempo della diagnosi. Anche chi non ha sintomi (o almeno sintomi clinicamente rilevabili) tende a focalizzarsi sull'interpretazione negativa di alcuni segni, come la dimenticanza dei nomi. L'autocontrollo forzato e la decisione di nascondere anche a sé stessi eventuali difficoltà sono dannosi, perché inducono incertezze nei propri comportamenti, e di conseguenza un peggioramento del disagio. In queste circostanze la persona coglie ogni informazione, anche le più sbal-

late, e tende a immedesimarsi: "Capiterà anche a me". Talvolta la paura della demenza induce depressione, condizione che a sua volta può peggiorare l'attenzione e la memoria. L'ansia che consegue alla paura può portare a diagnosi sbagliate e all'assunzione di farmaci inutili o dannosi. Inoltre, l'aumentata disponibilità di strumenti di autodiagnosi, come i marker genetici effettuabili sul plasma e su altri liquidi biologici di facile accesso, rischia di indurre un'epidemia di paura anche tra persone sane, che non sono in grado di comprendere la differenza tra predisposizione alla malat-

tia e la reale espressione. In questo ambito, la sempre maggiore facilità di accesso ai nuovi strumenti diagnostici dovrà indurre forti azioni educative, per evitare un'epidemia di paura, con grave danno per la salute mentale dei cittadini ed un inutile spreco di risorse da parte del sistema sanitario per rispondere a pressanti richieste spesso non motivate.

**Direttore scientifico  
Gruppo di ricerca geriatrica  
Brescia**

*Il diradarsi dei contatti sociali insidia la salute  
facendo crescere depressione e demenze. Marco  
Trabucchi spiega come prevenire l'isolamento  
E perché oggi invecchiare non deve farci paura*

Nel nuovo libro dello psichiatra, che è grande esperto di patologie della vecchiaia, l'allarme per la perdita di legami significativi (anche con Dio) e l'aumento dei rischi correlati all'età. Una deriva che si può contrastare



**PRESENTAZIONE A MILANO**

**INVECCHIAMENTO  
IN BUONA SALUTE  
ARTE CHE SI IMPARA**

«Il titolo del libro trasmette speranza. Non si tratta di un'illusione, quanto della concreta possibilità di un buon invecchiamento, costruito con impegno e determinazione attraverso scelte possibili della persona nel



trascorrere degli anni». È ispirato al realismo e a uno sguardo ottimista sulla vita degli anziani il nuovo libro dello psichiatra Marco Trabucchi "Invecchiare non fa paura" (San Paolo, 220 pagine, 18 euro). Sabato 15 presentazione a Milano, nell'ambito di BookCity, alle 11 al Museo della Scienza e della Tecnologia. Trabucchi dialogherà con Michela Marzano, moderati da Francesco Ognibene di Avvenire.





VESPIGNANI E L'EUGENETICA

## “Bio e digitale uniti solo per le cure”

GIACOMO GALEAZZI

Il futuro è iniziato. «La convergenza bio-digitale è già una realtà: usiamola per curare meglio e prima, non per inseguire l'illusione dei “bambini perfetti”», dice a *La Stampa* il fisico Alessandro Vespignani, scienziato di fama internazionale, professore alla Northeastern University di Boston e presidente di Isi Foundation, istituto per l'interscambio scientifico con sede a Torino, co-fondato da Fondazione Crt. «Evitiamo il sensazionalismo che confonde le rego-

le e ci spinge verso caricature opposte, tra lo scienziato senza scrupoli e l'antiscienza proibizionista. La scienza deve restare ambiziosa, le regolamentazioni chiare, e la trasparenza non negoziabile», spiega. — PAGINA 19

### Alessandro Vespignani

# “Bio e digitale insieme per cure migliori Non per l'illusione di bambini perfetti”

Il fisico davanti alle tentazioni estreme delle nuove tecnologie: “La scienza resti ambiziosa”

**L'INTERVISTA**  
GIACOMO GALEAZZI  
ROMA

Il futuro è qui. «La convergenza bio-digitale è già una realtà: usiamola per curare meglio e prima, non per inseguire l'illusione dei “bambini perfetti”», dice a *“La Stampa”* il fisico Alessandro Vespignani, professore alla Northeastern University di Boston e presidente di Isi Foundation, istituto per l'interscambio scientifico con sede a Torino, co-fondato da Fondazione Crt. **La scienza gioca a fare Dio?** «Evitiamo il sensazionalismo che confonde le regole e ci spinge verso caricature opposte, tra lo scienziato senza scrupoli e l'antiscienza proibizionista. La scienza deve restare ambiziosa, le regolamentazioni chiare, e la trasparenza non negoziabile. Serve quindi una va-

lutazione continua dell'impatto delle tecnologie sulla società: così massimizziamo il beneficio pubblico e minimizziamo le distorsioni del dibattito».

#### Una rivoluzione in atto?

«Non stiamo entrando in un “nuovo mondo”: ci siamo già dentro. Siamo da anni intelligenze aumentate: smartphone, wearable, motori di ricerca e modelli di AI influenzano la memoria, la percezione e le decisioni. Questa ipotesi cognitiva modifica il nostro comportamento, la struttura delle relazioni sociali, l'esposizione informativa e, quindi, ritorna sul piano biologico: salute mentale, stress, sedentarietà, i comportamenti coordinati dai social che cambiano i contatti reali. Che oggi proviamo a “programmare” il biologico con strumenti digitali è dunque la prosecuzione coerente di una traiettoria già in atto. Ma i sistemi biologici restano complessi, non lineari e pieni di incertezze. Dobbiamo essere umili e molto attenti, ma è un processo inevitabile».

#### Inclusi i “bimbi su misura”?

«Dobbiamo evitare la deriva scandalistica. L'idea che basti ritoccare pochi geni per ottenere intelligenza, talento o un'estetica da scegliere in un catalogo è ingenua. Con il Progetto Genoma Umano molti pensavano che dalla mappatura della sequenza avremmo capito tutto. Il solito grande errore del pensiero lineare. Abbiamo imparato il contrario: i tratti complessi non “stanno” in un singolo gene, ma emergono dalle reti di interazione tra geni, i loro interruttori di regolazione, le proteine che producono, i circuiti metabolici e il



comportamento delle cellule nei tessuti. Questo enorme sistema complesso genera effetti diversi e interdipendenti, che poi vengono modulati dallo sviluppo, dall'epigenetica, dall'ambiente e dal caso. In pochi casi esiste un asse "gene → capacità" pulito e prevedibile. Anche su molte patologie semplici, la rete di interazioni è difficile da catturare; figurarsi "progettare" una persona. Inoltre, ciò che diventiamo dipende in modo sostanziale dall'ambiente, dalle esperienze, dalle esposizioni: ossia fattori che sfuggono a qualsiasi controllo "da laboratorio".

#### Un rischio o una chance?

«La scienza è lontana anni luce dal film *Gattaca*. Teniamo dunque il dibattito ancorato alla realtà: concentriamoci su prevenzione e cura di patologie gravi per cui l'evidenza clinica esiste, e non confondiamo questa prospettiva con promesse commerciali di "potenziamen-

to biologico" che mescolano un banale determinismo genetico e il marketing. Al limite della truffa. L'idea del "bambino perfetto" non è reale: i tratti complessi (intelligenza o talento) non si controllano con un interruttore genetico. La frontiera sensata è terapeutica: prevenire o correggere malattie gravi quando esiste una base genetica chiara e un profilo rischio-beneficio dimostrabile. Il digitale, o meglio l'IA, sarà decisivo: comprensione dei meccanismi, disegno di terapie, stratificazione dei pazienti, "gemelli digitali" utili a prevedere esiti e sicurezza».

#### Una "fabbrica" della vita?

«L'obiettivo non è "progettare persone", ma ridurre la sofferenza e la mortalità con strumenti nuovi e precisi. Questa distinzione è cruciale: la prevenzione e la cura sono una responsabilità pubblica; il potenziamento genetico resta una promessa fuorviante e, al contempo, una deriva eticamente inaccettabile. Dobbiamo esse-

re molto chiari sulle finalità dei programmi di ricerca. Accettiamo lo studio di interventi che prevengono o curano malattie gravi quando non esistono alternative migliori e quando il profilo rischio-beneficio è definito; non apriamo la porta al mercato. Servono studi in fasi progressive, registri pubblici e monitoraggi secondo le regole della scienza e delle sue applicazioni terapeutiche».

#### Quali limiti vanno messi?

«Le regole devono valere non solo per i protocolli clinici e biologici, ma anche per gli algoritmi e le tecnologie digitali impiegate. Se l'IA entra in questo ambito, non deve essere una scatola nera: la trasparenza è la vera misura di sicurezza. Un altro pilastro è l'equità e l'accessibilità. Se queste tecnologie vengono date in pasto al mercato, diventano ulteriori moltiplicatori di disuguaglianza. In questo quadro rientra anche la tutela dei dati genomici e sanitari, che possono essere utilizzati in modo discriminatorio. Nessun Paese può regolarsi da solo.

Scienza e tecnologia non hanno confini; servono standard condivisi, cooperazione tra le autorità internazionali e una cornice di regole capace di coniugare innovazione, diritti ed equità. Questo è un grande problema di difficile soluzione, come si vede anche nella regolamentazione dell'IA». —

## S Così su La Stampa



Su La Stampa di ieri le frontiere più estreme della tecnologia che vuole creare l'uomo perfetto



“

#### Ha detto

La frontiera sensata è terapeutica  
Prevenire o correggere malattie gravi quando esiste una base genetica





## Diabete, sette lavoratori su 10 convivono con la malattia

### Giornata mondiale

Il Sole 24 Ore lancia la guida "Vivere bene con il diabete"

**Francesca Cerati**

In Italia quasi quattro milioni di persone convivono con il diabete e altre due milioni potrebbero avere una forma non diagnosticata. Una condizione cronica che riguarda non solo gli anziani: secondo la Società italiana di diabetologia (Sid), sette pazienti su dieci sono in età lavorativa. «Dietro ogni numero c'è una persona, una storia, una famiglia – ricorda la presidente Sid, Raffaella Buzzetti, che per la Giornata mondiale del diabete (14 novembre) richiama l'attenzione sul tema "Diabete e lavoro" –. Molti italiani continuano a subire discriminazioni e stress legati alla malattia. È urgente migliorare l'assistenza e rafforzare la prevenzione».

La prevenzione, appunto. Nel Regno Unito, il Servizio sanitario

nazionale ha dimostrato che si può intervenire con efficacia: il programma "zuppe e frullati", a base di sostituti nutrizionali ipocalorici, ha portato in remissione un terzo dei partecipanti con diabete di tipo 2. Un modello di sanità pubblica che unisce dieta controllata, coaching e monitoraggio medico continuo, e che mostra come il sistema sanitario possa incidere direttamente sul decorso della malattia. Anche la ricerca farmacologica ha compiuto passi decisivi. I nuovi agonisti del recettore Glp-1 – come semaglutide e tirzepatide – mimano gli ormoni intestinali, migliorano il controllo glicemico e favoriscono la perdita di peso, riducendo al contempo il rischio cardiovascolare. Si tratta di farmaci che non solo abbassano la glicemia, ma aiutano a vivere meglio, perché agiscono sulle

complicanze e sull'obesità, che resta il principale fattore di rischio.

E prevenzione significa anche diagnosi precoce: la Legge di Screening pediatrico consente oggi di individuare in anticipo il diabete di tipo 1, che in Italia colpisce una persona su 280, spesso bambini e adolescenti. Per approfondire questi temi e offrire strumenti pratici ai lettori, Il Sole 24 Ore pubblica la guida "Vivere bene con il diabete", in edicola domani. Ventiquattro domande e risposte, testimonianze e consigli per gestire al meglio una condizione che, con informazione e consapevolezza, può essere tenuta sotto controllo. Perché la vera rivoluzione del diabete comincia dalla conoscenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### 24 ORE SALUTE



#### IL SOLE 24 ORE, 14 NOVEMBRE 2025

In edicola con Il Sole 24 Ore, domani, la guida "Vivere bene con il diabete". Ventiquattro domande e risposte, testimonianze e consigli per gestire al meglio una condizione che, con informazione e consapevolezza, può essere tenuta sotto controllo.



# TUMORI MASCHILI LA DIAGNOSI È TERAPIA

ROSARIO DIMITO

La teranostica, frontiera della medicina di precisione, permette non solo di individuare, ma anche di colpire il cancro alla prostata grazie a una molecola "intelligente" legata a un isotopo radioattivo. Un approccio che riduce gli effetti collaterali. Daniele Santini, direttore Oncologia dell'Umberto I: «Con Lutezio-PSMA uccidiamo le cellule cancerose»

splorazione rettale, l'ecografia prostatica, la risonanza magnetica multiparametrica e la biopsia sotto guida ecografica», spiega Daniele Santini, direttore dell'Oncologia Medica del Policlinico Umberto I di Roma e professore ordinario di Oncologia Medica all'Univer-

I carcinoma prostatico è diventato, nell'ultimo decennio, il tumore più frequente nella popolazione maschile dei Paesi occidentali e rappresenta in Italia il 26% di tutti i tumori maschili. «Ciò è da ricollegare, più che alla presenza di fattori di rischio (abitudini alimentari, inquinamento ambientale, fumo di sigaretta), alla maggiore probabilità di diagnosticare tale malattia attraverso uno screening precoce, come il dosaggio del Psa, l'e-

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA





sità Sapienza, un'eccellenza nel suo campo.

Ci sono possibilità di contrastare il male e come? «Nei pazienti con tumore della prostata localizzato possono essere proposti trattamenti locali come la chirurgia (prostatectomia radicale) o la radioterapia a scopo curativo» spiega il luminare oncologo. «Queste opzioni terapeutiche dovrebbero essere sempre valutate in ambito multidisciplinare (composto da urologi, radioterapisti, oncologi e radiologi) e discusse con il paziente alla luce delle loro possibili conseguenze. Nei pazienti a basso rischio (malattia a bassa aggressività, Psa basso, tumore limitato all'interno della prostata) può essere presa in considerazione l'opzione della sorveglianza attiva che consente di evitare il trattamento locale fino a quando la malattia non assume un atteggiamento biologicamente più aggressivo». Sembra che il patrimonio genetico di un individuo possa determinare l'instaurarsi del tumore.

## LA CAUSA

«Circa il 5-10% dei tumori prostatici è conseguenza di una specifica "suscettibilità genetica". Le mutazioni dei geni di riparazione del Dna (tra cui i ben noti geni Brca), che hanno il compito di esprimere delle proteine capaci di riparare il Dna danneggiato, giocano un ruolo importante - prosegue Santini - Queste mutazioni possono essere acquisite dal tumore durante la sua comparsa e si chiamano "somatiche", oppure possono essere già presenti in un individuo che le ha ereditate dai genitori. In quest'ultimo caso prendono il nome di "germinali". Essere portatori di una mutazione germinale di questi geni di riparazione del Dna aumenta il rischio di sviluppare un tumore. Questi pazienti possono sviluppare neoplasie prostatiche in età giovanile, prima dei 55 anni, e tumori più aggressivi, con una maggiore capacità di sviluppare metastasi».

La casistica prevede anche casi di mutazione genetica, come si gestisce? «Il test genetico per il tumore alla prostata analizza il Dna allo scopo di identificare mutazioni ereditarie o sporadiche che aumentano il rischio di sviluppare la malattia, ma che possono anche guidare le decisioni terapeutiche. Questi test, spesso basati su pannelli di geni come Brcal e Brca2, sono indicati per pazienti con tumore avanzato (spesso comparso in età meno avanzata) o con una forte storia familiare di tumori. L'identificazione di queste mutazioni permette lo sviluppo di strategie di screening personalizzate e terapie mirate in base alle caratteristiche genetiche del singolo tumore della prostata».

## FARMACI MIRATI

Ci sono terapie farmacologiche ad hoc? «Gli inibitori di Parp (Poli-(Adp-ribosio)-polimerasi) sono farmaci mirati che bloccano la riparazione del Dna nelle cellule tumorali, por-

tando alla loro morte. Questi farmaci sono particolarmente efficaci in tumori che presentano mutazioni nei geni Brcal o 2 o con deficit nella ricombinazione omologa (Hrd), come nel tumore della prostata ma anche nel tumore ovarico e mammario. Grazie alla medicina di precisione, è possibile individualizzare i trattamenti in base a specifici fattori genetici e molecolari del paziente. L'utilizzo di terapie mirate si basa sull'identificazione di profili genetici mutazionali, analizzando direttamente il tessuto tumorale per trovare alterazioni specifiche. Questi dati ci permettono di usare farmaci intelligenti come gli inibitori di Parp, che colpiscono selettivamente le cellule tumorali. Questa strategia consente non solo di aumentare l'efficacia delle terapie, ma anche di ridurre gli effetti collaterali, migliorando la qualità della vita dei pazienti affetti da tumore alla prostata».

Per gestire e curare questi tumori si ricorre

alla "teranostica", può spiegarla? «L'altro avanzamento degli ultimi anni nel campo della terapia del tumore della prostata in fase avanzata mediante approcci di medicina di precisione è rappresentato da un termine che si chiama "teranostica" - dice Santini -. Cosa è la teranostica? La teranostica (parola che deriva dall'unione delle parole "terapia" e "diagnostica") è un approccio medico innovativo e di precisione che integra la diagnosi e la terapia in un unico processo. La teranostica utilizza la stessa molecola, ma legata a isotopi radioattivi diversi: uno poco citotossico per localizzare con precisione i tumori (diagnostica) e uno ad attività citotossica per trattare e distruggere le cellule malate (terapia). Questo approccio permette di personalizzare il trattamento, identificando i pazienti più adatti a specifiche terapie guidate dalle caratteristiche biologiche del tumore prostatico».

## LO STUDIO VISION

Di recente è stata sviluppata la terapia Lutezio-177, è davvero miracolosa? «In particolare la teranostica per la prostata utilizza strumenti diagnostici e terapeutici, basati sull'identificazione e il trattamento delle cellule tumorali attraverso lo stesso biomarcatore, il Psma (Antigene prostatico specifico di membrana). Questo approccio utilizza radioisotopi che si legano al Psma: uno con un isotopo



diagnostico (es. Gallio-68) per la Pet-Psma, e un altro con un isotopo terapeutico (es. Lutezio-177-Psma) che uccide le cellule tumorali.

Il recente studio Vision ha utilizzato il 68 Ga-Psma allo scopo di identificare le lesioni metastatiche captanti e quindi potenzialmente suscettibili della terapia mirata con 177 Lutezio-Psma. Nei pazienti con tumore della prostata che non rispondono più alla terapia ormonale di soppressione degli androgeni questo approccio innovativo ha permesso di ottenere risultati particolarmente significativi con una riduzione del 38% del rischio di morte rispetto al solo standard di cura».

Le sono stati attribuiti molti riconoscimenti per studi e ricerche, a che punto sono? «Gli studi in corso stanno valutando la sicurezza e l'efficacia della combinazione di 177 Lu-Psma con altre terapie approvate nel tumore della prostata resistente alla castrazione, inclusi gli inibitori della Parp (nei pazienti il cui tumore presenta anche una mutazione dei geni Brca) e la chemioterapia (nei tumori che non presentano mutazioni dei geni Brca). Inoltre si sta sviluppando anche l'interesse nell'esplorare l'utilità del 177 Lu-Psma in fasi più precoci del tumore della prostata come nelle fasi in cui questo tumore è ancora sensibile agli agenti ormonali. In un prossimo futuro l'approccio terapeutico mirato

che utilizza le terapie teranostiche potrebbe rappresentare la prima arma antitumorale anche nelle fasi più precoci della neoplasia prostatica. Infine, la Pet con Psma verrà sempre più utilizzata sia per identificare precocemente una ripresa della malattia, sia per migliorare la risposta alla terapia. La Psma-Pet ha il potenziale per prevedere la risposta ai trattamenti e di selezionare meglio i pazienti che possono trarre beneficio dalle terapie mirate con radioligandi legati al Psma e di evitare tale trattamento a quei pazienti che non possono beneficiare della stessa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I TEST GENETICI IDENTIFICANO LE MUTAZIONI EREDITARIE PER TRATTAMENTI PERSONALIZZATI



**Daniele Santini, direttore  
di Oncologia Medica  
del Policlinico Umberto I  
di Roma**





# CON UN CHIP HI-TECH SI TORNA A LEGGERE

GIAMPIERO VALENZA

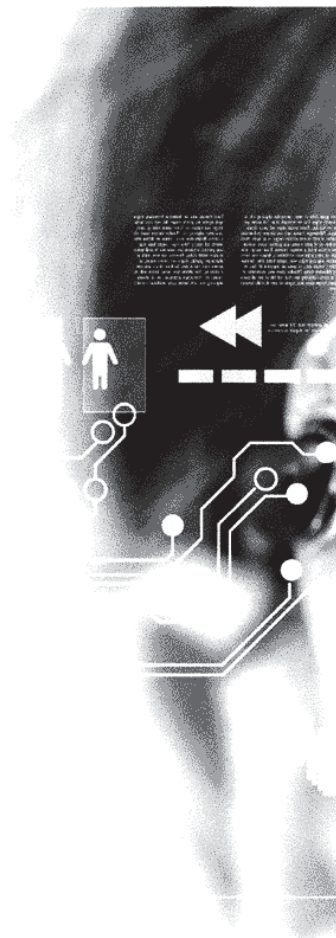
Ridare la vista a chi l'ha perduta non è più solo un sogno. Un gruppo di ricercatori ha sperimentato nelle persone che soffrono di degenerazione maculare avanzata una retina artificiale collegata in wireless agli occhiali. Andrea Cusumano (Tor Vergata) è tra gli autori dello studio: «Oggi si vedono le lettere, domani anche i volti»



La prospettiva è a colori. Perché la ricerca ha da tempo messo mano a un'esigenza, ridare la vista a chi non vede più. E oggi (anche grazie alla tecnologia), si inizia a tornare, parzialmente, a vedere. Una retina artificiale è stata sperimentata con successo su pazienti che, per colpa della degenerazione maculare (nella sua forma più avanzata, l'atrofia geografica), ormai erano completamente non vedenti. La microingegnerizzazione ha permesso di impiantare nelle retine al di sotto della retina. Prima, un microchip wireless quadrato, di due millimetri per due, con lo spessore di un terzo di un capello.

Si tratta di uno strumento collegato a un paio di occhiali che consente poi di man-

dare il segnale al nervo ottico direttamente bypassando la retina ormai rovinata. A raggiungere questo obiettivo uno studio internazionale pubblicato sulla rivista scientifica *New England Journal of Medicine* e che ha visto la partecipazione di alcuni tra i maggiori centri al mondo legati all'oculistica: l'Università di Bonn, l'ospedale della Fondazione Rothschild e la Sorbona a Parigi, il Moorfields Eye Hospital di Londra e lo University College della stessa Capitale britannica, le Università statunitensi di Stanford, California a San Francisco, Pittsburgh e l'italiano Policlinico di Tor Vergata, a Roma. «Si tratta di una svolta potenziale per i pazienti con degenera-



zione maculare senile atrofica avanzata, la principale causa di cecità irreversibile negli anziani che colpisce oltre 5 milioni di persone in tutto il mondo - ha commentato l'oftalmologo Andrea Cusumano, direttore scientifico del consorzio e del progetto "Primavera" che ha dato vita allo studio per parte italiana, ricercatore del dipartimento di medicina sperimentale dell'Università di Roma Tor Vergata - Attualmente in Italia seguiamo due pazienti con l'impianto, uno dei quali, un architetto, è forse tra tutti i pazienti arruolati quello con il maggior recupero visivo», spiega Cusumano, che ha presentato all'American Academy of Ophthalmology a Orlando, in Florida, i dati italiani del progetto internazionale che per l'Italia vede coinvolto anche il Presidio Britannico dell'azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata, dove sono stati eseguiti gli impianti.

Dei 32 partecipanti che hanno completato lo studio, 26 (81%) hanno ottenuto miglioramenti clinicamente significativi nell'acuità visiva e 27 partecipanti (84%) hanno riferito di leggere numeri o parole.

A

## LO STRUMENTO È UN QUADRATO "GRANDE" DUE MILLIMETRI

In media, i partecipanti hanno migliorato la lettura di 25 lettere (circa cinque righe su una tabella oculistica standard) utilizzando il dispositivo. L'81% dei partecipanti ha guadagnato 10 o più lettere. Un paziente è migliorato di ben 59 lettere, ovvero 12 righe. Lo sviluppatore del microchip è Daniel Palanker dell'Università di Stanford (ospite a Roma il 17 novembre per il Macu-

la Today organizzato da Macula & Genoma Foundation durante il quale verranno presentati modelli operativi per la presentazione del modello anche in pazienti che non hanno proprio il bulbo oculare). Il sistema si impianta in anestesia locale. Funziona con gli occhiali che hanno una mini-fotocamera e una mini-videocamera integrata per acquisire le immagini e un

B

## IL SISTEMA SI IMPIANTA IN ANESTESIA LOCALE

computer tascabile che le trasforma in un "disegno" di luce inviato poi alla retina da un mini-proiettore ad infrarossi montato sugli occhiali. Il microchip traduce la luce in stimoli elettrici che viaggiano sul nervo ottico verso la corteccia visiva. Gli interventi realizzati hanno permesso di ridare la vista a ciechi per un raggio d'ampiezza del 10%. In sostanza, possono ora tornare

a leggere da vicino. «Ma la prospettiva è arrivare anche al 20%, quindi garantire la possibilità di poter riconoscere i volti», prosegue l'oftalmologo. Il prossimo passo, anticipa Cusumano, sarà testarlo su malattie retiniche ereditarie come la retinite pigmentosa e la malattia di Stargardt, una patologia rara che colpisce solitamente entro i primi venti anni e che causa una perdita progressiva della visione centrale.

C

## SARÀ TESTATO ANCHE SUI CASI DI RETINITE PIGMENTOSA

La degenerazione maculare legata all'età nella sua forma più avanzata è una delle principali cause di cecità irreversibile nel mondo: ne soffrono cinque milioni di persone. Nel retro dell'occhio ci sono retina, macula e nervo ottico.

Questa malattia danneggia la macula, il cui compito è dare una visione chiara e centrale. Ci sono anche fattori di rischio: l'età (tra gli over 60 è più probabile che la macula degeneri), il fumo, la predisposizione genetica, l'obesità, le malattie cardiovascolari. La patologia viene diagnosticata dallo specialista anche attraverso un'oftalmoscopia: la parte posteriore dell'occhio viene illuminata e viene osservata da una lente di ingrandimento, che permette di poter vedere in modo chiaro il danno alla retina. Altre tecnologie, come l'Oct (l'Optical Coherent Tomography, una tomografia ottica computerizzata) permettono di confermare la diagnosi, monitorare nel tempo la malattia e pianificare la terapia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL 17 NOVEMBRE  
A ROMA  
IL PUNTO  
NEL CONVEGNO  
INTERNAZIONALE  
DI OFTALMOLOGIA





## INNOVAZIONE

# E PER SUPERARE IL CHERATOCONO C'È ANCHE L'IA

Il disturbo colpisce la cornea provocando un continuo e progressivo assottigliamento e la deformazione a cono. Una piattaforma permette di indicare la terapia personalizzata

**LORENA LOIACONO****D**

all'Italia una cura hi-tech, basata su terapia e diagnostica insieme, per fermare il cheratocono: la piattaforma C4V Chromo4vis di Regensight rappresenta per i pazienti una soluzione definitiva. Il cheratocono è un disturbo della vista che colpisce la cornea, provocandole un continuo e progressivo assottigliamento e la deformazione a cono: insorge in giovane età, a partire già dalla preadolescenza, arrivando quindi a condizionare pesantemente la qualità della vita del paziente. La vista diventa offuscata, le immagini sono distorte e l'occhio fa sempre più fatica a mettere a fuoco il mondo che gli sta intorno. Anche la luce può dar fastidio e il paziente continua a stropicciarsi gli occhi, come a volerli pulire per placare il fastidio. Un patologia che, secondo le stime, oggi colpisce circa 100 milioni di pazienti nel mondo: in Italia come in tutta l'Europa centrale raggiunge anche il 2% della popolazione, in Africa arriva al 7%. Ha cause genetiche e ambientali e risulta strettamente legato alle allergie: di fatto il cheratocono è la causa più frequente del trapianto

di cornea nei pazienti under 40 perché porta inevitabilmente a rovinare la vista fino a perderla, nei casi peggiori.

**DIFFERENZE**

Fino a poco tempo fa non esisteva una cura e il trapianto, quindi, era l'unica strada. Da qualche anno, invece, la medicina ha iniziato a eseguire il cross-linking corneale con riboflavina e luce UV-A per rallentare o arrestare la progressione della malattia ma l'efficacia era variabile da paziente a paziente: alcuni guarivano e altri no. Su questa differenza di risultato è intervenuto il team di Regensight: un gruppo di medici e scienziati specializzati in tecnologie innovative per la diagnosi e la cura dei disturbi visivi, guidato dal chirurgo oculista Marco Lombardo in sinergia con il fratello Giuseppe Lombardo, ingegnere biomedico (nella foto in basso). Uno studio coordinato, quindi, tra medicina e ingegneria: nasce così la "teranostica", sviluppata dall'impresa deep medtech Regensight, che unisce per la prima volta diagnostica molecolare per immagini e terapia personalizzata guidata dai dati, in grado di garantire ad ogni cornea la giusta quantità di riboflavina, vitamina B2 e energia luminosa ultravioletta: con un unico strumento, la piattaforma C4V Chromo4vis di Regensight, si riesce a fornire la terapia precisa e personalizzata ad ogni paziente, con un solo intervento in sala

operatoria dove il chirurgo riceve informazioni in tempo reale dal dispositivo per rispondere in modo certo e sicuro. Non più protocolli standard uguali per tutti, quindi, ma solo interventi personalizzati.

La teranostica di Regensight è stata presentata e discussa a Roma da Marco Lombardo, con due tra le voci più autorevoli del panorama internazionale: Cosimo Mazzotta professore dell'Università Kore di Enna e pioniere del cross-linking corneale, e con Adel Barbara, fondatore dell'International Keratoconus Society. E le demo interattive della piattaforma teranostica C4V Chromo4vis sono state presentate al Centro Congressi La Nuvola a Roma, il 7 novembre nell'ambito del 1° Congresso Nazionale AIMO-SISO.

La teranostica permette di prevedere e monitorare l'effica-

cia del trattamento di cross-linking corneale con una precisione del 95% ed una accuratezza del 91%: i risultati dello studio sono stati pubblicati su Ophthalmology, la rivista scientifica dell'American Academy of Ophthalmology. «Fino a oggi il cheratocono - spiega Marco Lom-



bardo, oculista e co-fondatore di Regensight - veniva trattato confidando che il cross-linking corneale funzionasse, ma senza certezze. Con la piattaforma di teranostica la medicina lascia l'incertezza della probabilità per entrare nell'era della precisione. Non è solo una nuova tecnologia, è un vero cambio di paradigma, un nuovo linguaggio di cura a misura di paziente. Per i giovani che ricevono la diagnosi di cheratocono, sapere che esiste una terapia capace di arrestare, con precisione ed accuratezza, la progressione della malattia significa affrontare il

futuro con una prospettiva completamente diversa».

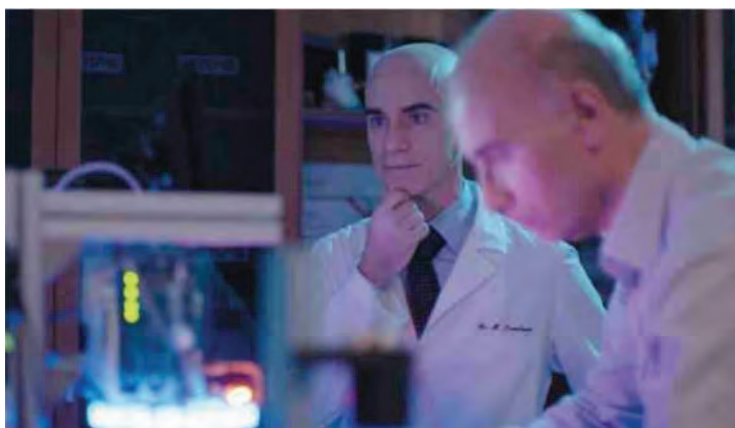
## PANORAMA

La piattaforma di teranostica, utilizzando anche l'intelligenza artificiale e l'internet of medical things, è in grado di combinare dati in tempo reale, predittività e personalizzazione terapeutica. La ricerca e lo sviluppo di questa tecnologia sono andati avanti per dieci anni tra studi pre-clinici e clinici e pubblicazioni scientifiche internazionali: oggi la piattaforma di teranostica è utilizzata in alcuni centri di eccellenza in Italia e nel mon-

do. «Abbiamo creato uno strumento - spiega Giuseppe Lombardo, ingegnere biomedico - che sa modulare il trattamento in base alla risposta biologica della cornea. In questo modo evitiamo sia trattamenti troppo deboli sia eccessivi, garantendo sicurezza e risultati ripetibili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CHIRURGO  
OCULISTA MARCO  
LOMBARDO:  
«COSÌ FERMIAMO  
L'AVANZAMENTO  
DELLA MALATTIA»





## Una nuova cura e cultura nutrizionale

In un mondo in cui milioni di persone si affidano all'Intelligenza artificiale per ricevere consigli alimentari, il ruolo dei nutrizionisti rischia di perdere centralità. Ma un percorso nutrizionale davvero efficace non dipende solo dalla dieta, bensì dal supporto umano che la accompagna. Da questa idea nasce Ainana, la prima piattaforma che unisce competenza umana e Ia per potenziare il sostegno nutrizionale, rafforzando – non sostituendo – il lavoro dei professionisti. Il nutrizionista carica il piano alimentare, che viene digitalizzato e reso interattivo: il paziente lo riceve tramite app, con ricette personalizzate, indicazioni e assistenza continua. L'Ia genera suggerimenti coerenti con la prescrizione e le preferenze del paziente, che il professionista può rivedere e adattare. Quando emergono dubbi o necessità, l'utente può contare su un assistente

virtuale sempre disponibile. Il risultato è una maggiore adesione al percorso, progressi più concreti e un rapporto più solido tra paziente e nutrizionista. Ainana punta a rendere l'assistenza nutrizionale accessibile a tutti, superando le barriere economiche: in Italia oltre 8 milioni di persone si rivolgono a un nutrizionista, ma la metà interrompe il percorso per mancanza di supporto continuo. Sviluppata ascoltando medici, ricercatori e pazienti, la piattaforma è pensata per adattarsi alle esigenze di ogni utente. Il suo obiettivo è costruire una nuova cultura della nutrizione digitale, dove l'Ia diventa alleata del benessere e non solo strumento tecnologico. Il progetto, che ora cerca un finanziamento tra 500 mila e 2 milioni di euro, mira a entrare anche nelle aziende del settore salute e food & beverage.



## La piattaforma per prevenire l'iter dei tumori

**P**revedere come evolverà un tumore per scegliere la terapia più efficace: è l'obiettivo di EvoClin, una piattaforma di intelligenza artificiale che analizza i dati genetici dei pazienti e anticipa la progressione della malattia, aiutando i medici a personalizzare le cure. Ogni anno milioni di pazienti oncologici si sottopongono al sequenziamento del Dna per individuare mutazioni genetiche, ma solo una piccola parte delle informazioni raccolte viene oggi utilizzata nella pratica clinica. EvoClin colma questo divario grazie a un sistema brevettato di machine learning capace di elaborare grandi quantità di dati genomici e prevedere con il 96% di accuratezza l'evoluzione del tumore partendo da un comune referto Ngs (Next generation sequencing).

A differenza dei metodi tradizionali, che offrono solo una fotografia del presente, la piattaforma fornisce una visione predittiva dell'andamento della

malattia, riducendo i tempi di refertazione e migliorando la qualità dell'analisi.

Il modello di Ia di EvoClin, pre-addestrato e continuamente aggiornato, genera in pochi minuti un report personalizzato che elenca le possibili mutazioni future e suggerisce le strategie terapeutiche più efficaci. La soluzione si rivolge ai laboratori di genetica molecolare e agli ospedali che utilizzano tecniche di sequenziamento Ngs, con possibili applicazioni anche nel settore farmaceutico per la ricerca e la sperimentazione. EvoClin rappresenta un passo decisivo verso una medicina di precisione, dove l'Ia diventa uno strumento al servizio dei medici e dei pazienti. Per consolidare e ampliare la piattaforma, la startup prevede una raccolta fondi compresa tra 500 mila e 2 milioni di euro.

— **V.DC.**







# NON SOLO “NEMICI” I VIDEOGIOCHI ORA CURANO

La Video Game Therapy è una frontiera innovativa nel campo della salute mentale  
La forza immersiva del gioco digitale promuove il benessere psicologico ed emotivo  
Nella Usl della Valle d'Aosta è stata introdotta per guarire le dipendenze patologiche



CARLA MASSI

S

ono angeli, sono demoni. Migliorano le abilità cognitive come la memoria, riducono stress e ansia. Ma causano dipendenza, disturbi del sonno, affaticamento, emicranie. Nei bambini, in particolare, vogliono dire ritiro sociale e calo del rendimento scolastico. I videogiochi, insomma, sono beneficio e sono danno.

Valutazioni che non arrivano dalle chiacchiere da bar ma da studi che, da anni ormai, si moltiplicano negli istituti di ricerca e nelle università. Diverse letture del fenomeno, probabilmente ci danno diverse risposte? O è proprio vero che è il nostro utilizzo a determinare il bene e il male?

Probabilmente, dopo aver sfogliato la letteratura scientifica, dovremmo optare per questa terza ipotesi. E, a leggere con attenzione, scopriamo un'ulteriore strada nella quale i videogiochi, senza il clamore delle pubblicità e lontani dai salotti di casa, stanno diventando protagonisti in un campo assai lontano dal divertimento. Quello della Medicina, meglio dire della cura.

## L'ESEMPIO

«Un innovativo strumento terapeutico all'interno della presa in carico psicologica. Questa metodologia sfrutta il potenziale dei videogiochi come mezzo di esplorazione emotiva». Così, per esempio, viene definita

la Video Game Therapy, da poco introdotta dal Servizio per le dipendenze patologiche dell'Usl Valle d'Aosta.

Le sessioni si svolgono in un ambiente controllato in cui il paziente gioca con lo psicoterapeuta utilizzando videogiochi selezionati in base alle tematiche da affrontare. Come la cooperazione, l'empatia e la capacità di scelta. Durante il gioco, lo psicologo osserva, analizza il comportamento del paziente e raccoglie informazioni.

«I videogiochi offrono un ambiente virtuale, una palestra coinvolgente per la mente, in cui attuare comportamenti senza conseguenze "reali", con la possibilità di ripetere e correggere gli errori di valutazione, provare emozioni in modo interposto e, più in generale, vivere intere modalità di esistenza

per altri versi inaccessibili, coltivando anche l'empatia. E essere più sereni» spiega Gerardo Di Carlo, psichiatra direttore del Servizio per le dipendenze patologiche dell'Usl Valle d'Aosta.

Un gruppo di ricercatori dell'Università Milano-Bicocca ha rilevato come i videogiochi, possano essere dei facilitatori di cura per traumi, perché davanti a quel video ci sentiamo più liberi e tendiamo a limitare le reticenze.

Da qui, la scelta di far diventare il videogioco un sostegno di cura per trattare casi di dipendenze, per il supporto ai giovani che non lavorano né studiano. I "ritirati sociali". Ma anche per il disturbo da deficit di attenzione e i problemi di apprendimento. A firmare il lavoro Marcello Sarini, ricercatore di informatica del Dipartimento di Psicologia di Milano-Bicocca, Francesco Bocci, psicoterapeuta Adleriano, e Ambra Ferrari, esperta di ludonarrativa. Proprio Sarini e Bocci hanno tenuto una conferenza sulla Video Game Therapy al recente Lucca Comics & Games il festival internazionale dedicato al mondo dei fumetti, dei giochi (da tavolo, di ruolo, di carte), dei videogiochi, dell'animazione, del fantasy, della fantascienza.

«All'interno dell'approccio della Video Game Therapy vengono integrate varie tecniche psicologiche come l'ascolto attivo, le libere associazioni, l'esposizione allo stimolo, la catarsi, la desensibilizzazione rispetto ad un ricordo/evento traumatico - fanno sapere i ricercatori dell'Università Milano-Bicocca - Per la buona riuscita del percorso è di fondamentale importanza che il focus non sia tanto legato al contenuto o al mezzo utilizzato, in questo caso il videogioco, ma soprattutto al "come", al "modo" in cui il terapeuta o caregiver lo propone e lo agisce nella seduta».

Dopo la sessione di gioco, si apre un colloquio per discutere le esperienze vissute nel gioco, i temi emersi e le loro correlazioni con la vita reale del paziente. I vantaggi: maggiore coinvolgimento del paziente, trattamento più motivante, una maggiore aderenza, abbassamento delle difese facilitando l'emergere di materiale psicologico altri-





menti difficile da affrontare.

Una terapia destinata soprattutto ai più giovani che conoscono il linguaggio dei giochi e che, per aprirsi, hanno bisogno di setting diversi rispetto a quelli classici. Ma ha dato buoni risultati anche tra gli adulti che, con difficoltà, riescono a misurarsi con la terapia psicologica.

## L'ETÀ DIFFICILE

Diversa la lettura quando si parla di bambini e adolescenti: secondo i dati di un recente studio realizzato dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità, emerge che tra 11 e 17 anni il rischio di disturbo da uso di videogiochi vede coinvolto ben il 12% degli studenti (circa 480.000 studenti italiani). Il genere maschile è più colpito.

E dallo studio emerge un allarme: il gioco

d'azzardo e i videogiochi sono sicuramente due attività distinte ma con un confine sempre più sfumato a causa di meccanismi simili presenti nei videogiochi che possono favorire comportamenti e dipendenze affini al gioco d'azzardo.

«È importante non demonizzare i videogiochi - ricorda Elisa Fazzi, presidente della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - possono anche offrire opportunità uniche per l'apprendimento e lo sviluppo dei bambini e degli adolescenti. Favorendo le abilità cognitive e sociali, offrendo occasioni di divertimento e la possibilità di creare scenari ricchi di fantasia. Allo stesso tempo è necessario essere consapevoli che un uso eccessivo o inappropriato può avere un impatto negativo sulla salute mentale e sul benessere dei ragazzi, specialmente dei più piccoli».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO PSICHIATRA  
GERARDO DI CARLO:  
«COSÌ È POSSIBILE  
VIVERE EMOZIONI  
IN MODO INTERPOSTO  
ED ESSERE PIÙ SERENI»

60

Il massimo di minuti che un bambino sotto i dieci anni dovrebbe impiegare ogni giorno davanti ai videogiochi con una console in mano. Per i più grandi si può prendere in considerazione un monte ore settimanale di circa 10-12 ore

3

Il massimo delle ore consecutive che un adulto dovrebbe dedicare ai videogiochi. Questo tempo riesce a bilanciare i potenziali rischi con i benefici. Importante è fare pause regolari ogni mezz'ora o un'ora. Buona regola è darsi regole per rispettare i tempi



# LA REALTÀ VIRTUALE IN AIUTO A CHI SOFFRE DI UN'ALGIA COSTANTE

Arriva dal Maryland una soluzione alternativa: i pazienti "entrano" in ambienti immersivi, generati dal computer, con stimolazioni multisensoriali. Un intervento cognitivo-comportamentale

**C**

hi convive con dolori cronici, come mal di schiena o fibromialgia, sa quanto questa esperienza possa essere devastante. E le terapie tradizionali, farmaci o fisioterapia, spesso non bastano. Ma una nuova frontiera, quella della realtà virtuale, sta aprendo a nuove possibilità di cura.

La professoressa Luana Colloca, un'italiana che lavora da anni all'Università del Maryland (Usa) combatte il dolore acuto e cronico esponendo i pazienti ad ambienti immersivi, generati al computer e progettati per far apparire reale l'esperienza dell'utilizzatore, attraverso stimolazioni multisensoriali e possibilità di interazione.

Gli esperimenti effettuati dimostrano che la "somministrazione" di video immersivi e rilassanti (come meduse fluttuanti in un oceano rosa) o brani di Mozart (in un esperimento è stata utilizzata un'a-

ria per soprano da "La clemenza di Tito") sono in grado di alzare la soglia del dolore, cioè in definitiva di farlo sopportare meglio o di farlo

scompare. E le persone che spesso rispondono meglio sono gli anziani e quelli affetti dalle forme dolorose più gravi. Il principio è semplice: immersione e distrazione. Quando il cervello è completamente assorbito da un ambiente rilassante e piacevole, l'attenzione si sposta dal dolore a ciò che si sta "vivendo" nel mondo virtuale.

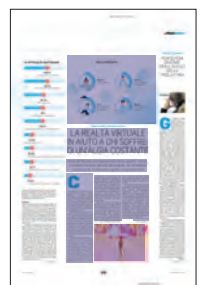
Ma non è tutto. Gli esperti parlano di veri e propri effetti neuroplastici: la realtà virtuale, in combinazione con tecniche di terapia cognitivo-comportamentale, può "rieducare" il cervello a interpretare diversamente gli stimoli dolorosi e a smorzarli. Le immagini e i suoni virtuali stimolano aree cerebrali coinvolte nella percezione del dolore, modificando nel tempo i circuiti neurali.

La realtà virtuale nel caso di

sindromi caratterizzate da dolore cronico, fibromialgia, lombalgia, dolori articolari diffusi, si sta imponendo come strumento complementare alle terapie tradizionali. Alcuni centri la integrano nei programmi riabilitativi, ma esistono anche versioni "domestiche", accessibili tramite semplici visori commerciali e controllate in telemedicina. La realtà virtuale insomma ha tutte le potenzialità di diventare un "farmaco digitale".

**M.R.M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# ALLA CONSOLE TI STRESSI DI MENO E SEI FELICE

Presentato a Pesaro uno studio su 24mila giocatori:  
il maggiore beneficio è sollievo da ansia e solitudine  
Il professor Bogliolo: «Coding per lo sviluppo cognitivo»

**ELISABETTA MARSIGLI**

Change.

## LA PROSPETTIVA

Ma come strumenti apparentemente ludici possono diventare alleati nell'educazione e nello sviluppo cognitivo? Oggi possono essere strumenti di connessione sociale, inclusione, crescita culturale, benessere ed educazione. A partire dal coding che viene utilizzato con efficacia da parte di educatori e insegnanti, in particolare quelli di sostegno, per venire incontro alle esigenze specifiche dei disturbi di apprendimento. «Ho avuto modo di confrontarmi con chi tratta questo argomento dal punto di vista pedagogico - afferma Alessandro Bogliolo, coordinatore scientifico di Cte Square e docente all'Università di Urbino (nella foto) - Gli elementi del coding sono particolarmente utili perché l'essenza della programmazione è quella di spiegare, in modo rigoroso, un procedimento a un computer affinché questo lo esegua». «L'esercizio di

spiegare il procedimento a una macchina riconosce la sua "stupidità", che senza il nostro aiuto non può fare nulla. È un esecutore ideale, perché non ha un'intelligenza propria. La nostra intelligenza e il rigore che la programmazione impone fanno invece ordine nei nostri pensieri consentendoci di comprendere noi stessi i procedimenti che cerchiamo di spiegare alle macchine meglio di quanto non li sapessimo prima». Il coding, poi,

non è soltanto sviluppare un videogioco, ma è anche qualunque attività che dà istruzioni: «Esistono attività di coding anche unplugged. Ad esempio, coding che si fanno senza computer o giocando su una scacchiera a terra. L'altra cosa bella che viene utilizzata anche in ambito didattico e scolastico, è che il coding diventa uno strumento formidabile per trasformare, per far diventare vere le tue idee. Chi sa programmare può far fare cose nuove agli smartphone, ai computer, ai robot, e questo è un potere formidabile e molto gratificante». I videogiochi dunque aiutano l'apprendimento, ovviamente quando sono adeguati anche in base all'età del fruitore. «Si impara

# M

eno stress e meno ansia grazie ai videogiochi, che favoriscono la felicità e stimolano la creatività. Il 71% degli intervistati in Italia dichiara di videogiocare per rilassarsi, il 60% lo fa come antidoto all'ansia, il 49% per combattere la solitudine. È quanto emerge dallo studio, condotto su 24mila videogiocatori di 21 Paesi, *The power of play* coordinato dall'Esa, l'Entertainment software association in collaborazione con Video games Europe e Iidea (l'associazione di categoria dell'industria dei videogiochi in Italia) presentato a Pesaro. Quasi un videogiocatore su due afferma di giocare per stimolare la mente. I generi più amati sono i puzzle game (51%), seguiti dai giochi d'azione (35%) e quelli basati su abilità o fortuna (33%). Mancava in Europa un evento che celebrasse i videogiochi come strumento di cambiamento: nella città marchigiana, grazie proprio a Iidea, si è reso accessibile e senza pregiudizi un dialogo tra addetti ai lavori e famiglie, scuole, educatori. Un evento su iniziativa del Comune di Pesaro-Cte Square e dell'Università di Urbino Carlo Bo e in partnership con Games for



meglio giocando, quando si è coinvolti in esperienze che possono lasciare il segno, generando un'esperienza formativa efficace». L'evento di Pesaro ha contribuito a chiarire che il mondo dei videogiochi è immenso. «I videogiochi sono

ormai una forma d'arte», prosegue Bogliolo, «una forma di comunicazione culturale e di sensibilizzazione. Alcuni nascono con un chiaro intento verso una direzione pedagogica o anche di denuncia, consentendo di trattare in modo insolito anche temi forti, come quello del fine vita, del bullismo, della cybersecurity».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«SI ISTRUISCONO  
LE MACCHINE  
AD ESSERE  
PIÙ UTILI  
PER I NOSTRI  
OBIETTIVI»





# GENI E MONOCLONALI DANNO LO STOP AL DOLORE

Acuto o cronico: molte delle terapie innovative possono ridurre frequenza e attività delle crisi. Specie per l'emicrania, principale causa di disabilità tra i 20 e i 50 anni: i trattamenti impediscono l'attivazione delle vie neurali

**MARIA RITA MONTEBELLI**



Il dolore è un'esperienza universale, tanto è comune nella vita di ognuno di noi. Ed è talmente connaturato all'essere umano (questo termine compare per la prima volta nel trattato di medicina tradizionale cinese di Huang Di Nei Jing, risalente a oltre 3000 anni fa) da essere ormai considerato il "quinto parametro vitale". Accanto a quelli tradizionali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, frequenza respiratoria) e sancito come tale anche dalla legge 38/2010, riguardante appunto cure palliative e terapie del dolore. A distinguerlo però dalla pressione o dalla febbre, c'è il fatto che l'intensità del dolore è valutabile solo in base a quanto riferito dalla persona

che ne soffre, l'unica che può dimensionarlo anche in termini di impatto sulle attività del vivere quotidiano.

Secondo l'International Association for the Study of Pain (IASP), fondata nel 1974 da John Bonica, un anestesista italo-americano, origini siciliane, il dolore rappresenta una "spiacevole esperienza sensoriale, associata ad un danno tissutale reale o potenziale o descritto in termini di danno". Come visto il dolore è un'esperienza soggettiva, complessa e multidimensionale, che può essere influenzata da fattori fisici, psicologici ed emozionali.

## **LA NOTIZIA**

La sua eradicazione rappresenta una delle



sfide più importanti dell'umanità. E la buona notizia è che oggi ci sono tante soluzioni terapeutiche per fronteggiare sia il dolore acuto, che quello cronico.

Il punto delle conoscenze sulla terapia del dolore è stato fatto di recente a Firenze nel corso del convegno internazionale "Pain Medicine" organizzato da Fondazione Menarini per celebrare i 50 anni della IASP, (International Association for the Study of Pain) fondata nel 1979 proprio in questa città.

«Il dolore è una reazione psico-affettiva, un fenomeno fondamentale per la difesa dell'organismo - spiega il professor Pierangelo Geppetti, professore emerito di Farmacologia Clinica dell'Università di Firenze -

Può sembrare un paradosso, ma la vita non sarebbe possibile senza il dolore, perché è un prezioso segnale d'allarme che ci impedisce, ad esempio, di ustionarci una mano col fuoco. Il segnale di allarme però è caratteristico del dolore acuto, che è magari intenso ma breve. Problemi, anche gravi, subentrano invece quando il dolore diventa cronico e persistente, a volte anche a guarigione avvenuta. È un po' come l'antifurto di una macchina che non si riesce più a spegnere anche quando i ladri sono ormai in fuga. In questo caso il dolore diventa malattia».

Le conoscenze oggi a nostra disposizione sono davvero molte e, secondo gli specialisti, nel corso dei prossimi anni, ci saranno a disposizione soluzioni di prevenzione e terapeutiche sempre più innovative. «Anche grazie all'introduzione delle nuove tecnologie. Dall'intelligenza artificiale alla bioingegneria e ai sensori indossabili» fa sapere il professor Giustino Varrassi presidente della Fondazione Paolo Procacci.

PIERANGELO GEPPETTI  
(FARMACOLOGIA CLINICA):  
«SI DEVE CONSIDERARE  
UNA MALATTIA  
A TUTTI GLI EFFETTI  
SE È PERSISTENTE»

## RICERCA

Molte di queste innovazioni riguardano, ad esempio, la terapia dell'emicrania, che interessa 1 persona su 7 nel mondo e rappresenta la principale causa di disabilità al mondo nella fascia di età dai 20 ai 50 anni. In particolare tra le donne. Fondamentale è stata la scoperta del ruolo del CGRP (peptide correlato al gene della calcitonina) nella genesi del dolore e degli altri sintomi dell'attacco emicranico.

«Si tratta di un filone di ricerca avviato da una scoperta di biologia molecolare nel 1982, alla quale la ricerca italiana ha dato un importante contributo - ricorda il professor Geppetti- È partita da qui la messa a punto delle moderne terapie anti-emicraniche, al momento, quattro anticorpi monoclonali e due piccole molecole orali, che bloccano la via di segnale del CGRP. Questi farmaci stanno rivoluzionando la vita dei pazienti emicranici. Ma un 20-30% di loro non risponde alle attuali terapie anti-CGRP». Sul fronte del dolore cronico, una scoperta degli ultimi tempi è il ruolo del gene SCL45A4. La modulazione dell'attività di questo gene ipersensibile potrebbe aprire la strada ad una nuova classe di terapie contro il dolore cronico.

» RIPRODUZIONE RISERVATA

GIUSTINO VARRASSI  
(FONDAZIONE PROCACCI):  
«APPLICAZIONI  
DI PREVENZIONE  
DA BIOINGEGNERIA  
E SENSORI SMART»





## Mozart terapia

**“Musica su prescrizione”:  
un concerto sinfonico nelle  
ricette dei medici canadesi**

**S**i chiama “Musica su prescrizione” l'accordo raggiunto tra l'Ordine dei medici del Canada e l'Orchestre symphonique de Montréal: consente ai medici canadesi di prescrivere ai propri pazienti un concerto dell'Osm, offrendo loro accesso gratuito a un'esibizione dal vivo.

L'iniziativa, che in via sperimentale durerà un anno, nasce dalle numerose evidenze scientifiche secondo cui la musica può contribuire a migliorare l'efficacia delle cure mediche e alleviare gli effetti collaterali di terapie complesse. Le sette note diventano così uno strumento potente per sostenere la salute mentale e fisica, riducendo l'isolamento sociale che spesso accompagna i malati cronici. Arte e medicina si incontrano e diventano vettori di un approccio più integrale alla cura della persona. “Collaborando a questo progetto – spiega Mélanie La Couture, presidente e ceo dell'Osm – la nostra orchestra mette la propria eccellenza artistica al servizio del benessere collettivo, sottolineando che l'arte, in tutte le sue forme, può contribuire alla salute e alla qualità

della vita”.

L'iniziativa è ancora agli inizi e deve fare i conti con i consueti problemi economici, che al momento ne limitano la portata a una platea ristretta. L'iter è semplice: i medici interessati si registrano sul sito per ricevere due “prescrizioni musicali” da utilizzare con i pazienti. Ogni malato può essere accompagnato da una persona di sua scelta e selezionare, all'interno del cartellone stagionale, il concerto dell'Osm a cui desidera partecipare. I costi sono tutti a carico dell'orchestra, anche se l'importo esatto è difficile da stimare, perché dipenderà dal numero dei partecipanti.

Per essere idonei, i pazienti devono essere adulti, residenti in Québec e in grado di spostarsi: il progetto non vuole replicare le numerose iniziative che portano la musica negli ospedali. I medici selezionano i pazienti secondo il proprio insindacabile giudizio clinico. Il programma può rivelarsi utile per chi soffre di stress correlato al cancro, di malattie croniche o di lunghi periodi di convalescenza dopo patologie o in-

terventi impegnativi. Naturalmente l'iniziativa non sostituisce le cure mediche e presuppone la partecipazione consapevole del paziente, che al termine del concerto è invitato a compilare un questionario di gradimento per valutare l'efficacia del progetto e i possibili miglioramenti.

Intanto l'Osm è alla ricerca di nuovi fondi per ampliare la platea, aumentare il numero dei concerti, coinvolgere altre istituzioni e prolungare la durata del programma. Un modo più umano per accompagnare il malato: uno squarcio di bellezza nel tunnel della malattia, che spesso annichilisce intere famiglie alle prese con la gestione quotidiana delle difficoltà, aggravate dalla lentezza burocratica, dalla carenza di assistenza e, talvolta, da una sanità che non cura abbastanza. Anche in Italia si dovrebbe riflettere su questa esperienza, consapevoli che le lacune e i problemi sono molti e spesso più gravi. Là dove la medicina cura ma non consola, la musica tenta di colmare il resto.

**Mario Leone**



L'INTERVENTO

## FARMACEUTICA MOTORE DI SVILUPPO

di **Marcello Cattani** — a pag. 16

# Farmaceutica: motore silenzioso della crescita

**Impresa e sviluppo**

Marcello Cattani

**I**n un mondo attraversato da crisi geopolitiche, instabilità economiche e nuove sfide sanitarie globali, l'Italia può contare su una risorsa straordinaria e spesso poco raccontata: la sua industria farmaceutica. Un comparto che unisce ricerca, produzione e occupazione qualificata, ma che oggi rappresenta soprattutto un pilastro strategico per la sicurezza nazionale, al pari della difesa. Con oltre 56 miliardi di euro di produzione, 54 miliardi di export nel 2024 – nel 2025 in crescita del 35% sull'anno precedente – un saldo estero positivo tra i più alti nell'Ue e primo per crescita 2025 per farmaci e vaccini, la farmaceutica italiana è una delle locomotive della nostra manifattura. Ogni giorno esporta innovazione, qualità e fiducia nel Made in Italy della salute. Alle spalle di questi numeri ci sono oltre 71 mila professionisti altamente qualificati, con una presenza crescente di giovani e donne, segno di un settore moderno, attrattivo e in costante evoluzione. La farmaceutica non è solo industria: è conoscenza e futuro. Negli ultimi anni gli investimenti in ricerca e sviluppo sono cresciuti costantemente, con un aumento delle domande di brevetto del 33% in cinque anni. L'Italia si conferma uno dei poli europei più vivaci per l'innovazione nel campo delle biotecnologie, delle terapie personalizzate e della digital health. È un'eccellenza che valorizza competenze scientifiche e tecnologiche, creando sinergie con università, startup e centri di ricerca. La pandemia e le tensioni internazionali hanno dimostrato quanto sia cruciale garantire autonomia sanitaria e industriale. Non si tratta solo di produrre farmaci, ma di assicurare continuità di approvvigionamento, accesso ai trattamenti e capacità di risposta alle emergenze. Avere una filiera nazionale solida significa tutelare i cittadini, rafforzare la resilienza del sistema e ridurre le dipendenze esterne. In questo scenario, il Governo ha dimostrato di aver colto pienamente il valore strategico del settore. La Legge di Bilancio ha introdotto misure importanti di valorizzazione del FSN, nel 2026 oltre 6 Mld di euro di crescita rispetto al 2025, incrementando le risorse sul finanziamento della





spesa farmaceutica diretta dello 0,2% del FSN, sopprimendo il payback 1.83% sulla spesa farmaceutica convenzionata. Tuttavia restano tre capitoli fondamentali di svolta e riforma ancora non affrontati nella sostanza, se si vuole nel breve e lungo periodo garantire la disponibilità ai cittadini di farmaci e vaccini innovativi, ma anche di quei farmaci essenziali scarsamente valorizzati oggi dal SSN, ma spesso salvavita. La prima riforma è quella del superamento del payback sulla spesa farmaceutica diretta, dove e' quanto mai necessario uno sforzo maggiore di finanziamento, con un incremento totale almeno pari allo 0,5% del FSN, in questa Legge di Bilancio, che richiediamo al MEF e al Ministero della Salute. La seconda riforma, collegata alla prima, dotare l'Italia di un percorso regolatorio di definizione del prezzo e del rimborso, e quindi dell'accesso accesso nazionale e regionale immediato per farmaci e vaccini innovativi, non un giorno dopo l'approvazione europea da parte di EMA. La terza riforma è quella di renderci sempre più indipendenti da Cina ed India nella produzione degli ingredienti attivi, e quindi proteggere i cittadini italiani, con strumenti dedicati di incentivazione al reshoring industriale farmaceutico, da compiersi con una strategia, risorse dedicate e tempi certi. Al tempo stesso, il lavoro avviato sul Testo Unico della Farmaceutica – fortemente voluto dal Ministero della Salute – rappresenta un passo storico verso una governance moderna e un quadro normativo più semplice e stabile, capace di sostenere la crescita del comparto. Si tratta di un approccio coerente e lungimirante: il riconoscimento, da parte dell'esecutivo, che investire nella farmaceutica significa rafforzare la sovranità sanitaria e industriale della Nazione, creando valore economico e benessere collettivo. Una visione che integra salute pubblica, impresa e sicurezza, in linea con i modelli dei grandi Paesi industrializzati. Per continuare su questa strada servono coesione, fiducia reciproca e una prospettiva di lungo periodo. Il dialogo costruttivo tra istituzioni, imprese, università e mondo della ricerca può fare della farmaceutica il cuore pulsante della Strategia Nazionale per le Scienze della Vita, un settore in cui l'Italia è già leader e può diventare riferimento per l'intera Europa. Non si tratta solo di economia: è una scelta di identità e di indipendenza, una sfida culturale e industriale insieme. In un mondo frammentato e incerto, la farmaceutica italiana rappresenta una certezza. Produce valore, genera export, crea occupazione di qualità e, soprattutto, difende la salute e la stabilità della Nazione. È un'eccellenza che unisce scienza e industria, impresa e responsabilità, economia e sicurezza. Investire nella farmaceutica significa investire nel futuro della Nazione. E il futuro si costruisce con la stessa determinazione con cui l'Italia e il suo Governo stanno rafforzando la propria sovranità sanitaria, economica e industriale. Non c'è difesa più forte di una Nazione che sa curare, innovare e competere con orgoglio e fiducia.

*Presidente di Farminindustria*

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio Cancer Policy Forum

## **Tumori: mai più pazienti oncologici licenziati, malnutrizione la prossima sfida**

Il bilancio di un anno del Gruppo che riunisce 47 associazioni già al lavoro su diritti del caregiver, accesso ai test genomici e programmi vaccinali per i più fragili

*di Ernesto Diffidenti*

12 novembre 2025

Quarantasette associazioni di pazienti riunite nel gruppo "La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere", un altro anno di lavoro per la tutela dei malati oncologici e di interlocuzione con le istituzioni e, soprattutto, un risultato - attesissimo - raggiunto. Parliamo della legge sul mantenimento del posto di lavoro e sui permessi retribuiti per le lavoratrici e i lavoratori con patologie oncologiche e onco-ematologiche alla quale si aggiunge anche la recente approvazione alla Camera di una mozione sull'alimentazione nella prevenzione e cura dei pazienti oncologici e la sua necessaria integrazione nel percorso di presa in carico, in parallelo con le cure oncologiche.

"Tutto quello che è avvenuto in questo 2025 è la riprova che il lavoro del gruppo, in sinergia con l'Intergruppo parlamentare 'Insieme per un impegno contro il cancro', ha dato ottimi risultati", commenta Annamaria Mancuso, presidente di Salute Donna Odv, in occasione dell'annuale Cancer Policy Forum che si è svolto alla Camera dei deputati. Il primo importante traguardo, sottolinea, "è la legge sul lavoro: dovremo proseguire su questa strada per far riconoscere anche i contributi figurativi, con la possibilità per il paziente in aspettativa di non perderli ai fini pensionistici. Tuttavia, un fatto è certo e sicuro: nel nostro Paese nessun paziente con malattia tumorale potrà mai più essere licenziato".

### **La malnutrizione colpisce dal 30 al 50% dei pazienti**

"L'altro tema importante, su cui lavoriamo da tempo - prosegue Mancuso - è l'alimentazione. E' noto che i pazienti con tumore possono avere problemi alimentari a causa della malnutrizione, che colpisce dal 30% al 50% della popolazione oncologica e in circa il 20-30% dei casi può addirittura comportare il decesso. Ne consegue la necessità di un'attenzione speciale ai corretti stili di vita, importanti come prevenzione, ma anche come cura: per questo nella mozione approvata all'unanimità alla Camera si sottolinea la necessità di un percorso nutrizionale parallelo alle terapie oncologiche, dalla diagnosi al follow-up, da integrare nel Pdta (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale), dei tumori, con l'obiettivo di una presa in carico nutrizionale a lungo termine e interventi personalizzati, ai fini di ridurre le complicanze, le morti e i costi sanitari".

### **Test genetici e vaccini i prossimi passi**

Ne consegue la necessità di un'attenzione speciale ai corretti stili di vita, importanti come prevenzione, ma anche come cura: per questo nella mozione, approvata all'unanimità alla Camera, si sottolinea la necessità di un percorso nutrizionale parallelo alle terapie oncologiche, dalla

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



diagnosi al follow up, da integrare nel PDTA dei tumori, con l'obiettivo di una presa in carico nutrizionale a lungo termine e interventi personalizzati, ai fini di ridurre le complicanze, le morti e i costi sanitari. "Il nostro lavoro - continua Mancuso - prosegue ora sulle questioni che sono alla nostra attenzione: migliorare l'accesso ai test genomici per consentire la personalizzazione delle cure e implementare i programmi vaccinali nei soggetti più fragili; abbiamo già un emendamento sulla figura del caregiver oncologico, punto nevralgico del nostro welfare".

### **Schillaci: lavoro prezioso con le associazioni**

Ai lavori del Cancer Policy Forum, nel corso del quale sono stati conferiti i riconoscimenti della settima edizione del Cancer Policy Award, il premio riservato alla "buona politica" in sanità, ha partecipato anche il ministro della Salute, Orazio Schillaci. "La lotta al cancro - afferma - è stata da subito una priorità mia e di questo Governo: prevenzione, ricerca, sostegno ai pazienti e alle loro famiglie. Sono queste le direttrici lungo le quali ci muoviamo con il contributo importante del Parlamento e delle associazioni. Una giornata come questa rappresenta plasticamente come la salute sia un bene da difendere insieme. È un bene comune, il più prezioso di cui disponiamo".



Servizio La giornata mondiale

## **Polmoniti: ogni anno 150mila ricoveri e 9mila morti, ecco i campanelli d'allarme per riconoscerla**

Salita alla ribalta delle cronache durante la pandemia e, più recentemente, perché ha causato la morte del maestro Beppe Vessicchio e il ricovero dell'allenatore del Bologna Vincenzo Italiano

*di Francesca Indraccolo*

12 novembre 2025

Con l'arrivo dei primi freddi le vie respiratorie sono messe a dura prova. Le basse temperature possono infatti compromettere la risposta immunitaria dell'organismo e i meccanismi di difesa. Uno dei principali nemici da temere è la polmonite, che in Italia ogni anno provoca 150mila ricoveri e 9mila morti. E' la malattia di origine infettiva che causa più decessi, come emerge dai dati pubblicati in occasione della Giornata Mondiale dedicata alla patologia, che si celebra il 12 novembre ed è promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'UNICEF con l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni sul grave impatto che ha sulla salute, sul suo corretto e precoce inquadramento diagnostico, sulle cure e sulla prevenzione, in particolare attraverso i vaccini.

La polmonite, in particolare quella interstiziale, ovvero quella che provoca un'inflammatione del tessuto polmonare, è salita alla ribalta delle cronache durante la pandemia da Covid-19 e, più recentemente, perché ha causato la morte del compianto maestro Beppe Vessicchio e il ricovero dell'allenatore del Bologna Vincenzo Italiano. Si tratta di una patologia che può manifestarsi, dunque, anche in forme gravi e comportare serie complicanze e conseguenze. Come raccomandano gli esperti, in caso di sospetto di malattia bisogna rivolgersi immediatamente al medico di fiducia ed evitare il "fai da te", magari assumendo antibiotici senza una specifica prescrizione.

### **Le cause e i soggetti fragili**

La polmonite è un'inflammatione del tessuto polmonare che può essere causata principalmente da alcuni batteri e virus e, più raramente, da alcuni funghi e colpisce nella maggior parte dei casi anziani, bambini sotto i cinque anni e persone immunodepresse. Una diagnosi di polmonite è fonte di preoccupazione a qualsiasi età. "E' una causa di ricovero ospedaliero da sempre e, purtroppo, anche causa di morte. Attualmente non registriamo grandi cambiamenti nei numeri, l'epidemiologia è stabile. E come sempre, ogni anno, si registrano complicanze serie che riguardano soprattutto le persone a rischio: gli anziani, i bambini, i pazienti cronici", sottolinea Claudio Micheletto, presidente dell'Associazione nazionale pneumologi ospedalieri (Aipo). La mortalità in Italia è una delle più basse d'Europa, ma non bisogna abbassare la guardia. "Il messaggio più importante - prosegue Micheletto - è quello di avere la massima attenzione nell'uso di antibiotici. Non abbiamo nuovi farmaci di questo tipo, perciò il consiglio è sempre di usarli con

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



accortezza per ridurre i rischi di antibioticoresistenza che è una delle grandi sfide per i prossimi anni”.

### **Più frequenti le forme batteriche e quelle virali**

La polmonite, in genere, è causata da un batterio, lo *Streptococcus pneumoniae*, conosciuto anche come pneumococco. Anche altri batteri possono causare la polmonite come, ad esempio, l'*Haemophilus influenzae*, lo *Staphylococcus aureus*, la *Legionella pneumophila*. Un'altra forma di polmonite è quella virale, più comunemente causata dal virus respiratorio sinciziale (RSV), soprattutto nei bambini di età inferiore a un anno, e nota come “bronchiolite”. Altre cause di polmonite virale sono i virus influenzali di tipo A o B e i coronavirus, come il Covid. Esiste anche la polmonite fungina, rara, che colpisce di solito le persone con un sistema immunitario indebolito. Purtroppo, ricorda l'esperto, “solo alcune cause di polmonite sono prevenibili, non tutte”. Ad esempio, “c'è a disposizione il vaccino antipneumococcico che è inserito da tempo nei Lea e vengono invitate a farlo tutte le persone sopra i 65 anni”, specifica Micheletto. La polmonite può essere localizzata in un punto particolare del polmone. “L'agente patogeno più frequente - prosegue l'esperto - in questo caso è lo pneumococco, contro il quale esiste una vaccinazione. Esistono poi le polmoniti interstiziali che colpiscono il tessuto connettivo del polmone, l'area dove avviene il passaggio dell'ossigeno e dell'anidride carbonica nel senso contrario, tra gli alveoli e i capillari, per questo l'infezione può essere molto diffusa e anche bilaterale. L'interstizio è il tessuto di sostegno del polmone. Quando viene colpito, lo scambio viene notevolmente ridotto. Se il paziente ha la bronchite cronica o è un fumatore, questi spazi sono già compromessi. E quindi può dare casi gravi”. E, ancora, se già il quadro non fosse già abbastanza complicato, ci sono le polmoniti conseguenti a infezioni virali come l'influenza, che possono a loro volta favorire l'insorgenza della polmonite batterica.

### **I campanelli d'allarme e il corretto inquadramento diagnostico**

I sintomi più comuni causati dalla polmonite sono la febbre, la tosse, secca o grassa, e la dispnea, cioè una difficoltà respiratoria, che può dare la sensazione di avere “il fiato corto” come durante uno sforzo fisico. A questi possono aggiungersi spossatezza e dolore al petto o alla schiena. “Una polmonite si presenta prevalentemente tosse e febbre, ma la gravità che causa ospedalizzazione riguarda la difficoltà respiratoria, che può essere altamente rischiosa”, specifica lo pneumologo. Per prima cosa, bisogna capire se si tratta di una forma batterica o virale. E' possibile distinguere le due tipologie eseguendo un tampone per stabilire la terapia antibiotica o antivirale oppure se sia da trattare con cortisone e antinfiammatori. Il quadro clinico può essere completato anche dal risultato di una radiografia al torace o di una tac.

Servizio Dottore, ma è vero che

## **Ma è vero che il diabete viene solo da anziani? Ecco cosa sapere e come ridurre il rischio**

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

12 novembre 2025

«Il diabete è una malattia tipica degli anziani». Chi non ha mai sentito questa frase? In realtà le cose sono un po' più complesse. Sebbene la forma più frequente, il diabete di tipo 2, sia più comune in età avanzata, questa malattia può manifestarsi a qualsiasi età e negli ultimi anni si è osservato un aumento significativo dei casi anche tra adolescenti e giovani adulti. Per questo nessuna fascia d'età può considerarsi davvero esente dal rischio di sviluppare il diabete.

### **Che cos'è il diabete e quante forme ne esistono?**

Il diabete mellito è una malattia cronica caratterizzata da un aumento dei livelli di zucchero nel sangue (la cosiddetta "glicemia"). Questo accade perché l'organismo non riesce a produrre o a utilizzare correttamente l'insulina, l'ormone che regola l'ingresso del glucosio nelle cellule. L'insulina funziona come una "chiave": apre la porta delle cellule e permette al glucosio di entrare per essere usato come energia. Quando questo meccanismo non funziona, il glucosio rimane nel sangue e i suoi livelli aumentano. Le forme più comuni sono il diabete di tipo 1 e il diabete di tipo 2. Il diabete di tipo 1 è una malattia autoimmune che si manifesta soprattutto nei bambini e nei giovani adulti: in questo caso il corpo attacca le cellule del pancreas che producono insulina. Il diabete di tipo 2, invece, si sviluppa più spesso in età adulta e dipende da una combinazione di insulino-resistenza (le cellule diventano «meno sensibili» all'insulina e fanno più fatica a usarla per far entrare lo zucchero) e ridotta produzione di insulina. Esiste anche il diabete gestazionale, che compare in gravidanza, e un gruppo di forme più rare legate a cause genetiche o a patologie del pancreas. Inoltre, si parla sempre più spesso di prediabete, una condizione in cui i livelli di glucosio sono più alti della norma ma non ancora tali da definire un vero diabete: una fase che può protrarsi a lungo e che, in alcuni casi, evolve con il tempo verso il diabete vero e proprio. Nelle fasi iniziali del diabete di tipo 2 alcuni cambiamenti dello stile di vita possono favorire una remissione della malattia, cioè un ritorno a valori normali di glicemia anche in assenza di farmaci. I clinici preferiscono il termine "remissione" a "guarigione", perché la durata di questa condizione e la possibilità di ricaduta non sono ancora del tutto prevedibili.

### **Ma allora perché si pensa che il diabete sia una malattia da anziani?**

Con l'invecchiamento si riduce l'efficienza del metabolismo degli zuccheri e aumenta la prevalenza di fattori di rischio come sedentarietà, sovrappeso, ipertensione e colesterolo elevato. Per questo il diabete di tipo 2 è più frequente dopo i 65 anni. Tuttavia negli ultimi decenni è stato osservato un aumento dei casi tra bambini, adolescenti e giovani adulti, spesso associato all'aumento di obesità e abitudini alimentari scorrette fin dall'infanzia. In età pediatrica, inoltre, il diabete di tipo 2 tende



a manifestarsi con quadri più aggressivi e una progressione più rapida verso le complicanze rispetto agli adulti.

### **Come si riconosce il diabete e quali sono le complicanze se non si tratta?**

Nelle fasi iniziali, soprattutto nel diabete di tipo 2, i sintomi possono essere assenti. Quando presenti includono sete intensa, bisogno frequente di urinare, stanchezza marcata, calo ponderale non spiegato, visione offuscata e infezioni frequenti o difficoltà nella guarigione delle ferite. In presenza di questi segnali è opportuno consultare il medico di famiglia per eseguire un controllo della glicemia. Anche in assenza di sintomi è consigliabile monitorare periodicamente i valori quando sono presenti fattori di rischio come sovrappeso, familiarità o ipertensione. Il diabete è una malattia che non va sottovalutata. Se non viene controllato, può danneggiare diversi organi. Il cuore e i vasi sanguigni possono essere colpiti, aumentando il rischio di infarto e ictus. Gli occhi possono sviluppare una retinopatia che, se trascurata, porta alla perdita della vista. I reni possono perdere progressivamente la loro funzione, fino alla necessità della dialisi. Anche il sistema nervoso può risentirne, con formicolii, dolori o perdita di sensibilità, in particolare ai piedi, che a loro volta possono andare incontro a ulcere difficili da curare. Per questo è essenziale una diagnosi precoce e un trattamento continuativo.

### **Cosa posso fare per ridurre il rischio di diabete?**

Prevenire il diabete di tipo 2 è possibile e dipende in buona parte dalle nostre scelte quotidiane. Seguire una dieta equilibrata, ricca di verdure, legumi, cereali integrali e povera di zuccheri e grassi saturi, è un primo passo. Fare regolare attività fisica, anche solo camminando ogni giorno, aiuta a mantenere un peso sano e migliora l'efficacia dell'insulina. È importante anche evitare il fumo e limitare il consumo di alcol. Anche una perdita di peso modesta, pari a circa 4-6 kg, può avere un impatto significativo sui livelli glicemici e sul rischio metabolico. Se si hanno già fattori di rischio come la familiarità o la pressione alta, è opportuno monitorare periodicamente la glicemia e confrontarsi con il proprio medico di famiglia per individuare il percorso di prevenzione più adatto.

*Leggi la scheda integrale sul sito [dottoremaeveroche di Fnomceo](#)*

**Campus Bio-Medico, a Ostiense e Eur****Due ambulatori nel 2027**

**D**ue nuovi Medical Center della Fondazione Policlinico universitario Campus Bio-Medico apriranno nel 2027 a Roma nei quartieri Eur-Torrino e San Paolo. L'obiettivo «è potenziare l'offerta sanitaria in due aree strategiche della Capitale», ha detto il presidente della Fondazione Carlo Tosti. Il poliambulatorio all'Eur-Torrino aprirà in via Amsterdam, vicino la via Pontina e la via del Mare: si svilupperà su oltre 2.000

metri quadrati su due piani. Sarà dotato di 32 ambulatori specialistici, un ambulatorio chirurgico e ambienti per la diagnostica per immagini (con tra l'altro risonanza magnetica, ecografia, mammografia, radiografia e Moc). Il poliambulatorio in zona San Paolo, invece, aprirà in via Ostiense, a pochi passi dalla Basilica di San Paolo fuori le mura: si estenderà su 4 piani e sarà focalizzato su check-up personalizzati e medicina preventiva, con 16 ambulatori specialistici,

un ambulatorio chirurgico e una dotazione di diagnostica avanzata con risonanza magnetica, Tac, mammografia, Moc e 4 stanze per le ecografie, oltre a un punto prelievi.



**RICERCA E MEDICINA**

Nel 2027 al via a Roma due nuovi Medical Center nei quali si uniranno innovazione e umanizzazione delle cure

# «Più tecnologia al servizio dei territori»

*L'ad Sormani spiega la filosofia degli investimenti del Policlinico Campus Bio-Medico*

**LEONARDO VENTURA**

... «Vogliamo estendere la nostra rete di prossimità sul territorio con strutture moderne e avanzate, ma anche essere vicini alle persone attraverso un modello di assistenza in grado di unire innovazione e umanizzazione delle cure. È questa la visione che guida ogni nostro progetto». Parola di Paolo Sormani, amministratore delegato e direttore generale della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, che ha annunciato l'apertura di due nuovi Medical Center a Roma nel 2027.

**Partiamo dal nuovo poliambulatorio che aprirete a San Paolo. Su cosa sarà focalizzato?**

«Si concentrerà soprattutto su medicina preventiva, benessere e longevità, con un'offerta ambulatoriale e diagnostica di alto livello e tecnologicamente avanzata. Sorgerà in via Ostiense, a pochi passi dalla Basilica di San Paolo fuori le mura e dalla fermata della metropolitana B e restituirà al quartiere una struttura moderna, funzionale e accogliente».

**Una struttura che offrirà quasi esclusivamente prestazioni in regime di privato sociale, non è così?**

«Certamente, a San Paolo lavoreremo in pratica quasi solo in Tariffa Amica, la nostra iniziativa di privato sociale che consente di effettuare visite ed esami a prezzi calmierati, mantenendo standard qualitativi elevati. L'obiettivo è offrire a un

numero sempre maggiore di famiglie la possibilità di accedere in tempi rapidi a percorsi sostenibili di prevenzione e cura, senza rinunciare alla qualità e alla professionalità che contraddistinguono il nostro Policlinico Universitario».

**L'altro Medical Center che aprirete dove sorgerà?**

«Nel quartiere Eur Torrino dove i cittadini potranno trovare un presidio moderno, facilmente raggiungibile e dotato delle più avanzate tecnologie mediche. Parliamo di più 2.000 metri quadrati di spazio, con 32 ambulatori, un ambulatorio chirurgico e un punto prelievi, oltre a un'ampia dotazione per la diagnostica per immagini».

**I due nuovi poliambulatori come si inseriscono nella vostra strategia di crescita?**

«Sono progetti che nascono dalla volontà di continuare a coniugare qualità clinica e attenzione alla persona, come ci ha insegnato il nostro fondatore, il beato Álvaro del Portillo. Vogliamo che ogni centro sia un luogo di fiducia, accoglienza e continuità nell'assistenza, in cui la dignità del paziente sia sempre al centro. In una formula: un'unica missione, più luoghi di cura».

**Il Policlinico Universitario di Trigoria in questo contesto che ruolo svolge?**

«Resterà naturalmente il nostro asse centrale, dove continueranno a concentrarsi le attività in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e quelle a maggiore com-

plexità clinica, oltre alla ricerca medica e alla formazione dei professionisti del futuro. I Medical Center rappresentano la naturale estensione di questo modello».

**In che modo?**

«Ai poliambulatori già attivi di Porta Pinciana e Longoni e al Centro per la Salute dell'Anziano si aggiungeranno quelli di San Paolo ed Eur Torrino, con lo scopo di costruire una rete di prossimità sempre più ampia e connessa. Tutte le strutture operano in rete con il Policlinico per garantire una piena integrazione tra ospedale e territorio e accompagnare il paziente lungo tutto il percorso di cura, dal primo contatto al trattamento specialistico più avanzato».

**E l'innovazione tecnologica?**

«È uno dei driver di sviluppo fondamentali che ci guida, a cui dedichiamo le maggiori risorse anche grazie alla nostra natura no profit che ci porta a investire tutti gli utili sulle persone e le migliori tecnologie».

**Ad esempio?**

«Penso all'imaging di ultima generazione, con risonanza magnetica 3 Tesla, ma anche al potenziamento dell'area della radioterapia oncologica con l'introduzione di un nuovo acceleratore lineare adattativo con Tac incorporata, in grado di adeguare in tempo reale il trattamento al profilo del paziente. È un esempio concreto di come la tecnologia possa davvero migliorare la sicurezza e l'efficacia delle cure. Allo stesso tempo investiamo nella digitalizzazione dei processi clinici, nella chirurgia robotica e nell'Intelligenza Artificiale, che sta aprendo nuove importanti prospettive nella diagnostica e nella personalizzazione degli interventi».



**Tecnologia e sanità** Nella foto a sinistra Paolo Sormani ad di Policlinico Campus Bio-Medico; sopra la sede di Trigoria del Policlinico Campus Bio-Medico

