

**16 giugno 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**





Servizio Sanità religiosa

## **Ospedali classificati, firmato il contratto per i dirigenti medici: “Risultato positivo, ma restano gli ostacoli”**

Appena sottoscritto l'accordo definitivo per l'applicazione del Ccnl tra Aris, l'Associazione religiosa Istituti socio-sanitari, e Anmirs, l'Associazione nazionale medici Istituti religiosi spedalieri

*di Giovanni Costantino\**

13 giugno 2025

Dopo oltre vent'anni siamo finalmente giunti al traguardo di un nuovo Contratto nazionale **Aris**/Anmirs per la dirigenza medica degli Ospedali Classificati. La ratifica dell'ipotesi di intesa 2016/2018 è divenuta realtà nonostante i diversi ostacoli dovuti soprattutto all'assenza di idonee coperture da parte delle Istituzioni competenti. Più volte l'Aris ha segnalato che il principio contenuto nel Dlgs 502/1992, secondo cui il sistema remunerativo della sanità accreditata deve essere correlato anche ai costi della produzione (primo tra tutti quello del lavoro), non viene applicato da molto tempo, cosicché le strutture private si trovano nella condizione di incrementare la retribuzione dei propri collaboratori senza poter contare su idonei adeguamenti delle proprie entrate.

L'incoerenza di tutto questo è ancora più evidente se si guarda all'ospedalità classificata, la quale, sebbene consustanziale al Servizio sanitario nazionale (come ribadito più volte dalla Cassazione, da ultimo nel 2024), non è affatto parificata alla sanità pubblica sotto il profilo economico, soggiacendo peraltro, secondo le più recenti pronunce dei Giudici amministrativi, alla disciplina dei budget al pari di tutte le strutture accreditate. Dopo tanti anni, tale prassi non è più sostenibile e, per questo, è necessaria una profonda riforma del sistema.

La ratifica, quindi, ha richiesto un grande senso di responsabilità da parte dell'Aris, ed è stata facilitata dal ruolo proattivo di molte strutture associate che, in questi anni, hanno trovato soluzioni per anticipare, in tutto o in parte, gli effetti del nuovo contratto, stipulando intese decentrate che sono state recepite nel verbale di accordo nazionale dello scorso 11 giugno. Certo, le criticità che hanno impedito sinora la ratifica non possono dirsi superate. Per tale ragione, non sono stati riconosciuti arretrati ed è stato previsto, a favore delle strutture, un periodo di 12 mesi per adeguarsi ai nuovi valori contrattuali, nell'auspicio che in questo intervallo le parti riescano congiuntamente a sensibilizzare le istituzioni.

Tra le tante novità, degne di nota le modifiche introdotte alla disciplina dell'esclusività del rapporto e alle modalità di opzione per tale regime, la rimodulazione degli incarichi (con l'introduzione degli incarichi di altissima specialità) e la previsione di specifiche tutele per le ipotesi di licenziamento ingiustificato. Dal punto di vista economico, il nuovo Ccnl avvicina

significativamente i livelli economici dei medici degli ospedali classificati a quelli dei colleghi del SSN, prevedendo un incremento medio del 15% circa, con rivisitazione e aggiornamento dell'intera struttura retributiva.

Ampia valorizzazione è stata, inoltre, riconosciuta alla contrattazione di secondo livello, a cui è stata demandata la disciplina di diversi istituti, tra i quali il servizio di guardia, la retribuzione di posizione variabile e la retribuzione di risultato, con possibilità quindi di modulare, a livello locale, le singole fattispecie, tenuto conto delle differenti esigenze e delle situazioni contingenti delle strutture. Soddisfazione, dunque, delle parti sociali per aver raggiunto l'accordo, frutto evidente della necessità di contemperare le due differenti esigenze di valorizzazione del personale medico e di sostenibilità dei relativi oneri per gli ospedali classificati, entrambe essenziali per la tenuta del Ssn.

\* *Giuslavorista e capodelegazione Aris (Associazione Religiosa Istituti Socio Sanitari)*

Home » Nuovo contratto per i medici dell'ospedalità classificata

## Nuovo contratto per i medici dell'ospedalità classificata

*Un risultato corale che premia il lavoro di tutti e manifesta ancora una volta il senso di responsabilità dell'Associazione.*

Medici dell'ospedalità classificata

13 Giugno 2025 Dalle Professioni Luigi Pio Berliri



*«La decisione di ratificare l'ipotesi d'intesa per la dirigenza medica dell'Ospedalità classificata dimostra ancora una volta il grande senso di responsabilità e la ferma volontà dell'Aris di continuare a*

*cooperare, come sempre ha fatto, per garantire il diritto alla salute dei cittadini, fornendo, tramite le proprie strutture, un fondamentale contributo al Servizio Sanitario Nazionale».*

Queste le dichiarazioni di **Giovanni Costantino**, Capodelegazione **Aris** (Associazione Religiosa Istituti Socio Sanitari), a margine dell'incontro sindacale dell'11 giugno 2025, durante il quale è stato sottoscritto l'accordo definitivo per l'applicazione del ccnl Aris/Anmirs.

*«Il nuovo contratto nazionale – prosegue Costantino – contempera due differenti esigenze, entrambe essenziali per la tenuta del sistema, e cioè valorizzare adeguatamente il personale medico senza pregiudicare le condizioni di sostenibilità degli ospedali».*

*«Siamo soddisfatti del risultato raggiunto – conclude il Capodelegazione **Aris** – che consente di riaffermare la centralità della contrattazione nazionale, pur recependo le intese già raggiunte a livello locale. Tuttavia, le criticità che hanno impedito sinora la ratifica non possono dirsi superate. Per tale ragione, non sono stati riconosciuti arretrati ed è stato previsto, a favore delle strutture, un periodo di 12 mesi per adeguarsi ai nuovi valori contrattuali, nell'auspicio che in questo intervallo le parti riescano congiuntamente a sensibilizzare le Istituzioni».*

**Ufficio stampa Costantino&partners**



# la Repubblica



Fondatore  
**EUGENIO SCALFARI**

Direttore  
**MARIO ORFEO**



**R**ultura  
Il caso del falso Rubens  
alla National Gallery  
di **ENRICO FRANCESCHINI**  
a pagina 31

**R**spettacoli  
Cremonini a San Siro  
"Io, artista dell'oggi"  
di **ANDREA SILENZI**  
a pagina 34



Lunedì  
**16 giugno 2025**  
Anno 52 - N° 23  
Oggi con  
**Affari&Finanza**  
In Italia **€1,90**

## Putin mediatore, scontro al G7

Trump non esclude gli Usa in guerra ma chiede alla Russia di trattare la pace. Macron contrario, scettici gli alleati

Pioggia di fuoco dall'Iran su Israele. Gli ayatollah bucano l'Iron Dome con il super missile "Soleimani"

Netanyahu: abbiamo eliminato i vertici dei pasdaran e dell'intelligence. Khamenei in un bunker con la famiglia

Continua la pioggia di fuoco sulle città israeliane, ma il premier Netanyahu afferma di avere eliminato i vertici dei pasdaran. Donald Trump non esclude l'ingresso in guerra, ma chiede a Putin di mediare per la pace. L'Europa è scettica.  
di **CIRIACO, COLARUSSO, DI FEO, LOMBARDI, MASTROLILLI, TITO e TONACCI**  
a pagina 2 a pagina 11

### Il declino dell'ordine mondiale

di **PAOLO GENTILONI**

Le scie dei missili e le esplosioni nei cieli di Teheran e Tel Aviv cancellano le ultime speranze sulla presidenza Trump come presidenza di pace. "Fermò le guerre", da Gaza all'Ucraina, aveva promesso il presidente interpretando la spinta di una parte del suo mondo maga: fermare le guerre sarebbe in effetti il modo migliore per coltivare le pulsioni isolazioniste di America first, e anche per assicurarsi affari e guadagni. Purtroppo però le cose non potevano che andare in senso opposto.  
a pagina 16

### Ebadi: "Insorga il popolo perché il mio Paese torni libero"

di **ANTONELLO GUERRERA** a pagina 9

### Kepel: "L'Europa sarà la vittima del Medio Oriente diviso"

di **ANAIAS GINORI** a pagina 12



la Repubblica  
DALLE **2025**  
**IDEE**

**L'ANALISI**  
di **CONCITA DE GREGORIO**

### Quelle vite invisibili nella società della diffidenza

La società dell'impotenza. Quella in cui hai la certezza, non la sensazione ma la certezza di non poter fare nulla per evitare la catastrofe. Che vedi, ce l'hai di fronte. Sia una colonna di fumo che si alza dalle macerie dei paesi in guerra, nelle incessanti immagini in tv. Sia una bambina che piange sotto casa tua, nel tuo quartiere, una donna con lo sguardo basso che non parla, un uomo che la tiene per un braccio e dice "sono mie": mia moglie, mia figlia. Pronomi di possesso. Donne senza nome.  
a pagina 16

### Repubblica delle Idee gran finale da record

alle pagine 14, 15, 32 e 33

24 ore di Le Mans Ferrari nella storia terza vittoria di fila



di **MAURELLI**  
a pagina 39

La nazionale riparte con Gattuso ct la scelta che divide



di **CROSETTI e CURRÒ**  
alle pagine 36 e 37

**L'ENERGIA PER SENTIRSI TOSTI!**

**SUSTENIUM PLUS 50+**  
ENERGIA FISICA E MENTALE  
16 bustine

**SUSTENIUM PLUS 50+**  
ENERGIA FISICA E MENTALE  
15 bustine

BUSTINE FLACCONI

**FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+ CON VITAMINA B12**

Gli integratori alimentari non vanno intesi come sostituti di una dieta varia, equilibrata e di uno stile di vita sano.

**M. MENARINI**

**MAPPE**  
di **ILVO DIAMANTI**

### Leone XIV un riferimento per tutti

È trascorso poco più di un mese da quando papa Leone XIV è stato eletto pontefice. Il secondo di origine americana, dopo Francesco. Ma il primo proveniente dagli Usa. Robert Francis Prevost è nato a Chicago 70 anni fa. Al momento della nomina il grado di fiducia nei suoi riguardi, secondo Demos, era il 60%. Non dissimile a quello verso papa Francesco nell'ultimo periodo della sua vita.  
a pagina 25

# CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62521  
Roma, Via Compostella 50-C - Tel. 06 6882821

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 63737310  
mail: servizioclienti.corriere.it



**Gravina: scelto un simbolo**  
Nasce la Nazionale di Gattuso  
con una missione Mondiale  
di **Alessandro Bocci** e **Paolo Condò**  
a pagina 41



**Dopo 16 anni**  
Antonelli riporta  
l'Italia sul podio  
di **Sparisci** e **Terruzzi**  
a pagina 43



**VALLEVERDE**

**Iran** La crisi arriva al G7. Meloni vede Starmer e Merz

## Trump: «Putin può mediare» Il giallo del veto su Khamenei

Nuovi raid. Netanyahu: civili uccisi, la pagherete  
Fiamme intorno alla centrale nucleare di Fordow

### MALAFEDE E INGENUITÀ

di **Antonio Polito**

Quelli che Netanyahu è un pazzo guerrafondato ad attaccare l'Iran, ma Putin le sue ragioni ce l'aveva per invadere l'Ucraina, sono un esempio di contraddizione logica ed etica purtroppo alquanto di successo nel disorientato discorso politico nostrano. Meritano una confutazione non tanto e non solo per amor di polemica, ma anche e soprattutto perché rivelano una delle (molte) ragioni della debolezza intrinseca della nostra politica estera. Lasciamo un attimo da parte il giudizio personale su questi due leader, l'israeliano e il russo, che stanno usando la forza militare per raggiungere uno scopo politico nazionale. Anche se un confronto rivelerebbe molte somiglianze. Oggi nelle piazze il premier israeliano viene condannato come «genocida» o, nel migliore dei casi, autore di una «pulizia etnica» a danno dei palestinesi.

continua a pagina 32

Ancora raid su Teheran e missili contro Israele. Il conflitto nell'agenda del G7 in Canada. Washington è contraria all'uccisione di Khamenei e propone Putin come mediatore.

da pagina 2 a pagina 13

### GIANNELLI



### IN PRIMO PIANO

REGIME CHANGE

### Una Storia di fallimenti

di **Lorenzo Cremonesi**

a pagina 32

PORTOLANO, CAPO DISTATO MAGGIORE

### «Contenere il conflitto»

di **Rinaldo Frignani**

a pagina 9

### In guerra Vita nelle città tra razzi e bombe



### I grattacieli, i villaggi arabi: chi sono le vittime



### Senza rifugi, in fuga: sotto il cielo di Teheran

di **Fratini, Mazza, Privitera e Serafini** alle pagine 236 e 1011

### IL RISIKO BANCARIO

### Mediobanca, slitta l'assemblea per il sì all'offerta su Generali

di **Federico De Rosa** e **Daniela Polizzi**

L'eda di Mediobanca ha scelto di rinviare al 25 settembre l'assemblea per dare il via libera all'Ops su Banca Generali. I voti a favore, ma forse non sufficienti a sostenere il progetto, hanno convinto i manager della banca a fare slittare la conta.

a pagina 16

### DATAROOM

### Emissioni di CO<sub>2</sub>: auto a confronto

di **Milena Gabanelli** e **Rita Querze**

L'12% delle emissioni di CO<sub>2</sub> nel mondo, pari ogni anno a 8 miliardi di tonnellate, è dovuto ai trasporti, di cui il 45% è prodotto da auto, moto e autobus. Per ridurre, l'UE, con un regolamento votato a maggioranza, ha puntato sull'elettrico e bloccato la produzione del motore endotermico a partire dal 2035. Tecnologie a confronto e i vantaggi dell'elettrico.

a pagina 19

### UNA MAXIMA IN TRENO

### «Quel passeggero sfiorato e le urla contro mio figlio»

di **Matilde Daverio**

Mio figlio ha sfiorato inavvertitamente un passeggero sul treno e ha scatenato una reazione inconsueta. Con urla e impropri. Nonostante le scuse del bimbo. Viaggio con i miei due figli di 6 e 7 anni sul treno che da Roma ci stava portando a Milano.

a pagina 25

### ULTIMO BANCO

di **Alessandro D'Avenia**

David Foster Wallace ha scritto che veder giocare Roger Federer era un'esperienza religiosa, cioè l'esperienza del sacro, che è quando la vita da e dice se stessa, una densità di realtà capace di farci esistere di più. Il sacro infatti dà fondamento, senso e valore al vivere, perché noi non ci diamo la vita da soli. Essere religiosi non è primariamente aderire alle credenze storiche che strutturano il sacro in miti, riti e regole, ma essere umani, cioè aver bisogno di una vita significativa e autentica, che resiste alla morte e alla noia. Nessuno può vivere senza il sacro, e tutti traduciamo in miti, riti e regole, ciò che riteniamo dia vita: senso, valore e stabilità all'esistenza. Domandare in chi o cosa credi è chiedere chi e cosa ti rende reale. Come facevano

### Essere reali



gli antichi con divinità come Giustizia o Vendetta, ciascuno di noi attribuisce la maiuscola agli dèi per cui è disposto a far «sacrifici»: Lavoro, Bellezza, Potere, Salute, Famiglia, Denaro, Popolo, Successo, Conoscenza... e naturalmente Sport (essere esclusi dai Mondiali è un «sacrificio» che ha richiesto il «sacrificio» di un uomo). Wallace lo sa e intitola *Roger Federer come esperienza religiosa* le pagine da inviato del New York Times a Wimbledon 2006: il tennis dell'atleta svizzero manifestava un altro mondo. Dopo la recente finale del Roland-Garros, vinta in quasi sei ore da Alcaraz, vado oltre: «Janik Sinner come esperienza di salvezza». Perché? Proprio perché è il numero uno ad aver perso.

continua a pagina 31

**PRINCIPIUM**  
BIOS LINE

MILIONE  
BREVETTO  
N° EP252764  
ESCLUSIVO

**MAGNESIO COMPLETO**

4 fonti di Magnesio per un'azione completa

In Farmacia, Parafarmacia ed Erboristeria. [principiumlife.com](http://principiumlife.com)

50816  
9 771720 468908  
Foto: Massimo Sestini/Ansa - DL 20/09/2001/Cons. L. 482/2001 art. 1, c. 1, 1° comma

IL PIANO

Cottarelli: "Pnrr, troppi ritardi l'ultima rata ora è a rischio"

PAOLO BARONI - PAGINA 23

SPECIALE ECONOMIA



L'INCHIESTA

Si allarga la fetta d'Italia che fa prestiti per le ferie

ANNA MARIA ANGELONE - PAGINA 25



IL DIBATTITO

Venezia e le nozze di Bezos non si difende così un tesoro

ASSIANEUMANN DAYAN - PAGINA 29

1,90€ II ANNO 159 II N.164 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

LUNEDÌ 16 GIUGNO 2025

QUOTIDIANO FONDATO NEL 1867



www.acquoeva.it



DECINDEI NUOVE VITTIME SUI DUE FRONTI. LA CASA BIANCA APRE A PUTIN MEDIATORE, IL NODI MACRON. LA PREMIER ITALIANA: "VEDIAMO"

## Usa pronti a intervenire in Iran

Trump: "Possibile coinvolgimento. Ci sarà presto la pace". Giallo sul veto a uccidere Khamenei

L'ANALISI

Se il conflitto diventa terrorismo di Stato

MASSIMO CACCIARI

La crisi degli equilibri internazionali e delle culture politiche che hanno comunque retto l'Occidente nel corso del secondo dopoguerra si sta ormai manifestando così radicalmente da doverci indurre a considerazioni che vanno ben oltre gli avvenimenti attuali, per quanto tragici, e il giudizio sui loro protagonisti, per quanto detestabili ci appaiano.

Possano le potenze statuali che oggi si confrontano raggiungere una politica di pace? Non intendo il "pacifismo" idea regolativa, che vorrebbe metter fuori legge la guerra, bensì la concreta costruzione di una rete di patti e regole, che ogni Stato può sancire nel proprio assetto istituzionale, rendendola così positiva. Questa linea di condotta, che era emersa dopo il 1945 come l'unica perseguibile se si volevano evitare nuove catastrofi, sembra oggi respinta da tutti i principali attori. Sembra che solo dal campo di battaglia si debba attendere la decisione dei conflitti. Si prepara la guerra per farla o continuare a farla. E la guerra perde ogni retta intenzione, quella di risolvere una contesa determinata, per divenire un mezzo di pura e semplice eliminazione del nemico. - PAGINA 10



Tutti i morti che non vediamo

ELENA LOEWENTHAL - PAGINA 29

Non si può dimenticare Gaza

MARTINA MARCHIO - PAGINA 8

La disperazione di una famiglia di iraniani dopo un attacco a Teheran. DEL GATTO, DE MELO, LOMBARDO, MAGRI, SEMPRINI, SIMONI - PAGINE 2-7

IL RACCONTO

Quando l'arte supera il rumore delle bombe

MAURIZIO MAGGIANI

Vorrei raccontarvi una storia di musica e di musicisti, in verità una storia di guerra, una grande storia di una terribile guerra, ma che altro si può dire oggi? - PAGINA 11

IL CASO

Donald, le parate e le scelte scomode

STEFANO STEFANI

La guerra fra Israele e Iran si inasprisce e intensifica sui due versanti. Il nodo è venuto al pettine. Gerusalemme ha bisogno degli Usa per portare a termine il lavoro. - PAGINA 28

I COMMENTI

Ménya boccia il G7 "Intesa impossibile"

DANILO CECCARELLI - PAGINA 5

Se Meloni riscopre la politica in casa

ALESSANDRO DE ANGELIS - PAGINA 28

L'INTERVISTA

Ebadi: l'obiettivo siano gli ayatollah

FRANCESCA PACI

Se fosse ucciso Khamenei «la gente festeggerebbe. Ma questo è il punto: perché Israele non punta alla guida suprema?» si chiede l'iraniana Premio Nobel per la pace. - PAGINA 7

IL CODICE PENALE

Quei 400 anni di carcere in più

IRENE FAMA

Dai rave party al decreto sicurezza. Le modifiche introdotte prevedono da 40 a 200 anni di carcere in più. - PAGINA 15

L'ITALIA HA UN NUOVO CT

## Ringhio azzurro, via all'era Gattuso

GIULIA ZONCA

Nel tempo, i soprannomi perdono definizione e acquistano valore. Rino Ringhio Gattuso non risponde più alla fotografia dell'irascibile passionario che deve esternare il fastidio, vissuto sempre come ingiustizia, ma risponde alla passione che ci sta dietro. È per questo è stato chiamato a guidare l'Italia travolta dalla paura: lui non ne ha. - PAGINA 34/35



IL PERSONAGGIO

Gli 80 anni di Merckx "Io, Gimondi e l'Italia"

DANIELA COTTO

L'italiano è sempre fluente, la voce ferma e le idee chiare. Eddy Merckx il "Cannibale" domani festeggia 80 anni. - PAGINA 21

**RACETIME 24**  
LUXURY WATCHES

OROLOGI D'ALTA GAMMA  
DEI MARCHI PIÙ PRESTIGIOSI

TORINO - c.so Vittorio Emanuele II, 36  
E-mail: racetime24@gmail.com  
Tel: +39 011 9942802 - Cell: +39 348 2633276  
racetime24.com



€ 1,40\* ANGIUST AP 154  
ISSN 1120-3890 con L. 480/2001 art. 1 c. 20/b

# Il Messaggero

NAZIONALE



Lunedì 16 Giugno 2025 • S. Aureliano

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su **IL MESSAGGERO.IT**

### Dominio nella 24 Ore

#### Le Mans tutta rossa triplete Ferrari

Fl, Antonelli terzo

Ursicino nello Sport



### Nello staff entra Bonucci

#### Gattuso ha firmato «Azzurri, ritroviamo lo spirito del 2006»

Angeloni nello Sport



### La reunion più attesa

#### Oasis, tutti pazzi per i Gallagher

Tour da record

Marzi a pag. 21



### L'editoriale

#### LE DIVISIONI INTERNE UN AUTOGOL PER L'ITALIA

Alessandro Campi

La debolezza o poca incisività dell'Italia sulla scena internazionale, nonostante l'attivismo politico-mediativo di Giorgia Meloni, e il mantra polemico dell'opposizione, continuamente ripetuto dai suoi esponenti nelle aule e nelle dichiarazioni pubbliche con un tono che dietro un'apparenza di rammarico e preoccupazione sembra invece nascondere un compiacimento che non si fatica a definire politicamente irresponsabile e, nessuno si offenda, oggettivamente anti-patriottico.

Ammessi sia vero che l'Italia conti poco (la realtà è che, nella sua qualità di media potenza, essa continua a pesare a livello diplomatico-militare quel che ha sempre pesato nei decenni precedenti, a prescindere dal colore dei suoi esecutivi), viene da chiedersi quanto la sua eventuale scarsa autorevolezza odierna - in una fase del mondo a dir poco convulsa - dipenda anche dal fatto che il governo attualmente in carica, oltre a dover scontare diverse divisioni interne in tema di relazioni internazionali, ha dinanzi a sé una minoranza parlamentare che sulle stesse materie ha posizioni, al contempo, confuse, ambigue, strumentali e sempre polemicamente contrarie, su ogni singola questione, a quelle espresse e perseguite dal centrodestra.

Quale incidenza sulla scena globale può in effetti avere un Paese nel quale le forze politiche maggiori manifestano visioni molte divergenti se non inconciliabili - per ragioni ideologiche, ma più spesso per motivi meramente tattici e strumentali - dell'ordine internazionale?

Continua a pag. 16

## L'Iran trema, fuga da Teheran

► Nella capitale non ci sono rifugi per i civili: oltre 400 morti per i bombardamenti israeliani Trump: «Non colpite Khamenei». Ma Netanyahu: nessun veto Usa, ucciso il capo dei pasdaran

Tentazione Inter: scambio Frattesi-Rovella



### Sarri: «Lazio, bello ritrovarci insieme

#### Che sfida con Gasp»



Maurizio Sarri tornato sulla panchina della Lazio

Abbate nello Sport

ROMA Teheran sotto assedio e senza rifugi, oltre 400 morti sotto le bombe israeliane. Trump a Netanyahu: «Non colpite Khamenei». Pierantozzi, Sabadin, Sciara, Ventura e Vita da pag. 2 a pag. 7

Impedito il voto degli azionisti, l'ombra del conflitto di interessi



### Mediobanca rinvia su Banca Generali

#### Ora Nagel sente l'odore della sconfitta

Andrea Bassi

A pochissime ore da un'assemblea che, con altissime probabilità avrebbe determinato la loro sconfitta, Alberto Nagel e un gruppo di consiglieri di Mediobanca hanno deciso di salvare se stessi rinviando

al 25 settembre l'assemblea per l'approvazione dell'offerta pubblica volontaria di scambio su Banca Generali. In palese conflitto di interessi Nagel ha preferito ignorare quello che sarebbe stato il voto degli azionisti per evitare le dovute dimissioni.

A pag. 11

## «Così l'uomo di Villa Pamphilj provò ad agganciarmi in Centro»

► Il racconto di una ragazza: l'incontro dopo il ritrovamento dei due corpi

Camilla Mozzetti  
Federica Pozzi

cadaveri di quelle che presentava come sua moglie e sua figlia erano stati scoperti da neanche 24 ore, a poca distanza l'uno dall'altro, a Villa Doria

Pamphilj, ma Rexal Ford girava per il centro di Roma, alla ricerca di una delle terrazze panoramiche della città per girare un film e, perché no, per trovare qualche donna da agganciare. La rivelazione di una ragazza.

A pag. 14

Dopo la morte del bandito, effetto Di Sicurezza

### Carabiniere ucciso, lo Stato pagherà le spese legali degli agenti indagati

Valeria Di Corrado

Saranno i primi a usufruire della tutela legale "rafforzata" prevista dal nuovo decreto sicurezza, i due poliziotti indagati dalla procura di Trapani per omicidio colposo. Giovedì scorso

hanno sparato e ucciso in un conflitto a fuoco il 59enne Michele Mastropietro, ritenuto l'autore dell'uccisione, avvenuta poche ore prima a Francavilla Fontana, del brigadiere capo dei carabinieri Carlo Legrottaglie.

A pag. 15

### Studio della Cattolica

#### Giovani e politica «Sfiducia nei partiti conta l'ambiente»

Valentina Pigliautile

I giovani e la politica: il clima al primo posto, la sfiducia nei partiti. Lo dice l'ultimo Rapporto giovani, l'indagine realizzata da Ipsos, e promossa dall'Osservatorio Giovani dell'Istituto Toniolo in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore e il sostegno di Fondazione Cariplo. I temi ambientali quelli che più interessano, le guerre sono all'ultimo posto. Nelle istituzioni, i più "affidabili" sono i sindacati.

A pag. 13

**SUSTENIUM PLUS 50+**  
ENERGIA FISICA E MENTALE

**SUSTENIUM PLUS 50+**  
ENERGIA FISICA E MENTALE

**L'ENERGIA PER SENTIRSI TOSTI!**

BUSTINE FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+ CON VITAMINA B12

FLACCONCINI

Gli integratori alimentari non vanno intesi come sostituti di una dieta varia, equilibrata e di uno stile di vita sano.

Il Segno di LUCA

PESCI. SERVONO DECISIONI RAPIDE

Prima che Marto cambi segno domani e venga a trovarsi all'opposizione al tuo, usa l'energia che ti mette a disposizione nel lavoro per scavalcare ostacoli e convenzioni, facendo una mossa a sorpresa che potrebbe essere addirittura uno scacco matto. La rapidità è la chiave che hai a disposizione e che, unita alla capacità di applicare una logica insolita, ti apre delle opportunità alle quali finora non avevi avuto modo di accedere. MANTRA DEL GIORNO Anche l'irrazionale ha la sua logica.

L'oroscopo a pag. 16

\* Tardano con altri quotidiani (non segnalabili separatamente) nelle province di Palermo, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20. La domenica con Telemessaggero € 1,40. In Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport, Studio € 1,40. Nel Friuli, il Messaggero - Prima Piano. Multa € 1,50. costo previsto di Stato e Fisco, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport - Studio € 1,50. \* Passaggi ed escursioni nel Lazio - € 9,90 (Lazio)

# Sanità, diagnosi con l'IA gara Consip da 660 milioni

► Il progetto finanziato con il Pnrr: i medici potranno farsi assistere dall'algoritmo  
L'ad Reggiani: «Nel piano industriale investiamo sulle nuove tecnologie»

## IL CASO

ROMA L'intelligenza artificiale sta per fare ufficialmente il suo ingresso nella Sanità pubblica. Molto presto i medici che lavorano negli Ospedali e nelle altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale, potranno essere affiancati nelle loro diagnosi dagli algoritmi.

La Consip, la società pubblica nella quale sono centralizzati gli acquisti di tutte le amministrazioni, è pronta a lanciare nei prossimi giorni una maxi-gara per la «Sanità digitale - Data governance e Artificial Intelligence».

## MISSIONE 6

Si tratta del primo strumento nazionale per supportare le strutture sanitarie nella realizzazione di progetti di Data governance e intelligenza artificiale e che permetterà di garantire l'integrazione con la piattaforma nazionale di Intelligenza artificiale di Agenas, destinata soprattutto ai medici di famiglia, a supporto dell'assistenza

territoriale. La gara che sarà bandita da Consip nei prossimi giorni prevede un importo massimo stimato in 660 milioni di euro.

Si tratta di un progetto che rientra nella Missione 6 «Salute» del

Piano nazionale di ripresa e resilienza, nasce per sostenere gli investimenti nelle nuove tecnologie di governo dei dati e di intelligenza artificiale nel campo dell'assistenza sanitaria.

## ACCORDO QUADRO

La gara sarà basata su un accordo quadro multi fornitore che renderà disponibile l'accesso a servizi altamente innovativi che abilitano l'utilizzo dell'intelligenza artificiale nella cura dei pazienti con l'ausilio di algoritmi di supporto alle decisioni cliniche, quello che in gergo viene chiamato "Clinical decision support system". Si tratta di un sistema che permette di fornire raccomandazioni diagnostiche o terapeutiche in tempo reale attraverso l'analisi di grandi quantità di dati clinici. I benefici attesi dall'introduzione degli algoritmi di intelligenza artificiale sono molti, sia in termini di miglioramento della salute dei pazienti sia in termini di efficacia delle cure. «L'innovativa gara», spiega Marco Reggiani, amministratore Delegato e direttore Generale, a cui il

ministero dell'Economia ha affidato la guida della società da luglio dello scorso anno, «rientra nel nuovo Piano industriale 2025-2028 di Consip, che indirizza un percorso di complessivo riposizionamento - fondato su forti investimenti sulle persone e nelle nuove tecnologie».

## IL PROGRAMMA

Nel 2025 è proseguito il riposizionamento di Consip con la pubblicazione di oltre 60 nuove gare Ict e l'aggiudicazione di circa cinquanta procedure, con lo scopo di garantire un'offerta per la digitalizzazione in linea con esigenze delle amministrazioni e tecnologie di mercato.

Oltre alla sanità digitale sono in arrivo altri bandi che riguardano la cybersicurezza, un accordo quadro sulla digital transformation delle amministrazioni, e servizi applicativi cloud-native.

Complessivamente al 31 maggio scorso, in tutti gli ambiti merceologici di intervento, sono state pubblicate 24 iniziative per un importo massimo di gara di circa 18 miliardi di euro. Un trend destinato a incrementarsi alla fine del primo semestre con un importo previsto di circa 23 miliardi, in crescita di oltre il 200 per cento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SI TRATTA  
DEL PRIMO STRUMENTO  
NAZIONALE  
PER SUPPORTARE  
PROGETTI  
DI "DATA GOVERNANCE"**

**DALLA SOCIETÀ  
PUBBLICA  
NEI PRIMI SEI MESI  
DELL'ANNO  
BANDI PER QUASI  
23 MILIARDI**



# Liste d'attesa

## Arriva la start up per gestire con l'IA le prenotazioni

Il gruppo italiano Covisian lancia Medicx, società che mette insieme le oltre cinquemila strutture private convenzionate con 70 mila medici “Ma questa può essere una possibilità anche per il pubblico”

Valentina Arcovio

**L'**Intelligenza Artificiale sta ridefinendo il volto della sanità, promettendo efficienza, personalizzazione e una customer experience senza precedenti. Un esempio lampante di questa trasformazione arriva dal gruppo italiano Covisian, leader nelle soluzioni per la cu-

stomer experience, che con l'acquisizione di CUP Solidale e la nascita di Medicx, punta a diventare il punto di riferimento per l'innovazione nel settore healthcare, con ricadute significative tanto nel privato quanto nel pubblico.

L'acquisizione del 100% di CUP Solidale, la star-



tup guidata da Leonardo Aloï che ha sviluppato il primo aggregatore e comparatore web di servizi e prestazioni sanitarie private, segna un passo cruciale. La tecnologia di Covisian, basata sull'integrazione tra IA generativa e competenze umane, sarà ora al servizio di oltre 5.500 strutture sanitarie private, offrendo soluzioni rapide e personalizzate.

«Il nostro obiettivo è quello di diventare il punto di riferimento per la customer experience nel settore sanitario», dichiara Gabriele Moretti, presidente e fondatore di Covisian. «La nostra è l'unica tecnologia che mette le persone al comando dell'Intelligenza Artificiale, coniugando efficienza operativa e accessibilità: uno strumento indispensabile nella relazione con i clienti in ambiti critici come l'healthcare, perché consente a utenti di tutte le età di accedere con semplicità e sicurezza ai servizi», aggiunge.

Questa visione si concretizza nella costituzione di Medicx, la nuova società del Gruppo Covisian interamente dedicata al settore sanitario, sia pubblico che privato. Medicx nasce per innovare profondamente la customer experience in ambito healthcare, mettendo a sistema tecnologia proprietaria, Intelligenza Artificiale e competenze specialistiche per offrire soluzioni CX (customer experience) evolute, accessibili e realmente incentrate sui bisogni dei pazienti, delle strutture e degli operatori. L'obiettivo è rendere la relazione tra persone e servizi sanitari più semplice, efficiente e umana, contribuendo alla trasformazione digitale del settore.

In questa metamorfosi la sanità privata sta facendo da apripista, ma a trarne vantaggio potrebbe essere anche la sanità pubblica. «La nostra proposta non è competitiva, bensì complementare al servizio pubblico», afferma Giampaolo Stopazzolo,

chairman di Medicx e medico con una trentennale esperienza nel settore pubblico, secondo il quale in un momento in cui il sistema pubblico affronta sfide significative come le liste d'attesa, il sistema di prenotazioni privato di Medicx, con le sue 5.586 strutture convenzionate, 70.810 medici disponibili e oltre 53 milioni di disponibilità di prenotazioni giornaliere, rappresenta una risorsa preziosa. «Questa può essere una possibilità anche per il pubblico, da condividere in modo dinamico ed efficiente», specifica. «I nostri servizi, inoltre, sono adattabili a tutte le strutture pubbliche in quanto pensati e costruiti indipendentemente dal campo di utilizzo (pubblico o privato), ma solo in relazione all'efficienza del servizio sia verso l'utente che verso la struttura sanitaria erogante», aggiunge.

Tuttavia, gli ostacoli da superare sono tanti. «Nella modernità dei servizi il problema nel pubblico sono i tempi fra il concepimento di un servizio, la procedura di gara, l'assegnazione e l'inizio della realizzazione: i tempi medi sono tra i 12 ed i 18 mesi», spiega Stopazzolo. Nel privato, invece, un servizio innovativo può partire in pochi mesi, mantenendo la competitività in un settore tecnologico in continua evoluzione.

Per superare queste disparità, Stopazzolo auspica «un'alleanza che leghi nel complesso i 185 miliardi di euro che vengono spesi in sanità in Italia fra pubblico e privato (138 pubblico e privato accreditato, 40 "out of pocket", 7 intermediazione assicurativa e delle casse mutue) per dare il miglior servizio quando e dove serve superando anche, qualora possibile, la disparità fra le diverse regioni italiane».

## PIÙ INVESTIMENTI IN SANITÀ DIGITALE

Iniziano a intravedersi i primi frutti della trasformazione digitale del sistema sanitario italiano. Secondo una ricerca dell'Osservatorio sanità digitale del Politecnico di Milano, gli investimenti in sanità digitale in Italia nel 2024 sono arrivati a 2,47 miliardi di euro (+12% rispetto al 2023). E l'attuazione delle misure del Pnrr sta producendo i primi risultati concreti, con la realizzazione delle piattaforme di telemedicina, la diffusione di soluzioni per la digitalizzazione degli ospedali e lo sviluppo del Fascicolo sanitario elettronico 2.0. Tuttavia, secondo i dati, il coinvolgimento di medici e cittadini è in crescita, ma le pratiche digitali sono ancora poco strutturate e diffuse su larga scala.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'OPERAZIONE

① In Italia vengono spesi in sanità tra pubblico e privato 185 miliardi di euro all'anno (138 di accreditato)



Roma

**SANITÀ**

# Medici, stop a “gettonisti” da luglio: Sos per l’estate

**S**ono sempre di meno i medici negli ospedali italiani. Una criticità non nuova, e legata all’annosa carenza di personale, ma con l’arrivo dell’estate e del caldo la situazione si preannuncia critica: la domanda di assistenza, infatti, aumenterà, mentre il numero dei camici bianchi in corsia e nei Pronto soccorso è destinato ad assottigliarsi ulteriormente per l’“effetto ferie” ed anche per la scadenza del 31 luglio, termine in cui, avverte il presidente della Società italiana di medicina di emergenza urgenza (Simeu) Alessandro Riccardi, scadranno i contratti dei cosiddetti medici “gettonisti”, necessari per coprire turni ed assenze.

«Dal 31 luglio, come previsto dal decreto 17 giugno 2024 – spiega Riccardi – scadono e do-

vranno essere chiusi i contratti dei medici provenienti da cooperative e impiegati in ospedali e Pronto soccorso. La scadenza riguarda i cosiddetti “medici a gettone” e con il loro venir meno, considerata la già grave carenza di personale in corsia, la situazione negli ospedali peggiorerà e ciò proprio durante la stagione estiva quando la domanda è maggiore anche a causa del caldo”. In vista dell’estate dunque, avverte, “il maggiore problema è rappresentato proprio dalla carenza di medici e infermieri. Agli organici già attualmente insufficienti si aggiungerà infatti il “fattore ferie”, che porterà ad avere un numero ancora minore di medici al lavoro. Ma un altro fattore critico sarà appunto la scadenza del 31 luglio, il termine

deciso dal ministero per la chiusura dei contratti in essere con le cooperative per l’impiego temporaneo di camici bianchi. Questo porterà ad una ulteriore drastica diminuzione del numero dei medici presenti».

La norma, precisa Riccardi, «prevede in realtà delle deroghe, ma solo in casi particolari ed eccezionali ed al netto delle procedure che le aziende sono tenute a mettere in atto per sanare la situazione degli organici». Si prospetta dunque un’estate critica: «Attualmente – afferma il presidente Simeu – il 20-30% dei Pronto soccorso ha medici provenienti da cooperative nei propri organici, ed in alcune strutture i “medici a gettone” arrivano a coprire fino all’80% dei turni. È ovvio che con il termine dei loro con-

tratti la carenza di organico si aggraverà, con un forte impatto sul servizio ospedaliero». Inoltre, sottolinea, «molte cooperative prevedono che i propri medici non possano essere assunti da aziende sanitarie prima di 2 anni dal termine dei loro contratti con la cooperativa stessa, escludendo la possibilità di attingere da questo bacino di camici bianchi».





Servizio Sanità

## **Medici gettonisti in via di esaurimento e ferie in arrivo: per l'estate è già allarme in pronto soccorso**

Nelle prossime settimane e nei prossimi mesi terminerà per molti ospedali la possibilità di ricorrere ancora ai gettonisti per coprire i buchi in corsia

*di Marzio Bartoloni*

13 giugno 2025

Sono sempre di meno i medici negli ospedali italiani. Una criticità non nuova, e legata all'annosa carenza di personale, ma con l'arrivo dell'estate e del caldo la situazione si preannuncia critica: la domanda di assistenza, infatti, aumenterà, mentre il numero dei camici bianchi in corsia e nei Pronto soccorso è destinato ad assottigliarsi ulteriormente per l' "effetto ferie" ed anche per la scadenza di molti contratti dei cosiddetti medici gettonisti, i camici bianchi in affitto spesso pagati a peso d'oro (anche mille euro a turno), fondamentali per coprire turni e assenze. Nel decreto bollette (34/2023) si prevedeva infatti la possibilità di prorogare ancora per un altro anno i contratti di "affitto" in scadenza dei gettonisti di altri 12 mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione e dalle successivi linee guida del 17 giugno 2024. In particolare nelle prossime settimane e nei prossimi mesi terminerà per molti ospedali la possibilità di ricorrere ancora ai gettonisti per coprire i buchi in corsia. Gettonisti (medici e infermieri) che secondo l'Anac solo nel 2024 sono costati 457 milioni e ben 2,141 miliardi dal 2019 al 2024.

### **Stop ai gettonisti e ferie: mix micidiale per gli ospedali**

“Da fine luglio - spiega il presidente della Società italiana di medicina di emergenza urgenza (Simeu) Alessandro Riccardi - scadono e dovranno essere chiusi i contratti dei medici provenienti da cooperative e impiegati in ospedali e Pronto soccorso. La scadenza riguarda i cosiddetti medici a gettone e con il loro venir meno, considerata la già grave carenza di personale in corsia, la situazione negli ospedali peggiorerà e ciò proprio durante la stagione estiva quando la domanda è maggiore anche a causa del caldo”. In vista dell'estate dunque, avverte, “il maggiore problema è rappresentato proprio dalla carenza di medici e infermieri. Agli organici già attualmente insufficienti si aggiungerà infatti il 'fattore ferie', che porterà ad avere un numero ancora minore di medici al lavoro. Ma un altro fattore critico sarà appunto la scadenza decisa dal ministero per la chiusura dei contratti in essere con le cooperative per l'impiego temporaneo di camici bianchi. Questo porterà ad una ulteriore drastica diminuzione del numero dei medici presenti”. La norma, precisa Riccardi, “prevede in realtà delle deroghe, ma solo in casi particolari ed eccezionali ed al netto delle procedure che le aziende sono tenute a mettere in atto per sanare la situazione degli organici”.

### **L'allarme per i Pronto soccorso**

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

Si prospetta dunque un'estate critica: “Attualmente - afferma il presidente Simeu - il 20-30% dei Pronto soccorso ha medici provenienti da cooperative nei propri organici, ed in alcune strutture i medici a gettone arrivano a coprire fino all'80% dei turni. E' ovvio che con il termine dei loro contratti la carenza di organico si aggraverà, con un forte impatto sul servizio ospedaliero”. Inoltre, sottolinea, “molte cooperative prevedono che i propri medici non possano essere assunti da aziende sanitarie prima di 2 anni dal termine dei loro contratti con la cooperativa stessa, escludendo la possibilità di attingere da questo bacino di camici bianchi”. Al momento, precisa, “non registriamo ancora emergenze o accessi massivi ai Pronto soccorso collegati all'aumento del caldo. Tuttavia, le previsioni indicano a breve un aumento ulteriore delle temperature e quindi ci aspettiamo presto una forte crescita della domanda di assistenza”. Insomma, una situazione difficile alla quale si aggiunge anche il problema della carenza di posti letto nei reparti. Anche questo sarà uno dei nodi da affrontare: “Ogni ospedale sta cercando di mettere in atto misure per evitare che nei mesi estivi, con l'aumento degli afflussi, si crei il problema dei pazienti costretti a stazionare in barella al Pronto soccorso magari per giorni. Ma non è facile”. Ad oggi, comunque, la situazione appare sotto controllo e non si segnalano situazioni particolari di sofferenza nei punti di primo soccorso. Ma il previsto aumento delle temperature non lascia ben sperare: già nella giornata di domenica, il ministero della Salute indica che saranno 11 le città roventi contrassegnate dal bollino rosso per afa e ondate di calore. “Faremo fronte alla domanda di assistenza, ma il problema degli organici - conclude Riccardi - non può più essere ignorato”.



Servizio Il Dm 77

## **Cure sul territorio ancora in alto mare e ruolo tutto da definire per le professioni sanitarie**

I compiti che potranno svolgere i 18 “profili” vanno ancora assegnati e per il momento sono ai margini del progetto in un contesto fai-da-te delle Regioni che presentano livelli di riorganizzazione delle cure primarie molto diversificati

*di Franco Ascolese \**

13 giugno 2025

La bussola del Dm 77 del 2022 non basta a ridefinire l’offerta assistenziale per un fabbisogno assistenziale profondamente cambiato dalla sua emanazione. Oggi i territori fanno i conti con un Pnrr che non ha fondi per il personale, Case e Ospedali di comunità che non si sa come popolare di personale sanitario (non solo infermieri e medici di famiglia ma anche le 18 professioni che rappresentiamo), progettate senza fondi specifici per assunzioni, con le incognite del nuovo assetto della digitalizzazione che pone un’ulteriore necessità di governance, regole e personale dedicato che non possono prescindere dalla relazione con i pazienti essendo questi ultimi individui e non macchine.

### **Territorio cantiere aperto**

Le opportunità dell’assistenza digitale e dell’innovazione da questo punto di vista è uno scenario ancora da tutto da comporre: educazione sanitaria, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento. Diciamolo chiaro, la riforma dell’assistenza territoriale nel nostro Paese è ancora una ipotesi, un modello da costruire al netto di esperienze pilota che funzionano in alcune regioni più organizzate. Un cantiere aperto con troppe incognite e nodi irrisolti, dal ruolo della medicina generale ai modelli e standard da attribuire alle neonate articolazioni organizzative definite dal Pnrr ma solo dal punto di vista teorico senza entrare nel merito organizzativo e di personale.

### **Professioni sanitarie ai margini**

Il ruolo delle nostre 18 professioni sanitarie è ancora tutto da definire, lasciato ai margini del progetto. Né aiuta il fai da te delle Regioni in uno scenario fatto di luci e ombre che si accendono lungo lo Stivale in cui il faro rappresentato dalle cure domiciliari - come primo luogo di cura e spazio protetto con un’infinita disponibilità di posti letto e opportunità di cure – appare ancora tenue e incapace di indirizzare in maniera univoca il riassetto di questa cruciale parte dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria per anziani e fragili disabili. Una partita cruciale che andrà giocata entro il 2026 per evitare ricoveri impropri, favorire dimissioni protette, migliorare l’autonomia e il recupero funzionale di tanti anziani e pazienti fragili oggi affidati a una griglia dei Livelli di assistenza da aggiornare e innovare.

### **I gap tra le Regioni**

Senza contare i disequilibri territoriali: oggi delle 485 Case di comunità con almeno un servizio attivo 138 sono in Lombardia, 125 in Emilia-Romagna, 62 in Veneto, 42 in Toscana e 38 nel Lazio. L'Emilia-Romagna è la regione col maggior numero di case della comunità con presenza di medici e infermieri (13 attive). La regione con più Case di comunità dotate di tutti i servizi obbligatori, ma senza la presenza medica e infermieristica è la Lombardia (46), seguita da Emilia-Romagna (26), Lazio (13), Toscana (11). Per quanto riguarda gli Ospedali di comunità con almeno un servizio attivo in testa c'è il Veneto con 43 strutture su 71 previste. Seguono: Lombardia (25 su 64 previste); Emilia-Romagna (21 su 48); Toscana e Umbria (7 su 16 previsti); Sicilia (3 su 48); Abruzzo, Liguria, Marche e Molise (2 su 1), Campania e Sardegna (1 su, 61 e 33 previsti). Solo le centrali operative territoriali (Cot) sembrano pienamente funzionanti e certificate. Fanno eccezione Campania, che ha 73 Cot su 80 e la Calabria (20 su 21); Sardegna (16 su 24), Toscana 45 su 37.

### **Serve un rilancio**

In questo scenario il futuro delle professioni sanitarie dei 18 profili rappresentati dall'Ordine Tsmr Pstrp passa per il rilancio delle cure sul territorio. Due i nodi da sciogliere: la mancanza di un piano di assunzioni adeguato ai fabbisogni emergenti e asset multiprofessionali da costruire.

La centralità del domicilio come luogo di cura è un presupposto di qualità ma occorre indicare in cosa dovrà consistere questa rivoluzione copernicana, con quali figure bisognerà andare a casa del paziente, con quali strumenti e modalità. Telemedicina, televisita, Intelligenza artificiale, sì ma se un paziente ha un sospetto diagnostico il prelievo a domicilio, la radiografia a casa, una pulizia dei denti, l'assistenza riabilitativa, la consulenza nutrizionale oggi sono tutte private. Serve dunque un rinnovato impegno nel proporre alle istituzioni un modello di cure sui territori e a domicilio che veda concretamente riconosciuta la preziosità del nostro ruolo.

*\* Presidente Ordine Tsmr Pstrp interprovinciale di Napoli, Avellino, Benevento e Caserta*

## ACCORDO PANDEMICO: 11 PAESI SI SONO ASTENUTI, TRA CUI L'ITALIA SCELTA SBAGLIATA PER LA SALUTE

di **Mario Raviglione**

**I**l Pandemic Agreement (Accordo Pandemico) dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS, WHO) è stato adottato a Ginevra il 20 maggio 2025 all'Assemblea Mondiale della Salute (World Health Assembly, WHA) con il voto favorevole di 124 Paesi membri e nessun voto contrario. Ci sono stati, tuttavia, 11 Paesi che si sono astenuti, tra cui l'Italia. Gli USA, avendo già annunciato il ritiro dall'OMS, non hanno partecipato alla discussione. Questo accordo che ha valore di legislazione internazionale entrerà in vigore dopo la ratifica prevista nel corso della prossima WHA che si terrà nel mese di maggio 2026. Durante quell'Assemblea sarà finalizzato l'importante documento «PABS» (Pathogen Access and Benefit-Sharing) che stabilisce alcune norme sulla condivisione di agenti patogeni e i benefici che deriveranno dalla ricerca internazionale su questi agenti patogeni.

Che cosa è in realtà questo Accordo Pandemico? In sostanza, si tratta di un accordo internazionale multilaterale che rafforza la cooperazione tra Paesi nella prevenzione e risposta a future pandemie. Ovviamente, si tratta di una normativa che ha come fine quello di affrontare più efficacemente le sfide che sono emerse durante il COVID-19 a partire dalle ineguaglianze di accesso a test, farmaci e soprattutto vaccini nei Paesi a basso reddito sino all'assenza di quell'auspicato sentimento di solidarietà e aiu-

to globale che la pandemia ha brutalmente portato alla luce. Nei tre anni di preparazione dell'Accordo si è prestata particolare attenzione al rispetto della sovranità nazionale e esercitata molta prudenza nel garantire i diritti fondamentali di ogni Paese. Questo garantisce che l'OMS non potrà imporre misure sanitarie ai singoli Stati ma dovrà limitarsi a formulare raccomandazioni di interventi e misure di contenimento della pandemia che i Paesi potranno adottare.

Purtroppo, malgrado l'Unione Europea (Ue) abbia svolto un ruolo importante nella preparazione dell'Accordo Pandemico e si sia espressa a suo favore, alcuni Paesi europei, tra cui l'Italia, hanno deciso di astenersi. La decisione è imprudente e non giustificabile. La mancata approvazione pare dipenda dalla preoccupazione ultima di rispettare la sovranità del Paese e di evitare l'ingerenza da parte dell'OMS nella definizione delle misure da adottare in caso di crisi sanitaria. Si tratta, tuttavia, di una giustificazione fittizia in quanto è sufficiente leggere con attenzione l'art. 3 dell'Accordo Pandemico per rendersi conto che il documento dà ampie garanzie sul rispetto dei diritti fondamentali dei Paesi membri e sulla non-ingerenza da parte dell'OMS. Questo è, d'altronde, stipulato chiaramente anche nei principi di base dello Statuto delle Nazioni Unite che regolano l'interazione con i Paesi membri. Si tratta allora probabilmente di una scelta imposta da alcuni movimenti politici, sebbene la buona e saggia «Politica» dovrebbe per prima cosa salvaguardare la sicurezza dei cittadini al di là delle polemiche tra partiti. È una decisio-

ne, in realtà, dal potenziale disastroso che ci allinea, fra l'altro, alla miopia degli altri Paesi astenuti. Non a caso, si tratta essenzialmente di Paesi autocratici, sovranisti, di matrice populista e diretti in qualche caso da convinti «no-vax». L'Italia non è in buona compagnia. Aggravante ulteriore è il fatto che la Ue aveva lanciato nel novembre 2022 la sua Strategia di Salute Globale nella quale aveva assicurato il suo supporto al rafforzamento dell'OMS e delle sue funzioni. Questo sostegno è stato coerentemente fornito dalla Ue sin dall'inizio del processo di preparazione di un Accordo Pandemico gestito dall'OMS. Ciononostante, alcuni Paesi europei, tra cui l'Italia, si sono allontanati dalla posizione di sostegno assunta dalla UE.

Come spiegare questa astensione italiana da un Accordo che il resto del mondo ha giudicato fondamentale in un'era in cui le malattie infettive a carattere pandemico sono una costante minaccia alla nostra salute? In Italia ci sono evidentemente opinioni molto divergenti sulla necessità di collaborazione internazionale nelle decisioni e negli interventi. Ci sono governi regionali e partiti che addirittura vorrebbero che il Paese seguisse la sciagurata e dannosa decisione degli USA di lasciare l'OMS ignorando l'interconnessione che esiste tra tutti i Paesi in questa era di globalizzazione e non avendo appreso la lezione della pandemia di COVID-19 che ci chiama invece ad approcci multilaterali efficaci. Il Paese soffre anche a causa della cronica mancanza di una strategia nazionale sulle attività di salute globale e di cooperazione internazionale. Questo aggrava la già confusa



situazione e ci rende vulnerabili alle mode, alle fake news e alle politiche di turno. Qui non è questione di destra o sinistra, di posizioni di partito o di corrente. Si tratta invece di avere una solida posizione bipartisan quando si agisce per il diritto primario alla salute ed al benessere di ogni individuo. L'Accordo Pandemico, una volta ratificato, mira a garantire a tutti al mondo, nel bisogno, l'accesso a mezzi e misure di importanza vitale ed è espressione di civiltà, solidarietà ed equità a livello globale. Astenersi dal condividere una tale

visione denuncia una mancanza di cultura «globale» e uno scarso senso di responsabilità internazionale. Rivela purtroppo anche la scelta di ignorare i principi sanciti nella nostra Costituzione che promuovono la missione, e sostengono il lavoro, delle Organizzazioni Internazionali rivolte alla ricerca della giustizia sociale e, in definitiva, alla promozione della pace e alla collaborazione tra popoli e nazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Scelte condivise  
Bisogna avere una solida  
posizione bipartisan  
quando si agisce per il  
diritto primario alla salute  
e, inoltre, guardare  
all'obiettivo comune del  
benessere di tutti



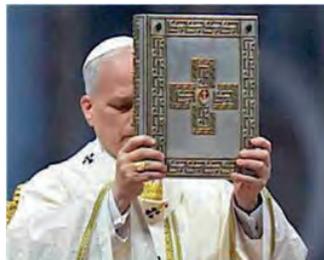
## DIRITTI

### Fine vita, il richiamo di Papa Leone XIV Vescovi-governo trattativa sulla legge

AMABILE, GALEAZZI

Le indicazioni arrivate dalla premier Giorgia Meloni durante la riunione di maggioranza di una settimana fa sono state chiare: bisogna provare a fare una legge sul fine vita. Mentre il Vaticano, attraverso la diplomazia pontificia e la conferenza episcopale, sta esercitando una pressione discreta ma costante su come operare, il mondo della politica sta mettendo insieme

gli elementi per agire. Il primo è la sentenza della Corte Costituzionale del 2019 che ha definito quando non può essere punibile chi aiuta una persona che voglia compiere un suicidio assistito. E cioè quando sono pazienti pienamente capaci di prendere decisioni, tenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale, che soffrono di una patologia irreversibile, che sia fonte di sofferenze fisiche e psicologiche considerate intollerabili. Da questa base si parte come conferma a *La Stampa* Lucio Malan, presidente del gruppo parlamentare di FdI in Senato. - PAGINE 14 E 15



# Fine vita, il no del Papa “La civiltà della compassione va difesa, non minata”

Il monito di Prevost mentre celebra i manifestanti pro-life che curano i malati  
“La sofferenza può essere trasformata in un’esperienza di presenza divina”

CITTÀ DEL VATICANO

Sul fine vita Leone XIV «richiama tutti a difendere e a non minare la civiltà dell’amore e della compassione». In Inghilter-

ra, in Francia (e tra poco anche in Italia) il Parlamento discute l’accesso legale all’eutanasia che è già consentito in Spagna, Olanda, Belgio e Lussemburgo. Proprio ai vescovi

britannici e irlandesi Leone XIV ha inviato un messaggio. Assicurando «vicinanza spirituale» a coloro che hanno partecipato alla Giornata per la vita 2025, «celebrata dalle con-



ferenze episcopali di Inghilterra, Galles, Scozia e Irlanda».

Linee guida del Magistero che riguardano la Chiesa universale. E ha aggiunto: «In questo anno giubilare incentrato sulla virtù teologica della speranza è opportuno che il vostro tema “La speranza non delude – Trovare un senso nella sofferenza” cerchi di attirare l’attenzione delle persone su come il mistero della sofferenza, così prevalente nella condizione umana, può essere trasformato per grazia in un’esperienza della presenza del Signore». Prosegue il Pontefice: «Dio è sempre vicino a coloro che soffrono e ci guida ad apprezzare il senso più profondo della vita, nell’amore e nella vicinanza».

Sul fine vita, intanto, dialogano le due sponde del Tevere. I pontieri sono all’opera attraverso canali sia ufficiali che informali, com’è consuetudine tra Stato e Chiesa. Domani Prevost incontra per la prima volta i vescovi italiani impegnati nella mediazione con le forze politiche per arrivare a una legge di compromesso che vieti sia l’eutanasia sia l’accanimento terapeutico. Nelle stesse ore il cardina-

le Pietro Parolin, segretario di Stato vaticano e il vicepremier, ministro degli Esteri e leader di Forza Italia Antonio Tajani celebrano in un convegno a Villa Madama (sede della revisione del Concordato) il centenario della nascita di don Oreste Benzi, paladino della difesa della vita, fondatore della Comunità Papa Giovanni XXII, ideatore delle case famiglie, ora in via di beatificazione. Ieri Leone XIV ha citato l’appello lanciato da Francesco nella 33esima Giornata mondiale del malato e ha assicurato la propria preghiera ai manifestanti “pro life”. Affinché «attraverso la vostra comune testimonianza della dignità donata da Dio a ogni persona, senza eccezione, e il tenero accompagnamento cristiano dei malati gravi, tutti nella società siano incoraggiati a difendere piuttosto che a minare una civiltà fondata sull’amore autentico e sull’autentica compassione». Quindi Robert Francis Prevost ha affidato «gli sforzi» dei partecipanti al “Day for Life” all’intercessione di Nostra Signora del Buon Consiglio e, «come pe-

gno di forza, gioia e pace nel Signore risorto», ha benedetto «tutti coloro che sostengono la Giornata per la vita».

All’interno dei paletti bioetici fissati da Leone XIV si lavora oltretutto a definire un modello concreto di accompagnamento alla vita che volge al termine. A sei anni dalla sentenza con cui la Consulta chiedeva all’Italia di colmare il vuoto normativo, la Santa Sede ritiene che non esista una morte “dolce” che si possa somministrare ma una vita che può essere dolcemente accompagnata fino alla fine, garantendo l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Ogni essere umano, infatti, è portatore di una dignità inalienabile, dal concepimento fino al suo ultimo respiro. La sofferenza, ribadiscono in Curia, non è un disvalore da eliminare e il compito della comunità civile e cristiana è quello di non lasciare mai soli i morenti. Già Francesco aveva più volte ribadito che la vera risposta al morire nella sofferenza non è anticipare la morte, ma prendersi cura della vita dell’uomo.

L’enciclica “Fratelli tutti”

invita alla prossimità anche nella malattia terminale, riconoscendo la presenza di Dio in chi soffre. Osservano nei sacri palazzi che non si tratta di un principio astratto, ma di una visione che nasce dalla consapevolezza che ogni persona – anche quando vulnerabile, malata, in condizione terminale – rimane portatrice di una dignità assoluta, che nessuno può cancellare. Le gerarchie ecclesiastiche, dunque, sono consapevoli che anche in Italia il tema del suicidio assistito è ormai presente nel dibattito pubblico e nelle pratiche amministrative. Nel 2019, proprio con la sentenza numero 242 della Consulta, è stato aperto uno spazio giuridico. La Corte, infatti, ha dichiarato non punibile l’aiuto al suicidio in casi specifici chiedendo però al Parlamento di legiferare in materia. Quella legge ancora non c’è. Adesso, però, il momento sembra propizio. GIA.GAL —

La Santa Sede ritiene che non esista una morte “dolce” somministrabile

## Papa Leone XIV

Dio è sempre vicino a coloro che soffrono e ci guida ad apprezzare il senso più profondo della vita, nell’amore

## Su “La Stampa”

Commenti & Idee



Ieri il teologo Vito Mancuso ha sostenuto che la politica debba formulare una legge sul fine vita in cui emerga il rispetto per le scelte altrui



**Alfredo Bazoli** Il senatore Pd: "Lasciare fuori il Ssn è una privatizzazione dell'aiuto a morire. Le cure palliative non siano imposte. Ma il centrodestra evita il dialogo sulle proposte in Aula"

## “Rischiamo una legge vicina ai pro-vita. La maggioranza non imponga diktat”

**L'INTERVISTA**  
FRANCESCA DEL VECCHIO  
MILANO

«Non è tollerabile che su una materia come il fine vita, il governo indossi casacche di partito proponendo un testo di legge che strizza l'occhio ai pro-vita». Alfredo Bazoli, senatore Pd e primo firmatario di un disegno di legge - approvato alla Camera nel marzo 2022, nella scorsa legislatura - è scettico che il centrodestra possa approcciare alla discussione in maniera dialogante.

**Perché ne è convinto?**

«Lo abbiamo visto con il decreto Sicurezza, con la separazione delle carriere e in molti altri casi. Arrivano con un testo blindato: prendere o lasciare. Ma sui temi etici non servono diktat».

**Parliamo di una bozza non ancora arrivata in commissione, ma con diversi punti critici. A partire dall'estromissione del Servizio sanitario nazionale. «Lasciare fuori il Ssn equivale**

a una privatizzazione strisciante dell'aiuto a morire che non sarebbe mai tollerata neanche dai suoi detrattori. La Corte Costituzionale è stata chiara: tutta la procedura - accertamento delle condizioni e verifica delle modalità attraverso le quali viene aiutato un paziente - deve essere supervisionata dal Ssn per garantire uniformità di trattamento».

**Il governo vuole anche rendere vincolante l'accesso alle cure palliative. È d'accordo?**

«Le cure palliative non possono trasformarsi in un trattamento sanitario obbligatorio o, peggio, in un modo per allungare i tempi. Sono un requisito necessario: devono essere garantite a tutti e rappresentano un'alternativa al suicidio assistito. Ma non possono essere imposte per legge».

**E del Comitato etico nazionale nominato da Palazzo Chigi cosa pensa?**

«Spero si tratti di una scelta di vocaboli infelice perché definire "etico" un organo di natura clinica è un errore. Detto questo, centralizzarlo ne limiterebbe l'indipendenza, piegandolo ai voleri di chi lo nomina, e renderebbe difficile l'approfondimento sui singoli casi. Noi proponevamo comitati clinici regionalizzati».

**A proposito: cosa ne è stato**

**del suo disegno di legge?**

«Avevamo portato in aula un testo frutto di un lungo lavoro di mediazione. In questa legislatura abbiamo chiesto che venisse calendarizzato in commissione al Senato. Ma la destra non ci ha consentito di discuterne. Grazie alla corsia privilegiata garantita ai disegni di legge che sono firmati da almeno un terzo dei senatori, la commissione non ha potuto rimandare. Siamo arrivati a un comitato ristretto che doveva servire a stringere un po' le maglie. Ma si è rivelata un'ulteriore occasione per allungare i tempi. Dopo molte insistenze, il centrodestra ha dato la sua disponibilità a mandare in aula il disegno di legge a metà luglio».

**Cosa ci dobbiamo aspettare?**

«Pare che domani arriveranno alla riunione del comitato con una proposta, dopo la riunione a Palazzo Chigi della settimana

scorsa: un accordo da portare in commissione che metta insieme posizioni inconciliabili».

**Cosa intende?**

«Per cercare un minimo comune denominatore tra loro

ci proporranno un testo pieno di criticità. A partire dalle posizioni dei pro-vita che non possono essere scontentate. Che però cozzano con le volontà di due segretari di partito della maggioranza: Salvini e Tajani parlavano di libertà di coscienza. Quindi, la preoccupazione è quella di un testo blindato e su cui non ci potrà essere dialogo».

**In caso di stallo parlamentare, il Pd appoggierebbe una nuova campagna referendaria se questa allargasse all'eutanasia attiva?**

«Noi ci siamo ritrovati uniti sulla proposta di legge a mia prima firma. Approvare un testo come quello risolverebbe il problema della libertà di autodeterminazione di quanti soffrono. Se ci saranno fughe in avanti su altri temi, ci penseremo». —



Il dem Alfredo Bazoli



L'esecutivo vuole impedire che siano le Regioni a decidere, come avvenuto in Toscana

## Trattativa tra i vescovi e il governo Obiettivo: evitare il suicidio assistito

### IL RETROSCENA

FLAVIA AMABILE  
GIACOMO GALEAZZI

**L**e indicazioni arrivate dalla premier Giorgia Meloni durante la riunione di maggioranza di una settimana fa sono state chiare: bisogna provare a fare una legge sul fine vita.

Mentre il Vaticano, attraverso la diplomazia pontificia e la conferenza episcopale, sta esercitando una pressione discreta ma costante su come operare, il mondo della politica sta mettendo insieme gli elementi per agire. Il primo è la sentenza della Corte Costituzionale del 2019 che ha definito quando non può essere punibile chi aiuta una persona che voglia compiere un suicidio assistito. E cioè quando si tratta di pazienti pienamente capaci di prendere decisioni, tenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale, che soffrano di una patologia irreversibile, che sia fonte di sofferenze fisiche e psicologiche considerate intollerabili. Da questa base si parte, come conferma a *La Stampa* Lucio Malan, presidente del gruppo parlamentare di Fratelli d'Italia in Senato. «La Consulta si è espressa e - al di là di come la si pensi - è un fatto», spiega. «Di certo - aggiunge - intendiamo evitare quanto accaduto in altri Paesi dove la pratica - comunque la si definisca - si è

estesa in modo inaccettabile. Lo Stato deve tutelare la vita, non la morte». Il riferimento del senatore Malan è a Paesi come il Belgio.

Ma il tentativo della maggioranza è anche evitare il ripetersi di un caso come quello del 17 maggio in cui Daniele Pieroni ha avuto accesso al suicidio assistito per effetto di una legge regionale. «Bisogna evitare situazioni come quella del Belgio, sì. E riteniamo, inoltre, che la cosa non possa essere affrontata con leggi regionali», conferma Malan. Se queste sono le premesse bisogna poi provare a capire quale potrebbe essere il terreno di intesa su cui basare la legge. Innanzitutto si cercherà di rafforzare l'uso di terapie palliative.

Ma una piattaforma giuridica che potrebbe diventare un compromesso accettabile la suggerisce il professor Filippo Vari, costituzionalista, ordinario dell'Università Europea di Roma fondata dai Legionari di Cristo. «Bisogna armonizzare due principi espressi dalla Corte Costituzionale difficilmente conciliabili: l'inviolabilità del diritto alla vita e l'individuazione di un'area circoscritta di non punibilità dell'assistenza al suicidio. L'unica soluzione possibile è ribadire il divieto di ogni atto eutanasi nel ordinamento italiano ma anche una sanzione in caso di assistenza al suicidio attenuata in alcune ipotesi che il Parlamento nella sua discrezionalità potrà individuare», afferma il giurista.

Alcune Regioni hanno già cominciato ad attuare protocolli operativi per valutare le richieste di suicidio assistito, ispirandosi proprio alla sentenza della Consulta di sei anni fa. «La questione è già qui per effetto di un'accelerazione normativa e amministrativa: impossibile ignorarla», spiegano in Curia. «Oggi un accordo tra governo e Chiesa è agevolato dal metodo di lavoro che è stato ripristinato in Vaticano - sostiene il sociologo Massimo Introvigne, fondatore Cesnur e già delegato Osce per i cristiani perseguitati - . Una legge di compromesso è ragionevole e va nel senso di un pontificato che media e ricuce invece di contrapporsi. Con questi presupposti e con una maggioranza non ostile alla Chiesa come quella attuale è più facile negoziare. Non potendo sapere quale evoluzione avrà il quadro politico, meglio per il Vaticano concordare oggi una norma "moderata" piuttosto che ritrovarsi con l'eutanasia legalizzata da equilibri parlamentari mutati». Prosegue Introvigne: «Rispetto al suo predecessore che procedeva per strappi, Prevost ha rimesso all'opera una rete che dalla Segreteria di Stato, alla diplomazia, dalla nunziatura all'episcopato nazionale lavora per triangolazioni secondo il funzionamento tradizionale della macchina vaticana. Leone non conosce i meandri della realtà partitica ita-



liana, ma a differenza di Francesco si fa consigliare e ciò lo mette nella possibilità di concludere intese. Anche nei rapporti con le istituzioni Bergoglio saltava spesso alle conclusioni per poi risalire a ritroso cercando alleati che sostenessero i suoi strappi. Adesso gli ingranaggi sono tornati a funzionare come avevano sempre fatto e nella mediazione sul fine vita si vedranno i risultati».

Dentro la maggioranza restano da sciogliere nodi quali il ruolo che dovrebbero avere il Servizio sanitario nazionale e le Regioni. Contro

il suicidio medicalmente assistito cercano l'interlocuzione vaticana soprattutto gli esponenti di FdI vicini alle posizioni del movimento Pro Vita e Famiglia, favorevoli anche all'istituzione di un comitato etico che prenda posizione sui vari casi senza dover coinvolgere la magistratura. Noi Moderati lancia un appello affinché nel centro-destra si arrivi ad una posizione unitaria. E sull'altra riva del Tevere si confida che il vicepremier Antonio Tajani possa favorire una sintesi coinvolgendo anche i cattolici

del centrosinistra contrari alla fuga in avanti della Regione Toscana. «Ci sono i margini per un'intesa», sostengono alla Cei. —

**Introvigne: "Meglio una norma negoziata in un quadro politico favorevole alla Chiesa" I principi stabiliti dalla Consulta sono la base per un accordo**

## S Gli incontri

**1 Leone e i vescovi**  
Domani il Papa incontra per la prima volta i vescovi italiani impegnati nella mediazione con le forze politiche per arrivare a una legge che vieti sia l'eutanasia sia l'accanimento terapeutico



**2 Parolin e Tajani**  
Sempre domani il segretario di Stato Parolin e il vicepremier Tajani si vedranno al convegno di Villa Madama per il centenario della nascita di don Oreste Benzi, in via di beatificazione

## COME FUNZIONA IN ITALIA

### COS'È



**Atto consapevole** attraverso cui la persona che ne fa richiesta, nelle sue **piene capacità cognitive**, si **autosomministra il farmaco letale** per porre fine alle proprie sofferenze

### QUADRO NORMATIVO



Sentenza numero 242 del 2019 della Corte Costituzionale (**Cappato-Antoniani**)

### LA LEGGE DELLA TOSCANA



L'11 febbraio 2025 il Consiglio regionale della Toscana approva una **proposta di legge di iniziativa popolare** sul suicidio assistito. Il testo disciplina tempi e modalità per la procedura: deve chiudersi **entro 37 giorni** e può essere richiesta da qualsiasi cittadino assistito dal Ssn

### I REQUISITI

La valutazione spetta al Comitato etico dell'azienda sanitaria locale

- 1** Il paziente viene tenuto in vita da **trattamenti di sostegno vitale**
- 2** È affetto da **patologia irreversibile**, fonte di **sofferenze ritenute intollerabili**
- 3** È **pienamente capace di prendere decisioni** libere e consapevoli
- 4** **Non è sua intenzione avvalersi** di altri trattamenti sanitari per il dolore e la **sedazione profonda**



Fonte: Associazione Coscioni - Sentenza della Corte Costituzionale 242 del 2019

Withub



## IL DIBATTITO

Perché sul fine vita  
la dignità è scegliere

VITOMANCUSO

La questione del fine-vita si determina considerando con onestà intellettuale “il fine” della vita. È cioè il fine, inteso come scopo, a disciplinare la fine, intesa come cessazione. – PAGINA 24

## PERCHÉ SUL FINE VITA LA DIGNITÀ È SCEGLIERE

VITO MANCUSO



La questione del fine vita si determina considerando con onestà intellettuale “il fine” della vita. È cioè il fine, inteso come scopo, a disciplinare la fine, intesa come cessazione, quando si tratta della vita. E qual è il fine della vita? Lo chiedo ai politici che devono dare finalmente una legge a questo Paese che l’attende da anni: ministri, onorevoli, senatori qual è, secondo voi, il fine della vita? Perché siamo qui? Perché la natura ci ha generati, nell’attesa prima o poi di degenerarci?

Quando si tratta della questione più importante di tutte che è il senso o il non-senso, e quale senso e quale non-senso, del nostro essere qui, ci ritroviamo così diversi tra noi, persino all’interno della propria famiglia. Il vostro compito, però, è di dare una legge ai cittadini italiani in modo che essa possa essere davvero la legge di tutti, in modo che davvero cioè, come stabilisce una delle tre massime fondamentali del diritto romano, a ciascuno sia concesso ciò che gli spetta: «Unicuique suum», «A ognuno il suo».

Occorre quindi che voi stabiliate un senso della vita che possa essere accettato da tutti per giungere a pensare una legge sulla fine della vita che allo stesso modo possa essere la legge di tutti, nella quale cioè tutti i cittadini italiani possano riconoscere l’equa volontà dello Stato di dare a ognuno “il suo”, cioè di trattarlo nell’ultimo decisivo momento della sua esistenza in modo conforme al suo credo, ai suoi valori, alla sua dignità, alla sua condizione. Torno quindi a porre la questione: qual è, secondo voi, il fine della vita?

Guardandola quale ogni giorno si dispiega davanti agli occhi di tutti noi, io penso che non sia possibile individuare nella vita una logica univoca che si impone necessariamente a tutti e che poi possa costituire la base dell’etica e del diritto. Basta infatti porre questa domanda per renderci conto della nostra incapacità: è giusta la vita? Lo chiedo a voi che detenete il potere e

che siete chiamati a dare una legge sul fine-vita a questo nostro Paese: è giusta la vita verso i viventi? Oppure è ingiusta, e persino tirannica? Oppure a volte è giusta e a volte no, con il risultato di essere arbitraria, caotica, capricciosa, e quindi di non contenere nessun punto fermo in base a cui costruire una norma del nostro comportamento verso di essa?

È stata giusta la vita verso Daniele Pieroni che dal 2008 soffre del morbo di Parkinson e che grazie alla legge della regione Toscana ha potuto scegliere di smettere di soffrire? E se la vita non è sempre giusta verso i viventi, perché tutti i viventi dovrebbero “sempre” esserlo verso di lei? Se la vita talora non li rispetta, perché i viventi dovrebbero essere tenuti

“sempre” a rispettarla? Qui entrano in gioco le nostre visioni del mondo. Per alcuni le sofferenze che provengono dalla vita non costituiscono in nessun modo un motivo per andarsene da essa, ma, esattamente al contrario, invitano a rimanervi e ad accettarle in quanto occasione di purificazione, di espiazione, di sacrificio per il bene di altri. Sono sentimenti nobilissimi, e se qualcuno pensasse che lo Stato non si può permettere di investire risorse e posti letto negli ospedali per permettere a chi lo desidera di vivere la propria fine in questo modo, sarebbe completamente da condannare in quanto irrispettoso della libertà altrui. Lo stesso, però, vale per chi volesse costringere a questa accettazione della sofferenza anche coloro che hanno una visione del mondo e di se stessi completamente diversa, tale da non rintracciare nelle sofferenze nessun disegno e nessuno scopo.



# LA STAMPA

Voi cosa ne pensate, senatori e onorevoli? Quale idea avete della sofferenza e del suo senso? Cosa fareste se dovesse capitare a voi di vivere per anni in condizioni sempre più disabilitanti, fino a dipendere totalmente dagli altri e dalle macchine? Vorreste avere la possibilità di scegliere se dire «ancora» e quella contraria ma complementare di dire «basta»? Io sono giunto alla conclusione che una cosa si imponga: il rispetto della visione altrui. Vi sono infatti mille elementi per negare un senso alla vita, e mille altri per riconoscerlo. Anche la Bibbia presenta elementi in una direzione e nell'altra. Scrive un libro biblico a proposito degli esseri umani: «Essi di per sé sono bestie, infatti la sorte degli uomini e quella delle bestie è la stessa: come muoiono queste, così muoiono quelli; c'è un soffio vitale per tutti» (Qoelet 3,18-19).

Scrivo un altro libro biblico sempre a proposito degli esseri umani: «Dio li rivestì di una forza pari alla sua e a sua immagine li formò. In ogni vivente infuse il timore dell'uomo perché dominasse sulle bestie e sugli uccelli... Pose davanti a loro la scienza e diede loro in eredità la legge della vita» (Siracide 17,3-4 e 11). Qui al contrario la differenza tra gli esseri umani e gli altri viventi è immensa e consiste nel fatto che gli esseri umani hanno ricevuto in eredità «la legge della vita». Quale? La libertà. È infatti sulla base della libertà che lo stesso autore biblico, che si chiamava Gesù ben Sirà e che visse circa due secoli prima di Gesù, giunge a dichiarare poco dopo: «Meglio la morte che una vita amara, il riposo eterno che una malattia cronica» (Siracide 30,17).

Sempre stando alla Bibbia, in essa non c'è mai una condanna del suicidio. In diversi luoghi si narrano casi di suicidio, ma mai il testo sacro prende una netta posizione di condanna, neppure nel caso di Giuda. L'hanno osservato nel Novecento i maggiori teologi contemporanei, tra cui Karl Barth, Dietrich Bonhoeffer, Hans Küng. Scrive Barth: «Il suicidio non viene mai esplicitamente vietato nella Bibbia», il che, aggiunge, è «un fatto veramente seccante per tutti quelli che volessero comprenderla e servirsene in senso morale!». Anzi un suicida, per l'esattezza Sanso-

ne, viene perfino ricordato dal Nuovo Testamento tra i padri della fede. Nel discorso della montagna Gesù disse: «Non giudicare». Se c'è una situazione nella quale hanno senso queste sagge parole, questa riguarda il momento in cui un essere umano sceglie di porre fine alla sua vita. Tra i grandi filosofi vi è chi condanna il suicidio (Platone, Aristotele, Kant, Hegel) e chi no (Epicuro, Seneca, Montaigne, Nietzsche). Dopo aver dedicato la vita a studiare la natura per afferrarne la logica, Darwin giunse a scrivere in una lettera a Hooker del 1870: «Non posso guardare all'universo come al risultato di un cieco caso. Tuttavia non posso vedere nessuna prova di un disegno benevolo». Ecco, ancora una volta, il principio-contraddizione: né caso né disegno, ovvero un po' l'uno e un po' altro, ovvero ancora una volta la libertà che ci spinge a pensare e poi a scegliere.

Il fine della vita è la base su cui legiferare degnamente a proposito del fine-vita e l'unico fine che appare dal contrasto tra le diverse prospettive è la libertà. La mancanza di un fine univoco che si imponga a tutti i viventi con la medesima chiarezza indica che il fine principale per il quale ognuno di noi è al mondo è l'esercizio responsabile della propria libertà. Il che significa autodeterminazione. A maggior ragione quando si tratta della propria esistenza.

Il senso dell'esistenza umana consiste in un continuo esercizio della libertà. E in questa prospettiva ricordo a voi parlamentari le seguenti parole del cardinal Martini: «È importante riconoscere che la prosecuzione della vita umana fisica non è di per sé il principio primo e assoluto. Sopra di esso sta quello della dignità umana, dignità che nella visione cristiana e di molte religioni comporta una apertura alla vita eterna che Dio promette all'uomo. Possiamo dire che sta qui la definitiva dignità della persona... La vita fisica va dunque rispettata e difesa, ma non è il valore supremo e assoluto». Qual è invece il valore supremo e assoluto? È la dignità della vita che si compie come libertà di poter decidere di sé. Vi prego, quindi: agite in coscienza e date a tutti i cittadini italiani una legge che rispetti la loro libertà. —



# «La prevenzione salva la vita (e anche il nostro sistema sanitario)»

Mantovani: con gli screening grandi passi avanti. Al via oggi a Napoli gli Stati generali sul tema

«La prevenzione va intesa non solo per il benessere individuale ma anche come la salvezza del nostro Servizio sanitario nazionale universalistico», dice al Corriere Alberto Mantovani, l'immunologo di fama internazionale, presidente di Fondazione Humanitas per la ricerca, che aprirà oggi a Napoli, insieme con il ministro della Salute Orazio Schillaci e altre cariche istituzionali, e alla presenza del presidente Sergio Mattarella, la prima edizione degli Stati generali della prevenzione.

**Professor Mantovani, perché è importante investire in prevenzione?**

«La prevenzione rappresenta un pilastro fondamentale per la salute e la sostenibilità, anche economica, del nostro Servizio sanitario. È uno dei pilastri, insieme a qualità, efficienza, appropriatezza. La qualità clinica, ricordiamo il ruolo fondamentale

di Agenas (l'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali), passa anche da attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione, l'efficienza tiene anche conto del contesto in cui lavorano i medici oggi, mentre riguardo all'appropriatezza pensiamo alla valanga di esami inutili o all'uso inappropriato degli antibiotici».

**Sulla «prevenzione primaria», ovvero l'adozione di stili di vita salutari, com'è la situazione in Italia?**

«Negli ultimi anni abbiamo fatto progressi ma, nonostante questo, un quarto dei nostri cittadini fuma e un sesto ha un consumo di alcol a rischio elevato. L'aspetto che però mi preoccupa di più è l'epidemia di obesità: sono 1,9 miliardi le persone al mondo in sovrappeso, di cui 650 milioni obesi. L'Italia è il secondo peggior Paese in Europa per bambini in sovrappeso e obesi che non fanno esercizio fisico».

**Perché obesità e sedentarietà sono così pericolose?**

«Il tessuto grasso ha a che vedere con la risposta immunitaria, mentre l'esercizio fisico è un buon allenamento per il sistema immunitario. Dati recentissimi mostrano come l'esercizio fisico non solo sia preventivo, ma possa forse anche aiutare la terapia contro il cancro. Per dirla in maniera semplice, il tessuto grasso è fatto in grande misura di cellule del sistema immunitario, quando siamo in sovrappeso, queste cellule "danno i numeri"».

**Altro punto cardine della prevenzione sono i vaccini.**

«Abbiamo un calendario vaccinale che segue i migliori standard al mondo; in questo campo, il nostro Paese è un grande innovatore e produttore, oltre che implementatore, di pratiche vaccinali corrette. La situazione di copertura vaccinale, però, non è ottimale e ci sono troppe

differenze regionali».

**E poi c'è il capitolo degli screening.**

«Il 90% delle persone è raggiunta dagli inviti a fare screening ma l'adesione è molto alta solo nelle regioni del Centro-nord. Siamo di fronte a innovazioni metodologiche, per esempio la biopsia liquida che promette, grazie anche all'intelligenza artificiale, di integrare alcuni screening tradizionali, e a novità anche nell'ambito della ricerca».

**Chiara Bidoli**

#### L'evento

● Gli Stati generali della prevenzione si terranno oggi e domani a Napoli, al Centro congressi della stazione marittima

● Verrà allestito anche un villaggio della salute per poter fare visite e screening gratuiti, è aperto a tutti

#### L'emergenza

«Temo l'epidemia di obesità: l'Italia è il secondo peggior Paese Ue in tema di bambini»



**Scienziato**  
Alberto Mantovani, immunologo di fama internazionale, è presidente della Fondazione Humanitas per la ricerca



## Le parole del futuro

Mirco Pezzoli (Politecnico di Milano) parla del progetto pionieristico Avatar-Sc: «È un sistema di telemonitoraggio per identificare subito gli scompensi cardiaci»

# «Ascoltando la voce possiamo prevedere i rischi per il cuore»

Mirco Pezzoli, 32 anni, ricercatore presso il Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria del Politecnico di Milano, dove insegna nei percorsi magistrali in Music and Acoustic Engineering. Nel 2024 ha svolto un periodo come visiting researcher al National Institute of Informatics di Tokyo. Le sue attività si concentrano sull'elaborazione avanzata di segnali audio e del parlato, con l'utilizzo di tecniche di machine learning e intelligenza artificiale. Collabora al progetto Avatar-SC, partecipa al progetto nazionale FUNMedia e al progetto europeo Repertorium, orientato alla cattura e streaming in audio immersivo di concerti orchestrali.

**U**n avatar come assistente domiciliare, in grado di capire dalla nostra voce, se possono insorgere problemi cardiaci. Il futuro della telemedicina sta evolvendo rapidamente, grazie all'applicazione dell'intelligenza artificiale a modelli che eseguono analisi complesse ed aiutano il medico a capire se è il caso di intervenire. Si chiama Ava-

tar-SC, il progetto pionieristico sviluppato da Fondazione Cardioracovascolare Angelo De Gasperis, l'Ospedale Niguarda, Università dell'Insubria ed il Politecnico di Milano, con l'obiettivo di arrivare a un sistema innovativo di telemonitoraggio domiciliare, per identificare precocemente i segnali di deterioramento clinico e fornire un supporto tempestivo e personalizzato. Ne abbiamo parlato con Mirco Pezzoli del Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria del Politecnico di Milano.

**Come nasce il progetto Avatar SC?**

«Dall'esigenza rilevata dall'Ospedale Niguarda di Milano, in particolare dal cardiologo Alessandro Verde, di realizzare un nuovo dispositivo medico che consenta di monitorare lo stato di salute dei pazienti affetti da scompenso cardiaco acuto. Questa patologia ha un impatto molto significativo, soprattutto per le riospedalizzazioni ed il monitoraggio attuale è piuttosto invasivo, mentre l'idea è quella di creare un avatar del medico, disponibile quotidianamente, con

cui il paziente possa dialogare ogni giorno».

**Il progetto coinvolge diverse competenze. Qual è il ruolo del Politecnico di Milano?**

«Ci occupiamo dell'analisi del parlato. Il paziente dialogherà

con un'intelligenza artificiale che verrà sviluppata in collaborazione con l'Università dell'Insubria e del professor Davide Tosi. Attraverso questo procedimento, raccoglieremo informazioni non solo sullo stato di salute descritto dal paziente, ma analizzeremo il segnale vocale per comprendere come la voce si modifichi in base alle condizioni del paziente».

**Per quale motivo l'analisi della voce permette di determinare eventuali problematiche cardiache?**

«L'analisi della voce lavora su due livelli. Da un lato, c'è un livello di articolazione e scelta delle parole; infatti, un gruppo di logopedisti sarà coinvolto nel progetto per validare questa analisi e la tipologia del discorso. Dall'altro lato, c'è una vera e propria modifica delle caratteri-



stiche timbriche della voce. Infatti, quando il paziente è in difficoltà, a causa di un accumulo di liquido, si verificano problemi nella vocalizzazione, causando modifiche a livello timbrico. Il nostro obiettivo è utilizzare tecniche di machine learning ed elaborazione del segnale, per cogliere queste variazioni con largo anticipo rispetto all'orecchio umano e, quindi prevenire la riospedalizzazione».

**Come dobbiamo immaginare questo avatar? Sarà un dispositivo o un'applicazione?**

«Probabilmente un'applicazione web, a cui il paziente si collegherà e dialogherà con un'intelligenza artificiale, un po' come si fa con ChatGPT. Tuttavia, questa AI sarà caratterizzata come un avatar specializzato in ambito medico, che porrà domande sulle condizioni di salute. Anche l'identificazione delle domande più appropriate fa parte del lavoro di ricerca».

**Entriamo più nel dettaglio sulla vostra parte di lavoro, cosa farete con il vostro know-how?**

«Faccio parte del laboratorio di Image and Sound Processing, che da oltre 30 anni si occupa di elaborazione di segnali audio e

video. In particolare, anche grazie alla nascita della laurea magistrale in Music and Acoustic Engineering, abbiamo portato avanti diversi progetti nell'ambito dell'analisi acustica. In questo progetto, raccoglieremo il dialogo tra il paziente e l'avatar, analizzando le caratteristiche timbriche, come il tono della voce o la velocità. Da qui, in collaborazione con gli altri colleghi, cercheremo dei pattern che possano correlare i parametri clinici con queste caratteristiche estraibili dal segnale vocale. Per estrarle esistono varie tecnologie: quelle più consolidate si basano sull'elaborazione numerica del segnale, permettendoci di estrarre caratteristiche di cui possiamo comprendere intuitivamente il significato, oppure possiamo utilizzare tecniche di machine learning, come le reti neurali. Esistono reti neurali addestrate su compiti diversi, ad esempio, per comprendere la prosodia del parlato, e proveremo a scoprire collegamenti e correlazioni tra queste caratteristiche e i dati clinici».

**Il progetto è nelle sue fasi iniziali, come si svolgerà il lavoro quotidiano applicato a questo progetto?**

«Ci sarà una fase pilota in cui verranno selezionati circa sessanta pazienti, collaboreremo principalmente con i colleghi dell'Insubria, che si occupano

della creazione dell'avatar e dello sviluppo della piattaforma. Una volta che la piattaforma sarà operativa, ci sarà una seconda fase di reclutamento e raccolta dati. L'idea è che i pazienti si colleghino giornalmente, mentre noi raccoglieremo i dialoghi. A quel punto, inizierà la fase di estrazione tramite il monitoraggio sanitario, dopodiché combineremo il database dei dati sanitari con quelli vocali per trovare eventuali informazioni e correlazioni che ci aiutino a predire lo stato di salute dei pazienti».

**Se il progetto andasse a buon**

**fine, quali sarebbero le applicazioni future?**

«Lo scompenso cardiaco acuto è una patologia con un impatto molto significativo sul sistema sanitario nazionale; è tra le principali voci di spesa e ha un tasso di riospedalizzazione che supera il 30% ed un tasso di mortalità molto alto, oltre il 20%. Lo scopo del progetto è effettuare uno studio di fattibilità e sviluppare un dispositivo di supporto a medici e pazienti, che possa essere distribuito su larga scala, per questo lo studio dell'interfaccia utente e della user experience saranno fondamentali».

**Paolo Travisi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«IL PAZIENTE DIALOGA CON UNA SPECIALE IA CHE IDENTIFICA LE CONDIZIONI DI SALUTE ANALIZZANDONE IL SEGNALE VOCALE»**

**«L'ESAME DEL PARLATO DELLA PERSONA IN CURA LAVORA SU DUE LIVELLI: I TERMINI SCELTI E LE CARATTERISTICHE TIMBRICHE»**



Il cuore visto da un avatar assistente sanitario domiciliare, in grado di capire dalla voce del paziente se possono insorgere problemi cardiaci. È il futuro della telemedicina

**Mirco Pezzoli, 32 anni, del Politecnico di Milano, esperto di Music and Acoustic Engineering**



# I dati dello studio Simplify1 presentati a Milano

## Mielofibrosi, nuove speranze

Il 66,5% dei pazienti affetti da mielofibrosi è indipendente dalle trasfusioni dopo 24 settimane di trattamento con momelotinib, un inibitore orale di Jak, recentemente disponibile anche in Italia: è il dato chiave emerso dallo studio clinico Simplify-1 che con-

ferma il ruolo di momelotinib nel trattamento dell'anemia, una delle manifestazioni più gravi della malattia.

**A PAGINA 8**



I dati dello studio Simplify1 presentati al Congresso europeo di ematologia a Milano

## Mielofibrosi, speranze da nuovo farmaco che limita l'anemia in 2 pazienti su 3

Il 66,5% dei pazienti affetti da mielofibrosi è indipendente dalle trasfusioni dopo 24 settimane di trattamento con momelotinib, un inibitore orale di Jak, recentemente disponibile anche in Italia: è il dato chiave emerso dallo studio clinico Simplify-1, di cui al Con-

gresso europeo di ematologia (Eha) in corso a Milano viene presentata un'analisi post hoc, che conferma il ruolo di momelotinib nel



# PROVINCIA DI CIVITAVECCHIA

trattamento dell'anemia, una delle manifestazioni più gravi della malattia.

Anche nei pazienti già trattati con altri Jak-inibitori, come evidenziato nello studio Momentum, il farmaco - riporta una nota - ha mostrato benefici significativi su anemia, splenomegalia e sintomi. La mielofibrosi è un tumore del sangue che colpisce circa 350 persone all'anno in Italia, con incidenza maggiore tra i 60 e i 70 anni.

"La mielofibrosi - spiega Francesco Passamonti, direttore della Struttura complessa di Ematologia del Policlinico di Milano e ordinario di Ematologia all'Università degli Studi di Milano - può peggiorare più o meno lentamente nell'arco di diversi anni con modalità variabili a seconda del paziente. In genere la fase iniziale consiste in un danno alla struttura del midollo osseo. E' detta fase precoce, o pre-fibrotica, poiché non è ancora presente la fibrosi del midollo osseo".

Nella fase avanzata, invece, compare la fibrosi midollare e si osserva una fuoriuscita di cellule staminali immature dal midollo osseo.

"Queste cellule, attraverso il sangue - prosegue Passamonti - raggiungono la milza e il fegato, dove si ac-

cumulano. Solitamente, quando la malattia si manifesta, sono già presenti le alterazioni tipiche: oltre alla fibrosi, tra le altre, l'anemia e l'ingrossamento della milza. In alcuni casi (10-15 su 100) la mielofibrosi può evolvere in una patologia più severa: la leucemia mieloide acuta". Circa il 40% dei pazienti presenta un'anemia da moderata a grave già al momento della diagnosi, ma si stima che quasi tutti vi andranno incontro nel corso del tempo. Questa condizione richiede cure di supporto aggiuntive, in primis le trasfusioni. E, purtroppo, i pazienti che dipendono dalle trasfusioni hanno una bassa qualità di vita e una sopravvivenza ridotta. Nei casi in cui si riscontri una grave astenia o una splenomegalia importante, la mielofibrosi può impedire di compiere una serie di attività quotidiane 'normali': camminare, salire le scale, rifare il letto, fare la doccia, cucinare.

"L'unica terapia ad oggi potenzialmente in grado di guarire - sottolinea Passamonti - è il trapianto di midollo, ma è riservato a una piccola percentuale di pazienti, in genere sotto i 70 anni, a causa della complessità e dei rischi ad esso asso-



# PROVINCIA DI CIVITAVECCHIA

ciati. I pazienti non elegibili a trapianto vengono generalmente trattati con un Jak inibitore. Rispetto agli altri Jak inibitori già utilizzati, momelotinib, somministrato oralmente una volta al giorno ha dimostrato di avere un impatto favorevole su splenomegalia, sintomi e anemia, riducendo in modo significativo il carico trasfusionale".

I nuovi dati presentati al congresso Eha - conclude

la nota - rafforzano il ruolo del momelotinib come opzione terapeutica efficace per i pazienti con mielofibrosi e anemia, evidenziando l'importanza di intervenire precocemente sull'anemia per massimizzare i benefici clinici. In particolare, il raggiungimento di livelli di emoglobina superiori a 10 g/dL è stato associato a una maggiore sopravvivenza globale. Inoltre, i da-

ti confermano un beneficio sulla prognosi del paziente, per quelli che raggiungono un'indipendenza dalle trasfusioni associata o meno al controllo della splenomegalia.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



# CURA ESG PER LA FARMACEUTICA «PIÙ SOSTENIBILI, PIÙ FORTI»

L'industria del pharma è ai primi posti nel nostro Paese  
per le azioni rivolte all'impatto ambientale, sociale e di governance  
Marcello Cattani, Farindustria: «Così si diventa competitivi»

di **ALESSANDRA PUATO**

**P**er forza (perché è necessario per attrarre talenti, essere competitivi e migliorare la reputazione) o per amore (perché è un principio etico), l'industria farmaceutica conquista due primati. È prima al mondo negli investimenti in ricerca e sviluppo e intende restare al vertice, con duemila miliardi di spesa stimata fra il 2025 e il 2030 e 24 mila molecole oggi in sviluppo, dicono i dati di EvaluateFarma. Ma è anche, in Italia, fra le principali investitrici in sostenibilità, dicono i dati Istat e l'ultima ricerca di Farindustria con la Scuola universitaria superiore Sant'Anna di Pisa e la sua spin off Ergo, dal titolo «Sostenibilità, motore di innovazione e attrattività».

«Abbiamo il privilegio e la responsabilità di essere in un settore tra i più innovativi — dice Marcello Cattani, presidente di Farindustria, presidente e ceo di Sanofi Italia e Malta —. Perciò bisogna attrarre competenze. Serve una struttura sostenibile su tutti e tre i fronti Esg, ambientale, sociale e di governance. L'impatto di queste azioni va oltre la dimensione economica, è sulla società e sull'etica. È un impegno che rafforza la competitività e contribuisce a innalzare la reputazione».

Secondo i dati Istat al settembre scorso riportati nell'indagine, il farmaceutico in Italia è al terzo posto, dopo Coke e prodotti petroliferi e Mezzi di trasporto, per il numero di azioni di sostenibilità avviate, con un indice del 77,5%: significa che oltre sette aziende su dieci, fra quelle monitorate nella ricerca di Farindustria, si stanno muovendo sulla sostenibilità. In particolare, dice l'indagine, l'industria farmaceutica è fra le prime quattro del manifatturiero per azioni sulla sostenibilità ambientale. E fra le prime tre sia per l'energia elettrica autoprodotta sia per la sostenibi-

lità sociale, con particolare attenzione al lavoro femminile.

Conclusa a fine 2024, la ricerca Farindustria-Sant'Anna verrà annunciata in questi giorni. È stata condotta fra 30 aziende rispondenti in Italia, aderenti all'associazione confindustriale, con ricavi complessivi per 14 milioni di euro, pari al 28% del giro d'affari del settore.

«L'indagine aveva un doppio scopo: fotografare l'impegno in sostenibilità della farmaceutica e confrontarlo con ciò che accade nel resto del Paese — dice Marco Frey, professore ordinario di Economia e gestione delle imprese, direttore del Centro interdisciplinare sulla sostenibilità e il clima della Scuola universitaria Sant'Anna di Pisa —. Il posizionamento del farmaceutico si conferma fra i più alti, si nota un passo avanti. Il 75% del campione ritiene che la sostenibilità rafforzi l'attrattività e la reputazione internazionale». Vediamo i risultati nei tre rami Esg.

**Sostenibilità ambientale.** Qui, pur essendo il settore a bassa intensità energetica, il 67% delle aziende farmaceutiche intervistate dice di avere installato impianti di rinnovabili. In generale il settore vanta, dice l'indagine, emissioni di anidride carbonica che sono un quarto della media manifatturiera. «Si investe anche sulla catena dei fornitori — dice Frey — che devono rendicontare e ridurre le emissioni di Co2, per esempio negli im-



# L'ECONOMIA

ballaggi e nei trasporti». Il controllo delle emissioni dirette generate dall'impresa è

un impegno dichiarato dal 71% del campione, quello per le emissioni indirette prodotte dalla filiera (lo «Scope 3») è un po' arretrato, ma emerge: lo dichiara un'azienda su tre (29%).

## Welfare e codice etico

Sostenibilità sociale. Qui emerge la diffusione del welfare aziendale, adottato dall'82% del campione, e l'attenzione al divario di genere. Le donne sono il 45% degli addetti, contro il 29% in media del manu-

fatturiero. Il 47% delle aziende intervistate, quasi una su due, offre congedi e aspettative per maternità o paternità «più estesi rispetto agli obblighi di legge e al contratto di lavoro collettivo», dice la ricerca.

Sostenibilità di governance. Qui tutte le imprese rispondenti dichiarano di avere un codice etico, il 75% un bilancio di sostenibilità e l'80% chiede ai fornitori di rispettare un codice

di condotta. «Si gestisce la relazione con gli attori della filiera, ci si è convinti che è importante», dice Frey.

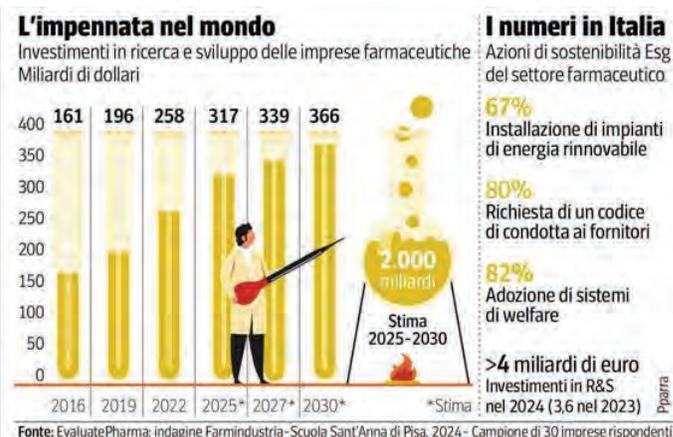
Sullo sfondo c'è un settore in crescita. In Italia, nel 2024, la farmaceutica ha segnato un valore della produzione per 56 miliardi, dai 52 del 2023; investimenti in ricerca e in produzione per oltre quattro miliardi, da 3,6; e un export di 54 miliardi, + 10,2%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«Abbiamo il privilegio e la responsabilità di essere in un settore innovativo, dobbiamo essere strutturati per attrarre competenze»**



**Farindustria**  
Il presidente,  
Marcello Cattani



## L'APPELLO

### **Donare sangue di cordone ombelicale può salvare la vita a neonati prematuri**

«Ricordate di donare il sangue del cordone ombelicale quando nasce il vostro bambino: è una fonte preziosa di staminali salvavita, cellule jolly utili non solo per il trapianto di chi soffre di gravi malattie del sangue, ma anche ai bebè prematuri e in diverse patologie». In occasione della Giornata nazionale del donatore di sangue, ieri la Federazione italiana Adoces, che promuove la cultura del dono delle cellule staminali emopoietiche contenute nel midollo osseo, nel sangue periferico e in quello cordonale, ha rinnovato l'appello alle donne italia-

ne. Attualmente nelle 18 banche pubbliche nazionali sono conservate 38.653 sacche idonee al trapianto e molte altre unità – pari a circa il 70% delle donazioni – che, pur non avendo i requisiti per essere utilizzate nel trapianto, dal 2019 possono essere utilizzate in medicina rigenerativa e trasfusionale per i neonati pretermine e per altre finalità terapeutiche in ambito oculistico, per il trattamento delle piaghe da decubito, del piede diabetico e di ulcere.



# Quanto inquina l'Intelligenza artificiale in sanità?

L'AI può migliorare diagnosi e trattamenti, riducendo errori e ottimizzando le risorse. Ma non è «green»

di **Ruggiero Corcella**

**E** un «giano bifronte» l'Intelligenza artificiale (AI). Anche dal punto di vista dell'impatto ambientale. L'Agenzia internazionale per l'energia (Aie) lo ha spiegato chiaramente, nel suo primo Rapporto sulle implicazioni energetiche dell'AI: «L'intelligenza artificiale può offrire opportunità per produrre e consumare elettricità in modo più efficiente».

Ma «il consumo di elettricità nei data center sarà più che raddoppiato entro il 2030, trainato dalle applicazioni di AI che creeranno nuove sfide per la sicurezza energetica e gli obiettivi di emissione di CO<sub>2</sub>». I modelli di AI generativa, come quelli utilizzati nei chatbot, richiedono enormi potenze computazionali. Secondo uno studio pubblicato su *Nature Machine Intelligence*, addestrare un singolo grande modello può emettere fino a 284 tonnellate di CO<sub>2</sub>, ovvero l'equivalente di 125 voli transatlantici. La sanità digitale consuma risorse, ma l'AI moltiplica il problema. Le simulazioni AI per diagnosi radiologiche, predizione di malattie o triage automatizzati sono «intensive» per quanto riguarda i dati. E questi dati non vivono nel vuoto: sono elaborati, archiviati, mantenuti. Il ciclo è perenne.

«L'intelligenza artificiale ha indubbiamente un impac-

to ambientale, in particolare legato al consumo di energia necessario per l'addestramento e l'esecuzione dei modelli, soprattutto quelli più complessi come le reti neurali profonde (deep learning) — spiega Stefano Bergamasco, direttore del Centro Studi dell'Associazione italiana ingegneri clinici (Aiic) —. Il training di un grande modello di AI può richiedere giorni o settimane di calcolo intensivo su infrastrutture con migliaia di processori o server specializzati, con un dispendio energetico significativo. Questo processo, se non gestito correttamente, può generare un'impronta di carbonio davvero pesante».

L'impatto ambientale dell'AI non si esaurisce nella fase di addestramento: «Anche l'uso dei modelli addestrati, che spesso richiedono grandi quantità di calcoli per analizzare dati clinici o supportare decisioni in tempo reale, comporta un consumo energetico non trascurabile. Tuttavia, il bilancio complessivo dipende fortemente dal tipo di infrastruttura utilizzata. I data center moderni stanno adottando soluzioni più efficienti e alimentate da fonti rinnovabili, riducendo l'impronta ambientale rispetto al passato». Un problema ormai ineludibile da affrontare. Del rapporto tra innovazione tecnologica e sostenibilità si parlerà al XXV Convegno Nazionale Aiic (si veda il box in alto). «Si tratta di un'occasione unica per approfondire proprio questi temi, offrendo ai

professionisti momenti di confronto e aggiornamento sulle migliori pratiche per la riduzione dell'impatto ambientale delle tecnologie sanitarie — dice Bergamasco, che è anche presidente del Comitato scientifico del Convegno —. Inoltre, Aiic sta lavorando all'elaborazione di linee guida e raccomandazioni di settore che aiutino gli ingegneri clinici a orientarsi tra le normative, le buone pratiche e le innovazioni in materia di sostenibilità ambientale».

L'AI è già stata «arruolata» in corsia. «L'intelligenza artificiale ha contribuito a rendere più sostenibili le attività ospedaliere, riducendo il consumo di risorse e migliorando l'efficienza complessiva — elenca Bergamasco —. Un caso emblematico riguarda l'ottimizzazione della gestione delle sale operatorie: grazie a sistemi di AI in grado di analizzare i dati storici e in tempo reale, è possibile pianificare meglio gli interventi, riducendo i tempi di inattività e minimizzando il consumo di energia, materiali e personale. Un altro esempio è l'uso di algoritmi predittivi per la gestione delle scorte e dei materiali sanitari».

Non basta: «L'AI consente di prevedere con precisione il fabbisogno di forniture come farmaci, dispositivi medici e



materiali di consumo, riducendo gli sprechi e le eccedenze, e contribuendo così a un uso più razionale delle risorse. Anche la manutenzione predittiva delle apparecchiature è un campo in cui l'AI sta facendo la differenza. Attraverso il monitoraggio costante delle condizioni operative dei dispositivi, è possibile identificare potenziali anomalie prima che si trasformino in guasti. Questo permette di evitare interventi di emergenza, sostituzioni premature e costosi periodi di inattività, con benefici sia economici sia ambientali».

Infine, «alcune soluzioni AI supportano l'efficientamento energetico degli edifici ospedalieri, gestendo in modo intelligente i sistemi di climatizzazione, illuminazione e distribuzione dell'energia in base all'effettivo utilizzo degli spazi, contribuendo a ridurre i consumi senza compromettere il comfort e la sicurezza dei pazienti e del personale».

E cosa ci aspetta in futuro? «L'AI, applicata in modo consapevole e sostenibile, potrà ottimizzare l'uso delle risorse

ospedaliere, ridurre gli sprechi e migliorare l'efficienza complessiva delle strutture», conclude Bergamasco.

---

---

**L'impatto ambientale** è, in particolare, legato al consumo di energia necessario per addestrare i modelli

---

---

**In futuro con l'AI** si potranno però anche ridurre gli sprechi e migliorare l'efficienza delle strutture sanitarie

## Il paragone

● Secondo uno studio pubblicato sulla rivista scientifica *Nature Machine Intelligence*, addestrare un singolo grande modello AI può emettere fino a 284 tonnellate di CO<sub>2</sub>, ovvero l'equivalente di 125 voli transatlantici

## Le stime

### CO<sub>2</sub> prodotta

Si stima che i sistemi di intelligenza artificiale nella diagnostica per immagini generino oltre 10 tonnellate di CO<sub>2</sub> equivalente l'anno per ospedale e contribuiscano (in media) per il 2-5% del consumo energetico digitale di un ospedale e si prevede che, entro il 2030, aumenterà fino al 10-15%.





Servizio L'indagine

## **Intelligenza artificiale, preoccupa nei posti di lavoro ma piace in Sanità: «Migliora le cure e taglia la burocrazia»**

Per il 61% degli italiani l'Ia può cambiare in positivo - a dispetto del solo 38% nel mondo del lavoro - la gestione della salute e la cura delle malattie

*di Marzio Bartoloni*

13 giugno 2025

Se gli italiani temono l'intelligenza artificiale sul luogo di lavoro perché hanno paura che gli rubi il posto, sono invece pronti a darle il benvenuto in ospedale o negli studi dei medici perché in maggioranza - sei su dieci - sono convinti che nei prossimi dieci anni inciderà positivamente migliorando sia le cure che tagliando la burocrazia. «Non possiamo più affrontare i problemi della sanità italiana con strumenti del passato. L'Intelligenza artificiale non è una bacchetta magica, ma un supporto per chi si prende cura delle persone. Ad esempio può dare un aiuto ad affrontare problemi annosi come le liste d'attesa», avverte Giovanni Migliore presidente di Fiaso - la Federazione che riunisce i manager che guidano Asl e ospedali - che in occasione del lancio ufficiale ieri dell'Osservatorio sull'Ia in Sanità, che ha già mappato una quarantina di progetti in corso nelle corsie ospedaliere italiane, ha diffuso anche i dati di un'ampia indagine di Demopolis, condotta su un campione di 3.400 persone: il sondaggio mostra come per il 61% degli italiani l'intelligenza artificiale possa cambiare in positivo - a dispetto del solo 38% nel mondo del lavoro - la gestione della salute e la cura delle malattie.

Del resto l'Intelligenza artificiale è già ben presente nella medicina e nella Sanità: dagli strumenti di diagnostica che la impiegano sempre di più alla ricerca di nuovi farmaci. Ma ora, con il suo utilizzo nella gestione della Sanità, grazie anche alla possibilità di abbeverarsi all'oceano di dati sanitari che transiteranno sui fascicoli sanitari degli italiani (accuratamente anonimizzati) oltre che in tutto il Servizio sanitario nazionale, si spera che sarà finalmente possibile rendere più efficiente la macchina sanitaria che continua a fare acqua da tutte parti tra sprechi e ostacoli burocratici che complicano la vita a medici e pazienti. Su questo concordano gli italiani: tra i vantaggi dell'Ia ci sono l'analisi rapida dei dati clinici (73%), la riduzione della burocrazia (61%) e una migliore organizzazione dei servizi (54%). Non a caso tra i progetti già mappati da Fiaso si va dal triage intelligente al pronto soccorso agli algoritmi per prevedere il rischio di infarto fino al supporto nella scelta degli esami medici da prescrivere in modo da ridurre le liste d'attesa. In sostanza, più rapidità e meno sprechi. «L'Osservatorio è uno strumento strategico per guidare il cambiamento già in atto - ha spiegato il presidente di Fiaso - e si propone come una vetrina dell'innovazione, in grado di censire e accelerare quanto sta già avvenendo sul territorio». I progetti già raccolti, provenienti da ospedali e Asl da Nord a Sud Italia, offrono soluzioni utilizzabili per l'automazione della cartella clinica, la diagnosi precoce, il monitoraggio remoto dei pazienti con malattie croniche andando incontro a quello che chiedono i cittadini.

Il cambiamento, però, secondo Fiaso, deve essere anche condiviso. Per questo, al Forum Logos & Téchne di Siracusa, in programma dal 26 al 28 giugno, Fiaso presenterà anche Next Health, la piattaforma di innovazione collaborativa che connette aziende sanitarie pubbliche, università, startup e imprese. «L'obiettivo è passare - ha concluso Migliore - da una logica di sperimentazione isolata a un processo strutturato». Il forum, ospitato nella città di Archimede, sarà anche il palcoscenico dell'«Hackathon AI for Health», in cui team multidisciplinari composti da ricercatori e addetti ai lavori svilupperanno idee innovative per migliorare prevenzione, diagnosi e cura.

# Rosso e viola in tavola contro le microplastiche

In frutti di bosco e diverse varietà di cavolo e uva potrebbe nascondersi una strada per proteggere la fertilità dai possibili effetti di questi «inquinanti»

di **Anna Fregonara**

**N**ei cibi di colore viola o rosso scuro, come frutti di bosco, uva nera, cavolo rosso, riso nero, potrebbe nascondersi una strada per proteggere la fertilità dai possibili effetti delle microplastiche, quelle micro e nano particelle che derivano dalla frammentazione di materiali plastici largamente usati per la loro versatilità e resistenza. Dalle onde del mare ai ghiacciai artici, fino al nostro sangue, all'urina e ai tessuti più delicati, le microplastiche sono dovunque e penetrano nell'organismo attraverso l'aria, l'acqua, il cibo o il contatto con la pelle. «Diversi studi dimostrano che nei mammiferi, compreso l'uomo, quelle inferiori a 10 micron (un micron è un millesimo di millimetro) possono superare le barriere biologiche, come quella emato-testicolare e la placenta, e possono accumularsi in testicoli, ovaie, tessuti fetali e perfino nell'embrio-

ne», spiega Luigi Montano, urologo e andrologo presso la Asl di Salerno, ideatore del progetto EcoFoodFertility, uno studio di biomonitoraggio umano sul rapporto ambiente e salute riproduttiva. «La loro presenza è associata a danni alla spermatogenesi, alterazioni morfologiche degli spermatozoi, riduzione del testosterone, compromissione dell'attività ovarica, riduzione dei follicoli disponibili, calo dei livelli di estradiolo, danneggiamento di endometrio e utero, infiammazioni croniche».

Una revisione, pubblicata sul *Journal of Pharmaceutical Analysis*, ha esplorato il potenziale ruolo protettivo degli antociani, pigmenti naturali responsabili delle tonalità viola e rosso scuro di molti alimenti, nel contrastare i danni riproduttivi indotti dalle microplastiche. Secondo la ricerca, in studi in vitro e su modelli animali queste molecole hanno migliorato la qualità dello sperma, protetto l'integrità dei testicoli e favorito il recupero della produzione ormonale, incluso il ripristino dell'espressione del recettore degli androgeni. Sul versante

femminile, hanno mostrato un'attività simil-estrogenica, contribuendo a normalizzare i livelli ormonali, ridurre la perossidazione lipidica, indicatore di stress ossidativo, e proteggere il tessuto ovarico. «La loro principale caratteristica è l'attività antiossidante che neutralizza i radicali liberi e riduce lo stress ossidativo, una delle principali cause di danno a cellule e tessuti, compresi testicoli e ovociti. Inoltre, gli antociani sembrano interagire con i recettori degli ormoni sessuali, come estrogeni e androgeni, contribuendo a ripristinare l'equilibrio ormonale alterato da contaminanti ambientali», dice l'esperto. «Sembrano anche agire su segnali intracellulari coinvolti nella crescita, differenziazione e morte cellulare, favorendo la protezione e la rigenerazione dei tessuti riproduttivi. Il modello alimentare più indicato per proteggere la fertilità è quello che promuove un'alimentazione equilibrata, ricca di nutrienti essenziali, antiossidanti e acidi grassi buoni. In questo senso, la dieta mediterranea è riconosciuta come la più efficace: alla sua base ci so-

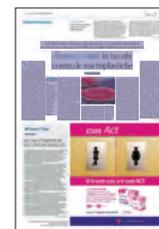
no verdura, frutta, semi, olio extravergine di oliva, ricchissimi di fitonutrienti, specialmente se biologici, con alto potere antiossidante, antinfiammatorio, detossificante. Nonostante questi segnali incoraggianti, serviranno altri studi clinici che confermino l'efficacia degli antociani sull'uomo. Nel frattempo, impariamo ad adottare un comportamento plastic-free, usiamo contenitori di vetro, acciaio inox o ceramica, laviamo frutta e verdura, magari con bicarbonato, riduciamo imballaggi e utensili di plastica scegliendo alternative riutilizzabili».

## Da sapere

● Le microplastiche sono quelle micro e nano particelle che derivano dalla frammentazione di materiali plastici. Quelle inferiori a 10 micron (un micron è un millesimo di millimetro) possono superare le barriere biologiche



Responsabili delle tonalità viola e rosso scuro di molti alimenti sono gli antociani, pigmenti naturali



Servizio A Milano

## Tumori del sangue, nuove terapie promettono più anni di vita e meno trasfusioni

Al congresso europeo di ematologia, due studi cambiano le prospettive per mieloma multiplo e mielofibrosi

di Francesca Cerati

13 giugno 2025

È una stagione di svolte nella lotta contro i tumori del sangue. Lo dimostrano i dati presentati in apertura del congresso della Società europea di ematologia (Eha), in corso a Milano. Due studi, due patologie diverse – mieloma multiplo e mielofibrosi – e una comune promessa: offrire ai pazienti più tempo di vita, con terapie più efficaci e meglio tollerate.

### **Mieloma multiplo: una combinazione che triplica il tempo senza malattia**

Per i pazienti con mieloma multiplo, il secondo tumore ematologico più frequente in Italia con circa 6.590 nuove diagnosi ogni anno, arrivano risultati incoraggianti dagli studi clinici Dreamm-7 e Dreamm-8. Entrambi hanno valutato nuove combinazioni di tre farmaci, tra cui il belantamab mafodotin, un anticorpo farmaco-coniugato che agisce contro la proteina Bcma, presente sulle cellule tumorali.

I risultati dello studio Dreamm-7 sono impressionanti: la combinazione di belantamab, bortezomib e desametasone ha triplicato la sopravvivenza libera da progressione rispetto allo standard attuale. I pazienti trattati con la nuova terapia sono rimasti senza peggioramento della malattia per 36,6 mesi, contro i 13,4 della terapia standard. Un beneficio che si traduce anche in un rischio di morte ridotto del 42%. Lo studio ha coinvolto 494 pazienti in fase recidivante o refrattaria.

«Questi dati rappresentano una vera svolta, soprattutto perché riguardano pazienti già trattati in precedenza», spiega Alessandro Corso, direttore dell'Ematologia dell'Ospedale di Legnano. «Anche lo studio Dreamm-8 conferma l'efficacia della terapia con belantamab in una diversa combinazione (con pomalidomide e desametasone): in questo caso la sopravvivenza libera da progressione è salita a 32,6 mesi, rispetto ai 12,5 del gruppo di controllo».

Un altro vantaggio non trascurabile è pratico: il trattamento può essere somministrato in regime ambulatoriale, senza bisogno di ospedalizzazione, rendendolo accessibile anche nei centri periferici. L'approvazione regolatoria in Europa è attesa entro fine anno: «Sulla base di questi risultati – aggiunge Corso – potrebbe essere rivista la strategia terapeutica già alla prima recidiva».

### **Mielofibrosi: meno trasfusioni e più sopravvivenza**

Un altro passo avanti importante arriva per chi convive con la mielofibrosi, una rara neoplasia del sangue che colpisce circa 350 persone ogni anno in Italia. Una delle sue complicanze più gravi è l'anemia, presente fin dall'inizio nel 40% dei pazienti e destinata a peggiorare nel tempo. Oltre a richiedere frequenti trasfusioni, l'anemia riduce qualità e aspettativa di vita.

Al congresso Eha, nuove analisi sugli studi Simplify-1 e Momentum confermano l'efficacia di momelotinib, un inibitore orale di Jak, che riduce l'infiammazione e l'attivazione delle cellule del sistema immunitario coinvolte nella patogenesi della mielofibrosi, recentemente disponibile anche in Italia. Dopo 24 settimane di trattamento, due pazienti su tre risultavano indipendenti dalle trasfusioni. Anche nei pazienti già trattati con altri farmaci simili, momelotinib ha mostrato benefici su anemia, sintomi sistemici e ingrossamento della milza.

«La mielofibrosi può diventare altamente invalidante, impedendo anche le attività quotidiane più semplici -, spiega Francesco Passamonti, direttore di struttura complessa di Ematologia del Policlinico di Milano e ordinario di Ematologia all'università di Milano, -. Nei pazienti che non possono accedere al trapianto di midollo – spesso per età o condizioni cliniche – momelotinib rappresenta una nuova opzione concreta. Inoltre, il raggiungimento di livelli di emoglobina sopra i 10 g/dL è stato associato a una migliore sopravvivenza complessiva».

### **Una nuova era nella cura delle malattie del sangue**

I dati presentati a Milano segnano un momento chiave nella ricerca ematologica. Terapie più efficaci, meglio tollerate e capaci di offrire anni di vita in più, riducendo anche il peso delle cure per pazienti e famiglie. Un passo avanti che rende tangibile un obiettivo una volta lontano: trasformare patologie gravi e croniche in condizioni sempre più gestibili e compatibili con una buona qualità di vita.



Servizio La Sapienza

## **Nutrizione clinica in oncologia: così un integratore può controllare l'infiammazione**

I dati preliminari relativi all'integrazione con acido docosaesaenoico (DHA) nelle donne con cancro al seno può aprire nuovi filoni di ricerca

*di Maurizio Muscaritoli\* e Alessio Molfino\**

13 giugno 2025

La recente pubblicazione sulla rivista *Cancers* dei risultati del nostro studio condotto presso l'Università La Sapienza di Roma offre spunti di riflessione significativi sul ruolo che la nutrizione clinica può assumere nel panorama delle terapie oncologiche. I dati preliminari relativi all'integrazione con acido docosaesaenoico (DHA) in donne con cancro al seno meritano un'analisi attenta, non tanto per possibili applicazioni immediate, quanto per le implicazioni metodologiche e concettuali che introducono.

Il cancro al seno, con oltre 2,3 milioni di casi diagnosticati annualmente nel mondo e circa 55.000 nuove diagnosi in Italia ogni anno, rappresenta una sfida sanitaria di primaria importanza. Mentre le terapie standard continuano a migliorare la prognosi e la sopravvivenza, emerge sempre più chiaramente la necessità di approcci integrati che considerino l'organismo nella sua complessità biologica e metabolica.

### **DHA, un omega-3 di origine marina**

Il nostro studio ha esaminato gli effetti dell'integrazione con DHA, un omega-3 di origine marina, sui livelli plasmatici di resolvine D1 e D2 in pazienti con cancro al seno. Questi mediatori lipidici specializzati rappresentano un meccanismo endogeno di controllo dell'infiammazione che merita particolare attenzione nel contesto oncologico, dove l'infiammazione cronica è riconosciuta come fattore di progressione tumorale.

Dopo dieci giorni di somministrazione di un integratore contenente il 10% di DHA, abbiamo osservato un aumento dei livelli di resolvina D1 nelle pazienti (21,3 vs 7,3 pg/mL rispetto al baseline). Il dato più rilevante dal punto di vista clinico riguarda la risposta differenziata osservata nelle pazienti portatrici di mutazioni BRCA1 o BRCA2, che hanno mostrato incrementi del 185% per la resolvina D1 e del 101% per la resolvina D2.

### **L'efficacia dell'integrazione nutrizionale**

Questi risultati preliminari suggeriscono che l'efficacia dell'integrazione nutrizionale possa variare significativamente in base al profilo genetico individuale, introducendo il concetto di 'nutrizione di precisione' in ambito oncologico. La variabilità nella risposta metabolica tra diversi sottogruppi di pazienti rappresenta un elemento di particolare interesse per future ricerche cliniche.

L'approccio nutrizionale in oncologia non deve essere considerato come alternativo alle terapie standard, ma piuttosto come un componente complementare dell'assistenza multidisciplinare. La nutrizione clinica moderna si basa su evidenze scientifiche solide e mira a ottimizzare lo stato metabolico del paziente, supportando i meccanismi fisiologici di difesa e riparazione tissutale.

Nel caso specifico del DHA e delle resolvine, queste agiscono come regolatori selettivi, modulando l'infiammazione patologica preservando quella necessaria per la guarigione.

È fondamentale sottolineare che questi risultati rappresentano dati preliminari che richiedono conferma attraverso studi clinici più ampi e controllati. La ricerca in nutrizione clinica oncologica deve seguire gli stessi rigorosi standard metodologici applicati alla ricerca farmacologica, con particolare attenzione ai controlli, alla randomizzazione e alla valutazione di endpoint clinicamente rilevanti.

### **Lo sviluppo di protocolli personalizzati**

L'identificazione di biomarcatori che possano predire la risposta all'integrazione nutrizionale rappresenta una priorità per lo sviluppo di protocolli personalizzati. La variabilità genetica osservata nel nostro studio potrebbe costituire un primo passo verso la definizione di criteri di selezione per l'integrazione con omega-3 in pazienti oncologici. La ricerca in nutrizione clinica oncologica rappresenta un campo in rapida evoluzione che richiede collaborazione interdisciplinare tra oncologi, nutrizionisti clinici, biologi molecolari e altri specialisti. Solo attraverso questo approccio integrato sarà possibile tradurre le evidenze scientifiche in benefici concreti per i pazienti.

Lo studio pubblicato su *Cancers* rappresenta un contributo alla comprensione dei meccanismi attraverso cui specifici nutrienti possono influenzare i processi biologici rilevanti in oncologia. I risultati preliminari sull'integrazione con DHA aprono prospettive interessanti per lo sviluppo di approcci nutrizionali personalizzati, pur richiedendo ulteriori conferme attraverso ricerche cliniche più ampie. L'evoluzione verso una medicina di precisione deve necessariamente includere anche gli aspetti nutrizionali, riconoscendo la complessità delle interazioni tra genetica, metabolismo e ambiente.

*\*Università La Sapienza, Roma*



Servizio La sperimentazione

## **La telemedicina avanza in farmacia: 5mila urgenze cardiache scoperte grazie all'Ecg o all'holter sotto casa**

Solo nel 2024 sono state effettuate quasi un milione di prestazioni di telemedicina in oltre 11.000 farmacie che hanno portato alla rilevazione di oltre 116.000 anomalie

*di Marzio Bartoloni*

13 giugno 2025

Scoprire una pericolosa aritmia cardiaca nella farmacia sotto casa per poi farsi curare e visitare presto da uno specialista o in alcuni casi, per quelli più gravi, correre al pronto soccorso per un intervento salva vita. E' quello che è già accaduto in diversi casi nell'ultimo anno grazie all'avanzamento della telemedicina nelle farmacie sempre più trasformate in farmacie dei servizi dove si possono fare gli screening e gli esami di base per i controlli di routine. Solo nel 2024 sono state effettuate quasi un milione di prestazioni di telemedicina in oltre 11.000 farmacie italiane che hanno portato alla rilevazione di oltre 116.000 anomalie su elettrocardiogramma, holter cardiaco e holter pressorio. Di queste, circa 5.000 sono state classificate come gravi, e hanno richiesto l'invio del paziente allo specialista o al Pronto Soccorso. I dati sono stati diffusi da Federfarma in vista degli Stati Generali della Prevenzione, promossi dal ministero della Salute e in programma il 16 e 17 giugno a Napoli.

### **Come funzionano gli esami e le altre prestazioni in farmacia**

Va ricordato che gli esami di telemedicina fatti in farmacia – come l'holter pressorio e cardiaco, l'elettrocardiogramma e molti altri – vengono mandati ai Centri di refertazione dove lavorano i medici specialisti - come i cardiologi - che analizzano e refertano i dati degli esami e nel caso di anomalie avvertono il farmacista e il cittadino che ha fatto l'esame di correre ai ripari, con la possibilità tra l'altro di avere già pronto un referto da inviare al servizio di emergenza del 118 come è accaduto già in diversi casi, guadagnando così tempo in caso fosse necessario operare d'urgenza. Oltre ai controlli cardiaci in farmacia si sono effettuati anche circa 5 milioni di test per lo screening del tumore del colon-retto circa 250mila screening per patologie croniche quali diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. Le farmacie, inoltre, hanno effettuato più di 55mila verifiche dell'aderenza alla terapia da parte di pazienti affetti da ipertensione, Bpco e diabete. Numeri che, secondo Federfarma, mostrano come le farmacie abbiano assunto un ruolo crescente nella sanità territoriale. Lo sviluppo di questa tipologia di servizi potrà poi essere favorito dalla piena implementazione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), alla cui attivazione hanno contribuito, sempre nell'ambito della sperimentazione, le farmacie fornendo supporto a oltre 2 milioni di cittadini.

### **Federfarma: la farmacia dei servizi va resa strutturale**

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

“La prevenzione si fa sempre di più in farmacia”, afferma Marco Cossolo, presidente nazionale di Federfarma. “Le farmacie si sono evolute per rispondere ai bisogni della sanità di prossimità, diventando presidi sanitari che erogano servizi essenziali di screening, monitoraggio e prevenzione, oltre alla dispensazione di farmaci”. Cossolo ricorda che la nuova Convenzione, approvata a marzo, ha ampliato e regolamentato queste attività, stabilendo nuove collaborazioni, tra cui quella recentemente siglata con il sindacato degli specialisti ambulatoriali Sumai, per la refertazione degli esami di telemedicina. “È giunto il momento di rendere strutturale la Farmacia dei Servizi come parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale”, aggiunge Cossolo. Per far conoscere ai cittadini quali farmacie erogano i servizi, Federfarma ha attivato sul proprio sito una mappa interattiva. Il portale è aggiornato in tempo reale e consente ai cittadini di individuare rapidamente le prestazioni disponibili nella propria zona



Servizio Territori

## **Rotary a scuola: promuovere stili di vita sani per contrastare l'obesità infantile**

Dal 2017 l'iniziativa ha coinvolto mille docenti, 9mila alunni e oltre 17mila famiglie per educare, sensibilizzare e offrire strumenti concreti per un'alimentazione sana e una vita attiva

*di Redazione Salute*

13 giugno 2025

Con la conclusione dell'anno scolastico è giunto al termine il nono ciclo del progetto "Rotary a scuola: lotta all'obesità infantile". Una iniziativa ideata dal Distretto Rotary 2102 per promuovere stili di vita sani per sensibilizzare i giovani attraverso un programma educativo che promuove la corretta alimentazione e l'importanza dell'attività fisica, coinvolgendo i ragazzi, il corpo docente e le famiglie.

Il programma si sviluppa in varie fasi: parte con uno screening anonimo degli alunni per poi passare all'elaborazione dei dati e all'attività di formazione articolata in più moduli interdisciplinari, che coinvolge i partecipanti in orario scolastico ed extrascolastico, con medici specializzati in ambito nutrizionale e psico-sociale ed esperti in attività motoria certificati dal Coni. «Siamo di fronte a una sfida cruciale per la salute delle future generazioni - dichiara Maria Pia Porcino, Governatrice del Distretto Rotary 2102 -. Vogliamo creare una rete con istituzioni e cittadini, per educare, sensibilizzare e offrire strumenti concreti per un'alimentazione sana e una vita attiva, consolidando una rete educativa di valore. Crediamo fermamente che l'azione congiunta sia la chiave per contrastare l'obesità infantile e costruire un futuro più sano per i bambini».

Dal 2017 il progetto ha coinvolto decine di scuole, circa 1.000 docenti, 9mila alunni e oltre 17mila genitori, in primis nel reggino e poi nelle altre province della Calabria, con un'espansione territoriale che ha coinvolto anche scuole della Toscana e della Lombardia. Numeri che evidenziano i significativi risultati conseguiti, con un crescente impegno che ha gettato le basi per una diffusione sempre più ampia e strutturata del progetto, ampliando via via la platea dei beneficiari.

Il piano formativo ha un'estensione multimediale con una sezione interattiva con esperti che rispondono gratuitamente ai quesiti che tutti possono rivolgere tramite la sezione dedicata del sito internet [www.lottaobesitainfantile.org](http://www.lottaobesitainfantile.org): dalla psicologa alla biologa nutrizionista, dal docente di metodologia sportiva del Coni allo chef membro del comitato scientifico della dieta mediterranea. «Il progetto nasce per sensibilizzare le comunità sull'importanza di adottare stili di vita sani e aumentare la consapevolezza sulle malattie legate all'obesità - spiega Vincenzo Ursino, ideatore del progetto e presidente della commissione distrettuale del Rotary 2102 -. L'obiettivo è di portare avanti la cultura della prevenzione attraverso una serie di attività mirate».

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

L'obesità infantile è la forma di malnutrizione più diffusa nei Paesi industrializzati e l'Italia è il Paese europeo con la più alta percentuale di persone con problemi di sovrappeso e obesità. Dopo essere stata approvata alla Camera nel corso dello scorso mese di maggio e ora all'esame del Senato una proposta di legge (Ddl S. 1074) che prevede il riconoscimento dell'obesità come una malattia, inserendone le terapie nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), ponendole così a carico del Servizio sanitario nazionale. Un provvedimento che si caratterizza per un approccio integrato alla lotta alla malattia che comprende prevenzione, cura e sensibilizzazione sociale. Una linea di azione che il progetto del Rotary porta avanti dal 2017 con il patrocinio di Regione Calabria, Società Italiana di Diabetologia (Sid), Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (Sige), Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), Coni, Associazione Italiana Cultura Sport (Aics) e con la collaborazione della Gastroenterologia Universitaria Sapienza di Roma.

## LA STORIA DELLO SCRITTORE

### Il primo caso con la norma regionale Daniele Pieroni e il Parkinson dal 2008

Daniele Pieroni, scrittore e poeta, 64enne da anni residente a Chiusi (Siena), affetto dal morbo di Parkinson dal 2008, ha scelto di morire il 17 maggio. Una decisione facendo leva sulla sentenza 242 del 2019 della Consulta e sulla legge regionale della Toscana approvata a febbraio. Si tratta del primo caso di morte volontaria avvenuta dopo l'approvazione della norma, già impugnata dal governo Meloni con un ricorso alla Corte Costituzionale. Pieroni combatteva con una grave disfagia, cioè l'impossibilità di mangiare

e bere in modo tradizionale per via orale. Si alimentava con una Peg, la gastrostomia endoscopica percutanea, un tubicino in funzione per 21 ore al giorno. Nell'agosto del 2023 il primo contatto telefonico all'associazione Luca Coscioni, che ha iniziato a seguire il suo caso. Dandogli anche indicazioni su morte assistita, necessità di scrivere un testamento biologico, ventaglio di percorsi possibili. Alla fine, Pieroni ha optato per inviare la formale richiesta all'Asl Tosca-

na Sud Est il 31 agosto.

Il via libera è arrivato dopo l'approvazione della legge regionale, il 22 aprile. Così a casa di Pieroni è stato preparato il farmaco letale, che lui stesso si è autosomministrato il 17 maggio. Con lui presenti due dottoresse e un medico legale dell'Asl. Un'iniezione che ha riaperto il dibattito sul fine vita nel panorama nazionale. —



**VIAGGIO VERSO LE REGIONALI**

**La sfida delle Marche  
Acquaroli: «Così ho salvato  
la sanità dal buco rosso»**

È scattata ieri da Civitanova la campagna elettorale di Francesco Acquaroli, esponente di Fdi per la riconferma alla guida delle Marche sostenuto da tutto il centrodestra. Sfida il dem Matteo Ricci.

De Leo a pagina 8



**VERSO LE REGIONALI**

**Acquaroli, parte la corsa per il bis  
«Ho riscattato le Marche dal buio»**

*Al via da Civitanova la campagna elettorale per la riconferma del governatore  
E rivendica i successi: «Con noi la Regione è al vertice della sanità italiana»*

**PIETRO DE LEO**

••• È scattato ieri sera da Civitanova, dal palco del Forum Eurosuole, lo start della campagna elettorale di Francesco Acquaroli, esponente di Fratelli d'Italia che gioca la partita della sua riconferma alla guida delle Marche sostenuto da tutto il centrodestra e sfidato dall'europarlamentare del Pd Matteo Ricci. È stata, quella di ieri, una convention in cui il Presidente delle Marche ha rivendicato le cose fatte, e

della rivincita di un territorio che il centrodestra ha conquistato per la prima volta nel 2020, per la prima volta dalla nascita della Seconda Repubblica. Perciò, dice Acquaroli, «abbiamo riscattato le Marche da un'epoca buia». Questo il senso dell'apertura del suo comizio con cui rivendica, peraltro, il «gioco di squadra» sia tra i vari livelli territoriali che i cittadini e le rappresentanze delle categorie produttive. Acquaroli utilizza i numeri come

base per sottolineare i risultati, e il senso di quel «riscatto» delle Marche su cui insiste. A partire dalla sanità, punto molto acceso della campagna eletto-



rale. Il sistema Marche, fa notare il presidente della giunta, «è un benchmark a livello nazionale». Qualche cifra? Il 10% in più sul piano delle prestazioni erogate in confronto al 2019. I Lea che attestano la Regione al vertice della Sanità italiana; l'ospedale Torrette di Ancona miglior nosocomio pubblico d'Italia per il terzo anno consecutivo. E ancora, tra i risultati che mette in cantiere Acquaroli si annovera la riforma sanitaria territoriale e nuovi ospedali in costruzione, tra cui Pesaro, Macerata, San Benedetto del Tronto. Le Marche, inoltre, possono vantare il primato per le farmacie dei servizi in tutta Italia. Sul piano dell'economia,

inoltre, la Regione vede una certa vitalità del settore manifatturiero, dove è seconda in Italia per occupanti. È prima sul piano delle start up innovative in rapporto alle società di capitali. C'è poi un'altra questione specifica, e cioè la ricostruzione post sisma. «È finalmente avviata», dice Acquaroli, «con oltre 1 miliardo e mezzo all'anno» per riportare alla vita luoghi ed edifici. Altro argomento, il fresco. Infatti, i risultati sono stati raggiunti «senza aumentare le tasse dei marchigiani». Per quanto i contraccolpi del Covid e i contraccolpi delle crisi geopolitiche. Nonostante questo, ragiona Acquaroli, «Siamo una regione più attrattiva, di-

namica, competitiva, e vogliamo continuare ad esserlo».

A sottolinearlo ci sono anche i numeri del turismo, che vedono un +13% di presenze complessive rispetto al 2019, e una miglioramento del 28% di turisti stranieri. «Questi risultati -scandisce Acquaroli- non sono un traguardo, ma un punto di partenza. Vogliamo andare avanti lungo la strada tracciata, con coraggio e con visione, per dare ancora più forza alle Marche, una regione dove è bello vivere, una terra a misura di giovani e di anziani, dove "opportunità" fa rima con "equità"».

Dunque, osserva il presidente delle Marche, «vogliamo che ogni cittadino si senta parte di una comunità che non lascia indietro nessuno, dove il meri-

to è premiato ma la solidarietà non è mai dimenticata. Una regione dove, da nord a sud, dalla costa all'entroterra, ogni territorio è protagonista. Le Marche devono continuare a crescere e a emozionare».



**Francesco Acquaroli** Il governatore delle Marche



**L'intervista** **Francesco Rocca**

# «Servono stipendi più alti per i medici di emergenza Tagliate le liste d'attesa»

► Il presidente della Regione: «I pronto soccorso pagano le difficoltà di tutto il sistema. Ce ne stiamo occupando. Decisive la riforma dei dottori di famiglia e le case di comunità»

**L**a necessità di migliorare la Sanità è al primo posto dell'agenda di Francesco Rocca, presidente della Regione Lazio da più di due anni. Sul tavolo del suo ufficio, in via Cristoforo Colombo, i dossier più delicati: dalle condizioni del pronto soccorso fino alle liste d'attesa. «Ma dobbiamo affrontare tutto insieme - spiega - intervenendo sul sistema nel suo complesso».

**Presidente Rocca, in questi ultimi mesi avete inaugurato e rimodernato molte strutture ospedaliere, investendo grandi risorse. Ma la situazione nei pronto soccorso, in alcuni casi, è ancora caotica. Cosa serve, e cosa state facendo, per far funzionare meglio il sistema dell'emergenza?**

«Il pronto soccorso è la punta più visibile di un sommerso che è determinato da tantissimi fattori, come la medicina del territorio, le case della comunità, l'abbattimento delle liste d'attesa. In assenza di risposte da tutto il sistema, ogni cosa finisce per scaricarsi sul pronto soccorso. Non solo. Oggi scontiamo un problema vocazionale forte, che porta ad avere sempre meno medici di emergenza. Noi facciamo i concorsi, ma i concorsi poi vanno deserti. Così siamo costretti a prendere i gettonisti per coprire turni e servizi».

**Il tema della mancanza di vocazione è interessante, ma non**

**crede ci sia anche un problema legato alle condizioni di lavoro e alla sicurezza nei pronto soccorso?**

«Certo, pesa anche la questione sicurezza, che determina un problema vocazionale. A condizioni di lavoro più dure non corrisponde un trattamento economico adeguato. Faccio un esempio. Prenda le scuole di specializzazione. Sa quali sono le più ambite?».

**Chirurgia plastica? Dermatologia?**

«Sì, ma non solo. Il punto è che i giovani, dovendo scegliere, si indirizzano verso un percorso che garantisce loro prospettive di crescita economica importanti anche grazie alla possibilità di svolgere attività nel privato. Un "vantaggio" che il medico di emergenza invece non ha. Detto questo, non credo che la vocazione, che poi è quella della spinta a salvare vite, si sia ancora persa del tutto. Almeno non nei ragazzi».

**Ma quindi come si può risolvere il problema? Come recuperare questa vocazione persa?**

«Con scelte coraggiose, anche se siamo in un momento di carenza di risorse. Se dobbiamo aumentare i contratti, bisogna partire da alcune specialità. E non parlo soltanto del medico di pronto soccorso che è quello più visibile. Parlo di diverse figure all'interno del servizio sanitario».

**Qualche esempio?**

«La medicina nucleare, chi fa tut-

ta quella attività diagnostica fondamentale per le patologie tumorali; oppure l'anatomopatologo, che è quello che fa la diagnosi del tumore. Bisogna mettere mano a delle differenze salariali. Siamo di fronte a un sistema che non regge più e che ha bisogno di riforme radicali. In assenza delle quali si scarica tutto sul pronto soccorso. Malgrado questo, vedo dei segnali di miglioramento».

**Quali?**

«Nei due anni di nostro governo gli accessi ai pronto soccorso sono aumentati di 200 mila unità. Eppure abbiamo accorciato i tempi di attesa, passando da due giorni a un giorno e quattro ore. È chiaro che il miglioramento c'è ed è costante. Ma le persone, giustamente, vedono che comunque sono costrette a passare 28 ore in pronto soccorso prima di essere dimesse o prima di trovare un posto letto».

**Lei parla di sistema da riformare. Crede che le case di comuni-**



tà, o anche il potenziamento della rete dei medici di famiglia, possano contribuire ad alleggerire la pressione sugli ospedali?

«Le case della comunità sono una certezza, ci sono investimenti significativi nel Pnrr. Il punto è che noi adesso ci troviamo a fronteggiare in fretta qualcosa che andava programmato quindici anni fa. Si doveva tenere conto, ad esempio, dell'invecchiamento della popolazione. E non è stato fatto. Adesso quindi dobbiamo accelerare sulle case della comunità e sulla riforma dei medici di medicina generale, attraverso un nuovo modello organizzativo».

**Altro tema centrale: le liste d'attesa. A che punto siamo? E come stanno andando i rapporti con i privati su questo fronte?**

«Il rapporto con i privati è chiaro. Si trattava solo di applicare quello che già c'era: avevano l'obbligo di dare almeno il 70% delle loro agende al recup regionale. Ma non lo facevano e nessuno li forzava a farlo. Ecco, io ho semplicemente riattivato il rispetto dell'accordo sulle prestazioni, gestendo direttamente le prenotazioni e facendo terminare un sistema di autonomia che non funzionava. Quanto alle liste di attesa, stiamo

lavorando. Ma in due anni siamo passati, sulle prestazioni critiche, dal 70% al 96% di risposte in linea con i tempi di legge. Che è un buon risultato. Certo, è l'ultimo miglio quello più complicato da percorrere. E quel 4% che ci manca vale 100mila prestazioni. Stiamo lavorando per arrivare alla copertura totale, ma non è un'operazione semplice. Anche perché mano a mano che il sistema torna a funzionare, tutti quelli che fino ad ora si sono rivolti ai privati, o almeno una parte di loro, cominciano a tornare nel pubblico, facendo aumentare il numero delle prestazioni richieste». **L'ospedale San Giacomo può essere un buon punto di riferimento per alleggerire ulteriormente il sistema. A che punto siamo con l'operazione di rilancio?**

«Siamo pronti per far partire la gara e quindi la ristrutturazione che prevede 200 posti letto dedicati principalmente agli anziani. Stiamo solo aspettando il via libera dalla Ragioneria generale per avviare i lavori. Li abbiamo sollecitati».

**A fine mandato, Francesco Rocca sarà soddisfatto se...**

«Mi farebbe piacere far percepire alla gente il grande cambiamento

che è in atto. Il mio obiettivo è migliorare di molto la qualità della vita di chi ha bisogno di aiuto, fare in modo che le persone fragili non si sentano più sole o abbandonate, continuare ad aumentare il numero dei posti di lavoro, facendo tornare gli investitori nel Lazio e offrendo sempre più servizi a chi ne ha bisogno. Certo, sono tutte operazioni che richiedono un paio di mandati, almeno per consolidare il lavoro importante che abbiamo messo in campo in questi anni».

**Quindi lei si ricandiderebbe?**

«Certo. Assolutamente sì».

**Un'ultima domanda: i rapporti con il sindaco Gualtieri come sono?**

«Abbiamo delle responsabilità, dobbiamo affrontare tutto in maniera responsabile. Abbiamo delle differenze di vedute ma ce le risolviamo chiusi in una stanza, senza portarle fuori. Il nostro deve essere un dialogo costruttivo, non distruttivo. A me non piace il clima di odio e divisivo che c'è oggi tra gli schieramenti. Deve sempre prevalere il rispetto e il dialogo».

**Gianluca Perino**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PER CONSOLIDARE  
IL NOSTRO LAVORO  
OCCORRONO  
DUE MANDATI  
SONO PRONTO  
A RICANDIDARMI**

**I NUMERI**

**95,7%**

Le visite sanitarie date nei tempi di garanzia previsti dalla legge

**3,7 mln**

Le prestazioni critiche messe a disposizione nel Lazio durante il 2024

**+10%**

Le persone curate nei Pronto soccorso del Lazio rispetto al 2022

