

**25 ottobre 2024**

# **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**



# la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo



Venerdì 25 ottobre 2024

Oggi con il Venerdì

€ 2,70

La tragedia sul lavoro

## Bologna, chiude la fabbrica della morte

Mattarella: «Non ho più parole»  
Oggi lo sciopero per la sicurezza

**BOLOGNA** — Dopo la morte di due lavoratori, la Toyota di Bologna chiude e mette 870 dipendenti in cassa integrazione. Oggi lo sciopero per la sicurezza. Mattarella: «Non ci sono più parole adeguate per esprimere allarme e angoscia».

di Amato, Baldessarro, Bignami Capelli, Conte e Giusberti  
alle pagine 8 e 9



Il dolore Fiori per le vittime davanti alla Toyota Material Handling

Quelle promesse mai mantenute

di Bruno Giordano

Continuiamo a uccidere operai. Come è successo a Bologna. E ne feriamo uno al minuto, circa duemila al giorno, cui va aggiunto il numero oscuro degli incidenti non denunciati, per paura di ritorsioni del datore di lavoro o semplicemente perché si lavora in nero.

alle pagine 29

L'intervista

Spano: «Io vittima della destra omofoba»



di Cerami, Ciriaco e Vitale  
alle pagine 6 e 7

La politica al tempo delle chat

di Massimo Adinolfi

Un messaggio, e via. Come diceva Gorgia, il sofista di Leontini? La parola è «una grande sovrana, che con un corpo piccolissimo e del tutto invisibile compie opere assolutamente divine». Sul corpo piccolissimo ci aveva preso, ma che siano divine le opere che compie non direi. E neppure invisibili, dal momento che queste benedette chat private finiscono dappertutto e sono viste ovunque. Ma Gorgia non aveva whatsapp. Faceva grandi discorsi, e scriveva l'elogio di Elena per discolorare la moglie di Menelao dall'accusa di aver fatto cadere Troia; oggi, invece, basta un messaggio in chat e ti cade un capo di gabinetto.

alle pagine 29

5 STELLE

## Conte licenzia Grillo

Stop al contratto da 300mila euro. Il fondatore non molla. Casaleggio jr: resterà uno solo ma di elettore  
Colloquio con il leader del Movimento: «Anche il ruolo del garante può sparire, non è un parricidio»

Manovra, la maggioranza già pensa a modifiche. Fmi: allarme debito

Il caso

Minacciata la giudice della sentenza sui migranti

di Viola Giannoli  
alle pagine 10

Strappo nei Cinque Stelle. Conte straccia il contratto di collaborazione da 300 mila euro l'anno che lega Grillo al Movimento. «Fa controcomunicazione. Il rapporto si è incrinato in modo irreversibile», dichiara. Ma il fondatore non molla: «Il contratto è in vigore». Manovra, Forza Italia e Lega scontente: inizia la corsa agli emendamenti. Il Fondo monetario internazionale richiama l'Italia: «Faccia di più sul debito».

di Cappellini, Colombo De Cicco, Fontanarosa Mastrolilli e Pucciarelli  
alle pagine 2, 3, 12 e 13



L'ultimo (ricco) flop di Mancini lascia la panchina dell'Arabia

di Gabriele Romagnoli

Ma i rovinare una bella storia con l'avidità. Nella citazione leggendaria sarebbe «con la verità», ma niente svela un uomo quanto la sua disposizione a mettere il cartellino del prezzo all'alluce, nell'obitorio della propria dignità.

alle pagine 31

Le idee

Niente è più moderno delle piante

di Stefano Mancuso

Nel Quinto secolo a. C. Protagora teorizzava che l'uomo è misura di tutte le cose, di quelle che sono per ciò che sono, e di quelle che non sono per ciò che non sono. È di gran lunga l'asserzione più conosciuta dell'intera scuola sofistica e una delle più famose massime filosofiche della storia. L'uomo è il centro di gravità intorno a cui tutto ruota.

alle pagine 31

Santoni easy, il nuovo stile di vita. Progettato per essere leggero, confortevole e leggero in uno stile classico e sofisticato.

classic has never been so light.

SCOPRI LA COLLEZIONE

Santoni EASY.

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821  
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63707310  
mail: servizioclienti@corriere.it

MONTURA logo and image of a person in a pink jacket.

Tommaso Marini «Ballando con le stelle? Più dura che nel fioretto» di Flavio Vanetti a pagina 31

Da oggi a Napoli Torna «CasaCorriere» Uno sguardo al Sud di Enzo d'Errico a pagina 34

Wherever you go. montura.com

Veti e diplomazia

COSÌ L'ONU È FINITA AI MARGINI

di Paolo Valentino

Il diplomatico svedese Dag Hammarskjöld, che fu segretario generale dell'Onu dal 1953 al 1961, diceva che «le Nazioni Unite non sono state create per portarci in paradiso, ma per salvarci dall'inferno». Se il metro di valutazione fosse la guerra nucleare, potremmo dire missione compiuta: l'abbiamo evitata. In realtà, la paralisi di fatto dell'Onu, impotente di fronte ai conflitti geopolitici e alle crisi umanitarie che incendiano il pianeta, minacciando la pace e la sicurezza globale, ci porta in direzione opposta: l'inferno, compreso uno scontro atomico, si è drammaticamente avvicinato. Ieri erano 79 anni dall'entrata in vigore della Carta di San Francisco, lo statuto dell'organizzazione adottato nella città californiana nel 1945. Sarà stata solo una coincidenza dettata dall'agenda, ma il segretario generale dell'Onu, Antonio Guterres, la giornata dell'anniversario l'ha trascorsa a Kazan, al vertice dei Brics, accolto da Vladimir Putin, il presidente russo che ha ordinato l'invasione di un Paese sovrano, l'Ucraina, in aperta violazione dei principi di cui le Nazioni Unite sono garanti e custodi. Di più, Putin è oggetto di un mandato di arresto della Corte penale internazionale, anch'essa parte del sistema onusiano.

Questo non vuol dire che Guterres possa o debba snobbare, tantomeno ignorare un'organizzazione come i Brics, di cui sono parte due membri permanenti del Consiglio di Sicurezza (Cina e Russia) e che mette insieme quasi la metà della popolazione mondiale.

continua a pagina 34

Le opposizioni all'attacco. I conti del ministero: mille euro in più ai redditi fino a 35 mila lordi

Manovra, fronte delle proteste

Mobilizzazioni per scuole e pensioni. Rai, canone a 90 euro. Spinta per i ritocchi

di Andrea Ducci, Enrico Marro e Claudia Voltattorni

Una Manovra al risparmio, quella appena approvata, e si apre il fronte delle proteste. I più arrabbiati sono i medici e gli infermieri: si aspettavano aumenti, ma nel 2025 arriveranno solo 17 euro netti al mese per i primi e 7 per i secondi. E nella Sanità non ci saranno neppure le assunzioni tanto attese, tanto che il 20 novembre sarà sciopero. Delusione anche tra i pensionati e nel mondo della scuola. Le opposizioni attaccano. Mentre Giorgetti fa i conti: mille euro in più ai redditi fino a 35 mila lordi.

alle pagine 23 e 5 De Bac, Gaggi



L'ANTICIPAZIONE DI «REPORT» «Giuli, c'è un nuovo caso» Il ministro: chiacchiericcio

di Arachi, Baccaro, Guerzoni e Roncone

Il ministro Giuli, le voci di dimissioni e la presunta guerra tra «Fratelli» in Fdi. Tutti in attesa di Report.

alle pagine 8 e 9

LA SOLIDARIETÀ BIPARTISAN PER ALBANO La giudice del no ai rimpatri «Io minacciata di morte»

di Virginia Piccolillo

Minacce di morte alla giudice Silvia Albano che ha emesso la sentenza sul rimpatrio dei migranti in Albania.

a pagina 6

1.300 MILA EURO ALL'ANNO Conte, l'affondo su Grillo: stop al contratto E lui: resta valido

di Emanuele Buzzi e Marco Imarisio



Beppe Grillo e Giuseppe Conte

Conte licenzia Grillo. Il contratto da 300 mila euro all'anno, ha fatto sapere il leader del M5s, non sarà rinnovato. «Grillo — ha detto — si batte contro la sua stessa comunità. Contro di me atteggiamenti velenosi». Ma lo staff del fondatore: «Non ci risulta lo stop».

a pagina 11

In pieno centro Era incensurato, l'omicidio alle 7 di notte



Via Camminello al Mercato, a Napoli, teatro della sparatoria

Napoli, spari tra bande: ucciso in strada a 15 anni

di Fulvio Bufi

a pagina 21



Emanuele Tufano, la vittima, aveva 15 anni

Armi, droga, potere I ragazzi di Camorra

di Roberto Saviano

a pagina 21

Bologna Toyota, 850 operai a casa Vittime sul lavoro, lo sdegno del Colle La fabbrica chiude

di Federica Nannetti e Francesco Rosano

«Non vi sono più parole adeguate per esprimere l'allarme e l'angoscia per gli incidenti che colpiscono chi sta lavorando. Per l'insufficienza della sicurezza per chi lavora». Così, ieri, il presidente Mattarella a Bologna per la Biennale dell'economia cooperativa. Intanto proprio la bolognese Toyota Material Handling, dove hanno perso la vita due giovani operai, ha chiuso e messo in cassa integrazione gli 850 lavoratori.

a pagina 23

IL DRAMMA DI UNA 27ENNE

Torino, aggredita al parco «Mi violentavano a turno»

di Massimo Massenzio

Suptro di gruppo al parco Valentino, a Torino. Vittima una studentessa attirata in trappola da un giovane straniero che le ha strappato il cellulare e si è fatto inseguire nel parco, dove c'erano i complici.

a pagina 25

CORSI logo and photo of Matteo Mille, CMO Microsoft Italia.

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

Tanto tempo fa, in una galassia vicina, un artista annoiato fondò un Impero di stelle per combattere le caste e i loro privilegi. «Uno vale uno» era il suo motto e i vitalizi il suo bersaglio preferito. A quell'epoca si chiamavano vitalizi le rendite di posizione particolarmente odiose, perché ottenute in virtù di cariche esercitate in un passato ormai lontano. Un giorno l'Imperatore si annoiò pure di guardare le stelle e si chiuse nel suo castello vista mare, non prima però di essersi fatto assegnare un vitalizio da trecentomila euro, chiamato «contratto di consulenza», che gli rendesse l'esilio più confortevole. Ma anche nel castello l'Imperatore si annoiava. E dopo un po' cominciò a lamentarsi del Principe Azzurro che aveva pre-

Licenziare un Grillo

so il suo posto, dicendo che più che un principe era un conte e più che azzurro era grigio. Il Conte Grigio sopportò e sopportò, fino a quando non ne poté più e decise di togliergli il vitalizio. Allora un bambino che passava da quelle parti gli disse: «Ma che fai? Se sei contrario al vitalizio per motivi etici (era un bambino che parlava difficile, un piccolo Grillo), avresti dovuto toglierglielo prima, per motivi etici. Non adesso, e solo perché avete litigato. E comunque non dimenticarti mai che uno vale uno». Il Conte Grigio sorrise: «Ti sbagli, mio caro. Le tariffe sono cambiate. Uno non vale più uno, bensì trecentomila». E vissero per sempre infelici, ma contenti.

NPK NO PROBLEM KIT advertisement with image of a car wheel and a red triangle.

## LA CULTURA

Quell'amore per le radici greche che nasce solo dalla nostalgia

ANDREA MARCOLONGO - PAGINA 29



## IL DOCUMENTARIO

Mannocchi e la guerra in Ucraina "Mai avuto tanta paura di morire"

FRANCESCA MANNOCCHI - PAGINA 31



## GLI SPETTACOLI

Cochi: quando l'Avvocato Agnelli mi salvò dalla censura della Rai

EGLE SANTOLINI - PAGINA 23



# LA STAMPA



VENERDÌ 25 OTTOBRE 2024

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € | L'ANNO 158 | N. 295 | IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) | SPEDIZIONE ABB. POSTALE | D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 COMMA 1, DCB-TO | [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)

GNN

LA PROCURA DI BOLOGNA APRE UN'INCHIESTA PER OMICIDIO COLPOSO: "È ESPLOSO L'IMPIANTO DI CLIMATIZZAZIONE"

## "Così sono morti gli operai della Toyota"

### IL RACCONTO

"Lorenzo e Fabio vittime di un ritmo disumano"

NICCOLÒ ZANCAN

Il target era raddoppiato. Così chiamano l'obiettivo di produzione. Da 54 a 100 carrelli elevatori al giorno per turno. Era quello che dovevano fare gli operai della Toyota. - PAGINA 8



MONICA SERRA

«È successo tutto in quattro minuti», Pino Sicilia, responsabile sicurezza della Uilm, è stato tra i primi operai a soccorrere i colleghi. Trattiene le lacrime mentre racconta. - PAGINA 7

### IL RICHIAMO

Mattarella: "Sicurezza le parole sono finite"

UGO MAGRI

«Non ci sono più parole adeguate per esprimere allarme e angoscia». Il capo dello Stato Sergio Mattarella proprio ieri si trovava in visita a Bologna. - PAGINA 8

### BRUNO GIORDANO

"Ma la patente a punti non salva i lavoratori"

CLAUDIA LUISE

«Con la patente a crediti si fa solo sicurezza di carta». Bruno Giordano è un magistrato di lunga esperienza, oggi lavora alla Corte di Cassazione. - PAGINA 8

INTERVISTA ALL'EX CONSULENTE DI GIULI: IL MIO COMPAGNO HA VINTO UN BANDO. IL MINISTRO DA MELONI MINACCIA LE DIMISSIONI

## Spano: attacchi incivili contro di me

Manovra, stangata da seimila euro sulle detrazioni. Nuovo cuneo fiscale, ecco chi ci rimette

AMABILE, ANGELO, BARBERA, FAMA, OLIVO, RIFORMATO

Francesco Spano, capo di gabinetto dimissionario del ministero della Cultura, per giorni non ha risposto al telefono. Alla fine ha deciso di parlare in ragione di un'urgenza: difendere il confine fra critica e denigrazione. «Io credo sia legittimo, per ciascuno di noi, non condividere e financo disapprovare le scelte altrui, ma il rispetto per la vita degli altri è un principio di civiltà invalicabile». - PAGINA 2-13

### IL COMMENTO

Se l'egemonia culturale è nelle mani dei pro vita

FLAVIA PERINA

La polvere prima o poi si depositerà sulle angosce del ministero della Cultura e, spazzata la polvere, la destra dovrà interrogarsi sulle sue ambizioni in materia. Egemonia culturale, egemonia italiana, Dante padre comune, Antonio Gramsci cugino prediletto, ma poi cosa, oltre le citazioni? Le traversie del Collegio Romano (ma non solo) ci consegnano un profilo molto preciso dell'egemonia reale esercitata in conto destra. - PAGINA 27

La faida della Cultura in Fratelli d'Italia

Ilario Lombardo

### L'ANALISI

La stabilità dei conti resta ancora incerta

TOMMASO NANNICINI

Bentornato sentiero stretto. La tenaglia tra promesse della politica e vincoli di bilancio è di nuovo la chiave di volta della nostra politica economica. Gli anni della spesa facile, spinti dalla risposta alla crisi pandemica, appartengono al passato. Il ministro Giorgetti ha licenziato una legge di bilancio che riflette questo cambio di passo. Nonostante gli annunci di questa o quella forza politica, la priorità del governo è stata rassicurare partner europei e mercati. - PAGINA 27

Cartabellotta: ai medici restano le briciole

Paolo Russo

IL LEADER M5S TOGLIE LA CONSULENZA A BEPPE GRILLO

## Il "V-day" di Conte

NICCOLÒ CARRATELLI



Contrappasso 5Stelle

MASSIMILIANO PANARARI

ANSA/RICCARDO ANTONIANNI

### LA CRONACA

La faida dei ragazzini che insanguina Napoli Saviano: solo le mafie investono sui giovani

GIUSEPPE BOTTERO



«A Napoli sta succedendo quello che è sempre accaduto. L'età media degli appartenenti alle organizzazioni criminali è bassa, bassissima», dice Roberto Saviano. Un quindicenne ucciso a colpi di pistola, altri due minori feriti in una notte di fuoco e di morte. GALLETTA - PAGINA 21

### GLI STATI UNITI

Trump contro i giudici "Licenzio chi mi indaga"

ALBERTO SIMONI

Donald Trump prepara la lettera di licenziamento per il procuratore speciale Jack Smith - che lo ha incriminato per le carte segrete a Mar-a-Lago e i tentativi di sovvertire l'esito delle elezioni del 2020 - e dice «che lo silurerà in due secondi» se eletto. SIRU - PAGINE 16 E 19

### LE IDEE

Il modello Albania e la paura degli altri

GABRIELE SEGRE

È probabile che il via vai tra tribunali, decreti legge e navi militari tra le due sponde dell'Adriatico manterrà vivo ancora a lungo il dibattito sul "Modello Albania". Una questione che inevitabilmente porta con sé dilemmi morali e quesiti giuridici. - PAGINA 27

### BUONGIORNO

Ricordate che avete fatto lo scorso 31 dicembre? Dove e con chi avete brindato? Ecco, pensateci e pensate a Maysoon Majidi, che quella sera venne arrestata. Non per il contrasto fra il festeggiare l'anno nuovo e il finire in galera, ma per riuscire a calcolare la distanza, il tempo trascorso, l'infinito deserto del diritto. Majidi (ne abbiamo scritto spesso su questo giornale) ha 28 anni, è curda dell'Iran, è un'attivista, una regista, come tante ragazze iraniane è oppositrice del regime degli ayatollah e lo è apertamente dall'assassinio di Mahsa Amini, settembre 2022. Siccome aveva la Polizia morale addosso, e paura d'essere uccisa, Majidi è fuggita e arrivata in Italia su un barcone. Appena ha toccato terra, è stata accusata da qualche testimone d'essere la scafista, e come scafista ammanettata. Chiun-

### Gli intoccabili

MATTIA FELTRI

que si sia imbattuto nella sua storia, ci metteva dieci minuti a convincersi che l'accusa non sta in piedi, e non perché sia fragile, contraddittoria, incompleta, ma perché è insensata. La magistratura calabrese ha impiegato dieci mesi. E nemmeno per assolvere Majidi - il processo è ancora da fare, sempre che si faccia - ma solo per liberarla dalla carcerazione preventiva. Il mio amico Luigi Manconi, a cui chiedo scusa per l'estrema sintesi, dà la colpa soprattutto ai toni e alle politiche migratorie del governo di Giorgia Meloni. Io credo invece che la colpa sia nostra e della nostra prontezza a passare sopra ogni errore, svazione, catastrofe o sopruso della magistratura, della quale abbiamo fatto una casta di intoccabili sacerdoti, perlomeno in questo - povera Majidi - identica agli ayatollah iraniani.

ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

[www.barbieriantiquariato.it](http://www.barbieriantiquariato.it)  
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA  
IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLO OGGETTO







Venerdì 25 ottobre 2024

ANNO LVIII n° 254  
1,50 €  
San Gaudenzio di Brescia  
ricevuto

# Avvenire



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

### Editoriale

## Dietro all'Enciclica di Francesco ALLA SORGENTE DELLA PACE

BRINO FORTE

La Lettera Enciclica *Dilexit nos*, *Saltamone umano e divino del Cuore di Gesù Cristo* nasce dall'esperienza spirituale di Francesco, che avverte il dramma delle enormi sofferenze prodotte dalle guerre e dalle tante violenze in corso e vuol farsi vicino a chi soffre proponendo il messaggio dell'amore divino che viene a salvarci. Si può sostenere che le riflessioni in essa presenti offrono la chiave di lettura dell'intero magistero del Papa, come ci fa capire lui stesso: «C'è che questo documento esprime permette di scoprire che quanto è scritto nelle Encicliche sociali *Laudato si'* e *Fratelli tutti* non è estraneo al nostro incontro con l'amore di Gesù Cristo, perché, abbeverandoci a questo amore, diventiamo capaci di essere legami fraterni, di riconoscere la dignità di ogni essere umano e di prenderci cura insieme della nostra casa comune». Lungi dall'essere un magistero "schizocane" sul sociale, come a volte è stato maldestramente inteso, il messaggio che questo Papa ha dato e dà alla Chiesa e all'intera famiglia umana nasce da un'unica sorgente, presentata qui nella maniera più esplicita: Cristo Signore e il Suo amore per tutta l'umanità.

continua a pagina 18

### Editoriale

## Storie di sconfinamenti vitali L'UMANITÀ IN MOVIMENTO

ERALDO AFFINATI

Tracciare il confine è l'inizio della Storia: qua ci siamo noi, dall'altra parte ci siete voi. Così tutto comincia, nell'intreccio ancestrale dei rapporti sociali al tempo stesso distinti e contigui, fra scorte, commerci, lingue, costumi, guerre e paci. La ragione politica, impegnata a comporre i dissidi legati ai territori contesi, risulta sempre in ritardo rispetto alla mobilità insita nella natura umana: oggi più che mai. Basti pensare alla recente vicenda dei migranti destinati in Albania. Chi, come me, è in costante contatto con le gemme che arrivano in Italia da ogni parte del mondo, nel tentativo di sfuggire alla miseria costruitasi in un'assistenza migliore, trattiene a stento lo stupore nel verificare lo scarto impressionante tra le regole protocollari, anonime e amministrative, e il volto concreto delle persone. Nei giorni scorsi alla scuola Penny Wirtton di Roma mi è venuto a trovare Muhammad Iqbal Azad, un mio ex studente afgano, conosciuto vent'anni fa alla Città dei Ragazzi, quando era un adolescente carico d'energia propositiva, ben prima che diventasse l'imprenditore di successo che è ora.

continua a pagina 18

### IL FATTO

Per il Papa nella devozione diffusa da 350 anni la chiave per fermare la violenza e dare vita a una società più giusta e fraterna

# «Ritrovare il cuore per l'uomo e il mondo»

L'Enciclica *Dilexit nos*, la quarta di Francesco: «Abbiamo smarrito il cuore, Gesù ci dona il suo»



Una bambina in fuga da Gaza con la sorellina sulle spalle

GIANNI CARDINALE

MIMMO MUOLO

L'uomo, il mondo, Cristo. Sono i cardini della quarta enciclica di Francesco, *Dilexit nos* (Ci ha amati), pubblicata ieri. Al centro, il cuore. «Il cuore che rimondo ha smarrito», e Gesù «che ci dona il suo», il cuore che può ridarci quell'umanità necessaria per arginare l'odio dilagante e che ci rende inestinguibili da qualunque intelligenza artificiale. Un'enciclica concreta e spirituale al tempo stesso, un appello "accorto" a non cedere all'odio e alla morte.

Abbanese, De Berio e Zappalà pagg. 2-5

### I CONFLITTI

## Le donne e i bambini più forti del dolore La loro voce chiede altro

VIVIANA DALOISO

Il cuore di Lidia, 98 anni, s'è spezzato un giorno della primavera scorsa quando il villaggio di Ocheryevy, nel Donbass, è stato occupato definitivamente dai russi. Nonna Lidia...

A pagina 5

### PADRE FRIGERIO

## «Tra le righe un invito a recuperare tenerezza e a vivere l'Eccomi»

RICCARDO MACCIONI

Il vicario regionale per l'Italia della Congregazione del Sacro Cuore di Gesù di Betharran, padre Enrico Frigerio: il Papa chiede più sensibilità ed empatia verso chi è vittima di ingiustizie.

A pagina 5

### SPINTA USA SU ISRAELE

## Aiuti fermi, ma si tratta per la tregua a Gaza

Gaza ancora off-limits per gli aiuti, come denunciato al. Avvertito l'insostenibile ha dell'area, Clro Fiorillo. Ma il Segretario Usa Blinken torna a parlare di tregua.

Brogi e Capuzzi (invita a Gerusalemme) a pagina 7

### VENEZUELA

## L'Europa sfida Maduro: premiata l'opposizione

Edmundo González Urduriz e María Corina Machado: ai due principali oppositori di Maduro il premio Sakharov per la libertà di pensiero del Parlamento Ue.

Del Re a pagina 13

### LA REPRESSIONE IN RUSSIA

## Sette anni di carcere per la poesia anti-guerra

Continua la repressione in Russia. Un migliaio di persone sono state processate e incarcerate per aver espresso dissenso. La solidarietà corre via mail.

Chiodo Karpinsky a pagina 17

### I DUE MORTI SUL LAVORO

## Toyota, inchiesta e oggi lo sciopero

Usan a pagina 12

### IL VERTICE DEI BRICS

## Guterres va da Putin Critiche per l'incontro

Lavazza e Ottaviani a pagina 6

### REGIONALI IN LIGURIA

## Bucci-Orlando, partita dal valore nazionale

Frambali a pagina 9

**il Regno** documenti

17

Draghi e l'Europa

Italia: Lettere pastorali

I vescovi inglesi e la guerra

Il papa guarda all'Asia

Per abbonamenti e copie leggere: [www.regno.it](http://www.regno.it) 02 9951000 [info@ilregno.it](mailto:info@ilregno.it)

**Sin memorie**  
Alberto Caprotti

**Sotto la pioggia**

Il 25 ottobre di ventidue anni fa tornava alle nuvole Adolph Green, paroliere di Broadway. Aveva 87 anni e ci ha lasciato in eredità gratuita i testi di centinaia di canzoni. Una in particolare, incollata per sempre alla pelle dell'umanità. Si intitola *Singh' in the rain*, e la fischiettava Gene Kelly nel musical omonimo mentre, appunto, cantava e ballava sotto la pioggia. Dietro il testo di quella canzone, solo apparentemente leggera, c'è un mondo di valori. L'ottimismo, l'allegria, il coraggio di affrontare le difficoltà senza cedere alla rabbia e al lamento. «Cantando sotto la pioggia: che sensazione meravigliosa, mi sento di nuovo felice. Sorrido alle nuvole, così cupe su di me. Ho il sole nel cuore e sono pronto ad amare. Che le nuvole si scostino l'una contro l'altra. Forza pioggia, ho il sorriso stampato in faccia e scenderò per questa strada con un ritornello allegro, cantando sotto la pioggia...». Ecco, si può morire dimenticati, si può morire cercando di restare fino all'ultimo sulla scena, e si può anche morire senza che nessuno conosca il tuo nome, ma con la sensazione che si verrà ricordati. Adolph Green è uno di questi ultimi, perché ci ha lasciato parole semplici. È un insegnamento: che se tutti avessero il sole nel cuore, e cantassero invece di deprimersi, le nuvole non ci sarebbero più. O almeno non sarebbero così scure.

**Gutenberg**

**CULTURA**

**L'ambizione di raccontare la pace**

Scrittori e uomini di fede affrontano un percorso oggi cruciale.

Nell'allegato

**il Regno** documenti

17

Draghi e l'Europa

Italia: Lettere pastorali

I vescovi inglesi e la guerra

Il papa guarda all'Asia

Per abbonamenti e copie leggere: [www.regno.it](http://www.regno.it) 02 9951000 [info@ilregno.it](mailto:info@ilregno.it)

# Sanità, minicrescita al 6,4% del Pil

**Manovra.** Con i nuovi fondi in legge di Bilancio la spesa pubblica per la salute guadagna poco più di un decimale in rapporto al prodotto interno lordo nel 2026-27 e resta a livelli analoghi a quelli del 2016-19. Aumento nominale del 2,3% all'anno

**Gianni Trovati**

ROMA

L'arrivo alla Camera del testo bollinato del disegno di legge di bilancio ha fatto assumere una forma ufficiale alle cifre del rifinanziamento del fondo sanitario per i prossimi anni. E i numeri, come capita sempre, hanno un linguaggio più chiaro rispetto alle parole; soprattutto a quelle di un dibattito politico che in questi giorni ha spesso voluto piegare i dati alle esigenze di una battaglia polemica come d'abitudine concentrata sul battibecco congiunturale, e disinteressata alle questioni strutturali. Sono queste invece le ragioni che portano allo sciopero annunciato per il 20 novembre da medici e infermieri, delusi anche dal confronto fra i contenuti della manovra e gli annunci fatti circolare alla vigilia da qualche esponente di Governo.

Comme e tabelle della legge di bilancio mostrano in sintesi estrema due cose: che i fondi aggiuntivi portati alla sanità dalla manovra sono figli di un impegno finanziario importante soprattutto dal 2026, quando del resto i margini di deficit si allargano dai 9 mi-

liardi del prossimo anno a 16. E che però, nonostante questo sforzo, il risultato non va oltre il mantenimento degli attuali rapporti fra spesa sanitaria e Pil, mentre ovviamente il dato nominale cresce come sempre di anno in anno.

Lo stesso ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti del resto aveva indicato l'obiettivo nell'aggancio al Pil. Anche perché andare oltre diventa proibitivo per un bilancio pubblico alle prese con un percorso pluriennale di forte correzione di deficit e debito; a meno ovviamente di rinunciare a molti altri interventi, o di premere in modo drastico su entrate che però gonfierebbero la pressione fiscale.

I numeri, allora, prima di tutto. Come anticipato martedì dal Sole 24 Ore, il «rifinanziamento del servizio sanitario nazionale» che dà il titolo all'articolo 47 del disegno di legge di bilancio porta «1,302 milioni per l'anno 2025,

5.078 milioni per l'anno 2026, 5.780 milioni per l'anno 2027, 6.663 milioni per l'anno 2028, 7.725 milioni per l'anno 2029 e 8.898 milioni annui a decorrere dall'anno 2030». Queste somme si aggiungono ai livelli di spesa sanitaria previsti nel tendenziale a legislazione vigente, cioè appunto al netto degli interventi della manovra; a pagina 183 del Piano strutturale di bilancio si legge che dopo i 137,93 miliardi di quest'anno, nel tendenziale si sarebbe

passati a 141,93 del 2025 per salire progressivamente ai 147,51 del 2027, poco meno del 6,2% del Pil. Con i nuovi interventi, come mostra il grafico, l'anno prossimo si arriva a 143,2 miliardi, e la salita si fa più decisa dal 2026 per arrivare nel 2027 a quota 153,3 miliardi.

Una dinamica del genere permette al finanziamento sanitario di registrare nel prossimo triennio un aumento medio annuo del 2,34%, cioè superiore al +1,5% del totale della spesa primaria come promesso dal Governo. E genera un ritmo di crescita leggermente superiore anche all'inflazione e al Pil nominale, che a livello programmatico arriva a +1,86% medio all'anno. Risultato: la spesa sanitaria, al netto di variabili oggi non prevedibili, passerebbe dal 6,3% del Pil di quest'anno al 6,35% del prossimo, per arrivare al 6,46-6,44% nei due anni successivi. Insomma: un poco più in alto di oggi, esattamente ai livelli del 2016-2019, marginalmente sotto a quelli del 2013-15 (6,6-6,7% del Pil) e ovviamente molto più in basso rispetto al picco pandemico del 2020, spinto però dalle spese emergenziali e da un crollo del Pil senza il quale il 7,4% registrato di spesa sanitaria sul prodotto interno lordo raggiunto quell'anno si sarebbe ridotto a un più abituale 6,8%.

Basta questo veloce riassunto ad archiviare anni di polemiche politiche agitate dalle accuse reciproche di «tagli alla sanità», in un Paese dove il finanziamento in rapporto al Pil è rimasto sostanzialmente stabile a differenza delle maggioranze politiche e tecniche di ogni tipo sperimentate dal 2013 a oggi. Ed è sufficiente un altret-

tanto rapido confronto internazionale per misurare i termini strutturali della questione, dimenticati anche in questi giorni. Perché per portare le risorse sanitarie ai livelli tedeschi (10,9% del Pil; i dati sono di Corte dei conti) occorrerebbero 102 miliardi all'anno, ne servirebbero 89 per pareggiare il 10,3% francese e ne basterebbero, si fa per dire, 66,5 per raggiungere il 9,3% del Regno Unito. Cifre ingestibili, oggi, dal bilancio pubblico.

Queste distanze siderali però si sentono, e mettono a rischio la stessa definizione di «universale» che connota il sistema sanitario italiano. Perché, nei fatti, universale del tutto non lo è più. Lo ha sottolineato da ultimo il Cnel nella Relazione annuale sui servizi pubblici locali, spiegando che la quota pubblica sul totale della spesa sanitaria italiana è ora al 75,6%, e «risulta fra le più basse dei Paesi europei entrati nell'Unione prima del 1995» (pagina 31 della Relazione). Il resto, che nel 2022 ha superato la soglia dei 40 miliardi, è a carico dei privati: che sono coperti da assicurazione individuale o collettiva, ma solo nel 10,4% dei casi con un dato che al Sud scende al 2,6%, o più frequentemente se lo possono permettere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

10,9%

**LA SPESA SANITARIA TEDESCA**

Per portare le risorse sanitarie ai livelli tedeschi (10,9% sul Pil secondo i dati di Corte dei conti) occorrerebbero 102 miliardi all'anno, men-

tre ne servirebbero 89 per pareggiare il 10,3% francese e 66,5 per raggiungere il 9,3% del Regno Unito. Cifre che sarebbero insostenibili, oggi, per il bilancio pubblico italiano

**Centrato l'obiettivo di non ridurre il peso della spesa ma restano lontanissimi i livelli di Germania e Francia**



L'EFFETTO DEL CUNEO FISCALE

## Cresce il fondo per la Sanità Infermieri: 1,2 miliardi in più

■ Sanità, la dotazione cresce a 3,5 miliardi. Oltre ai 2,3 miliardi destinati al Fondo vanno aggiunti 1,2 miliardi destinati agli infermieri.

Gian Maria De Francesco a pagina 7

# Sanità, la dotazione cresce a 3,5 miliardi

Oltre ai 2,3 miliardi destinati al Fondo vanno aggiunti 1,2 miliardi destinati agli infermieri

Gian Maria De Francesco

■ Ignoranza, superficialità e soprattutto tanta malafede. Le critiche nei confronti degli stanziamenti della legge di Bilancio per i capitoli sanità e scuola denunciano quasi sempre questi «peccati originali». Magari sono più fragorose quando a lamentarsi è la segretaria del Pd, Elly Schlein, che parla di «batosta» sebbene non abbia mai dotato le sue proposte di aumento della spesa pubblica di adeguata copertura finanziaria. E, soprattutto, dopo che i governi cui ha partecipato il suo partito hanno lasciato in «eredità» 175 miliardi di bonus edilizi e una trentina di miliardi di aggravio per le uscite pensionistiche. Meno rumorosi ma non meno significativi i mugugni di alcuni ministri e di parti della maggioranza. Evidentemente invece di leggere i numeri, tutti i numeri della manovra uscita da Palazzo Chigi si sono fermati alla lettura dei resoconti di *Stampa e Repubblica*.

Come stanno veramente le cose? Partiamo dalla sanità. Se ci si sofferma sui 2,3 miliardi in più destinati al Fondo sanitario nazionale, si ottiene solo una visione parziale. Ma a scrutarli bene si nota come non poca attenzione sia stata dedicata al personale ospedaliero con gli incrementi dell'indennità di specificità e dell'indennità di pronto soccorso per le professioni infermieristiche e di operatore socio-sanitario (50 milioni nel 2025 e 435 milioni dal 2026). Le statistiche del governo evidenziano anche un'altra realtà: in Italia gli infermieri sono 304mila (di cui 284mila a tempo indeterminato), in media

percepiscono una retribuzione di 35.500 euro. Il range contrattuale, infatti, varia da 24mila a 41mila euro cui poi si aggiungono le indennità notturne (4 euro/ora) e di pronta disponibilità (1,8 euro). In ogni caso, le maggiorazioni retributive

previste in manovra consentiranno di aumentare il salario medio a 39.548 euro con i rinnovi contrattuali 2022-2024 e 2025-2027. I compensi medi, pertanto, resteranno all'interno della «fascia protetta» dal taglio del cuneo fiscale, dell'accorpamento Irpef e della nuova detrazione salvaguardando oltre mille euro dal Fisco rispetto al 2022, ultimo anno senza sgravi contributivi. Insomma, è come se a questa speciale categoria fossero destinati complessivamente 1,2 miliardi, decretando di fatto un aumento di 3,5 miliardi dello stesso Fondo sanitario nazionale. E se i medici hanno deciso di scioperare perché la manovra si concentra sulle figure dirigenziali da un lato e sugli specializzandi dall'altro, non si comprende perché Nursing Up, sindacato minoritario della categoria, abbia deciso di scendere in piazza al loro fianco. Non solo per il fatto che, come visto, non sono penalizzati ma anche perché di recente i camici bianchi si sono opposti con decisione alla possibilità per gli infermieri con laurea magistrale di prescrivere farmaci e ausili, ipotesi avallata dal ministro della Salute Schillaci. «Vogliamo tenere aperta la porta del dialogo con il governo», spiega Andrea Bottega, segretario Nursind (il principale sindacato di categoria con 53mila iscritti), aggiungendo che «ci sono stati segnali importanti, ma per rendere più attratti-

va la nostra professione in un contesto demograficamente difficile sarebbe opportuno anche prevedere una detassazione degli straordinari notturni e festivi come si è fatto per il turismo».

E di questione demografica occorre parlare anche quando si affronta il capitolo scuola. Il blocco del turnover al 25% determina per il comparto Istruzione una dotazione organica ridotta di 5.660 docenti e 2.174 unità di personale amministrativo per un risparmio di 88 milioni l'anno prossimo e 266,7 milioni dal 2026. Al di là del fatto che il testo predisposto dal ministro Giancarlo Giorgetti consente di ridurre il taglio per decreto a invarianza di spesa, il disappunto di Viale Trastevere pare ingiustificato. Con le nascite in calo al ritmo del 3% annuo ben sotto le già preoccupanti 400mila unità, riempire le scuole pubbliche di insegnanti, bidelli e segretari non ha significato se non quello di offrire un «ammortizzatore sociale» a 7.834 persone a tutto discapito della collettività. A conti fatti, uno spreco di danaro.

E proprio la lotta agli sperperi di cui Giorgetti si è incaricato ha già portato buoni risultati in termine di revisione al rialzo dell'outlook da parte di Fitch e di conferma da parte di S&P. Oggi sarà la volta di Dbrs e il 25 novembre chiuderà la stagione Moody's. Con 400 miliardi di debito pubblico da collocare ogni anno questi sono i giudizi che contano. Non quelli di Elly Schlein e compagni.



## Cartabellotta: ai medici restano le briciole

Paolo Russo

L'INTERVISTA

### Nino Cartabellotta

# “Ai medici restano solo le briciole. Mancano i fondi per le assunzioni”

Il presidente di Gimbe: “I soldi promessi non coprono nemmeno i rinnovi contrattuali. Bisogna investire sul capitale umano o rischiamo di non avere nessuno che ci curi”

PAOLO RUSSO

**P**rima di analizzare i contenuti della manovra sulla sanità il Presidente di Gimbe, Nino Cartabellotta preferisce iniziare dai numeri. Il Governo parla di 2,48 miliardi il prossimo anno, 5,7 per il 2026. Per i sindacati ci sarebbero invece le briciole. Come stanno le cose? «Il Fondo Sanitario Nazionale nel 2025 aumenterà di 1,3 miliardi, che si aggiungono a 1,2 miliardi stanziati lo scorso anno, che però non coprono nemmeno l'inflazione e che non basteranno nemmeno a coprire il costo dei rinnovi contrattuali, ai quali sembra siano vincolati. L'unico aumento degno di nota sono i 4 miliardi aggiuntivi per il 2026, perché negli anni successivi gli incrementi sono davvero risibili: 536 milioni nel 2027, 883 milioni nel 2028, 1 miliardo nel 2029 e poco meno di 1,2 miliardi a partire dal 2030».

**Pensiamo al futuro prossimo: per far funzionare Asl e Ospedali nel 2025 quanto rimarrà?**

«Le risorse stanziare dovranno finanziare il contratto 2022-2024 e quello relativo ai due trienni 2025-2027 e 2028-2030. Se consideriamo almeno 2,5 miliardi per ciascun rinnovo contrattuale di dirigenza e restante persona-

le, medici convenzionati compresi, partiamo già con un segno meno. A meno che non si pensi di assegnare ai professionisti sanitari solo qualche briciola».

**La spesa sul Pil resterà anche per i prossimi due anni inchiodata al 6,2%. I tecnici del ministero di Schillaci dicono però che i bisogni di salute non si misurano in base alla crescita economica. La convince il ragionamento?**

«Le stime del Piano Strutturale di Medio termine, 6,2% nel 2026 e 2027, sono ottimistiche rispetto a quelle della Corte dei Conti e dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio che documentano che già oggi siamo sotto il 6,2%. I tecnici del Ministero? Non sono indipendenti e spesso riportano quello che vuole sentirsi dire la politica che li ha scelti».

**Il piano di assunzione di 30 mila medici e infermieri partirà comunque nel 2026, assicura Schillaci. Ma almeno per quell'anno i soldi ci saranno?**

«Il piano straordinario di assunzioni entra in competizione con i rinnovi contrattuali e non è compatibile con le risorse stanziare dal 2027 in poi. O vogliamo pensare che si tratti di assunzioni a tempo determinato per un anno?».

**Basteranno quel po' di incentivi sparsi a convincere i medici a lavorare nel servizio**

**sanitario pubblico?**

«La politica non capisce ancora che il personale sanitario è ormai entrato nella fase della demotivazione professionale e della disaffezione al Ssn. Senza un rilancio delle politiche sul capitale umano, questa “elemosina” risulta addirittura umiliante per chi ha dedicato la propria vita a curare le persone. Bisogna aumentare le retribuzioni del personale sanitario, migliorare le condizioni organizzative e la sicurezza del lavoro, offrire migliori prospettive di carriera. Bisogna restituire loro l'orgoglio di tutelare la salute delle persone. Altrimenti, in pochi anni, rischiamo di non avere più chi si prenda cura di noi».

**La vera emergenza è però costituita dalla carenza degli infermieri. Davvero non c'è soluzione migliore che arruolarli dall'estero?**

«Non si vedono spiragli all'orizzonte, perché oltre alla gravissima carenza - 6,5 per 1.000 abitanti rispetto ai 9,8 della media Ocse - la professione non è più attrattiva per i nostri giovani. Nel 2022, il numero di laureati è



stato di soli 16,4 per 100 mila abitanti rispetto alla media Ocse di 44,9 e gli iscritti al corso di laurea in Scienze Infermieristiche continuano a diminuire. D'altronde con la globalizzazione, gli infermieri italiani vanno a lavorare in Svizzera e quelli indiani vengono da noi».

**Per l'abbattimento delle liste d'attesa ci sono solo un po' di soldi per il privato affinché aumenti l'offerta di prestazioni. Secondo lei come andrebbero smaltite?**

«I tempi di attesa aumentano per lo squilibrio tra offerta e

domanda. Inseguire solo la domanda aumentando l'offerta è un flop annunciato. Perché esaurito l'effetto "spugna", l'incremento dell'offerta induce un ulteriore aumento della domanda, che peraltro non sempre corrisponde a reali bisogni di salute. È indispensabile definire criteri di appropriatezza per esami e visite specialistiche e sviluppare un piano di formazione per i professionisti e di informazione per i pazienti al fine di arginare la domanda inappropriata. Ovviamente è indispensabile potenziare il perso-

nale dipendente, altrimenti continueremo in un'eterna rincorsa guidata dal consumismo sanitario e regolata dal libero mercato». —

# “

## Le risorse

L'unico aumento degno di nota sono i 4 miliardi per il 2026, gli incrementi successivi sono davvero risibili

## Liste d'attesa

Vanno definiti nuovi criteri per esami e visite specialistiche e sviluppare un piano di informazione per i pazienti

## La globalizzazione

Gli infermieri italiani vanno a lavorare in Svizzera dove ci sono stipendi più alti e gli indiani vengono da noi

## I numeri che dividono la politica

# 5,7

I miliardi promessi dal governo per la Sanità nel 2026

# 5 mila

Il taglio degli insegnanti annunciato per l'anno prossimo

# 30 mila

I medici e gli infermieri che servirebbe per il Sistema sanitario

# 100

I milioni per l'assunzione di docenti di sostegno



Il presidente della fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta



# «Stipendi bassi e superlavoro Sciopero dei medici inevitabile se non si trovano nuovi fondi»

Anelli, presidente dell'Ordine: sì a un incontro con il governo sulle risorse

di **Margherita De Bac**

**ROMA** Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici, Fnomceo, perché è solidale con i colleghi ospedalieri che hanno proclamato uno sciopero, fissato il 20 novembre, contro i provvedimenti della manovra?

«Le rispondo con una storia. L'altro giorno la dottoressa di un ospedale campano, una oculista, mi ha chiesto un consiglio sulla decisione da prendere. Aveva ricevuto un'offerta per lavorare in Francia, a Marsiglia, con una remunerazione media di 1.300-1.800 euro al giorno».

**Possibile tanto?**

«Mi ha fatto leggere la proposta di ingaggio e sono rimasto sbalordito. Da noi il governo ha previsto un aumento di 17 euro al mese per stipendi che vanno dai 2.500 ai 3.500 dopo 20 anni di anzianità. Faccia le dovute proporzioni e capirà perché non sono contento e solidarizzo con

i colleghi».

**Lo sciopero però, per la vostra categoria, è una scelta molto forte, che ha un impatto diretto sulla vita dei cittadini.**

«È vero, è una forma di protesta estrema che i medici non abbracciano volentieri. Ma qual è l'alternativa per far capire che abbiamo bisogno di un deciso segnale di inversione di tendenza e non di spiccioli?».

**Lei chiede al ministro della Salute, Orazio Schillaci, un nuovo intervento per sciogliere i problemi insoluti e ottenere più fondi per la sanità. Che cosa si aspetta?**

«Credo si possa fare molto nell'individuare altre risorse per medici e operatori sanitari. C'è un problema spaventoso, la fuga del personale all'estero dove gli stipendi sono migliori. Non è però solo una questione economica a muoverci, non è corporativismo. Noi vogliamo ribadire il valore del sistema sanitario italiano, che gli Usa ci invidiano, basato sulla garanzia della salute per tutti».

**Parli chiaro, cosa volete dal governo?**

«Che si assumano impegni

Da noi hanno previsto un aumento di 17 euro al mese per stipendi di 2.500-3.500 euro dopo vent'anni di anzianità

precisi sulla ripartizione dei fondi del 2026, 5 miliardi. Serve un segnale politico forte, convinto. Quando hanno scelto di investire sull'ecobonus per mettere i cappotti ai palazzi non hanno esitato».

**Promesse non mantenute?**

«Non hanno ancora compreso che puntare sulla sanità significa produrre crescita. Uno studio del Censis commissionato dalla nostra Federazione ha dimostrato che ogni euro investito frutta quasi il doppio».

**Cosa potrebbe riaprire il dialogo?**

«La premier Meloni ha auspicato un incontro con le parti interessate per definire la ripartizione dei fondi. Ricominciamo da qui».

**Quali altri disagi segnala?**

«I medici di famiglia non hanno avuto un euro di aumento. Nella manovra si sono scordati di loro. Pensiamo alla formazione. Gli specialisti avranno nel 2025 un incremento delle borse di circa il 5%. Un medico in formazione per la medicina generale riceve la metà rispetto a uno specializzando, quindi sugli 800-900 euro al mese. Per quale

ragione non dovrebbe scegliere di prendere un'altra strada? Devono parificare gli stipendi. I nostri studi sono già sguarniti».

**Poi ci sono le liste di attesa e il decreto per tagliarle, inadeguato secondo voi. Quale la norma più indigesta?**

«Lo 0,5% delle risorse viene dato alle strutture private-convenzionate. È una indiretta ammissione di incapacità nel rispondere a un'emergenza. Ricorrere ai privati significa ammettere che il pubblico non riesce a riorganizzarsi».

**Una curiosità, la collega campana è andata in Francia?**

«No, è rimasta in Italia per motivi personali».



**Al vertice**  
Filippo Anelli è il presidente della Federazione nazionale ordine dei medici chirurghi e odontoiatri (foto Imago)



**La parola**

**FNOMCEO**

È la sigla della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Controlla l'operato dei suoi associati e si pone come interlocutore nei confronti delle varie istituzioni. Vigila sul decoro ed esercita potere disciplinare

24 ott  
2024

## LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

# Sciopero medici/ Anelli (Fnomceo): “Vicini ai colleghi, Schillaci intervenga per sciogliere i nodi”

Vicinanza, da parte di tutta la Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, ai colleghi della dipendenza che hanno indetto, per il 20 novembre prossimo, uno sciopero nazionale di protesta contro la manovra.



A esprimerla, anche a nome del Comitato centrale, è il presidente, **Filippo Anelli**, che lancia un “accorato appello” al ministro della Salute, Orazio Schillaci: “Solo lui, che tanto si è impegnato per aumentare i fondi destinati alla sanità, può sciogliere i nodi che sembrano ora irrisolvibili, ed evitare lo sciopero. Sciopero che, per un medico, rappresenta sempre l’estrema ratio, perché crea disagio ai pazienti”.

“Le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dei medici dipendenti – spiega Anelli - hanno indetto lo sciopero per il giorno 20 novembre. Protestano contro la Finanziaria e soprattutto per il fatto che le promesse, le attese rispetto proprio al miglioramento economico e salariale dei medici dipendenti non sono state attuate”.

“Diciassette euro di aumento per le indennità di specificità medica – commenta ancora il presidente Fnomceo - rappresentano un vero e proprio motivo di protesta: gli sforzi fatti dai medici, l’impegno, i sovraccarichi di lavoro legati alla carenza del personale non sono oggi riconosciuti adeguatamente in questa Finanziaria”.

“Il ministro Schillaci si è speso più volte – sottolinea - per rappresentare

queste esigenze. Ed è proprio a lui che faccio un appello, perché in qualche maniera possa sbrogliare quei nodi che oggi sembrano irrisolvibili ma che possono invece essere sciolti”.

“Uno sciopero in sanità – conclude Anelli - è sempre l’estrema ratio di una protesta, perché colpisce i malati e le persone che hanno più bisogno. Noi siamo vicini ai colleghi che protestano, perché riteniamo che la dignità professionale si esplica attraverso il giusto riconoscimento economico e in questo senso la Fnomceo, con tutto il Comitato centrale, sarà a fianco dei colleghi”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 ott  
2024

IN PARLAMENTO

S  
24

## Liste d'attesa/ Salutequità: dare certezza ai cittadini sui tempi di accesso con i codici di priorità

Il disegno di legge sulle liste di attesa deve parlare chiaro su un aspetto che rappresenta il suo vero punto di arrivo: è necessario dare certezza e garanzia al diritto del cittadino di accedere alle prestazioni nei tempi massimi previsti dalla norma rispettando i codici di priorità.

“Per farlo – ha spiegato **Tonino Aceti**, presidente di Salutequità, durante l’audizione al Senato nell’ambito dell’esame del Ddl sulle prestazioni sanitarie – è indispensabile dettagliare meglio il meccanismo di garanzia e rendere questo diritto effettivamente cogente. Come? Stabilendo nella legge che l’operatore CUP (il Centro Unico di Prenotazione) che prende in carico la persona, deve essere responsabile dall’inizio alla fine di gestire il caso e chiuderlo nel modo previsto dalla Regione in un tempo di 48 ore. Se al momento del contatto con il cittadino il CUP non ha la capacità di dare una data rispettosa dei tempi, si prende 48 ore, si coordina con la direzione generale o altro personale dedicato della ASL e con questo analizza e trova una soluzione al problema. Se la soluzione non c’è nel servizio pubblico, si dà l’autorizzazione ad andare in libera professione intramoenia o nel privato accreditato pagando il solo ticket. Questo deve essere automatico perché il cittadino ha diritto alla prestazione, nei tempi stabiliti e non deve più assolutamente ricorrere di tasca propria al privato o rinviare se non



rinunciare alla prestazione: un grande elemento di iniquità nel servizio sanitario”.

L'accesso tempestivo alle cure, ha ricordato Aceti, “è uno degli obiettivi mancati oggi nel Ssn. l'Istat dice che 4,5 milioni di cittadini nel 2023 hanno rinunciato alle cure per liste d'attesa e solo poche regioni nel 2023 sono tornate dopo l'emergenza Covid a livelli più bassi del 2019 rispetto alla rinuncia alle cure. Cresce però – ha aggiunto - la spesa sanitaria privata da parte delle famiglie ed è la Corte dei conti a dirlo: nel periodo 2021-2023 si passa da 41 miliardi a 43, con un'incidenza sul PIL ormai che ha raggiunto il 2,1 per cento.”

Oggi accade, ha spiegato Aceti, che il cittadino chiami il CUP, ad esempio, con un codice di priorità di 30 o 60 giorni e questo dà una data su tutta la Regione che non è rispettosa dei tempi massimi a volte anche di molti mesi. Poche Regioni si salvano da questa situazione. A questo punto il Cup inserisce il cittadino nelle cosiddette liste di garanzia: si prende nome e cognome dell'assistito con l'impegno di richiamarlo entro tre quattro giorni, che diventano spesso una settimana, anche dieci giorni, oppure non è proprio richiamato”.

“Il meccanismo non funziona – ha detto Aceti - e quando in caso richiamano, dicono spesso che la prestazione in quei tempi non c'è, si lascia il cittadino solo con la prescrizione e il problema e lì si chiude la possibilità di cura per la persona nel servizio pubblico”. Altri aspetti importanti delle osservazioni di Salutequità – che ha trasmesso alla Commissione una nota dettagliata nel merito - riguardano la necessità di accelerare i tempi di applicazione della legge con l'emanazione dei decreti attuativi “perché sono tutti in ritardo rispetto alla tabella di marcia – ha aggiunto Aceti - e questo è un elemento di criticità: quel provvedimento che, se può portare effetti, lo può fare solo se i decreti attuativi raggiungono il traguardo e lo fanno nel più breve tempo possibile”.

Aceti ha poi segnalato alla Commissione la necessità di un intervento deciso sul depotenziamento del testo del decreto-legge originario nella legge di conversione sulle cosiddette ‘agende bloccate’.

“Un depotenziamento – ha spiegato - che c'è stato in fase di conversione dove una delle prerogative della piattaforma nazionale di Agenas era di individuare le cosiddette agende bloccate. Questo elemento è una criticità, un depotenziamento del provvedimento che oggi invece tornerebbe molto utile. Per questo chiediamo che nel Ddl si ridia ad Agenas la prerogativa di mappare anche le agende bloccate”.

Secondo Aceti poi, ci sono aspetti da maneggiare con prudenza e mettendo paletti molto chiari per non mettere sotto pressione ancor di più i redditi

delle famiglie per curarsi o lasciare indietro i più fragili. È il caso della previsione di oneri a carico degli utenti per lo svolgimento in telemedicina di prestazioni laboratoristiche, per le quali non si specifica se le stesse saranno alternative alle “prestazioni tradizionali” o aggiuntive. Nel primo caso ci troveremmo in presenza di uno spostamento inaccettabile dei costi dei LEA dal SSN alle famiglie. Così come della possibilità anche per le persone con scarse o nulle competenze digitali di potersi avvalere e concorrere al Registro delle segnalazioni, prevedendo un accesso anche telefonico ad esempio.

Infine, va rafforzato molto il sistema di monitoraggio e “se il contrasto alle liste attese è una strategia portante del Servizio Sanitario Nazionale – ha concluso – dovrà contare su risorse strutturali per il loro abbattimento. Queste – propone – potrebbero essere anche trovate all’interno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (ovvero obiettivi strategici e prioritari sui quali far convergere, in accordo con le Regioni, una quota del Fondo Sanitario Nazionale) che oggi presentano più di qualche criticità, mancando da anni il Piano sanitario nazionale, all’interno del sistema stesso”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 ott  
2024

DAL GOVERNO

## S 24 **Manovra: pochi e parziali interventi sulla previdenza**

di *Claudio Testuzza*

PDF

[Il testo del Ddl Bilancio 2025 presentato in Parlamento](#)

Il testo della legge di Bilancio, approvato nei giorni scorsi in Consiglio dei ministri e firmato dal presidente della Repubblica Sergio Mattarella, è ormai pronto per l'esame parlamentare. Le audizioni dovrebbero prendere il via da lunedì 28 ottobre mentre il testo è atteso in aula per il 18 novembre.

Il provvedimento di ben 144 articoli e varie tabelle presenta dall'articolo 23 al 30 le misure proprie in materia di lavoro e previdenza sociale.

Per gli assegni pari o inferiori all'importo minimo scatterà un incremento, per effetto della perequazione, del 2,2% nel 2025 (è del 2,7% nel 2024) portando l'importo dell'assegno a circa 617 dagli attuali 614,77 euro, e dell'1,3% nel 2026.

Viene confermata la proroga di un anno di Quota 103 in versione "contributiva", di Ape sociale e di Opzione Donna in formato "selettivo". È detassato il cosiddetto bonus Maroni per chi in possesso dei requisiti per Quota 103, che diventa utilizzabile pure per l'uscita anticipata con 42 anni e 10 mesi di contributi (41 e 10 mesi per le donne), e viene prevista la



possibilità per i dipendenti pubblici di restare al lavoro, d'intesa con l'amministrazione di appartenenza, oltre l'attuale limite di pensionamento anche fino a 70 anni.

Veniamo all'analisi dei singoli articoli.

La prima indicazione ( art. 23 ) prevede la materia del trattenimento in servizio.

I lavoratori che abbiano o avranno maturato, entro il 31 dicembre 2025, i requisiti minimi previsti dalle attuali disposizioni previdenziali possono rinunciare all'accredito contributivo della quota dei contributi a proprio carico relativi all'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti dei lavoratori dipendenti e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima.

In conseguenza dell'esercizio di questa facoltà viene meno ogni obbligo di versamento contributivo da parte del datore di lavoro, a tali forme assicurative, della quota a carico del lavoratore, a decorrere dalla prima scadenza utile per il pensionamento prevista dalla normativa vigente e successiva alla data dell'esercizio della predetta facoltà. La somma è corrisposta interamente al lavoratore e non è soggetta a tassazione in quanto non concorre a formare reddito.

Per i lavoratori dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, restano fermi i limiti ordinamentali previsti dai rispettivi settori di appartenenza che dal 1° gennaio 2025 si intendono, però, elevati, ove inferiori, al requisito anagrafico per il raggiungimento della pensione di vecchiaia (67 anni). Le amministrazioni anche per lo svolgimento di attività di tutoraggio e di affiancamento ai neoassunti e per esigenze funzionali non diversamente assolvibili, possono trattenere in servizio, previa disponibilità dell'interessato, nei limiti del dieci per cento delle facoltà assunzionali autorizzate a legislazione vigente, il personale dipendente, di cui ritengono necessario continuare ad avvalersi. Il personale, individuato dalle amministrazioni esclusivamente sulla base delle esigenze organizzative, non può permanere in servizio oltre il compimento del settantesimo anno di età. In pratica viene prorogato e, soprattutto, detassato il cosiddetto bonus Maroni, ovvero l'agevolazione per chi pur in possesso dei requisiti per la pensione anticipata (Quota 103) decide di restare al lavoro, che si traduce nella disponibilità direttamente in busta paga della quota di contributi a carico del lavoratore (9,19%).

Il bonus viene esteso, ampliandone la platea, a chi è in possesso del requisito per l'uscita anticipata con 42 anni e 10 mesi di versamenti (41 anni e 10 mesi per le donne

Sul versante della flessibilità in uscita ( art. 24 ) la manovra proroga sia Quota 103 "contributiva", l' Ape sociale e l'Opzione donna. Anche il prossimo anno si potrà quindi uscire anticipatamente dal lavoro con quota 103

modificata con almeno 62 anni d'età e 41 di versamenti ma con il ricalcolo contributivo del trattamento.

Il disegno di legge di bilancio prevede, poi, ( art. 25 ) che per le pensioni di importo pari o inferiore al trattamento minimo la rivalutazione sarà del 2,2% nel 2025 e dell'1,3% nel 2026. Nel 2024 l'indicizzazione all'inflazione di questi trattamenti è stata prevista a quota 2,7%. Il ritocco sarà dunque più contenuto di quello di quest'anno e dovrebbe portare l'assegno a 617,9 euro mensili, circa 3 euro in più degli attuali 614,77 euro. Dal Governo si tiene comunque a sottolineare che in ogni caso non si riducono le pensioni minime, cosa che sarebbe successa senza questo intervento in manovra. In assenza delle misure inserite nell'attuale disegno di legge di bilancio le "minime" sarebbero infatti scese nel 2025 dagli attuali 614 euro mensili a 604 euro. Il previsto aumento del 2,2% tiene quindi conto dell'inflazione all'1%. L'art. 26 dispone, per i trattamenti pensionistici determinati esclusivamente secondo il sistema contributivo, a prescindere dall'assenza o meno dal lavoro al momento del verificarsi dell'evento maternità, che venga riconosciuto alla lavoratrice un anticipo di età rispetto al requisito di accesso alla pensione di vecchiaia di quattro mesi per ogni figlio sino a sedici mesi complessivi per quattro o più figli.

L'art- 28 prevede, poi, una sorta di aiuto per i lavoratori interamente contributivi (chi è in attività dal 1996) dalle forme "integrative". Per raggiungere la soglia dell'assegno sociale, necessaria per accedere al pensionamento con 67 anni di età e almeno 20 di versamenti, questi lavoratori potranno utilizzare l'eventuale rendita della pensione integrativa. A decorrere dal 1° gennaio 2025, ai soli fini del raggiungimento dell'importo soglia mensile ( assegno sociale ) in caso di opzione per la prestazione in forma di rendita , ferma restando la misura minima ivi stabilita, e solo su richiesta dell'assicurato, può essere computato, unitamente all'ammontare mensile della prima rata di pensione di base, anche il valore teorico di una o più prestazioni di rendita di forme pensionistiche di previdenza complementare richieste dall'assicurato. Per poter consentire una scelta consapevole da parte dell'assicurato, contestualmente alla domanda di pensione formulata mediante l'opzione , le forme di previdenza complementare mettono a disposizione la proiezione certificata attestante l'effettivo valore della rendita mensile secondo gli schemi di erogazione adottati dalla singola forma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 ott  
2024

## LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

# Ddl Bilancio/ Nursing Up: raddoppiata l'indennità di specificità ma tempi dilazionati e poche risorse

“Le risorse messe a disposizione attraverso il documento Programmatico di Bilancio elaborato dal Governo sono insufficienti per dare una risposta concreta alle richieste che abbiamo avanzato, assieme ai medici ed alle altre professionalità sanitarie.

Sotto il profilo organizzativo, nella bozza di CCNL in discussione in ARAN, prime timide aperture a modifiche, ma certo sono ben cosa rispetto alle nostre legittime richieste”.

Sono le parole di Antonio De Palma, presidente del Nursing Up, sindacato nazionale infermieri.

La manovra prevede un aumento dell'indennità di specificità degli infermieri, per il 2025 di circa 7 euro netti, e dal 2026 circa 60 euro netti.

“Certo, viene riconosciuto il raddoppio dell'indennità di specificità da noi richiesto spiega De Palma - ed incrementi vengono previsti anche per le altre professioni sanitarie, ma la cifra totale messa a disposizione è di 320 milioni e non 453, come da noi richiesto e quindi resterebbero escluse le ostetriche. Peralto si parla di risorse legate , per la maggior parte, a un contratto la cui discussione inizierà solo tra almeno due anni, e che arriveranno nelle tasche degli interessati chissà quando . Non ancora ci vengono date risposte sulla richiesta di inserimento delle professioni assistenziali tra quelle usuranti”.

In attesa anche di comprendere, se la prossima finanziaria, porterà o meno anche quella minima integrazione alle risorse del CCNL 2022/2024, Nursing



Up richiama e sottolinea le posizioni già espresse, e quindi “la pericolosità delle proposte ARAN consegnate ai sindacati, di aumento della retribuzione fondamentale senza tener in alcun modo in considerazione le differenti tipologie di apporto ed attribuzioni del personale interessato, e dove la differenza tra un infermiere o una ostetrica dell’area professioni sanitarie ed un assistente dell’area inferiore, le cui responsabilità non sono nemmeno lontanamente comparabili tra di loro, è di soli 8 euro lordi al mese”.

Sul fronte delle trattative contrattuali, si è appena conclusa una ulteriore seduta in sede ARAN, per il rinnovo del CCNL 2024/2026.

Il sindacato Nursing Up esprime forti riserve sulle proposte consegnate.

“Nonostante alcune piccole conquiste ottenute sul piano organizzativo - aggiunge De Palma - il quadro complessivo delle trattative per il rinnovo del CCNL Sanità 2022-2024 rimane critico, soprattutto sotto il profilo economico. I primi spiragli organizzativi come la maggiore flessibilità per i genitori turnisti e la riduzione del numero di turni di Pronta Disponibilità da 10 a 8 mensili, sono risultati che vanno di certo accolti con favore”.

Il nodo centrale delle trattative è legato alla scarsità delle risorse stanziare, considerate del tutto inadeguate per affrontare i problemi strutturali del settore.

In particolare, Nursing Up denuncia la proposta di aumento della retribuzione fondamentale, che non tiene conto delle differenti responsabilità e competenze tra le varie categorie di operatori sanitari. Il sindacato, ha più volte evidenziato che la differenza tra un infermiere e un assistente dell’area inferiore si ridurrebbe a soli 8 euro lordi mensili, un divario troppo esiguo rispetto alle reali differenze di carico lavorativo e responsabilità.

Altre preoccupazioni riguardano la proposta dell’ARAN di estendere incarichi di alta complessità anche al personale non sanitario, riducendo i requisiti di anzianità da 15 a 10 anni. Secondo Nursing Up, questa mossa rischia di distogliere risorse dai fondi destinati agli incarichi dei professionisti sanitari e di svalutare ulteriormente il loro ruolo all’interno del sistema.

“La strada per il pieno riconoscimento delle professioni sanitarie è ancora lunga - conclude De Palma - . Non possiamo accontentarci di piccoli miglioramenti organizzativi quando il problema principale è la mancata valorizzazione economica e contrattuale. Serve il coraggio di differenziare le posizioni e riconoscere il vero valore delle professioni infermieristiche e sanitarie, come previsto dalla legge 43/2006. Per queste ragioni, di concerto con i sindacati ANAAO e CIMO, partner di area medica, abbiamo proclamato una giornata di sciopero in coincidenza con la data del 20 novembre 2024, giorno della manifestazione che stiamo organizzando a Roma».

24 ott  
2024

DAL GOVERNO

S  
24

## Sorveglianza Passi d'Argento: rinuncia alle cure 1 anziano su 4 tra quelli che ne hanno bisogno

Nel biennio 2022-2023, il 18% degli ultra 65enni (pari a 2,6 milioni di persone) ha dichiarato di aver rinunciato, nei 12 mesi precedenti l'intervista, ad almeno una visita medica o a un esame diagnostico di cui avrebbe avuto bisogno. Escludendo gli anziani che hanno dichiarato di non aver avuto bisogno di visite o esami, la percentuale di coloro che hanno rinunciato a prestazioni necessarie sale al 23%. Il 61% degli intervistati non ha rinunciato a nessuna prestazione, mentre il 21% ha dichiarato di non aver avuto bisogno di visite mediche né di esami. Fra le ragioni principali della rinuncia figurano le lunghe liste di attesa (nel 55% delle rinunce), le difficoltà logistiche nel raggiungere le strutture sanitarie o la scomodità degli orari (13%) e i costi troppo elevati delle prestazioni (10%). Lo affermano i dati della sorveglianza Passi d'Argento dell'Iss pubblicati oggi.



Dai dati emerge una disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari, che varia notevolmente a seconda delle condizioni socio-economiche e della regione di residenza: la rinuncia è risultata più frequente fra le persone socialmente più svantaggiate, per difficoltà economiche (39% tra coloro che hanno dichiarato di arrivare a fine mese con molte difficoltà vs 20% rispetto a chi non ne ha) o per bassa istruzione (24% tra chi ha al più la licenza elementare vs 19% tra i laureati) e fra i residenti nelle regioni del Centro e Sud d'Italia (27% vs 16% fra i residenti nelle regioni settentrionali). Inoltre la rinuncia alle

prestazioni è più alta fra le donne (25% vs 21% fra gli uomini) mentre non emergono differenze significative per età.

Rinunciano a visite mediche e esami diagnostici anche le persone più cagionevoli di salute: nel biennio 2022-2023 il 25% delle persone con cronicità (ovvero con almeno una patologia cronica fra quelle indagate in PASSI d'Argento: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori, malattie croniche del fegato o cirrosi) riferiva di aver dovuto rinunciare ad una visita medica o un esame di cui avrebbe avuto bisogno.

### **Spesa 'out of pocket' per più di metà di chi non rinuncia alle cure**

Dal 2023, PASSI d'Argento ha iniziato a monitorare anche il ricorso all'out of pocket, chiedendo a chi aveva riferito di essersi sottoposto a tutte le visite o gli esami di cui aveva avuto bisogno se avesse fatto ricorso esclusivamente al servizio pubblico o anche a servizi a pagamento. Ebbene oltre la metà degli intervistati che non ha rinunciato a ciò di cui aveva bisogno ha fatto ricorso a prestazioni a pagamento (il 10% ricorrendo esclusivamente a strutture private il 49% ricorrendovi alcune volte); solo il 41% ha utilizzato esclusivamente il servizio pubblico.

Le difficoltà di accesso non riguardano solo le visite mediche o gli esami diagnostici, ma anche i servizi di base, come la possibilità di raggiungere la ASL, il medico di famiglia o i negozi di beni di prima necessità. Nel biennio 2022-2023, il 32% degli anziani ha riportato difficoltà nell'accesso ai servizi sociosanitari o ai negozi. Queste difficoltà aumentano con l'età (68% degli ultra 85enni), sono più frequenti tra le donne (39% rispetto al 23% degli uomini) e tra le persone socialmente più svantaggiate, con bassi livelli di istruzione o maggiori difficoltà economiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## FARMACI

# Nisticò “I 22 miliardi da spendere meglio”

di **Michele Bocci**

Robert Giovanni Nisticò da sei mesi è il presidente di Aifa, l'agenzia che approva i farmaci da introdurre nel nostro sistema sanitario, per una spesa pubblica di quasi 22 miliardi. Il periodo non è facile, tra aumenti dei costi e proteste delle Regioni. Oggi sarà al Festival di Salute. Ecco cosa ci ha anticipato.

### **La spesa farmaceutica in Italia è sempre più alta. Come può intervenire Aifa per ridurla?**

«Il primo contributo dell'agenzia è quello di portare a termine il procedimento di ripiano del payback farmaceutico, che porta nelle casse pubbliche 1,5 miliardi di euro (si tratta di un meccanismo per cui le aziende che superano il tetto della spesa farmaceutica devono restituire il 50% dell'eccedenza, ndr). Poi stiamo lavorando sui prezzi di molti medicinali già in commercio, e già fatto 342 ricontrattazioni. Poi abbiamo dato il via libera a generici che permettono di risparmiare 200 milioni. Va poi detto che in Italia, in generale, i prezzi medi sono bassi, anche rispetto a Paesi meno ricchi del nostro».

### **Perché, malgrado questi interventi, lo Stato spende sempre di più per i medicinali?**

«In certi casi la spesa non è comprimibile, in particolare quando si parla di innovazione. Il 38,6% della spesa farmaceutica arriva proprio da farmaci innovativi senza alternativa terapeutica. Per contenere i costi su questi prodotti andrebbe previsto che dopo

l'approvazione si ritocchi il prezzo, in basso come in alto, con dei conguagli, in base ai risultati sui malati».

### **Ha parlato di generici. Perché in Italia non sfondano?**

«C'è una scarsa fiducia. L'uso di generici scende in particolare nelle regioni meridionali e come Paese siamo terzultimi in Europa per il consumo, che da noi è al 44,6%, ben distante da realtà come Regno Unito, Germania, Francia. Dobbiamo fare meglio, e far capire che il generico ha tutti gli standard di qualità, efficacia e sicurezza dell'originale».

### **Anche per i farmaci l'appropriatezza gioca un ruolo importante. Come si fa a garantirla?**

«Bisogna controllare meglio i percorsi di cura. Ad esempio: due anziani su tre assumono almeno cinque farmaci al giorno, uno su quattro ne usa dieci o più. Bisogna lavorare con medici di famiglia e specialisti per promuovere un uso appropriato, eliminando i medicinali che non servono a quel paziente. Tanto più che non conosciamo i rischi di eventi avversi che si possono provocare con l'incrocio di tanti farmaci».

### **La nuova Aifa si vanta di aver accelerato i tempi di approvazione dei farmaci. Fino a quanto si può accorciare il processo decisionale che porta un nuovo prodotto sul mercato?**

«In Italia, dopo l'approvazione dell'agenzia europea Ema, che valuta rischi e benefici dei nuovi farmaci, ci vogliono in media 424

giorni per arrivare all'approvazione nazionale. Un dato al di sotto della media europea. Poi però ci sono le Regioni, che fanno le gare e hanno i loro tempi. Si creano così disomogeneità territoriale e iniquità. Andrebbero armonizzati i processi regionali. Quando si parla di tempi, ci sono due forze contrastanti. Da un lato servono evidenze scientifiche solide prima dell'approvazione ed ottenerle può richiedere tempo. Dall'altra ci sono patologie senza alternative, gravemente debilitanti e progressive che invece vogliono risposte immediate. Ci si muove cercando il bilanciamento di queste due spinte».

### **Molte Regioni hanno criticato il passaggio di alcuni medicinali dalla distribuzione in farmacia “per conto” del Ssn, che fa le gare e compra i prodotti, a un sistema che prevede l'acquisto diretto da parte dei negozi. Cosa ne pensa?**

«Il nuovo sistema dà vantaggi ai cittadini portando i farmaci dall'ospedale alla farmacia vicino a casa. Andranno trovati meccanismi di controllo e bisognerebbe salvaguardare gli sconti che riescono ad ottenere le Asl, che spuntano prezzi più bassi».



# Farmaci, la spesa è fuori controllo

## Il trend

Nei primi 4 mesi del 2024

+17% sui farmaci ospedalieri

Tetto sfondato di 1,47 miliardi

**Marzio Bartoloni**

Nel terreno minato della spesa sanitaria c'è una mina che sta già esplodendo e che rischia di far saltare in aria tutto l'edificio. È la spesa farmaceutica a carico del Servizio sanitario nazionale che dopo aver sfiorato i 22 miliardi nel 2023 continua a correre senza sosta spinta soprattutto dagli acquisti diretti regionali che nei primi quattro mesi dell'anno - come ha certificato ieri l'Agenzia italiana del farmaco - sono cresciuti del 17%, in particolare i medicinali ospedalieri soprattutto oncologici (+20,8%): si tratta di 800 milioni in più rispetto al periodo gennaio-aprile dell'anno scorso, un balzo che ha provocato già nei primi quattro mesi del 2024 uno sfondamento del tetto degli acquisti diretti (che oggi vale l'8,3% del Fondo sanitario) di ben 1,47 miliardi di euro. Il che vuol dire che se la spesa continuasse a correre così tutto l'anno (in estate è possibile un rallentamento) lo sfondamento del tetto dei farmaci ospedalieri raggiungerebbe la quota record di 4,5 miliardi, di cui la metà - oltre 2 miliardi - per il diabolico meccanismo del *payback* sarebbe a carico delle aziende farmaceutiche. Un salasso prevedibile che non è stato neanche in parte disinnescato dalla manovra come invece sembrava prima del suo varo: si era ipotizzato infatti di

alzare il tetto complessivo della spesa farmaceutica dall'attuale 15,3% sul Fondo sanitario al 15,8%, un aumento da spalmare in gran parte sull'ospedaliera. Ma alla fine come emerge dal testo della manovra in Parlamento la piccola boccata d'ossigeno non è arrivata. Da qui l'amaro in bocca delle aziende che tramite Farindustria ed Egualia hanno sottolineato le «criticità non risolte» anche a fronte di alcuni «elementi positivi». Ieri Egualia ha segnalato sempre in manovra anche la riduzione delle quote di spettanza delle aziende produttrici a favore della distribuzione intermedia.

Ma come si spiega la corsa della spesa? «L'andamento si verifica anche negli altri Paesi avanzati, ossia la sempre maggiore incidenza dei farmaci altamente innovativi, senza alcuna alternativa terapeutica, che in Italia da soli valgono il 38,6% della spesa pubblica per i medicinali. Certo, qualcosa in più si può fare sul piano dell'appropriatezza», avverte il Presidente di Aifa, Robert Nisticò che sottolinea come questo lavoro non spetti all'Agenzia. Per Nisticò la crescita resta «ineluttabile e richiederebbe un approccio non più a silos». Tra l'altro cresce anche la spesa convenzionata (in farmacia): +2,3% anche a causa del nuovo sistema di remunerazione dei farmacisti.

Ma il *payback* non pesa solo sulla farmaceutica, da quasi due anni sul

settore dei dispositivi medici pende la spada di Damocle di un miliardo a carico delle imprese per lo sfondamento dei tetti sul biomedicale 2015-2018 e su cui si attendeva una possibile soluzione in manovra che però su questo «non ha speso una sola parola», avverte Nicola Barni presidente di Confindustria dispositivi medici: «Un intervento per evitare il collasso del comparto industriale del medtech italiano è ormai non solo necessario, ma urgente. Occorre superare la logica di sovrattassare le imprese e creare ostacoli normativi per lo sviluppo perché la filiera della salute è una risorsa per il Paese». Per Barni bisogna arrivare a superare il *payback* e costruire «una governance per i dispositivi medici più moderna, intervenendo su questo meccanismo assurdo che anche le Regioni stanno contestando. Il *payback* non farà altro che uccidere le aziende sane e aprire innumerevoli tavoli di crisi».

SI RIPRODUZIONE RISERVATA

Se la tendenza fosse confermata tutto l'anno il *payback* a carico delle imprese potrebbe superare i 2 miliardi. Saltato l'intervento in manovra. E anche sul *payback* dei dispositivi medici non c'è traccia di una soluzione



# Tutte le ricette in formato digitale, anche le «bianche»

## La misura

### La semplificazione estesa alle prescrizioni di farmaci a carico dei cittadini

Tutte le ricette da ora in poi saranno solo digitali: non solo quelle “rosse” targate Servizio sanitario, ma anche le “bianche” per i farmaci che i cittadini si pagano da soli. La novità è contenuta nella manovra di bilancio ed entrerà in vigore appena sarà pubblicata in Gazzetta Ufficiale, comunque entro la fine dell’anno. Con questa misura la ricetta medica dematerializzata è definitivamente a regime, senza più nuove proroghe (l’ultima scade proprio nel 2024) dopo la sperimentazione partita con il Covid quando gli italiani hanno imparato a riceverla sul proprio telefonino.

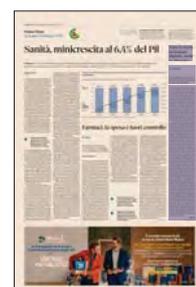
La novità era contenuta anche nel disegno di legge sulle semplificazioni ancora fermo alla Camera, da qui l’accelerazione in manovra. In particolare l’articolo 54 prevede che «al fine di potenziare il monito-

raggio dell’appropriatezza prescrittiva nonché garantire la completa alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico, tutte le prescrizioni a carico del Servizio sanitario nazionale e dei Servizi territoriali per l’assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell’Aviazione civile e a carico del cittadino sono effettuate nel formato elettronico». La norma non prevede specifici obblighi o sanzioni, ma stabilisce che le regioni «assicurano, per mezzo delle autorità competenti per territorio, l’attuazione» di questa misura. Per i medici di famiglia non cambia molto rispetto ad oggi anche se Pier Luigi Bartoletti vice segretario della Fimmg segnala come «non tutti i farmaci nelle ricette bianche sono dematerializzabili: ad esempio non lo sono sonniferi e tranquillanti». Sulle difficoltà per i più anziani sot-

tolinea come «oggi già stampiamo per loro le ricette quando vengono a studio e continueremo a farlo se necessario. Quello che chiediamo è che anche tutti gli altri medici specialisti, compresi i dentisti, facciano le ricette digitali e non ci obblighino a noi a fare i tipografi contoterzisti facendo le prescrizioni al loro posto». Per Tania Sacchetti, segretaria della Spi Cgil, che rappresenta i pensionati «la norma non prevede misure di accompagnamento per aiutare i più anziani o chi ha difficoltà con la digitalizzazione. Si rischia così di introdurre un fattore di esclusione sociale».

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



VIDEOFORUM MESE PREVENZIONE

## Tumore al seno: Italia in prima linea nella ricerca

Preservazione della fertilità nelle giovani donne con tumore della mammella, restrizione calorica usata come farmaco e nanofotonica al servizio di diagnosi e terapia. Sono solo tre dei tanti fiori all'occhiello della ricerca Made in Italy sul cancro della mammella raccontati nel terzo videoforum del Sole 24 Ore dedicato al mese della prevenzione del tumore al seno. Dei meccanismi legati alla crescita e alla proliferazione delle cellule tumorali ha parlato Mauro Biffoni, direttore Dipartimento di Oncologia e medicina molecolare Iiss: «Abbiamo cercato di individuare i bersagli che potessero essere oggetto di approcci terapeutici e di immunoterapia e abbiamo contribuito a studi internazionali sugli esiti delle terapie dei maggiori e più diffusi tumori». «Abbiamo dimostrato che un farmaco già in uso poteva essere utilizzato contro la tossicità ovarica della chemioterapia - spiega Lucia Del Mastro, vicepresidente dell'Alleanza contro il cancro -. Una strategia oggi proposta alle donne di tutto il mondo». «Il nostro studio Breakfast associa restrizione calorica a chemioterapia nel setting preoperatorio delle pazienti con triplo negativo. Questa "dieta" la consideriamo un farmaco perché potenzia l'effetto di un trattamento medico standard, accrescendo la risposta immunitaria», dice Filippo De Braud, ordinario di Oncologia Università di Milano e

direttore Oncologia Irccs Istituto tumori di Milano. Anna Chiara De Luca, dirigente di ricerca dell'Ieos-Cnr, guida il progetto Neon. «Alla base c'è una piattaforma in fibra da inserire nell'ago aspirato per fare diagnosi e trasportare il farmaco con microcapsule intelligenti».

—N.Co

—B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Tumori alle ovaie Attente a seguire gli esempi giusti

colloquio con **LUCA BOCCIOLONE** di **GLORIA RIVA**

**A**ngelina Jolie è stata più fortunata. Mentre per **Bianca Balti**, purtroppo, attendere è stata una scelta imprudente. Involontariamente, l'approccio delle due star al carcinoma dell'ovaio rischia di portare in errore quelle donne che apprendono e comprendono l'importanza di una corretta prevenzione dalle pagine Instagram, dalle notizie e dalle interviste di Jolie e Balti.

Oltre alla stratosferica bellezza, le due hanno in comune una predisposizione familiare alla mutazione del gene *Brca1* che è la causa, fra gli altri, di un aggressivo cancro ovarico. Nel 2013, proprio per evitare che si sviluppasse quel carcinoma, Angelina Jolie si era sottoposta a una doppia mastectomia preventiva, ovvero alla rimozione del tessuto mammario, sostituendolo con protesi. Due anni più tardi, la star hollywoodiana aveva annunciato con una lettera pubblicata sul *New York Times* di aver deciso di rimuovere anche ovaie e tube di Falloppio per prevenire il cancro: «Due anni fa – scriveva al *Nyt* – ho scritto sulla mia scelta di subire una doppia mastectomia preventiva. Un semplice esame del sangue mi aveva rivelato la presenza della mutazione nel gene *Brca1*. Mi hanno dato una stima di rischio dell'87% di cancro al seno e un rischio del 50% di cancro ovarico. Ho perso mia madre, la nonna e la zia a causa di quel cancro». Tale scelta aveva scatenato un ampio dibattito sull'opportunità o no di procedere a una simile e invasiva chirurgia preventiva.

La storia di Bianca Balti è più recente.



La top model lodigiana, tempo fa, si è a sua volta sottoposta al test genetico, che aveva evidenziato la mutazione del gene Brca1, correlata a un maggior rischio di insorgenza di diversi tumori, a partire da quello a seno e ovaie. Così, a dicembre 2022, Balti si era sottoposta a mastectomia bilaterale profilattica, per prevenire e scongiurare il pericolo del cancro al seno. Già allora aveva manifestato l'intenzione di rimuovere anche le ovaie. Purtroppo il 20 settembre 2024, attraverso un *post* sulla pagina Instagram della top model, si è scoperto che nel frattempo il tumore si era svilup-

patato a livello di apparato riproduttivo: un cancro ovarico al terzo stadio. Dopo essersi presentata al pronto soccorso a causa di un forte dolore addominale è stata operata. Successivamente la modella ha scritto su Instagram: «Ho un lungo viaggio davanti a me, so che ce la farò».

In occasione del mese rosa, dedicata alla prevenzione dai tumori femminili, L'Espresso ha intervistato il responsabile della Ginecologia oncologica chirurgica dell'Ospedale San Raffaele di Milano, **Luca Boccione**, che spiega: «Le storie di Jolie e di Balti hanno in comune la decisione prioritaria di sottoporsi alla rimozione del seno, scelta che potrebbe essere fatale per tutte quelle donne che si trovano ad affrontare situazioni analoghe e subiscono, consciamente e inconsciamente, il potenziale errato messaggio comunicato dalle due star». Con l'intento di fare chiarezza e offrire un aiuto, il professor Boccione, specializzato nella diagnosi e nel trattamento delle neoplasie dell'apparato genitale femminile, continua: «Involontariamente, Angelina Jolie e Bianca Balti hanno provocato e stanno provocando un effetto *boomerang* nella cura preventiva dai carcinomi causati dalla presenza di una mutazione dei geni Brca1 o Brca2. Entrambe si sono sottoposte a mastectomia, rinviando l'asportazione preventiva delle ovaie. Qui sta il messaggio sbagliato: perché la mutazione di quei geni causa un tumore molto più aggressivo alle ovaie, non al seno».

Il tumore ereditario ovarico, quello che ha colpito Balti, «è una neoplasia rara ►► ma altamente letale», spiega il professore che continua: «Il rischio di ammalarsi di neoplasia dell'ovaio nel corso della vita è di poco superiore all'1%. Rappresenta tuttavia la principale causa di morte nel-

le donne con diagnosi di cancro ginecologico e la seconda più frequente neoplasia ginecologica dopo il tumore dell'utero». Ogni anno 300 mila donne nel mondo ricevono una diagnosi di tumore ovarico, in Italia le nuove diagnosi sono 5.500 l'anno. L'elevata mortalità (circa 70-80%) è spesso causata dalla mancanza – ancora oggi – di efficaci test di *screening* in grado di rilevare la malattia in una fase precoce come quelli per il tumore del collo dell'utero, individuabile attraverso il pap test, e della mammella, per cui periodicamente le donne si sottopongono a mammografia ed ecografia.

Ecco perché il tumore ovarico viene frequentemente definito *silent killer*, che si manifesta quando ormai si trova già in una fase avanzata – al terzo o al quarto stadio, ovvero quando si presentano metastasi anche all'addome e al torace – a causa dell'assenza di sintomi o della sola presenza di disturbi vaghi (sensazione di sazietà precoce anche a stomaco vuoto, gonfiore persistente all'addome, dolori addominali associati a perdite ematiche vaginali, alterazioni della funzione intestinale con diarrea alternata a stitichezza e disturbi vescicali con necessità di urinare frequentemente). Purtroppo in Italia il 70-80% delle pazienti si presenta con una malattia in stadio avanzato: e allora la sopravvivenza a 5 anni è del 40%.

«Nonostante molteplici studi e ricerche, le cause di insorgenza del tumore ovarico sono ancora poco note, anche se vi sono delle condizioni cliniche che aumentano la probabilità di contrarre questa malattia: non aver avuto figli, menarca precoce e menopausa tardiva, oltre ad alcuni stati infiammatori cronici, come l'endometriosi, possono talvolta associarsi a elevato rischio di sviluppo del tumore ovarico. Inoltre sappiamo che il 25-30% dei tumori dell'ovaio è di origine ereditaria, causata dalla presenza di una mutazione dei geni



Brca1 o Brca2. Sono soprattutto i carcinomi epiteliali ovarici, che rappresentano la maggior parte di tutti i tumori dell'ovaio, a essere causati dall'alterazione genetica». Mutazioni che sono state riscontrate ad Angelina Jolie e Bianca Balti dopo essersi sottoposte al test genico.

Anche in Italia il test è garantito in tutte le Regioni ed effettuabile in regime di Servizio sanitario nazionale su indicazione di un genetista oncologico. «Stiamo inoltre studiando un sistema per intercettare mutazioni geniche attraverso la ricerca della proteina P53 dal pap test. È ancora una sperimentazione, ma i risultati sono incoraggianti», dice il primario del San Raffaele, che continua: «I geni Brca1 e Brca2 sono incaricati della produzione di proteine che riparano eventuali danni al Dna, evitando quindi la proliferazione incontrollata di cellule tumorali. Ma in caso di una loro mutazione, il Dna non viene riparato correttamente, portando a un accumulo di più alterazioni genetiche che causano la trasformazione tumorale».

Se il test dà esito positivo, spiega il professore, «la cosa più importante da fare è effettuare una "prevenzione primaria" del tumore ovarico, programmando una chirurgia profilattica di asportazione delle tube e delle ovaie. L'intervento chirurgico riduce significativamente (96%) il rischio di insorgenza del tumore dell'ovaio e di oltre il 50% il rischio di quello al seno. Tale procedura è fortemente raccomandata entro i 40 anni di età per le donne sane portatrici di mutazione Brca1 e intorno ai 45 anni per quelle con mutazione Brca2 o in ogni caso al termine della vita riproduttiva». L'indicazione, dunque, è l'esatto opposto di quanto effettuato da Jolie e Balti, che sono prima ricorse alla mastectomia: «La mastectomia è secondaria rispetto all'urgenza dell'ovariectomia. Infatti le tube sono la prima sede

di insorgenza delle lesioni pre-neoplastiche correlate al carcinoma ovarico. Inoltre l'annessiectomia profilattica – asportazione di ovaio e tube – riduce di circa la metà la probabilità di eventuale insorgenza di tumore al seno. Mentre la mastectomia preventiva non ha alcun ruolo positivo sul rischio di tumore ovarico. Eppure, con sempre maggiore frequenza la paziente percepisce come primario e di maggiore importanza l'intervento al seno, anziché alle ovaie. È più che comprensibile la questione psicologica: un eventuale problema al seno viene percepito come immediatamente tangibile, mentre si ha meno percezione delle ovaie, un organo interno, nascosto e quindi (a torto) trascurabile».

I motivi che portano molte a rinviare l'intervento sono anche altri: «La scelta di sottoporsi alla chirurgia profilattica è penosa, non di facile accettabilità, soprattutto nelle pazienti giovani, in età fertile. L'intervento preventivo deve sempre essere discusso e condiviso dalla donna e necessita di adeguato supporto psicologico. L'operazione causa la cessazione della produzione degli ormoni femminili inducendo una menopausa anticipata con una serie di effetti collaterali sia a breve termine (vampate, disturbi del sonno e sessuali) sia a lungo termine (osteoporosi, malattie cardiovascolari) che non sempre è possibile contrastare con la terapia ormonale sostitutiva e rende impossibile una successiva ricerca di gravidanza, a meno che non si sia provveduto precedentemente al congelamento di ovociti. La buona notizia è che la crioconservazione ovocitaria risulta possibile e sicura anche in caso di mutazione genetica». **'E**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**È una forma di cancro molto letale. Asportare il seno per prima cosa, come hanno fatto Angelina Jolie e Bianca Balti è sbagliato. Un chirurgo oncologo spiega perché**

**Il rischio della mutazione che scatena la malattia si può individuare attraverso un test genetico garantito dal Servizio sanitario nazionale. E la ricerca sta facendo passi avanti**

Per approfondire o commentare questo articolo o inviare segnalazioni scrivete a [dilloallespresso@lespresso.it](mailto:dilloallespresso@lespresso.it)



**L'anniversario** L'ente che sostiene i due istituti milanesi traccia un bilancio (e rilancia sulla prevenzione)

# TRENT'ANNI DI RICERCA

## LA FONDAZIONE IEO-MONZINO FESTEggia CON LA SCIENZA

di **Anna Fregonara**

**U**n compleanno che interessa tutti, più o meno da vicino, visto che è legato alla ricerca in campo medico.

Compie 30 anni la Fondazione Ieo-Monzino Ets (Ente Terzo Settore), attiva dal 1994. «Siamo un ente non profit dedicato alla raccolta di risorse esclusivamente per due IRC-CS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) di eccellenza milanesi: l'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) e il Centro Cardiologico Monzino. Tutte le risorse che abbiamo raccolto negli anni sono state investite per finanziare la ricerca clinica e sperimentale e finora abbiamo assegnato più di 600 borse di studio a giovani ricercatori», racconta Patrizia Sandretto Re Rebaudengo, presidente della Fondazione dal 2018, incarico che ha deciso di accettare per la stima e l'amicizia con Franca Sozzani che l'ha preceduta.

Un impegno che, a oggi, ha portato a una raccolta di oltre 85 milioni di euro, di cui 60 negli ultimi 10 anni. «Un altro obiettivo importante è promuovere la cultura della pre-

venzione, essenziale per le diagnosi precoci», prosegue la presidente. «Per raggiungere un pubblico più ampio, da qualche anno abbiamo scelto di collaborare anche con il mondo della moda e dell'arte, coinvolgendo artisti, architetti e creativi in progetti che ci aiutano a sensibilizzare le persone sull'importanza della nostra missione».

Una missione che si sviluppa in due ambiti cruciali per la salute e che rappresentano due terzi delle cause di mortalità a livello globale. «Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte al mondo (34-35%) e le patologie oncologiche la seconda (31-32%) con una preoccupante crescita tra gli under 50», dice Roberto Orecchia, direttore scientifico dello Ieo. «Tra i progetti finanziati o cofinanziati dalla Fondazione c'è quello della protonterapia, una tecnologia avanzata di radioterapia che usa i protoni per colpire tumori difficili da trattare, proteggendo al contempo i tessuti sani circostanti. In ambito oncoematologico, invece, abbiamo avviato un laboratorio che ha introdotto le innovative terapie cellulari Car-T, essenziali per quei pazienti che non rispondono ai trattamenti standard o non hanno altre opzioni terapeutiche. Nel nuovo labora-

torio Dima, dedicato alla diagnostica molecolare avanzata, identifichiamo biomarcatori che ci permettono di tracciare le alterazioni molecolari associate allo sviluppo e alla progressione del cancro. Questo consente anche di testare nuovi farmaci o esplorare il riutilizzo di farmaci esistenti per nuove indicazioni, ampliando così le opzioni terapeutiche. Inoltre, abbiamo creato una piattaforma che raccoglie più di un milione di dati provenienti dalle cartelle cliniche dei pazienti degli ultimi 30 anni. Per sfruttare appieno questo patrimonio informativo, è necessario coinvolgere nuovi strumenti e figure specializzate in intelligenza artificiale (IA), da utilizzare per le analisi computazionali necessarie a ricavare da questi dati le informazioni utili per la cura».

Per far fronte all'evoluzione della ricerca scientifica sarà, quindi, sempre più importante lavorare in team multidisciplinari. «Un progetto avviato con l'aiuto della Fondazione riguarda proprio l'uso dell'IA nello studio dello scompenso cardiaco, una sindrome complessa che comprende diverse patologie. Per rendere la diagnosi più precisa, migliorare la previsione dell'evoluzione della malattia e adattare le cure in modo più efficace, è fon-

damentale analizzare ed elaborare un'enorme quantità di dati clinici e biologici», sottolinea Giulio Pompilio, direttore scientifico del Centro Cardiologico Monzino. «Grazie a una donazione siamo riusciti anche ad attrarre un ricercatore portoghese che lavorava in un prestigioso istituto a Francoforte. Sta conducendo un progetto sulla fibrosi cardiaca, un processo patologico che interessa il tessuto cardiaco e che è comune a diverse condizioni cliniche. Un esempio di fibrosi sono le cicatrici dopo un infarto le quali non hanno la stessa elasticità o capacità funzionale del tessuto cardiaco sano, riducendo quindi l'efficienza del cuore. L'obiettivo è individuare nuovi bersagli terapeutici e modulazioni genetiche in grado di contrastare la fibrosi, utilizzando tecnologie avanzate come la terapia genica. Infine, un altro impegno della Fondazione è il sostegno al Monzino Women, il primo centro di ricerca e cura in Italia dedicato alla salute cardiovascolare delle donne, inaugurato nel 2016. Le donne presentano spesso problemi cardiovascolari differenti rispetto agli uomini, richiedendo approcci specifici». © RIPRODUZIONE RISERVATA



## Uno dei progetti finanziati allo Ieo Giovanni Aletti «Curare i tumori all'endometrio anche grazie all'AI»

**C**ercare di comprendere meglio le vie biologiche che portano alla crescita e alla diffusione del tumore endometriale, che si sviluppa nello strato più interno dell'utero chiamato endometrio, e migliorare la personalizzazione dei trattamenti anche grazie al ricorso all'intelligenza artificiale (AI). Questa è la finalità di uno dei progetti vincitori del finanziamento biennale del Bando Progetti di Ricerca 2024 della Fondazione Ieo-Monzino.

«Il tumore dell'endometrio è spesso associato a un eccesso di estrogeni non bilanciati, condizione tipica della post menopausa, tra i 50 e i 70 anni. Nei Paesi industrializzati, è la neoplasia femminile più frequente dopo quella al seno, al colon e al polmone ed è il tumore ginecologico più diffuso. I principali fattori di rischio per lo sviluppo di questo tumore sono, infatti, correlati allo stile di vita, come

una dieta ricca di grassi saturi e la sedentarietà, o ad altre patologie come obesità, diabete e sindrome metabolica», spiega Giovanni Aletti, direttore della Ginecologia Chirurgica presso l'Istituto Europeo di Oncologia, professore associato di Ginecologia all'Università degli Studi di Milano e Principal Investigator della ricerca.

«Il tumore dell'endometrio manifesta spesso sintomi precoci, come sanguinamenti uterini anomali in menopausa, che permettono di diagnosticare la malattia in fase iniziale, con una sopravvivenza superiore al 75%». Tuttavia, l'estrema eterogeneità del carcinoma endometriale rende questa patologia complessa: i singoli casi possono presentare rischi di recidiva variabili e rispondere in modo molto diverso alle stesse terapie. «Negli ultimi anni, grazie al network di ricerca The Cancer Genome Atlas, sono state

identificate quattro classi molecolari del carcinoma endometriale, ognuna delle quali è associata a una diversa prognosi», prosegue l'esperto. «Tre di queste classi si distinguono per specifiche mutazioni proteiche che forniscono indicazioni utili sulla prognosi della paziente e sull'efficacia di terapie specifiche. Quando nessuna di queste caratteristiche molecolari è presente, i casi vengono classificati come Non-Specific Molecular Profile (Nsmp): questa classe presenta una prognosi intermedia rispetto alle altre categorie, ma rappresenta oltre il 50% dei tumori dell'endometrio. La prima parte del nostro progetto è focalizzata principalmente sull'ulteriore caratterizzazione molecolare della classe Nsmp che, a oggi, è la più eterogenea. L'obiettivo è individuare mutazioni e alterazioni molecolari specifiche anche in questa classe, per poterla suddividere in sottogruppi e definire "firme molecolari" che migliorino

prognosi e trattamenti. Una classificazione molecolare più dettagliata della classe Nsmp permetterebbe di sperimentare e validare recenti approcci terapeutici, inclusi farmaci immunoterapici, Parp inibitori e anticorpi farmaco coniugati». La seconda fase del progetto si basa sull'uso dell'intelligenza artificiale (AI). «Lo scopo», conclude Aletti, «è sfruttare l'AI per correlare le informazioni digitalizzate degli esami istologici alle diverse classi molecolari del tumore endometriale e alle prognosi delle pazienti. Questo approccio ha la potenzialità di sviluppare un sistema predittivo più preciso e personalizzato, migliorando ulteriormente la cura per ogni singola paziente».

**A. Freg.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### L'incidenza

Dopo quella al seno, nei Paesi industrializzati è la neoplasia femminile più frequente



# Zambon investe 40 milioni per un nuovo impianto hi tech

## Farmaci

Una risposta alla richiesta di prodotti complessi come vaccini e antitumorali

Con il nuovo impianto si passerà da 12 a 16 tipologie farmaceutiche

### Barbara Ganz

VICENZA

Un investimento da 40 milioni, che guarda al futuro della farmaceutica e alla sempre maggiore richiesta di prodotti complessi e innovativi, compresi i vaccini e gli antitumorali.

Zambon, multinazionale vicentina chimico farmaceutica, ha concluso la fase ingegneristica del nuovo reparto, il più moderno e avanzato di tutto il Gruppo e tra i più all'avanguardia in Italia, voluto per ampliare le capacità produttive e le competenze industriali farmaceutiche e renderle disponibili anche per terzi. Oggi la società produce a Vicenza 79,2 milioni di unità all'anno, e opera anche nelle sedi di Cadempino (Svizzera, 81,9 milioni), Haikou in Cina (33 milioni) e Barueri in Brasile (6,1 milioni). In totale - spiega Andrea Paganelli, chief global industrial business operations di Zambon - «il 90% della produzione italiana è per prodotti a marchio Zambon, l'altro 10% è per conto terzi. Vogliamo incrementare questa quota a 20-25%».

Anche a questo servono i macchinari che iniziano ora le fasi di test nel nuovo impianto, in vista

dell'autorizzazione delle autorità regolatorie che dovrebbe arrivare nell'ultimo trimestre del 2025: prima l'italiana Aifa, poi anche Fda, per poter accedere al mercato americano.

Il nuovo investimento integra di fatto una precedente operazione propedeutica del valore di 30 milioni, per la costruzione dell'ala dello stabilimento dove sorge la nuova area produttiva da 2.400 metri quadrati. Qui opereranno una linea di riempimento della capacità di 300 fiale al minuto, due liofilizzatori (per la procedura che trasforma il medicinale da liquido a polvere, allungandone la durata), sale per campionamento e dosaggio con isolatori autoclave e lavatrice, una linea di confezionamento. Uno spazio specifico è destinato al contenimento delle molecole high potent, le più efficaci ma anche le più pericolose da maneggiare, per le quali è stato strutturato un sistema di contenimento che non supera i 10 microgrammi per metro cubo.

I maggiori livelli di complessità, unici per uno stabilimento produttivo farmaceutico, consentiranno di passare dalle attuali 12 a 16 forme farmaceutiche (le tipologie di farmaco: compresse rivestite o meno, confetti, sciroppi, gocce, spray, fiale, flaconi liquidi sterili, liofilizzati

e altro ancora).

Molte delle competenze necessarie erano già in azienda, altre ne arriveranno. Il nuovo reparto permetterà a Zambon di incrementare ulteriormente la produttività del 10% e in previsione porterà a un incremento intorno al 6% di personale altamente specializzato nei prossimi 12 mesi: si tratta di circa 15 persone, alcune delle quali sono già da gennaio al lavoro per seguire le fasi del progetto fino all'avvio della produzione.

«Zambon riconferma l'importanza delle proprie competenze e conoscenze industriali, indispensabili per la produzione di farmaci di qualità in grado di migliorare la vita di tanti pazienti in tutto il mondo - sottolinea Paganelli, esperienze precedenti nel settore metalmeccanica e automotive - Il nuovo reparto permetterà alla no-



stra Health & Quality Factory di Vicenza di posizionarsi come un'eccellenza industriale in campo farmaceutico in Italia e in Europa, permettendoci di soddisfare le richieste dei nostri prodotti tradizionali e più innovativi e al tempo stesso allargare le opportunità disponibili per altre imprese farmaceutiche alla ricerca di un partner

industriale affidabile per la produzione dei propri prodotti». Attualmente il marchio Zambon è commercializzato in 87 Paesi.

RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'AZIENDA

### La storia

Zambon Spa è una multinazionale farmaceutica nata a Vicenza nel 1906. Conta oltre 2.500 collaboratori in tutto il mondo, è presente in 23 Paesi tra Europa, America e Asia, con stabilimenti produttivi in Italia, Svizzera, Cina e Brasile

### I prodotti

Oltre alle tre storiche aree terapeutiche - malattie dell'apparato respiratorio, trattamento del dolore e infezioni delle vie urinarie - Zambon è concentrata nello sviluppo di trattamenti per malattie neurodegenerative come il morbo di Parkinson e patologie rare come la fibrosi cistica. Nel 2023 ha fatturato 843 milioni di euro.



**I test.** Il collaudo della linea Zambon di riempimento da 300 fiale al minuto



## Obesità e diabete

### In Italia un nuovo trattamento

■ L'OMS ha riconosciuto nel 2021 l'obesità come una malattia cronica, progressiva e recidivante, che colpisce oltre un miliardo di persone nel mondo. In Italia, più di 25 milioni di persone sono in sovrappeso e 6 milioni (12% della popolazione) soffrono di obesità. Le principali complicanze includono malattie cardiovascolari, diabete tipo 2 e 13 tipi di cancro e sono tra le principali cause di mortalità globale. Intanto Lilly ha ottenuto dall'AIFA l'autorizzazione all'immissione in commercio su prescrizione per tirzepatide, indicato per il trattamento dell'obesità, del sovrappeso in presenza di almeno una comorbidità, e del diabete tipo 2. Grazie alla sua capacità di attivare sia i recettori GIP che GLP-1, negli studi clinici questo trattamento ha comportato una riduzione di peso signifi-

cativa sia nei pazienti adulti con obesità sia in quelli con sovrappeso con almeno una comorbidità ad esso correlata, oltre ad aver dimostrato risultati importanti nel controllo glicemico negli adulti con diabete tipo 2. Tirzepatide è il primo, e ad oggi l'unico, trattamento facente parte di una nuova classe terapeutica che attiva sia i recettori ormonali del GIP sia quelli del GLP-1. Legando entrambi i recettori, aumenta la secrezione d'insulina a livello pancreatico, la sensibilità insulinica e riduce l'assunzione di cibo. Ciò che differenzia la molecola è l'agonismo recettoriale del GIP, che agisce su meccanismi correlati al peso: azioni benefiche a livello del tessuto adiposo, riduce l'introito calorico ed il senso di nausea. «Stiamo entrando in una nuova fase nel trattamento dell'o-

besità. Ciò permetterà di fornire risposte a bisogni assistenziali finora largamente insoddisfatti, restituendo tempo e qualità di vita ai pazienti, e di prevenire nel lungo termine le numerose patologie associate», afferma Rocco Barazzoni, Presidente SIO.

**E.B.**



# PERCHÉ LA DIAGNOSI PREDITTIVA POTREBBE SUPERARE LA DIAGNOSI PRECOCE FARE O NO IL TEST DEL DNA PER SAPERE COME STAREMO?

DI MICHELA PROIETTI

**P**revedere di cosa ci ammaleremo, individuare i nostri punti deboli, provare a contrastare quei fattori di rischio che faranno di noi dei bersagli. «Oggi la diagnosi predittiva sta superando la diagnosi precoce», spiega Camillo Ricordi, direttore del Diabetes Research Institute di Miami e autore dei libri *Il codice della longevità sana* e *Rivoluzione terapeutica. I nuovi farmaci alleati della nostra salute*, entrambi Mondadori. «La diagnosi precoce ci permette di individuare malattie che già esistono, come un nodulo al seno, mentre la predittiva consente attraverso strumenti diagnostici di isolare, anche decenni prima, quei fattori di rischio che possono evolvere in malattie. **Questo avviene sempre più attraverso l'uso di test genetici, che costano sempre meno.** La vera sfida della medicina oggi è la democratizzazione di questi test».

Il codice della longevità sana messo a punto da Ricordi descrive alcuni dei pilastri fondamentali per evitare la fase di declino, spesso associata alle ultime decenni di vita, identificando fattori di rischio invisibili. «I nuovi test del DNA e delle modificazioni epigenetiche, legate a nutrizione, stile di vita e fattori di rischio per la salute, permettono non solo di stimare l'età biologica di un individuo, che può essere diversa dall'età cronologica. L'epigenoma rappresenta l'insieme delle modifiche che regolano l'attività dei geni senza necessariamente cambiare la sequenza del DNA (genoma). **Queste modifiche possono influenzare il comportamento e l'invecchiamento delle cellule (senescenza).** I test di diagnosi predittiva permettono di identificare fattori di rischio invisibili e neutralizzarli prima che progrediscano verso una malattia».

Se dunque il profilo genetico di una persona non può essere cambiato, possono essere modificati gli stili di vita, individuando quei fattori di rischio che determinano l'insorgere delle malattie. «Un test del DNA come *full genome screening* può aiutare a scoprire se uno ha un rischio genetico "ereditato"» spiega Ricordi. «A meno che uno non abbia una patologia su base genetica grave, il fattore di rischio influisce per il 15-25% sull'insorgere della malattia. La maggior parte dei fattori legati allo sviluppo delle malattie croniche della

longevità sono legati alla valutazione dell'epigenoma, e i test che esaminano la metilazione del DNA e altri parametri servono proprio a valutarne lo stato di salute: possiamo modificare l'epigenoma in positivo o in negativo a seconda della nostra alimentazione, esercizio fisico, assunzione di molecole protettive e altri fattori legati allo stile di vita, che sono modificabili con interventi di *Healthspan Medicine* (medicina della longevità sana) grazie a diagnosi predittiva dei fattori di rischio invisibili».

Dalla prima ricognizione pubblicata dall'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) sui laboratori che svolgono analisi genomiche, emerge che **in Italia ci sono 132 strutture (di cui 99 pubbliche e 33 private accreditate) distribuite da Nord a Sud e più di 646 mila campioni analizzati tra il 2021 e 2022.** Segno di un cambio di mentalità che sta prendendo piede anche nel nostro Paese, dopo essersi radicato in America.

Nel libro *Rivoluzione terapeutica* Ricordi insiste sulla necessità della diagnosi predittiva. «Non possiamo sconfiggere ciò che non conosciamo, possiamo però impegnarci a individuare i primi segni invisibili di infiammazione silente e gli altri fattori di rischio che non comportano il manifestarsi di sintomi». Tra i metodi di indagine Ricordi consiglia test come il dosaggio della 25-OH vitamina D e il test di infiammazione (AA/EPA), oltre al controllo del livello di glicemia e insulina a digiuno, degli acidi grassi liberi, il rapporto trigliceridi/colesterolo DL (TG/HDL) e l'emoglobina glicosilata (HbA1c). I nuovi dispositivi per il controllo continuo delle glicemie consentono di svelare **un ulteriore fattore di rischio invisibile: la variabilità glicemica e i picchi glicemici anomali (glicemie > 140 mg/dl) dopo aver consumato un pasto o una bevanda.** «Se uno consuma poche verdure e frutta è poi utile controllare anche i livelli ematici di vitamina C, che dovrebbero essere superiori a 50 micromoli/litro. Infine, polifenoli e attivatori delle sirtuine si possono assumere come supplementi, assieme a vitamina D3 e Omega 3,



soprattutto dopo i 40 anni quando l'esercizio fisico inizia a essere meno efficace per l'attivazione delle sirtuine e dato che è praticamente impossibile assumerne quantità adeguate dalla dieta».

Sulla medicina predittiva ha impostato il suo metodo anche Sara Farnetti, specialista in medicina interna e in fisiopatologia del metabolismo e della nutrizione. «Il vero cambio di mentalità consiste nel sapere cosa fare tra uno screening e l'altro, per mettere il nostro corpo nelle condizioni di difendersi meglio» spiega. «Un conto è diagnosticare in tempo un cancro del colon, tramite lo screening con colonscopia, altro è mettere in atto una sorveglianza attiva per intervenire su tutti i fattori di rischio, per prevenirne l'insorgenza». Il suo best seller *Pensaci prima*, Rizzoli Bur, è ispirato proprio a questi meccanismi di buona condotta. «Abbiamo un terreno che va studiato: la nostra genetica. Noi abbiamo la possibilità di agevolare o contrastare questo terreno. Per esempio, se ereditiamo il rischio di diabete mellito tipo II, non possiamo seguire un'alimentazione ricca di carboidrati, né tanto meno adottare uno stile di vita sedentario, con l'utilizzo di grassi di bassa qualità, eccessi alimentari e insonnia».

L'esame genetico, come un'attenta anamnesi familiare, ci aiuta e ci può proteggere. «**La genetica è uno strumento diagnostico al pari delle analisi del sangue e che spesso conferma la diagnosi. Ma la differenza è che è valido per sempre, e sarà sempre uguale nel tempo**». Anche tra i test genetici occorre sapersi districare. «Diffidare di test che

analizzano poche varianti di tante malattie» avvisa Farnetti «per il diabete, per esempio, non bastano 3 geni e 6 varianti. Infatti, è una malattia multigenica: un test di 30 varianti che promette una visione generale non può essere valevole come un test di 800.000 varianti». Per quanto riguarda la nutrizione, Farnetti spiega che formulare una dieta in base al DNA è un uso riduttivo della genetica. «**Se il test dimostra intolleranza al lattosio, impostare una dieta secondo queste informazioni è utile ma non ha alcuna strategia preventiva.** Se qualcuno dei familiari ha sviluppato malattie autoimmuni, come la vitiligine o l'artrite reumatoide, e geneticamente abbiamo il riscontro di ipersensibilità al glutine, senza celiachia e deficit di assorbimento della vitamina D, una dieta povera di glutine, integrata con vitamina D è una strategia che può contribuire a stabilizzare il sistema immunitario».

Ma è sullo stile di vita che si gioca la partita. «Proviamo a pensare a cosa accadrebbe se potessimo, fin dalla nascita, indirizzare le nostre scelte nutrizionali, assumere i supplementi più utili, monitorare nel tempo gli ambiti di rischio sulla base di quello che il nostro patrimonio genetico ci porta a sviluppare e che l'ambiente e le nostre abitudini possono, in modo significativo, modificare. Si può addirittura arrivare a silenziare l'espressione di alcuni geni, così da cambiare l'effetto fenotipico, cioè da non avere impatto sulla nostra esistenza. La medicina funzionale e di precisione nasce da questa esigenza: individuare la miglior strategia di salute per il paziente».



Camillo Ricordi, fra i massimi esperti nel campo dei trapianti di isole pancreatiche per la cura del diabete, direttore del Diabetes Research Institute di Miami

**1**  
**Codice della longevità sana** descrive alcuni dei pilastri fondamentali per evitare la fase di declino spesso associata alle ultime decadi di vita, identificando fattori di rischio invisibili per poterli sconfinare

*La longevità di un individuo è la somma della longevità sana (vita passata in salute fisica e mentale) e della longevità malata*

**2**  
**Il test sulla metilazione del DNA** valuta le modificazioni epigenetiche, legate a nutrizione, stile di vita e fattori protettivi o di rischio per la salute e permette di stimare l'età biologica: un individuo di 50 anni può avere un'età biologica di 40 anni o di 60 anni

**3**  
**L'epigenoma** è l'insieme delle modifiche che regolano l'attività dei geni e che possono influenzare sia il comportamento delle cellule che il loro invecchiamento (senescenza)  
*È importante identificare fattori di rischio invisibili grazie a test di diagnosi predittiva che permettano di neutralizzarli prima che progrediscono verso una malattia*

**4**  
**Test dell'età biologica** permette di stimare se le strategie adottate abbiano un effetto positivo sull'estensione della longevità sana, migliorando l'età biologica rispetto al progredire dell'età cronologica

Piccola



# Malattie rare il lungo viaggio della ricerca

**ANNALISA SCOPINARO\***

**S**i stima che in Italia vivano più di due milioni di persone con malattia rara, suddivisi fra le oltre ottomila patologie conosciute. Si definisce rara una malattia che colpisce meno di 2 persone ogni diecimila.

Le malattie rare sono orfane: di ricerca, di terapie, di supporti. Non a caso i medicinali sviluppati per il trattamento di queste patologie si definiscono appunto «farmaci orfani» e godono di un trattamento di favore, stabilito dal Regolamento europeo farmaci orfani che è in questo momento in corso di rinnovo in Europa.

Per avere terapie adeguate serve ricerca: di base, clinica, traslazionale, tutti termini che presuppongono ricercatori dedicati, laboratori con strumentazioni adeguate, anni di studio, soldi investiti in conoscenza e sviluppo anche in tentativi di comprensione dei meccanismi di base delle patologie.

In Italia, nel 2022, sono stati erogati 11,4 milioni di dosi di farmaci orfani (lo 0,04% del consumo farmaceutico totale), con una spesa di 1,982 milioni di euro (il 6% della spesa farmaceutica). Sono 135 i farmaci orfani messi in commercio in Italia; ulteriori 40 sono quelli usati «off label», cioè per un'indicazione diversa da quella approvata. Otto terapie avanzate e innovative sono già in commercio in Italia e altre nove sono in corso di valutazione.

Tutte queste terapie sono state sviluppate dopo anni di ricerca, di tentativi a volte andati male, vicoli ciechi in cui i ricercatori si sono trovati dopo mesi di studio. I trattamenti per le malattie rare danno la possibilità di contenere la progressione della patologia, con somministrazioni

sistemiche (ripetitive per tutta la vita con frequenza variabile) oppure, come nelle più recenti Atmp (terapie avanzate e innovative), cambiano drasticamente il decorso della vita, in alcuni casi (come nelle geniche)

con un'unica somministrazione.

In Italia, l'investimento in ricerca per le malattie rare esiste, anche se non ha trovato a oggi una integrazione fra i vari enti come sarebbe auspicabile. Nel Pnrr (Piano nazionale di ripresa e resilienza) sono stati stanziati 50 milioni finalizzati proprio alle patologie rare e destinati agli Irccs (gli enti di ricerca statali). Molte Regioni, con fondi propri (ad esempio la Regione Toscana), finanziano progetti di ricerca. Anche le università, con fondi propri, fanno altrettanto. Telethon, fondazione privata, attraverso un'intensa attività di raccolta fondi finanzia la ricerca, principalmente sulle malattie genetiche rare, ed è riuscita anche ad arrivare alla scoperta di trattamenti di cura per alcune patologie. Le aziende farmaceutiche, a volte anche avvalendosi delle ricerche sviluppate da tutti i ricercatori di cui dicevamo, sviluppano all'interno dei propri laboratori progetti di ricerca finalizzati alla produzione di un trattamento.

A livello legislativo, negli ultimi anni sono stati approvati due strumenti importanti: la legge 175/2021, il cosiddetto Testo unico sulle malattie rare, e il Piano nazionale malattie rare 2024-2026. Nella legge sono espressamente previste alcune forme di finanziamento diretto e indiretto per la ricerca, attraverso l'implementazione di un fondo e sgravi fiscali e altre misure di supporto. Il Piano nazionale malattie rare prevede un intero capitolo dedicato alla ricerca, ponendo obiettivi e azioni per incrementarla e fare sì che sempre più persone abbiano una possibilità di cura. A oggi, infatti, solo il 5 per cento circa del-



le patologie conosciute ha un trattamento farmacologico, circa 450 malattie. Tutte le altre possono beneficiare solo di riabilitazione e poco altro. Proprio per que-

sto Uniamo ha deciso di dedicare la campagna di sensibilizzazione per la Giornata delle malattie rare 2025 alla ricerca.

La Giornata delle malattie rare, istituita nel 2008, cade il 29 febbraio, un giorno raro per i malati rari. Negli anni non bisestili, si celebra convenzionalmente il 28 febbraio. Tutto il mese di febbraio, da qualche anno, è dedicato alle azioni di sensibilizzazione su questo importante argomento.

Uniamo, in qualità di coordinatore nazionale della Giornata delle malattie rare promuove e coordina tutti gli eventi organizzati sul territorio nazionale.

In continuità con le precedenti edizioni, nel 2025, la Federazione approfondirà il tema del «viaggio», un percorso metaforico a rappresentare il lungo e faticoso percorso che compiono i pazienti quando affrontano la malattia. Dopo il tema della diagnosi precoce e quello della presa in carico olistica, il focus del *Rare diseases day 2025* sarà la ricerca nella sua più ampia accezione. L'obiettivo è creare sinergie fra i vari attori in gioco, dal ministero della Salute a quello dell'Università, dal Cnr alle biobanche fino agli investitori privati, profit e non profit, e ai singoli ricercatori, in modo che nessuna occasione di maggior conoscenza vada sprecata e gli sforzi di tutti siano ottimizzati in modo da trovare terapie anche per le malattie più rare o più difficili da studiare.

Molto è stato fatto in questi anni, molto altro si può fare, Uniamo si farà sempre promotore di tutte le iniziative che possono migliorare la qualità di vita delle persone con malattia rara nel loro quotidiano e dare loro la speranza per un futuro migliore. **'E**

*\*Presidente di Uniamo, Federazione italiana delle malattie rare*

**Due milioni di pazienti guardano agli sforzi di laboratori pubblici e privati. La sinergia è decisiva. Ed è lo spirito che anima il Rare diseases day 2025 coordinato da Uniamo**



## LE CURE

I laboratori dedicati alla ricerca nel campo delle malattie rare al Bambino Gesù di Roma



# IL MIO NOBEL PER LA MEDICINA VINTO GRAZIE A UN CAMPER

IL BIOLOGO **GARY RUVKUN** CI RACCONTA I SEGRETI DELLA SCOPERTA DEL MICRO-RNA, LE NUOVE PROSPETTIVE DI CURA DI MOLTE MALATTIE E DI COME TUTTO EBBE INIZIO GIROVAGANDO PER L'AMERICA... **INTERVISTA**

di **Giuliano Aluffi**

**G** **ALEOTTO** fu non il libro, ma la rivista scientifica: il biologo molecolare Gary Ruvkun, docente di genetica alla Harvard Medical School, ha vinto insieme al biologo Victor Ambros il Premio Nobel per la medicina grazie anche a una svolta nella sua vita causata da una pila di giornali in cui si imbatté per caso in Bolivia. Passa da quell'episodio, che Ruvkun ci racconta in quest'intervista, la rivoluzione del microRna (abbreviato in miRna), ovvero la scoperta di un potente e sofisticato sistema di regolazione dei geni. I geni, tutti contenuti nel nostro Dna, contengono le istruzioni che le cellule usano per costruire le proteine. Regularli significa stabilire quali proteine vanno costruite, e quali no, negli organi e nei tempi appropriati: ad esempio nella fase dello sviluppo la regolazione permette alle cellule di specializzarsi, mentre in altre fasi della vita regolare i geni permette agli organismi di adattarsi all'ambiente.

Sono i difetti nei sistemi di regolazione dei geni, ad esempio l'incapacità di controllare la divisione cellulare, a portare malattie come il cancro. Ecco perché oggi il microRna è visto come una promettente via terapeutica, con molte sperimentazioni in corso, seppure non ancora tradotte in terapie. **Congratulazioni professore. Come ci si sente a essere tra gli ultimi premiati umani, prima che l'intelligenza**

**za artificiale inizi a fare incetta di Nobel?**

«Conosco Alpha Fold, il programma di IA che predice la struttura delle proteine, per cui Hassabis e Jumper han-

no avuto il Nobel, e penso stia avendo un ruolo importante nell'aiutare i biochimici, ma non direi che, per ora, noi scienziati rischiamo di essere rimpiazzati...».

**Il suo premio invece viene dalla scoperta del microRna: di cosa si tratta?**

«È una piccola striscia di Rna che permette, andando in giro nella cellula, di intercettare l'azione di certi geni e impedire che producano effetti sull'organismo».

**E come l'avete scoperto?**

«Nel 1993 Victor Ambros, studiando i vermi *Caenorhabditis elegans*, si accorse che un certo gene (lin-4) aveva il potere di neutralizzare l'azione di un altro gene (lin-14) coinvolto nella crescita. In particolare lin-4 serviva a fermare la crescita tipica della fase larvale, e a far diventare adulto il verme. Insomma lin-4 agiva da "regolatore" per lin-14. Tipicamente un gene produce effetti quando esprime la sua proteina. Il dogma centrale della biologia, riassunto all'estremo, recita infatti: "il Dna produce l'Rna che produce le proteine". La cosa curiosa di lin-4, però, era che non conteneva le istruzioni per una proteina, ma solo per una piccola striscia di Rna...»

**Come faceva, allora, ad agire da interruttore?**

«Io trovai sul gene lin-14 un segmento che si incastrava in modo quasi perfetto con quella striscia di Rna. Per semplificare: quello era l'"interruttore" che il gene lin-4 "premeva" per fermare l'azione del gene lin-14. Capimmo così di aver trovato un meccanismo di regolazione genetica (in questo caso di silenziamento genetico) del tutto

nuovo».

**All'inizio la vostra scoperta fu snobbata.**

«Molti pensavano che avessimo trovato qualcosa che valeva solo per quei vermetti. Nel 2000 però io trovai un altro gene regolatore, let-7, che produceva una striscia di miRna ed era presente in molte specie animali e anche nell'uomo».

**Esistono già applicazioni mediche?**

«Per ora non sono ancora state curate malattie con il miRna, ma ci sono molte terapie in fase di sperimentazione preclinica e clinica, compreso il cancro e le malattie cardiache, perché i miRna sono potenti interruttori genetici che influenzano sia i processi dello sviluppo che la patogenesi di molte malattie. Ad esempio si sa che il virus dell'epatite è regolabile tramite un miRna detto "mir122", anche se ancora non siamo riusciti a ottenere una terapia. I miRna sono difettosi in molte malattie e questo li renderà un ottimo strumento sia per la diagnosi che per la cura. Una sola striscia di miRna può agire su molti geni diversi e questo potrebbe permettere di curare per esempio malattie complesse come quelle neurologiche, che dipendono da difetti in più geni. Se impareremo a usare i miRna l'impatto sarà enorme: il genoma umano ha circa 20 mila geni e ben il 10 per cento di questi è un miRna che ne



regola molti altri».

## Quali sono le difficoltà da superare?

«Serve più ricerca: il miRna è stato un po' snobbato – e speriamo che questo Nobel aumenti l'attenzione sul tema – perché per gli scienziati era più facile studiare i geni che producono proteine. Inoltre proprio perché un solo miRna può legarsi a tanti geni distinti, questa duttilità è un'arma a doppio taglio per il rischio di effetti collaterali, che dovremo capire come prevenire».

## A proposito di difficoltà superate: il suo percorso fino al Nobel è stato accidentato, visto che a un certo punto lei ha mollato la scienza per andare a piantare alberi...

«Nel 1973 mi laureai in biofisica a Berkeley, e i miei mi regalarono un furgone Dodge di seconda mano. Quell'estate mandai richieste di iscrizioni a una decina di facoltà di medicina, ma nessuna mi accettò per via dei miei voti. Allora un bel giorno, un po' per l'insoddisfazione di non sapere cosa fare della mia vita, un po' perché a ventun anni non pensavo ancora in termini carrieristici, presi il furgone e andai verso Nord. Mi ritrovai in Oregon, e in un bar a Eugene incontrai degli hippie, che si erano dati tutti dei nomi da pelletterossa, e avevano deciso di rimboschi-

re l'Oregon. Mi sembrava un'idea divertente, pensai che giusto per un paio di settimane avrei potuto provare...».

## E invece?

«Finì che ci rimasi un anno: quella gente mi piaceva, portare gli alberelli era sfiancante, ma era bello passare la notte nel furgone sulle strade sterrate di montagna, sentirsi utili e sfatare il mito degli hippie oziosi. Quell'anno mi insegnò l'importanza del lavoro di squadra».

## Poi si stufò e tornò alla scienza?

«Non proprio. Pensai di passare un altro anno da hippie, girando il Sudamerica in lungo e in largo con un amico. Dopo sette mesi però iniziavo a essere stufo di dover cercare ogni sera un posto per dormire con meno di 2 dollari e di mangiare tutti i giorni la *comida corrida*, il piatto più a buon prezzo. Mi chiedevo: "Che farò nella vita?". Un giorno a Cochabamba, nell'associazione per l'amicizia tra Usa e Bolivia – che a me sembrò in effetti una copertura per la Cia – trovai una pila di *Scientific American* e li divorai uno dopo l'altro».

**Qualcosa in quelle riviste la chia-**

## mava...

«Era come una boccata d'aria dopo tanto viaggiare a vuoto. Fu allora che capii che dovevo tornare in America e proseguire con la scienza. Mi iscrissi a un corso di biologia molecolare alla University of California e lavorai come tecnico di medicina nucleare. Nel 1976 mi accettarono per un dottorato a Harvard, e iniziai a lavorare alla biologia dello sviluppo, prima con Walter Gilbert (che vincerà il Nobel per la chimica nel 1980) e poi al Mit con Robert Horvitz (Nobel per la medicina nel 2002)».

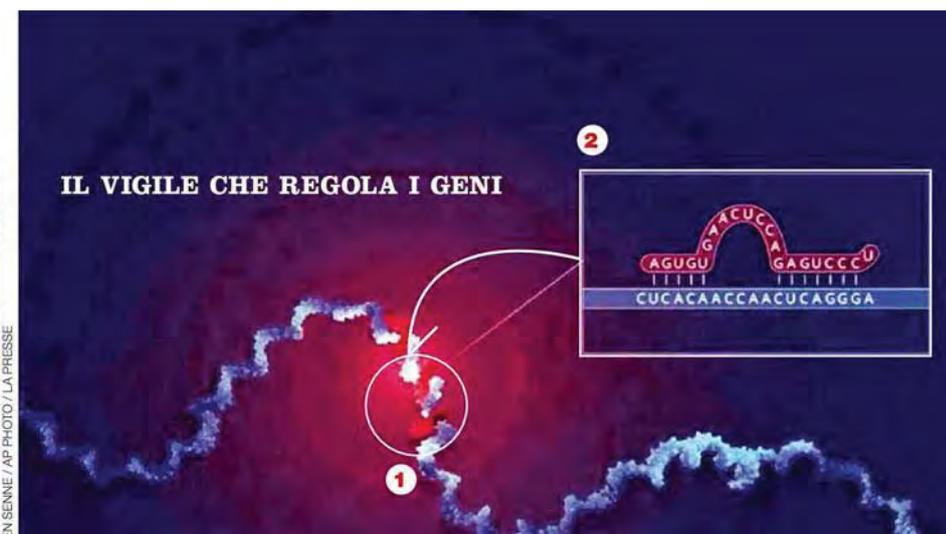
## Era un ambiente fertile per i Nobel. A proposito: lei come ha reagito all'annuncio?

«Mi ha colto di sorpresa, anche se da anni c'erano stati segni premonitori, come il premio Lasker nel 2008. La telefonata è arrivata alle 4 di mattina. Ha risposto mia moglie dicendo che era un tizio con l'accento svedese. Ho capito subito che erano buone notizie». □

«ALL'INIZIO FUMMO  
SNOBBATI,  
PENSAVANO  
CHE LA NOSTRA  
RICERCA  
VALESSE SOLO  
PER I VERMETTI»

«IN VIAGGIO  
A COCHABAMBA  
TROVAI UNA PILA  
DI **SCIENTIFIC  
AMERICAN**,  
E FU UNA VERA  
BOCCATA D'ARIA»

SCIENZE  
SLIDING DOORS



EN SENNE / AP PHOTO / LA PRESSE



## La dieta immunitaria

### Nature, Regno Unito



L'alimentazione può modificare il funzionamento del sistema immunitario. Il tema non è nuovo, ma secondo Nature i ricercatori sono sempre più interessati a questo campo. L'idea che il digiuno, una dieta vegetariana o certi alimenti possano influire sulla

salute è piuttosto comune, ma verificare i fondamenti scientifici è difficile. In passato la ricerca nutrizionale ha cercato di stabilire gli effetti a lungo termine dei diversi tipi di alimentazione, per esempio studiando i benefici della dieta mediterranea

nel corso degli anni. Di recente il metodo è cambiato. “Negli ultimi dieci anni, la maggiore disponibilità delle tecniche ‘omiche’, che possono catalogare e analizzare interi insiemi di molecole, come i geni e le proteine nelle cellule e nei tessuti, ha aiutato a individuare i meccanismi attraverso i quali alimentazioni diverse e componenti nutrizionali influenzano il sistema immunitario e quindi la salute”, scrive Nature. Una possibile applicazione è lo sviluppo di consigli nutrizionali personalizzati. ♦



24 ott  
2024

DAL GOVERNO

S  
24

## Salute: pubblicato il bando da 150 milioni di euro per la ricerca sanitaria

Sono 150 milioni di euro i fondi per la ricerca sanitaria messi a disposizione dal ministero della Salute con il Bando della ricerca finalizzata 2024. È stato pubblicato il bando rivolto a tutti i ricercatori del Servizio sanitario nazionale per la presentazione di progetti di ricerca di durata triennale.



I progetti devono avere un esplicito orientamento applicativo e l'ambizione di fornire informazioni utili ad indirizzare le scelte dell'assistenza sanitaria pubblica, dei pazienti e dei cittadini.

“Il bando pone attenzione anche ai giovani ricercatori – spiega **Maria Rosaria Campitiello** Capo Dipartimento della prevenzione e ricerca del ministero della Salute - con due tipologie di progetti dedicate ai ricercatori under 40 e a quelli under 33. Ai progetti dei giovani ricercatori sono destinati circa 74,5 milioni di euro dei 150 milioni. La ricerca è fondamentale per migliorare le cure e l'assistenza, con questo bando destiniamo risorse importanti per promuovere studi e progetti su ambiti rilevanti come la prevenzione, la sicurezza ambientale e la partecipazione dei cittadini”.  
Quattro sono le tipologie progettuali previste dal Bando in questione; oltre ai già detti progetti (GR) ossia i progetti ordinari presentati da ricercatori con età inferiore ai 40 anni e ai progetti “starting grant” (SG) che sono i progetti di ricerca presentati da ricercatori con età inferiore ai 33 anni, ci sono i progetti ordinari di ricerca finalizzata (RF) e i progetti cofinanziati (CO) che sono progetti di ricerca presentati da ricercatori cui è assicurato un finanziamento privato da aziende con attività in Italia.

Tra le finalità dei progetti, il bando indica lo sviluppo di procedure innovative per migliorare le opportunità di prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione; lo sviluppo di metodologie e strumenti per migliorare la comunicazione con i cittadini e i pazienti e promuoverne la partecipazione e lo sviluppo di studi rilevanti sulle patologie di origine ambientale, sulla sicurezza negli ambienti di lavoro e sulle patologie occupazionali.

La procedura di presentazione dei progetti si svolge in periodi distinti che hanno inizio dal giorno 31 ottobre 2024 tramite la piattaforma a ciò dedicata attiva sul portale del ministero della Salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 ott  
2024

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Cittadinanzattiva: al via il tour di “Tutto Vaccini” promosso con Federfarma e Fimmg

Parte da Napoli, in piazza Plebiscito, il 26 e 27 ottobre, il tour della campagna “Tutto Vaccini” promossa da Cittadinanzattiva, in collaborazione con Federfarma e Fimmg, con l’obiettivo di facilitare ai cittadini l’accesso alle vaccinazioni e favorire una scelta consapevole ed informata. “Tutto Vaccini” farà tappa in 10 Regioni italiane: oltre a Campania, Veneto (il 6 novembre a Padova), Sicilia (il 15 novembre a Palermo) e Molise (il 23 novembre a Campobasso), si proseguirà fra fine 2024 e i primi mesi del 2025 anche con le tappe in Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte e Puglia. “In piazza - spiega una nota - i farmacisti aderenti all’iniziativa, i medici di base e i volontari di Cittadinanzattiva, incontreranno i cittadini per sensibilizzarli sull’importanza della vaccinazione come strumento di prevenzione e informarli sui diversi vaccini oggi disponibili e i luoghi dove è possibile vaccinarsi”.



I materiali informativi della campagna saranno a disposizione anche nelle farmacie aderenti, così come negli studi dei medici di base aderenti. “Con questa iniziativa vogliamo contribuire a sensibilizzare le persone sull’importanza di tutte le vaccinazioni e renderle facilmente accessibili – dichiara Valeria Fava, responsabile coordinamento politiche Salute di Cittadinanzattiva -. Ancora appaiono troppo basse le coperture vaccinali, specie per gli adulti e gli anziani, ma non mancano criticità territoriali anche

nella fascia pediatrica e dell'adolescenza". L'indicatore sulla copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi "raggiunge l'obiettivo del 95% solo in 14 Regioni nonostante l'obbligatorietà e per la vaccinazione contro l'HPV siamo al di sotto del 40% sia nelle ragazze sia nei ragazzi". La copertura per gli anziani over 65 nella stagione 2023-2024 arriva al 53,3% per l'antinfluenzale, con un trend in calo e solo al 10,3% per gli over 60 nella vaccinazione anti Covid - 19, con profonde disomogeneità regionali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 ott  
2024

## DAL GOVERNO

S  
24

# Iss: da inizio anno 657 casi di Dengue, focolai sotto controllo e senza segni di attività recente

Salgono a 657 i casi confermati di Dengue in Italia dall'1 gennaio, di cui 200 autoctoni. Lo afferma l'aggiornamento settimanale del bollettino della sorveglianza, secondo cui tutti i focolai autoctoni registrati sul territorio nazionale risultano controllati e non mostrano segni di attività recente.



Dal 1 gennaio al 22 ottobre 2024, al sistema di sorveglianza nazionale risultano 657 casi confermati di Dengue (457 associati a viaggi all'estero e 200 casi autoctoni, età mediana di 45 anni, 51% di sesso maschile e nessun decesso). Al 22 ottobre 2024, sono stati identificati diversi eventi di trasmissione locale del virus Dengue in Italia, ma non si registrano nuovi casi di infezione nell'uomo da almeno dieci giorni:

- il focolaio di maggiori dimensioni, con 136 casi di infezione, tutti sintomatici e con identificazione del virus Dengue di tipo 2, è localizzato in un Comune della Regione Marche. Di questi casi 134 sono stati notificati dalla Regione Marche. Inoltre, sono stati segnalati 2 casi in Toscana, con collegamenti epidemiologici ai casi marchigiani. Non sono stati segnalati nuovi casi con insorgenza dei sintomi negli ultimi undici giorni (11-22 ottobre), evidenziando nelle ultime quattro settimane una significativa riduzione del numero di nuove infezioni associate a questo focolaio, che continua a essere sottoposta a verifica e conferma;

- un altro focolaio, di dimensioni più contenute (35 casi confermati con identificazione del virus Dengue di tipo 2 - DENV-2), è stato identificato in un Comune della Regione Emilia-Romagna, che non registra nuovi casi ormai da circa un mese e per il quale sono attualmente in corso indagini epidemiologiche. Al momento non vi sono evidenze microbiologiche che colleghino questi casi con il focolaio precedentemente descritto;

- sono stati infine segnalati un focolaio con 12 casi confermati in Lombardia (virus Dengue di tipo 1 - DENV-1) con nessun nuovo caso negli ultimi venti giorni; e un focolaio con 8 casi confermati in Abruzzo e nessun nuovo caso negli ultimi quindici giorni. Per entrambi i focolai sono in corso indagini epidemiologiche.

Al 22 ottobre, tutti i focolai DENV autoctoni sul territorio nazionale risultano controllati e non mostrano segni di attività recente. È stata attivata la fase finale di monitoraggio finalizzata alla chiusura definitiva dei focolai stessi. Alcuni ulteriori casi sporadici e focolai di dimensioni contenute di infezione autoctona da DENV di tipo 1, 2 e 3 sono stati segnalati in Veneto (1 caso), Emilia-Romagna (1 caso), Toscana (2 casi), Marche (3 casi) e Abruzzo (2 casi). Le indagini epidemiologiche condotte fino al 22 ottobre 2024 non hanno evidenziato collegamenti epidemiologici o microbiologici con i casi segnalati in altre Regioni o con gli altri focolai descritti.

“Al momento dell’identificazione di tutti i casi autoctoni segnalati - spiega l’Iss - sono state attivate le misure di controllo delle zanzare vettore (del genere Aedes) e le misure di prevenzione necessarie per garantire la sicurezza delle trasfusioni e dei trapianti nelle aree interessate, come previsto dal Piano Nazionale delle Arbovirosi”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Sanità24

24 ott  
2024

## Aifa: nei primi 4 mesi dell'anno sale del 17% la spesa dei farmaci acquistati direttamente dalle Regioni

Gli aumentati acquisti da parte delle Regioni e la nuova remunerazione delle farmacie sono gli elementi di maggiore rilievo del monitoraggio della spesa farmaceutica nei primi quattro mesi dell'anno, con la spesa per acquisti diretti effettuati dalle strutture sanitarie regionali che cresce del 17%, spinta soprattutto da farmaci ospedalieri oncologici.

“L'andamento dei dati di spesa - commenta il presidente dell'AIFA, Robert Nisticò - conferma quanto si verifica anche negli altri Paesi avanzati, ossia la sempre maggiore incidenza dei farmaci altamente innovativi, senza alcuna alternativa terapeutica, che in Italia da soli valgono il 38,6% della spesa pubblica per i medicinali, che in Europa si prevede in crescita di 59 miliardi di dollari da qui al 2027. Certo, qualcosa in più si può fare sul piano dell'appropriatezza, definendo a livello locale percorsi di cura e controlli più efficaci per contenere il fenomeno dell'iperprescrizione. Lavoro che non compete all'AIFA, la quale attraverso la contrattazione dei prezzi tra i più bassi d'Europa e le 342 ricontrattazioni avvenute in poco più di sei mesi, fa di tutto per contenere la crescita della spesa. Crescita che resta tuttavia ineluttabile e richiederebbe un approccio non più a silos del suo controllo, in considerazione dei risparmi dei costi sociali e sanitari che l'innovazione farmaceutica sta apportando e sempre più apporterà in futuro”.

Si iniziano a registrare gli effetti sulla spesa farmaceutica convenzionata del nuovo schema di remunerazione delle farmacie introdotto a partire da marzo 2024, che interviene disancorando l'agio per il farmacista dal prezzo del medicinale e incamerando la remunerazione aggiuntiva introdotta dopo la pandemia. “Per questo motivo - spiega il Direttore Tecnico-Scientifico dell'AIFA, Pierluigi Russo - abbiamo registrato una riduzione dello 0,4% rispetto all'analogo periodo dello scorso anno della spesa convenzionata per farmaci rimborsabili, basata sul prezzo di vendita al pubblico in farmacia, in controtendenza rispetto ad un incremento della corrispondente spesa netta del +2,3% comprensiva della nuova remunerazione e tenendo conto dell'abrogazione delle scontistiche di legge negli ultimi due mesi del periodo. I dati comunicati dalle Regioni sono ancora provvisori e oggetto di rettifiche - precisa Russo - al riguardo si registra un anomalo aumento della spesa per i ticket sulla ricetta del +9,3% rispetto all'anno precedente. Nel complesso il monitoraggio del tetto della spesa convenzionata registra nei primi 4 mesi dell'anno un avanzo di 208 milioni di

euro rispetto al tetto programmato del 6,8% del Fondo Sanitario Nazionale e una spesa da tetto che cresce di 63 milioni di euro rispetto a quella registrata nel medesimo periodo nel 2023”.

L’AIFA a fine maggio, in attuazione della legge finanziaria, ha riclassificato dalla fascia A ad uso ospedaliero ad A con dispensazione in farmacia i medicinali antidiabetici della categoria delle gliptine, “ma probabilmente solo con i dati di monitoraggio gennaio-luglio 2024 si inizierà a registrare l’impatto effettivo sulla spesa, in funzione delle tempistiche con le quali le diverse Regioni hanno deciso di spostare le gliptine in erogazione convenzionata”, spiega Russo.

L’aumento della spesa per acquisti diretti da parte delle Regioni nel periodo gennaio-aprile è, in valori assoluti, pari a circa 799 milioni di euro (+17% appunto) rispetto all’analogo periodo dell’anno precedente. “Tale aumento - spiega il Direttore Tecnico-Scientifico dell’AIFA, Pierluigi Russo - è guidato essenzialmente dalla crescita di 828 milioni di euro degli acquisti da parte delle Regioni di medicinali a carico del SSN, equivalenti a un +18,9%, e in particolare dai farmaci di fascia H ospedalieri, prevalentemente oncologici, in aumento del 20,8%. L’aumento è controbilanciato dalla parziale riduzione del 6,8% della spesa per i farmaci innovativi fuoriusciti dall’apposito Fondo ed entrati nel computo della spesa soggetta al tetto degli acquisti diretti. Nei primi quattro mesi del 2024 la spesa sostenuta dalle Regioni per l’acquisto di medicinali di fascia C è stata invece inferiore di quasi il 13%”.

“Complessivamente il monitoraggio del tetto degli acquisti diretti, coincidente con l’8,3% del Fondo Sanitario Nazionale, registra uno sfondamento di 1,47 miliardi di euro rispetto alla spesa programmata. Nei primi quattro mesi dell’anno la spesa per acquisti diretti delle Regioni registra una percentuale sul FSN dell’11,8%, in riduzione rispetto a quella precedentemente comunicata nell’ambito del monitoraggio gennaio-febbraio 2024. Incidono su questo risultato diversi elementi, tra i quali l’uscita di medicinali importanti dal Fondo farmaci innovativi, come si evince dalla riduzione del 6,8% della spesa per tali medicinali, nei primi quattro mesi del 2024 rispetto all’anno precedente”, conclude il Direttore Tecnico-Scientifico.

24 ott  
2024

IMPRESE E MERCATO

S  
24

## Manovra/ Egualia, no taglio prezzi farmaci 'ex factory'

«Siamo profondamente sconcertati. A nulla servono gli allarmi ripetuti sull'urgenza di misure che garantiscano sostenibilità al comparto farmaceutico e creino le premesse per contrastare l'inevitabile fenomeno delle carenze. La manovra va in un'altra direzione. Lo abbiamo spiegato stamattina nel corso di un incontro con il Sottosegretario Gemmato: questa è una riduzione dei prezzi ex factory dei nostri farmaci dopo che da 3 anni stiamo sperimentando crescenti difficoltà a sostenere industrialmente tutti i farmaci critici per le terapie croniche. Se noi non saremo nelle condizioni di tenere in commercio i farmaci a rimetterci alla fine saranno i cittadini». Questo il commento di Stefano Collatina, presidente di Egualia, l'associazione delle aziende produttrici di equivalenti, biosimilari e Value Added Medicines, dopo un incontro urgente chiesto stamane al ministero della Salute sulle misure relative alla farmaceutica contenute nella Legge di Bilancio presentata dal Governo Meloni.

«Non solo non figura nessun intervento di alleggerimento del payback sulla farmaceutica convenzionata (1,83% sul prezzo al pubblico versato alle Regioni), più volte sollecitato da parte dei produttori dei farmaci equivalenti e biosimilari, a più basso costo, che generano risparmio per il Servizio sanitario nazionale – spiega Collatina. – Vengono invece ridotti i prezzi ex factory dei farmaci rivedendo al ribasso le quote di spettanza sul prezzo al pubblico delle aziende produttrici per i farmaci di classe A. Meno di una



settimana fa, alla presentazione del Rapporto annuale di Nomisma sul settore degli equivalenti, le istituzioni hanno riconosciuto l'urgenza di intervenire ed ora ci ritroviamo a parlare di una riduzione del prezzo ex factory. Nessuno mette in dubbio le legittime istanze della distribuzione – prosegue il Presidente di Egualea – ma non possiamo accettare che tale sostegno arrivi a discapito delle nostre imprese, quelle stesse che continuano a garantire risparmi costanti all'Ssn e sono rimaste spesso le uniche fornitrici di farmaci essenziali per le terapie croniche. Sono misure destinate ad incidere nella carne viva delle aziende di farmaci fuori brevetto che già oggi vedono i propri margini ridotti al limite – conclude Collatina. – Di questo passo i distributori si troveranno ad avere sempre meno farmaci da distribuire. Speriamo che la politica riesca a comprenderlo ed inverta la rotta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 ott  
2024

IMPRESE E MERCATO

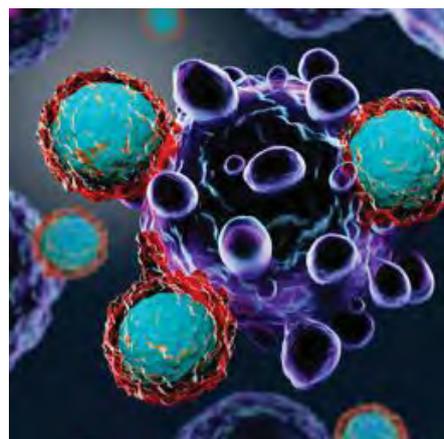
S  
24

## Terapie avanzate/ Da Atmp Forum i trend su ricerca, sviluppo, regolazione e accesso

In Italia, sono 12 le terapie avanzate approvate e rimborsate per 21 indicazioni e altre 4 sono attualmente in valutazione per la definizione del prezzo e rimborso. Il tempo complessivo dalla sottomissione del dossier registrativo ad Ema al primo acquisto di un Atmp rimborsato in Italia è in media di quasi 4 anni, per esattezza 1.406 giorni: di cui il 38% speso per la valutazione Ema, il 37% per la valutazione nazionale e il 25% per il primo acquisto a seguito di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Determina Aifa. Sono questi in estrema sintesi i dati sul nostro Paese relativi agli Advanced Therapy Medicinal Product, contenuti nel [VII Report](#) italiano realizzato da [Atmp Forum](#), fondato nel 2017 e da allora punto di riferimento per le Terapie avanzate.

L'evento di presentazione del Report 2024, organizzato da PharmaLex Italy con il patrocinio di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, Assobiotec, Farmindustria, Ispor, Sihta, Università del Piemonte Orientale, AIL, Uniamo, è stato realizzato con il contributo non condizionante di CSL Behring, Gilead Sciences, medac pharma, Novartis, Pierre Fabre, Roche, Pfizer e Vertex Pharmaceuticals

Il report traccia un quadro aggiornato di Atmp approvati e disponibili a livello europeo. La quota di Atmp rimborsati rimane ancora molto diversa da



Paese a Paese: la Germania (in cui i farmaci hanno immediato accesso alle indicazioni approvate da Ema) presenta la quota più alta, mentre la Spagna quella più bassa. La proposta di revisione della legislazione europea sui farmaci potrebbe agevolare la disponibilità di Atmp in tutti gli Stati membri, e stimolare la possibilità di istituire, su raccomandazione dell'Ema, spazi di sperimentazione normativa.

Il report consegna inoltre uno spaccato delle terapie Atmp e dei relativi tempi di registrazione e ingresso nel nostro Paese. L'incidenza della spesa per Atmp è ancora modesta, in quanto sono ancora pochi gli Atmp disponibili e il numero di pazienti trattati è limitato - spiega Fulvio Luccini, Service Line Lead, Italy Market Access & Reimbursement, Pharmalex Italy e membro del Comitato Direttivo Atmp Forum -. Tuttavia, la pipeline di Atmp è più numerosa: sono state identificate 46 diverse terapie avanzate potenzialmente in grado di raggiungere il mercato italiano tra il 2025 e il 2029. Oncologia e oncoematologia rappresentano il 40% del target di tali studi, seguite da neurologia, oftalmologia e reumatologia. Prevalgono ancora indicazioni rare (69%), ma sono sempre più numerosi i casi di Atmp in sviluppo per patologie a più ampia prevalenza. La spesa per Atmp è destinata ad aumentare, vista l'importante pipeline e le estensioni di indicazioni di Atmp già disponibili - prosegue Luccini -. Secondo quanto è emerso dal report di quest'anno, la spesa sostenuta dal Ssn per Atmp a 5 anni (2029) potrebbe raggiungere, a seconda di diversi scenari, una cifra compresa tra i 675 e i 940 milioni di euro».

La rimborsabilità da parte del nostro Servizio sanitario nazionale è una condizione necessaria per l'accesso del paziente al farmaco, ma non sufficiente. L'effettivo accesso del paziente al trattamento dipende anche dalla capacità del sistema di erogare i trattamenti ai nuovi pazienti.

Dall'analisi effettuate dall'Aifa, emerge come le terapie avanzate siano ormai disponibili su tutto il territorio nazionale seppure con importanti disparità. Gli esperti che hanno lavorato al report evidenziano che i tempi di accesso e la disparità regionale potrebbero essere anche la conseguenza degli effetti organizzativi importanti sulle aziende sanitarie e sui sistemi sanitari regionali di alcuni Atmp. Emerge l'importanza di programmare l'ingresso dei nuovi Atmp sia attraverso l'identificazione dei centri, l'aggiornamento dei relativi team multidisciplinari e la strutturazione della rete, sia attraverso la verifica di processi codificati e adeguamento delle risorse infrastrutturali, tecnologiche ed informatiche. In sintesi, si conferma una eterogeneità regionale in termini di centri attivi - attualmente il 56% di quelli abilitati per le Cart-T- e consumi che risultano quasi doppi al Nord rispetto al Centro o al Sud.

«Le terapie avanzate pongono varie sfide per il sistema e il fattivo impatto sulle persone con malattie rare e ultra-rare. La mancanza di centri di eccellenza (Ern) nelle Regioni del Sud crea, come abbiamo anche

sottolineato nel rapporto MonitoRare, un flusso di migrazione sanitaria che riguarda il 20% degli adulti e ben il 28% dei bambini. Per le terapie avanzate questo diventa ancora più problematico, dato il loro alto contenuto tecnologico, rischiando di creare disparità di accesso a trattamenti che hanno un alto valore clinico e di incidere in maniera significativa sulle famiglie, sia in termini economici che di impatto sulla vita, a causa dei disagi degli spostamenti - ha commentato Annalisa Scopinaro, presidente Uniamo -. È necessario quindi promuovere sui territori lo sviluppo di nuove competenze che consentano al paziente di spostarsi il meno possibile dal suo luogo di residenza. È inoltre fondamentale che l'accesso all'innovazione sia rapido e uniforme a tutti i livelli».

«Ritengo fondamentale uscire dalla logica dei “silos” e individuare meccanismi finanziari efficienti che permettano di stare al passo dell'innovazione terapeutica - ha dichiarato Luciano Ciocchetti, Vicepresidente XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati e autore della Prefazione del VII Report Atmp -. Da tempo sostengo che l'adozione di meccanismi di rimborso tarati sulle peculiarità degli Atmp potrebbe garantire un accesso sostenibile a tali terapie e migliorerebbe anche la gestione delle risorse sanitarie, orientandola verso il paziente. Concentrarsi su questi aspetti ci permetterà di assicurare un sistema sanitario efficiente e capace di offrire ai cittadini le migliori cure possibili».

«Il VII Report Atmp Forum e il contributo degli esperti intervenuti durante la “due giorni” di lavori hanno fatto emergere una fotografia dello stato attuale degli Atmp in Italia che pone le basi per un dialogo costruttivo sul futuro della medicina avanzata nel nostro Paese - ha commentata Patrizia Popoli, Direttrice Centro nazionale per la Ricerca e la Valutazione dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, già presidente del Comitato tecnico scientifico Aifa -. La sfida sarà trasformare le promesse degli Atmp in realtà tangibili all'interno dei percorsi di cura più appropriati, mantenendo e sviluppando la nostra capacità di fare ricerca e sperimentazione, valutando correttamente la coerenza tra costo e valore a supporto della sostenibilità del sistema sanitario, e rendendo efficienti i sistemi regionali per favorire l'accesso sul territorio. Sono lieta di poter dare il mio contributo attivo, già a partire dalla prossima edizione di Atmp Forum a beneficio dei nostri pazienti», ha concluso Patrizia Popoli, nuovo membro del Comitato direttivo Atmp Forum. Il VII Report è consultabile al seguente link:

[www.atmpforum.com/report/](http://www.atmpforum.com/report/)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



24 ott  
2024

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Epilessie e tumori cerebrali: le raccomandazioni di LICE per il trattamento e un'efficace presa in carico

Sintomo di esordio o complicanza successiva, l'epilessia costituisce una comorbidity frequente in chi è affetto da tumore cerebrale: l'epilessia tumore-relata costituisce il 6-10% di tutti i casi di epilessia e il 12% delle epilessie acquisite ed è il sintomo più comune nelle persone con tumore cerebrale.



Esistono tumori cerebrali che di per sé presentano un basso rischio di evoluzione sfavorevole, ma sono molto frequentemente causa di crisi epilettiche spesso farmaco-resistenti. In molti di questi casi, è possibile intervenire chirurgicamente, anche e soprattutto per ottenere il controllo delle crisi.

Purtroppo, le crisi epilettiche sono spesso associate anche a tumori cerebrali con vari gradi di malignità; in questo caso, l'intervento chirurgico riveste un duplice ruolo terapeutico: oncologico ed epilettologico.

In occasione del mese di ottobre dedicato alla prevenzione oncologica, la LICE, Lega Italiana Contro l'Epilessia, con il suo Gruppo di Studio Epilessia e Tumori, accende i riflettori su questo delicato tema: "In questi casi, l'epilessia, quando presente, incide sfavorevolmente su una qualità della vita già spesso precaria: le crisi sono talora difficili da controllare, e oltre che un problema medico sono motivo di ulteriori restrizioni nella vita quotidiana. – sottolinea **Carlo Andrea Galimberti**, presidente LICE -. I farmaci anticrisi

sono necessari ma, a volte, accentuano il disagio psicologico e i problemi cognitivi già legati alla presenza del tumore e agli esiti dei provvedimenti chirurgici. Inoltre, la scelta dei farmaci anticrisi deve tener conto delle prospettive terapeutiche (Chemioterapia e Radioterapia) ed essenziali del singolo paziente”.

L’Epilessia-tumore relata ha, infatti, caratteristiche peculiari: “Innanzitutto, le persone affette da questo tipo di Epilessia – ricorda **Giada Pauletto**, responsabile Gruppo di Studio Epilessia e Tumori cerebrali, LICE - sono più a rischio di ridurre la terapia o di sospenderla per effetti collaterali da farmaci anticrisi non tollerabili. Non sappiamo bene perché questo avvenga, probabilmente per caratteristiche intrinseche, per l’interazione con altri farmaci, ad esempio con i corticosteroidi, oppure per una minore tollerabilità proprio a livello psicologico. Ci sono, inoltre, dei limiti terapeutici nell’utilizzo di alcuni farmaci anticrisi a nostra disposizione, proprio perché possono interagire con gli steroidi, i chemioterapici e la radioterapia. Infine, è da sottolineare un’aumentata farmacoresistenza in questo tipo di pazienti”.

Se consideriamo globalmente la farmacoresistenza, nelle persone affette da Epilessia si arriva ad un’incidenza di circa il 30%, mentre nei casi di Epilessia tumore-relata si può arrivare sino a un 40%.

“La terapia antiepilettica nelle persone con tumore cerebrale è il frutto di una decisione complessa che deve tener conto di più fattori – aggiunge **Eleonora Rosati**, referente LICE del gruppo di studio su Epilessia e Tumori. Se, in prima battuta, si raccomanda l’impiego di farmaci indicati per l’epilessia focale, le caratteristiche che principalmente orientano il clinico verso una scelta mirata nel singolo paziente sono l’efficacia e la tollerabilità, vista la possibile farmacoresistenza e l’alta incidenza di eventi avversi in questa popolazione di individui”.

Per minimizzare il rischio di interazioni farmacologiche con le terapie oncologiche o quelle usate per altre comorbidità, i farmaci che non siano induttori o inibitori enzimatici sono, in generale, da preferire. Un altro criterio di scelta è rappresentato dalla disponibilità di formulazioni per somministrazione endovenosa o in soluzione per via orale, utili, ad esempio, nella gestione delle urgenze. Anche la possibilità di un rapido aggiustamento del dosaggio di un farmaco fino al raggiungimento dell’effetto terapeutico desiderato può rappresentare un vantaggio, considerando che la necessità di un rapido cambiamento terapeutico o di trattare crisi subentranti sono, in questi casi, tutt’altro che infrequenti.

Gli effetti sulle comorbidità come quella psichiatrica o cognitiva hanno, inoltre, un ruolo importante nella selezione di un farmaco e fanno propendere per l’impiego di farmaci con bassa probabilità di influire sfavorevolmente sulle performance cognitive e sull’umore.

Con oltre 50 milioni di persone colpite nel mondo, l’epilessia è una delle

malattie neurologiche più diffuse, per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto l'epilessia come malattia sociale.

Si stima che nei Paesi industrializzati interessi circa 1 persona su 100: in Italia soffrono di epilessia circa 600.000 persone, ben 6 milioni in Europa. Nei Paesi a reddito elevato, l'incidenza dell'epilessia presenta due picchi, rispettivamente nei primi anni di vita e dopo i 75 anni.

Nel 2022 l'OMS ha ratificato il Piano d'Azione Globale Intersectoriale per l'Epilessia e gli altri Disturbi Neurologici 2022 – 2031 (Intersectorial Global Action Plan for Epilepsy and other Neurological Disorders, IGAP), il primo piano d'azione globale sulla gestione dell'epilessia, che detta fondamentali obiettivi per gli Stati Membri nei prossimi dieci anni. Gli scopi principali dell'IGAP sono: ottenere l'assistenza sanitaria universale con la fornitura di medicinali essenziali e tecnologie di base necessarie per la loro gestione; l'aggiornamento delle politiche nazionali esistenti riguardo l'Epilessia e gli altri disturbi neurologici, con idonee campagne di sensibilizzazione e programmi di advocacy; la realizzazione di programmi intersectoriali destinati alla promozione della salute del cervello e alla prevenzione dei disturbi neurologici; lo sviluppo di un'idonea legislazione al fine di promuovere la lotta allo stigma e proteggere i diritti umani delle persone con epilessia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 ott  
2024

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Iteshs: al via il progetto per l'Africa di UniCamillus per formare medici pronti ad affrontare le emergenze

Rafforzare la formazione universitaria e potenziare le competenze sanitarie in Africa. E' l'obiettivo del progetto ITESHS – Integrated Transcultural Educational Synergy in Health Sciences, guidato dall'Università UniCamillus e presentato nei giorni scorsi.



L'incontro è stato l'occasione per riunire virtualmente tutti i partner del progetto: l'Università di Chieti-Pescara e l'Università di Foggia, in collaborazione con importanti istituzioni accademiche africane: la Jaamacadda Ummadda Soomaaliyeed (Università Nazionale Somala a Mogadiscio), il Hanseatic Institute of Technology and Applied Sciences (HITAS) in Camerun e l'Addis Ababa University in Etiopia. Corsi di laurea, laboratori avanzati e aule informatiche

Concretamente, ITESH prevede la creazione di corsi di laurea in ambito sanitario in Somalia e Camerun, e degli scambi internazionali con l'Etiopia. L'Università UniCamillus si occuperà dell'istituzione di un corso di laurea in Fisioterapia e di un corso post-laurea in Ortopedia presso l'Università di Mogadiscio. Questa scelta non è un caso: è nota ormai da tempo la drammatica guerra civile che devasta la Somalia da oltre 30 anni, provocando non solo morti, ma anche ferimenti gravi e mutilazioni. In questo contesto, diventa imperativa la formazione di professionisti sanitari capaci di rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione, facilitando

l'accesso ad un'assistenza ortopedica e riabilitativa di altissima qualità, che si rivela vitale ancor prima che necessaria.

In occasione di questo progetto, UniCamillus svilupperà anche un laboratorio ortopedico nella sua sede romana, laboratorio che rappresenterà un importante punto di riferimento per la formazione degli studenti somali, che saranno invitati in Italia per svolgere attività pratica con strumentazione all'avanguardia appositamente acquisita dall'Università. Il progetto, inoltre, si avvarrà della preziosa collaborazione con Confimi Industria Sanità. Quanti agli atenei partner del progetto, l'Università di Foggia collaborerà alla creazione di un corso di laurea in Infermieristica presso l'HITAS di Douala, con programmi di mobilità e potenziamento dell'infrastruttura informatica dell'Università camerunense, mentre l'Università di Chieti-Pescara collaborerà con l'Addis Ababa University per un programma di mobilità di studenti e docenti delle due università all'interno del corso di laurea in Psicologia.

Il progetto, infatti, prevede anche la realizzazione di aule informatiche debitamente equipaggiate in Camerun e Somalia, dotate delle tecnologie necessarie per supportare la didattica blended (mista online e in presenza).

«Siamo entusiasti di guidare questo progetto innovativo, che mira a creare un dialogo di reciproco scambio e crescita tra le istituzioni coinvolte, promuovendo anche il miglioramento delle condizioni sanitarie delle comunità locali», ha affermato **Gianni Profita**, Rettore di UniCamillus.

### **Fondi Europei per il progetto**

Il progetto ITESHS è stato finanziato dall'Unione Europea nell'ambito del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza): dei fondi erogati – messi a bando dal Ministero dell'Università e della Ricerca, in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, nell'ambito della Missione 4, Componente 1, Investimento 3.4, sotto-investimento T4 “Iniziativa Transnazionali in materia di istruzione” NextGenerationEU – UniCamillus ha ottenuto il sostegno più ampio con un finanziamento pari a €1.264.954, mentre il progetto nel suo complesso è stato finanziato per €2.467.099,00.

«Siamo estremamente fieri di questo ambizioso progetto, che vedrà UniCamillus impegnata come capofila nel supportare concretamente la formazione in Paesi africani – afferma **Emiliano Maiani**, Delegato alla Ricerca UniCamillus, nonché responsabile e coordinatore scientifico del progetto – Il nostro obiettivo è creare un circolo virtuoso che favorisca il trasferimento di conoscenze essenziali per lo sviluppo e il sostegno a pazienti locali. Questo rappresenta un passo cruciale per l'internazionalizzazione del nostro Ateneo e un sostegno tangibile alle

università partner africane. Ci auguriamo che questo progetto sia l'apripista per lo sviluppo di nuove iniziative altrettanto significative». Con ITESHS, i tre atenei italiani si propongono non solo di contribuire alla formazione di professionisti sanitari competenti, ma anche di favorire il loro inserimento nel mercato del lavoro, supportando lo sviluppo sostenibile dei sistemi sanitari locali, con l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita nelle regioni africane più vulnerabili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 ott  
2024

IMPRESE E MERCATO

S  
24

## Cattani (Sanofi): con il premio Zanibelli accanto ai pazienti per ascoltare e comprendere i bisogni

Dal disagio degli adolescenti di oggi alle fragilità e alle relazioni disfunzionali nella nostra società, dalla salute mentale alle tante sfide quotidiane o di vita che una malattia rara o un percorso di cura rappresentano per una persona, una famiglia, una comunità. Tanti e forti i temi messi in luce dalla dodicesima edizione del Premio Letterario Angelo Zanibelli “La Parola che cura”, la cui cerimonia di premiazione si è tenuta ieri sera nella splendida cornice dell’Ambasciata di Francia a Roma.



Il premio si distingue da anni per il suo impegno nel far emergere con forza la narrazione come strumento terapeutico e di sensibilizzazione sociale, sottolineando l’importanza delle esperienze personali nella gestione della malattia. Attraverso le opere premiate, si vuole dare voce a chi affronta sfide complesse, valorizzando la resilienza e il coraggio di coloro che trasformano le proprie esperienze in un potente racconto di vita, un messaggio da poter condividere. Dopo tanti anni, continua a offrire un palco prestigioso alle storie di cura e di salute, mettendo in luce i percorsi, le esperienze e le emozioni di tanti pazienti e caregiver. A presiedere la giuria è stato, anche quest’anno, **Gianni Letta**, affiancato da un autorevole gruppo di esponenti del mondo della politica, della cultura, della sanità e dell’informazione, con la partecipazione del ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, come membro d’onore. La giuria ha avuto il compito di esaminare le tantissime opere in

concorso, decretando anche il vincitore dell'ambita categoria 'Inediti' e assegnando anche alcuni premi speciali che negli anni hanno guadagnato particolare prestigio e visibilità.

“Per noi in Sanofi, il Premio La Parola che cura è molto più di un semplice concorso letterario - ha detto **Marcello Cattani**, presidente e Ad di Sanofi Italia e Malta - . È un esempio concreto e tangibile del nostro impegno costante e continuo al fianco dei pazienti, di chi li sostiene e di chi ne rappresenta le istanze. La volontà di ascoltare e comprendere i bisogni, di valorizzare e mettere a fattor comune il percorso di diagnosi e cura, è al centro di tutto ciò che facciamo ogni giorno. Avere un impatto positivo e migliorare la vita di chi vive una patologia è infatti la nostra missione quotidiana. Con il nostro lavoro promuoviamo una cultura della salute inclusiva e accessibile, cercando di contribuire a un cambiamento significativo nella vita dei cittadini e abbracciando il concetto di salute come pilastro dello sviluppo umano, sociale ed economico del nostro Paese”.

### **I vincitori per la categoria “Opere edite”**

Per la categoria Narrativa, ha vinto “Vite di cristallo” di Francesca Lagatta (ed. Rubbettino). Un legame unico e simbiotico tra una mamma e il suo bimbo che si scopre malato di acenoleucodistria che trascina il lettore in un mondo intriso di solitudine, dolore, amore sconfinato, che disintegra i muri del tempo e dello spazio.

Per la categoria Saggistica premiato “Lezioni di amore per un figlio” di Stefano Rossi (ed. Feltrinelli). Una dote necessaria per regalare ai nostri ragazzi una solida e amorevole via d'uscita dai 16 labirinti in cui, più di frequente di quanto noi adulti immaginiamo, si perde l'anima adolescente.

Per la categoria Illustrati il premio è andato a “Il mostro che vive dentro la mamma” di Nicolò Muggianu (ed. Fabbrica dei sogni). Il libro dedicato a tutti i bambini che vivono con un genitore che soffre di depressione o di un'altra forma di sofferenza psicologica che ha incide negativamente sulla loro relazione, con coloro che hanno vissuto l'esperienza di un familiare che si è suicidato o ha tentato di farlo.

### **Vincitore nella Categoria “Inediti”**

L'inedito “La memoria del cuore” di Marilù S. Manzini sarà edito da Piemme editore. Un romanzo che ha la profondità introspettiva di un saggio. L'autrice ripercorre ventotto giorni dentro il buio della psiche, in una clinica per la cura delle dipendenze, alla ricerca di una salvezza. Le vite di persone in cerca di una riabilitazione dell'anima che portano i segni delle battaglie che hanno combattuto. Vinte o perse che queste siano, l'importante per tutti loro è sempre e solo rialzarsi da terra.

## **Tre le menzioni speciali assegnate dalla Giuria**

A “Una stagione in più” di Elena Lugli, Emilia Li Gotti, Ilaria Orzali (ed. Lapis), un libro che nasce per i bambini e per chi voglia raccontare ai più piccoli cosa significhi attraversare una stagione di cura, e farlo con fiducia: perdendo i capelli, sì, ma per averne di nuovi e tornare fuori a giocare al primo raggio di sole.

A “La cura del futuro. I vaccini dalle infezioni alla sfida al cancro” di Guido Forni, Alberto Mantovani, Lorenzo Moretta, Giorgio Parisi, Giovanni Rezza (ed. Baldini & Castoldi). L’avvincente sfida della scienza, su cui si sta lavorando in Italia e in tutto il mondo, che potrà avere effetti decisivi sulla salute globale.

A “La notte ha smesso di far paura” di Giacomo Perini (ed. Santelli) Il percorso di crescita attraverso la malattia che alterna cronaca e riflessioni a pagine visionarie. Una storia di ostinazione vitale e resilienza, che parla a tutti, restituendoci il ritratto di un giovane uomo innamorato della normalità della vita e grato per i suoi doni.

## **I Premi speciali**

La giuria ha assegnato inoltre il premio “Personaggio dell’anno” al Prof. Alberto Mantovani per il suo costante impegno nella ricerca nell’immunologia possibile futura soluzione terapeutica alle malattie. Con i suoi studi fino all’individuazione dell’immunità innata è oggi considerato una figura di riferimento che ha scritto con il suo gruppo di ricercatori italiani una pagina fondamentale della medicina moderna. Il premio è stato consegnato dal Ministro della Salute Orazio Schillaci, membro d’onore della giuria.

Il premio “La Parola che Cura”, attribuito ogni anno ad un’associazione di pazienti per l’attività di comunicazione e divulgazione sulla sua patologia di riferimento e le problematiche ad essa connessa. Quest’anno la giuria ha premiato AISM per il progetto PortrAIts, serie di 12 immagini e ritratti in mostra, realizzate grazie a un programma di Intelligenza Artificiale che, insieme a professionisti della comunicazione, ha rielaborato il racconto e le parole di persone con sclerosi multipla, generando immagini sorprendenti, diverse dalla realtà visibile che pure le ha ispirate e andando a rivelare in modo creativo anche quegli aspetti della vita con la patologia che altrimenti resterebbero non comunicabili e incomprensibili a chi non li vive direttamente sulla propria pelle.

Il premio “Il valore del Partenariato pubblico-privato”, riconoscimento espressamente rivolto ai giovani neolaureati che punta a valutare il pensiero analitico, la capacità di indagine e di approfondimento degli studenti, chiamandoli a produrre un elaborato su questo tema è stato assegnato alla

giovane professionista in Public Affairs Vjola Brahusi, 26 anni che sarà inserita come tirocinante presso il Dipartimento Public Affairs di Sanofi Italia e collaborerà con un Tutor aziendale a progetti con le Istituzioni nazionali e regionali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA