

31 marzo 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.
Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Largo della Sanità Militare, 60
00184 Roma
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

CORRIERE DELLA SERA

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

DEL LUNEDÌ

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

BE Rebel Pay per you

CHI È VERAMENTE MUSK

Con il Corriere Chi è davvero Musk Domani il libro gratis di Massimo Gaggi a pagina 12



Ambiente Sicilia, il flop dell'acqua: le dighe restano vuote di Gian Antonio Stella a pagina 24

Guidi poco? Con noi, l'RC Auto costa meno! BE Rebel Pay per you

Il leader Usa: «Sono arrabbiato, senza un'intesa dazi contro Mosca». Poi minaccia l'Iran e parla di terzo mandato

Ucraina, Trump sfida Putin

Il drone russo in volo sui cieli di Ispra, indagine del pool antiterrorismo di Milano

EUROPEI SUL SERIO

di Angelo Panebianco

memoria è difficile trovare nel dibattito pubblico italiano qualcosa di più stravagante della ferocia contesa intorno al Manifesto di Ventotene. Ha distolto l'attenzione dal vero problema che incombe sul Paese, sul suo destino, sulla sua futura sicurezza, sulla stessa democrazia italiana. Il problema è ciò che i sondaggi dicono sugli orientamenti dell'opinione pubblica. Orientamenti che, naturalmente, possono col tempo cambiare. Oggi però c'è una maggioranza alla quale non importerebbe nulla se l'Ucraina intera finisse in mano ai russi e che è contraria al piano di riarmo sponsorizzato dall'Europa. Anzi, a qualunque riarmo, in qualunque forma. Una maggioranza che taglia trasversalmente gli schieramenti politici e che, apparentemente, non sembra affatto credere che esistano seri rischi per la sicurezza dell'Europa e, quindi, anche del nostro Paese. Dai sondaggi risulta, insomma, che l'Italia sia, al momento, uno degli anelli più deboli della catena europea: gli Stati (dis)uniti d'Europa (altro che Ventotene). Si capisce perché i russi, che conoscono la situazione italiana, attaccano il presidente Mattarella: si inseriscono nel dibattito italiano per seminare zizzania. Con un certo successo, a quanto pare. (continua a pagina 28)

di Lorenzo Cremonesi Rinaldo Frignani Marco Imarisio e Giuseppe Sarcina

Rischia di rompersi il dialogo tra Stati Uniti e Russia. Il presidente Trump avverte il leader del Cremlino Putin: «Senza un'intesa impongo dei dazi anche a Mosca. Gli parlerò tra pochi giorni». Washington lancia minacce all'Iran per il nucleare. «O troviamo un accordo - dice Trump - o il bombarderò». Finisce nel mirino dei giudici il caso del drone russo avvistato sui cieli di Ispra. La Procura di Milano ha deciso di indagare per terrorismo.

da pagina 2 a pagina 6 Piccolillo, Sideri

GIANNELLI

AZIONE



L'ASSIST

DATAROOM I nostri dati messi a rischio

di Francesco Bertolino e Milena Gabanelli

Starshield di Musk, ovvero una proposta di contratto da 1,5 miliardi che da qualche mese è sul tavolo di Palazzo Chigi. E che, se accettata, aprirebbe a Elon l'accesso al mercato europeo delle telecomunicazioni militari. Ecco segreti, vantaggi e costi di una operazione che mette a rischio i nostri dati.

a pagina 13

Calcio Milan, crisi senza fine. L'Atalanta batte a Firenze perde terreno



Amaraotic festeggiato a San Siro. Lukaku al Maradona. la sfida tra Inter e Napoli continua | Mattia Rosta/Getty Images-Roberto Romaccio/Top



Continua il duello in cima alla classifica tra Inter e Napoli. I nerazzurri vincono con l'Udinese 2-1, ma il finale è da brivido. I partenopei subito in vantaggio battono il Milan per 2-1. I rossoneri sbagliano un rigore.

Le vittorie di Inter e Napoli È corsa a due per lo scudetto

di Bocci, M. Colombo, Condò, Passerini Scozzafava e Tomaselli

Continua il duello in cima alla classifica tra Inter e Napoli. I nerazzurri vincono con l'Udinese 2-1, ma il finale è da brivido. I partenopei subito in vantaggio battono il Milan per 2-1. I rossoneri sbagliano un rigore. (alle pagine 36, 37 e 39)

Myanmar Sisma e guerra civile



Suu Kyi con il figlio Kim nel 2010 | Nyein Chan Naing/Epia

Il figlio di Suu Kyi «Non so più nulla di mia madre»

di Giusi Fasano e Paolo Salom

I morti del terremoto in Myanmar non fermano la guerra civile. E mentre si scava tra la macerie, l'esercito colpisce i ribelli. «Non so più nulla di mia madre, da lei una lettera in quattro anni», dice dagli Stati Uniti Kim Aris, il secondogenito del premio Nobel per la Pace Aung San Suu Kyi. (alle pagine 8 e 9)

Il caso Il leader FI: sfasciacarrozze Salvini attacca la Ue Duello con Tajani

di Adriana Logroscino

«No agli sfasciacarrozze», dice Tajani pungendo Salvini. E tra Forza Italia e Lega il duello a distanza, e senza esclusioni di colpi, sembra non finire mai. (a pagina 14)

INTERVISTA CON LANDINI «La Cgil alla piazza M5S? No, ma rispettiamo l'idea»

di Enrico Marro

a pagina 17

Dacia Maraini DIARIO DEGLI ANNI DIFFICILI

ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avenia

L'acclamata miniserie «Adolescenza» mostra che oggi i ragazzi strutturalmente non hanno identità online, cioè privi dei corpi. Le quattro puntate sono virtuosisticamente girate in piano sequenza, un'unica ripresa senza stacchi in cui i fatti sembrano accadere nel tempo che ci mettono ad accadere. E poiché la forma è contenuta, questa scelta narrativa oltre a catturare l'attenzione di chi ormai guarda la tv mentre compulsiva i social, cela qualche pecca di profondità della storia e mostra l'origine della nostra ansia: oggi non usciamo mai dal flusso, ne subiamo la corrente, ci anneghiamo. Come il re dell'apologo di Borges che nel suo delirio di potenza costringe i cartografi a disegnare una mappa dell'impero sempre più precisa, sino alla scala 1 a 1, con il risultato che la carta copre il regno che va in

Abolescenza



rovina. Anche noi immersi nel flusso continuo di immagini e informazioni non riusciamo più a comprendere e comprenderci, non abbiamo una mappa utile a leggere il territorio. Mai come oggi abbiamo tanti strumenti educativi quanto poco riusciamo a educare efficacemente. Che fare? L'identità umana è narrativa, la continuità del sé è una storia che raccontiamo prima a noi e poi agli altri, ma che cosa accade se un io in formazione perde il senso del tempo, cioè annega nel flusso? Si aggrapperà a qualsiasi relitto pur di restare a galla, costruirà un sé sintetico, non un soggetto (ciò che sta sotto, il protagonista della storia, la continuità del sé) ma un deep-fake-self, un sé in apparenza reale ma vuoto, debole e imparato.

continua a pagina 25

HERNO

503937 9 771120 491008

IL TERREMOTO

Il Myanmar continua a tremare
"Impossibile ricevere gli aiuti"

LORENZO LAMPERTI, SARA JAMY - PAGINE 14 E 15



MOTO GP

Marc Marquez cade e si ritira
Ad Austin il trionfo di Bagnaia

MATTEO AGLIO - PAGINA 29



LUTTO NEL CINEMA

Addio a Richard Chamberlain
il "padre Ralph" degli scandali

FABRIZIO ACCATINO - PAGINA 25



LA STAMPA

LUNEDÌ 31 MARZO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N.89 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

DAL LEADER LEGHISTA APPELLO AI PATRIOTI CONTRO VON DER LEYEN. TAJANI: "NON CI SERVONO GLI SFASCIACARROZZE"

Il riarmo spacca il governo

Intervista a Conte: "Contro i 5Stelle il partito bellicista, risponderemo con un'onda in piazza"

CARRATELLI, DE ANGELIS, MOSCATELLI

Maggioranza di governo sempre più spaccata, sul piano di riarmo europeo ma non solo. Da una parte Salvini, dall'altra Tajani. Tra i due non è la solita scaramuccia verbale. - PAGINE 2-8

IL COMMENTO

Perché Salvini alza il livello dello scontro

FLAVIA PERINA

La nuova sortita "pacifista" di Matteo Salvini è simile alle precedenti solo in apparenza. In realtà ha una qualità differente da ogni esternazione del passato sul medesimo argomento: accade dopo un vertice di maggioranza in cui si giurava di aver trovato la quadra, dopo la presenza di Giorgia Meloni alla riunione dei volenterosi, dopo una mozione parlamentare equilibrata che avrebbe dovuto ricompattare ogni contraddizione. Tornando a parlare contro i piani europei Salvini disconosce, di fatto, ognuno di questi passaggi. - PAGINA 21



IL RETROSCENA

Quel faro del Colle sul ddl sicurezza

ILARIO LOMBARDO

Il primo ok della Camera al disegno di legge Sicurezza è datato 18 settembre 2024. Sono passati quasi sette mesi e il testo fino allo scorso giovedì galleggiava nel limbo del Senato, finito in un pantano politico-istituzionale che sta logorando i partiti della maggioranza. E che ha riacceso l'attenzione del Quirinale. La scorsa settimana ci sono state triangolazioni tra la Presidenza della Repubblica, Palazzo Chigi e capigruppo in Parlamento di FdI. - PAGINA 12



IL PRESIDENTE USA: SONO MOLTO ARRABBIATO, SENZA UN'INTESA METTERÒ DAZI DEL 25%. E ATTACCA ANCHE L'IRAN

Trump-Putin, guerra fredda

FRANCESCO SEMPRINI

Le incognite del cambio di passo

ANNA ZAFESOVA

Mhalla: la sfida tra Ue e Big Tech

SIMONETTA SCIANDIVASCI

Poste, ecco il piano per Tim

La strategia del colosso statale: più servizi digitali e sinergie sui clienti. L'ipotesi di Iliad terzo socio

CECCARELLI, GORIA

Digitale, servizi, cloud, senza dimenticare l'energia e l'entertainment. Si delineano le prime linee chiave dopo la salita di Poste Italiane in Tim fino al 24,81%, quota che vale la palma di primo azionista del gruppo telefonico italiano. Due le direttrici sarebbero chiare, stando alle indiscrezioni. Primo, la centralità del cliente finale. Secondo, l'intenzione a creare una piattaforma dotata di più anime. - PAGINE 10 E 11

L'ANALISI

I problemi di Telecom non sono ancora finiti

SALVATORE ROSSI

Per capire meglio che cosa significhi l'ingresso di Poste Italiane in Tim come azionista principale è utile riammentare il passato. Quando Tim si chiamava Telecom Italia era una grande e florida azienda. - PAGINA 21

L'INCHIESTA

Nel rischio dell'Auditel si salva solo Rai Uno

PAOLO FESTUGGIA

Non c'è ancora un presidente. Ma tutto sommato la Rai tiene il passo. Come pure la politica che promuove direttori e capistruttura ma non riesce ancora a trovare la quadra sul capo azienda. - PAGINA 13

BIENNALE DEMOCRAZIA

Zagrebesky: "Temo chi parla di truppe Francia e Germania non sono credibili"

FILIPPO FEMIA



«Il riarmo della Germania mi fa paura. Viviamo un momento di grandissima confusione e le soluzioni immaginate dai leader politici sono poco credibili». Nel giorno in cui si chiude Biennale Democrazia, la manifestazione che ha ideato nel 2009 e in questa nona edizione dedicata a "Guerre e paci", il presidente emerito della Corte Costituzionale Gustavo Zagrebesky ragiona sui conflitti in corso e i dibattiti che stanno animando e dividendo l'Europa. Zagrebesky non è «affatto» stupito dai risultati del sondaggio pubblicato da *La Stampa* e secondo il quale il 94 per cento degli italiani si dichiara contrario all'invio di truppe in Ucraina. «Mi stupisce - replica il professore - che non si raggiunga il 100 per cento». - PAGINA 5

IL RACCONTO

La lingua che svela la ferocia dell'uomo

MAURIZIO MAGGIANI

Il sottoscritto, il Maggio, il Gancio, Barolo e Fabri, siamo un quartetto di lunga durata; da dieci anni ormai, ma non ci ricordiamo bene e forse sono nove o forse undici, ci vediamo ogni settimana, il mercoledì salvo cause di forza maggiore e passiamo assieme la serata. - PAGINA 9



L'ANTICIPAZIONE DEL NUOVO ROMANZO NOIR

Lucarelli: dopo il pianto comincia la vendetta

CARLO LUCARELLI

Una volta io pregavo. Tutte le sere, prima di addormentarmi, fin da bambino. Non che fossi particolarmente religioso, non lo sono mai stato, giusto le solite cose per uno come me, battesimo, comunione e cresima, l'ora di religione a scuola, a messa qualche domenica, con i nonni, e verso i quattordici anni basta. Se me lo chiedevano... dicevo umanista laico di origine cattolica. - PAGINA 23



140 ANNI DI WE ARE THE WORLD

Quando il pop cercava di salvare il Pianeta

LUCA DE GENNARO

Sono passati quarant'anni da quando al primo posto nella classifica dei dischi più venduti in America arrivò una canzone eseguita da 45 artisti contro la carestia in Africa. - PAGINA 24

CZ CENTRI DENTALI ZANARDI

Numero Verde 800.200.227

Perché curare i denti all'estero?

centridentalizanardi.it



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 147 - N° 88
Sped. in A.P. 03/03/2025 con L.46/2024 art.1 c) DCB/24

NAZIONALE



Lunedì 31 Marzo 2025 • S. Beniamino

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su [IL MESSAGGERO.IT](#)

La morte di Chamberlain

Padre Ralph icona proibita della tv Anni 80

Satta a pag. 19



170 anni del bomber

Pruzzo: «La Roma, e la mia vita da 9 Falcao? Perdonato»

Carina nello Sport



Parla Daniel Craig

«Mai avuto paura delle sfide Queer lo è stata»

A pag. 19



L'editoriale

COSA VUOL DIRE ESSERE ITALIANI

Alessandro Campi

Nel 2023 - ha spiegato l'Istat nei giorni scorsi - l'Italia ha fatto registrare un record nel ribasso delle nascite: appena 379.830, il 3,4% in meno rispetto all'anno precedente. Il dato si riferisce alle nascite da popolazione residente nel nostro Paese, ma è imputabile quasi per intero al calo di nuovi nati da coppie di genitori entrambi italiani. I nati da genitori italiani sono stati infatti 298.948 nel 2023, quasi 12mila in meno rispetto al 2022 (-3,9%) e 181mila in meno rispetto al 2008 (-37,7%). (...)

Continua a pag. 21

Le idee

IL DECLINO INESORABILE DEL MODELLO WOKE

Luca Ricolfi

Ci sono parecchi equivoci nelle polemiche degli ultimi giorni sulle misure adottate da Trump contro le politiche Dei, acronimo che sta per Diversity, Equality, Inclusion. In estrema sintesi, per politiche Dei si intendono un vasto insieme di misure di sensibilizzazione, controllo e reclutamento con cui, da parecchi decenni (ma con particolare veemenza dal 2012), aziende e organizzazioni hanno cercato di tutelare, proteggere o privilegiare varie minoranze definite per lo più su base sessuale, razziale, etnica. (...)

Continua a pag. 21

Il dopo terremoto



Myanmar, allarme sanitario: cadaveri bruciati nelle strade

Mauro Evangelisti

Cremeratori di Mandalay non sono più sufficienti. I corpi si bruciano in strada.

Alle pag. 8 e 9

Maggiori tutele per gli agenti

► Governo al lavoro sul decreto legge: chi spara non sarà più sospeso né indagato automaticamente
► L'intervista Piantedosi: «No a condanne anticipate per chi fa il suo dovere. Strade Sicure per 3 anni»

ROMA In Cdm la norma che garantisce maggiori tutele per gli agenti: chi spara non sarà più sospeso né indagato automaticamente

Becchi alle pag. 2 e 3

Donald a tutto campo: «Non escludo il terzo mandato»



«Molto arrabbiato con Putin» Ultimatum di Trump su Kiev

Il presidente degli Stati Uniti Donald Trump (non EPA) - Mulvory e Vita a pag. 6

I due alleati restano divisi sulla difesa europea



Matteo Salvini

Salvini: no al riarmo della Ue Tajani: basta sfasciacarrozze

ROMA Tornano le frizioni tra Lega e Forza Italia. Salvini e Tajani divisi sull'Europa. «No al riarmo» dice il primo. «Voi sfasciacarrozze», replica il secondo: nuovo duello a distanza sulla difesa comune tra vi-



Antonio Tajani

cepremier. La Lega annuncia un'iniziativa dei Patrioti contro von der Leyen. Il leader di FI «Nella Ue bisogna costruire». Tensioni in vista sulla mozione di M5S.

Pucci a pag. 5

Accoltellato al cuore nella lite tra ragazzini In fin di vita a 16 anni

► Tragedia a Frascati, l'aggressore ha 14 anni
Il movente: mi doveva 60 euro per una felpa



dalla nostra inviata Camilla Mozzetti

FRASCATI

«Aveva qualcosa in mano, mi ha colpito». Matteo - lo chiameremo così - non si rende subito conto di essere stato accoltellato. Poi la fitta in mezzo al costato inizia a pulsare.

Alle pag. 12 e 13

Violenza a Palermo Difende il figlio e viene ucciso a pugni dai bulli

PALERMO Lite in strada per difendere il figlio, 45enne picchiato a morte. Il 17enne, dopo un diverbio stradale, è stato aggredito davanti alla madre da due fratelli. Il padre era accorso in suo aiuto.

Lo Verso a pag. 14

SPADA

spadaroma.com

Il Segno di LUCA

LEONE, SOGNI AMBIZIOSI

La nuova posizione della Luna ti invita a iniziare la settimana con slancio, forte dell'energia di cui benefici, pronto ad affrontare le sfide nel lavoro che in parte sei tu stesso a proporti. Quello che è cambiato è il tuo modo di considerare la situazione generale e soprattutto gli obiettivi che ti proponi. Adesso la tua ambizione vola più in alto perché ti senti capace di conquistare mete più elevate. Fatti guidare dai tuoi sogni.

MANTRA DEL GIORNO

La fantasia invita a nuove realtà.

L'oroscopo a pag. 21

* Tardem con altri quotidiani (non stampabili separatamente): nella provincia di Mestre-Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20, la domenica con Fotogramma € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport-Stadio € 1,40; nel Lazio, il Messaggero - Primo Piano € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport-Stadio € 1,50; "L'amore a Roma" € 0,90 (solo Roma)

■ INNOVAZIONE / Pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto del Ministro della Salute per l'istituzione di un sistema digitale innovativo e sicuro per migliorare diagnosi e cure

L'ecosistema dei dati sanitari pensato per il nuovo SSN

L'eccellenza delle prestazioni dipende dalla qualità, disponibilità e accessibilità delle informazioni sanitarie di medici e pazienti. Siamo all'inizio di una nuova era

Sta per cambiare l'ecosistema informativo della Sanità pubblica. Un cambiamento a suo modo epocale che porterà, nelle intenzioni del legislatore, il Servizio Sanitario Nazionale a un livello di performance migliore. Sia per i pazienti, sia per gli operatori sanitari.

È stato, infatti, pubblicato a inizio marzo sulla Gazzetta Ufficiale il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica, che istituisce l'Ecosistema dei dati sanitari (Eds).

Si tratta di uno dei più ambiziosi obiettivi cui il Ministero della Salute ha lavorato in ambito di digitalizzazione, in collaborazione con il Mef e il Dipartimento per la trasformazione digitale (Dtd), anche grazie al costruttivo e imprescindibile dialogo con il Garante per la protezione dei dati personali e l'Agenzia per la cybersicurezza nazionale.

L'entusiasmo del Ministro della Salute è palpabile. "Con il decreto sull'Ecosistema dei dati sanitari, l'Italia taglia un traguardo importante che la colloca tra i sistemi più avanzati e pronti a raccogliere la sfida del regolamento europeo dei dati sanitari appena varato. Per la sanità italiana si prospetta una straordinaria rivoluzione di cui beneficeranno in primo luogo gli assistiti - afferma il Ministro Orazio Schillaci -. Lavoriamo per proiettare il Servizio Sanitario Nazionale nel futuro, offrendo a cittadini e operatori sanitari nuovi servizi e maggiore efficienza del sistema, con la massima attenzione del Governo alla protezione e alla sicurezza dei dati, che saranno blindati".

L'Eds nasce con un obiettivo dichiara-

to: migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria mettendo i dati al centro del villaggio. Il sistema consente di raccogliere, archiviare e gestire le informazioni sanitarie personali, rendendole accessibili in modo sicuro ai pazienti e ai professionisti autorizzati.

L'Ecosistema Dati Sanitari è un sistema digitale innovativo e sicuro per la raccolta e l'analisi dei dati sanitari. Offrirà servizi evoluti e innovativi soprattutto per pazienti e professionisti sanitari. Permetterà di migliorare prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e profilassi internazionale e di rendere più vicine alle esigenze dei pazienti le attività di ricerca, programmazione e governo della salute pubblica da parte delle Istituzioni.

Con la pubblicazione del Decreto in Gazzetta Ufficiale del 5 marzo 2025 l'Eds potrà prendere forma grazie alla collaborazione del Ministero della Salute con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Dipartimento per la trasformazione digitale e il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali - AGENAS.

L'Eds interagisce con altri strumenti di sanità digitale quali: il Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE, il Sistema Tessera Sanitaria e l'Anagrafe Nazionale Assistiti - ANA (quando quest'ultima diverrà operativa), per raccogliere dati in maniera centralizzata e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

I servizi per i cittadini

L'Eds prevede per i cittadini appositi servizi di consultazione dei propri dati di sintesi, consentendo di visualizzare le informazioni relative al proprio quadro clinico, filtrarle su base temporale o su uno o più ambiti clinici, e di accedere rapidamente a informazioni importanti per la propria salute. Il sistema consente anche di

visualizzare l'andamento dei propri dati, relativi a parametri clinici e vitali e valori basati su dati relativi a eventi clinici, indicando il relativo valore soglia e il suo eventuale superamento o valore di interesse. Questo potrà essere molto importante soprattutto per i pazienti cronici.

I servizi per i professionisti sanitari

Previo consenso dell'assistito, i professionisti sanitari potranno consultare i dati di sintesi e visualizzare le informazioni relative al suo quadro clinico, filtrare le informazioni su base temporale o su uno o più ambiti clinici e di accedere rapidamente a informazioni importanti, e di ricercare e consultare dati provenienti da eventi di ricovero e accessi di pronto soccorso.

L'Eds mette anche a disposizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta un apposito servizio di supporto alla compilazione del "profilo sanitario sintetico" dell'assistito insieme al "dossier farmaceutico" per monitorare aderenza alla terapia del paziente ed efficacia delle prescrizioni.

E quella del Dossier farmaceutico è una novità particolarmente rilevante: sarà una sezione specifica del Fascicolo Sanitario Elettronico che raccoglie e organizza informazioni sulle prescrizioni mediche, sull'erogazione e sulla somministrazione dei farmaci. Alimentato da dati provenienti da farmacie, strutture sanitarie e dal Sistema Tessera Sanitaria, offre una panoramica dettagliata e aggiornata del percorso terapeutico di ogni paziente.

Sicurezza dei dati e privacy

I dati dell'EDS sono blindati, il sistema rispetta gli standard di sicurezza previsti dal regolamento generale sulla pro-

tezione dei dati personali GDPR utilizzando rigide misure di sicurezza per la protezione dei dati, conformi alla normativa in materia di cybersicurezza. Per l'utilizzo dei servizi dell'Eds da parte del personale sanitario per finalità di cura, diagnosi, riabilitazione e prevenzione è necessario che gli assistiti rilascino uno specifico consenso al trattamento dei dati.

L'inizio del cammino

Inizia adesso la fase di concreta realizzazione dell'Eds, una piattaforma innovativa e sicura di raccolta e analisi dei dati, sia con finalità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e profilassi internazionale, sia per attività di ricerca, programmazione e governo da parte del Ministero della Salute, dell'Agenas, delle Regioni e delle Province autonome, in relazione alle rispettive competenze.

Tutto questo si tradurrà in servizi evoluti per operatori sanitari, pazienti e istituzioni sanitarie, assicurando maggiore uniformità delle prestazioni e universalità dell'offerta assistenziale. Alimentata con le informazioni del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la nuova piattaforma sarà operativa entro il 2026, in linea con le scadenze della Missione 6 Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Eurostat e il rapporto tra ricerca e Pil

Siamo ancora indietro. Nonostante i buoni propositi e le dichiarazioni i finanziamenti pubblici in ricerca scarseggiano, e in rapporto agli altri Paesi europei, l'Italia addirittura indietreggia. Gli ultimi dati diffusi da Eurostat confermano l'arretratezza dei finanziamenti per la ricerca nel nostro Paese. Nel 2023, ultimo dato disponibile per tutti i Paesi Ue monitorati da Eurostat, il governo ha destinato solo l'1,31 per cento di Prodotto interno lordo (Pil) alla ricerca. Su 27 Paesi Ue, il dato italiano corrisponde al 18esimo posto in classifica. L'impegno del bilancio pubblico è più o meno lo stesso di dieci anni fa: nel 2013 investivamo l'1,29 per cento del proprio Pil e da allora il progresso è stato dello 0,2 per cento. Siamo ben al di sotto della media Ue. E se per questo lo siamo sempre stati, ma l'ugravante è che procediamo con un passo più lento della media e, quindi, il divario tra l'Italia e il resto del continente è destinato ad allargarsi. Con conseguente perdita di competitività internazionale. In Ue, infatti, la media di investimenti in ricerca rispetto al Pil è del 2,22 per cento. Dato che negli ultimi dieci anni è aumentato di 0,14 punti percentuali.

Guardando oltreconfine ai Paesi con cui ci si confronta abitualmente scopriamo che la Germania nel 2023 ha investito in ricerca il 3,11 per cento del proprio Pil, la Francia il 2,19 per cento e la Spagna l'1,49.

Laddove non arriva il pubblico, ci pensa però il privato. L'Istituto di statistica europeo rileva che le imprese private nel 2023 hanno contribuito ai due terzi degli investimenti totali in ricerca, per un totale di 253,1 miliardi di euro in tutta la Ue. Segue il settore dell'università (81,7 miliardi di euro, pari al 21 per cento del totale), e solo dopo dal settore pubblico, e quindi dai governi (41 miliardi di euro, pari all'11 per cento). Occorre aumentare gli investimenti e fare sistema per ottimizzare quelli disponibili.



COME CAMBIA L'UNIVERSITÀ

**Stop al test per Medicina
Via alla rivoluzione Bernini**

Di Capua a pagina 7

Facoltà di Medicina Stop al test di ingresso e semestri «filtro»

*La ministra Bernini: «La riforma non vale per le telematiche»
Le novità riguardano anche Veterinaria e Odontoiatria*

GIANNI DI CAPUA

... C'è il via libera anche del Consiglio dei ministri alla riforma per l'accesso alla facoltà di Medicina, chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in Medicina veterinaria. Il Consiglio dei ministri ha approvato, su proposta della ministra dell'Università e della ricerca, Anna Maria Bernini, il primo decreto legislativo attuativo della legge delega per la revisione delle modalità di accesso. La riforma prevede l'abolizione del test d'ingresso con la previsione di un semestre ad accesso libero e il superamento del numero chiuso, così come lo abbiamo conosciuto fino ad oggi, con la previsione di una programmazione più dinamica con conseguente aumento graduale e sostenibile dei posti disponibili (+30mila dal 2023 nell'arco dei successivi 7 anni) con il conseguente raffor-

zamento del Sistema sanitario nazionale.

Con il nuovo sistema non sparirà il numero chiuso, ma cambierà rispetto a come è stato finora. La selezione avverrà dopo il semestre filtro, comune e "libero": gli studenti dovranno sostenere gli esami e avere conseguito tutti i 18 crediti formativi universitari, i Cfu, richiesti.

Per assicurare a tutti gli studenti l'opportunità di usufruire di un'offerta formativa coordinata, uniforme e ispirata ai più elevanti standard qualitativi internazionali è prevista l'armonizzazione dei singoli piani di studio sulla base di un Syllabus nazionale. Il semestre filtro potrà essere ripetuto per un massimo di tre volte. Le università, nell'esercizio della propria autonomia, individueranno, sulla base del numero degli studenti iscritti al semestre filtro, le modalità di erogazione della didattica più opportune, organizzando le attività formative, a seconda dei casi, anche mediante l'integrazione tra didattica in presenza e modalità da remoto. Il superamento degli esami e i Cfu serviranno per entrare a far parte di una graduatoria di meri-

to nazionale.

Lo studente in posizione utile nella graduatoria nazionale potrà proseguire gli studi nello stesso ateneo dove ha sostenuto il primo semestre o in diversa sede sulla base della disponibilità dei posti. In questo secondo caso sarà lo stesso studente a indicare, secondo un ordine di preferenza, fino a cinque sedi dove intende proseguire il secondo semestre. Nel caso di mancata ammissione al secondo semestre, gli studenti potranno proseguire potrà il percorso di studi nell'altro corso di laurea scelto al momento dell'iscrizione. Nel corso della fase di prima applicazioni, le nuove regole non riguardano i corsi di laurea in lingua inglese impartiti dalle università statali o non statali legalmente riconosciuti e gli atenei non statali.

Per gli esami alla fine del semestre



aperto del corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia «abbiamo preferito nazionalizzare per ridurre al minimo il rischio di sperequazione valutativa» ha spiegato il ministro dell'Università e della Ricerca Anna Maria Bernini nella conferenza stampa dopo il Consiglio dei ministri. «Ci siamo posti di fronte a due possibilità -

ha evidenziato Bernini - far decidere a ciascun ateneo come organizzare e far fare gli esami o nazionalizzare, per uniformità di valutazione, gli esami facendo quindi un Syllabus nazionale. Ciascuno lo farà nel suo ateneo con valutazioni che corrispondono a uno schema che ha un livello e una programmazione di carattere nazionale per evitare disomogeneità».

sti di fronte a due possibilità -



L'incognita dei 50mila che in caso di stop dovranno optare per un altro corso di laurea

La seconda scelta

Prevista l'iscrizione gratis a percorsi di area biomedica, sanitaria e farmaceutica

Marzio Bartoloni

Per 50mila studenti che sognano di indossare il camice bianco, ma che non supereranno il semestre filtro a Medicina, l'*exit strategy* è ancora tutta da chiarire. Tanti potrebbero essere infatti gli "esodati" del battesimo del nuovo corso di laurea in medicina che potrebbe vedere con l'accesso libero l'iscrizione di oltre 70mila studenti (in media ogni anno ce ne sono 60-65mila) e l'esclusione dopo 6 mesi di appunto 50mila giovani visto che l'asticella del fabbisogno di medici per l'anno accademico 2025-2026 potrebbe di nuovo fer-

marsi intorno a quota 20mila.

Questi 20mila "fortunati" dunque potranno continuare gli studi a medicina e indossare alla fine del corso l'agognato camice bianco. E gli "esclusi"? Il decreto approvato ieri fornisce alcune indicazioni a cominciare dal fatto che oltre alla possibilità di cambiare del tutto il percorso di studi - con la speranza magari di farsi riconoscere uno degli esami già superati nel primo semestre di medicina - la riforma prevede proprio per salvaguardare questi "esodati" una sorta di paracadute. In pratica lo studente che entra a medicina potrà effettuare anche una seconda iscrizione gratuita

sin dall'inizio a un percorso di studi affine, così da mantenere automaticamente tutti i crediti ottenuti nel frattempo con gli esami superati.

I percorsi affini saranno ora individuati dai decreti ministeriali che dovranno vedere la luce nei prossimi mesi, ma il decreto legislativo di ieri fornisce delle tracce ben precise e cioè che si tratterà dei corsi di laurea triennale o magistrale a ciclo unico «di area biomedica, sanitaria, farmaceutica e veterinaria». Presumibilmente gli studenti potranno "pescare" come seconda scelta affine percorsi di laurea come a esempio quelle dell'area di farmacia, o quelle delle scienze biologiche e quelle biotecnologiche e infine quelle dell'area sanitaria. E qui nascono i problemi perché l'accesso ai corsi di laurea delle 22 professioni sanitarie - le più gettonate sono infermieristica e fisioterapia - sono regolati con un fabbisogno, un numero chiuso e un concorso proprio come il "vecchio" accesso a medicina ora modificato.

Si tratta di corsi di laurea che negli anni hanno visto un progressivo calo delle iscrizioni anche per il minore *appeal* di alcune di queste professioni legate a stipendi non adeguati e percorsi di carriere limitati.

L'idea dei tecnici del Mur che lavorano al dossier (e al decreto attuativo) in concerto con il ministero della Sa-

lute è quello di consentire agli studenti di poter indicare come possibile seconda iscrizione solo quelle lauree dove c'è un maggiore fabbisogno e le candidature negli anni si sono ridotte. Tra queste proprio la laurea in infermieristica potrebbe essere la prima candidata. In Italia c'è una grave carenza di questi professionisti e dunque un maggior numero di studenti potrebbe essere una notizia positiva. Ma il nuovo percorso di medicina potrebbe avere anche un effetto boomerang come sottolinea la presidente della Fnopi Barbara Mangiacavalli: «C'è il rischio che molti decidano di iscriversi a medicina ora che l'accesso sarà libero, anche quelli che magari avevano pensato a infermieristica come prima scelta»,

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il nodo da sciogliere riguarda l'opzione per le lauree delle professioni sanitarie che sono a numero programmato



Servizio Decreto PA

Infermieri: nei policlinici universitari l'anomalia dei contratti Istruzione e non Sanità

In audizione il sindacato Nursind chiede di uniformare il trattamento economico e normativo superando l'evidente difformità che perdura da 25 anni

di Stefano Simonetti

28 marzo 2025

Dopo il travagliato iter della pubblicazione del decreto PA 2025 sulla Gazzetta ufficiale del 14 marzo dopo ben 22 giorni, hanno preso il via le fasi della conversione in legge del decreto. Nell'articolo pubblicato il 17 marzo su questo sito, si segnalava come nell'intero decreto "della Sanità pubblica non c'è traccia", circostanza piuttosto singolare dato che il provvedimento riguarda "la funzionalità delle pubbliche amministrazioni". Sono state avviate le audizioni informali e il 24 marzo è stato il turno, tra gli altri, del sindacato Nursind che ha presentato alle Commissioni interessate due proposte particolari di emendamento. La prima concerne la richiesta di una deroga temporanea al concorso per il passaggio dall'area dei professionisti sanitari e dei funzionari a quella dell'elevata qualificazione, tematica estremamente complicata, soprattutto se non si pone mano alle necessarie modifiche alle norme concorsuali di cui al DPR 220/2001. La seconda è molto più peculiare e si riferisce al personale sanitario non dirigenziale che lavora nei policlinici universitari che, secondo il sindacato, va inquadrato all'interno del CCNL del comparto sanità.

Quali e dove sono le aziende ospedaliere universitarie

Quest'ultima richiesta di Nursind è molto tecnica e difficile da comprendere nei suoi contenuti se non si conoscono i precedenti storici. Gli interessati lavorano nelle aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate "aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale", rispetto alle quali qualche precisazione è necessaria. Sono soltanto nove in tutta Italia su 36 aziende ospedaliere-universitarie e sul totale di 224 aziende ed enti del S.s.n. (numero al netto di RSA e ASP). Risalgono al decreto "Bindi-Zecchino" (d.lgs. 517/1999, art. 2, comma 2, lettera a) e costituiscono il 4% delle strutture sanitarie pubbliche. Nella seconda modificazione introdotta nel decreto si rileva la seguente frase "nella forma ivi prevista dopo il periodo di sperimentazione": ebbene, questa sperimentazione doveva durare quattro anni ma sono venticinque anni esatti che quelle strutture sono rimaste le stesse. Può essere interessante ricordare quali sono: una nel Lazio (AOU Policlinico Umberto I di Roma), due in Campania (AOU Federico II e AOU Luigi Vanvitelli UNICAM di Napoli), una in Puglia (AOU Consorziale Policlinico di Bari Giovanni XXIII), tre in Sicilia (AOU Gaetano Martino di Messina, AOU Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, AOU Policlinico Gaspare Rodilico – San Marco di Catania) e, infine, due in Sardegna (AOU di Cagliari e di Sassari).

I tentativi del Contratto collettivo nazionale quadro

Una ulteriore segnalazione di interesse riguarda il contesto del Contratto collettivo nazionale quadro (Ccnq) del 22 febbraio 2024. Nel testo firmato un anno fa nulla è mutato rispetto al precedente Ccnq del 10 agosto 2022, anche se una variazione sostanziale che poteva essere attuata – in pratica, la odierna richiesta di Nursind - era quella relativa proprio alle aziende ove prevale l'aspetto didattico, cioè le nove "aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale" (appunto, i vecchi Policlinici a gestione diretta), da sempre nel comparto Istruzione e ricerca (art. 5) mentre quelle dove prevale l'aspetto assistenziale – le "aziende ospedaliere integrate con l'università" – sono rimaste ovviamente da sempre nel comparto della Sanità (art. 6). In merito, si era profilata l'idea di unificare tutte le aziende ospedaliere nella sanità ma, come si è visto, non si realizzato nulla di ciò per ragioni sconosciute, sebbene intuibili.

Perché i contratti di riferimento sono dell'Istruzione

Lo scenario vede dunque una ristretta cerchia di aziende che utilizzano organici non dirigenziali (infermieri e altre professioni sanitarie) costituiti da personale che, di fatto, non afferisce contrattualmente al S.s.n. ma a quello dell'Istruzione e ricerca mentre la dirigenza sanitaria è composta da docenti universitari i quali, come è noto, non sono contrattualizzati e versano in regime di diritto pubblico, alla stregua di magistrati, avvocati dello Stato, militari e forze dell'ordine. I professori e ricercatori universitari che operano nelle AOU coprono parte della attività assistenziale della azienda, mantenendo il proprio stato giuridico e le norme legislative che lo disciplinano. Sostiene a buona ragione il sindacato che se lo stato giuridico dei medici è del tutto distinto da quello della dirigenza contrattualizzata, non c'è ragione al mondo per la quale un infermiere di un ex policlinico debba avere un contratto diverso da quello dei colleghi delle aziende sanitarie.

I sindacati infermieri nell'Istruzione pesano per lo 0,01%

Non si tratta soltanto di omogeneità e buon senso, perché i riflessi della proposta hanno ricadute di tipo politico-sindacale. I due sindacati che rappresentano gli infermieri nel comparto del S.s.n. hanno un peso di rappresentatività del 17,84 % del totale. Nel comparto dell'Istruzione e ricerca raggiungono a malapena lo 0,01 %, a fronte di complessive 201 adesioni e 60 voti nelle elezioni RSU. Nell'Istruzione e ricerca si contano 201 sigle sindacali (ma le maggiormente rappresentative sono soltanto sei) e addirittura esistono una ventina di sindacati con un solo iscritto. Nondimeno, i dipendenti sindacalizzati in quel comparto sono 693.494 e quelli che hanno votato alle ultime elezioni addirittura 961.908: con tali numeri nel denominatore della formula la rappresentatività di migliaia degli infermieri rimane schiacciata da quasi un milione di insegnanti e personale ATA.

È perfettamente logico e condivisibile, allora, che si cerchi di uniformare il trattamento economico e normativo degli infermieri, superando una evidente anomalia contrattuale che perdura da 25 anni in modo francamente irrazionale.

Così cambierà l'assistenza per garantire cure più «umane»

Il rispetto della centralità della persona dovrà essere previsto sia nei Lea sia nei nuovi modelli organizzativi delle strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate

di **Maria Giovanna Faiella**

Ospedali, ambulatori, studi medici dove non si curino solo le malattie ma dove ci si prenda cura della persona e si sappiano dare risposte ai suoi bisogni complessivi, non solo clinici ma anche psicologici, etici, relazionali.

Sono le cure più «umane» che tutti vorremmo quando ci ammaliamo e ci sentiamo fragili anche emotivamente. Una dimensione umana che si è andata un po' smarrendo, tra percorsi spesso burocratici, lunghe attese, tempo a disposizione inadeguato per l'ascolto anche a causa della carenza di personale sanitario, rapporto tra medico/infermiere e paziente in crisi. Dimensione che ora si sta cercando di recuperare. A sancire il cambio di paradigma nell'assistenza sanitaria sono anche recenti norme. In particolare, i Livelli essenziali di

assistenza (Lea) dovranno essere garantiti nel rispetto della «centralità della persona umana, dell'umanizzazione della cura, della soddisfazione dei bisogni complessivi del malato».

Per attuare questi principi, un Regolamento del ministero della Salute dovrà indicare i criteri cui devono ispirarsi i nuovi modelli organizzativi di cura delle strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate, dopo una fase di sperimentazione.

Intanto, in questa direzione è al lavoro un Tavolo tecnico di esperti istituito presso il ministero della Salute, mentre la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) cui aderiscono oltre i tre quarti delle Asl e aziende italiane sta raccogliendo le tante esperienze di umanizzazione delle cure attive sul territorio nazionale. Alcune di queste buone prassi saranno presentate in un convegno nazionale, in programma a Siena il 7 aprile.

continua alla pagina seguente



Dove si cerca già di coniugare umanità e scienza

Nel nostro Paese sono state avviate molte e diverse iniziative di «umanizzazione» delle cure. Da due anni, Fiaso le sta raccogliendo

di **Maria Giovanna Faiella**
SEGUE DALLA PAGINA RECEDENTE

Una persona che si ammala non vuole sentirsi un «corpo» su cui intervenire o un «numero». In una fase di fragilità, anche psicologica, vorrebbe non solo cure efficaci ma anche più «a misura di persona», a cominciare dal fulcro del rapporto di cura, ovvero la relazione medico/infermiere-paziente, fino ad ambienti più accoglienti e percorsi assistenziali meno burocratici e tortuosi. Ma cosa cambierà con le recenti norme (si veda il box in alto)? Sono previsti nuovi modelli or-

ganizzativi sanitari orientati all'«umanizzazione delle cure», per tutte le strutture sanitarie. I nuovi criteri saranno stabiliti da un Regolamento del ministero della Salute dopo una fase sperimentale di due anni in Ospedali, Irccs, Policlinici universitari, previa comunicazione al ministero cui compete il monitoraggio dei risultati. In questa direzione si sta muovendo la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere. Riferisce Paolo Petralia, vicepresidente vicario Fiaso e direttore generale dell'Asl 4 di Chiavari (Ge): «Da due anni stiamo raccogliendo varie esperienze di umanizzazione delle cure, che vuol dire coniugare umanità e scienza mettendo le persone e le relazioni umane al centro di

ogni azione. L'intento è costituire una "comunità di pratica", per confrontare e scambiarsi esperienze e progetti sul tema; anche perché, prima di mettere in campo delle azioni, occorre costruire e divulgare una cultura che rimetta al centro la persona all'interno del percorso di assistenza, delle relazioni, dell'organizzazione. L'ambizione non è solo divulgare esperienze ma favorire il recupero di una dimensione antropologica, cioè non curare solo la malattia ma prendersi cura della persona malata, anche quando non è possibile guarirla».



Verso nuovi modelli organizzativi

La Legge di Bilancio 2025 (art. 1, commi 360-364) modifica la norma sul «Riordino della disciplina in materia sanitaria» (502/1992), introducendo il principio che i Livelli essenziali di assistenza (Lea) debbano essere erogati nel rispetto della «centralità della persona umana, dell'umanizzazione della cura, della soddisfazione dei bisogni complessivi del malato». Sarà un Regolamento del ministero della Salute a fissare i criteri cui devono ispirarsi i nuovi modelli organizzativi delle strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate. Dice al *Corriere* Maria Rosaria Campitiello, capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie del ministero della Salute: «Sull'umanizzazione delle cure è stato istituito un

apposito tavolo che si occupa anche di definire il Regolamento previsto nella finanziaria del 2025. Il tavolo lavora al rafforzamento delle politiche di umanizzazione e personalizzazione delle cure rivolte ai cittadini, con particolare riguardo ai pazienti cronici e alle loro esigenze, e al personale sanitario affinché sia adeguatamente formato su un tema così centrale che rappresenta un pilastro della qualità dell'assistenza sanitaria».



Operativi i parametri per invalidità 10-100% col sistema a punti indicato dalla Cassazione

Rc auto e sanità: risarciti di più

Dalla tabella unica importi maggiori rispetto al passato

Pagina a cura

DI DARIO FERRARA

Risarcimenti maggiori rispetto al passato per le vittime di incidenti stradali e malasanità con invalidità compresa fra il 10 e il 100%: è in vigore dal 5 marzo la tabella unica nazionale (Tun) introdotta dal dpr 13/1/2025, n. 12 sulle macrolesioni. Soltanto nelle invalidità medie, infatti, i parametri della Tun risultano più avari rispetto alle tabelle del tribunale di Milano, che dal 2011 sono state indicate dalla Cassazione civile come il riferimento più adeguato per liquidare il danno non patrimoniale e utilizzate in tutta Italia, pur nello storico dualismo con quelle del tribunale di Roma. Ma per il resto garantiscono per il danno biologico, cioè la lesione alla salute, risarcimenti superiori rispetto agli standard ambrosiani per le invalidità più basse e più alte, rispettivamente fra il 10 e il 36% e fra l'82 e il 100%, vale a dire negli intervalli in cui si collocano ben il 93% dei macrolesi del ramo rc auto e il 75% dei danneggiati nella responsabilità sanitaria. È quanto emerge dalla relazione illustrativa del provvedimento.

Variazione in funzione di tre fattori. Il nuovo regolamento, dunque, recepisce il sistema di liquidazione a punto variabile indicato dalla giurisprudenza civile di legittimità, dando corpo dopo molti anni alla previsione dell'articolo 138, comma primo lettera b) del decreto legislativo 7/9/2005: era stato l'articolo 1, comma 17, della legge 4/8/2017, n. 124 (legge annuale della concorrenza) a introdurre la previsione della Tun nel codice delle assicurazioni private.

Il risarcimento del danno non patrimoniale è quantifi-

cato dal giudice della controversia moltiplicando il numero di punti percentuali che esprimono l'invalidità permanente per una somma di denaro che varia in base al grado d'inabilità del danneggiato nel sinistro stradale o da malpractice sanitaria. L'importo di partenza è fissato a 947,30 euro, come già per le lesioni micropermanenti con invalidità fino al 9%, ma il valore varia in funzione di tre fattori: aumenta al crescere della gravità dell'invalidità permanente ("moltiplicatore biologico"), diminuisce con l'avanzare dell'età del danneggiato ("demoltiplicatore demografico") e può essere personalizzato in base alla sofferenza morale subita dall'interessato.

La Tun vale per i sinistri successivi all'entrata in vigore del dpr 12/2025, ma c'è qualche giudice del merito che l'ha già applicata in cause per incidenti stradali, per esempio nel tribunale di Napoli e in quello di Palmi, rispettivamente con le sentenze n. 2345 e n. 124, entrambe del 7/3/2025.

I requisiti di progressività e più che proporzionalità. Il punto base della Tun risulta inferiore a quello previsto dalle tabelle milanesi nell'edizione 2024, pari a 1.393,28 euro, ma è aggiornato ogni anno in base alla variazione dell'indice dei prezzi al consumo accertata dall'Istat in base a un decreto del ministro delle Imprese e del made in Italy (Mimit): secondo la prassi risulta parametrato ai valori del mese di aprile di ciascun anno. Il fatto che per la tabella unica nazionale sia stato scelto un punto base diverso da quello milanese, che ha scontentato per esempio le associazioni dei consumatori, rende non direttamente confrontabili i rispettivi mol-

tiplicatori biologici, che si ricavano dal rapporto fra il risarcimento e il prodotto di punti d'invalidità e punto base.

I moltiplicatori della Tun risultano maggiori rispetto a quelli ambrosiani e i tecnici del Mimit, prima nel 2022 poi nel 2024, sono intervenuti per avvicinare le due curve dei risarcimenti: i risultati sono quindi più favorevoli agli aventi diritto per i gradi d'invalidità più alti e più bassi. Il relativo moltiplicatore biologico, che considera i postumi permanenti dei danneggiati, fa in modo che sia garantita la progressività e la più che proporzionalità del risarcimento al crescere dell'invalidità, come prevede l'articolo 138 del codice assicurazioni, mentre la componente dell'età è considerata a posteriori come demoltiplicatore: è funzione decrescente dell'età del soggetto sulla base delle tavole di mortalità elaborate dall'Istat. Il danno morale, vale a dire la sofferenza interiore patita dalla vittima per l'evento illecito, ha quattro gradi di intensità: nessuna, minima, media; grave. Il moltiplicatore è a discrezione del giudice e può incidere fra il 25 e il 55% sul valore del punto base del danno biologico.

Per garantire una specifica personalizzazione del risarcimento, poi, sono previste fasce di oscillazione in aumento o diminuzione dei valori incrementali previsti, in analogia con le tabelle del tribunale di Roma. Per il danno biologico temporaneo l'incremento del danno morale è compreso fra il 30 e il 60%: il valore giornaliero re-



sta quello delle lesioni micro-permanenti, pari a 55,24 euro, contro i 115 delle tabelle milanesi, per le quali non è prevista un'edizione 2025 (all'Osservatorio sulla giustizia civile sono tuttavia in corso diversi gruppi di lavoro che presumibilmente appropveranno nuovi criteri di valutazione del danno non patrimoniale tra quest'anno e il prossimo).

In base al codice delle assicurazioni, inoltre, il danneggiato può ottenere una personalizzazione con aumento fino al 30% del risarcimento quando le menomazioni incidono sulla vita quotidiana o di relazione, ciò che un tempo si chiamava "danno esistenziale", a patto che le conseguenze negative siano documentate e accertate in modo obiettivo: per esempio perché il danneggiato non può più praticare lo sport o l'hobby preferito, è costretto a sottoporsi a un lungo iter di riabilitazione, per la lesione alla vita sessuale oppure per la cicatrice sul volto. L'onere della prova è carico del richiedente, come per il danno morale.

Per comprendere i criteri di calcolo torna utile l'esempio di una persona di 35 anni con invalidità al 50% e il riconoscimento di un danno morale medio. Il punto base di 947,3 euro è moltiplicato per il coefficiente del danno biologico di 50 punti, pari a 7,46, con l'incremento del danno morale medio di 0,45 e la riduzione per l'età di 0,83: il risarcimento totale ammonta a quasi 427 mila euro, dei quali circa 394 mila per lesione alla salute e 133 mila per la sofferenza interiore.

La nozione di sinistro nella malpractice medica. Quanto alla responsabilità sanitaria, è possibile che la tabella unica sia applicata alle richieste di risarcimento per eventi anteriori all'entrata in vigore del dpr 12/2025: ciò dipende dalla definizione di cui all'articolo 1 del dm Mimit 15/12/2023, n. 232, sul modello delle clausole assicurative claims made, secondo cui il sinistro è rappresentato dalla richiesta di risarcitoria del danneggiato, che può avvenire a distanza di tempo rispetto

all'errore medico, mentre nel settore rc auto il sinistro coincide con l'incidente stradale. Per la malpractice medica nella fascia di invalidità fra 10 e 30 punti si rileva una frequenza di danni alla persona di circa il 30% inferiore rispetto al ramo rc auto; sussistono poi significative differenze nella distribuzione dei sinistri nelle altre fasce, con punte nell'intervallo 31-50 e 71-100 punti di invalidità: in quest'ultima rientrano i sinistri neonatali di particolare gravità, i cosiddetti "baby cases". A partire dagli 80 punti la Tun riconosce importi superiori alla tabella milanese e altrettanto avviene nella classe modale 10-30 punti.

Barèmes medico-legali e perdita parentale. Manca ancora, tuttavia, la tabella medico-legale con la classificazione delle menomazioni comprese fra il 10 e il 100%, che pure è prevista dall'articolo 138 del codice delle assicurazioni. Continueranno intanto a essere risarciti con le tabelle di Milano (o di Roma) tutti i danni da perdita del rapporto pa-

rentale, ad esempio la morte del partner, di un genitore o di un figlio: gli incidenti mortali costituiscono il 20% del totale nei sinistri stradali.

Sul danno parentale le tabelle milanesi sono state aggiornate nel 2022 dopo che la Cassazione, con la sentenza n. 10579 del 21/4/2021, aveva indicato le tabelle romane fondate sul sistema a punti come più adeguate rispetto quelle ambrosiane, all'epoca ancorate a una forbice tale da produrre differenze troppo ampie fra minimo e massimo. I nuovi standard prevedono un punteggio per ognuno dei parametri corrispondenti all'età della vittima primaria e del familiare superstite, alla convivenza tra i due, alla sopravvivenza di altri congiunti, alla qualità e intensità della relazione affettiva perduta. Contro la Tun, infine, scende in campo Assoutenti: "Rischia di ridurre significativamente i risarcimenti con risparmio annuo per le compagnie assicurative di circa 500 milioni di euro, a discapito delle vittime".

La Tun vale per i sinistri successivi all'entrata in vigore del dpr 12/2025, ma c'è qualche giudice di merito che l'ha già applicata in cause per incidenti stradali

Raffronto fra i valori nel punto del danno biologico

Punti di invalidità (%)	Tabella tribunale Milano (euro)	Tabella unica nazionale (euro)
10	2.612,40	2.612,40
25	4.408,88	4.552,04
40	6.204,45	6.138,85
55	7.940,84	7.501,25
70	9.021,48	8.657,57
85	9.473,43	9.613,20
100	9.578,8	10.370,29

Fonte: relazione illustrativa del dpr 13.01.2025, n. 12



Diritto d'aborto

“Lasciateci libere di scegliere”

È il pensiero che accomuna tante donne nel dibattito aperto dal nostro giornale sulle difficoltà di un'interruzione di gravidanza

Un fiume di commenti sui social per esprimere solidarietà o dissenso e per descrivere la propria storia

ACURA DI FEDERICO GENTA E SARA SPIMPOLO

C'è un concetto che ritorna sempre tra le centinaia di commenti e reazioni al video e agli approfondimenti pubblicati da *La Stampa* che danno voce alle storie di aborti negati raccolte dall'associazione Medici del mondo. Tra chi conferma il muro di tanti, troppi medici obiettori che rendono ancora più doloroso un percorso già difficile e impossibile da lasciarsi alle spalle, e chi invece sostiene - anche per esperienza personale - di non aver mai incontrato barriere nel portare a termi-

ne un'interruzione di gravidanza, il grido di tante donne si può sintetizzare in un'unica semplice richiesta: «Lasciateci libere di scegliere». E il dibattito si intreccia con altre storie di diritti negati, con una parità di genere ancora lontana dall'essere ottenuta. Perché per essere davvero libera, una scelta non dovrebbe essere condizionata da difficoltà economiche, da luoghi di lavoro dove una gravidanza significa ancora perdere o vedere ridimensionato il proprio ruolo. Su Instagram, l'utente Pourinpompom sintetizza così: «Se gli uomini potessero restare incinti, si praticerebbe l'aborto anche nei centri commerciali». Una provocazione, ma neanche troppo. —

Così su La Stampa



Ieri abbiamo pubblicato le voci di tante donne testimoni di autentiche odissee per veder riconosciuti i loro diritti



“

Lucky

Io so cosa significa perché ci sono passata non sto qui a dire le mie motivazioni perché sono mie. Porterò questo per tutto il resto della mia vita ma devo farlo. Voglio dire a quei medici che ti guardano come la persona più schifosa del mondo, che non possono obbligare nessuno

“

Paolo

Sono falsità che denigrano l'ottimo lavoro che i consultori di Torino fanno nell'assistere le donne che vogliono abortire. E tutte le richieste e le volontà delle donne vengono esaudite senza che i consultori interferiscano sulle decisioni

“

Francesca

Giudicare una donna che decide di abortire e farla sentire un'assassina non è violenza? C'è una legge e va applicata: è il diritto di scelta. In Italia poi la percentuale è bassissima. Pensate a salvare i bambini in mare e tutti quelli in difficoltà

“

Paola

Volevo ringraziare il medico che mi ha convinta a non commettere un enorme errore. Sono diventata mamma di un angelo biondo con gli occhi celesti che oggi è un bellissimo ragazzo che ha dato un senso alla mia vita. È stato il dono più prezioso che ho ricevuto



L'installazione dell'associazione Medici del mondo inaugurata a Palazzo Nuovo, sede universitaria di Torino

“

Lucia

Vi rendete conto che siamo nel 2025? Che un medico si proclama in ospedale obietto... Ma quello lo fai nel tuo studio privato. Non in un ospedale aperto a tutti. E il battito che tortura è? Ma cosa si crede che abortire sia leggero? Fisicamente e psicologicamente ti segna x sempre. Già questo basta. Io ho perso tanti bambini. Abbiate pietà di ragazze che x incoscienza, sfortuna o leggerezza si trovano cmq a fare i conti con un dolore enorme, una scelta difficile

“

Maria

Ma se invece di demonizzare le donne venissero aiutate! Ho avuto un figlio fuori dal matrimonio, l'ho vissuto come un dono avendo già una figlia, l'ho voluto ad ogni costo. Quanta fatica, quanta tensione, quante rinunce, nessun aiuto economico dal padre che ha cambiato idea all'ultimo, nessun aiuto nel lavoro, quante lacrime, quanti dispiaceri! Ogni donna ha diritto di scegliere, ogni donna ha diritto di pensare e organizzare la propria vita. Lasciateci libere, lasciateci stare

“

Angela

Lavoro in ospedale da 30 anni e non ho mai sentito nessun sanitario commentare la scelta di una donna che chiedesse l'interruzione. Media e social sono pieni di spazzatura, pur di acchiappare qualche like si venderebbero anche la propria madre e i propri figli

“

Isacherrysweet

Ma qual è il problema? Se sei così convinta di abortire lo fai comunque. Quando prendi delle medicine non leggi gli effetti collaterali anche gravi? E poi decidi. E per una vita ci dovrebbe essere meno attenzione di un foglietto illustrativo?

“

Gioobbi84

Questi movimenti per la vita dovrebbero impegnarsi a versare sul conto delle mamme duemila euro al mese fino al compimento degli studi dell'attuale feto. Soltanto così sarebbe vera la loro attenzione per la vita

“

Greta

Sai quali diritti mancano ancora oggi alle donne in Italia? La parità salariale, l'accesso ai ruoli di potere, la libertà di diventare madri senza essere discriminate o licenziate. Il diritto all'aborto, che in molte regioni è ostacolato. E no, non siamo isteriche. Siamo esauste. E consapevoli



L'appuntamento Torna l'iniziativa del «Pomodoro per la ricerca», contro le patologie infantili
Il presidente: finanziamo un progetto internazionale. Franco Locatelli: progressi su più fronti

C'È GUSTO NELLA CURA

FONDAZIONE VERONESI E LA LOTTA CONTRO I TUMORI

di **Vera Martinella**

Il simbolo della dieta mediterranea, un cibo salutare per eccellenza: ha pochi zuccheri; è ricco di fibre, vitamine e sali minerali; contiene antiossidanti e licopene, studiato come coadiuvante nel potenziamento del sistema immunitario e nella prevenzione di alcuni tipi di tumore. Il pomodoro, insomma, fa indubbiamente bene e questo weekend c'è un motivo in più per farne scorta: oggi (sabato 29) e domani (domenica 30 marzo) Fondazione Umberto Veronesi torna nelle principali piazze italiane con l'iniziativa «Il Pomodoro per la ricerca. Buono per te, buono per l'ambiente».

«L'obiettivo è raccogliere fondi e finanziare la ricerca scientifica e garantire le migliori cure possibili ai bambini malati di tumore, aumentando le loro aspettative di guarigione — sottolinea Paolo Veronesi, presidente di Fondazione Veronesi —. Il ricavato della raccolta fondi permetterà di finanziare il PALM Research Project, un progetto internazionale di ricerca che coinvolge una rete di istituti specializzati per la messa a punto di

nuovi trattamenti per la cura della leucemia mieloide acuta dell'età pediatrica».

Sono circa 70 i bambini che ogni anno in Italia si ammalano di questa neoplasia del sangue, rara e molto aggressiva, che ha origine nelle cellule staminali nel midollo osseo e si sviluppa rapidamente diffondendosi in tutto l'organismo.

Esistono diverse terapie efficaci, ma quando in un bambino si verificano delle recidive o la malattia si presenta in forma refrattaria, cioè non risponde ai farmaci convenzionali, fino a oggi non esistevano dei trattamenti efficaci. «Anche perché la leucemia mieloide acuta è una malattia ancora non del tutto conosciuta dal punto di vista genetico e molecolare, soprattutto nelle sue forme recidive e refrattarie — spiega Veronesi —. Per questo nel 2023 è nato il progetto PALM, con due obiettivi: primo, mettere a punto una nuova cura per i giovani pazienti che non hanno beneficio dalle terapie standard e per i quali mancano terapie adeguate; secondo, sviluppare nuove metodiche diagnostiche più precise, in grado di far comprendere meglio ai medici come nasce, evolve e progredisce questo tumore».

Il PALM Research Project, finanziato da Fondazione Veronesi ha una durata di cinque anni ed è coordinato dal-

l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.

«Abbiamo già fatto progressi su più fronti — racconta Franco Locatelli, responsabile dell'area clinica e di ricerca in Oncoematologia al Bambino Gesù —. Innanzitutto abbiamo trattato i primi due pazienti con la nuova cura sviluppata dal nostro ospedale, basata sull'impiego di cellule CAR T dirette contro un bersaglio (la molecola CD7) che aggrediamo anche per il trattamento delle leucemie linfoblastiche T. Sono adolescenti in una situazione difficilissima: uno sottoposto a diverse cure e anche a trapianto di midollo aveva comunque avuto una ricaduta, l'altro era risultato refrattario a più linee di terapia. Entrambi hanno ottenuto una remissione completa (ovvero, non ci sono più tracce di malattia, il che fa sperare nella guarigione)».

Ulteriori passi avanti sono stati compiuti anche per utilizzare le cellule CAR Natural Killer, una popolazione di cellule difensive dell'organismo che sono state prelevate da un donatore sano e riprogrammate geneticamente per esprimere sulla propria superficie il recettore chimerico antigenico (CAR), una molecola che riconosce selettivamente e specificamente il bersaglio tumorale e consente la distruzione

delle cellule malate. «La terapia CAR-NK si è dimostrata nella fase pre-clinica molto efficace e con effetti collaterali ben tollerabili — prosegue Locatelli —. In particolare, abbiamo proseguito nella messa a punto di tutto quanto serve per una vera e propria "banca" di cellule CAR-NK immediatamente disponibili per l'infusione in più pazienti. Infine, ed è un altro risultato importantissimo di cui siamo particolarmente contenti, siamo riusciti a identificare due nuovi bersagli espressi selettivamente ed esclusivamente sulla superficie degli elementi leucemici e che, al contrario, non sono presenti sui tessuti di un organismo o sulle cellule sane del sangue. Questo risultato ci permetterà di trattare in maniera specifica e mirata circa il 60% dei pazienti con una leucemia mieloide acuta».



«Il delicato cammino dei protocolli giusti»

Mastronuzzi: dovremmo avere uno standard per ogni patologia oncologica pediatrica

La specialista

di **Anna Fregonara**

Migliorare i tassi di guarigione, ridurre gli effetti collaterali delle cure e garantire a ogni bambino colpito da tumore la stessa qualità di trattamento, ovunque si trovi: sono gli obiettivi dei protocolli di cura in oncologia pediatrica. «Sono schemi terapeutici standardizzati e condivisi nella maggior parte dei casi a livello internazionale. Idealmente, per ogni patologia oncologica pediatrica — dal neuroblastoma, alla leucemia, dal linfoma di Hodgkin, al sarcoma — dovremmo avere uno standard di trattamento», spiega Angela Mastronuzzi, responsabile dell'Unità di Neuro-Oncologia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma e presidente dell'Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica (AIEOP).

«Oltre a uniformare le terapie, i protocolli garantiscono anche una diagnosi standardizzata. Per esempio, per le leucemie pediatriche, che sono il tumore infantile più comune, i campioni biologici vengono inviati a laboratori specializzati a Padova e a Monza per un'analisi centralizzata che garantisce uniformità diagnostica». Oggi i protocolli attivi in Italia sono 35 e di questi 19 sono sostenuti da Fondazione Umberto Verone-

si ETS che ha contribuito alla loro apertura coprendo i costi di assicurazione, di monitoraggio, di gestione dei dati clinici e di logistica.

Nel nostro Paese, tutti i centri che si occupano di oncologia pediatrica aderiscono alla rete AIEOP, garantendo una presa in carico uniforme e qualificata per ogni bambino. Tuttavia, non tutti i protocolli sono attivi in ogni centro: per alcune malattie rare o complesse solo pochi ospedali dispongono delle competenze necessarie. In questi casi, il paziente viene trasferito nella struttura più adeguata. Ma come nascono i protocolli di cura? «Nascono a mano a mano che i dati provenienti dalla ricerca scientifica si consolidano», prosegue l'oncologa. «Quando si sviluppa un protocollo aggiornato, invece, si integrano i dati già noti con le conoscenze acquisite dai nuovi studi, mettendo a punto uno schema di trattamento più efficace e sicuro. Continuando con l'esempio delle leucemie, i protocolli hanno permesso di raggiungere tassi di sopravvivenza dal 70% al 90%, a seconda della classificazione del rischio. Oltre a incrementare questi numeri, lo scopo è di ridurre gli effetti collaterali a lungo termine, migliorando la qualità di vita dei pazienti guariti. Alcuni farmaci, infatti, possono provocare tossicità cardiologica a distanza di 10-15 anni dalle cure e nei bambini con alte probabilità di guarigione si è capito che si può tendere a ri-

duurre il dosaggio senza compromettere l'efficacia».

L'aggiornamento di un protocollo può richiedere due o tre anni di lavoro, perché prima di essere sottoposto alle autorità regolatorie e approvato, include diverse fasi di sperimentazione clinica per valutare sicurezza, efficacia e confronto con i trattamenti standard. Inoltre, l'aggiornamento non termina una volta che il protocollo è in uso. «Se nel corso della sperimentazione si osserva che una cura sperimentale si dimostra più efficace o meno tossica di quella standard, il protocollo può essere modificato anche in corso d'opera», precisa Mastronuzzi. «Al contrario, se i risultati si mantengono in linea con le aspettative e non emergono criticità, prosegue fino al raggiungimento del numero di pazienti necessario per garantire la significatività statistica».

Infine, i protocolli includono anche indicazioni per quando le terapie sono terminate. «Alcuni prevedono un follow-up di 5 o 10 anni, mentre quelli sperimentali o legati a cure innovative possono richiedere un monitoraggio più lungo, poiché non si conoscono ancora tutti gli effetti collaterali potenziali», conclude l'oncologa. «Il follow-up viene progettato considerando sia la malattia di base sia i possibili effetti collaterali legati al trattamento, garantendo così una sorveglianza continua e mirata».



Dir. Resp.: Luciano Fontana

«Un nuovo farmaco dalla duplice azione»

Il neuroblastoma è il tumore solido extracranico più comune in età pediatrica. Rappresenta circa l'8% di tutti i tumori pediatrici ed è responsabile del 15% dei decessi per cancro. Tante le incognite sulla resistenza ai trattamenti. Cristina Banella, biologa nel Laboratorio di Medicina Traslazionale e di Precisione di Oncematologia Pediatrica dell'ospedale Meyer IRCCS di Firenze, con una borsa annuale sostenuta dalla Fondazione Umberto Veronesi ETS sta sperimentando un nuovo farmaco dalla doppia azione: «Da un lato puntiamo a bloccare i recettori beta-adrenergici 3: regolano varie funzioni fisiologiche, ma quando sono in quantità elevate sembrano favorire la crescita e la recidiva del neuroblastoma. Dall'altro, puntiamo a far

implodere e morire la cellula tumorale. Si è visto che questi recettori proteggono la ferritina, una proteina che regola il ferro, impedendo la ferroptosi, una morte cellulare provocata dall'accumulo di ferro libero. Bloccandoli, viene meno questa protezione e si può innescare il processo distruttivo. Per rendere il trattamento più efficace, stiamo valutando di combinare l'uso di un farmaco impiegato per il diabete».

A. Freg.



Camici

Cristina Banella, biologa nel Laboratorio di Medicina Traslazionale e di Precisione di Oncematologia Pediatrica dell'ospedale Meyer IRCCS di Firenze

«Fermare la corsa di una cellula coriacea»

Bloccare la migrazione di un recettore tumorale per rendere il rhabdomyosarcoma, un tumore pediatrico raro ma aggressivo, più sensibile alla radioterapia. Ci lavora Silvia Codenotti, biotecnologa al Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale dell'Università di Brescia e con in mano una borsa annuale di Fondazione Umberto Veronesi: «Ci si concentra su un recettore specifico, EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor), una proteina localizzata sulla membrana cellulare, dove favorisce la proliferazione tumorale. Riesce a migrare dalla membrana al nucleo della cellula, attivando geni che rendono la cellula stessa capace di sopravvivere nonostante l'esposizione alle radiazioni. L'obiettivo è di fermare il processo, impedendo alla cellula di acquisire resistenza ai trattamenti. Considerando che i progressi terapeutici hanno migliorato la sopravvivenza nei casi radiosensibili fino al 70%, ma le forme radioresistenti restano difficili da trattare, con una prognosi inferiore al 20%».

A. Freg.



Ampolle

Silvia Codenotti, biotecnologa al Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale dell'Università di Brescia



A PADOVA FORUM DI 600 ESPERTI

L'Italia? «È un Paese ostile agli anziani»

Il presidente dell'Associazione di psicogeriatricia, De Leo: qui tassi di solitudine doppi rispetto ad altri Paesi Ue

ENRICO NEGROTTI

In un Paese che invecchia, come l'Italia, le condizioni delle persone anziane dovrebbero costituire una priorità, ma i dati dell'incidenza di patologie psichiche, che spesso hanno anche una ricaduta sul piano fisico, indicano che c'è molto lavoro da fare. «Purtroppo si tratta di un'emergenza oscurata in Italia», osserva Diego De Leo, presidente dell'Associazione italiana di psicogeriatricia (Aip), il cui 25° congresso ha radunato per tre giorni a Padova oltre 600 specialisti. A incidere negativamente sulla salute degli anziani come fattore scatenante di molte malattie fisiche e psichiche, fino al suicidio, è la solitudine: aumenta il rischio di demenza del 50% e la pre-mortalità del 30% perché induce una maggiore predisposizione alle malattie cardiovascolari, al diabete, e ad altre malattie gravi. «Sulla base dei dati Eurostat - riferisce il presidente De Leo, professore emerito di Psichiatria - risulta che l'Italia è tra i peggiori in Europa, al punto che potremmo definirlo un Paese ostile agli anziani. Infatti il tasso di solitudine è il doppio rispetto alla media dei Paesi europei: coloro che non hanno nessuno a cui chiedere aiuto sono il 14%, mentre chi non ha nes-

suno a cui raccontare cose personali il 12%, a fronte di una media europea del 6,1%». Spesso trascurati, i fattori sociali invece «influenzano la salute - continua De Leo - in misura pari se non superiore alle cure mediche: condizioni economiche, abitative e relazionali. Non tenere in considerazione queste condizioni rappresenta un grave rischio». Infatti il loro impatto, puntualizza, «è paragonabile al tabagismo cronico e all'obesità».

A peggiorare le condizioni degli anziani figurano anche altri fenomeni: la discriminazione sulla base dell'età (o "ageismo", dal termine inglese), lo spopolamento dei centri storici, la chiusura dei negozi di prossimità, il proliferare delle truffe a loro danno. L'esito è l'innescarsi di processi che portano alla depressione e al suicidio: «In Italia il 37% dei suicidi riguarda gli over 65, che però rappresentano solo il 24% della popolazione. Un fenomeno che riguarda in prevalenza gli uomini, chi vive in città e ha più di 80 anni. Le donne si mostrano in media più resilienti».

Alcuni Paesi stanno correndo ai ripari, in particolare Regno Unito, Canada, alcuni Stati degli Usa: «Nel Regno Unito si sono accorti - osserva il presidente De Leo - che le persone sole sono gli utenti più frequenti degli ambulatori e dei servizi,

e sono quelli che si curano peggio, perché non hanno nessuno che li controlla, interpreta le prescrizioni e ricorda loro di assumere i farmaci. Oltre alla sofferenza psichica, si espongono a una qualità di vita deteriorata. Infine diventano particolarmente costose per il Servizio sanitario nazionale». Il problema è stato affrontato con strategie innovative: «Hanno adottato - riferisce De Leo - le "prescrizioni sociali", del tutto analoghe a quelle sanitarie, ma rivolte ad attività che hanno come denominatore comune la frequentazione di altre persone e servono a combattere la solitudine: si tratta di corsi di danza, di canto, di pittura, club del libro, giardinaggio, visite turistiche, party settimanali. Il tutto organizzato e accompagnato da assistenti sociali che operano come collegamento tra il medico che prescrive e l'organizzazione che eroga il servizio, che risulta a carico del Servizio sanitario nazionale. Anche l'Australia sta seguendo questo esempio». In Canada e Stati Uniti, «sono state pubblicate Linee guida per combattere la solitudine: ricerche recentemente pubblicate indicano la necessità di considerare persone "a rischio" quelle che possono contare solo su tre persone in tutto, che spesso appartengono alla stessa cerchia».

Primi segnali di un disagio che può determinare depressione e demenza è la qualità del sonno: «Il sonno - spiega De Leo - è la nostra ricarica delle batterie. Come il telefono, se ricaricato male dura meno, il nostro cervello ha bisogno di riposare bene e rispettare le fasi Rem, durante le quali si sogna. La frequenza degli incubi è di oltre tre volte superiore tra coloro che hanno più di 70 anni (6,3%) rispetto agli adulti tra i 50 e i 70 anni (1,8%). Se andiamo incontro a sonni frammentati e a incubi ricorrenti, il disagio diventa ancora più acuto e si passa attraverso fasi di irritabilità, nervosismo, tensione, stanchezza e poi depressione. È stata riscontrata un'associazione con ideazione suicidaria, depressione e stress. Ed esiste una forte correlazione tra incubi e rischio di suicidio».

Fattore scatenante di molte malattie fisiche e psichiche (fino al suicidio) è l'isolamento che aumenta rischi di demenza (50%) e pre-mortalità (30%). Regno Unito, Usa e Canada corrono ai ripari e "prescrivono" corsi - dalla danza alla pittura - pagati dallo Stato



LA RICERCA

Diagnosi precoce e farmaci innovativi rallentano la progressione dell'Alzheimer

Al congresso si è discusso di alcune novità della ricerca sulle demenze: «In tema di Alzheimer, che rappresenta – riferisce il presidente De Leo – il 60% del milione di casi di demenza nel nostro Paese, c'è ora la possibilità di fare una diagnosi precoce, basata sull'identificazione di biomarcatori nel liquido cefalorachidiano (liquor), ma sono stati attendibilmente trovati anche nel sangue. Una diagnosi di malattia in anticipo rispetto all'esordio dei sintomi pone anche problemi etici, in relazione a come le persone reagiranno». In secondo luogo «si sta definendo meglio un itinerario, una storia naturale della demenza: il declino soggettivo cognitivo, che riguarda una persona su 10 oltre i 65 anni, può evolvere in indebolimento cognitivo lieve (Mci nella sigla inglese da *mild cognitive impairment*), e questo in buona parte in demenza». Infine i nuovi anticorpi monoclonali: «Esistono tre farmaci che non curano, ma modificano la malattia, ne allungano il decorso, eliminando la amiloide, la proteina del metabolismo cerebrale: hanno dimostrato efficacia nel ridurre in una certa misura il declino cognitivo in un gruppo selezionato di pazienti. Aducanumab e lecanemab (prodotti da Biogen) e donanemab (Eli-Lilly) sono stati approvati negli Stati Uniti, in Europa solo lecanemab (non ancora disponibile in Italia)». I problemi però non mancano: «Sono mol-

to costosi, un ciclo di terapia potrebbe toccare i 34mila dollari. Possono essere somministrati a un numero limitato di pazienti (il 10%), nelle fasi iniziali della malattia. In più richiedono un'attrezzatura specifica, perché sono terapie iniettive (ogni 15-30 giorni) non maneggevoli, e la presenza di un reparto di rianimazione: infatti si sono verificati almeno un paio di casi mortali. Non guariscono, ma fanno guadagnare un po' di tempo. Non è quindi chiaro il rapporto costo-beneficio e in Italia ci sono pochi centri in grado di somministrarli». Proprio due giorni fa l'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha "bocciato" donanemab: il Comitato per i medicinali a uso umano dell'Ema ha ritenuto che i benefici non fossero sufficientemente ampi rispetto al rischio di eventi fatali.



Diagnosi: 1 su 6 è sbagliata oppure tardiva Ocse: gravi costi

Quasi una diagnosi su 6 nei Paesi Ocse è errata o arriva troppo tardi con effetti sulle sofferenze dei pazienti ma anche sui costi elevatissimi per i sistemi sanitari. L'Ocse stima che il peso economico complessivo di questi errori possa raggiungere il 17,5% della spesa sanitaria, pari a circa l'1,8% del Pil. A rischio le patologie complesse:

sepsi, malattie rare, tumori a sviluppo lento, i problemi cardiovascolari nei giovani e sindromi post-virali. Le categorie sociali più esposte sono quelle economicamente più fragili e al contempo quelle più forti che incappano in situazioni di eccesso di analisi e medicina difensiva. Se si dimezzasse la frequenza degli errori, si potrebbe arrivare a

ridurre fino all'8% della spesa sanitaria annuale.



La sanità pubblica Italia da record per i nuovi farmaci bio e generici

In quattro anni risparmi pari a 1,7 miliardi grazie all'utilizzo esteso dei cosiddetti "biosimilari", medicinali senza brand che hanno la stessa efficacia in diversi ambiti dall'oncologia all'endocrinologia

Valentina Arcovio

Non c'è paese europeo che abbia saputo sfruttare meglio dell'Italia l'opportunità dei biosimilari, farmaci biologici senza marca che, pur mantenendo la stessa efficacia e sicurezza dei medicinali «grifati», hanno un costo inferiore. L'Italia, secondo un'analisi di Iqvia, è infatti il primo mercato europeo per i biosimilari sul fronte dei volumi e il terzo per valori, avendo raggiunto 450 milioni di euro nel 2023, pari al 54% del mercato totale dei biologici (836 milioni di euro). «I biosimilari sono farmaci utilizzati prevalentemente in ambi-

to ospedaliero in molteplici ambiti terapeutici, dall'endocrinologia all'oncologia», spiega Armando Genazzani, docente di Farmacologia all'Università di Torino e presidente della Società Italiana di Farmacologia (Sif). «Rientrano nella categoria dei biosimilari farmaci complessi co-



me ormoni o anticorpi monoclonali per i quali è scaduto il brevetto e che vengono quindi prodotti e messi sul mercato a prezzi più contenuti degli "originali" di marca», aggiunge.

Tra il 2019 e il 2022, grazie al ricorso ai biosimilari, il nostro paese è riuscito a risparmiare quasi 1,7 miliardi all'anno. Sarebbe un eccellente risultato, se non fosse che l'eccesso di spinta al risparmio stia mettendo a rischio il futuro del settore. A spiegarlo è Michele Uda, il direttore generale di Egualia, la vecchia Assogenerici, l'organo di rappresentanza ufficiale dell'industria dei farmaci generici equivalenti, dei biosimilari e delle Value Added Medicines. «L'Italia ha centrato l'obiettivo numero uno e cioè quello di garantire a molti più pazienti un maggior accesso a terapie biologiche che fino all'arrivo dei biosimilari erano molto costose», conferma. Il nostro paese ci è riuscito grazie a una legge «illuminata», la 232/2016. «Questa legge ha introdotto lo strumento dell'accordo quadro per le gare d'appalto pubbliche per i biosimilari», spiega Uda. «In sostanza, la normativa prevede che siano tre le aziende aggiudicatrici della gara, e non solo una, selezionate in base al prezzo più basso o all'offerta economicamente più vantaggiosa. Moltissime regioni italiane – continua – hanno sfruttato l'elemento concorrenziale riducendo il prezzo di acquisto di questi farmaci, quindi hanno sostituito i farmaci biologici coperti dal brevetto con i biosimilari, ottenendo così un gran risparmio. Il problema è che all'atto pratico molte regioni hanno imposto ai medici l'utilizzo esclusivo dei farmaci della prima azienda aggiudicataria, escludendo di fatto le altre due nonostante la differenza di prezzo sia sempre contenuta per via della concorrenza aggressiva nel settore». Per risparmiare poche decine di migliaia di euro, quindi, le regioni hanno portato il mercato a concentrarsi solo su pochi operatori, vanificando l'intento iniziale del quadro normativo varato nel 2016 e cioè quello di coinvolgere più aziende per ridurre anche il rischio di carenze nelle forniture. Il risultato è che oggi ci troviamo a dover affrontare fenomeni di carenze che non c'erano prima in questo ambito e un futuro «incerto».

«Le aziende che potrebbero sviluppare biosimilari su ambiti terapeutici che andranno a scadenza brevettuale in futuro, ci pensano due volte prima di investire – sottolinea Uda – dinanzi al rischio di essere escluse dal mercato pur rientrando tra le aziende aggiudicatrici della gara». Una situazione paradossale: l'aver portato all'estremo uno strumento concorrenziale che ha permesso di abbassare i costi dei biologici rischia ora di compromettere il futuro dei biosimilari e dei vantaggi economici a essi associati. Ad oggi, infatti, il 75% dei farmaci biologici con bre-

vetto in scadenza entro il 2032 non ha concorrenti in cantiere e questo comporterà nei prossimi 10 anni per i sistemi sanitari dell'Ue mancati risparmi per almeno 15 miliardi di euro. «Già oggi non abbiamo candidati in sviluppo in tantissime aree terapeutiche», evidenzia Uda. «Le Regioni che nella programmazione economica fanno affidamento sull'arrivo di nuovi biosimilari, dovranno ricredersi e saranno costrette a continuare ad acquistare ad alto costo», conclude.

IL PRIMATO DELLE MARCHE

Una nuova analisi di Egualia rivela un quadro a macchia di leopardo nell'adozione dei farmaci biosimilari in Italia, con differenze regionali significative che evidenziano un'implementazione disomogenea a livello nazionale. Si va dalle Marche, leader con un percentuale di consumo che raggiunge il 69,9% sul totale delle molecole che hanno un biosimilare in commercio, alla Sardegna che è in fondo alla classifica con il 34,2% preceduta di poco dalla Lombardia (35,8%). Vanno bene Liguria e Valle d'Aosta, con una percentuale di utilizzo dei biosimilari superiore al 65%. Regioni come Toscana Lazio e Veneto si collocano al centro con valori che vanno dal 54 al 60%. L'Italia, secondo i dati di Iqvia, è il primo mercato europeo per i biosimilari sul fronte dei volumi e il terzo per valori, avendo raggiunto 450 milioni di euro nel 2023, pari al 54% del mercato totale dei biologici (836 milioni di euro).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CARLO ERBA RIPARTE GRAZIE A CHIESI

Una fiche da 430 milioni su un nuovo stabilimento a Nerviano, alle porte di Milano. L'ha giocata Chiesi, gruppo biofarmaceutico internazionale con sede a Parma, che li realizzerà il nuovo stabilimento destinato alla produzione dei propri farmaci. Si tratta di un rilancio, a dire il vero, dello storico sito produttivo, nato nel 1965 come centro di ricerca oncologica di Farmitalia Carlo Erba e successivamente interessato da vari passaggi di proprietà fino alla chiusura nel 2024. «Il polo sarà specializzato principalmente nella produzione di inalatori a bassa impronta carbonica per il trattamento delle patologie respiratorie. A Nerviano verranno sviluppati anche prodotti biologici sterili», ha spiegato Chiesi. Il piano, che guarda al 2030, prevede la riqualificazione di un'area industriale di 124.000 metri quadri, trasformandola in un centro di eccellenza a livello internazionale. Previsti investimenti anche a Parma, e Blois (Francia) e Santana de Parnaiba (Brasile).



MINISTERO DELLA SALUTE / Il bilancio a un anno dalla vendita di antidiabetici in farmacia

Per l'assistenza di prossimità

Due milioni di confezioni distribuite, con un risparmio per il SSN di 9,7 milioni di euro

Un anno fa ha preso il via una nuova modalità di distribuzione dei farmaci che ha trasferito la dispensazione di alcuni antidiabetici dall'ospedale alle farmacie territoriali. Una decisione voluta per garantire maggiore assistenza di prossimità ai cittadini che ha dato i suoi frutti.

Da maggio a novembre 2024, le farmacie territoriali hanno dispensato più di 2 milioni di confezioni di farmaci antidiabetici a base di gliptine.

“Tradotto in termini concreti – spiega Marcello Gemmato, Sottosegretario alla Salute – significa milioni di accessi in più a farmaci essenziali, senza file in ospedale, senza doppi passaggi in farmacia per la distribuzione per conto, senza barriere burocratiche. Abbiamo semplificato la vita a centinaia di migliaia di pazienti diabetici, soprattutto anziani, che oggi possono ritirare le loro cure direttamente nella farmacia sotto casa.” L'impatto economico del provvedimento è altrettanto significativo. La spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale è risultata inferiore

rispetto a quanto si sarebbe verificato con la precedente modalità di distribuzione diretta e per conto, con un risparmio per il SSN di 9,7 milioni di euro.

“È stato facilitato l'accesso ai farmaci e abbiamo risposto in particolare alle esigenze dei pazienti cronici, delle persone anziane e di chi vive nelle aree interne e più lontane dalle farmacie ospedaliere” ha orgogliosamente rivendicato il Ministro della Salute Orazio Schillaci.

Questo risultato è stato possibile grazie a un nuovo modello di remunerazione delle farmacie e a un sistema di scontistica che ha visto il coinvolgimento sinergico di industria, farmacie e istituzioni.

“Lo scorso anno avevamo definito questa misura epocale, e oggi possiamo dire con certezza che lo è stata davvero”, ha dichiarato il Sottosegretario Gemmato, sottolineando l'importanza della riforma. “Abbiamo aggiornato un sistema fermo da oltre vent'anni, garantendo ai cittadini un accesso più rapido e semplice ai farmaci e migliorando l'efficienza della spesa sanitaria.”

Guardando al futuro, il percorso di ri-

forma proseguirà con ulteriori passi concreti.

“Abbiamo dato mandato ad AIFA di individuare nuove categorie di farmaci da riclassificare, così da ampliare ulteriormente i benefici per i pazienti e per il sistema sanitario”, ha annunciato Gemmato. “In particolare, in continuità con quanto deciso anche in seno al Tavolo per il monitoraggio della spesa, proporremo di includere altre classi di farmaci con caratteristiche simili a quelle già riclassificate, a partire da quelli senza brevetto scaduto.”

L'AIFA, come previsto dalla norma, avrà tempo fino al 30 marzo 2025 per rivedere il prontuario della distribuzione dei farmaci e proporre nuove transizioni dalla distribuzione diretta e per conto a quella convenzionata. Il tutto sarà poi sottoposto alla Commissione Scientifica ed Economica del Farmaco (CSE) e al Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia.



<p>Scenari</p> <p>Anno 2025 - N. 3 - In allegato a Il Sole 24 Ore odierno</p> <p>Supplemento commerciale al numero odierno del Sole 24 ORE</p> <p>© 2025 Il Sole 24 ORE</p>	<p>Realizzazione editoriale</p> <p>m Medialfaber S.r.l. via della Moscova 66 - 20121 Milano Telefono +39 035 7211863</p> <p>Realizzazione in collaborazione con</p> <p>Effecinq Coop srl via Boccardo 1 - 16121 - GE - tel +39 010 3002606</p> <p>Coordinamento Raffaella Mastrodonardo</p>	<p>Contatto commerciale per la comunicazione su questa iniziativa</p> <p>B-SIDE COMMUNICATION B-SIDE COMMUNICATION Tel.: 0521 17700 - info@bsidecommunication.it</p> <p>Stampatori</p> <p>C.S.Q. - Centro Stampa Quotidiani, Via dell'Industria, 52 - 25030 Erbusco (BS)</p> <p>S.T.E.C. - Società Tipografico Editrice Capitolina, Via Giacomo Peroni, 260 - 00131 Roma (RM)</p>
---	---	--



Divario eco-sanitario donne penalizzate

Solo 11 Paesi europei registrano la parità nell'aspettativa di vita sana. L'Italia è novantaquattresima nella classifica globale

Jessica Muller Castagliuolo

Il gender pay gap non è il risultato di una semplice sottrazione, ma di una somma di divari. La disparità salariale tra donne e uomini si percepisce già dal primo impiego, subito dopo l'Università: senza alcuna esperienza lavorativa pregressa, con la stessa preparazione e il medesimo grado di istruzione. Il Politecnico di Milano nel suo bilancio di genere calcola che a cinque anni dalla laurea la differenza mensile a sfavore delle studentesse, in media, è di 181 euro per le laureate in architettura, di 67 euro per design e di 127 euro per ingegneria. Numeri ancora piccoli, che lievitano con l'avanzare dell'età.

In Italia, secondo gli ultimi dati di Eurostat, per le donne con meno di 34 anni il gender pay gap si attesta al 2,7%, arriva al 4,5% tra i 45 e 54 anni, e raggiunge l'apice del 7,7% tra le over 65, che scontano un divario previdenziale amplissimo. Per avere misura reale della ripercussione sul salario della discriminazione di genere, tuttavia, non basta considerare solo la pura sproporzione tra le retribuzioni orarie medie. Bisogna anche tener conto di tutte quelle barriere, che, a cascata, rendono la vita lavorativa delle donne una corsa a ostacoli.

Esistono differenze qualitative tra lavoratrici e lavoratori che van-

no a costituire quello che si chia-

ma "explained" gender pay gap. Si pensi all'asimmetria delle ore lavorate o alla fatica nell'avanzamento di carriera, causati, ad esempio, dalla segregazione verticale e orizzontale o dalla "penalità di maternità".

È quindi vero che la differenza salariale - in una forbice temporale di dieci anni - è in diminuzione in Italia, con i lavoratori che, in media, percepiscono un salario "solo" del 4,3 per cento più alto delle lavoratrici. Ma, come evidenzia uno studio di Pwc, Fondazione Arel e Jti Italia, il dato non tiene conto di almeno due fattori: il tasso di occupazione delle donne e il rapporto tra il loro livello di istruzione e la posizione lavorativa occupata. Le donne sono infatti, in media, più istruite dei colleghi uomini, ma sono pagate meno. In altre parole: le pari opportunità sono ancora una chimera per le lavoratrici di oggi.

A ben vedere quello italiano è uno scenario in peggioramento per la parità di genere. Il Paese nel 2024 è scivolato all'ottantasettesimo posto nel Global Gender Gap Report del World Economic Forum, perdendo ben 24 posizioni in soli due anni. Dietro anche al Bu-



rundi e allo Zimbabwe. L'Europa è intanto riuscita a colmare tre quarti del suo divario di genere (75%), un miglioramento costante di 6,2 punti percentuali dal 2006.

Tornando alla parità economica però, la traiettoria è più lenta, con un leggero aumento di soli 0,4 punti percentuali rispetto allo scorso anno. Ma se qui si compie qualche passo, faticoso, in avanti, c'è ancora un altro gap, iscritto nel corpo delle donne, che incide sulla loro partecipazione al mercato del lavoro: quello sanitario.

Una donna che nasce oggi in Europa ha meno possibilità di vivere una vita sana rispetto a un uomo. L'ultimo rapporto del Wef evidenzia come l'indice "Salute e Sopravvivenza" resta anche nel 2024 in uno stato di stagnazione, stabile al 97%. Una percentuale che non avanza, e anzi torna indietro: nel 2016 il dislivello si attestava al 97,7%. Solo 11 Paesi europei registrano la parità nell'aspettativa di vita sana e l'Italia non è tra questi, posizionandosi al novantaquattresimo posto nella classifica globale.

le.

Approfondisce questo tema una ricerca curata da McKinsey, in collaborazione con il Wef. Le donne sono più longeve, ma trascorrono, in media, nove anni della loro vita in cattive condizioni di salute, il 25 per cento in più rispetto agli uomini. Una differenza che non si sconta solo in età avanzata, ma che raggiunge la sua acme proprio nel periodo che va tra i 20 e i 60 anni. Insomma, quasi la metà del carico sanitario colpisce le donne durante l'età lavorativa.

Esiste una concatenazione tra il divario salariale e quello sanitario, un nesso che va ben oltre la semplice correlazione. La minore attenzione verso la salute femminile influisce infatti sulla capacità di guadagno delle lavoratrici, tanto che colmare il gap permetterebbe a 137 milioni di donne, a livello mondiale, di accedere a posizioni a tempo pieno entro il 2040. Tradotto in termini economici, significherebbe liberare una forza lavoro inespresa che permetterebbe un incremento dell'economia di

almeno 1 trilione di dollari all'anno. Un aumento dell'1,7% del pil medio pro capite.

Il report chiarisce che il tema della salute femminile non riguarda solo specifiche condizioni ginecologiche, che pesano per il 5 per cento. La fetta più grande della disparità sanitaria, il 95 per cento, deriva da patologie che colpiscono sia uomini che donne. Il vero discrimine è, infatti, a monte: le donne pagano secoli di "misoginia" della ricerca scientifica. La mancanza, quindi, di dati, medicinali e trattamenti specifici.

DOVE COLPISCE IL GAP PENALIZZATE GIOVANI E OVER

La tabella mostra l'andamento del gender pay gap in rapporto all'età delle lavoratrici, in raffronto nei principali Paesi europei

	<25 anni	25-34	35-44	45-54	55-64	VALORI % >65 anni
Bulgaria	6,9	16,8	21,0	14,3	2,9	-8,7
Rep. Ceca	8,2	13,0	21,1	20,9	13,0	8,3
Danimarca	5,7	11,1	14,2	17,0	16,9	10,6
Germania	1,7	8,4	16,4	22,8	26,3	9,2
Grecia	-4,4	6,1	12,5	15,9	19,2	25,1
Irlanda	1,0	4,9	8,5	11,1	13,2	9,1
Spagna	0,4	2,9	8,7	10,8	12,6	33,3
Francia	-7,2	5,7	11,9	14,4	21,4	17,3
Croazia	3,9	6,4	9,4	11,3	5,8	6,4
Italia	8,3	2,7	4,4	4,5	3,3	7,7
Lettonia	9,9	14,7	18,5	14,5	11,5	9,0
Lituania	13,9	9,8	10,9	9,9	5,3	4,3
Ungheria	7,1	15,0	22,1	20,1	14,5	13,2
Olanda	2,1	1,7	7,4	16,6	19,2	14,3
Portogallo	8,2	8,3	11,1	12,2	4,5	6,0
Romania	2,7	2,5	6,4	0,3	-3,6	-19,6
Slovenia	6,6	7,6	8,5	7,3	4,0	8,7
Slovacchia	7,7	11,9	19,3	17,7	12,4	17,6
Finlandia	-0,5	9,6	14,9	19,1	18,7	20,3
Svezia	5,4	7,0	11,7	15,3	14,2	8,6

FONTE: EUROSTAT - UNADJUSTED GENDER PAY GAP 2023



FOCUS

DIFFERENZE CONTRATTUALI TRA UOMINI E DONNE

Nel 2024 in Italia, quattro nuove assunzioni su dieci hanno riguardato le donne. Ma come chiarisce uno studio della Rome Business School, le differenze contrattuali tra lavoratori e lavoratrici sono in aumento. Tra i contratti di assunzione del 2024, poco più di una donna su dieci, appena il 13,5%, ha ottenuto un contratto a tempo indeterminato. Sono in parte time involontario il 49,5% delle lavoratrici, contro il 27,3% dei lavoratori. Il combinato di contratto a termine e part-time riguarda ben il 64,5% delle donne rispetto al 33% degli uomini.

Nel Mezzogiorno, inoltre, l'inattività femminile tocca punte del 43,6%. Il lavoro "povero", infine, è una condizione che colpisce tre volte più le donne rispetto agli uomini (18,5% contro 6,4%).



L'OPINIONE

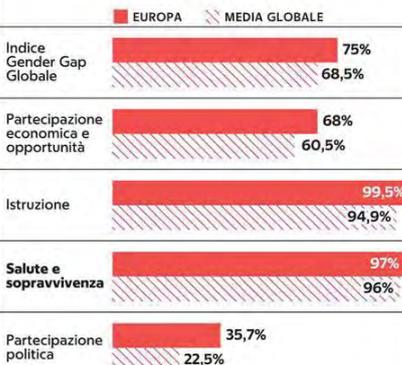
Esistono differenze qualitative tra lavoratrici e lavoratori che formano l'"explained" gender pay gap, si veda l'asimmetria delle ore lavorate o la fatica nel fare carriera

① Le donne sono in media più istruite dei colleghi uomini, ma vengono pagate meno



NUMERI

GLI INDICI SETTORIALI DEL GENDER GAP IN EUROPA



FONTE: WORLD ECONOMIC FORUM - GLOBAL GENDER GAP INDEX 2024



Servizio Rieducare il sistema immunitario

Autoimmunità e linfociti «sosia»: una nuova chiave per la cura

I linfociti Treg, secondo uno studio dell'Università di Chicago, potrebbero essere la chiave per riequilibrare il sistema e sviluppare nuove terapie per le patologie autoimmuni

di Federico Mereta

28 marzo 2025

Nel diabete di tipo 1 i linfociti B il sistema immunitario inizia a produrre anticorpi anti cellule beta delle isole di Langerhans del pancreas, deputate alla sintesi di insulina. Nelle tiroiditi autoimmuni si creano anticorpi contro molecole della tiroide distruggendola o peggio, anticorpi che si "mascherano" da ormoni e fanno lavorare la ghiandola in modo eccessivo. L'artrite reumatoide è legata alla produzione di auto-anticorpi che attaccano le articolazioni. Addirittura il lupus eritematoso sistemico (Les) è dovuto a una grande varietà di auto-anticorpi specifici per componenti cellulari come la membrana citoplasmatica, il nucleo, il nucleolo e i mitocondri.

Insomma, sono tante le malattie autoimmuni, caratterizzate da una risposta sbagliata del sistema difensivo che porta a reazioni anomale nei confronti di organi ed apparati dello stesso organismo. Ed ancor più complessi possono essere i meccanismi che le determinano, embricandosi tra loro. Ora una nuova ricerca apparsa su *Science*, condotta dagli esperti dell'Università di Chicago coordinati da Pete Savage, apre lo sguardo sul ruolo di specifiche cellule della famiglia dei linfociti T, linfociti T regolatori o Treg. Il loro compito sarebbe quello di fare da "peacekeeper", quindi mantenere l'armonia nella risposta difensiva e consentendo che questa si scateni contro i "nemici" in caso di infezioni, ma senza sbagliare e attaccare autoantigeni. La scoperta è particolarmente importante non solo in termini biologici, ma anche sul fronte di possibili terapie future che vadano a sistemare "alla base" la risposta immunitaria, agendo proprio su queste cellule pacificatrici.

Come reagisce il sistema immunitario

Normalmente, durante un'infezione, il nostro apparato di difesa si attiva perché riconosce specifici "segnalatori", ovvero gli antigeni estranei espressi da batteri e virus. Questo significa che deve differenziarli dagli autoantigeni espressi dalle cellule del corpo, altrimenti si ha una reazione sbagliata. Secondo lo studio, questa regolazione sarebbe legata all'azione di queste cellule pacificatrici.

Ma vediamo, in sintesi cosa accade. Quando si accende una risposta immunitaria, ci sono le cellule dendritiche che in qualche modo "prendono" le proteine dei patogeni, lo scompongono e le propongono come antigeni alle difese. A questo punto le cellule T CD4+, quindi linfociti T helper, ispezionano i peptidi presentati dalle cellule dendritiche. Se i peptidi sono antigeni estranei, entrano in azione i linfociti T che aumentano di numero e si attivano, per procedere a combattere

l'infezione. Questo non dovrebbe accadere se invece il peptide è in realtà parte della proteina prodotta dallo stesso organismo. Ma purtroppo è ciò che accade in caso di risposta patologiche autoimmuni. Così i linfociti T helper non distinguono correttamente tra antigeni peptidici estranei e autopeptidi e attaccano a prescindere. Per evitare che ciò accada, un altro gruppo di linfociti T, chiamati linfociti T regolatori (Treg) CD4+, dovrebbero intervenire e impedire questo meccanismo. Ed è per questo che si parla di cellule "pacificatrici".

Perché non si riconosce il "non-self"

Come spiega Savage in una nota, si sa che le cellule Treg svolgono bene il loro lavoro nella maggior parte dei casi. Ma non si capisce (o meglio non si capiva) come mai in qualche caso non intervengano per controllare la risposta patologica autoimmune delle cellule T helper, ovviamente diversa da quella desiderata in caso di infezione. Insomma: «Le cellule Treg si possono considerare come cellule peacekeeper – segnala l'esperto -. Durante lo sviluppo, queste cellule sono addestrate a riconoscere peptidi specifici, inclusi i self-peptidi dal corpo. Quando le cellule dendritiche presentano un self-peptide, le cellule Treg addestrate a individuarli intervengono per impedire alle cellule T helper di essere attivate».

Nello studio i ricercatori hanno sperimentalmente distrutto nei topi specifiche cellule Treg indirizzate verso un autopeptide della prostata dell'animale. Nei topi sani, in assenza di infezione, questo cambiamento non ha innescato l'autoimmunità alla prostata. Quando i ricercatori hanno infettato i topi con un batterio che esprimeva invece questa proteina teoricamente "interna" all'organismo e non patogena, l'assenza di cellule Treg specifiche per la prostata e corrispondenti ha attivato le cellule T helper reattive alla prostata e ha introdotto l'autoimmunità alla prostata.

Strategie di cura future

Dalla ricerca, insomma, emerge che ci sarebbero cellule specializzate Treg del tutto simili, ma in qualche modo "sosia" di altre. E sarebbero proprio queste che in qualche modo potrebbero favorire lo sviluppo delle malattie autoimmuni perché le cellule helper CD4 potrebbero condividere una stessa popolazione cellulare. Lo prova l'analisi. «Quando abbiamo rimosso le cellule Treg reattive a un singolo autopeptide, le cellule T helper reattive a quell'autopeptide non erano più controllate e hanno indotto l'autoimmunità» fa sapere Savage. Insomma, lo studio mostra come nella complessità delle interazioni tra genetica, ambiente, stile di vita e sistema immunitario, si apre una nuova via di comprensione. E forse, in futuro, piuttosto che pensare di eliminare i linfociti T-helper "sbagliati" che reagiscono in modo errato agli stimoli accendendo i processi patologici dell'autoimmunità, si potrebbe puntare piuttosto su un "riequilibrio" delle cellule Treg. Per far sì che queste, in quantità sufficiente, possano da un lato continuare a entrare in gioco nella risposta alle infezioni e dall'altro evitare di perdere la loro funzione di "pacificatrici" diventando impossibilitate a frenare risposte autoimmuni sbagliate. Come dice Savage, la strategia di cura futura potrebbe prevedere anche un altro obiettivo: «invece di dover eliminare tutte le cellule T helper che reagiscono agli autoantigeni, si genera semplicemente una quantità sufficiente di queste cellule Treg peacekeeper» conclude lo studioso nella nota.

Servizio Autorizzazioni

L'Ema nega l'approvazione del farmaco per l'Alzheimer di Eli Lilly

La bocciatura di donanemab segue la controversa vicenda di lecanemab, sviluppato da Biogen ed Eisai, un altro farmaco che agisce sulla beta-amiloide e approvato per una categoria ristretta di pazienti

di Francesca Cerati

28 marzo 2025

L'Agenzia europea per i medicinali (Ema) ha rifiutato l'autorizzazione all'immissione in commercio di Kisunla (donanemab), il farmaco sviluppato da Eli Lilly per il trattamento della malattia di Alzheimer nelle sue fasi iniziali. Il comitato scientifico dell'agenzia ha ritenuto che i benefici clinici del medicinale non fossero sufficienti a superare i rischi associati alle anomalie di imaging correlate all'amiloide (Aria), un effetto collaterale noto per causare gonfiore e potenziali emorragie cerebrali.

Secondo i dati dello studio clinico, il 36,8% dei pazienti trattati con donanemab ha sviluppato Aria, rispetto al 14,9% del gruppo placebo. Sebbene la maggior parte di questi eventi fosse asintomatica, l'1,6% dei pazienti trattati con Kisunla ha manifestato eventi gravi, con tre decessi riconducibili a questa condizione. Anche in un sottogruppo di pazienti con minore predisposizione genetica al rischio di Aria (senza copie del gene ApoE4), il tasso di insorgenza della condizione è rimasto elevato (24,7% contro il 12% del placebo), con un caso fatale segnalato.

Sul piano dell'efficacia, donanemab ha mostrato un rallentamento della progressione della malattia, ma la differenza nei punteggi clinici rispetto al placebo è stata considerata limitata. In assenza di dati a lungo termine sull'efficacia nei pazienti senza copie di ApoE4, l'Ema ha stabilito che i benefici del farmaco non fossero abbastanza significativi da giustificare l'approvazione.

Una decisione controversa

La decisione dell'Ema ha sollevato un acceso dibattito tra aziende farmaceutiche, comunità scientifica e associazioni di pazienti. La malattia di Alzheimer rappresenta una delle sfide sanitarie più pressanti a livello globale, con un impatto significativo sulle persone affette, le loro famiglie e i sistemi sanitari. Negli ultimi anni, l'introduzione di nuovi farmaci destinati a rallentare la progressione della malattia ha generato speranze, ma anche controversie riguardo alla loro efficacia e sicurezza.

Ilya Yuffa, presidente di Lilly International, ha criticato il verdetto, sostenendo che il sistema normativo europeo sta rallentando l'accesso a trattamenti innovativi:

«Si stima che un terzo delle persone nell'Unione europea sarà sopra i 65 anni entro il 2050 (Rapporto Oecd 2024 Health at a Glance). Aggiungendo i fattori di rischio legati allo stile di vita e

Le differenze socio-economiche, è chiaro che l'Europa deve agire rapidamente per aggiornare i suoi sistemi sanitari e migliorare la vita dei pazienti. Per raggiungere questo obiettivo, l'Europa deve migliorare la competitività globale del suo quadro normativo per accelerare l'innovazione medica per i pazienti».

Yuffa ha anche evidenziato come le autorità regolatorie di altri paesi, tra cui Stati Uniti, Giappone e Regno Unito, abbiano già approvato donanemab, mentre in Europa i pazienti restano in attesa. Secondo il dirigente di Eli Lilly, il sistema europeo è troppo lento e restrittivo, con un tempo medio di revisione dei farmaci superiore di 120 giorni rispetto a quello di Stati Uniti e Giappone. Questo ritardo, unito alle complessità dell'accesso al mercato, significa che i pazienti europei aspettano in media 20 mesi in più per accedere a nuove terapie rispetto ai loro omologhi americani.

Il caso di lecanemab e il precedente dell'Em

La bocciatura di donanemab segue la controversa vicenda di lecanemab, sviluppato da Biogen ed Eisai, un altro farmaco che agisce sulla beta-amiloide. Inizialmente rifiutato dall'Em nel luglio 2024 per ragioni simili a quelle di donanemab, l'ente regolatore ha poi rivisto la sua posizione nel novembre 2024, approvando il farmaco per una categoria ristretta di pazienti. Ora anche Lilly sarà sottoposta a un nuovo esame da parte del Chmp, il comitato che si occupa della valutazione scientifica dei farmaci ed esprime un parere sulla loro immissione in commercio.

Prospettive future per la regolamentazione dei farmaci per l'Alzheimer

L'opinione pubblica e gli esperti di settore restano divisi sulla questione. Da un lato, vi è la necessità di garantire che nuovi farmaci offrano benefici significativi senza rischi sproporzionati per i pazienti. Dall'altro, il timore è che un approccio eccessivamente prudente da parte dell'Em possa ostacolare l'innovazione e ritardare l'accesso a trattamenti che, sebbene non risolutivi, rappresentano un progresso nel rallentamento della malattia.

La questione solleva interrogativi più ampi sulla competitività del settore farmaceutico europeo e sulla necessità di processi di revisione più rapidi ed efficienti. Con una popolazione che invecchia rapidamente, la pressione sui sistemi sanitari per trovare soluzioni efficaci all'Alzheimer continuerà a crescere. La sfida per l'Europa sarà bilanciare il rigore scientifico con la necessità di offrire ai pazienti le migliori opportunità terapeutiche disponibili.

Servizio Ricerca Enea

Le microplastiche nei suoli possono aumentare la resistenza agli antibiotici

Nei terreni agricoli i piccolissimi frammenti offrono superfici ideali per formare comunità microbiche che trasferiscono tra loro i geni della resistenza

di Davide Madeddu

28 marzo 2025

Le microplastiche nei suoli possono aumentare la resistenza agli antibiotici. È quanto emerge da una ricerca condotta dall'Enea con con Joint Research Centre della Commissione europea, Crea e le Università degli Studi di Milano e della Tuscia nell'ambito del progetto Minotaur e pubblicata sulla rivista online Sustainability.

Il ruolo dei fertilizzanti e delle acque reflue

«Le microplastiche sono spesso presenti in ambienti contaminati da antibiotici come suoli agricoli trattati con fertilizzanti e acque reflue - dice Annamaria Bevivino della divisione Sistemi agroalimentari sostenibili dell'Enea - . Questo crea una pressione selettiva che favorisce la sopravvivenza e la proliferazione di batteri resistenti, aumentando la diffusione dei geni di resistenza agli antibiotici». Anche perché, come aggiunge l'esperta «per la loro struttura e composizione i piccolissimi frammenti di plastica offrono ai batteri resistenti superfici 'ideali' per formare vere e proprie comunità microbiche che favoriscono il trasferimento tra loro dei geni di resistenza agli antibiotici».

Individuati 4 batteri che colonizzano la plastica

L'attività di ricerca e studio ha permesso di identificare quattro batteri «che più colonizzano la superficie della plastica abbandonata nell'ambiente». Si tratta di microrganismi spesso presenti nei suoli contaminati da microplastiche e «svolgono un'importante attività di degradazione del materiale plastico e di diffusione della resistenza agli antibiotici». Per Andrea Visca, ricercatore del Laboratorio Innovazione delle filiere agroalimentari, «questo ci suggerisce che potrebbero essere usati come bioindicatori per monitorare la salute del suolo e l'impatto ecologico legato alla contaminazione da microplastiche».

Esaminati i terreni dell'Unione europea

I ricercatori, in seguito all'analisi di sequenze di Dna batterico proveniente da 885 campioni di suolo provenienti dai paesi dell'Ue, hanno identificato 47 geni «codificanti per proteine coinvolte nella degradazione di materiali plastici». «I quattro geni più abbondanti - prosegue Visca - sono risultati essere quelli legati alla degradazione di alcuni composti chimici organici utilizzati nella produzione di plastiche come stirene (materiale base per produrre il polistirolo), benzoato (utilizzato come 'ingrediente' per migliorare le caratteristiche della plastica), benzene e xilene

(utilizzati per produrre il PET delle bottiglie d'acqua) e, tra tutti il gene 'catE' risulta il più centrale nel processo di degradazione».

Non è tutto. Come sottolineano i ricercatori, le microplastiche che si accumulano nei sistemi agricoli «comportano rischi sostanziali in termini di produttività e sicurezza alimentare, in quanto modificano le caratteristiche fisiche e chimiche del suolo».

Servizio Giornata mondiale

Disturbo bipolare, oltre un milione di italiani colpiti

Una condizione che alterna fasi di euforia e depressione. Quali sono le cause e i trattamenti più efficaci per mantenere l'equilibrio

di Francesca Cerati

28 marzo 2025

Si stima che il disturbo bipolare colpisca 80 milioni di persone in tutto il mondo, compromettendo profondamente la qualità della vita di chi ne soffre. In Italia, la patologia riguarda oltre 1,2 milioni di individui, con una lieve prevalenza tra le donne e un esordio che spesso avviene tra i 15 e i 30 anni. Nonostante la sua diffusione, la diagnosi del disturbo bipolare rimane una sfida: circa il 70% dei pazienti riceve una diagnosi errata e, in media, passano otto anni prima di arrivare a un riconoscimento corretto della malattia.

«Si tratta di un disturbo che compromette non solo l'umore, ma anche la sfera cognitiva, volitiva e neurovegetativa, con conseguenze devastanti sulla vita quotidiana dei pazienti e delle loro famiglie», afferma Liliana Dell'Osso, presidente della Società Italiana di psichiatria (Sip) - Ed è caratterizzato da episodi di mania o ipomania alternati a fasi di depressione, che possono inficiare la capacità di funzionare, la gestione delle emozioni e delle relazioni sociali. Nonostante l'ampia diffusione, il disturbo bipolare è spesso frainteso, e molte persone con questa condizione affrontano anche il peso dello stigma sociale». L'urgenza, quindi, non è solo migliorare i trattamenti, ma garantire una diagnosi precoce e abbattere lo stigma ancora presente attorno alla malattia.

Van Gogh, Pollock e la creatività bipolare

La Giornata mondiale del disturbo bipolare cade il 30 marzo, data di nascita di Vincent van Gogh, il celebre pittore olandese che, secondo numerosi studi, soffriva di questa condizione. La sua arte, caratterizzata da pennellate impetuose e colori vibranti, è stata spesso interpretata come espressione del suo stato mentale oscillante tra fasi di esaltazione creativa e momenti di profonda disperazione.

Un altro artista spesso associato al disturbo bipolare è Jackson Pollock, esponente dell'espressionismo astratto. Un recente studio ha suggerito che il suo celebre "dripping" nasconda inconsapevolmente figure e simboli legati al suo inconscio, forse influenzati dalla sua condizione psichiatrica. «La sua capacità di nascondere immagini in bella vista potrebbe essere parte del suo genio creativo, potenziato da straordinarie capacità visuo-spaziali spesso riscontrate nei pazienti bipolari», sostiene Stephen Stahl, autore della ricerca pubblicata su CNS Spectrums.

Nuove scoperte tra biologia e genetica

Negli ultimi anni, la ricerca sul disturbo bipolare ha compiuto passi significativi. Uno studio condotto dalla McGill University ha evidenziato l'esistenza di un "secondo orologio" cerebrale, basato sulla dopamina, che potrebbe spiegare gli sbalzi d'umore caratteristici della malattia. «Questo orologio interagisce con il ciclo sonno-veglia e potrebbe essere il motore delle fasi maniacali e depressive», spiega Kai-Florian Storch. L'obiettivo futuro sarà studiare come silenziare o modulare questo meccanismo per offrire trattamenti più mirati.

Parallelamente, il più grande studio genomico mai condotto sulla malattia ha identificato 298 regioni del Dna coinvolte nel rischio di sviluppare il disturbo. «Conoscere i geni associati ci aiuterà a sviluppare nuovi farmaci», afferma Andrew McQuillin, uno degli autori della ricerca pubblicata su Nature. Questo studio rappresenta un passo cruciale verso la personalizzazione delle terapie, rendendole più efficaci e meno invasive.

Verso una maggiore consapevolezza

Nonostante la sua complessità, il disturbo bipolare è oggi più studiato che mai, con nuove speranze all'orizzonte per diagnosi più precoci e trattamenti innovativi. «Dobbiamo superare gli stereotipi e garantire a chi soffre di disturbo bipolare un supporto adeguato, affinando strumenti diagnostici e terapeutici -», sottolinea Antonio Vita, vicepresidente Sipe e professore di psichiatria all'Università di Brescia - . I rischi di un errore diagnostico possono essere importanti, sia perché il trattamento può variare considerevolmente, sia perché potrebbe mantenersi una scarsa consapevolezza della patologia da parte dei pazienti e dei familiari. Disponiamo oggi di farmaci finalizzati soprattutto alla stabilizzazione dell'umore, ormai ben consolidati nella pratica clinica e che mirano alla riduzione o alla scomparsa della ricorrenza degli episodi depressivi e/o ipo/maniacali, così come di trattamenti psicosociali di provata efficacia, che vanno in ogni caso prescritti e monitorati in ambito specialistico».

La Giornata mondiale del disturbo bipolare è quindi un'occasione per sensibilizzare l'opinione pubblica, promuovere la ricerca e migliorare la qualità della vita di milioni di persone.

Servizio Obesità

Novo Nordisk nuovo accordo da 1 miliardo di dollari per un farmaco orale

Intesa tra la farmaceutica danese e Lexicon Pharmaceuticals per una molecola sperimentale che aumenta la sazietà e riduce il grasso corporeo senza compromettere la massa muscolare

di Francesca Cerati

28 marzo 2025

Novo Nordisk continua la sua strategia di espansione nel mercato dei farmaci contro l'obesità, siglando un nuovo accordo con Lexicon Pharmaceuticals per un farmaco sperimentale orale, LX9851. L'intesa prevede un pagamento iniziale di 75 milioni di dollari, con un potenziale valore complessivo di oltre 1 miliardo di dollari, legato al raggiungimento di specifici traguardi di sviluppo, regolatori e commerciali.

LX9851 è un inibitore dell'enzima ACSL5, studiato per aumentare la sazietà e ridurre il grasso corporeo senza compromettere la massa muscolare, un obiettivo chiave nella ricerca sui trattamenti per l'obesità. I dati preclinici hanno mostrato risultati promettenti, soprattutto in combinazione con il semaglutide – il principio attivo di Ozempic e Wegovy, i blockbuster di Novo Nordisk per il diabete e l'obesità. Nei modelli animali, l'associazione di LX9851 con semaglutide ha ridotto ulteriormente l'assunzione di cibo rispetto ai singoli trattamenti e, ancora più rilevante, ha aiutato i soggetti a mantenere la perdita di peso dopo l'interruzione della terapia con semaglutide, un problema comune nei pazienti che assumono agonisti GIp-1.

Craig Granowitz, Chief Medical Officer di Lexicon, ha sottolineato il potenziale di LX9851 sia come monoterapia che in combinazione con altri farmaci: "Sappiamo che la maggior parte dei pazienti non rimane in terapia con GIp-1 per più di un anno. Questo farmaco potrebbe offrire una soluzione per mantenere la perdita di peso anche dopo la sospensione di questi trattamenti".

Questo accordo segue un'altra mossa significativa di Novo Nordisk nel settore, quando la società ha siglato un'intesa da 2 miliardi di dollari con una compagnia cinese per sviluppare un agonista triplo G, capace di indurre una riduzione del peso corporeo del 15% in soli tre mesi. Con questa strategia, Novo Nordisk e il suo principale rivale Eli Lilly puntano a rafforzare la propria posizione di mercato e a contrastare l'ingresso di nuovi competitor nel settore sempre più redditizio dei farmaci anti-obesità.

Con il controllo su LX9851, Novo Nordisk assume ora la responsabilità dello sviluppo clinico, della produzione e della futura commercializzazione del farmaco, con la possibilità di esplorare ulteriori indicazioni terapeutiche come la sindrome metabolica e la steatoepatite associata a disfunzione metabolica (Mash). Mentre il farmaco entra nella fase 1 di sperimentazione clinica, le aspettative sono alte: se i risultati preclinici verranno confermati nell'uomo, LX9851 potrebbe diventare una componente chiave nelle terapie per la gestione a lungo termine del peso.



Servizio Industria

Elias Khalil (Lilly) nuovo presidente del Gruppo farmaceutico italo-americano

Il Gruppo riunisce 15 aziende italiane a capitale americano e fa parte di Farindustria con una produzione di 6,6 miliardi ed un export di 8 miliardi

di Redazione Salute

28 marzo 2025

Elias Khalil, presidente e amministratore delegato Italy Hub di Lilly (Italia, Centro-Est Europa e Israele), è stato nominato presidente del Gruppo farmaceutico italo-americano (Italian American Pharmaceutical Group - IAPG) che riunisce 15 aziende farmaceutiche italiane a capitale americano e che fa parte di Farindustria.

Adesione all'eliminazione del payback e sostegno a Aifa

«È un onore coordinare questo prestigioso gruppo di imprese italiane a capitale americano – dichiara Elias Khalil – che oggi contribuiscono in modo molto significativo non solo all'innovazione terapeutica in Italia tramite la ricerca, ma anche alla crescita economica e occupazionale del Paese attraverso lo Sviluppo e la Produzione. In linea e condivisione con la strategia di Farindustria, rafforzeremo la call to action del presidente Cattani alle Istituzioni per chiedere una progressiva eliminazione del payback, che consideriamo uno strumento non più sostenibile e che potrebbe portare l'Italia a non essere più un polo attrattivo dell'innovazione e di investimenti esteri nel Paese. Vogliamo inoltre continuare a supportare il grande lavoro dell'Aifa per accelerare i tempi di accesso alle cure e valorizzare le terapie maggiormente innovative attraverso l'approccio dell'HTA».

Khalil è nato in Libano e nel 2003 si è trasferito negli Stati Uniti

Elias Khalil è nato e cresciuto in Libano; trasferitosi negli Stati Uniti nel 2003, ha maturato una forte esperienza nell'industria farmaceutica. Entrato nel 2008 in Eli Lilly, ha ricoperto posizioni di leadership nella Business Unit Internazionale e in Lilly USA, oltre a diversi ruoli nelle vendite e nel marketing. Da settembre 2021 fino al 2024 ha ricoperto il ruolo di vice presidente Business Unit Neuroscienze di Lilly negli Stati Uniti.

Le aziende Iapg impiegano 14mila dipendenti in Italia

Le 15 aziende che fanno parte di IAPG impiegano oggi in Italia 14.000 dipendenti qualificati e rappresentano il 30% del fatturato totale del settore farmaceutico italiano e negli ultimi 5 anni hanno introdotto nel nostro Paese oltre 2,4 miliardi di euro di nuovi investimenti in R&S e produzione. L'Italia è il secondo Paese dell'Unione Europea in termini di occupazione nel settore farmaceutico per le aziende statunitensi (dopo la Germania) e il farmaceutico italiano è tra i primi tre settori per gli investitori statunitensi in termini di valore aggiunto. Per le vendite ex-factory il Gruppo conta 6,6 miliardi di euro (31% del totale dell'industria), mentre per l'export raggiunge gli 8 miliardi di euro.

IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Il tribunale respinge una richiesta di suicidio assistito

Trieste

Il Tribunale di Trieste ha rigettato la richiesta di suicidio assistito avanzata da Martina Oppelli, la donna triestina di 42 anni gravemente malata di sclerosi multipla da oltre 20 anni. Oppelli è seguita dall'Associazione Luca Coscioni, impegnata per la legalizzazione dell'eutanasia, che ieri ha reso nota la vicenda. La donna chiedeva all'Azienda sanitaria universitaria giuliano-isontina (Asugi) di applicare la sentenza 135/2024 della Corte costituzionale per ottenere l'accesso alla morte assistita. La stessa associazione, che mercoledì in Corte costituzionale ha chiesto che i criteri disposti nel precedente verdetto del 2019 sul caso di dj

Fabo sull'accesso alla morte assistita venissero ulteriormente ampliati per includere tutti i pazienti anche se non legati a "trattamenti di sostegno vitale", ha riferito che «secondo medici e Tribunale, Martina non dipende» da questi trattamenti e quindi «non ha diritto ad accedere al suicidio assistito». Sei anni fa la Consulta stabilì che tra i vincoli per ottenere l'aiuto al suicidio vi fosse proprio la dipendenza del paziente da trattamenti vitali, concetto poi esteso l'anno scorso a «procedure (...) normalmente compiute da personale sanitario, ma che possono essere apprese anche da familiari o "caregivers" che assistono il paziente, sempre che la loro interruzione determini prevedibilmente la morte del

paziente in un breve lasso di tempo». I giudici precisarono che la nozione «deve essere interpretata dal servizio sanitario nazionale e dai giudici comuni in conformità alla ratio della sentenza n. 242 del 2019» basata «sul riconoscimento del diritto fondamentale del paziente a rifiutare ogni trattamento sanitario praticato sul proprio corpo, indipendentemente dal suo grado di complessità tecnica e di invasività», e aggiunsero lo «stringente appello affinché sia garantita a tutti i pazienti una effettiva possibilità di accesso alle cure palliative appropriate per controllare la loro sofferenza». A questo quadro si è aggiunto l'accoglimento da parte della Corte, mercoledì, dell'intervento in giudizio di quattro pa-

zienti con patologie irreversibili che ricordano come l'eliminazione del requisito di trattamento di sostegno vitale dalla norma affievolirebbe la protezione di diritto alla vita. Il giudice ha dunque applicato la sentenza del 2019 ritenendo quella del 2014 non vincolante perché risolta in un rigetto. Il 1° agosto 2023 il peggioramento delle sue condizioni indusse Martina Oppelli a chiedere l'aiuto al suicidio, ma l'Azienda sanitaria regionale valutò che l'assistenza cui era sottoposta non fosse qualificabile come "trattamento di sostegno vitale" (tipicamente nutrizione e idratazione assistite). Il Tribunale aveva ordinato di rivalutare il caso ma l'Asugi ha confermato il rifiuto, con la decisione del Tribunale.

Intervento sul caso
di Martina Oppelli,
malata di sclerosi
multipla
e tenuta in vita
grazie ai macchinari



ESPERIMENTO A NEIRONE**Un camper e visite a casa per ridurre i ricoveri****Negrotti e Viana (inviato)** a pagina 8

Un camper, visite a casa e cartelle digitali Ora la sanità di prossimità taglia i ricoveri

PAOLO VIANA
Inviato a Neirone (Genova)

Prima di "Neirone in salute", Rina Gardella doveva farsi tre chilometri a piedi per raggiungere Ognio. Nella frazione abitava l'unico medico della valle Fontanabuona, nel Genovese. Anche prima, non si incontrava anima viva per strada, «ma almeno c'erano i bambini in paese e Neirone era il triplo di oggi»; mentre lo ricorda, ti accorgi che sulle panchine del parco giochi ci cresce il muschio. Prima, del resto, proprio come oggi, le strade erano "sentieri" che via via si restringono di fronte all'auto, pedinate da strapiombi terribili sulla foresta dell'Appennino, appena punteggiata da pizzichi di case. Prima, molto prima di "Neirone in salute", Rina non ricorreva tanto spesso al medico. Del resto, la sanità ce l'aveva in casa, perché la madre, ostetrica, aveva fatto nascere tutta la valle. «Non ho avuto bisogno di cure per tanti anni: bastava mangiar poco, alzarsi alle cinque per badare al bestiame e poi andar per castagne», rievoca con quei suoi occhi vispi che hanno visto 106 anni. Ne ha sedici meno Maria Teresa Rosasco che non smette di baciarle le mani di Elisa Lagomarsino, l'infermiera di famiglia e comunità che per l'Asl 4 del Tigullio, insieme alle colleghe Patrizia e Ilaria, ogni giorno percorre questi tratturi che sembrano strade per raggiungere gli anziani della valle nelle loro case, affondate tra faggi e noccioli. "Neirone in salute" è il progetto dell'Asl per la sanità di prossimità e consiste nella presa in carico del paziente anziano a casa sua, lavorando sulla prevenzione e riducendo l'ospedalizzazione all'essenziale. Parliamo di 350 over 65 distribuiti sull'ampio territorio di questo piccolo borgo Ligure della Val Fontanabuona, alle

spalle di Chiavari, assistiti da tre infermiere di famiglia e comunità (Ifec) che lavorano in rete con i sette medici di famiglia della valle, la farmacista, il parroco, l'assistente sociale, l'assistenza domiciliare integrata, la pro loco e naturalmente il sindaco. L'idea è di Paolo Petralia, direttore generale dell'azienda sanitaria, che applica la legge 33/23 al modello "Comunità in salute".

In due anni, si è investito pesantemente sul digitale e, per portare le cure nelle aree interne, su una piccola flotta di auto e camper superatrezzati. Questi ultimi, i "Gulliver", sono figli del Covid: dopo averli utilizzati per vaccinare chi abitava in frazioni sperdute dell'entroterra ligure, non sono tornati in garage. Mentre, con un bando Formez, ci si preoccupava di formare 250 dipendenti dell'Asl sulla nuova assistenza agli anziani, così come la disegna la legge 33, e si creava la "nuvola" digitale che adesso permette una connessione globale - medici e infermieri dei diversi livelli di assistenza possono lavorare ad esempio sulla stessa cartella digitale del paziente -, con i soldi del Pnrr è stata creata la "flotta" che interpreta la sanità di prossimità, la quale in questo caso non si dispiega soltanto nelle case di comunità, ma entra letteralmente nelle case delle persone fragili.

«Nelle aree interne - spiega Petralia - sperimentiamo la nuova sanità territoriale, anche perché le condizioni sociali e orografiche sono particolari. Parliamo, innanzi tutto, dell'area più anziana d'Europa (con un indice di vecchiaia sopra il 250%), di una bassa densità di popolazione (meno di 150mila assistiti in tutta la Asl 4, il cui 30% vive nei 2/3 del territorio) che decuplica d'estate (tra i comuni dell'Asl 4 c'è Portofino)».

L'azienda ha creato tre case di comunità sulla costa e vorrebbe testare e diffondere nell'entroterra il modello Neirone appena sarà collaudato. L'inaugurazione del centro operativo, una casetta ai margini del centro abitato, è fissata per martedì; il primo tagliando avverrà in autunno. «I nostri operatori fanno prevenzione e promozione della salute, attraverso piani individualizzati - spiega Petralia -, ma erogano anche numerosi servizi sanitari e sociosanitari: nei camper avviene il controllo della gravidanza, e si eseguono ecografie, vaccinazioni, esami diagnostici di vario genere e poi stiamo preparando il team per la salute mentale. Tutto questo, si badi bene, senza aggravio di spesa sanitaria, perché stiamo spostando servizi vicino al cittadino, non li dupliciamo. E intanto calano ricoveri e prestazioni non appropriate. Questo lavoro, oltre a promuovere l'invecchiamento sano e attivo, porterà a una dettagliata analisi dei bisogni di salute di tutta la popolazione over 65 anni, che consentirà una migliore pianificazione dei servizi. Non funzionerà, se da parte dei cittadini non scatterà un atteggiamento proattivo, che permetta al team di specialisti dislocati sul territorio di lavorare in profondità sui problemi. «All'inizio, qualcuno è diffidente - spiega l'infermiera Elisa - ma quan-



do coglie l'importanza del servizio lo accoglie con gioia». Il coordinatore degli Ifec, Marcello Menichini, aggiunge: «L'obiettivo è far restare il paziente a casa propria e per questo entriamo in punta di piedi e creiamo una relazione basata sull'empatia». Come già nel progetto "Tigullio luogo di salute" e nel test in corso nella vicina Val di Vara, in "Neirone in salute" sono coinvolti tutti gli attori sociali e istituzionali: «Saremo il filtro tra le situazioni di necessità e il team, monitorando a distanza le situazioni di bisogno e anche quelle di solitudine» (Simona Figone, farmacista); «ogni anno vediamo sparire una parte del paese, per fermare

l'esodo dall'Appennino servono questi servizi che ci fanno sentire meno soli e abbandonati: una popolazione anziana che non ha la patente e dispone di pochi mezzi pubblici, alla fine, evita di curarsi» (Maurizio Albareto presidente della Pro loco); «condivido l'idea che la cura vada condivisa, e poiché conosco tutti i parrocchiani collaborerò a mettere in rete le esigenze» (don Matteo Bennetti, parroco); «il problema dell'entroterra è la distanza dai servizi dislocati nei nuclei più popolosi della costa, ma questo progetto permette di avvicinare i servizi sanitari agli abitanti del nostro borgo» (Stefano Sudermania, sindaco).

L'Asl 4 ha concepito questo progetto con la Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) e l'Università La Sapienza di Roma che, oltre alla validazione, proporrà modelli di adattabilità delle abitazioni degli anziani non autosufficienti che devono accogliere l'assistenza domiciliare e usufruire di dispositivi per il monitoraggio dei parametri vitali ed il supporto alle attività quotidiane. A Maria Teresa, in verità, non serve molto di più della visita di Elisa: «Da quando sono caduta a Lavagna non mi sento più sicura, meno male che viene lei ogni settimana. Che Dio la protegga». E se l'abbraccia forte.

LIGURIA

L'esperienza di "Neirone in salute", che poggia su una solida rete sociale, mostra come, con la presa in carico degli anziani e lavorando sulla prevenzione, le ospedalizzazioni si possono ridurre all'essenziale



Paolo Petralia dirige l'Asl 4



L'infermiera Elisa Lagomarsino con l'ultracentenaria Rina Gardella



Prorogati i contratti a medici in Cau Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna proroga al 31 dicembre i contratti dei medici occupati nei Cau (centri di assistenza e urgenza), in scadenza domani. «Decisione unilaterale di cui ci assumiamo la responsabilità. Non potevamo chiudere dal 31 marzo un servizio che sta funzionando e rinunciare a

professionisti di cui abbiamo bisogno per rispondere ai bisogni delle cittadine e dei cittadini», spiega l'assessore regionale alla Sanità, Massimo Fabi. Si tratta di circa 500 medici, compresi anche gli specializzandi, che hanno contratti a tempo variabile per ore. Lo scorso anno i Cau, sottolinea l'assessore, hanno

risposto alle richieste di oltre 540mila persone.



SANITÀ

«Troppe spese» La Corte dei conti striglia la Asl Roma 1

••• Spese troppo alte, soprattutto per il personale, ben al di sopra della media regionale, al Gemelli il numero dei parti «complessi» è anomalo, così come si raccomanda di rafforzare l'avvocatura interna per limitare consulenze legali esterne. Strigliata della Corte dei conti alla Asl Roma 1.

Sbraga a pagina 20



SANITÀ IN ROSSO

La voce del personale è pari al 10,78% del bilancio a fronte dell'1,36 della Regione

«Troppe spese» Strigliata alla Asl

Allerta della Corte di conti sui costi della Roma 1

ANTONIO SBRAGA

••• I costi del personale pesano troppo sul bilancio dell'Asl Roma 1. Almeno su quello passato ora sotto la lente della Corte dei conti, che ha comunque «accertato la regolarità del bilancio di esercizio 2023». Però i magistrati contabili hanno deciso la sospensione della pronun-

cia per la parte relativa alla spesa del personale, rimettendo gli atti al Presidente della Corte affinché valuti «l'opportunità di deferire una questione di massima in ordine alle problematiche interpretative». La Sezione regionale di controllo ha infatti evidenziato che «la spesa del personale di Asl Rm 1 è superiore a quella della Regione da cui dipende finanziaria-

mente e, nel 2023, corrisponde al 10,78% del totale costi della produzione» a fronte dell'1,36% regionale. La Corte ha ora chiesto all'Asl «l'adozione di misure idonee a pre-



venire e/o a superare le criticità evidenziate e la trasmissione di una relazione sulle misure adottate entro 60 giorni dalla comunicazione del deposito della presente deliberazione», nella quale i magistrati contabili hanno evidenziato altre quattro criticità. A partire dal «rischio di comportamenti opportunistici da parte delle strutture private accreditate, sotto il profilo della corretta trasmissione dei dati» relativi ai rimborsi (DRG) pagati dall'Asl per le prestazioni erogate ai suoi residenti dai cen-

tri convenzionati. Denunciando un caso su cui gli stessi «rappresentanti della Asl si sono soffermati: sul comportamento opportunistico posto in essere dal Policlinico Gemelli attraverso l'improprio utilizzo della codifica (DRG) dei parti eseguiti presso detta struttura nel periodo 2009 - 2021». In questo lasso di tempo, infatti, sarebbero stati rimborsati troppi parti complicati (che costano all'erario più del doppio rispetto a quelli ordinari), almeno stando all'esito dei controlli di appropriatezza sulle prestazioni sanitarie erogate. Questi controlli avrebbero consentito «nel caso dei parti presso il Policlinico Gemelli, di porre fine al comportamento opportunistico della

menzionata struttura finalizzato a conseguire il maggior rimborso previsto per il parto con tipologia DRG 375 (2.859 euro) invece della tariffa prevista per la prestazione di parto "ordinaria" codificata con DRG 373 (1.272 euro per parto)», sottolinea la Corte dei conti. Puntando l'indice su un decennio di anomalie: «dal 2009 al 2019, infatti, lo stato degli atti mostra come presso il Policlinico Gemelli si sia registrato un anomalo dato statistico di parti "complicati" (DRG 375, 2.859 euro) rispetto ad altre strutture, pubbliche e private, dato poi sostanzialmente azzeratosi a seguito dei controlli effettuati». I magistrati contabili hanno poi stigmatizzato anche i tempi di approvazione del bi-

lancio di esercizio, non in linea con il dettato normativo e la gestione delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramoenia. Raccomandando «l'esigenza di contenere le spese legali con l'adozione di opportune misure organizzative», come «il rafforzamento dell'organico dell'avvocatura interna, idoneo a ridurre le esternalizzazioni a legali esterni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Policlinico Gemelli
I magistrati chiedono spiegazioni
sul numero «anomalo»
dei parti complicati rispetto
a quelli ordinari*

*Ufficio legale
Si raccomanda il rafforzamento
dell'organico dell'avvocatura
interna in modo da limitare
consulenze esterne*

Viale Mazzini
L'ingresso della
Corte dei conti
La Asl Roma 1
ha 60 giorni
per replicare
alle osservazioni
dei magistrati
contabili



Un premio Nobel per far crescere il Campus Bio-Medico

Roma, Schekman nell'advisory board. L'obiettivo: l'accreditamento Irccs per le patologie muscoloscheletriche

ROMA Il Campus Bio-Medico di Roma avrà un nuovo Advisory board scientifico per accompagnare e sostenere i suoi progetti di ricerca, clinici e di innovazione nel percorso di accreditamento come Irccs nel campo delle patologie dell'apparato locomotore. Sarà formato da sei esperti di fama internazionale: Randy Wayne Schekman, professore ordinario di Biologia molecolare e cellulare all'Università della California (Berkeley) e premio Nobel per la Medicina nel 2013; Michael Tobias Hirschmann, affiliato all'Università di Basilea e primario di Chirurgia ortopedica del Kantonsspital Baselland; Ivan Martin, direttore del dipartimento di Biomedicina dell'Università di Basilea; Javed Parvizi, professore

di Chirurgia ortopedica all'Università Acibadem di Istanbul; Giuseppe Remuzzi, direttore scientifico dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri Irccs; e Daisuke Sakai, capo del dipartimento clinico dell'Università di Tokai in Giappone.

Il nuovo comitato è stato annunciato ieri durante l'evento conclusivo del progetto di ricerca «Spine 4.0», avviato nel 2022 per studiare le applicazioni dell'intelligenza artificiale nella cura delle patologie della colonna vertebrale. Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, in videocollegamento ha detto che «le patologie muscoloscheletriche sono tra le principali cause di disabilità nel mondo, con un impatto crescente sulla qualità della vita, sulla produttività lavorativa

e sui sistemi sanitari». «Il nuovo Advisory ci aiuterà — hanno aggiunto Carlo Tosti, presidente della Fondazione, Paolo Sormani, direttore generale, e Vincenzo Denaro, direttore scientifico — a crescere nel panorama sanitario nazionale e internazionale. I membri scelti contribuiranno a supportare le strategie di ricerca, garantendo che la nostra Fondazione continui a essere un punto di riferimento nell'innovazione scientifica».

In questa ottica, il progetto «Spine 4.0», promosso dall'Inail, mira a un approccio multidisciplinare e personalizzato per la gestione della lombalgia e delle patologie degenerative del rachide (parte della spinale dorsale che sostiene testa e tronco) attra-

verso l'utilizzo combinato di intelligenza artificiale, terapie rigenerative e chirurgia mininvasiva. Il progetto ha poi esplorato anche l'efficacia di terapie con cellule staminali per la rigenerazione del tessuto nei pazienti con lombalgia cronica, e ha introdotto tecniche di chirurgia vertebrale mininvasiva assistita da un sistema di navigazione robotizzato. «Il progetto — ha detto il presidente dell'Inail, Fabrizio D'Ascenzo — ha come obiettivo la centralità della persona». Per il Rettore Eugenio Guglielmelli «i risultati dimostrano che l'approccio multidisciplinare è vincente».

Clarida Salvatori

Ricerca

● Il Campus Bio-Medico di Roma ha un nuovo comitato scientifico con 6 esperti di fama mondiale per i progetti di ricerca

● L'ultimo, «Spine 4.0», studia le patologie della schiena anche con l'uso dell'AI

Chi è



● Randy Wayne Schekman, 76 anni, professore di Biologia all'Università della California e premio Nobel 2013 per la Medicina



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Il caso

«Risonanza magnetica? Venga a marzo 2027» La rabbia di Piero, operaio dell'ex Ilva

Taranto, l'appuntamento del Cup. E lui: «Non so se ci sarò»

dal nostro inviato

Carlo Vulpio

PALAGIANO (TARANTO) Operaio del più grande siderurgico d'Europa, l'ex Ilva, da quando aveva 19 anni, Piero Vernile, oggi, a 46 anni, ha già tre figlie, è già separato e ha già una invalidità al 65 per cento. Vernile è, in due parole, la classe operaia. Ma a differenza dell'operaio Lulù (Gian Maria Volontè) del famoso film di Elio Petri *La classe operaia va in Paradiso* (1971), Vernile in Paradiso non ci tiene ad andarci così giovane — nemmeno con l'immaginazione, come accade a Lulù —, nonostante l'impegno della Asl di Taranto di mandarcelo.

«Grazie, ma tra due anni non so nemmeno se ci sarò», ha risposto Vernile l'altro giorno all'impiegata del Cup (Centro unico di prenotazione) dell'Asl di Palagiano, il suo paese, a una ventina di chilometri da Taranto, che gli aveva fissato l'appuntamento per una risonanza magnetica al 27 marzo 2027 nell'ospedale di Castellaneta.

Dopo aver scoperto nel 2017 dei linfonodi al braccio destro e due focolai tumorali benigni al polmone destro, tenuti sotto osservazione con Tac e Pet, Vernile doveva fare anche una risonanza magnetica.

«Già sono stato costretto a sospendere Tac e Pet grazie alla emergenza Covid — racconta —. Adesso, sentirmi di-

re che solo tra due anni potrò fare una risonanza magnetica mi ha fatto incazzare e provare schifo per questa Regione, questa nazione, questo sistema sanitario. Noi all'Ilva respiriamo ancora sostanze cancerogene, c'è ancora l'amianto non incapsulato, e questi che comandano — tutti, di ogni colore, alla Regione e al governo negli ultimi vent'anni — non garantiscono ai cittadini una assistenza sanitaria decente e non si vergognano di queste liste d'attesa per esami indispensabili, che possono significare la vita o la morte».

Piero Vernile in questo quarto di secolo all'Ilva ha scoperto in fabbrica e a sue spese cosa sia la coscienza di classe (chissà se si può ancora dire) ed è diventato sindacalista sotto l'ala di Rocco Palombella, oggi segretario nazionale Uilm. Non si è pertanto limitato alla indignazione, ma ha postato su Facebook e dettato all'Ansa ciò che state leggendo qui e che ha voluto raccontare di persona e nei dettagli al *Corriere*. Dice Vernile, che per la storia operaia di Taranto «costellata di morti e malati di cancro, adulti e soprattutto bambini, la vergogna della malasanità qui è una doppia vergogna, la gente in lista di attesa non si conta più». Questa stessa gente, appena ha letto la sua invettiva,

ha messo in Rete i propri racconti (documentati) e commenti (spietati). Soprattutto nei confronti del presidente della Giunta regionale, Michele Emiliano — che non perde occasione di ripetere come funziona bene la sanità pugliese — e dei dirigenti sanitari da lui nominati, protagonisti di vicende scandalose di malasanità di ogni tipo. L'eco del caso Vernile è così diventata un boato e due giorni fa, «esattamente il 28 marzo alle ore 13.44 — continua lui — ricevo una chiamata dal Cup dell'Asl di Taranto».

Il contenuto della telefonata è il classico tentativo di metterci una toppa che risulta peggiore del buco. «La gentile signora dell'Asl — prosegue l'operaio — si scusa con me, mi dice che son cose che non devono accadere e si inoltra in una complicata spiegazione di "agende chiuse" e "agende aperte" per giustificare le liste di attesa. Poi mi dice: "Proprio un'oretta fa si è aperta la possibilità di fare la risonanza in una clinica di Taranto il prossimo 9 aprile. Guardi, in via



eccezionale, le fisso già l'appuntamento". In via eccezionale? Le rispondo che non voglio trattamenti di favore. La signora non "recepisce" e insiste per agevolarmi, dice che posso fare la risonanza anche privatamente e che poi basta che io invii la ricevuta di pagamento al Cup, dove loro valutano caso per caso il rimborso, "ma per lei sicuramente la pagheremo, non si preoccupi". Al che mi sono arrabbiato e le ho detto: perché ciò che mi sta dicendo non me lo scrive e non me lo invia per mail? Che schifo. Fate schifo. Ho an-

che una madre ultrasettantenne malata di cancro, che vive da sola e ogni due mesi necessita di farmaci che non può andare a prendere in farmacia perché non ce la fa a raggiungerla, e la farmacia della Asl non è in grado di organizzare una consegna delle medicine a domicilio, una volta ogni due mesi!».

Vernile trattiene le lacrime. Ma glielo chiediamo lo stesso. Lei vota? «Purtroppo, ho votato prima Pd, poi Vendola, Emiliano, poi i 5S e da ultimo Meloni. Tutti uguali. Per me, non si salva nessuno e non vo-

terò più». Non è il Mid West operaio e contadino che vota Trump. È Taranto, meravigliosa e spenta capitale della Magna Grecia. Dove non sai se fra due anni sarai ancora vivo, come dice Vernile, ma sai che potrai essere in lista d'attesa anche dopo essere morto.

La malattia

Nel 2017 aveva scoperto dei linfonodi al braccio destro e due focolai tumorali benigni

La toppa

Dopo una prima denuncia pubblica, l'ospedale ha provato a richiamare l'uomo

La scheda

● Piero Vernile, 46 anni, operaio delle Acciaierie d'Italia (ex Ilva) di Taranto da quando ne aveva 19, si è recato al centro prenotazioni di Palagianò, dove vive, per una risonanza magnetica ma ha ottenuto il primo appuntamento tra due anni: il 27 marzo 2027

● L'uomo, che ha dei focolai tumorali al polmone e una invalidità al 65%, ha denunciato il fatto su Facebook e all'Ansa



Operaio Piero Vernile, 46 anni, con la proposta di appuntamento per una risonanza magnetica all'ospedale di Castellaneta (Taranto): prima disponibilità il 27 marzo del 2027

