

3 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



Avenire

Cremona sette

02/03/2025

ETICA E SALUTE

Legge sul fine vita Bebber: «Mai per procurare morte»

«L'Arise è pronta ad accogliere nei suoi Hospice quanti, avvicinandosi la fine della loro vita, intendono concludere serenamente la propria avventura terrena, offrendo fraterna assistenza e cure palliative per lenire le loro sofferenze». Lo assicura il padre Virginio Bebber, superiore della comunità camilliana di Cremona e presidente nazionale dell'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Arise), dando seguito al messaggio con il quale i vescovi italiani hanno espresso la posizione della Chiesa in risposta alla recente legge sul fine vita approvata dalla Regione Toscana. Bebber si dice pronto a «mettersi in gioco con tutti i mezzi di cui dispongono le strutture associate, in particolare le 46 Rsa, la maggior parte delle quali dispongono di reparti Hospice e, laddove non esistono, offrono lo stesso tipo di assistenza con cure palliative a domicilio». Dal camilliano un forte e deciso «no sia all'ac-

canimento terapeutico che alla morte procurata» e, di conseguenza, «un no fermo e irrinunciabile all'eutanasia». Ma anche un altrettanto forte e deciso «sì all'idratazione e all'alimentazione artificiali fino a quando la pratica non dovesse procurare sofferenze aggiuntive, o risultare ormai completamente inutile». E soprattutto, «sì alla libertà delle istituzioni sanitarie gestite da enti e congregazioni religiose, seppure convenzionate con il pubblico, di seguire le proprie motivazioni etiche e i propri principi nel rispetto delle finalità delle stesse strutture». «In tema di fine vita», osserva Bebber con riferimento alla legge toscana, si va profilando una soluzione legislativa che tra le prestazioni sanitarie, «iscrive, tra l'altro» di «favorire la morte del paziente malato». Bebber sottolinea inoltre «l'incongruenza di una legge che trasferisce i fondi erogati per dare sostegno alla disabilità, ad un percorso teso a procurare la morte della persona». Un richiamo anche al Papa che, «in più occasioni, parlando del fine vita si è au-

gurato che "in seno alle società democratiche, argomenti delicati come questi siano affrontati con pacatezza: in modo serio e riflessivo, e ben disposti a trovare soluzioni - anche normative - il più possibile condivise...". Dunque, conclude Bebber, «rispetto per tutti. Ma anche per le istituzioni sanitarie religiose che hanno diritto a mantenere fede alla missione affidata loro dal Cristo stesso: "Andate, predicate e curate gli infermi". Non certo "procurate loro la morte"».

BZ Rebel Pay per you

la Repubblica

Ecco una notizia. Con noi risparmi sull'RC Auto. QR code and BZ Rebel Pay per you

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo

Lunedì 3 marzo 2025

Oggi con Affari&Finanza

€1,70

IL VERTICE

“Ucraina, un mese di tregua”

Asse tra Starmer e Macron a Londra: subito stop al conflitto. Piano per una pace giusta, l'America è indispensabile. Allo studio una coalizione di volenterosi. Von der Leyen: “Noi con Kiev. Bisogna riarmarsi, è il momento di agire”

Meloni vede Zelensky ma frena sulle truppe: “Serve la Nato, andrò da Trump”



La manifestazione

Uniti per l'Europa anche i sindacati dicono sì alla piazza

ROMA - Cgil, Cisl e Uil raccolgono l'appello lanciato da Michele Serra su Repubblica per la manifestazione di unità europea che sarà a Roma il 15 marzo in piazza del Popolo alle 15. Dopo Fumarola, oggi l'adesione ufficiale di Landini e Bombardieri. di Cerami, Colombo, Galati, Lauria e Vitale alle pagine 8, 9 e 10

Spirito garibaldino

di Corrado Augias

Michele Serra nell'appello lanciato su questo giornale ha evocato l'esortazione garibaldina "Qui si fa l'Italia o si muore" dandogli un nuovo senso per i confusi giorni che attraversiamo: "Qui si fa l'Europa o si muore". Parole che un secolo e mezzo dopo quelle originali lanciate nel 1860 a Calatafimi, potrebbero far pensare ad un eccesso di enfasi romantica. A me sono sembrate invece straordinariamente aderenti alla realtà che stiamo vivendo. a pagina 24

Come ricostruire l'Unione perduta

di Lucio Caracciolo

L'Unione Europea è cerebralmente defunta. Alla prova della guerra si è rivelata inutile per risolverla. Nei tre anni di conflitto in Ucraina non ha saputo articolare uno straccio di proposta per farlo cessare. a pagina 24

dal nostro corrispondente Antonello Guerrera

LONDRA - Tutte le strade portano a Londra, o quasi. Nella gloriosa residenza Lancaster House dove hanno girato pure The Crown, ieri Sir Keir Starmer ha presieduto un vertice cruciale con gli europei, la Turchia e il Canada per affinare con la Francia una proposta di pace e peacekeeping da poggiate al più presto sul tavolo di Donald Trump. di Basile, Ciriaco, Franceschini, Mastroianni e Tito da pagina 2 a pagina 7

Mappe

Il senso degli italiani per la minaccia Usa

di Ilvo Diamanti

La percezione della guerra in Ucraina dopo l'invasione russa, nel 2022, è mutata sensibilmente, agli occhi degli italiani. Insieme all'immagine dei protagonisti: i Paesi e i leader. a pagina 11



Rimadesio

Moda

Il ritorno di Armani alle radici

di Serena Tibaldi

Giorgio Armani torna alle origini: «Ogni collezione per me nasce dal desiderio di trovare prospettive inedite e offrire una nuova lettura di uno stile i cui contorni sono chiari e netti. Questa stagione ho pensato alle radici immaginando abiti che prendono i colori da minerali, terra e certi paesaggi riarsi dal sole». a pagina 23

Sci



Brignone vince Coppa del mondo più vicina

di Mattia Chiusano nello sport

Le idee

Se la realtà è più sovversiva del Carnevale

di Nicola Lagioia

Se pensate che dietro la maschera ci sia un'altra maschera e così all'infinito, vi sbagliate di grosso. La prima cosa che dimentichiamo, quando pensiamo al Carnevale, è che si tratta di una festa mobile. La seconda è il ribaltamento dei ruoli. La terza, la più oscura e affascinante, la enuncerà tra poco. a pagina 26

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/6821 Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06/688281

DEL LUNEDÌ

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

TIGOTA logo



Un canale più ricco Corriere.it lancia il nuovo Animalì di Alessandro Sala a pagina 29

VOLARE SULLA CILINDRA DEI PRILEZI

Domani gratis Vacanze, la guida per scegliere i voli di Leonard Berberi a pagina 24

Scopri il volantino Tigota QR code

Vertice da Starmer. Proposta Londra-Parigi: tregua di un mese e una coalizione di volenterosi per l'invio di truppe in Ucraina

Kiev, il piano divide Meloni e Macron

Il presidente francese all'Italia: sia al nostro fianco. La premier: l'Occidente resti unito

COSTRETTI A SCEGLIERE

di Paolo Giordano
Questo giornale nasceva 149 anni fa. Iniziano oggi le celebrazioni che porteranno, fra dodici mesi, al compleanno...



L'Europa, riunita a Londra da Starmer, abbraccia Zelensky. Sul tavolo la difesa comune dell'Ucraina. Il primo ministro inglese, che con la Francia lavora a un accordo di pace e vuole la collaborazione degli Usa, ha avuto un colloquio bilaterale con Meloni. Poi ha annunciato fondi per 2 miliardi di euro destinati all'acquisto di 5 mila missili per la difesa di Kiev. Von der Leyen: «Riarmiamo l'Europa». da pagina 2 a pagina 11

GIANNELLI
LA RISPOSTA A UN LETTORE
Trump, schiaffi a Zelensky e sorrisi a Putin
di Luciano Fontana
Ho provato un senso di vergogna guardando lo scontro in diretta tv alla Casa Bianca. Per tutti noi l'America è una grande democrazia che condivide i nostri stessi valori. Apparteniamo con orgoglio al mondo occidentale e al suo sistema di alleanze. Nello Studio Ovale abbiamo visto invece un presidente e un vicepresidente trattare con fastidio e arroganza il leader di un Paese che da tre anni si sta difendendo dall'invasione russa. a pagina 31

FRANCESCO AL GEMELLI
Il Papa a messa, poi caffè e lettura. Nessun segno dell'ultima crisi
di Gian Guido Vecchi

CONDIZIONI CLINICHE STABILI
ma la prognosi resta riservata. Nella giornata di ieri, iniziata con un caffè e la messa insieme ai medici del Gemelli, il Papa sfebbrato non ha avuto bisogno «della ventilazione meccanica» ed è stato sottoposto solo alla ossigenoterapia. La crisi di broncospasmo dello scorso venerdì non avrebbe avuto conseguenze dirette. a pagina 17 De Bac

MAPPE STRAPPATE

di Goffredo Buccini
Un'immagine delle recenti elezioni tedesche è destinata a restarci negli occhi come un monito: la mappa della Germania spaccata a metà tra Cdu e AfD, a Ovest una democrazia matura, a Est una riunificazione incompiuta. La forza leastica di quella frattura ha interpellato tutti noi europei nelle ore del vertice di Londra, con le minacce alla sicurezza comune in cima ai dossier diplomatici. continua a pagina 30

Sul podio Brignone trionfa nel superG. MotoGP, la coppia Marquez davanti a tutti



Federica Brignone, 34 anni, prende il largo in Coppa del Mondo (Marco Travati/Agf)
Federica, un'altra magia
di Flavio Vanetti a pagina 42



I piloti Alex e Marc Marquez, 28 e 32 anni, sul podio in MotoGP (Kittirun Rodsupan/Agf)
La Ducati e i due fratelli
di Paolo Lorenzi e Giorgio Terruzzi a pagina 43

DATARO.COM

Temu, i rischi per chi compra
di Milena Gabanelli e Mario Gerevini
L'e-commerce Temu, 90 milioni di utenti solo in Europa, dove ogni giorno arrivano (nove volte su dieci dalla Cina) 12 milioni di oggetti low-cost. Ma la qualità? Il fondatore Colin Zheng Huang e le società alle Cayman. a pagina 21

INTERVISTA AL VIROLOGO

Bassetti: No vax? Ne ho denunciati un centinaio
di Giovanni Viafora
Il virologo Matteo Bassetti: «Ho denunciato centinaia di No vax, mi scrivevano insulti allucinanti». a pagina 23

ULTIMO BANCO Degli altri non mi frega niente

di Alessandro D'Avenia
Mi scrive un ragazzo: «Frequento il terzo anno di università e ho finito la sessione di esami all'apice di una crisi che si protrae da mesi. Prima, durante e dopo l'esame mi sono sentito de-umanizzato, proprio come lei scrive in "Scissione" e "Diventare chi?". Durante lo studio ero indifferente a ciò che imparavo, mentre ero interrogato non avevo alcuna voglia di mostrare ciò che avevo studiato, e dopo l'esame è emersa un'apatia totale. Non ero felice, triste, arrabbiato o nervoso: non ero nulla. Mi sono sentito un computer che ha raggiunto un risultato, schiavo di un sistema che ci dice di fare le cose entro un certo tempo e noi le facciamo, senza troppe domande e pensando: "Dai, che poi è finita". Ma il problema non è il si-



stema o la facoltà, ma che, a 21 anni, mi sento inutile per me e gli altri. Più frequento corsi e supero esami, più mi sento fallito e in balia di eventi che mi trascinano. C'è però una nota positiva: è la prima volta che il mio stare male non si rivolge verso qualcuno o qualcosa, ma verso me e ciò che faccio. È la prima volta che mi chiedo cosa voglio davvero fare. Mi auguro di trovarlo». Sono diversi i ragazzi che precipitano in questa apatia. Come uscire?
La risposta è già nelle parole del ragazzo: sa che per la prima volta il suo dolore non si proietta fuori ma diventa conversazione interiore, origine dei cambiamenti reali e duraturi nella nostra vita. continua a pagina 22

ENERGIA FISICA E MENTALE. SUSTENIUM PLUS50+ FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+. DAI ENERGIA ALLA TUA ENERGIA. NOVITÀ

503003 9 771120 493008

L'INCHIESTA

Le donne senza Opzione la pensione è un miracchio

VALENTINA PETRINI



«Icenzinata nel 2014. In mobilità fino al 2018. Poi niente. Il 29 dicembre 2022, con 35 anni di contributi e 59 anni di età, ho deciso di andare in pensione anticipata con Opzione dotrina». RUCCIO - PAGINE 16-17

GLISPETTACOLI

L'ultima serie sui medici specchio dei nostri tempi

GIULIA ZONCA



È dai tempi del dottor Kildare che le serie tv a tema ospedaliero ci raccontano dove siamo. Siamo dentro un pronto soccorso nel cuore di Berlino, a Kreuzberg, dove è caduto il muro e si sono stratificati i problemi. - PAGINA 24



LA STAMPA



LUNEDÌ 3 MARZO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N. 61 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, DCR-TO II www.lastampa.it

GNN

A LONDRA SUMMIT CON ZELENSKY. LA FRANCIA: SERVE L'ITALIA AL NOSTRO FIANCO. IN AMERICA VANCE CONTESTATO

“Tregua di un mese per l'Ucraina”

Piano di Starmer e Macron per la pace: lo presenteremo a Trump. Meloni: serve la Nato, basta tifoserie

L'INTERVISTA

Cacciari: “L'Occidente ha fatto vincere Putin Ora l'Unione si apra a Pechino e a Mosca”

FRANCESCA SFORZA



Trump «dice brutalmente e senza ipocrisia alcune cose che tutti sanno: per caso qualcuno aveva creduto che l'Ucraina potesse da sola sconfiggere la Russia sul terreno? O che gli Stati Uniti potessero fare una guerra mondiale per l'Ucraina? Perché se vuoi vincere la Russia devi fare la guerra mondiale», dice a il filosofo. - PAGINA 5

L'ANALISI

Il ponte transatlantico è solo una pia illusione

NATHALIE TOCCI

Diciotto leader europei si sono riuniti a Lancaster House a Londra per coordinare la reazione europea al terremoto causato dall'allineamento strategico e ideologico tra il presidente Usa Trump e il suo omologo russo Putin. Che Trump nutra affetto e ammirazione per gli autocrati non è una novità. - PAGINA 21



AGLIASTRO, BARBERA, LOMBARDO, SIMONI

Aiuti economici e militari all'Ucraina, per un negoziato di pace che la metta nelle migliori condizioni possibili, convince gli Usa a non scacciare Kiev, mentre l'Europa provvede a riarmarsi per il bene di sé stessa e dell'alleato ucraino. - PAGINE 2-9

IL REPORTAGE

Nel Kherson assediato “Traditi da Washington”

MONICA PEROSINO

I generali russi non hanno perso tempo. Hanno intravisto un'opportunità irripetibile per alzare il tiro, aumentare la pressione e avanzare quanto più possibile e la stanno sfruttando tutta. Da venerdì scorso, poche ore dopo quella che in Ucraina chiamano “l'imboscata” di Trump a Zelensky, l'intensità di bombardamenti erai aerei è aumentata come non avveniva da mesi. - PAGINE 8-9

LE IDEE

La civiltà uccisa dalla brutalità Usa

Barbara Carnevali

Stati Uniti d'Europa risposta ai nuovi bulli

Tommaso Nannicini

Troppe bugie sui dazi l'Ue non può dividersi

Giorgio Barba Navaretti

IL COMMENTO

Così Giorgia riesce a camminare sul filo

ALESSANDRO DE ANGELIS

Bisogna ripercorrere l'intera sequenza, per comprendere il punto esatto in cui si trova Giorgia Meloni in questa tempesta. La sequenza inizia dalla telefonata con Donald Trump, proprio alla vigilia del vertice londinese. L'uomo, che ha dimostrato maniere, diciamo così, spicce e rudi con chiunque, risponde al telefono ed evidentemente autorizza che venga resa nota la notizia. Di questi tempi non è scontato. Basta chiedere all'Alto Rappresentante Ue Kaja Kallas che, atterrata negli Stati Uniti, non è stata neanche ricevuta dal segretario di Stato Marco Rubio. - PAGINA 21



IL PADRE DEL MUSICISTA MORTO SULLA COSTA CONCORDIA: LA SEMILIBERTÀ SAREBBE L'ULTIMA OFFESA

“Non perdono Schettino”

PINO DI BLASIO



LA MODA

Il diavolo veste Prada e si compra Versace

MARIA CORBI



Nell'ultimo giorno delle sfilate milanesi la voce di una imminente vendita di Versace (del gruppo Capri Holdings) al gruppo Prada si fa più concreta tanto che Bloomberg News parla di un prezzo di quasi 1,5 miliardi di euro (1,6 miliardi di dollari). La firma sarebbe questione di giorni. - PAGINA 19

LEADER

Un Mega continentale ma in chiave anti-Musk

Massimiliano Panarari

LO SPORT

Il nuovo Toro vince a Monza Doppia lezione per Cairo

ANTONIO BARILLA

La vittoria di Monza agita emozioni opposte: orgoglio, rimpianto, dispiacere. Allunga un sorriso inesperto da riflessioni su quel che poteva essere e non è stato. Impossibile, scorrendo la classifica, non avvertire una punta d'amarezza, non sorprendersi a rivangare le occasioni perdute. - ODDISSEINO - PAGINA 27



Brignone non si ferma più e sogna la Coppa a La Thuile

DANIELA COTTO

Ride e vince. Vince e ride. Federica Brignone, la donna copertina dello sci italiano, continua a vivere su un altro pianeta. Nella sua personalissima bolla fatta di certezze, talento e affetti, cresce la sua forza e la sua autostima. Sulla neve di Kvitfjell alza l'asticella e si prende il supergigante. - PAGINA 29



ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA
IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLO OGGETTO



SANITÀ, TICKET DA 138 MILLIARDI MA FINIAMO IN LISTA D'ATTESA

Una maggiore integrazione tra pubblico e privato oltre a una valorizzazione dei fondi integrativi a cui sono iscritti 16,5 milioni di italiani sarebbero utili. Invece si fa il costoso progetto di trasformare i medici di base in dipendenti

di **ALBERTO BRAMBILLA**

Per l'Italia è fondamentale sia lo sviluppo dei fondi di sanità integrativa sia l'autonomia dei medici di base. Vediamo il perché in base ad alcuni dati tratti dal 12° Rapporto sul bilancio del sistema previdenziale italiano presentato dal Centro studi e ricerche Itinerari Previdenziali alla Camera lo scorso gennaio. La spesa sanitaria prevista per il 2024 è pari a 138.776 milioni, in crescita del 5,8% rispetto al 2023 quando era 132,9 miliardi (+2% rispetto al 2022). Per finanziare la spesa assistenziale (assistenza sociale e lotta alla povertà) lo Stato ha trasferito in legge di bilancio all'Inps 164,5 miliardi una spesa che cresce a tassi prossimi al 5% l'anno, oltre il doppio di quella per le pensioni. In totale le due spese sociali valgono 303 miliardi e sono finanziate, in assenza di contributi di scopo, dalla fiscalità generale; per coprire questo enorme importo servono tutte le imposte dirette (Irpef, addizionali, Ires, Irap imposta sostitutiva) e non bastando occorrono anche circa 40 miliardi di imposte indirette.

Insomma, per pagare sanità e assistenza consumiamo quasi la metà delle entrate fiscali che inoltre devono finanziare oltre 90 miliardi di interessi sul nostro debito pubblico che a fine 2024 ha sfiorato i 3 mila miliardi. Resta veramente poco per investimenti, sviluppo, ricerca e formazione che sono il nostro futuro. Dal 2021 a dicembre 2024 abbiamo fatto quasi 300 miliardi di nuovo debito mentre la crescita del Pil langue (+0,7% forse nel 2024) e intorno allo 0,7% per il biennio 2025/26. I risultati di questa enorme spesa però sono deludenti: i poveri sono passati in 16 anni da 2,1 milioni a oltre 5,7 milioni e le liste d'attesa inesistenti o quasi nel 2008 ora sono tali da vanificare l'universalità del servizio sanitario tanto che gli italiani, per sopperire alle carenze del sistema pubblico, spendono oltre 50 miliardi di tasca propria per farsi curare prevalentemente dal privato o privato accreditato al Servizio sanitario.

Se i dati economici non sono positivi con prospettive per il 2025 di minore occupazione e aumento degli ammortizzatori sociali il che peggiorerà la situazione complessiva, altre preoccupazioni vengono dalla demografia. Gli over 65 sono oggi il 24% della popolazione sono



destinati ad aumentare da qui al 2050 al 35%; gli over 80 sono il 7,6% (erano il 2,1% nel 1980) e arriveranno a oltre il 14%. Cambia quindi la struttura per età della popolazione, ma muta anche la composizione delle famiglie il 40% delle quali è formato da coppie senza figli e il 30% destinato ad arrivare al 33% ha un solo componente, spesso senza figli e nipoti e con parenti molto anziani. Infine, abbiamo una bassa occupazione (siamo ultimi tra i Paesi Ocse in quasi tutte le classifiche) con 38 milioni di italiani in età da lavoro ma solo 24 milioni che lavorano mentre un altro problema è la bassa produttività.

Da questi pochi dati emerge che, con bassa occupazione e produttività, alto debito, eccessiva spesa pubblica e grande invecchiamento della popolazione, la situazione socioassistenziale basata solo sul sistema pubblico si aggraverà ulteriormente; tanto più se consideriamo i vincoli di finanza pubblica indicati nel Piano Strutturale di Bilancio 2025/29 che è il principale strumento nell'ambito del nuovo Patto di Stabilità e Crescita che prevedono la necessità di ridurre sia il deficit annuo sia il debito pubblico per restare nei rating internazionali e i costi aggiuntivi per sanità e assistenza legati all'invecchiamento della popolazione nonché le ineludibili spese per la tutela ambientale. Per questi motivi diventa sempre più necessaria una forte integrazione tra welfare pubblico e privato per arrivare a quel welfare mix che ormai caratterizza la maggior parte dei Paesi ad alto e medio reddito.

Tuttavia, anche la legge di Bilancio per il 2025 non prevede nulla per il welfare complementare, nulla per una maggiore integrazione tra pubblico e privato, nessuna agevolazione e incentivazione per i fondi pensione, nessuna norma per le prestazioni per la non autosufficienza che potrebbero confluire nei fondi sociosanitari e gestita finanziariamente dai fondi pensione, nulla sui fondi sociosanitari cui sono iscritti oltre 16,5 milioni di italiani, che potrebbero risolvere buona parte dei problemi del nostro Servizio sanitario nazionale; poco per le forme di sostegno al reddito (enti bilaterali). Eppure, ne avremmo un gran bisogno perché, come abbiamo visto, la società invecchia e lo Stato non ce la fa a sostenere queste spese anche perché il 60% della popolazione italiana che giustamente vorrebbe una buona assistenza sociosanitaria, versa solo l'8% di tutta

l'Irpef e poco delle altre imposte e contributi (il 42% dei pensionati è totalmente o parzialmente assistito perché ha versato pochi o zero contributi) e per garantire a questo 60% la sola sanità, occorrono ogni anno 61 miliardi.

L'unica proposta politica per ridurre le liste d'attesa che sono il risultato evidente della insufficienza della sanità pubblica, è di far diventare lavoratori dipendenti i circa 40 mila medici di famiglia che si sobbarcano in media 1.190 pazienti a testa contro i circa 350 del Portogallo (siamo 17° nella classifica europea a 27) e i pediatri di libera scelta. Una manovra in controtendenza rispetto ai nuovi trend occupazionali che, secondo i tecnici, ridurrebbe la produttività e aumenterebbe i costi per l'esaurito Servizio sanitario. Fortunatamente l'opposizione ferma del vicepremier Antonio Tajani ha per il momento bloccato questa inutile statalizzazione.

Nessuna iniziativa invece dal governo in riferimento alla spesa privata (la spesa *out of pocket* - OOP) fatta dagli italiani per ottenere prestazioni sanitarie in tempi ragionevoli che nel 2023 è stata pari a 44 miliardi mentre quella intermediata dai fondi sanitari finanziati con contributi dei lavoratori e delle aziende è stata di 6,5 miliardi. Il che porta la spesa sanitaria italiana complessiva a 183,4 miliardi di cui oltre il 27% di spesa privata di individui e famiglie. Eppure i fondi di sanità integrativa costituiti da lavoratori e datori di lavoro, al pari dei fondi pensione complementari, potrebbero ridurre fino ad annullarle le liste d'attesa, aumentare le retribuzioni di medici e infermieri, migliorare i costosi macchinari (tac, pet, rmn, ecografi) ammortizzandone in tempi più brevi i costi e infine eliminare il molto sommerso. Ma soprattutto consentirebbero alle famiglie di risparmiare oltre 10 miliardi di spesa sanitaria di tasca propria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Per salute e assistenza
consumiamo
quasi la metà delle
entrate fiscali che
devono finanziare
anche il debito pubblico**



Pagelle sanità

Il ministero della Salute ha pubblicato il rapporto definitivo del Sistema di garanzia 2023, che valuta l'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) nelle regioni italiane. Veneto al primo posto, Calabria ultima. La Lombardia, tradizionalmente tra le prime regioni, scivola al sesto posto, cosa che ha suscitato la reazione indignata del presidente lombardo Attilio Fontana. Pillole di **Alessandro Luna**.

288

I punti su 300 in classifica raggiunti dal Veneto, che ha ottenuto il punteggio più alto nel monitoraggio dei Lea. Seguono la Toscana con 286, la Provincia Autonoma di Trento e l'Emilia-Romagna con 278, il Piemonte con 270. La classifica premia il Veneto, che supera l'Emilia-Romagna rispetto all'anno precedente.

• • • •

13

Le regioni che hanno ottenuto la sufficienza in tutte e tre le macroaree di valutazione del Sistema di garanzia: prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera. Tra queste figurano Piemonte, Lombardia, Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna.

• • • •

150

Il punteggio più basso, registrato dalla Calabria. In fondo alla graduatoria si trovano anche Valle d'Aosta con 162, Sicilia con 173, Abruzzo con 182 e Basilicata con 189. Il dato conferma il divario tra Nord e Sud Italia nella qualità dell'assistenza sanitaria, con le regioni meridionali in maggiore difficoltà

nel garantire i Lea.

14

I punti persi dalla Lombardia rispetto alla valutazione dell'anno precedente, scivolando dalla top five al sesto posto della classifica nazionale. Il calo ha suscitato le critiche del presidente della regione Attilio Fontana, che ha contestato i parametri di valutazione utilizzati dal ministero della Salute,

• • • •

24

Gli indicatori su cui si è basato il monitoraggio della sanità regionale, distribuiti in tre macroaree: prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera. La metodologia, aggiornata nel 2019, prevede che una regione sia considerata adeguata solo se raggiunge la sufficienza in tutte e tre le aree





Servizio I ranking di Newsweek

Gli ospedali top per specialità: dal Bambino Gesù in pediatria allo IEO in oncologia. Tutte le classifiche

Sotto esame sono finiti 2445 ospedali di 30 Paesi, con quelli italiani che fanno segnare buone performance

di Marzio Bartoloni

28 febbraio 2025

Il Bambino Gesù che si piazza addirittura al 6° posto nel mondo come miglior ospedale specializzato nell'assistenza pediatrica e l'IEO (l'Istituto europeo di oncologia) di Milano fondato da Umberto Veronesi al 9° posto nel mondo per l'oncologia, ma anche il Monzino di Milano subito dopo la top ten con l'11° posto al mondo per la cardiologia e il 23° posto per la cardio-chirurgia.

Sono alcuni dei piazzamenti migliori conquistati dalle strutture sanitarie italiane nelle 12 nuovissime classifiche sugli ospedali per specialità appena pubblicati dalla rivista statunitense Newsweek insieme a Statista, piattaforma di intelligence di dati globali, che insieme realizzano questi ranking sulle strutture sanitarie dal 2019.

Classifiche queste che seguono il ranking generale World's Best Hospitals appena uscita che ha visto prevalere gli ospedali americani ai primi posti e per l'Italia il Niguarda di Milano e il Gemelli di Roma rispettivamente 37° e 44°. Sotto esame della nuova classifica sono finiti 2.445 ospedali di 30 Paesi (445 sono americani), con quelli italiani che fanno segnare buone performance

Quattordici ospedali italiani tra i 250 migliori al mondo in pediatria

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è stato inserito anche quest'anno nella classifica: nel dettaglio è il miglior ospedale pediatrico d'Italia, 6° nel ranking mondiale delle strutture specialistiche. Primo ospedale in Italia in ambito pediatrico fin dal 2020, quest'anno il Bambino Gesù ha scalato tre posizioni, passando dal 9° posto a livello globale del 2024 alla sesta posizione.

Sempre nel 2025, inoltre, è l'unica struttura pediatrica italiana inserita nel top 25. Il Gaslini di Genova si piazza al 29esimo posto, l'ospedale dei Bambini Vittorio Buzzi di Milano è al 46esimo posto, mentre l'Ast Pesaro-Urbino è al 49esimo e il Meyer di Firenze al 74esimo. In tutto sui 248 ospedali in classifica per la specialità pediatrica quelli italiani sono ben 14: in cima ci sono al primo posto il Boston Children's hospital, l'Hospital for Sick Children di Toronto al secondo posto mentre al terzo c'è il Children's hospital of Philadelphia.

“Il posizionamento dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù nella classifica mondiale di Newsweek premia il percorso di eccellenza realizzato sino ad oggi”, sottolinea il presidente Tiziano Onesti.

“Abbiamo la responsabilità di continuare a offrire ai nostri piccoli pazienti cure di qualità, efficaci e

sicure, ma anche di spingere sempre più avanti la frontiera della ricerca e della clinica in ambito pediatrico”.

Per l'oncologia leo nella top ten e altri venti italiani tra gli ospedali migliori

Tra i 12 ranking per specialità degli ospedali c'è anche l'oncologia dove l'Italia tra i primi 300 nel mondo inserisce ben 21 strutture in classifica: nella top ten guidata dall'Anderson Cancer Center di Houston (primo), dal Memorial Sloan Kettering di New York e dal Samsung Medical Center di Seoul entra anche l'Istituto europeo di oncologia di Milano che si piazza appunto al nono posto. Più sotto al 24esimo posto l'Istituto nazionale dei tumori di Milano, al 27esimo il Policlinico Gemelli di Roma, al 43esimo l'Istituto Humanitas di Milano e al 45esimo il Niguarda di Milano (che guida tra gli italiani la classifica generale degli ospedali). Tra le prime cento strutture al mondo per l'oncologia ci sono anche il Pascale di Napoli (47°), il San Raffaele di Milano (62°), la Città della Salute e della Scienza di Torino (75°), L'Irccs di Candiolo (83°), l'ospedale di Padova (91°) e il Sant'Orsola Malpighi di Bologna (97°).

Per il cuore il Monzino di Milano svetta in due classifiche

Ottime anche le performance del Centro cardiologico Monzino di Milano. Nella classifica mondiale degli ospedali per la cardiologia guidata dall'americana Mayo clinic di Rochester l'ospedale di Milano infatti si piazza subito dopo la top ten con un undicesimo posto, seguito al 22esimo dal San Raffaele di Milano, al 40esimo dal Policlinico Gemelli di Roma e al 53esimo posto dal Sant'Orsola Malpighi di Bologna. In tutto sono ben 20 le strutture italiane in questo ranking su di un totale complessivo di 300.

Il Monzino va molto bene anche nella cardiocirurgia dove è la prima struttura sanitaria italiana a piazzarsi nella classifica mondiale guidata sempre dalla Mayo Clinic di Rochester.

Il centro specializzato di Milano è infatti 23esimo, la struttura italiana successiva - il San Raffaele di Milano - è 38esima, seguita al 40esimo posto dal Sant'Orsola Malpighi di Bologna. Tra i primi cento ci sono anche il San Camillo Forlanini di Roma (69°), l'ospedale di Padova (76°), il Sant'Andrea di Roma (79°), il Niguarda di Milano (81°) e l'ospedale papa Giovanni XXIII di Bergamo.

La metodologia usata per le classifiche

Ma come vengono costruiti questi ranking mondiali? La rivista statunitense Newsweek, attraverso la classificazione World's Best Hospitals - giunta alla settima edizione - riconosce le migliori strutture sanitarie al mondo in base ad una metodologia di valutazione che considera le raccomandazioni ospedaliere, le esperienze dei pazienti (i cosiddetti Patient Reported Outcome Measures, questionari standardizzati completati dai pazienti per valutare la loro esperienza e i risultati) e i KPI medici, ovvero indicatori chiave di prestazione come, ad esempio, la sicurezza del paziente, le misure igieniche e la qualità del trattamento. Nel 2025 la classifica Newsweek è stata stilata analizzando le performance dei 2.445 migliori ospedali distribuiti in 30 diversi Paesi del mondo.

L'IMPATTO DELLA RIFORMA

Contributi Enpam, -40% senza medici di famiglia

L'ipotesi di trasformare i medici di medicina generale da liberi professionisti a dipendenti con versamenti contributivi all'Inps rischia di far perdere all'Enpam, a regime, «circa il 40% dei contributi». La stima viene dal presidente dell'ente di previdenza di medici e dentisti, Alberto Oliveti, che ha lanciato l'allarme sulla tenuta dei conti in audizione alla Commissione di controllo sulle attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza. Oliveti ha spiegato che «il peso della contribuzione di questi professionisti è di 1,8 miliardi sui circa 3,7 totali». In totale Enpam serve oltre mezzo milione di persone: «Più di 365mila medici e dentisti in attività – ha precisato Oliveti – e circa 7.700 studenti prossimi alla laurea con copertura facoltativa e 180mila pensionati, un quarto dei

quali familiari superstiti».

Al 31 dicembre scorso, l'ammontare del patrimonio della Cassa, a valori di mercato, è di 27,86 miliardi di euro, di cui il 46% investito in Italia. La Cassa detiene 1,9 miliardi di Btp, «mentre – ha concluso il presidente – il portafoglio di performance, al 31 dicembre era costituito da obbligazioni (12,2 miliardi), azioni (5,8 miliardi), beni reali (5,8 miliardi), hedge fund (266 milioni)».

—V.Uv.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

 **Il commento**

Il Pontefice e il nodo delle cure ai grandi anziani

di **Sergio Harari**

Nella sua malattia il Papa rappresenta oggi più che mai un mondo trasversale a tutte le fedi: quello degli anziani malati. Anche se nessuno, a parte i suoi medici curanti, conosce le sue vere condizioni di salute, la sua patologia è quella comune alla terza età, ben riassunta dall'antico detto latino: «senectus ipse morbus est». Le corsie dei reparti internistici dei nostri ospedali sono piene di persone ultraottantenni con problemi di salute di varia natura ma soprattutto respiratori e cardiovascolari che necessitano di assistenza e di cure mediche assidue. Le difficoltà del Servizio sanitario na-

zionale nel gestire questi nuovi bisogni di salute sono sotto gli occhi di tutti, dalla carenza di posti letto (il nostro è uno dei Paesi europei con meno letti) alle difficoltà a reperire personale medico e infermieristico, alla grande limitatezza delle risorse. Eppure, gli anziani sono un esercito in continua crescita: nel nostro Paese abbiamo 14 milioni di ultrasessantacinquenni dei quali quasi 4 milioni con limitazioni funzionali, mentre gli over 85 sono 2 milioni e 200 mila, il 65% con problemi di mobilità e autonomia. Se sopravviviamo più a lungo dobbiamo cercare di stare bene il più possibile, prevenzione e stili di vita sani hanno un ruolo fondamentale ma non sempre bastano a difenderci dalle malattie, cosa facciamo allora affinché

tutti possano ricevere cure e attenzioni adeguate al loro stato di salute? È una domanda che la vicenda umana del Pontefice sofferente sollecita oggi in tutti noi. La medicina non è onnipotente e le malattie fanno il loro decorso ma noi vogliamo che a chiunque, anche molto anziano, sia offerta la possibilità di essere accolto e curato, senza dovere giacere per giorni in una branda di Pronto soccorso, senza che la scarsità di personale faccia sì che la sua igiene sia trascurata, che le lenzuola siano sporche, che le terapie siano attuate con ritardo, ma oggi purtroppo non è più così nei nostri ospedali. L'accesso alla sanità sta diventando una pericolosa discriminante sociale, che fa male ancora di più in un Paese che ha avuto uno dei migliori servizi sanitari

universalistici al mondo. Sarebbe ora che i cittadini ne prendessero coscienza. Speriamo che il Papa possa superare questo momento difficile e una volta guarito, con la forza che lo contraddistingue, possa diventare l'alfiere di tutti i malati e delle loro necessità di assistenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Parla il vescovo Savino che, da sacerdote, ha voluto un hospice per i pazienti terminali. «Tra l'accanimento terapeutico e l'eutanasia, c'è una terza via sostenuta anche dal Pontefice: le cure palliative. Così il Vangelo ci chiede di stare accanto ai malati: con un sorriso, una parola, una stretta di mano»

« Il Papa, l'inno alla vita e la cattedra del dolore »

GIACOMO GAMBASSI

«**T**utto il pontificato di Francesco è un inno alla vita. E il letto del Policlinico Gemelli in cui il Papa è ricoverato diventa una cattedra del dolore che è parte integrante del suo magistero, ma che al tempo stesso invita la Chiesa e il mondo intero alla fiducia e alla speranza». Il vescovo di Casano all'Jonio, Francesco Savino, sa bene quanto il Vangelo chiami ad abbracciare chi è toccato dalla malattia e dalla sofferenza. Prima di essere chiamato proprio da papa Bergoglio a guidare la diocesi calabrese di cui è pastore dal 2015, aveva voluto a Bitonto l'Hospice centro di cure palliative "Aurelio Marena" per pazienti in fase avanzata o terminale di cancro. L'aveva aperto l'8 luglio 2007 nella città pugliese dove era parroco e rettore del santuario dei Santi Medici che custodisce la reliquia dei venerati taumaturghi Cosma e Damiano. «In una società che esorcizza tutto ciò che è fragile perché devono prevalere la prestanza e la forza fisica - spiega il presule - il credente è esortato a vedere nel dolore un luogo teologico: perché è uno degli spazi in cui facciamo esperienza dell'incontro con Dio». Una pausa. «La malattia è un Getsemani che rimanda a quell'orto degli ulivi di Gerusalemme dove il Signore tocca con mano l'angoscia, il tormento, la debolezza, la solitudine umana. Ed è nel Getsemani

che Gesù chiede agli apostoli di vegliare con lui. Ecco, anche noi siamo tenuti a vegliare accanto ai malati. Il che significa stare al loro fianco, tenere la loro mano nella nostra mano, offrire una carezza». Dal 2022 il vescovo Savino è vice-presidente della Cei per l'Italia meridionale. «Tutta la Chiesa italiana è stretta intorno al letto di papa Francesco. Un popolo che, con le mani giunte oppure in ginocchio o ancora in atteggiamento di adorazione, prega il Signore Risorto perché giunga la sua guarigione. Lo ha testimoniato la veglia che il nostro cardinale presidente, Matteo Zuppi, ha presieduto nella chiesa di San Domenico a Bologna o il Rosario che ogni sera viene recitato in piazza San Pietro».

Eccellenza, come vive la malattia del Papa?

«Due grandi sentimenti abitano in me. Il primo è quello della preoccupazione. Mai, come in questo frangente della storia dell'umanità e della Chiesa, abbiamo ancora tutti bisogno di papa Francesco. Un Papa coraggioso e profetico con il suo magistero e i suoi gesti. Diceva il grande don Tonino Bello che serve rinunciare ai gesti del potere ma non al potere dei gesti. Spesso le azioni valgono più di mille parole. Francesco ha fatto sintesi tra le ragioni di Dio e le ragioni della storia, tra la fedeltà al cielo e la fedeltà all'umano. Poi l'altro sentimento che avverto è

quella della speranza. Speranza nella ripresa del Papa, speranza nella sua capacità di guida».

Un movimento orante sta accompagnando la degenza.

«La speranza è figlia della preghiera. Le nostre diocesi, le nostre parrocchie, tanta gente comune stanno invocando il Signore, anche attraverso l'intercessione della Vergine e dei santi, perché il Padre celeste possa anzitutto confortare il Papa nella difficile prova che sta attraversando, e poi perché lo faccia uscire dall'ospedale. Mi piace pensare che due tipologie di mani si stanno incrociando intorno a Francesco: le mani rivolte al cielo di chi prega per lui; e le mani dei medici che operano sul suo corpo e che lo stanno curando».

Come sostenere un malato, soprattutto se in condizioni critiche?

«Qualunque sia il suo quadro clinico, tanto più quando la guarigione è remota, è necessario stargli vicino. In questi giorni ho avuto un incontro su problematiche



legate alla sanità, e ai medici ho proposto l'«etica della sedia»: vuol dire, appunto, essere seduti al fianco al paziente. Assieme alle cure e ai farmaci, il malato ha necessità di una presenza, di un sorriso, di una parola, di un gesto che dice vicinanza ed empatia. Vale per il personale sanitario. Vale per ciascuno di noi».

Il Papa ha chiesto trasparenza sulle sue condizioni di salute, quasi a spronare al coraggio nella malattia. Il tutto mentre in Italia si tenta di legalizzare il suicidio assistito.

«Tra l'accanimento terapeutico e l'eutanasia, c'è una terza via su cui anche papa Francesco è intervenuto più volte: è quella delle cure palliative che implica un approccio globale del malato. Nel rispetto di chi la pensa diversamente, dico che il Pa-

pa ci sta ancora una volta mostrando la sua coerenza, intesa come obbedienza alla vita. La vita non va mai sprecata o banalizzata. E va vissuta in tutte le sue espressioni, fino alla sua naturale conclusione».

Intanto continuano le insinuazioni mediatiche su di lui e sul futuro della Chiesa.

«Sono nauseato dalle ripetute speculazioni: le dobbiamo respingere al mittente. Si vuole confondere la verità con la menzogna. Ma, come insegna il Vangelo di Giovanni, è la verità che rende liberi. Non c'è libertà senza verità. Sono vergognosi certi interventi che non mostrano alcun rispetto per il Papa: è il caso delle voci sulle dimissioni. Lasciamo che Francesco possa superare questo momento. E lasciamo al futuro le decisioni che

con saggezza e discernimento la Chiesa ha sempre preso in modo opportuno».

Il Giubileo con il Papa "lontano". Come affrontarlo?

«Francesco ha avuto l'intuizione che l'Anno Santo ci chiamasse a essere "pellegrini della speranza". Alla scuola di Abramo che ci invita alla "spes contra spem", a sperare con ogni speranza, dobbiamo essere saldi nel paradigma della speranza».

Assume un volto diverso la Quaresima che inizia mercoledì?

«Sarà un'ulteriore occasione per essere ancora più vicini a papa Francesco e rinsaldare il legame fra preghiera, speranza e vigilanza».

L'INTERVISTA

Il vice-presidente della Cei: dal suo letto d'ospedale Francesco ci invita alla speranza e ci lascia il cammino del Giubileo
«Vergognose certe speculazioni mediatiche, come quelle sulle voci di dimissioni»



Il vescovo Francesco Savino



L'emergenza Batteri resistenti agli antibiotici

Più costi per la Sanità

L'Italia sconta un aggravio da 2,4 miliardi di euro, con 2,7 milioni di letti occupati a causa delle infezioni. La risposta passa da consumi più consapevoli e test specifici. Big Pharma non vede margini ricchi e rimane alla finestra

Valentina Arcovio

Una malattia infettiva costa di più quando non ci sono farmaci in grado di curarla. Niente lo ha evidenziato più chiaramente del Covid-19. Ma se un solo nuovo virus è stato in grado di mettere in ginocchio l'economia di molti paesi del mondo, figuriamoci cosa può fare un esercito di «super-batteri», microrganismi che hanno imparato a resistere e quindi a sopravvivere agli antibiotici attualmente disponibili. In Italia i danni economici legati all'emergenza dell'antibiotico-resistenza, secondo le stime dell'ultimo rapporto dello European Centre for Disease Preven-

tion and Control, ammonterebbero a 2,4 miliardi di euro l'anno, con 2,7 milioni di posti letto occupati a causa delle infezioni resistenti. E, comunque, nel nostro paese, i super-batteri sono responsabili della perdita di ben 12mila vite l'anno.

Si tratta di un conto salato, troppo, soprattutto se



lo leggiamo rispetto a quanto avviene a livello europeo, dove si contano in totale 670mila infezioni e 33mila decessi l'anno dovuti a batteri resistenti alle cure. Il costo annuale dell'antibiotico-resistenza nei paesi dell'Ue e dello Spazio economico europeo ammonta a circa 11,7 miliardi, pari a 24 euro pro-capite. Di questi, 6,6 miliardi (circa 13,4 euro pro-capite) sono correlati alle spese sanitarie supplementari derivanti dal trattamento delle infezioni resistenti e delle loro conseguenze. Inoltre, 5,1 miliardi (10,4 euro pro-capite) sono connessi a perdite economiche dovute alla ridotta produttività.

«Anche se l'antibiotico-resistenza è un'emergenza globale, la situazione italiana è particolarmente critica», commenta Robert Nisticò, presidente dell'Agenzia italiana del farmaco alla vigilia della diffusione di un preoccupato Rapporto sull'indica di resistenza batterica in Italia. E aggiunge: «Nel nostro paese la diffusione dell'antibiotico-resistenza e il consumo degli antibiotici sono in crescita, sempre di più rispetto alla media europea, con costi spaventosi sia in termini di vite umane che di danni economici», aggiunge. In Italia abbiamo un Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza che scade quest'anno, ma è evidente che dobbiamo fare di più. «Devono fare di più i cittadini evitando di assumere antibiotici arbitrariamente - sottolinea Pierangelo Clerici, presidente dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani - e devono fare di più anche i medici prestando maggiore attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni. Bisogna inoltre rafforzare il ricorso, in caso di infezioni, agli specifici test microbiologici che ci dicono esattamente qual è il batterio da combattere e con quali farmaci farlo».

C'è poi la necessità che le grandi company ritornino a investire nella ricerca e nello sviluppo di

nuovi antibiotici. «Purtroppo è un investimento che oggi nessuna azienda ritiene proficuo fare e, quindi, la ricerca rimane in stallo», spiega Clerici. «Il motivo è semplice: i margini di guadagno sono sostanzialmente bassi», aggiunge. Si stima che il costo dello sviluppo di un antibiotico ammonti a circa 1,5 miliardi di dollari, a fronte di un ricavo medio annuale di circa 46 milioni. Troppo poco per allettare Big Pharma. «Gli antibiotici sono farmaci utilizzati solo in casi di acuzie e quindi poco attrattivi per le aziende. Senza contare - continua l'esperto - i rischi che comporta sostenere progetti di ricerca e trial clinici che possono poi fallire. Allo stato attuale non conviene».

Se dunque si vuole dare slancio allo sviluppo di nuovi antibiotici è necessario dare una spinta al settore privato. «Per questo occorre individuare strategie 'push and pull', spingendo la ricerca di base ma puntando anche su incentivi in campo regolatorio», sottolinea Nisticò. «Questo consente da un lato di semplificare, dall'altro di velocizzare i tempi di approvazione di nuovi antimicrobico in gradi di aggirare le resistenze batteriche. In questo senso un modello può essere quello della legge sugli 'orphan drug' che ha stimolato la ricerca di farmaci per le malattie rare», aggiunge. Insomma, servono misure straordinarie e servono presto, prima che si avveri la temuta «apocalissi antibiotica».

RALLENTA L'M&A TRA AZIENDE ITALIANE

Inversione di tendenza per le operazioni di fusione e acquisizione tra aziende attive nel comparto della salute. È quanto tracciato da PwC nel consuntivo del 2024: anno caratterizzato ancora da un clima complesso per l'm&a tra alti tassi d'interesse, rallentamento dell'economia e dei risultati aziendali, e prezzi ancora alti. L'm&a nel settore Health Industries è scesa del 30% come valore globale. In Italia ci sono state 91 operazioni annunciate, in diminuzione rispetto al 2023 (118), e con una contrazione di volumi (-23%) in linea con il mercato globale. Le aggregazioni - nell'ambito dei centri diagnostici, laboratori di analisi, cliniche veterinarie, residenze per anziani - sono risultate il traino alle operazioni straordinarie. «Cauti ottimismo» si esprime per il 2025, mantenendo il focus su servizi diagnostici, consumer healthcare, nutraceutica e CDMO (produttori di farmaci conto terzi): rimangono i settori più dinamici.



① Secondo le stime più recenti, le infezioni resistenti occupano 2,7 milioni di posti letto in Italia. Si contano 33mila decessi nella Ue



IERI LA GIORNATA

La ricerca è speranza per 2 milioni di italiani che soffrono di malattie rare

In Italia oltre 100mila persone sono malate e ancora non hanno ricevuto una diagnosi. Soprattutto a loro e agli altri 2 milioni circa di cittadini "malati rari", pensa la Giornata Mondiale delle malattie rare che si è celebrata ieri e che riguarda più di 300 milioni di persone nel mondo.

«Le malattie rare sono una priorità di sanità pubblica in tutta Europa e l'Italia si è dotata di un solido impianto normativo mediante l'istituzione della Rete Nazionale per le Malattie Rare e l'introduzione del Piano Nazionale per la tutela delle persone affette», ha ricordato il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, in un messaggio in occasione della Giornata. «La ricerca è speranza per il futuro di milioni di persone», ha sottolineato il Capo dello Stato.

Come sottolinea Uniamo, la Federazione Italiana Malattie Rare, ad oggi esiste, infatti, una terapia solo per il 5% delle oltre 7mila patologie rare conosciute e la ricerca scientifica rappresenta lo strumento principale per far aumentare le opportunità di cura.

«In occasione della Giornata - ricorda la direttrice generale di Fondazione Telethon, Ilaria Villa - si sottolinea giustamente l'urgenza di sviluppare nuove terapie per queste patologie che sono per la grande maggioranza ancora prive di cura. L'impegno di Fondazione Telethon è da sempre rivolto a trasformare la ricerca realizzata grazie alle donazioni in soluzioni effettivamente disponibili ai pazienti. Oggi il nostro contributo all'obiettivo comune di allargare l'accesso alla cura per questa comunità è concreto; una filiera che dalla ricerca di base arriva sino alla produzione e distribuzione di terapie».

Tra le malattie rare conosciute, la Sclerosi Laterale Amiotrofica in Italia colpisce più di 6mi-

la persone e la sua complessità rappresenta un'importante sfida per la comunità scientifica. «È necessario affrontare la complessità della Sla con studi su più fronti - sottolinea la presidente di Fondazione AriSla, Lucia Monaco - ed è quello che stanno facendo i nostri ricercatori, accomunati da un unico obiettivo: arrivare a risultati che abbiano ricadute concrete per i pazienti. Proprio per questa significativa Giornata crediamo sia importante ribadire il valore della ricerca e l'impegno dei ricercatori, de-

terminati a provare ogni strada potenzialmente valida e contribuire a dare speranza alle persone che affrontano la sfida contro la malattia». Proprio in occasione della Giornata, AriSla ha lanciato la campagna #ricercaèvalore, con la pubblicazione quotidiana sui profili social (Facebook, X, Instagram, Youtube) dei video realizzati dai coordinatori dei progetti di ricerca finanziati nell'ultimo Bando AriSla, in cui spiegano i campi di maggiore interesse per la comunità scientifica e gli obiettivi dei loro progetti. Per un coordinamento delle realtà che, in Italia, si occupano di malattie rare, è nata la Rete italiana delle malattie rare non diagnosticate, coordinata dall'ospedale pediatrico Bambino Gesù che, dal 2014, ha identificato circa 100 nuovi geni malattia. Si tratta di un network di ambulatori dedicati alla presa in carico dei pazienti. «L'indisponibilità di una diagnosi comporta ritardi nella presa in carico e nelle cure, con conseguenze potenzialmente irreversibili, il peggioramento del quadro clinico e lo stress psicologico del paziente e dei suoi familiari», spiega il professor Bruno Dallapiccola, responsabile della funzione Ricerca sulle malattie rare del Bambino Gesù.

«Sono una priorità di sanità pubblica» è il monito del presidente Mattarella. Il Bambino Gesù coordina una rete nazionale di ambulatori





Servizio Giornata mondiale

Mattarella: malattie rare una priorità, più ricerca e cure eque sul territorio

In Italia attivi Piano nazionale e Rete per le malattie rare ma le norme vanno attuate e tradotte in interventi concreti, investire sull'innovazione

di Ernesto Diffidenti

28 febbraio 2025

“Le malattie rare sono una priorità di sanità pubblica in tutta Europa e l'Italia si è dotata di un solido impianto normativo mediante l'istituzione della Rete nazionale per le malattie rare e l'introduzione del Piano nazionale per la tutela delle persone affette. Le norme vanno tuttavia attuate e tradotte in interventi concreti che garantiscano equità di accesso alle cure su tutto il territorio nazionale”. Lo scrive in un messaggio il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, in occasione della Giornata mondiale delle malattie rare che si celebra il 29 febbraio, il giorno più raro, e il 28 febbraio negli anni non bisestili.

Conosciute e diagnosticabili circa 10mila malattie rare

Una malattia si definisce “rara” quando la prevalenza nella popolazione generale non supera 5 casi ogni 10.000 abitanti. L'aggettivo raro può ingenerare la falsa percezione che queste malattie costituiscano un problema che tocca un numero molto limitato di persone. In realtà, oggi il numero di malattie rare conosciute e diagnosticabili è poco al di sotto delle 10.000, una cifra enorme in costante crescita in rapporto ai notevoli avanzamenti della ricerca scientifica e della tecnologia, soprattutto in ambito genetico.

La rivoluzione di genetica e intelligenza artificiale

“Negli ultimi anni - sottolinea Mattarella - sono stati raggiunti risultati straordinari grazie all'interazione tra genetica avanzata e intelligenza artificiale, rivoluzionando il modo con cui le patologie rare vengono diagnosticate, comprese e trattate”. “I progressi in questo campo - continua il capo dello Stato - sono il frutto di un incessante impegno collettivo in cui il coraggio dei pazienti e delle loro famiglie si intreccia con la determinazione della comunità medico-scientifica”.

La ricerca speranza per il futuro di milioni di persone

In base ai dati coordinati dal Registro nazionale malattie rare dell'Istituto superiore di sanità, in Italia si stimano 20 casi di malattie rare ogni 10mila abitanti mentre le oltre 200 strutture sanitarie diffuse su tutta la penisola segnalano ogni anno circa 19mila nuovi casi. Si stima, così, che circa 2 milioni di italiani convivano con una malattia rara, nel 70% dei casi si tratta di pazienti in età pediatrica. “Purtroppo, per molte malattie rare il percorso diagnostico è ancora lungo - conclude Mattarella -. Per questo motivo è fondamentale continuare a investire nella ricerca, nella formazione dei medici e nell'accesso a test genetici avanzati. La ricerca è speranza per il futuro di milioni di persone”.

Oncologia di precisione: cosa cambia per i pazienti?

Oggi i farmaci antitumorali sono sempre più mirati e selettivi. Come funzionano e in che modo possono incidere sulla prognosi e cura della malattia

di **Vera Martinella**

L'oncologia di precisione è al centro di una rivoluzione cominciata nell'ultimo decennio e resta una delle grandi sfide che ci aspettano nel prossimo futuro. Cosa significa in concreto? Quando si parla di *target therapy* o di *farmaci a bersaglio molecolare* si intendono terapie innovative sempre più mirate sulla neoplasia del singolo paziente e sulle sue alterazioni genetiche, più efficaci e con meno effetti collaterali perché il farmaco somministrato colpisce solo le cellule cancerose e risparmia quelle sane. Oggi, sempre di più, la cura si basa sulle mutazioni genetiche (alterazioni molecolari) presenti nella neoplasia del singolo paziente. Di questa nuova era della medicina si è parlato durante un recente incontro «Oncologia di precisione: cosa cambia per i pazienti?», tenutosi in sala Buzzati al *Corriere della Sera*.

«Per fare una diagnosi precisa di cancro partiamo sempre dall'analisi del tessuto tumorale (biopsia) o da un prelievo di sangue (biopsia liquida), ma oggi si aggiunge un

ulteriore passaggio: lavoriamo su Dna e Rna estratti con tecniche di biologia molecolare per vedere se nella neoplasia di ciascun malato è presente o meno un'alterazione — ha spiegato Giancarlo Pruneri, direttore del Dipartimento di Diagnostica Avanzata alla Fondazione Irccs Istituto Nazionale Tumori di Milano e ordinario di Anatomia Patologica all'Università milanese —. Così possiamo ottenere informazioni utili sia a scegliere la terapia più adeguata sia a prevedere l'andamento della malattia».

Alcune tecnologie consentono l'individuazione di un singolo biomarcatore per analisi, mentre le più recenti tecniche NGS (*Next Generation Sequencing* o test multigenici) permettono la valutazione di alterazioni genetiche di diversa natura (mutazioni, amplificazioni, fusioni geniche) in centinaia di geni con un singolo test.

«Possiamo così capire come l'eventuale presenza di alcune mutazioni influisca sul comportamento della neoplasia, inclusa la sua probabilità di crescere e diffondersi — ha aggiunto Diego Luigi Cortinovis, direttore dell'Oncologia Medica alla Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza, Università Milano Bicocca —. I test genomici ci

aiutano a prendere decisioni sui trattamenti da eseguire, quindi possiamo calibrare meglio la cura caso per caso».

Così, ad esempio, nell'ultimo decennio è cambiata la storia del carcinoma polmonare: la sopravvivenza dei malati, per anni ferma a pochissimi mesi, ora si riesce a prolungare anche per diversi anni in un numero crescente di casi. «Con oltre 44.800 nuove diagnosi nel 2024 è la terza forma di cancro più frequente in Italia e resta, purtroppo, la più letale — ha proseguito Cortinovis —. Oggi sappiamo che esistono molti sottotipi diversi caratterizzati da mutazioni (come KRAS o EGFR), alcuni più frequenti e altri rari. Per decidere la cura ci serve la "carta d'identità" di ogni neoplasia, che si ottiene ricercando target molecolari per i quali sono stati sviluppati farmaci mirati. Un'opportunità importante per i pazienti, perché usare farmaci specifici ha portato a un'efficacia superiore dei trattamenti e a una migliore tollerabilità delle cure, garantendo lunghe aspettative di vita».

Nella stessa direzione si è



mossa la ricerca scientifica anche per le neoplasie di colon, stomaco e pancreas, «per le quali l'arrivo di *target therapies*, abbinate alla chemioterapia, ha avuto un grande impatto — ha spiegato Andrea Sartore Bianchi, professore di Oncologia Medica all'Università degli Studi di Milano e direttore di Ricerca Clinica e Innovazione all'Ospedale Niguarda —. Nei tumori gastroenterici abbiamo individuato meno “bersagli” (ad esempio KRAS, EGFR, HER2 o FGFR2) e servono ancora molti studi. Per rendere effettivo il nuovo

modello dell'oncologia di precisione devono essere resi operativi, su tutto il territorio nazionale, i *Molecular Tumor Board* indispensabili per interpretare i risultati dei test molecolari e scegliere la terapia migliore. Sono team interdisciplinari di esperti (fra cui oncologi, genetisti, anatomopatologi, specialisti di medicina di laboratorio, bioinformatici e data manager) dedicati all'interpretazione dei dati che vengono raccolti da test del Dna sofisticati».

Nuove tecniche
Oltre alla biopsia
lavoriamo su Dna e Rna
estratti con tecniche
di biologia molecolare



Oggi esistono terapie mirate sulla neoplasia del singolo paziente



NUOVE TERAPIEAnticorpi monoclonali
svolta contro l'emicrania

Salinaro a pagina 9

(**Le frontiere**
della medicina)

Anticorpi monoclonali e nuove mini-molecole: la svolta terapeutica per i pazienti emicranici

VITO SALINARO

È una patologia invisibile. Neanche i più raffinati strumenti di diagnostica, Tac o Risonanze, sono in grado di rilevare l'emicrania. Eppure è la seconda malattia più disabilitante al mondo (dopo il dolore alla schiena): interessa 1 miliardo di persone (stando a quelle "censite"), di cui 6 milioni solo in Italia, con una maggiore prevalenza nelle donne (3 volte in più rispetto agli uomini). L'emicrania cronica, poi, colpisce l'1-2% della popolazione mondiale. Un dolore acuto, perdurante, fortemente invalidante. L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), considera una giornata vissuta con emicrania severa invalidante quanto una giornata vissuta con demenza, tetraplegia o psicosi acuta.

Per questa malattia la ricerca medica non è mai riuscita a trovare soluzioni definitive. Almeno fino allo scorso decennio, quando è avvenuto un cambiamento epocale con l'introduzione di terapie che contrastano efficacemente gli attacchi, sia episodici sia cronici, agendo sui mediatori nervosi coinvolti nella trasmis-

sione del dolore: tra questi si annoverano i trattamenti che contrastano il Cgrp (il peptide correlato al gene della calcitonina) che, rilasciato dai terminali del nervo trigemino, causa l'attacco emicranico. La svolta farmacologica è rappresentata da anticorpi monoclonali e, nell'ultimo periodo, da preparati appartenenti alla classe dei gepanti, ovvero piccole molecole sempre dirette contro il recettore del Cgrp e che, a differenza dei monoclonali (somministrati per via sottocutanea o endovenosa una volta al mese), devono essere assunti oralmente anche quotidianamente. Nei pazienti con almeno 5 tentativi terapeutici progressi falliti, l'uso



di un anticorpo monoclonale ha ridotto di almeno il 50% i giorni con il dolore nel 75,6% dei casi. Sono quattro gli anticorpi e due i gepanti approvati dalle agenzie regolatorie e rimborsati in Italia. Medicinali che stanno restituendo tempo, libertà, vita, a milioni di persone sofferenti.

L'ultima approvazione, risalente ad ottobre scorso, riguarda il gepante Atogepant di AbbVie; ad oggi, afferma Pierangelo Geppetti, docente emerito di Farmacologia clinica dell'Università di Firenze, «l'unico gepante rimborsato dal Servizio sanitario nazionale per il trattamento preventivo dell'emicrania negli adulti che presentano 8 o più giorni di emicrania al mese. Questi farmaci rappresentano un vero e proprio cambio di paradigma nella terapia, ora più efficace e sicura rispetto alle precedenti cure».

Si tratta quasi sempre di trattamenti molto costosi per il Servizio sanitario nazionale ma anche altamente efficaci, per cui la spesa finisce per costituire un investimento redditizio, visto che il costo annuo associato all'emicrania in Europa, è stato stimato vicino ai 27 miliardi di euro. L'impatto della malattia, evidenzia Simona Sacco, professore ordinario di Neurologia all'Università dell'Aquila, «annovera costi sanitari diretti (assistenza specialistica, ospedaliera e farmaceutica), costi diretti non sanitari (relativi, ad esempio, all'acquisto di dispositivi), e indiretti (ricongiungibili alla perdita di produttività di paziente e caregiver)». Anche perché l'emicrania spesso si manifesta nella fascia di età tra i 25 e i 55 anni, quindi nella fase più attiva e produttiva della vita.

L'Aifa ha però stabilito che in Italia l'accesso ai nuovi farmaci può avvenire solo quando si hanno almeno quattro crisi al mese, e soltanto dopo aver eseguito tre trattamenti preventivi tradizionali. L'auspicio del direttore dell'Istituto di neurologia clinica dell'Università di Brescia e presidente della Società italiana di neurologia, Alessandro Padovani, però, è che in futuro, sia negli ambulatori specialistici dedicati sia nei centri nazionali ad alta specializzazione riconosciuti, «si arrivi ad offrire tutti i trattamenti mirati oggi disponibili, tra cui Atogepant, che andrebbe considerato di prima linea per la prevenzione

dell'emicrania, senza dover attendere un precedente fallimento di altre classi di farmaci aspecifiche». Il che si traduce, in molti casi, per i pazienti cronici, in una sofferenza prolungata ancora per anni.

«Anche l'ultimo gepante approvato rappresenta una opzione che si è rivelata efficace. I dati che provengono dalle sperimentazioni cliniche ci dicono che, negli studi a lungo termine in aperto, quasi la metà delle persone con emicrania episodica ha ottenuto la totale libertà dalla malattia, nell'ultimo mese di trattamento, ad un anno di terapia, il che ha sorpreso anche noi», osserva Cristina Tassorelli, ordinario di Neurologia all'Università di Pavia e direttore dell'Headache Science Center dell'Istituto Neurologico Mondino di Pavia. «Tra anticorpi monoclonali e gepanti cambiano solo le vie di somministrazione e i tempi di durata - aggiunge ad *Avvenire* -. Pur con meccanismi d'azione che differiscono, tutti hanno un'alta efficacia anche se c'è ancora una percentuale minima di pazienti che non risponde. Con le terapie tradizionali, noi facciamo cicli di 4-5 mesi prima di vedere i pazienti che, per diverse ragioni (effetti collaterali o altro), abbandonano il trattamento. Il contrario di ciò che avviene con i nuovi medicinali». Di cui tanti malati ignorano l'esistenza. Alcuni di loro non hanno mai ricevuto una diagnosi. «L'emicrania - riprende Tassorelli - resta una patologia sommersa: perché chi ne soffre pensa di autogestirsi o perché il medico di base è difficilmente accessibile o ancora perché, quando lo è, può capitare che non dia al problema l'importanza dovuta: si calcola che una buona percentuale di soggetti che soffre di emicrania in realtà ridimensiona il tutto con la solita frase "ho solo un mal di testa"; ma il mal di testa non è una diagnosi, è una definizione popolare di un disturbo ma non qualifica una malattia, mentre l'emicrania è una malattia vera e propria. E nel percorso che va dall'individuazione di una diagnosi



ad una corretta terapia, tante persone si perdono».

Il soggetto emicranico è quasi sempre obbligato a non poche rinunce. Nella sua vita dormire bene o male diventa un elemento fondamentale: «Ci sono delle indicazioni per l'igiene del sonno - dice Tassorelli -, che vanno dall'evitare banalmente l'uso del caffè la sera, piuttosto che mantenere dei ritmi di vita regolari, perché dormire un giorno quattro ore e l'altro 12, in genere rompe dei ritmi. E noi, proprio come dei musicisti, abbiamo vari ritmi da rispettare. Il sonno è uno di questi. Occorre dormire per una quantità di ore sufficiente, anche se ognuno ha necessità diverse; ci sono persone

che stanno bene dormendo 4 ore, altre che necessitano di risposare il doppio. In alcuni casi, quando l'insonnia diventa un problema serio, può essere importante un aiuto farmacologico. L'emicranico di solito è una persona molto sensibile, ci tiene a fare bene nell'ambito lavorativo, accumula tensioni, e con una certa frequenza è anche un digrignatore, e questa caratteristica si sviluppa di più di notte, molti di loro si svegliano con la mandibola un po' indolenzita; non è questa la causa dell'emicrania ma la può peggiorare, ed è utile che il neurologo esplori questa caratteristica».

Sul futuro della ricerca, Tassorelli regala ben più di una speranza: «Ci so-

no oggi vari altri principi attivi in corso di valutazione. In fase molto avanzata, per esempio, c'è un altro anticorpo monoclonale, che ha già dimostrato di essere efficace in uno studio e che è da validare in un numero di pazienti più esteso. Così come sono in sperimentazione altri target che vanno a bloccare quella cascata di eventi che causa il dolore soprattutto in pazienti dipendenti da un altro sistema di neurotrasmissione. Se si riuscisse ad intercettarlo in modo definitivo, la remissione della malattia diventerebbe un obiettivo reale più che possibile».

Gli italiani che soffrono di questa patologia sono 6 milioni. L'Oms considera una giornata con emicrania severa quanto una giornata vissuta con demenza, tetraplegia o psicosi acuta

L'ANALISI

Sei i medicinali di nuova generazione approvati dall'Agenzia del farmaco (l'ultimo quattro mesi fa).

Ma l'accesso non è diretto.

I neurologi: questi preparati diventano la prima linea di trattamento

È la seconda patologia più disabilitante al mondo

1 miliardo

Le persone che, in tutto il mondo, soffrono di attacchi di emicrania

1:3

L'emicrania colpisce le donne tre volte in più rispetto agli uomini

27 miliardi

È la stima dei costi annuali diretti e indiretti, in Europa, dell'emicrania

Efficaci, somministrati per via sottocutanea, endovenosa o anche orale, le nuove terapie agiscono sui mediatori nervosi riducendo di almeno il 50% i giorni con il dolore in 8 pazienti su 10. Cristina Tassorelli (Università di Pavia): certi risultati stanno sorprendendo anche noi



SERGIO FONTANA

«FARMACEUTICA A RISCHIO, MA NON SOLO A CAUSA DEI DAZI»

di Rosanna Lampugnani

IV ||

«FARMACEUTICA A RISCHIO, MA NON SOLO PER I DAZI»

Sergio Fontana, presidente di Confindustria Puglia e ad di Farmalabor: «Agli Usa deve rispondere la Ue. E dovrebbero pesare di più su paesi dove i lavoratori non hanno diritti»

di Rosanna Lampugnani

Sergio Fontana, presidente di Confindustria Puglia e ad di Farmalabor, lei ci ha fornito alcuni dati Istat sulle esportazioni del settore farmaceutico verso il mondo e verso gli Usa, relativamente al 2023: in totale l'export vale oltre 49 miliardi (8,26 mld dal Sud, di cui 6,1 solo dalla Campania, dove il farmaceutico rappresenta il 30% di tutte le esportazioni e tra diretti e indiretti impiega 4.500 persone) e 8 mld verso gli Usa (924 mln dal Sud, 37 mln circa dalla Campania). Le cifre che riguardano la sua regione sono di 660,5 milioni verso il mondo e di 15,4 milioni verso gli Usa. Il presidente Trump ha annunciato che probabilmente in questa settimana metterà i dazi su diversi prodotti europei, su quelli farmaceutici saranno del 25%. Lei cosa ne pensa?

«Intanto è bene precisare che al di là dei dati generali relativi all'export verso il mondo e verso gli Usa gli altri, quelli territoriali, non tengono conto della cosiddetta triangolazione: per esempio se la Farmalabor invia medicine ad un deposito campano e da qui partono verso gli Usa o la Germania il dato dell'export viene calcolato a favore della Campania. Questo meccanismo riguarda tutti. Detto questo come presidente di Confindustria Puglia e come imprenditore farmaceutico sono molto preoccupato, ma altresì convinto che alla politica di dazi americana non si può rispondere né a livello regionale né a livello nazionale, deve far-

lo l'Europa, tocca agli Stati Uniti d'Europa reagire».

La premier Giorgia Meloni nel suo recente messaggio alla convention repubblicana di Trump ha parlato, testualmente, di «tariffe e bilanci commerciali su cui ognuno difenderà i propri interessi, preservando l'amicizia» con gli Usa. Non è questa una risposta unilaterale ai dazi americani?

«È sbagliato replicare ad una bastonata con un'altra bastonata, agli Usa deve rispondere la Ue. Direi piuttosto che i dazi dovrebbero essere aumentati per i Paesi dove non esistono diritti per i lavoratori, dove non ci sono i sindacati e dove si calpesta l'ambiente e in questo caso si tratterebbe non di dazi "economici", ma sociali e ambientali: questo dovrebbe fare un governo illuminato, ma a Trump di tutto ciò non importa nulla, è un uomo osceno, vessatorio».

In questa guerra di dazi annunciata che ruolo possono svolgere le imprese?

«Anche gli imprenditori devono fare la propria parte: provando ad abbassare i costi, senza toccare quelli per il personale, rendendo più efficiente il sistema produttivo, aumentando l'efficienza dell'azienda e investendo su prodotti sempre più innovativi che anche se fossero supertassati resterebbero competitivi anche per il mercato americano».

Come si fa innovazione nel settore farmaceutico?

«In Puglia ci riusciamo grazie all'ottimo Politecnico di Bari, alle università,

all'impegno del settore privato e pubblico, dove agisce un capitale umano d'eccellenza che dobbiamo assolutamente trattenere, garantendo stipendi adeguati e progressione di carriere certe. In sostanza l'innovazione si realizza mettendo insieme impresa e ricerca, di base e applicata perché solo così si può essere competitivi anche in situazioni difficili come l'attuale, dove manca una reale politica energetica».

Per essere più competitivo e quindi in grado di resistere alle politiche dei dazi volute da Trump il settore farmaceutico su quali prodotti deve puntare?

«Su prodotti di frontiera, utilizzando la stampante 3D per i farmaci come fa la mia azienda, prodotti utilizzabili indifferentemente a New York, in Nigeria o a Bari. Terapia genica e immunoterapia sono i settori su cui concentrarsi e in questa fascia l'Italia ha potenzialità enormi, anche grazie all'intelligenza artificiale».

Il ministro Orazio Schillaci ha detto recentemente che il dibattito pubblico più che sulla riforma della sanità dovrebbe concentrarsi sull'oncologia giovanile, in crescita. Lei è d'ac-



L'ECONOMIA MEZZOGIORNO

cordo?

«Le malattie oncologiche e rare devono essere affrontate con un approccio differente dal passato: prima un farmaco andava bene per un largo spettro di malati, oggi si va sempre più verso una terapia personalizzata, verso una medicina diversa».

Secondo lei il sistema sanitario nazionale, con carenze di personale e di risorse a diversi livelli, è in grado di reggere, di restare assieme alla sanità inglese un esempio per l'Europa?

«È un sistema valido, penso alle diverse agenzie, all'Aifa, per esempio, che

sono eccellenze nel mondo, ma per restare tali bisogna ragionare sul lungo periodo, sulla sostenibilità del sistema, sull'invecchiamento della popolazione che ha un costo. Per questo insisto: bisogna fare innovazione oltre che prevenzione e quindi avere capacità produttive adeguate e i conti in ordine. Ciò che si investe in sanità è socialmente utile e bisogna procedere con la sinergia tra il pubblico e il privato: il primo detta le regole ed effettua i controlli, il resto lo fa il privato che è fatto anche dai medici di base e dalle farmacie».

Cosa significa avere i conti in ordine?

«Mi riferisco alla sostenibilità economica e per questo dico che non si deve guardare ai prossimi 3 anni, ma ai prossimi 20, sulla base di studi demografici. Si deve sfruttare la stabilità del governo per delineare una sanità non con brevi spot, ma ragionando sul lungo periodo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DUE MORTI E 150 CASI

Epidemia di morbillo in Texas Il NoVax Kennedy: vaccinatevi

■ C'è una grave epidemia di morbillo in Texas. Il 26 febbraio sono morte due persone, una delle quali era un bambino di dieci anni non vaccinato. È la prima volta che si registrano decessi per morbillo negli Stati Uniti dal 2015. Gli esperti spigano che con il Covid è cresciuta l'esitazione vaccinale e le campagne non vax hanno fatto il resto. Al momento si contano già oltre 150 casi segnalati (tra Texas, New Mexico, Kentucky e New Jersey), 20 persone ricoverate e ieri è stato lanciato un allarme all'aeroporto di Los Angeles dopo l'arrivo di un passeggero contagiato su un volo da Seul.

Qualche giorno fa, per l'esattezza il 26 febbraio, dopo la notizia del bimbo deceduto a Lubbock,

il nuovo ministro della sanità Usa Robert Kennedy Jr, fervente no vax, ha cercato di minimizzare i focolai in Texas spiegando: «Incidentalmente ci sono stati quattro focolai di morbillo quest'anno. In questo Paese l'anno scorso ce ne sono stati 16. Così non è inconsueto. Abbiamo epidemie di morbillo tutti gli anni». Kennedy ha poi aggiunto che i 20 casi finiti in ospedale sono stati ricoverati solo evitare ulteriori contagi «mettendoli in quarantena», mentre a Lubbock, la dottoressa che ha avuto in cura i malati al Covenant Children's Hospital ha detto alla *Nbc* che quasi tutti i bambini avevano problemi di respirazione e che nessuno di loro era vaccinato. Il morbillo ha colpito finora oltre 150 persone da gennaio. Oltre 60 casi sono stati tra bambini e ragazzi di età scolare mentre quasi 40 avevano meno di 4

anni.

E ieri, con il focolaio in aumento, anche il neo ministro Kennedy ha cambiato rotta dicendo pubblicamente che fermare l'epidemia è una sua priorità e tra i passi elencati a questo scopo ha indicato il sostegno ai vaccini. «Riconosco il grave impatto del focolaio sulle famiglie, i bambini e gli operatori sanitari», ha detto Rfk. Il morbillo, che finora negli Usa era diventata una malattia rara, è un'infezione respiratoria altamente contagiosa con sintomi che includono febbre alta, tosse, naso che cola, eruzione cutanea e congiuntivite. La malattia è estremamente contagiosa: una persona infetta può diffondere la malattia a dieci persone su nove che si trovano nelle vicinanze, se non sono vaccinate. Il virus si diffonde attraverso goccioline microscopiche che possono rimanere nell'aria per due ore. In alcuni casi la malattia può

causare gravi complicazioni come polmonite e più raramente encefalite. Non esiste alcun trattamento contro il morbillo: solo medicinali di supporto per fare stare un po' meglio il paziente.





Servizio Brain Venture

Progetto Mnesys, la più estesa e avanzata rete europea di studio sul cervello è italiana

Sono 90 i centri, tra atenei pubblici e privati, istituti di ricerca, Irccs e imprese, ingaggiati tramite appositi "bandi a cascata", coinvolti in questo network unico al mondo

di Federico Mereta

28 febbraio 2025

Quando ascoltiamo una sinfonia, chiediamo che tutti gli strumenti suonino bene. E in modo coordinato. Fatte le dovute proporzioni, anche il cervello ha il suo ritmo. E perché suoni una musica gradevole, occorre che tutte le componenti lavorino al meglio. A partire dalla neuroplasticità. Perché come il cervello è in grado di rispondere ai bisogni che si propongono quotidianamente dall'esterno, dovrebbe poter conservare al meglio queste sue caratteristiche anche quando una malattia neurodegenerativa o una lesione improvvisa come un ictus ne altera l'ambiente. Ma non basta. Bisogna fare in modo che oltre a essere plastico e capace di mantenere le capacità di adattamento riesca anche a superare i rischi della carente connessione tra le sue strutture, da quelle più grandi fino a quelle cellulari.

La "musica" del sistema nervoso, con questi elementi fondamentali, può consentire di superare i rischi legati ai danni indotti da patologie, come la sclerosi multipla, la malattia di Parkinson e l'Alzheimer. Attenzione però: bisogna che l'orchestra che si forma nel nostro sistema nervoso riesca comunque a suonare in modo sincronizzato, anche in caso di patologia. Ed occorre capire cosa fare quando qualcosa non va nella sinfonia dei messaggi che si intersecano, esplorando l'intimo più segreto dei meccanismi cellulari e molecolari che regolano il funzionamento cerebrale. Perché solo conoscendoli si possono studiare approcci innovativi per affrontare i processi neurodegenerativi e non solo.

Come avvicinarsi al futuro? Con un modello che passa attraverso la collaborazione e l'integrazione del lavoro di gruppi di ricerca che mirano allo stesso obiettivo in un meccanismo di "Brain Venture" davvero stimolante, che possa rappresentare la coralità della scienza in una sinfonia destinata a tratteggiare il futuro della sfida alle malattie neurologiche. Si può raccontare così, con una metafora, il network del progetto Mnesys, il più ampio programma di ricerca sul cervello mai realizzato in Italia, ora diventato il più grande e all'avanguardia in Europa.

Un progetto unico

I numeri presentati in occasione del congresso annuale in corso a Genova danno le dimensioni dell'impegno: 90 centri, tra atenei pubblici e privati, istituti di ricerca, Irccs e imprese, 600 pubblicazioni e circa 300 progetti attivi a oggi, finanziati con 23 milioni di euro, grazie ad appositi "bandi a cascata". Il tutto, per sostenere il lavoro di circa 800 scienziati.

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Antonio Uccelli, responsabile scientifico del progetto, ordinario di Neurologia all'Università di Genova e direttore scientifico dell'Ospedale Policlinico San Martino, è chiaro su un punto: «Ad oggi, tutte le migliori istituzioni italiane che fanno ricerca sul cervello, ingaggiate tramite appositi "bandi a cascata", sono coinvolte in questo progetto unico al mondo, che è diventato la rete europea più estesa e all'avanguardia. I nuovi gruppi arruolati consentiranno con le loro competenze di sviluppare, approfondire e scoprire sempre di più i segreti, ancora nascosti, del cervello».

L'obiettivo: indagare le neuroscienze, dal laboratorio alla fisiologia, integrando medicina ed informatica per svelare i segreti della fisiologia e della patologia. Ed aprire la strada al futuro. Magari attraverso nuovi biomarcatori in grado di anticipare lo sviluppo di quadri patologici come la sclerosi multipla, cercando di identificare di nuovi bersagli terapeutici come, tra gli altri, la proteina anti-colesterolo PCSK9 la cui inibizione nel cervello ha un ruolo chiave nel trattamento della malattia di Alzheimer, o ancora tramite avatar digitali del cervello umano per studiare le malattie neurologiche e la risposta ai farmaci.

Un "gemello" cellulare per l'Alzheimer

Dagli studi presentati emerge proprio la stretta interdisciplinarietà dell'iniziativa. Pensate solamente alla malattia di Alzheimer. Uno studio dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano, presentato al convegno punta a chiarire ulteriormente il ruolo dell'infiammazione nello sviluppo dell'Alzheimer, attraverso la creazione di cervelli "in miniatura" su cui testare trattamenti innovativi.

«L'infiammazione nel cervello è un fenomeno ancora poco chiaro – segnala Gianluigi Forloni, capo del dipartimento di Neuroscienze e del Laboratorio di Biologia delle Malattie neurodegenerative del Mario Negri -. Nel processo sono coinvolte le cellule gliali, che hanno la funzione di proteggere i neuroni da danni che ne compromettono la funzionalità, ma che in condizioni patologiche possono produrre anche effetti negativi. Studiare quindi l'attivazione e lo "spegnimento" di queste cellule è fondamentale per identificare nuovi strumenti terapeutici per contrastare gli effetti dell'Alzheimer».

Problema da risolvere. Bisogna valutare in modelli sperimentali su misura quanto avviene in caso di malattia. Così occorre lavorare sulle cellule in laboratorio, riproducendo fedelmente le caratteristiche di quella patologiche. «Per riprodurre la patologia efficacemente in laboratorio, il nostro studio si propone di utilizzare cellule da pazienti con demenza, che come nel film di Benjamin Button verranno fatte regredire allo stadio di cellule staminali, per essere riprogrammate in neuroni – riprende l'esperto -. Ciò consentirà di ricreare piccoli cervelli in miniatura (organoidi) che potranno essere usati come laboratori virtuali per testare l'efficacia di nuove terapie».

Attenzione alla comunicazione non verbale

C'è una parola che spesso definisce, anche esternamente, la presenza di processi neurodegenerativi. E' il termine amimia. Spesso la capacità di riconoscere e manifestare i propri sentimenti con l'espressione del volto, instaurando quindi un rapporto comunicativo oltre le parole, può venire a mancare in chi soffre di forme avanzate di malattia di Parkinson e Alzheimer.

Una ricerca coordinata dagli studiosi dell'Università di Sassari, in questa "Brain Venture", punta proprio a comprendere come nasce questa forma di vera e propria disabilità espressiva, che incide sulle capacità di interazione con gli altri da parte del paziente e, di conseguenza, la qualità di vita.

«Dare una spiegazione potrebbe essere dunque importante per stabilire un possibile trattamento – spiega Franca Deriu, ordinaria di Fisiologia all'Università di Sassari -. Un'ipotesi su cui si sta lavorando è rappresentata dalla compromissione nella capacità di riprodurre le emozioni osservate. Durante la visualizzazione di un'espressione facciale, nel nostro cervello si attiva a sua volta l'imitazione dell'emozione corrispondente. Se ciò viene meno, a causa di sintomi motori che impediscono o ritardano tale processo, potrebbero esserci difficoltà nel riconoscimento dell'espressione emotiva altrui».

Un'altra spiegazione del sintomo potrebbe invece trovarsi nella presenza di disturbi percettivi nelle vie corticali temporo-frontali, deputate al riconoscimento del volto umano. «L'osservazione di un'espressione facciale induce l'attivazione delle stesse regioni del cervello deputate a controllarne l'esecuzione, e perciò, per così dire, l'automatica simulazione della stessa azione nella mente dell'osservatore – è il commento finale -. Lo scopo del nostro lavoro sarà quindi quello di confrontare il modo in cui le espressioni vengono percepite da individui in salute rispetto a chi è affetto da malattia di Parkinson e di Alzheimer, così da determinarne il meccanismo scatenante e individuare possibili trattamenti».

Servizio Lo studio

Influenza, il nemico sottovalutato. Come i dati possono diventare valore

Il recente studio italiano combina analisi epidemiologiche avanzate e una collaborazione innovativa con Lab24, l'area data-visual del Sole 24 Ore

*di Francesco Branda **

28 febbraio 2025

Ogni anno, con l'arrivo dell'inverno, l'influenza torna a bussare alla porta delle nostre vite. Un fenomeno talmente ricorrente da essere quasi dato per scontato: febbre, tosse, dolori muscolari, qualche giorno di riposo e poi si riprende la routine. Eppure, se ci fermiamo a riflettere, l'influenza non è solo un fastidio stagionale, ma un fenomeno che attraversa la storia, mettendo in luce vulnerabilità, disuguaglianze e la nostra relazione con la scienza e la salute pubblica.

Le pandemie influenzali hanno segnato epoche e cambiato il corso della storia. La cosiddetta "Spagnola" del 1918, che uccise tra 50 e 100 milioni di persone, non fu solo una crisi sanitaria, ma un evento che rivelò le fragilità di un mondo appena uscito dalla Prima Guerra Mondiale. Il virus si diffuse con una rapidità impressionante, favorito dalla mobilità delle truppe e dalle condizioni sanitarie precarie. Il suo impatto non fu solo biologico, ma sociale ed economico: intere comunità rimasero paralizzate, la paura dilagava e la fiducia nelle istituzioni vacillava. Anche le successive pandemie influenzali – dall'Asiatica del 1957 alla Hong Kong del 1968 fino alla più recente H1N1 del 2009 – hanno raccontato qualcosa sul mondo in cui si sono manifestate. La loro gestione ha evidenziato progressi scientifici e tecnologici, ma anche resistenze culturali, disuguaglianze nell'accesso alle cure e difficoltà nel bilanciare libertà individuali e salute pubblica.

Influenza: tra percezione, realtà e fragilità sociali

L'influenza occupa un posto singolare nella percezione collettiva: quando si manifesta in forme devastanti, come nel 1918, diventa un incubo globale; quando invece si presenta come un appuntamento stagionale, è accolta con indifferenza o semplice fastidio. Questo oscillare tra paura e abitudine riflette il modo in cui la società valuta il rischio: ciò che è prevedibile diventa banale, ciò che è inatteso genera allarme. Eppure, dietro questa apparente normalità, l'influenza rimane una minaccia non trascurabile. La sua capacità di mutare, di adattarsi e di colpire con gravità soggetti fragili la rende un fenomeno da non sottovalutare.

Tuttavia, la consapevolezza del rischio non si traduce sempre in azione. La bassa adesione alla vaccinazione antinfluenzale ne è la prova: nonostante le evidenze scientifiche dimostrino l'efficacia del vaccino nella riduzione delle complicanze, molti lo considerano superfluo o inefficace. A pesare è una combinazione di fattori: la percezione di invulnerabilità personale, una certa sfiducia nella scienza e nelle istituzioni sanitarie e, più in generale, una tendenza a curare piuttosto che prevenire.

L'influenza, però, non è solo una questione individuale, ma anche un fenomeno sociale che mette in evidenza le fragilità collettive. Le epidemie influenzali colpiscono in modo diverso a seconda delle condizioni economiche e sociali: le fasce più deboli, con minore accesso alle cure, ne subiscono le conseguenze più gravi. Inoltre, l'interconnessione della società moderna fa sì che anche un'influenza particolarmente aggressiva possa sovraccaricare i sistemi sanitari, incidere sulla produttività e scuotere equilibri economici. L'esperienza del COVID-19 ha reso ancora più evidente questa realtà.

Se da un lato ha dimostrato l'incredibile capacità della scienza di rispondere con rapidità alle emergenze, dall'altro ha evidenziato le difficoltà nella gestione della comunicazione del rischio e nell'equilibrio tra libertà individuali e salute pubblica. Quella lezione dovrebbe spingerci a ripensare anche il nostro atteggiamento verso l'influenza stagionale: nonostante sia meno letale, continua a rappresentare una sfida significativa per la sanità pubblica. Forse, più che di abitudine o indifferenza, dovremmo parlare di consapevolezza e responsabilità.

Verso un nuovo approccio: dati, prevenzione e consapevolezza

Oggi, grazie ai progressi nella sorveglianza epidemiologica e alla condivisione dei dati in tempo reale, abbiamo strumenti più potenti per monitorare e contrastare l'influenza. Ma come possiamo trasformare i dati in azioni concrete per proteggere la salute pubblica? La risposta arriva da un recente studio in Italia del nostro gruppo di ricerca, condotto insieme a Massimo Ciccozzi dell'Università Campus Bio-Medico di Roma e Fabio Scarpa dell'Università di Sassari, che combina analisi epidemiologiche avanzate e una collaborazione innovativa con il Lab24 del Sole 24 Ore per rendere i dati accessibili e comprensibili a tutti.

Il lavoro scientifico, pubblicato su *Infectious Disease Reports*, offre una panoramica completa dell'andamento dell'influenza in Italia, con un'attenzione particolare alle differenze regionali e alle dinamiche di diffusione dei vari sottotipi virali. Utilizzando i dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) attraverso il sistema di sorveglianza RespiVirNet, abbiamo analizzato l'incidenza dei casi di influenza a livello nazionale e regionale, identificando i picchi epidemici e le fasce di popolazione più colpite.

I risultati mostrano un aumento significativo dei casi rispetto agli anni precedenti, con un'incidenza che ha superato i livelli pre-pandemici. In particolare, la stagione 2023/2024 è stata caratterizzata da una forte circolazione del virus A(H3N2), noto per la sua capacità di eludere le difese immunitarie e di causare epidemie più severe. Anche il virus influenzale B è stato rilevato, seppur in misura minore, mentre altri patogeni respiratori, come il virus respiratorio sinciziale (RSV) e il rinovirus, hanno ulteriormente aggravato il carico complessivo delle infezioni stagionali.

Il cuore del progetto è un database open-source, che raccoglie, annualmente, i dati epidemiologici e virologici delle stagioni influenzali. Questo archivio, organizzato in file strutturati e facilmente consultabili, include informazioni dettagliate sui casi di influenza, sui sottotipi virali circolanti e sulla distribuzione geografica dei focolai. In collaborazione con Lab24 del Sole 24 Ore, i dati grezzi vengono trasformati in visualizzazioni intuitive, che permettono di confrontare l'andamento dell'influenza tra regioni, fasce d'età e stagioni. Ad esempio, è possibile osservare come il picco epidemico del 2023/2024 sia stato particolarmente intenso nel Nord Italia, con regioni come la Lombardia e il Piemonte che hanno registrato un numero di casi significativamente più alto rispetto al Centro e al Sud. Questo strumento non solo facilita l'accesso ai dati, ma promuove anche una maggiore consapevolezza tra i cittadini, aiutandoli a comprendere l'importanza delle misure preventive, come la vaccinazione antinfluenzale. Inoltre, rappresenta una risorsa preziosa

per i decisori politici, che possono utilizzare queste informazioni per pianificare interventi mirati e ottimizzare l'allocazione delle risorse sanitarie.

L'influenza come metafora della nostra epoca

L'influenza è molto più di una malattia stagionale. È uno specchio delle nostre vulnerabilità, delle nostre paure e delle nostre contraddizioni. Ogni anno ci ricorda quanto sia fragile l'equilibrio tra normalità e crisi, tra abitudine e emergenza, tra individualità e collettività. In un mondo sempre più interconnesso, un virus apparentemente comune può diventare un banco di prova per i sistemi sanitari, economici e sociali, mettendo in evidenza disparità, carenze e limiti organizzativi.

L'influenza ci insegna che la salute non è mai solo una questione personale, ma collettiva. La sua diffusione dipende dalle nostre abitudini quotidiane, dalla nostra capacità di adottare misure di prevenzione e dal livello di fiducia nella scienza e nelle istituzioni sanitarie. Eppure, proprio su questo fronte emergono le maggiori criticità: la diffidenza nei confronti dei vaccini, la sottovalutazione dei rischi e la difficoltà nel promuovere una cultura della prevenzione dimostrano che, ancora oggi, preferiamo affrontare l'emergenza piuttosto che prevenirla.

Forse, la vera domanda non è solo come combattere l'influenza, ma come imparare da essa. Ogni epidemia, grande o piccola, ci mette di fronte a una realtà essenziale: la nostra interdipendenza. Nessuno è davvero immune dalle conseguenze di una malattia diffusa, e le scelte individuali hanno un impatto sulla salute collettiva. Questa consapevolezza dovrebbe spingerci a ripensare il nostro approccio alla salute pubblica, investendo di più nella prevenzione, nella ricerca e nella comunicazione scientifica.

L'influenza, come altre malattie infettive, continuerà ad accompagnare la storia dell'umanità. La differenza sta in come scegliamo di affrontarla: con indifferenza o con responsabilità. Se vogliamo costruire una società più resiliente, la lezione è chiara: non possiamo permetterci di considerare la prevenzione un lusso, ma una necessità.

**Unità di Statistica Medica ed Epidemiologia Molecolare, Università Campus Bio-Medico di Roma (Adjunct professor/Research Fellow facoltà di Medicina e Chirurgia)*

Sanità, Fontana all'attacco dei "burocrati romani"

Il governatore difende la sua Sanità. Intanto il software dei medici collassa

Continua la polemica a distanza tra il presidente lombardo **Attilio Fontana** e il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, dopo il declassamento al 7° posto in Italia – mal digerito dal governatore lombardo – della Lombardia nel monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) per il 2023. Un declassamento definito due giorni fa da Fontana "una puttanata". Per il governatore, il vero nemico non sarebbe il ritardo nella medicina di prossimità della regione più colpita dal Covid, ma sono "i burocrati romani del ministero", rei di aver voluto affondare la Lombardia, perché in prima fila nel rivendicare l'Autonomia differenziata nella Sanità. Fontana ha anche attaccato sui criteri utilizzati per l'analisi, sostenendo che fossero penalizzanti. In realtà la Lombardia è stata declassata (sonoramente) perché in fortissimo ritardo su case e ospedali di comunità, come certificato dalla Corte dei Conti. Per i giudici, su 187 Case di Comunità e 60 Ospedali di Comunità previsti entro il 2026, ne "risultano attivi" solo "125 Case di Comunità e 20 Ospedali". "L'analisi della Corte evidenzia, tuttavia, una ridotta operatività per effetto della carenza di personale medico e di for-

ti limitazioni sull'orario di apertura e sulla gamma di servizi previsti, oltre che per la contestuale sussistenza di cantieri per lavori di adeguamento", aggiungono i giudici. Infatti "49 delle 125 Case di Comunità attive offrono servizio per meno di 12 ore al giorno e meno di 6 giorni a settimana; 15 strutture sono state accreditate come "Spoke" (funzionanti per 12h invece di 24h, 6 giorni su 7 invece di 7 giorni su 7) non rispettando l'accordo col Ministero della Salute; 85 risultano sprovviste di medici di medicina generale e in 112 mancano i pediatri di libera scelta, un dato peggiore rispetto al precedente controllo di luglio 2023, nonostante l'incremento di strutture aperte". E ieri, proprio mentre Fontana difendeva "l'eccellenza lombarda", molti medici di base lombardi registravano grossi disagi nel funzionamento del sistema informativo socio sanitario regionale (SISS), da cui dipendono le prescrizioni smateria-

lizzate di farmaci e accertamenti diagnostici, i certificati di malattia e la consultazione del Fascicolo sanitario elettronico. Dopo il crash del software creato e gestito dall'agenzia regionale Aria, molti pazienti (ammalati) sono stati invitati a "consegnare personalmente i certificati medici cartacei alla sede Inps più vicina a casa". Eccellenza lombarda... **AN.SPA.**

Il crash

Ieri centinaia di dottori lombardi hanno dovuto compilare le ricette a mano perché il sistema era ko



■ Attilio Fontana



A QUATTRO ANNI DALLA SUA ISTITUZIONE Il centro antipandemico è fermo

■ Secondo il nuovo piano antipandemico 2025-2029, doveva nascere a Siena il pilastro della risposta scientifica dell'Italia contro il rischio di una nuova pandemia. Ma a 5 anni dalla crisi Covid-19 e a 4 dallo stanziamento di 340 milioni di euro per la sua realizzazione, il centro è ancora fermo. **CAPOCCI A PAGINA 6**

IL GOVERNO DRAGHI AVEVA STANZIATO 340 MILIONI DI EURO MA TUTTO È FERMO. LA CITTÀ TEME DI PERDERE SOLDI E OCCUPAZIONE

Dopo quattro anni, Siena aspetta ancora il Centro nazionale antipandemico

ANDREA CAPOCCI

■ Doveva essere a Siena il pilastro della risposta scientifica dell'Italia contro il rischio di una nuova pandemia. Secondo il nuovo piano antipandemico 2025-2029, «la Fondazione Biotecnopolo di Siena con la sua articolazione Centro Nazionale Antipandemico ha il compito di sviluppare contromisure mediche quali vaccini, anticorpi monoclonali, farmaci e diagnostici, per contribuire alla preparazione per eventuali emergenze pandemiche».

INVECE, cinque anni dopo l'inizio della crisi Covid-19 e quattro dopo il maxi-stanziamento di 340 milioni di euro per la sua realizzazione, il centro è ancora fermo. Chissà se lo sanno a Bruxelles, dove lo *European regions research and innovation network* ha scelto il centro di Siena per coordinare lo *European anti-pandemic network* a cui partecipano Francia, Germania e Belgio, destinando alla Toscana ben 33 milioni di euro.

GLI ULTIMI quattro anni del biotecnopolo sono serviti a scriverne e riscriverne lo statuto e a rivederne la dotazione finanziaria. L'ingente finanziamento, deciso dal governo guidato da Mario Draghi, è stato ridotto del 40% da quello di Giorgia Meloni. In questo periodo ci si è accorti dell'esistenza del Centro soprattutto per le proteste del direttore

scientifico del biotecnopolo di Siena, il settantatreenne vaccinologo Rino Rappuoli, che un anno fa aveva minacciato: «Se non parte il centro antipandemie vado via». Sarebbe un evento feroce per la città. Rappuoli da Radicofani, scopritore di vaccini e anticorpi monoclonali, a Siena è un'istituzione importante quasi come il Palio e il Monte dei Paschi. Qui si è laureato e per trent'anni ha diretto il polo di ricerca vaccinale fondato da Sclavo e poi comprato dalle multinazionali Chiron, Novartis e Gsk. Dal 2018 coordina il laboratorio sugli anticorpi monoclonali del consorzio Toscana life science, dal 2020 insegna alla locale università e dall'anno successivo, appunto, dirige il biotecnopolo che dovrebbe dare vita al Centro nazionale antipandemico.

ORA QUALCOSA si muove. Il centro finalmente ha bandito i concorsi per le prime assunzioni, tutte o quasi a tempo determinato. Il 23 gennaio, come «senior scientist» è stato scelto David Markovitz, settantunenne professore dell'università del Michigan e unico candidato. È una star della virologia, ma i requisiti di partecipazione alla selezione richiedevano un'età «non superiore a quella prevista dalle norme vigenti per il collocamento a riposo» e un permesso di soggiorno valido. Per gestire le risorse umane è stata scelta Maria Giulia Spriano.

All'Istituto nazionale di documentazione, innovazione e ricerca educativa lavorava nello staff del presidente Flaminio Galli e non all'ufficio del personale, anche se il bando richiedeva un'esperienza «di almeno tre anni» in quel settore. Alla comunicazione scientifica Rappuoli, che sedeva nella commissione giudicatrice, ha voluto Catherine Mallia, sua assistente sin dagli anni '90. Per la posizione di «senior advisor per lo Sviluppo clinico e affari regolatori» è stato nominato Audino Podda, co-inventore di un brevetto su un vaccino anti-influenzale insieme a Rappuoli,

che pure in questo caso era tra i valutatori. Come Markovitz e Spriano, anche Mallia e Podda erano gli unici candidati iscritti. Vengono dai laboratori senesi di Gsk e Toscana life science - che Rappuoli conosce bene - anche otto dei primi dieci tecnici di laboratorio assunti. Tutto «a chilometro zero», un po' troppo per una Fondazione che nel suo documento programmatico «si impegna a creare un ambiente di lavoro internazionale e ad assumere i migliori candidati indipendentemente dal loro luogo di residenza».

ADESSO il timore è che il ritardo accumulato sia irrecuperabile. Secondo il piano antipandemico, entro un anno il centro di Siena dovrà entrare nel «Network



il manifesto

per la sorveglianza e gestione clinica, la ricerca, la sintesi delle evidenze e l'elaborazione delle indicazioni» insieme ad altri centri di ricerca nazionali e università. Benché non sia finanziato dal Pnrr ma dal Fondo nazionale complementare ad esso collegato, il centro potrebbe perdere un'altra parte dei fondi se alla scadenza del 2026 non avrà fatto tutti i compiti. Per questo l'opposizione alla giunta di centrodestra in Consiglio comunale è in allarme.

Da settembre 2023 a oggi le interrogazioni presentate sono state ben sei. L'ultima, firmata

da tutti i gruppi di minoranza risale a gennaio e chiede di fare chiarezza. «C'erano ingenti risorse stanziare dal nostro Stato, oltre trecentoquaranta milioni di euro, già cancellate in parte dal governo di destra e che rischiamo di perdere, perché la loro rendicontazione, legata al Pnrr, scade nel 2026» ha detto il consigliere dem Alessandro Masi. «E intanto non si vede crescere il progetto, né la sua sede, né i laboratori, né le persone occupate dalle sue attività e lavori».

Doveva essere la risposta scientifica dell'Italia contro i nuovi virus



Il Papa supera anche l'ultima crisi e torna a respirare senza maschera

Scongiorato il pericolo di un'altra infezione dopo il broncospasmo, via la ventilazione meccanica. La visita di Parolin e Peña Parra

di **Andrea Gualtieri**

CITTÀ DEL VATICANO – Papa Francesco sembra essersi lasciato alle spalle il rischio di conseguenze dopo la crisi respiratoria di venerdì scorso. Allo scadere delle quarantotto ore, indicate dai medici come termine per valutare l'evoluzione successiva al broncospasmo, i riscontri sono rassicuranti. Bergoglio non ha febbre e non è stata rilevata leucocitosi. Si può ritenere quindi che l'inalazione del vomito non abbia causato ulteriori infezioni. Per tutta la giornata di ieri le condizioni cliniche si sono mantenute stabili, tanto che l'assistenza alla respirazione è stata alleggerita rispetto ai momenti successivi alla crisi: il Papa, riferisce il bollettino medico, «non ha necessitato di ventilazione meccanica non invasiva, ma unicamente di ossigenoterapia ad alti flussi». Niente mascherina su naso e bocca, quindi: solo cannule nasali.

La situazione sembra essere tornata alle condizioni di venerdì mattina, prima della grande paura. Si riparte da un quadro complesso, dalla polmonite bilaterale, dal rischio perdurante che possano verificarsi nuove crisi legate a broncospasmi. E dalla prognosi, che resta riservata: il Papa, ribadiscono dal Vaticano, non può essere considerato fuori perico-

lo. Nei prossimi giorni potrebbe essere fissato il punto stampa con i medici che era slittato dopo l'ultima complicazione. Sarebbe l'occasione per comprendere l'evoluzione della polmonite. Da quanto trapela, non ci sono stati ulteriori problemi di piastrinopenia e anemia dopo quelli registrati in occasione della prima crisi, quella del 22 febbraio. In questi giorni, però, non sono stati diffusi esiti di altri esami, né è stato comunicato se Francesco sia stato sottoposto a ulteriori Tac.

Al di là dell'aspetto clinico, il Papa viene segnalato di buon umore. Ieri mattina ha partecipato alla messa nella cappella adiacente alla sua stanza nell'ala riservata al decimo piano del policlinico. Poi ha alternato il riposo alla preghiera. E in mattinata ha ricevuto il cardinale segretario di Stato, Pietro Parolin, e il sostituto Edgar Peña Parra.

È la seconda volta che viene riferito di un colloquio al Gemelli tra il pontefice e i suoi più stretti collaboratori. Sui contenuti è stato mantenuto assoluto riserbo. Il Papa in genere riceve settimanalmente Parolin e Peña Parra, ma il precedente incontro è avvenuto solo mercoledì scorso. Ieri c'è stata la necessità di rivedersi nonostante il ricovero e la festività domenicale: escludendo l'ipotesi di una visita di cortesia, è proba-

bile che siano stati affrontati temi riguardanti il governo della Chiesa e la diplomazia internazionale, entrambi aspetti di competenza della segreteria di Stato.

Sono invece state trasmesse le parole che il pontefice ha rivolto ai fedeli per l'Angelus, il terzo consecutivo nel quale Francesco si è dovuto limitare a inviare un testo scritto. «Vi mando questi pensieri ancora dall'ospedale, dove come sapete mi trovo da diversi giorni», afferma ringraziando medici e sanitari che si prendono cura di lui. Il Papa racconta le sue sensazioni in questa fase di malattia: «Avverto nel cuore la "benedizione" che si nasconde dentro la fragilità, perché proprio in questi momenti impariamo ancora di più a confidare nel Signore; allo stesso tempo, ringrazio Dio perché mi dà l'opportunità di condividere nel corpo e nello spirito la condizione di



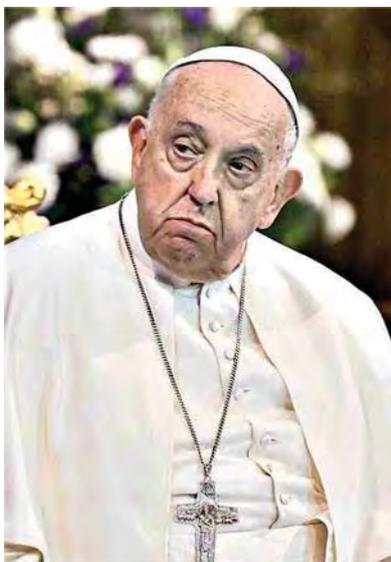
tanti ammalati e sofferenti». Ringrazia anche per le preghiere e assicura di ricambiarle. «Soprattutto per la pace», specifica, sgranando come un rosario la lista delle zone martoriate: Ucraina, Palestina, Israele, Libano, Myanmar, Sudan, Kivu. «Da qui – commenta – la guerra appare ancora più assurda».

Il bollettino

1 Niente strascichi
Dalle analisi non sono emerse conseguenze del broncospasmo di venerdì: si temeva un'altra infezione, non ne sono state trovate tracce

2 Solo naselli
La ventilazione meccanica a cui era stato sottoposto il Papa è stata gradualmente tolta: da ieri usa al massimo i naselli per l'ossigeno

3 Rischio criticità
In mezzo a vari segnali positivi (vedi l'assenza di febbre), il quadro resta complesso, la prognosi riservata e "permane il rischio di criticità"



In preghiera

Un gruppo di fedeli prega davanti alla statua di Wojtyła, proprio sotto le finestre del reparto dove papa Francesco è ricoverato dal 14 febbraio



Domande e risposte

“Recupero a rilento potrebbero servire ancora due settimane”

di **Michele Bocci**

Trascorse 48 ore dalla crisi di venerdì, il rischio di polmonite ab ingestis è superato?

«Quando si sovrappongono complicanze su un quadro respiratorio complesso, come quello del Papa, è difficile dire qual è il tempo definitivo di risoluzione». A parlare è Cecilia Becattini, docente di Medicina interna a Perugia e presidente eletto della società scientifica della disciplina (Simi). «Se ci allontaniamo dalla fase acuta però – prosegue – certamente, il rischio tende a diminuire. E per ora sembra superato».

Il passaggio alla ossigeno-terapia ad alti flussi è positivo?

«Certo. Di solito si fa uno svezzamento progressivo, dalla ventilazione non invasiva per portare il paziente a un'assistenza

di complessità inferiore.

L'ossigenoterapia ad alti flussi è una ventilazione che supporta il respiro spontaneo. Nei giorni scorsi il Papa usava un apparecchio che faceva espandere il torace».

Con cosa si eroga l'ossigeno ad alti flussi?

«Si usa una cannula nasale che somministra ossigeno ad alto volume e alto flusso. Potrebbe non avere più una maschera».

Questi alti e bassi, con due crisi avvenute durante il ricovero, che strascichi possono lasciare?

«Possono rendere necessario un tempo di recupero più lungo. Verosimilmente svelano una condizione di fragilità, legata alle patologie pregresse del Papa. Sappiamo che ha una problema respiratorio cronico».

Quindi un ripresa ci può essere?

«Certo, sarà più lenta ma può esserci. Bisogna andare avanti con la fisioterapia respiratoria, che è già iniziata in ospedale».

In quanto tempo potrebbe essere dimesso?

«Difficile dirlo, ma con tutto quello che è successo è verosimile che ci vogliano ancora 10-15 giorni di ospedale».

In questi giorni il Papa non ha mai avuto la febbre. Si tratta di un indicatore importante?

«Il dato è positivo. Solitamente, però, in queste condizioni si fa uso di cortisone, che con l'effetto anti infiammatorio potrebbe ridurre anche un eventuale stato febbrile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Newsweek

Gemelli tra i 250 ospedali migliori

Tra i 250 migliori ospedali al mondo, nella classifica stilata da Newsweek, sono solo 13 quelli italiani e solo 2 quelli del Lazio, Gemelli (privato) e Sant'Andrea (pubblico). Il Lazio finisce così più che doppiato dalla Lombardia. «Da questa indagine si può concludere che gli ospedali della Lombardia sono molto ben rappresentati, con il Niguarda primo nella

graduatoria italiana, ed altri 4 presenti tra le prime posizioni, mentre la seconda Regione per popolazione, il Lazio, con la Capitale, vede inclusi solo due ospedali, con il Gemelli in posizione di preminenza e un solo ospedale pubblico, il Sant'Andrea, molto indietro nella graduatoria», dichiara il

prof. Francesco Cognetti, presidente della Federazione oncologi, cardiologi e dermatologi. **cle.pis.**



Progetto Perla

“La medicina va umanizzata” Dieci strutture premiate nel Lazio

di **Valentina Lupia** • a pagina 5

Il progetto Perla

“Umanizzare la medicina” Dieci strutture premiare nel Lazio

di **Valentina Lupia**

Cardiochirurgia, Cardiologia d'urgenza e Medicina di precisione del Gemelli, poi la Asl Roma 4 con il punto unico di accesso, l'ambulatorio infermieristico del Distretto 2, l'ambulatorio di Diabetologia e il reparto di Chirurgia generale, entrambi a Civitavecchia. E ancora i due centri Hospice Chenis e l'Oncologia dell'ospedale San Paolo, sempre nel Comune portuale in provincia di Roma: dieci strutture sanitarie del Lazio si distinguono per un approccio innovativo, che punta alla personalizzazione delle cure, ponendo il paziente, la sua storia e le sue necessità al centro del percorso medico. Il loro lavoro è stato premiato ieri durante un convegno organizzato alla Camera dei Deputati per fare il punto sul progetto Perla, l'iniziativa promossa da Edra SpA e dalla società benefit Digital narrative medicine (Dnm), col patrocinio della Società italiana di Medicina narrativa (SIMeN) e il supporto di Dignitas curae. Tutte realtà impegnate per migliorare la presa in carico dei degenti e definire un percorso su misura. Dalla visita specialistica, fino al

ricovero.

Secondo Massimo Massetti, portavoce di Dignitas curae e direttore dell'Area cardiovascolare e della Cardiochirurgia del Gemelli, si tratta di una rivoluzione necessaria. Perché «in questo contesto di spersonalizzazione e frammentazione della cura, peraltro influenzata fortemente dalla tecnologia digitale, il vissuto dei malati ha fatto emergere criticità legate alla perdita di quell'approccio umano che ha sempre contraddistinto il rapporto tra curante e persona malata nel suo bisogno primario». E aggiunge: «Se oggi sentiamo in tanti il bisogno di riumanizzare la medicina non significa che ci troviamo di fronte ad una perdita dei principi e dei valori di coloro che curano e assistono i malati, ma che il modo con cui pratichiamo la medicina si concentra troppo sulla patologia dell'organo piuttosto che sulla persona malata nel rispetto della sua dignità umana».

Per questo Perla – che al suo interno vanta rappresentanti dell'Istituto superiore di Sanità, di agenzie per i servizi sanitari, di federazioni ospedaliere e che riuniscono ordini di medici e in-

fermieri, oltre a 20 associazioni di pazienti – ha lanciato un decalogo che con 10 buone pratiche punta a rivoluzionare l'approccio di ambulatori e reparti. Dall'accoglienza alla comunicazione, passando per consigli sull'alimentazione, sull'attività fisica, sul sonno. Spunti fondamentali che vanno oltre l'approccio tradizionale.

A un anno di distanza, ecco quindi una ricerca per valutare la risposta dei pazienti: il 95% si è detto soddisfatto del percorso fatto. E grazie alle oltre 700 valutazioni anonime di altrettante persone, si è potuto stilare un elenco di strutture virtuose. Il Lazio è la prima regione per numero di reparti e unità che hanno avviato questa vera e propria rivoluzione culturale. A queste dieci strutture Cristina Cenci, amministratore unico di Dnm ha lanciato una sfida: «Fatevi portavoce per gli altri ospedali del territorio».

Durante la mattinata si sono tenute due tavole rotonde con esperti e medici che si sono confrontati sul tema. Era presente anche Maria Rosaria Campitiello, capo dipartimento della Prevenzione, della Ricerca e delle Emergenze sanitarie.



«WORLD'S BEST HOSPITALS»

Le pagelle degli ospedali italiani: bocciata la Puglia

Male Fazzi e Santissima Annunziata. San Giovanni Rotondo miglior nosocomio del Sud

■ Cosa emerge dalla classifica sugli ospedali con le più alte valutazioni del mondo? Che il migliore in assoluto sta negli Stati Uniti d'America. E che in Italia, i migliori sono quelli del Nord. Ma c'è, tuttavia, qualche timido buon segnale anche dalla Puglia. Regione che pure indossa la maglia nera per quanto riguarda la maggior parte delle sue strutture.

La classifica in questione è stata stilata dal World's Best Hospitals 2025, che ormai da anni è uno degli indicatori più accreditati per analizzare le performance sanitarie degli ospedali. Da qui risulta che il primo in Puglia, e al Sud, è l'ospedale Casa Sollievo della Sofferenza a San Giovanni Rotondo. A livello nazionale occupa la 35esima posizione. «Siamo molto soddisfatti di aver ottenuto nuovamente il riconoscimento di "World's Best Hospitals" da *Newsweek* anche per il 2025, che ci conferma come il primo ospedale del Sud Italia per il sesto anno di fila sottolinea Gino Gumirato, direttore generale dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo. Questo risultato è frut-

to dell'impegno costante di tutti gli operatori sanitari dell'Ospedale ai quali vanno i più sentiti ringraziamenti di tutto il Consiglio di Amministrazione. Nel perseguire l'eccellenza, i professionisti di Casa Sollievo mettono l'ammalato sempre al centro dell'attenzione sia nell'assistenza clinica e chirurgica, sia nel campo della ricerca scientifica, affinché l'obiettivo resti invariato: rispondere ai bisogni di salute dei cittadini offrendo prestazioni sanitarie fortemente integrate, ad alta specialità, e caratterizzate da un alto contenuto tecnologico, professionale e umano». Il Policlinico di Bari al 39esimo posto in Italia. Subito dietro, tra i pugliesi, il Perrino di Brindisi, al 56esimo posto.

L'ospedale San Paolo di Bari è 69esimo, il Vito Fazzi di Lecce 76esimo. Il Riuniti di Foggia 83esimo. Solo 132esimo, penultimo in Italia, il Santissima Annunziata di Taranto. La metodologia utilizzata per il ranking del 2025 ha preso in considerazione i seguenti dati, elencati in ordine di importanza e di peso attribuito nella composizio-

ne del dato numerico finale: sondaggi tra decine di migliaia di colleghi, medici e professionisti in ambito sanitario, principalmente nazionali (peso attribuito 40%); metriche di qualità ospedaliera sul rapporto pazienti/medici-infermieri, qualità dell'assistenza per trattamenti specifici e misure di igiene e sicurezza, tempi di attesa (37,5%); esperienze dei pazienti (17,5%); sondaggio su implementazione e utilizzo delle PROMs (Patient-Reported Outcome Measures), ovvero misure di esito riportate dal paziente (5%).

