

11 aprile 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



DIFENDIAMO L'EUROPA

la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



Rspettacoli Cannes si presenta Martone in concorso di ARIANNA FINOS a pagina 42

Rsport Pellegrini a stile libero: "Io, Sinner e il doping" di ALESSANDRA RETICO alle pagine 46 e 47



Venerdì 11 aprile 2025 Anno 50 - N° 85 Oggi con Il venerdì in Italia € 2,90

Wall Street a picco non crede a Trump

Torna giù la Borsa Usa, volano le europee. Il dollaro sotto pressione. Dazi alla Cina al 145% ma è tregua con la Ue che congela la risposta

La forza e la fine della democrazia

di MASSIMO ADINOLFI

Trump: di che cosa è il nome? Porre la questione in questi termini significa scartare subito da qualunque considerazione riguardi solo l'individuo che porta quel nome: l'immobiliarista, il personaggio televisivo, il miliardario. Non che siano aspetti del tutto secondari: ai suoi affari e alle sue fortune, ai suoi successi come ai suoi fallimenti, alle sue furbate private e alla sua spettacolare carriera pubblica non è affatto inutile gettare un'occhiata, per provare a capire qualcosa di quel che sta succedendo nel mondo da quando Trump è alla Casa Bianca. Ma Trump è forse il nome anche di qualcos'altro che si viene vistosamente consumando sotto i nostri occhi. Della dilapidazione di un capitale che non va semplicemente in fumo come i titoli in Borsa, perché non basterà un annuncio per ricostituirlo.

continua a pagina 17

I dazi imposti da Donald Trump sulle merci cinesi sono complessivamente al 145%. La notizia contribuisce ad affondare Wall Street (con il Dow Jones che chiude a -2,50% e il Nasdaq a -4,31%) dopo il sospiro di sollievo del giorno precedente. Non bastano le rassicurazioni del presidente americano: «Xi è intelligente, faremo un buon accordo». In Europa invece i mercati festeggiano la tregua di tre mesi (Milano +4,73%) e l'Ue congela i controdazi. La Casa Bianca: «Tratteremo con l'Unione in blocco e non con i singoli Stati».

di CERAMI, DE CICCO, MANACORDA, MASTROBUONI, RICCIARDI, SANTELLI e TITO da pagina 2 a pagina 11

Su Donald l'ombra dell'insider trading

di PAOLO MASTROLILLI a pagina 3

Kupchan: il tycoon è senza un piano

di ANNA LOMBARDI a pagina 4

Istat, a escort e prostitute il codice per pagare le tasse

Anche la prostituzione e l'attività di escort hanno un codice Ateco (acronimo di "attività economiche") nella nuova classificazione sviluppata dall'Istat, in vigore da gennaio e utilizzata dal primo aprile. Spunta infatti la voce relativa ai "servizi di incontro ed eventi simili" che comprende "attività di accompagnatori e di accompagnatrici, fornitura o organizzazione di servizi sessuali, organizzazione di eventi di prostituzione o gestione di locali di prostituzione". I lavoratori del sesso saranno così classificati dalle statistiche ufficiali e dovranno pagare le tasse, Irpef e Iva, come tutti.

di MARIA NOVELLA DE LUCA a pagina 29



LA MODA di EMANUELE FARNETI

Prada compra Versace la maison torna italiana

Sono circa due chilometri, pochi minuti a piedi passando dal Duomo. Eppure tra la molto famosa casa Versace e la molto discreta residenza di Miuccia Prada sembra passarci un mondo.

a pagina 17

di BENNEWITZ, GIOVARA e TIBALDI alle pagine 14 e 15

Advertisement for Edison energy services with the headline 'Futuro in corso.' and an image of workers on a power line.

Il Papa a sorpresa a San Pietro per verificare i restauri con pantaloni neri e poncho

Francesco nella basilica di San Pietro con poncho e pantaloni al posto dell'abito bianco

di IACOPO SCARAMUZZI

a pagina 27



Carofiglio e Lucarelli dialogo sul noir e la tentazione della vendetta

LE IDEE di MAURIZIO CROSETTI

La vendetta non serve a niente ed è un istinto tribale. La giustizia non è mai un regolamento di conti ma l'errore può portare a qualcosa di buono. Carlo Lucarelli e Gianrico Carofiglio ne discutono con Repubblica in occasione dell'uscita dell'ultimo romanzo di Lucarelli, Almeno tu (Einaudi Stile Libero). Nella trama, un padre, una figlia morta in un incidente che forse non è un incidente, il dubbio atroce, una decisione fatale e, appunto, la terribile vendetta. Così il dialogo tocca i meccanismi del noir ma anche il mestiere di genitori.

alle pagine 40 e 41

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688294

FONDATA NEL 1876

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

Icon of an alarm clock and the text "DIFENDIAMO L'EUROPA".



Il Fuorisalone dei giovani
Tutti in coda a Brera
«Ma ne vale la pena»
di **Elvira Serra**
a pagina 33



Crollo a Santo Domingo
Tra i morti anche
uno chef italiano
di **Alfio Sciacca**
a pagina 20

Valleverde logo and brand name.

Bruxelles: pausa di 90 giorni sulle tariffe. Bene le Borse, Milano a +4,73%. Il tycoon: tratteremo con l'Ue, non con i singoli Paesi

Cina, dazi al 145%: cade Wall Street

La battaglia commerciale di Trump. Il post prima della tregua: su Donald l'ombra dell'insider trading

EUROPA E STATI NAZIONALI
I veri ostacoli
che impediscono
la costruzione
dell'Unione

L'EX AMICO A PECHINO

di **Federico Rampini**

Lo storico britannico Adam Tooze osserva con ironia: «Di colpo, il fatto che a divorziare siano solo le due economie più grandi del mondo, America e Cina, viene accolto con un sospiro di sollievo». Si riferisce alla strana tregua annunciata da Donald Trump, per cui sul resto del mondo restano «solo» dazi al 10%, mentre «solo» la Cina viene colpita da tasse doganali quattordici volte superiori. Intanto i mercati sono ansiosi, gli investitori si chiedono se ci sia del metodo in questa follia, governi alleati e imprese implorano qualche certezza per il futuro. Solo una cosa al momento sembra sicura: tra Washington e Pechino il gelo permane.

Siamo tornati alla casella di partenza. Al Ground Zero delle guerre commerciali. Dagli anni Ottanta all'inizio del millennio fu l'establishment americano — due Bush, repubblicani, Clinton e Obama democratici; più il Gotha del capitalismo industriale e finanziario — a scommettere sulla Cina. La classe dirigente Usa volle integrare la Repubblica Popolare nella globalizzazione, prevedendo benefici immensi: una forza lavoro a buon mercato a cui affidare la fabbrica del pianeta; un vasto mercato da conquistare; la nazione più popolosa da attirare nella propria sfera geopolitica, con una speranza di democratizzazione.

continua a pagina 34

di **Monica Guerzoni e Viviana Mazza**

Le Borse europee tornano a correre, dopo la tregua sui dazi. Ma la guerra commerciale tra Stati Uniti e Cina fa crollare i listini di Wall Street. Washington alza i dazi al 145%. Pechino risponde applicando tariffe all'84%. Chi si fermerà per primo? Trump o Xi? Ciascuno pensa di avere gli strumenti per reggere il confronto meglio dell'avversario. La premier Giorgia Meloni proporrà a Trump un vertice Usa-Ue.

da pagina 2 a pagina 13
Finetti, Fubini, Gaggi Logroscino, Montefiori Sarcina

GIANNELLI



INTERVISTA CON WEBER (PPE)

«L'Europa è forte, resti unita nel negoziato con gli Usa»

di **Francesca Basso**

L'Europa unita «sarà più forte» — dice il leader del Ppe Weber —, e Washington dovrà ridefinire con noi le regole». a pagina 3

LA RICERCA DI SBOCCHI COMMERCIALI

Le imprese italiane e i timori dell'invasione di merci cinesi

di **Rita Quercè**

Il muro alzato dai dazi Usa ha cambiato il commercio. E il mercato italiano rischia di essere invaso dai prodotti cinesi. a pagina 9

di **Ernesto Galli della Loggia**



Dopo 80 anni dai trattati di Roma, dopo 30 dal trattato di Maastricht e 25 dall'introduzione dell'euro — cioè dopo un tempo ai giorni nostri storicamente immenso — a ben poco servono manifestazioni e sventolio di bandiere. E tanto meno serve il richiamo al manifesto di Ventotene: per una ragione che è bene chiarire — sperabilmente — una volta per tutte.

continua a pagina 34

Vaticano Visita ai restauri, il Papa in carrozzina senza l'abito talare bianco

In San Pietro con poncho e pantaloni scuri La sorpresa di Francesco

di **Gian Guido Vecchi**

Ancora un'uscita a sorpresa di papa Francesco. Il Pontefice si è presentato in carrozzina a San Pietro senza l'abito talare e la papalina in testa. Francesco indossava un poncho e pantaloni scuri. Il Papa è entrato nella basilica poco prima delle 13, ha salutato due restauratrici e anche alcuni pellegrini che si trovavano lì in quel momento. Un altro segnale che Francesco si sta riprendendo. A questo punto appare più probabile che possa partecipare alle celebrazioni di Pasqua.

a pagina 25



A sorpresa papa Bergoglio accompagnato in sedia a rotelle nella basilica di San Pietro (Ansa)

Moda Operazione da 1,25 miliardi Svolta di Prada, comprata Versace «Pagina storica»

di **Bertolino, Polizzi e Pollo**

Prada compra Versace per 1,25 miliardi di euro. «Pronti ad avviare un nuovo capitolo per un marchio con cui condividiamo un impegno costante verso la creatività, la cura del prodotto e un forte patrimonio culturale», ha detto Patrizio Bertelli, presidente del gruppo Prada.

alle pagine 36 e 37

LE ESCORT PRA LE ATTIVITÀ ECONOMICHE

L'Istat vara il codice per i «servizi sessuali»

di **Claudia Voltattorni**

Il codice Ateco anche per la prostituzione. Lo stabilisce la nuova classificazione sviluppata dall'Istat e divenuta operativa dal primo aprile scorso. E così alla voce «servizi di incontro ed eventi simili», spunta il codice 96.99.92 che include la fornitura e anche l'organizzazione di servizi sessuali «legali».

a pagina 23 Arachi, M. Cremonesi

Advertisement for Telmo Pievani, Giuseppe Remuzzi, and Dove Comincia l'Uomo. Includes a barcode and contact information.

IL CAFFÈ
di **Massimo Gramellini**

Mero riproposto di non parlare per qualche giorno di Donald Trump, a meno che non avesse combinato qualcosa di ulteriormente eccentrico e folle: che so, firmare un'ordinanza esecutiva contro i rubinetti del suo bagno. Ebbene, lo ha fatto. Ha firmato un'ordinanza esecutiva che vieta i soffioni delle docce a basso flusso, definiti «deboli e inutili», due aggettivi che detesta e che per lui sono sinonimi. I vecchi soffioni ormai fuorilegge (presto potrebbero venire ammanettati ed esposti in qualche prigione sudamericana per servire da monito a sciacquoni e lavandini) obbediscono a ragioni di risparmio energetico, che però devono cedere il passo di fronte a un'emergenza ben più drammatica, di cui lo stesso Trump si è fatto portavoce: i suoi capelli. Quelli col colore di un im-

La spada nella doccia

piesso tra una zucca e un'albicocca. Il presidente ha esposto in pubblico il dilemma che lo arrovella: a che serve avere comprato lo shampoo più caro in commercio, se poi gli tocca restare mezz'ora sotto la doccia perché i democratici, con quelle giacche piene di forfori, gli hanno imposto dei rubinetti da cui esce una goccia alla volta? «In che mani mi sono messo?» starà pensando il suo shampoo. Speriamo che prima o poi cominci a chiederselo anche l'americano medio che lo ha scelto (Trump, non lo shampoo). Per lo meno da questa lacrimosa vicenda abbiamo tratto un'informazione riservata: Mr. President trascorre mezz'ora al giorno in bagno sotto la doccia. E nessuno che porti mai via la chiave.

Advertisement for Bioton shampoo, featuring the product image and the slogan 'È buono, è Bioton.'.

IL RAPPORTO DEL NAS

Finti medici e numeri salta-code
la vergogna delle liste d'attesa

PAOLO RUSSO - PAGINA 15



LA SOCIETÀ

Quelle escort nel mirino del Fisco
tra professionismo e sfruttamento

ASSIA NEUMANN DAYAN - PAGINA 23



IL TENNIS

Il tocco magico di Musetti
Berrettini ko a Montecarlo

STEFANO SEMERARO - PAGINA 20



LA STAMPA

VENERDÌ 11 APRILE 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € | L'ANNO 159 | N. 100 | IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) | SPEDIZIONE ABB. POSTALE N. D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 COMMA 1, DCB-TO | www.lastampa.it

GNN

VON DER LEYEN SOSPENDE IL BAZOOKA PER NOVANTA GIORNI. E LA CASA BIANCA RIAPRE IL DIALOGO ANCHE CON PECHINO

Trump, la scoperta dell'Europa

Il presidente Usa: Ue abile, non tratto con i singoli Stati. Ma Wall Street non si fida, i mercati ballano

IL COMMENTO

Il gioco del pollo
tra Stati Uniti e Cina

EFFETTORE SEQUI

Alcuni analisti americani paragonano la guerra dei dazi tra Stati Uniti e Cina a un chicken game: due rivali in corsa verso lo scontro, ciascuno sperando che sia l'altro a frenare. Tra Cina e Usa non si gioca a una semplice schermaglia negoziale, ma la sfida tra due visioni inconciliabili dell'ordine mondiale. - PAGINA 22

AGLIASTRO, DI MATTEO, LAMPERTI, LOMBARDO, MONTICELLI, SIMONI

Il giorno dopo l'inversione a U sui dazi reciproci, Trump convoca il consiglio di Gabinetto e con i ministri disposti attorno al lungo tavolo della Cabinet Room, spiega e indica le prossime mosse. Quando i big dell'Amministrazione si radunano alla Casa Bianca, gli indici di Wall Street sono in FOSCO. - CON IL TACCUINO DI SIOGRI - PAGINE 2-9

Foti: "Meloni si muove
in linea con Bruxelles"

Francesco Malfetano

LE INTERVISTE AL PREMIO NOBEL E ALLA COMMISSARIA UE

Spence: così rischiamo
la nuova guerra fredda

GIUSEPPE BOTTERO

Per capire cosa sta succedendo all'America e alle Borse mondiali, dice Michael Spence, bisogna provare a entrare nella testa di The Donald. «Da anni, ben prima di diventare presidente, sostiene che il sistema commerciale è ingiusto» spiega il Nobel, premiato nel 2001 con Joseph Stiglitz per le analisi sui mercati. - PAGINA 7

Virkkunen: Big tech
le regole non cambiano

MARCO BRESOLIN

L'Ue è pronta a negoziare con gli Stati Uniti sui dazi, ma non ha alcuna intenzione di mettere sul tavolo le regole per le Big Tech. Lo assicura Henna Virkkunen, vicepresidente esecutiva della Commissione europea con delega alla sovranità tecnologica: nessun compromesso. - PAGINA 7

LA CHIESA

Francesco con poncho
e pantaloni da parroco
immagine di un Papa
che ritorna uomo

FRANCO GARELLI



È un Papa dimesso, troppo dimesso, quello che ieri è stato visto girare in carrozzina nella Basilica di San Pietro. Non era nel suo abito bianco, indossava un poncho sui pantaloni, sembrava un campesino. - PAGINA 14

IL DIALOGO

Quirico, Segre e la pace
"L'Occidente si è perso"

DOMENICO QUIRICO, GABRIELE SEGRE

In un mondo tornato a parlare la lingua della guerra, la parola "pace" ritorna con forza nel discorso pubblico e nei pensieri di molti. Ma non è affatto scontato che significhi la stessa cosa per tutti. C'è chi la invoca come valore universale, chi la associa a un tempo di prosperità perduta, e chi la colloca al centro della propria visione politica. Abbiamo il dovere di interrogarci sul suo significato, a partire da una verità tanto semplice quanto scomoda: se vogliamo davvero la pace, dobbiamo essere disposti a metterla in discussione. Il giornalista Domenico Quirico e l'analista politico Gabriele Segre dialogano sul ritorno della guerra in Europa e sugli errori commessi dall'Occidente. - PAGINE 10 E 11



Noi, gli algoritmi
e la libertà di scegliere

Innerarity e Padoan

LA 19ENNE MAKKA A PROCESSO AD ASTI PER OMICIDIO VOLONTARIO: "L'HO FATTO PER DIFENDERE MIA MAMMA"

"Perché ho ucciso papà"

MASSIMILIANO PEGGIO



L'INCHIESTA DI VERCELLI

L'inferno degli stupri a 13 anni
"La droga, il buio e le violenze"

ELISASOLA



Se solo la scuola può salvare
le ragazze dalla paura di parlare

VIOLA ARDONE

IL RACCONTO

Io, re Carlo, Mattarella
e la difesa della Terra

CARLO PETRINI

La promessa di Highgrove è stata mantenuta. Nel viaggio di tre giorni che ha visto Re Carlo e la Regina Camilla tornare in Italia per festeggiare i vent'anni di matrimonio, l'abbraccio non soltanto simbolico con i produttori ravennati è il segno tangibile di un'amicizia e di una visione comune che continua, ostinata, contro ogni forma di negazione della crisi climatica. Per questo, appena l'ho visto, gli ho subito fatto complimenti per il suo discorso in Parlamento. Lesue sono parole importanti, soprattutto in questi giorni difficili che stanno sconvolgendo il mondo, per bocca di chi ha intuito l'urgenza del cambiamento quando ancora l'ambiente veniva considerato un tema marginale. - PAGINE 18 E 19



Loechio di Salgado
sui ghiacciai malati

Giulia Zonca

BUONGIORNO

In una conversazione con Maurizio Crippa sul *Foglio*, la ministra Eugenia Roccella parla delle politiche del governo per la natalità. Sconsigliabile entrare qui nel dettaglio. Dico solo, sperando di non sbagliare, di avere colto un po' di scoramento: convincere la gente a fare figli è impresa che abbatterebbe l'inventore dell'ottimismo. Per esempio, è uscita da poche settimane un'indagine della *Population and Development Review* sul calo demografico nei paesi scandinavi. Il caso più interessante è quello della Finlandia, dove nel 2024 il tasso di fertilità è stato di 1,26 figli per donna, poco meglio del disastro 1,19 registrato in Italia. Eppure la Finlandia dovrebbe essere una specie di paradiso della prolificità, poiché dispone di tutto quello di cui non disponiamo noi e che, secondo quello che ci rac-

contiamo da lustrì, è il necessario per convincersi a figliare. La Finlandia è ricca (ha un Pil pro capite di 53mila dollari contro i nostri 39mila), in tutte le graduatorie è il Paese meno corrotto e più felice dell'universo, ha fiducia nel futuro, un welfare antico, solido e impareggiabile ed è la società con un'ineguagliata parità di genere. Per esempio, a metà del 2022 il congedo per maternità è stato portato a sei mesi sia per la madre sia per il padre. La legge intendeva dare un sostegno alle famiglie ma anche invogliare i padri ad affiancarsi alle madri con pari diritti e doveri. Ma nulla inverte la tendenza. L'unica regola, che in Finlandia appare manifesta, è che più si diventa ricchi e civili, e più ci si realizza con lo studio, il lavoro, i viaggi, i cibi, i vestiti. Ed è lì che comincia il declino. —

Ricchi e civili

MATTIA FELTRI



Scopri di più su www.witors.it



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 147 - N° 100
Sped. in A.P. 03/03/2025 con L.46/2024 art.1 c.1 DCB/24

NAZIONALE



Venerdì 11 Aprile 2025 • S. Gemma

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](https://www.ilmessaggero.it)

Tutte le star del Festival Cannes, Martone in gara con Elodie e Valeria Golino

Satta a pag. 25



Successo del Bodo (2-0) Lazio da incubo Ora per l'Europa serve un'impresa

Abbate, Faccini e Marcegalli nello Sport



Oggi i quarti con Tsitsipas Berrettini stanco Musetti vince il derby azzurro

Martucci nello Sport



Dazi, la Ue tratta con la Cina

► Bruxelles avvia un tavolo con Pechino sulle auto green e con gli Emirati arabi sul libero scambio. Sospese le tariffe agli Usa dopo il dietrofront di Trump. Che avvisa: non negozierò con i singoli Stati

L'editoriale QUANDO LA LEGGE DEL MERCATO NON BASTA

Angelo De Mattia

È la vittoria del mercato, della mano invisibile (ma non troppo): è ciò che ci dice l'indietreggiamento di Trump con la sospensione per 90 giorni dell'applicazione dei dazi, nei riguardi di 75 Paesi che finora non hanno adottato misure ritorsive (Unione europea compresa), e l'assoggettamento al 10 per cento dei dazi reciproci. È un segnale che il mercato dà all'amministrazione americana e, in generale, ai governi: certi limiti non si possono superare: occorre un bilanciamento adeguato tra le scelte del decisore pubblico e la libertà dei mercati che comunque sono e devono essere regolati; è fondamentale la tutela del risparmio come importanti sono le certezze per investitori e operatori.

La storia si ripete: nel 2022, sulla premier britannica Liz Truss, che aveva promosso una manovra la quale prevedeva una pioggia di detassazioni dei redditi cominciando da quelli più ricchi per complessivi 50 miliardi di sterline, si abbatterono le durissime reazioni del mercato che la costrinsero alle dimissioni conquistando il primato del governo più breve della storia: 45 giorni.

Continua a pag. 27

BRUXELLES Dopo il dietrofront di Trump, sono bastate poche ore per convincere l'Ue a riportare i suoi contro-dazi nel cassetto. Incassato l'ok dei governi, la Commissione ha deciso di sospendere per 90 giorni le contro-tariffe (perlopiù del 25%) su circa 21 miliardi di euro di export americano. Bruxelles, intanto, riscopre nella Cina un interlocutore privilegiato. Dopo la telefonata tra von der Leyen e il premier Li Qiang, Sečovič ha sentito la sua controparte, Wang Wentao: sono ripresi i colloqui per riconsiderare i dazi sulle importazioni delle auto elettriche.

Mulvoni, Paura, Pira, Rosana, Sciarra, Ventura e Vita alle pag. 3, 4, 5 e 9

Titoli di nuovo a picco. Accuse al tycoon di insider trading La guerra con Xi spaventa Wall Street

ROMA L'escalation verso una guerra commerciale globale si è trasformata in un duello tra la prima e la seconda economia del mondo, gli Usa e la Cina, ora arrivata a fare i conti con dazi al 145% sui prodotti esportati negli Stati Uniti. E la sospensione di 90 giorni dei dazi reciproci, seppure parziale, di Trump, non è ancora la fine del caos. Anzi. L'apertura di Wall Street è stata in-



calo. Nuove tensioni sui titoli di Stato, dollaro ai minimi da ottobre. Intanto su Trump si addensano sospetti di insider trading. Prima dello stop ai dazi reciproci, il presidente ha scritto «è un gran momento per comprare». Lui stesso ha guadagnato con il rialzo improvviso di Wall Street. E i den chiedono indagini.

Bassi, Dimito e Guaita alle pag. 2 e 7

Il polo del lusso



Così Versace torna italiana Prada versa 1,25 miliardi

Roberta Amoroso

Prada riporta Versace in Italia. Dopo mesi di trattativa il gruppo ha acquistato il marchio per 1,25 miliardi di euro. Bertelli: «Scriviamo la storia».

Franco a pag. 18

A San Pietro per la prima volta in pubblico senza abito talare



QUELLA SOFFERENZA PRIVA DI VELI

Vittorio Sabadin a pag. 27

Papa col poncho, rivoluzione in una foto

Papa Francesco a San Pietro senza l'abito talare

Giansoldati a pag. 14

L'Istat emana un codice Ateco ad hoc Svolta per escort e prostitute potranno avere la partita Iva

Claudia Guasco

Prostituzione e attività di escort entrano nei perimetri economici dell'Istat. Con un codice Ateco su misura introdotto nella nuova classificazione 2025 in vigore dal primo aprile e

una conseguenza diretta pagheranno le tasse in base ai parametri specifici. Un intervento che dovrebbe fare emergere il settore dalla zona grigia del fisco e che, assicura l'Istituto di statistica, non confligge con le leggi in materia.

A pag. 15

Il padre della vittima: non voglio le scuse di Mark Sulla scena del delitto di Ilaria spunta il dna di un altro uomo

ROMA Il delitto di Ilaria Sula, una novità scuote le indagini: sulla scena del crimine c'è un altro dna maschile. Gli inquirenti sono convinti che l'assassinio della giovane originaria di Terni sia avvenuto la sera del 25 e non al mattino. C'è l'i-

potesi che entrambi i genitori di Mark Samson fossero in casa. Dubbi sul trasporto del corpo. Intanto Mark chiede scusa ai genitori in una lettera. Il padre: «Non ci servono a nulla».

Errante, Gigli e Mozzetti a pag. 17

Bagno di folla



Romagna, visita pop per Carlo e Camilla tra tortellini e liscio

dalla nostra inviata Raffaella Troili

RAVENNA Letteratura, tortellini e Romagna mia. Carlo e Camilla, il saluto pop di Ravenna.

A pag. 14

DAL 28 FEBBRAIO AL 30 APRILE 2025

38 CROCIERE

CONCORSO A PREMI VINCI la SPESA GRATIS e non solo...

Pewex

1200€

50€

20€

10€

1° ESTRATTO

2° ESTRATTO

Il Segno di LUCA

BILANCIA QUANTA CREATIVITÀ

L'arrivo della Luna nel tuo segno ti consente di chiudere in bellezza la settimana lavorativa, mettendo bene a frutto la tua inesauribile dose di creatività che Plutone amplifica, smuovendo energie profonde e risorse particolarmente potenti. Ti accorgi cosa che disponi di nuovi strumenti che ti appartengono e inizi a sperimentarne le virtù nel lavoro, settore nel quale hai ancora la possibilità di mettere a punto alcune correzioni.

Mantra del giorno
Anche la creatività bisogna allenarla.

L'oroscopo a pag. 27

* Tardano con altri quotidiani (non disponibili separatamente) con la grafica di Motta, Luzzo, Brindisi e Tarantini. Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Pavia € 1,20. La domenica su Fotomessaggero € 1,40. In Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport Studio € 1,40. In Puglia, il Messaggero - Primo Piano Motta € 1,50. Nella provincia di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Pavia - Corriere dello Sport Studio € 1,50. "L'Amore a Roma" € 0,90 (solo Roma).

Venerdì 11 aprile 2025 ANNO LVIII n° 85 1,50 € Santo Stanislao vescovo e martire

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale LA PROSPETTIVA DEI BENI COMUNI

VITTORIO PELLIGRA C'era un tempo in cui la globalizzazione sembrava un destino ineludibile. Le sorti magnifiche e progressive. C'era chi definiva "la fine della storia" la vittoria della coppia capitalismo e democrazia rispetto a tutti i modelli alternativi.

IL FATTO Voglia di trattare

Dopo lo stop di 90 giorni sui dazi deciso da Trump anche l'Europa ferma le contromisure. Tariffe e tensione restano alte sull'asse Usa-Cina, da Pechino si al dialogo «ma con rispetto»

UCRAINA Washington non ci sta, resta al palo il patto dei Volenterosi

L'armata dei Volenterosi destinata a intervenire sul fronte russo ucraino stenta a decollare, paralizzata dal "no" americano: è emerso ieri all'emisio...

Palmas e Scavo a pagina 4

L'AMBASCiatore CHIBA «Vaticano e Giappone uniti nella sfida alle armi nucleari»

«Guardiamo insieme al futuro individuando campi di azione condivisi», dice ad Avvenire l'ambasciatore del Giappone presso la Santa Sede, Akira Chiba. Uno è il disarmo nucleare. Papa Francesco aveva parlato di «vocazione alla pace propria del Paese asiatico visitando nel 2019 Hiroshima e Nagasaki».

Dambassi a pagina 6

Dai dazi reciproci alla "pausa reciproca", per citare una fonte europea, in meno di ventiquattrore. L'Europa ha risposto prontamente alla mano tesa di Donald Trump sulle tariffe con una decisione equivalente: ovvero sospendendo per 90 giorni le contromisure approvate nella giornata di mercoledì. Una mossa che ha tranquillizzato le Borse europee ma non quelle americane, dove a prevalere è ancora la preoccupazione per il braccio di ferro con la Cina.

Qui i dazi restano alti così come la tensione: Pechino formalmente si dichiara aperta al dialogo purché "con rispetto", ma nei fatti sta emergendo il vero muro contro muro, che è proprio tra Cina e Stati Uniti. In questo contesto prende forma la missione di Giorgia Meloni alla Casa Bianca: Trump dice di voler trattare allo stesso modo tutti i Paesi europei, ma la premier italiana potrà gettare alcune esche, per l'Italia così come per tutta l'Unione, lanciando il suo piano di un vertice transatlantico. In Italia, Calenda propone un documento condiviso da maggioranza e opposizione.

Affleri, Campisi, Del Re, Picariello, Savignano a pag. 2-3

TECNOLOGIA Sfida tra potenze pure sui robot umanoidi

LUCA MEBLE

Unire le ballerine «H1», Tesla risponde con il suo «Optimus»: siamo agli albori di una rivoluzione con una competizione tra nazioni.

A pagina 15

CODICI ATECO Se l'Istat classifica e normalizza la prostituzione

ANTONELLA MARIANI

Per l'Istat è "vita sociale", per altri è altro: è la vendita del proprio spazio più intimo. L'Istat, con la nuova classificazione Ateco ha compiuto una ginnastica epocale.

A pagina 15

IL SISMA Le vittime sono 3.600, l'emergenza ora è sanitaria. Caritas: aiuti in quattro fasi



Myanmar, il peggio non è passato

Invisibile da quattro anni sull'onda della catastrofe, il Myanmar ha conquistato la ribalta mediatica globale. I riflettori, però, sono rimasti accessi il "minimo indispensabile". Il dramma dell'ex Birmania è già "storia vecchia": in secondo piano le 3.600 vittime, e un'emergenza che ora è diventata sanitaria, con un sistema al collasso e il rischio epidemie. Caritas al lavoro per aiuti in quattro fasi.

SCONTRO SULLE MOZIONI Il centrodestra nasconde il riarmo dell'Europa

Liverani a pagina 10

TACCONELLI: BATTERI PIÙ FORTI Prescritti troppi antibiotici «Il Governo corra ai ripari»

Belaspiga a pagina 8

UNA CHIESA INCLUSIVA Saba da vescovo di Sassari a nuovo ordinario militare

Girai a pagina 16

Un mondo diverso

Quando a Firenze studiava storia dell'arte, per le attribuzioni dei quadri usava mentalmente associare a ogni pittore un colore. La milopia però era troppo grave e gli avanzata, tante sfumature cromatiche sfuggivano. Vicina ai cinquant'anni - nei frattempo era diventata una guida turistica molto richiesta a Roma - ha dovuto affrontare l'intervento alla cataratta. È stato in quell'occasione che un'oculista molto competente l'ha convinta: approfittare per cambiare il cristallino di entrambi gli occhi, uno prima, poi l'altro. Una vera metamorfosi la attendeva, la specialista ci ha tenuto a dirle: «Si prepari signora».

Svolte Lisa Ginzburg Il mondo le apparirà diverso, molto diverso». Mai dimenticherò il momento in cui, dopo la prima sostituzione di cristallino, è tornata al lavoro, alla vista che come guida più ama condurre, quella alle Stanze di Raffaello nei Musei Vaticani. Chissà quanti dei turisti partecipanti al gruppo a lei affidato si sono accorti di come a un tratto si è commossa, così tanto emozionata. Ha pianto, tale era lo stupore, la meraviglia, l'incanto. L'azzurro così incredibilmente azzurro, il verde talmente verde. Ogni colore esaltato secondo una gamma di gradazioni a lei sino a quel giorno sconosciute. Il mondo quel giorno è cambiato: sotto i suoi occhi, nei suoi occhi, per i suoi occhi.

Gutenberg CULTURA Alla scoperta di un'altra Ucraina

IL GRANDE NORD Luoghi infiniti

IL RAPPORTO DEL NAS

Finti medici e numeri salta-code la vergogna delle liste d'attesa

PAOLO RUSSO - PAGINA 15

L'INCHIESTA

Il lato oscuro delle liste d'attesa

Agende di prenotazione
chiuso in modo illecito
e scorciatoie per pazienti
già visitati privatamente
Da Nord a Sud irregolarità
nel 27% delle strutture
controllate dai Nas

PAOLO RUSSO
ROMA

Il caso da film horror è quello della Asl di Trapani, dove un migliaio di esami istologici attendono da mesi di essere refertati. Come è accaduto a Maria Cristina Gallo, che dopo otto mesi di attesa ha visto il suo tumore degenerare in metastasi. Casi limite, si dirà. Mica tanto, vien da pensare quando si scopre che proprio in Sicilia i Nas hanno scoperto l'esistenza di quello che definiscono "SovraCup" regionale, che non raccoglie le richieste dei Cup dalle singole aziende sanitarie ma che in pratica serve a immettere in una corsia preferenziale gli amici degli amici.

Ma gli esempi di mala gestione delle liste di attesa si trovano a Sud come al Nord: sfogliando quel libro degli "orrori e degli errori" che sono le inadempienze regionali nell'applicare il decreto ta-

glia liste di attesa della scorsa estate, l'Agenas segnala irregolarità nel 27% delle 2.836 strutture ispezionate dai Nas. Irregolarità che vanno dalle prenotazioni più rapide per i pazienti che prima si sono fatti visitare privatamente da medici pubblici alle agende illegalmente chiuse, accertate in 184 strutture ispezionate da Nord a Sud. Ma le zone grigie dove inefficienza e illegalità si sovrappongono sono molte. In Lombardia, quattro medici di famiglia sono stati denunciati per aver "moltiplicato" le prescrizioni per lo stesso esame, permettendo ai loro assistiti di «prenotare più appuntamenti» e scegliere il più conveniente.

In Toscana, dieci oculisti sono finiti sotto inchiesta per «saturazione dolosa delle liste d'attesa con fittizie prenotazioni». A Milano, un'inchiesta è stata avviata su presunti «abusi nella ge-

stione delle liste d'attesa» in un'azienda sanitaria locale, dove pazienti già visitati in libera professione sarebbero stati «illecitamente agevolati nella calendarizzazione di prestazioni sanitarie erogate dal Ssn».

Il doppio lavoro dei medici sfocia nel conflitto di interesse perché fatta la legge in molte strutture si è trovato l'imbroglione. I dottori non possono infatti erogare più prestazioni nel privato che nel pubblico, ma in diversi ospedali si è scoperto che il calcolo non veniva fatto sul-



le ore del singolo medico bensì su quelle dell'intero reparto. Così il più gettonato primario che, ad esempio, di visite private ne fa 100 risulta in regola grazie alla media dei medici del suo reparto che magari ne fanno zero. E quanto questo possa influire sulla buona gestione dei servizi offerti è facile intuirlo quando si vede che oltre il 50% della spesa sostenuta privatamente dagli assistiti è una scelta obbligata dalle liste di attesa. Per abbattere le quali il decreto ha anche remunerato a 100 euro l'ora gli straordinari dei medici. Peccato che dai dati Agenas risulti che dove i soldi extra sono stati incassati si è spesso verificato un calo delle prestazioni erogate nel nor-

male orario di lavoro. Insomma, al fine della riduzione dei tempi di attesa il risultato è stato nullo. Resta comunque il fatto che nonostante 40 mila professionisti sanitari assunti a vario titolo durante la pandemia la produttività, secondo i calcoli dell'Agenas, risulta essere rimasta immutata.

Per ridurre i tempi c'è anche chi continua ad appoggiarsi ai "gettonisti" remunerati fino a 100 euro l'ora. Pratica che il ministro Schillaci aveva bandito ma che nel Lazio ha finito per sfociare anche nella denuncia di sei medici «sprovvisti di specializzazione», mentre un settimo è risultato persino privo di laurea. In Puglia al-

la ginecologia dell'ospedale di San Severo su 11 medici 8 erano gettonisti, di cui quattro ultrasettantenni, mentre al pronto soccorso di Lecce sono stati arruolati persino nonni medici di 80 e passa anni.

In Puglia, Emilia Romagna e a macchia di leopardo anche in altre aree del Paese è emerso un errato utilizzo delle classi di priorità inserite dai medici di famiglia nelle prescrizioni, segnando per urgente quello che non lo è e viceversa. Ma desta più di un sospetto quanto emerso in Campania, dove su 21.962 prime visite cardiologiche, che di solito non andrebbero rimandate troppo in là, a 19.288 è stato asse-

gnato il codice P di "programmabile", che dà tempo alla Asl fino a 120 giorni per erogare la prestazione. Stessa percentuale bulgara si riscontra per le mammografie. Un modo per risultare in regola quando non lo si è.

Di fronte a questo panorama desolante però le Regioni fanno melina non calendarizzando nella loro Conferenza il decreto che in caso di loro inadempienze farebbe scattare i poteri sostitutivi del ministero di Schillaci. Che a questo punto potrebbero essere imposti direttamente con un Dpcm del governo. —

In Sicilia un "Sovra Cup" per aggirare le code, in Toscana indagini su 10 oculisti

Nella ginecologia di un ospedale pugliese 8 gettonisti su 11 di cui 4 over 70



Nelle strutture pubbliche continua il ricorso ai medici gettonisti



La Sanità

Il ministro Schillaci: «Sulle liste d'attesa metto la faccia»

ROMA «Le liste d'attesa sono il problema maggiore, un argomento annoso. Questo Governo ha voluto metterci la faccia». Il ministro della Salute Orazio Schillaci è intervenuto ieri all'evento "Salute e sanità, il doppio binario", al Palazzo dell'Informazione Adnkronos, a Roma. «Sono convinto che non sia solo un problema di fondi e di personale. Mettere più soldi in un sistema che è bucato vuol dire perderli», ha spiegato Schillaci. «Dal 2020 al 2024 sono stati dati 2 miliardi per le liste di attesa alle Regioni. Un terzo di ciò che è stato dato ancora non è speso, e spesso le Regioni hanno utilizzato i fondi del Fondo sanitario

nazionale per coprire buchi di bilancio. La lista d'attesa dipende pure da quante prestazioni vengono messe a disposizione dei cittadini». In definitiva, ha concluso il Ministro, «credo che utilizzando bene i fondi del Pnrr e lavorando sulle liste d'attesa riusciremo ad avere una sanità più moderna più vicina ai cittadini, però dobbiamo ancora superare le troppe disegualianze inaccettabili che ci sono nell'accesso alle cure. Cito come esempio poco edificante per esempio gli screening oncologici gratuiti», su cui «c'è troppa diversità di adesione da regione a regione».

Poi ha affrontato il problema della carenza degli infermieri. «È un tema

mondiale - ha sottolineato Schillaci - Gli infermieri mancano in tutta Europa e l'Italia brilla in senso negativo perché, quando guardiamo i dati Ocse, è il Paese che ha meno infermieri e quello che li paga di meno. Oggi gli infermieri sono tutti laureati, è impensabile che continuo ad avere le mansioni che avevano 25 anni fa. Nell'immediato non si potrà che reclutarli dall'estero. Dopodiché va resa attrattiva la professione. Perché, a differenza di quanto avviene in Medicina dove per 15mila posti ci sono 80mila domande, in Infermieristica l'ordine di

grandezza è in media una domanda per un posto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Orazio Schillaci



Schillaci: stallo contratto sanità causato dalla mancata firma di altre sigle sindacali



La Cisl è sempre stata un interlocutore e attento, partecipe e con un approccio costruttivo mai ideologico. Ci siamo confrontati in più occasioni sulla necessità di valorizzare soprattutto il personale, e mi riferisco ovviamente in particolare a quello del mondo della sanità, gli operatori sanitari e sociosanitari che rappresentano veramente la spina dorsale del nostro servizio sanitario nazionale". Così il ministro della Salute, Orazio Schillaci, intervenendo, in videocollegamento, al congresso nazionale della Cisl Fp, a Firenze. "Ricordo come questo governo ha aumentato le risorse del fondo sanitario in maniera significativa, e gran parte le abbiamo volute investire proprio a sostegno del capitale umano - ha proseguito. Penso in primo luogo ai fondi per i rinnovi contrattuali. Con la Finanziaria del 2024 abbiamo messo a disposizione subito le risorse per i rinnovi del triennio 2022-2024 pari a circa 2,4 miliardi di euro, e anche con l'ultima legge di

bilancio abbiamo assicurato risorse per i successivi rinnovi e per non compromettere la continuità contrattuale. Nonostante questo impegno - ha aggiunto - ci troviamo di fronte a uno stallo nel rinnovo contrattuale della sanità per la mancata firma di alcune sigle: migliaia di lavoratori non possono accedere agli aumenti economici e alle tutele previste dal rinnovo. La Cisl in questa partita ha scelto la via della responsabilità e del dialogo. Mi auguro si possa superare presto questa situazione di stallo a beneficio delle persone che ogni giorno si prendono cura della nostra salute e non meritano di pagare il prezzo di scelte che sono più di natura politica che sindacale".

Ce.Au.



Professioni sanitarie, riforma a breve in Cdm

La riforma delle professioni sanitarie a stretto giro in Consiglio dei ministri. Un nuovo riordino, dopo quello operato dalla legge Lorenzin (legge 3/2018) per «rispondere in maniera efficace alle esigenze della sanità e dei professionisti italiani». È quanto affermato dal ministro della salute Orazio Schillaci, intervenuto ieri alla presentazione alla Camera dei deputati dei risultati finali dell'indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie, iniziata lo scorso ottobre.

«Oggi», le parole di Schillaci, «in Italia sono oltre 1 milione e mezzo i professionisti sanitari iscritti agli albi che afferiscono a 10 Federazioni nazionali. Di questi, oltre il 57% è costituito da medici ed infermieri. Abbiamo 31 professioni sanitarie riconosciute in Italia e 51 tipologie di scuole per la formazione medica-specialistica, alle quali si aggiunge il corso di formazione specifica in medicina generale». L'indagine condotta alla Camera «restituisce una accurata fotografia e mette in luce le diverse esigenze riguardanti le professioni sanitarie. Sono questioni complesse e problematiche, che in parte abbiamo ereditato, ma che stiamo affrontando con decisione perché da subito abbiamo ritenuto prioritario valorizzare il capitale umano del nostro Servizio sanitario nazionale», ha aggiunto il ministro.

I risultati dell'indagine, quindi, saranno alla base di un prossimo intervento governativo: «abbiamo predisposto un provvedimento normativo di riforma organica per il riordino delle professioni sanitarie che siamo pronti a portare a stretto giro in Consiglio dei ministri», l'annuncio di Schillaci. «È un provvedimento che guarda allo sviluppo delle competenze e al rafforzamento dell'attrattività; al potenziamento dell'attività di programmazione del fabbisogno di professionisti sanitari, alla valorizzazione della funzione di sussidiarietà degli ordini, a una maggiore efficienza della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie», ha spiegato il ministro della salute.

—© Riproduzione riservata—■



LE PERPLESSITÀ DI ANAAO ASSOMED E CONSULCESI SULLA RIFORMA

«Il nuovo accesso a Medicina? È senza criterio E tra pochi anni avremo una plethora di medici»

COSTANZA OLIVA

Senza criterio, senza lungimiranza e senza fondi. È vista così la riforma per l'accesso ai corsi di laurea in Medicina e chirurgia, Odontoiatria e Veterinaria dal segretario di Anaa Assomed, Pierino Di Silverio. «Hanno fatto un provvedimento demagogico e fuorviante, dicendo che viene abolito il numero chiuso, ma è una bugia: il test viene semplicemente posticipato di sei mesi». Un rinvio che crea un primo problema di tipo organizzativo. Attualmente le richieste per accedere a Medicina sono tra le 60 e le 70 mila ogni anno, a fronte dei circa 20 mila posti. «Con la riforma ci aspettiamo almeno 80 mila candidati, forse di più». In attesa dei decreti attuativi, prevale l'incertezza su come si svolgerà il primo semestre. Ma sembra inevitabile una partenza online, data la mancanza di posti fisici. Secondo Di Silverio, questo avrà ricadute sulla qualità formativa: «Viene meno il principio costitutivo della facoltà di Medicina, che prevederebbe la presenza obbligatoria. Peraltro, è una facoltà fatta da parte teorica e parte pratica in tutte le materie. Di fatto, in questo modo per sei mesi si abolisce la parte pratica».

Gli studenti dovranno indicare almeno cinque sedi dove intendono iscriversi, a gennaio, se avranno ottenuto una posizione utile in graduatoria. «Significa iniziare in un ateneo e continuare - se si passa - da un'altra parte», precisa il segretario nazionale. Un altro nodo irrisolto è il meccanismo di selezione dopo il semestre "filtro". La

legge al momento prevede che l'ammissione al secondo semestre sia subordinata alla «collocazione in posizione utile» nella graduatoria nazionale, e «al conseguimento di tutti i Cfu stabiliti per gli esami di profitto del primo semestre». Secondo Di Silverio, né un test nazionale né tantomeno una possibile media dei voti ottenuti agli esami rappresenterebbe un punto di partenza egualitario.

Di diversa opinione è Bruno Borini, responsabile network legale Consulcesi, leader nel supporto legale in ambito sanitario: «L'obiettivo è raggiungere un'omogeneità nella valutazione attraverso l'introduzione di materie identiche per tutti. Mi auguro che ciò elimini le criticità dei vecchi test d'ammissione». Criticità che riguardavano risposte errate, non inedite, ambigue e che hanno portato centinaia di aspiranti medici ad affidarsi a Consulcesi, che ha seguito circa mille ricorsi all'anno. E alcuni studenti hanno già chiesto un consulto: «Non possiamo sbilanciarci perché non avendo ancora i decreti attuativi abbiamo troppe poche informazioni. Ma ciò che dovrebbe preoccupare di più è come verrà stabilito il numero programmato, perché sarà quello a determinare la soglia di ingresso».

Su questo aspetto, lo sguardo di Borini e di Di Silverio si riallinea. L'intenzione del governo è di inserire 30 mila medici in più nei corsi di laurea entro il 2030. Per Di Silverio è un incremento miope: «Gli effetti di questo aumento si vedrebbero tra dieci anni, quando però il fabbisogno sarà crollato. Dal 2027 finirà la cosiddetta "gobba pen-

sionistica", e i pensionamenti caleranno. Con gli attuali numeri di ingresso e se non aumentano le assunzioni, tra il 2028 e il 2032 ci sarà una nuova plethora medica, con 60 mila neolaureati in più rispetto al numero necessario per coprire i pensionamenti», spiega Di Silverio. «Perché invece non si aumenta il numero dei posti nelle scuole di specializzazione? E perché non si lavora per rendere appetibili le specializzazioni che oggi vanno quasi deserte? Perché non si pensa a sbloccare i contratti? Perché non si investe nelle università e nel personale docente, che è carente almeno del 50%? Questi sono i problemi reali».

Dall'altra parte, c'è il nodo delle risorse. «Il rischio - avverte Borini - è che si crei un corto circuito tra il fabbisogno nazionale di medici e la reale disponibilità degli atenei. Non mi risulta che, contestualmente alla riforma, sia stata abbozzata anche una riforma delle università pubbliche. E invece dovrebbe essere qualcosa che va di pari passo».



Alcuni studenti alle prove d'ingresso della facoltà di Medicina della Sapienza



Servizio Corte dei conti

Personale sanitario: il tetto alla spesa resta ma il vincolo è regionale e non per singola Asl

Per i giudici contabili la priorità è che il bilancio consolidato regionale sia in ordine: il passivo di un'azienda può essere compensato con l'attivo di un'altra

di Stefano Simonetti

10 aprile 2025

Tra i numerosi problemi che gravano da anni sulla sanità pubblica uno dei punti di maggiore criticità per le aziende sanitarie è costituito dalla normativa tuttora vigente che congela i fondi contrattuali o fissa paletti invalicabili al costo del personale. Non è stato sempre così, perché fino alla metà degli anni 10 del 2000 i contratti collettivi erano rinnovati in modo congruo e sostanzialmente puntuale e non esistevano vincoli finanziari particolari, se non per le Regioni in piano di rientro. Tuttavia, nel corso del tempo una costante di tutte le vicende istituzionali è stata quella del finanziamento del Ssn e, in particolare, delle risorse da destinare al costo del personale. Si diceva che dal 2005/2006 le norme sono diventate rigorose e hanno molto spesso impedito la crescita del personale, impoverendo la professionalità di tutti i lavoratori della Sanità pubblica, nessuno escluso.

Dal 2004 al 2020 sette interventi per limitare la spesa

Si possono ricordare almeno sette interventi normativi dal 2004 al 2020 con cui si è cercato di tenere a freno la spesa sanitaria nella fattispecie del costo del personale. Va peraltro segnalato che anche le norme più invasive, seppure adottate dal tal Governo, sono sempre state confermate da quelli successivi i quali, o per ineludibile necessità o per indiretta volontà politica, sono stati di fatto complici dei tagli. Di tali provvedimenti legislativi si devono almeno citare i due che seguono, perché proprio in questi giorni sono stati oggetto di un importante approfondimento interpretativo della Corte dei conti:

- Legge 191/2009 (Governo Berlusconi 3, Tremonti all'Economia, Brunetta alla Funzione pubblica, Fazio alla Salute) – l'art. 2, comma 71, prevede che "le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento". La restrizione, inizialmente congiunturale, è stata in seguito prorogata fino ad oggi da tutti i Governi (legge 111/2011 fino al 2014, legge 135/2012 fino al 2015, legge 190/2014 fino al 2020).

- Legge 60/2019 (Governo Conte 1, Tria all'Economia, Bongiorno alla Funzione pubblica, Grillo alla Salute) - il cosiddetto "decreto Calabria" con l'art. 11 stabilisce che la spesa per il personale non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, introducendo in alternativa al vincolo del 2009 quello della "quota media 2018". Le determinazioni di merito erano in mano alle Regioni molte delle quali non hanno consentito l'applicazione della quota media. La stessa Corte dei conti

segnalò che le nuove norme meno stringenti introdotte dal Decreto Calabria potessero risultare “naturalmente più favorevoli per quelle Regioni che hanno mantenuto un livello superiore al complesso della spesa (quindi le Regioni non in Piano di rientro) rispetto a quelle che invece hanno dovuto mantenere un profilo più stringente”.

Il caso dell'Asl romana e la richiesta dei giudici contabili

Il ricorso L'interpretazione di cui si diceva promana da una deliberazione della sezione delle Autonomie (delibera n. 9/SEZAUT/2025/QMIG del 4 aprile 2025, depositata l'8 aprile), chiamata a rispondere a due specifici quesiti sollevati dalla sezione regionale di controllo del Lazio la quale, nel corso del controllo svolto su di un bilancio di esercizio di una ASL romana, si è trovata di fronte ad una tematica che, anche alla luce di pareri discordanti delle altre sezioni regionali, ha ritenuto di dover sottoporre al giudizio superiore della sezione autonomie che, per legge, svolge anche la funzione nomofilattica di uniformare gli indirizzi interpretativi. I Giudici contabili del Lazio hanno sostanzialmente chiesto:

1) se il limite di spesa previsto dall'art. 11, co. 1, del d.l. n. 35/2019 debba essere riferito al singolo ente del SSR ovvero alla Regione tenuta a governare, a livello aggregato, la spesa del personale di tutti gli enti del SSR;

b) quale sia il rapporto tra il limite previsto dall'art. 11, co. 1, del d.l. n. 35/2019 e quello previsto dall'art. 2, co. 71, della legge n. 191/2009.

I due quesiti erano piuttosto chiari e discendevano dal fatto che la giustificazione addotta dalla ASL era che i vincoli di spesa stabiliti dalle disposizioni vigenti sono a carico della Regione e non della singola azienda sanitaria. Più volte era avvenuto che in molte Regioni non si applicasse la “quota media 2018” per esplicita volontà regionale ovvero che si applicasse “a compensazione” tra le varie aziende regionali. I quesiti avevano, dunque, un fondamento reale e ancorato nella realtà dei servizi sanitari regionali.

Dopo un lungo approfondimento della normativa – incentrata soprattutto su quale sia il livello da prendere in considerazione tra quello regionale, ove vengono fissati gli indirizzi e gli obiettivi di servizio agli enti che compongono il servizio sanitario e viene valutato l'adempimento con effetti rilevanti sul piano dei finanziamenti e quello aziendale laddove si generano i costi specifici. Un passaggio della deliberazione appare di particolare interesse e vale la pena di riportarlo integralmente: “D'altra parte, è evidente che il risultato dell'aggregato regionale viene a determinarsi sulla base dei comportamenti delle singole aziende e ne costituisce la sommatoria. Valutando il limite a livello regionale è possibile che la situazione di un'azienda, che non sia riuscita a rispettare il tetto trovi compensazione nel consolidato regionale per via dei risultati positivi conseguiti da altre aziende della Regione”.

L'essenziale è che il bilancio consolidato regionale sia in ordine

E' una conclusione di buon senso, oltre che conforme al dettato legislativo: infatti, perché una sola azienda dovrebbe essere sanzionata quando il consolidato regionale si è presentato al Tavolo tecnico, che ha considerato adempiente la Regione avendo conseguito gli obiettivi indicati o se ha comunque assicurato ex post l'equilibrio economico? Non c'è, quindi alcun dubbio che le finalità perseguite dal legislatore riguardo al contenimento dei costi del servizio sanitario regionale riguardano direttamente le Regioni e, per loro tramite, gli enti sanitari. In altre parole, l'essenziale è che il bilancio consolidato regionale si presenti in ordine al Tavolo tecnico, senza ovviamente pregiudicare che la Regione possa intervenire con tutti gli strumenti a disposizione nei confronti della o delle aziende che non erano allineate alle altre: una logica, si potrebbe dire, di panni

sporchi da lavare in famiglia. In chiusura, la sezione ricorda anche che la disposizione legislativa oggetto del quesito è in evoluzione per il futuro, e cita l'ulteriore intervento normativo recato dall'art. 5 della legge n. 107/2024, la conversione del cosiddetto "decreto liste di attesa". Il comma 1 di detto articolo ha infatti ampliato in via transitoria le capacità assunzionali, a partire dal 2025, in tal modo confermando la rilevanza del vincolo a livello di aggregato regionale. La deliberazione si conclude con la enunciazione del seguente principio di diritto, vincolante per tutte le sezioni regionali:

«a) Il limite di spesa per il personale previsto dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 35 del 9 2019 deve essere riferito alla Regione, tenuta a governare, a livello aggregato, la spesa del personale di tutti gli enti del Servizio sanitario regionale; b) il limite di spesa per il personale previsto dall'articolo 2, comma 71, della legge n. 191 del 2009 è ancora produttivo di effetti, in via alternativa, al limitato fine di assicurare agli enti un più ampio margine di spesa rispetto a quello derivante dall'applicazione dell'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 35 del 2019».



Servizio La norma nel Ddl prestazioni sanitarie

Assenze dal lavoro: così si potrà certificare la malattia anche con una televisita

La nuova misura semplificherà la vita ai cittadini ma anche ai medici visto che oggi per legge il sanitario non può compilare il certificato senza aver visitato il paziente

di Marzio Bartoloni

10 aprile 2025

«La modalità di visita con strumenti di telemedicina soddisfa il criterio della constatazione diretta da parte del medico, ai fini del rilascio della certificazione di malattia. Le visite mediche del medico certificatore finalizzate a verificare lo stato di malattia di un lavoratore che si assenta dal proprio impiego possono essere effettuate anche in modalità di telemedicina». Ecco la piccola rivoluzione contenuta in tre righe dell'articolo 10 bis del Ddl delle prestazioni sanitarie approvato dalla commissione Bilancio del Senato che nei prossimi giorni incasserà il via libera dell'Aula e che apre la strada alla possibilità di certificare la malattia dopo una televisita .

La nuova misura appena entrerà in vigore semplificherà molto la vita ai cittadini ma anche ai medici visto che oggi per legge il sanitario non può compilare il certificato per attestare la malattia senza aver visitato prima il paziente, anche se poi nella pratica a volte non accade. Sicuramente serviranno chiarimenti ulteriori, ma si tratta sicuramente di un cambio in linea con la nuova Sanità digitale che avanza, tanto che lo stesso Ddl stanziava anche primi fondi per consentire ai medici di famiglia l'effettuazione di «prestazioni base di telemedicina, quali la televisita».

Come funziona oggi e come cambierà

Oggi per legge il medico non può compilare il certificato di malattia senza aver prima visitato il proprio paziente. Su questo punto si è espressa più volte la giurisprudenza ricordando come viola il codice deontologico il medico che compila un certificato di malattia senza aver visitato il paziente. Una violazione, questa, che può determinare in capo al medico non solo un illecito disciplinare ma anche il reato di falso ideologico punito dal Codice penale. Quindi il medico che non può attestare il falso deve richiedere al paziente di recarsi presso il proprio studio o in caso di grave malattia dovrà effettuare la visita a casa del suo paziente prima di rilasciare il certificato di malattia. Poi nella pratica accade che in diversi casi i certificati siano rilasciati dopo una "visita telefonica" e cioè una chiaccherata con il proprio assistito. Ora con la nuova misura prevista nel Ddl sulle prestazioni sanitarie il cui via libera definitivo è atteso prima dell'estate queste "difficoltà" potranno essere superate anche grazie a una televisita attraverso la quale il medico potrà certificare la malattia con una visita appunto a distanza in video. Il medico avrà poi l'obbligo come sempre di inviare telematicamente il certificato all'Inps.

Come funziona la televisita

Ma quando si può effettuare una tele visita e in che consiste? Le linee guida sulla telemedicina approvate in Conferenza Stato Regioni nel 2020 in vista anche degli stanziamenti del Pnrr che sono saliti complessivamente a 1,5 miliardi definisce tele visita un «atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver». In particolare secondo queste «Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina» sono «erogabili in tele visita le prestazioni ambulatoriali che non richiedono la completezza dell'esame obiettivo del paziente (tradizionalmente composto da ispezione, palpazione, percussione e auscultazione); spetta al medico decidere in che misura l'esame obiettivo a distanza possa essere sufficiente nel caso specifico o se il completamento dello stesso debba essere svolto in presenza». L'attivazione del servizio di telemedicina richiede ovviamente l'adesione preventiva del paziente o di familiare autorizzato. Durante la tele visita il collegamento deve avvenire in tempo reale e consentire di vedere il paziente e interagire con lui anche avvalendosi se necessario del supporto di un familiare. In ogni caso è la nuova norma a prevedere che servirà un chiarimento con uno specifico aggiornamento grazie a un accordo sancito in sede di Conferenza Stato Regioni che adeguerà le linee guida con la possibilità di certificare appunto la malattia con la tele visita.

Al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa, è istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, per l'anno 2025, un Fondo con una dotazione pari a 3 milioni di euro. Le risorse del Fondo sono destinate all'incentivazione dell'acquisto, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di servizi o soluzioni digitali per la gestione automatizzata degli appuntamenti, la comunicazione con i pazienti e l'effettuazione. La prenotazione delle prestazioni non comporta, in ogni caso, costi aggiuntivi.

TACCONELLI: BATTERI PIÙ FORTI

 Prescritti troppi antibiotici
 «Il Governo corra ai ripari»

Bellaspiga a pagina 8

Antibiotici prescritti in modo insensato

«Il governo corra ai ripari o sarà strage»

LUCIA BELLASPIGA
Inviata a Verona

La palestra che rende invincibili i batteri siamo noi: l'uso abnorme di antibiotici li ha allenati ad essere più forti dei farmaci. Che cosa significa? Che alla prossima pandemia causata da uno dei "super batteri" l'umanità si troverà disarmata. Non solo: sempre più spesso accade che entriamo in ospedale per una banale operazione, l'intervento va bene ma il paziente muore per un'infezione presa in sala operatoria, dove i batteri farmaco-resistenti circolano di più. E l'Italia? È maglia nera su entrambi i fronti: sia per l'abuso di antibiotici, sia di conseguenza per le infezioni ospedaliere causate da batteri che non rispondono più ai trattamenti.

Di fronte a un allarme così serio il mondo sanitario italiano sta cambiando i suoi comportamenti? No, la situazione è ulteriormente peggiorata. Lo dimostra il rapporto Aifa di marzo 2025: consumi di antibiotici ancora in aumento, con picchi del 40% in inverno, il che ne indica l'uso improprio contro il virus influenzale (gli antibiotici servono solo contro i batteri, contro i virus sono acqua fresca). O si inverte la rotta, avverte Aifa, o "la pandemia silente di batteri sempre più resistenti" ucciderà ben più dei 12mila decessi già stimati (per difetto) in Italia in un solo anno. Perché allora non si fa niente? Incompetenza o follia? Evelina Tacconelli è professore ordinario di Malattie Infettive all'università di Verona. Alla scienziata italiana l'Oms da anni ha affidato il coordinamento del gruppo tecnico di 22 nazioni per sorvegliare i batteri killer nel mondo. **Professoressa, il rapporto Aifa 2025 mostra un aumento del consumo di antibiotici in Italia sia sul territorio che negli ospedali. Nonostante due Piani nazionali per il controllo della resistenza agli antibio-**

tici (Pncar). Possibile?

Da oltre dieci anni i dati attribuiscono all'Italia la maglia nera non solo per la quantità di antibiotici usati, ma anche per la bassa qualità delle prescrizioni: esiste un rapporto che misura il tipo di antibiotici prescritti (i più potenti vanno dati solo in rarissimi casi), e se in quella scala l'Europa è a livello 14 l'Italia è a 5. Nel 2023 il consumo è aumentato più al Centro-Sud che al Nord e nella maggior parte dei casi su prescrizione dei medici di base, il che è demoralizzante. È evidente che i Piani nazionali finora adottati non hanno sortito effetto. È molto preoccupante perché la resistenza agli antibiotici è in continua evoluzione, se non agiamo con decisione ci troveremo in una situazione ancora più critica.

Perché è così difficile per la popolazione capire il rischio che stiamo correndo?

Estenderei la domanda più ai medici specialisti e di base. Le infezioni da batteri resistenti ai farmaci hanno anche fortissimo impatto sulla qualità della vita di numerosi pazienti e allungano i tempi della degenza ospedaliera (dovresti essere già dimesso, invece sei costretto a ricoveri anche di mesi), aumentano i costi sanitari, rendono molto più rischiosi gli interventi chirurgici anche semplici. Arrivo a dire che oggi il rischio di morire per un'infezione resistente ai farmaci dipende dal Cap...

Il Codice di avviamento postale?

Intendo dire che la sopravvivenza post-operatoria non dipende più solo dalle capacità del chirurgo, ma dal luogo in cui vieni curato: il divario tra Nord e Sud Europa è drammatico. Comunicare questi aspetti alla popolazione è fondamentale per creare consapevolezza e mutare i comportamenti, bisogna far capire che la resi-

stenza dei batteri agli antibiotici non è un problema che riguarda solo il malato ma l'umanità intera. Poi spetta alla politica risolvere.

Che strumento può adottare il governo per costringere gli ospedali a comportamenti sensati?

Gli ospedali devono essere accreditati solo se possono provare un uso coerente degli antibiotici, come avviene nei Paesi più sviluppati: all'estero le strutture che - da severi controlli - risultano incapaci di fornire ai pazienti terapie corrette, o si adeguano o non possono lavorare. Allo stesso modo, è dimostrato che confrontare tra loro i medici di medicina generale sulle prescrizioni aiuta a ridurre l'abuso. La corretta gestione degli antibiotici dovrebbe insomma essere inserita come indicatore di qualità. In questo modo i chirurghi, le terapie intensive e le altre numerose eccellenze italiane potrebbero finalmente operare senza rischiare che il loro lavoro venga annientato da una infezione resistente. Naturalmente bisogna definire standard chiari e misurabili, implementare la formazione, monitorare costantemente e adottare misure correttive in caso di non conformità. Ma l'emergenza è tale che il governo deve agire subito, non ci sono i tempi per la riflessione, occorre un decreto che dia attuazione immediata. Quando un problema è così incancrenito,



non basta più dare solo delle indicazioni alle strutture sanitarie, è ora di pretendere l'applicazione concreta della teoria. In Australia l'accreditamento degli ospedali basato sul corretto uso degli antibiotici funziona dal 2013 e già dopo quattro anni si erano estremamente ridotti l'abuso e le infezioni ospedaliere.

Però ha dell'incredibile. Possibile che il personale sanitario non sia preparato?

Non è preparato perché la formazione e gli aggiornamenti sono rivolti alle persone sbagliate. Mi spiego: gli eventi educativi sono trattati esclusivamente nei congressi di infettivologi, ma chi prescrive gli antibiotici non sono loro, se non in piccola percentuale, sono i medici di famiglia. Allora già all'università ci dovrebbe essere l'obbligo di un esame di "Prescrizione corretta delle terapie" e poi di un secondo esame pre-specializzazione. È fondamentale investire sulla formazione di *tutti* i medici, per saper distinguere tra infezioni batteriche e infezioni virali, così da capire se occorre o meno l'antibiotico, saper scegliere quello appropriato e dosare la durata.

Questo per il futuro. Ma intanto perché non si riesce a fare formazione a chi è già medico?

La domanda è delicata. Gran parte dell'educazione scientifica dei medi-

ci è organizzata dalle case farmaceutiche o diagnostiche, quindi interessate, e i medici relatori non dichiarano con la dovuta trasparenza se ricevono un (seppur lecito) compenso, quanto e da chi. Io mi rifiuto di far parte di questo sistema: gli eventi educativi dovrebbero essere organizzati dal ministero della Salute, è assolutamente necessario garantire l'indipendenza della formazione medica continua, impedire che sia influenzata da interessi commerciali.

All'estero come funziona?

Ad esempio in Australia i medici hanno un budget di 28.000 dollari l'anno per partecipare a eventi educativi, proprio per evitare l'influenza delle ditte farmaceutiche. Ma potrei citare molti altri casi.

Per l'Italia ci sono speranze o la strada è senza ritorno?

La situazione è grave, ma non disperata. Le evidenze scientifiche indicano che in Italia è ancora possibile invertire la rotta, purché agiamo immediatamente e in modo radicale. I Piani Nazionali, che non hanno richiesto alcuna azione obbligatoria alle Regioni, hanno dimostrato di non essere efficienti, dobbiamo quindi abbandonare le pratiche obsolete e adottare misure coercitive: ridurre le terapie antibiotiche inutili per infezioni inesistenti e le profilassi chirurgiche prolungate dopo un intervento, ottimiz-

zare le misure pre-chirurgia che possono ridurre di oltre il 60% le infezioni da stafilocco, e implementare protocolli diagnostici rapidi. Parallelamente dobbiamo realizzare corsi obbligatori per tutti i medici

In un momento drammatico come questo, con migliaia di ricercatori licenziati senza preavviso negli Usa, com'è la situazione della ricerca in Italia? Sta facendo la sua parte nella battaglia contro la farmaco-resistenza?

I fondi disponibili sono irrisori rispetto agli altri Paesi europei, dunque non siamo assolutamente attrattivi (gli scienziati licenziati da Trump non prenderanno in considerazione offerte dall'Italia...). Esportiamo cervelli ma non ne importiamo nessuno. Le cause? Salari bassissimi ed enormi difficoltà amministrative nella gestione dei fondi nelle università pubbliche. Occorre urgentemente una lettura critica di quanto fatto finora e un cambio radicale: un Paese come il nostro non può più permettersi l'inerzia, il futuro della nostra salute dipende da azioni immediate.

Nonostante gli appelli, nel nostro Paese l'utilizzo è ancora in aumento. «Non a caso abbiamo il record di decessi per infezioni prese in sala operatoria: l'intervento è riuscito ma il paziente muore perché ha contratto un batterio letale»

LO SCENARIO

L'uso abnorme dei farmaci ha allenato i batteri a resistergli. Parla l'infettivologa Evelina Tacconelli, alla quale l'Oms ha affidato il coordinamento tecnico di 22 Paesi per sorvegliare i patogeni pericolosi



Un farmacista cerca un farmaco con ricetta: i consumi di antibiotici sono in continuo aumento / Imagoeconomica



Evelina Tacconelli

«Possiamo ancora vincere - spiega la docente dell'Università di Verona -, ma gli ospedali siano subito sottoposti ad accreditamento: o rispettano gli standard o non lavorano». L'anomalia della formazione svolta dalle aziende farmaceutiche



Il primo killer nel 2050? I superbatteri L'Aifa: agire ora

Il tema della resistenza agli antibiotici «è complesso e va approcciato da tanti punti di vista. È un problema globale. E ai problemi globali dobbiamo dare risposte coordinate, mirate ed efficaci. Perché i numeri sono preoccupanti». Parola di Robert Nisticò, presidente dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco). L'antimicrobico-resistenza, ha spiegato in un videomessaggio inviato ieri all'evento romano "Salute e sanità, il doppio

binario", «è una situazione che ci preoccupa perché nel 2050, se non agiamo oggi, potrà essere considerata la prima causa di morte nel mondo. Inoltre l'antimicrobico-resistenza oggi al nostro Paese costa circa 2,4 miliardi di euro all'anno. Abbiamo 2,7 milioni di posti letto occupati a causa dell'antimicrobico-resistenza. Quindi dobbiamo fare molto di più. L'Aifa è impegnata su questo fronte - ha aggiunto Nisticò -. Recentemente

abbiamo fatto con il ministero della Salute una campagna di comunicazione diretta al cittadino su un uso consapevole e prudente degli antibiotici e degli altri farmaci. Abbiamo anche sviluppato una App, diretta ai medici che prescrivono ma anche ai cittadini, in cui diamo informazioni concertate con le maggiori società scientifiche sulle infezioni più comuni sia in ambito pediatrico sia in ambito adulto». L'obiettivo è

promuovere «un uso più appropriato degli antibiotici», perché «oggi non sono usati molto bene, come rileva l'Osmed di Aifa», l'Osservatorio sull'impiego dei medicinali, nel report pubblicato nel 2024 sui dati dell'anno prima.



NEUROLOGIA

L'Ozempic cura anche la demenza

Sara Novak, New Scientist, Regno Unito

Ifarmaci agonisti del glp-1 come l'Ozempic, usati contro il diabete e l'obesità, potrebbero ridurre significativamente il rischio di sviluppare qualunque tipo di demenza, afferma una metanalisi di 26 studi clinici con più di 160mila partecipanti. Questi farmaci erano già stati collegati a una leggera riduzione del rischio di demenza, ma solo sulla base di studi osservazionali che usavano le cartelle cliniche. Ora Catriona Reddin dell'università di Galway e i suoi colleghi hanno combinato i risultati di test randomizzati in cui vari farmaci glp-1 sono stati somministrati a persone con diabete di tipo 2 a cui non erano ancora stati

diagnosticati demenza o deficit cognitivo, confrontandoli con un placebo. Così hanno scoperto che prendere queste medicine sembrava ridurre significativamente il rischio di sviluppare queste due condizioni nei sei mesi successivi al test.

Il diabete può essere un fattore di rischio per la demenza, quindi è stato suggerito che è sufficiente controllare i livelli di zuccheri nel sangue per ottenere questo effetto. Ma lo studio di Reddin dimostrerebbe che gli effetti protettivi dei farmaci glp-1 vanno al di là del controllo degli zuccheri. Anche se il meccanismo non è chiaro, questi farmaci sembrano ridurre l'infiammazione, considerata una causa di demenza, e potrebbero rallentare la mor-

te delle cellule cerebrali. Questi farmaci proteggono anche da problemi cardiovascolari che possono provocare la demenza. Al Aly sottolinea che non siamo ancora al punto in cui le persone a rischio di demenza possono farsi prescrivere dei farmaci glp-1, ma i medici possono suggerire queste medicine alle persone affette da diabete di tipo 2 che hanno anche un rischio acuto di deficit cognitivo. Reddin sottolinea che la durata del test è stata relativamente breve e che servirebbero studi più ampi. Due test clinici sull'uso del semaglutide per trattare le prime fasi del'Alzheimer dovrebbero concludersi entro il 2025. ♦ *gac*



Fare pace con se stessi

Jasmin Fox-Skelly, *New Scientist*, Regno Unito. Foto di Jane Fulton Alt

Le malattie autoimmuni insorgono quando il sistema immunitario attacca i tessuti. Ma forse esiste il modo di fermare questo meccanismo

Pere Santamaria aveva 15 anni quando ha sviluppato la miastenia gravis. Questa malattia autoimmune provoca un'estrema debolezza muscolare e può causare difficoltà respiratorie. Nel caso di Santamaria, aveva colpito i muscoli oculari, facendogli vedere doppio. "Ha avuto un effetto tremendo sulla mia vita", dice. "Ero un adolescente e all'improvviso non potevo più fare sport né vivere un'esistenza normale. Ho dovuto assumere dosi molto alte di corticosteroidi, che mi hanno fatto gonfiare come un pallone".

Quel che è peggio è che questi farmaci si limitano ad attenuare la risposta immunitaria generale dell'organismo, invece di agire sulle cause dell'autoimmunità, quindi Santamaria sapeva che prenderli non sarebbe servito a curarla. Con il tempo ha sviluppato altre patologie autoimmuni, e ha deciso di saperne di più: "Volevo capire le malattie e i loro meccanismi, con la speranza di poter aiutare gli altri". Ora sta facendo passi concreti verso questo obiettivo. Lavorando come immunologo all'università di Calgary, in Canada, Santamaria è in prima linea nella ricerca di nuove terapie per riprogrammare il sistema immunitario e mettere fine alla guerra tra il corpo umano e i suoi tessuti. Queste terapie stanno entrando nella fase di sperimentazione clinica, e si cominciano a vedere segnali promettenti. Alcune sono così efficaci che, in certi casi, con una singola dose i sintomi scom-

Queste difese fanno parte del nostro sistema immunitario innato, che è un modo rudimentale ma efficace di affrontare le minacce. "Uccidono in modo non specifico i cattivi che non sembrano umani", afferma Daniella Schwartz dell'università di Pittsburgh, in Pennsylvania.

Ma c'è un altro ramo del sistema immunitario, molto più sofisticato. Si chiama sistema immunitario adattativo ed è controllato da globuli bianchi altamente specializzati detti linfociti B e T. Questi linfociti riconoscono delle molecole chiamate antigeni sulle superfici di virus e batteri, e usano queste informazioni per eliminare la minaccia. Possono anche ricordare gli antigeni, il che consente loro di reagire rapidamente se incontrano di nuovo un particolare patogeno, una capacità che è alla base dei vaccini.

Questo meccanismo rende il sistema immunitario adattativo uno strumento potente per difendersi dalle infezioni, ma può anche causare dei problemi. Alcune cellule B e T riconoscono gli "autoantigeni", le molecole presenti sulle nostre cellule. Di solito sono programmate per tollerarli, ma a volte cominciano ad attaccare quelle cellule invece dei patogeni. Il risultato è una malattia autoimmune.

Anni di ricerca per ripristinare la tolleranza del corpo ai propri tessuti stanno finalmente dando risultati. Per esempio, cellule B disfunzionali che producono anticorpi contro il dna sono la causa principale del lupus, una malattia potenzialmente letale che causa infiammazione e danni alla pelle, alle articolazioni, al cuore, ai polmoni, ai reni e al cervello. Il diabete di tipo 1, invece, si sviluppa quando le cellule T attaccano quelle che producono insulina nel pancreas.

Premere reset

Non è ancora chiaro cosa scateni le ma-

lattie autoimmuni. "Al momento si pensa che dipendano da una combinazione tra fattori di rischio genetici e ambientali, e questi variano da persona a persona", spiega Frederick Miller, ex capo dell'Environmental autoimmunity group dei National Institutes of Health in North Carolina.

Sappiamo che le malattie autoimmuni di solito non compaiono da un giorno all'altro. Piuttosto, dice Miller, sembrano svilupparsi nel corso di anni, o addirittura decenni, dalla complicata interazione tra fattori di rischio. Le malattie che ne risultano possono essere estremamente debilitanti. "Hanno un impatto devastante sui pazienti e sulle loro famiglie", osserva Santamaria.

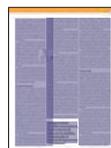
I trattamenti tradizionali che limitano l'azione immunitaria, come quello a cui è stato sottoposto Santamaria, possono alleviare i sintomi, ma hanno degli effetti negativi. "Funzionano abbastanza bene, ma a lungo termine aumentano il rischio di infezioni e cancro, perché sostanzialmente sopprimono l'intero sistema immunitario", afferma.

Per questo motivo sarebbe meglio ripristinare in qualche modo la tolleranza del corpo ai propri autoantigeni, eliminando o riprogrammando le cellule immunitarie responsabili dell'autoimmunità. Questo obiettivo potrebbe finalmente essere a portata di mano.

Per esempio, le terapie Car-T (acronimo di recettore antigenico chimerico delle cellule T), che hanno già dimostrato di

68 Internazionale 1609 | 11 aprile 2025
paiono per anni. Quindi la fine delle malattie autoimmuni è imminente?

Il nostro organismo ha diverse linee di difesa contro gli agenti patogeni. Le barriere fisiche come la pelle rendono difficile a batteri e virus accedere ai tessuti interni e, se ci riescono, cellule immunitarie come i macrofagi possono sconfiggere gli invasori inglobandoli e digerendoli.



poter debellare alcuni tumori del sangue, stanno mostrando risultati promettenti anche contro il lupus. Questa versione della terapia prevede la raccolta di cellule T da un individuo affetto da lupus per coltivarle e modificarle in laboratorio in modo che esprimano uno speciale recettore proteico noto come Car. Le cellule vengono quindi reinserite nel corpo dell'individuo, dove riconoscono e distruggono le cellule B, comprese quelle che sono la causa principale del lupus. Il corpo produce quindi delle nuove cellule B. È un po' come premere il pulsante reset sul sistema immunitario, ripristinandolo alle impostazioni di fabbrica.

L'aspetto più promettente della terapia Car-T, dice Schwartz, è che in alcune persone sembra avere un effetto permanente. "La terapia elimina un gran numero di cellule B, e sembra che quelle reattive [che causano il lupus], per qualche motivo, non ricompaiano", dice.

In uno studio pubblicato nel 2022 i ricercatori hanno somministrato la terapia a cinque persone affette da lupus grave. Tutte e cinque hanno avuto una remissione e hanno potuto smettere di assumere i loro farmaci, come l'immunosoppressore micofenolato. Secondo Georg Schett, che ha guidato la sperimentazione clinica, alcuni dei partecipanti non hanno ancora avuto sintomi quattro anni dopo aver ricevuto una sola infusione. "Il reset immunitario è estremamente efficace, il che è

Internazionale 1609 | 11 aprile 2025 **69**
comprendibile perché non è facile sviluppare una malattia autoimmune da zero", afferma Schett. "Il processo non sembra ripetersi. Ecco perché molti pazienti non riscontrano una ricaduta o una riacutizzazione della loro malattia originale".

Sulla base di questi promettenti risultati, Schett e i suoi colleghi hanno avviato una sperimentazione clinica che ha coinvolto persone con diverse altre condizioni autoimmuni. La terapia Car-T per il lupus è ora oggetto di una sperimentazione clinica di fase I guidata dall'University College London, il cui obiettivo è valutare la sicurezza e stabilire dosi efficaci su un piccolo numero di pazienti.

Queste sperimentazioni sono essenziali perché la terapia Car-T può provocare gravi effetti collaterali e perfino portare alla morte per infezione dopo che le cellule B sono state eliminate. Inoltre le conseguenze a lungo termine dell'eliminazione di quelle cellule immunitarie, seppur temporanea, sono sconosciute. La terapia Car-T è anche molto cara, dato che ogni infusione costa in media più di 600mila dollari. "Penso che resteranno trattamenti molto costosi a cui non tutti i pazienti

potranno avere accesso", afferma Miller.

La buona notizia è che sono in fase di sviluppo anche altri trattamenti potenzialmente più economici e sicuri. Invece di inibire o uccidere le cellule immunitarie, questi mirano ad aumentarne la tolleranza. Santamaria, per esempio, sta sviluppando una nuova classe di nanomedicine chiamate Navacim. Queste minuscole particelle riprogrammano un tipo di cellule T, che in molte condizioni autoimmuni sono la causa ultima del problema.

Le cellule T helper follicolari si trovano nella milza, nelle tonsille e nei linfonodi, dove aiutano le cellule B a produrre anticorpi contro gli agenti patogeni. Ma in molte malattie autoimmuni, come l'artrite reumatoide, le cellule T helper follicolari non funzionano correttamente e incoraggiano le cellule B a produrre anticorpi contro gli autoantigeni. Questi anticorpi agiscono come fari, attirando un esercito di globuli bianchi che seguono il segnale e attaccano i tessuti.

I farmaci Navacim possono fermare questo processo. Sono rivestiti con l'autoantigene preso di mira, quindi sono riconosciuti dalle cellule T helper follicolari malfunzionanti. Ma i Navacim sono presenti in concentrazioni così innaturalmente elevate che le cellule T follicolari sono sopraffatte. Questo ha l'effetto sorprendente di spingerle a trasformarsi in un tipo di cellule completamente diverso, le cosiddette cellule T regolatrici, che sopprimono anziché favorire la risposta immunitaria. "I Navacim possono riprogrammare quelle cellule aggressive e trasformarle in cellule protettive", afferma Santamaria.

Una volta riprogrammate, le cellule T regolatrici si moltiplicano, formando un esercito di globuli bianchi che alleviano l'infiammazione provocata dall'autoimmunità. Poiché queste cellule viaggiano solo verso i siti di infiammazione associati all'autoantigene, hanno un effetto localizzato, mentre il sistema immunitario del resto del corpo può continuare a lottare contro infezioni e tumori.

Finora i Navacim hanno dimostrato di essere efficaci nei modelli animali di malattie autoimmuni del fegato, del diabete di tipo 1, delle malattie infiammatorie intestinali, dell'artrite reumatoide e della sclerosi multipla. È ora in corso una sperimentazione umana di fase I per le malattie autoimmuni del fegato.

Vaccini al contrario

Il fegato è anche l'obiettivo di quello che

è forse l'approccio più promettente per affrontare le condizioni autoimmuni. L'organo ha una posizione cruciale nel corpo perché funge da congiunzione tra l'intestino e il sistema circolatorio. L'80 per cento del sangue che entra nel fegato proviene dall'intestino e, cosa ancora più importante, è pieno di antigeni provenienti dal cibo e dai batteri intestinali. Il fegato è anche l'organo in cui vengono inviate le vecchie cellule del sangue danneggiate per essere smaltite, un processo che rilascia altri autoantigeni nel sangue. Per impedire a tutti questi antigeni di mandare in tilt il sistema immunitario, il fegato si è evoluto in modo da essere estremamente flessibile. "Quando sono rilevati degli antigeni, la risposta immunitaria è più orientata verso la tolleranza", afferma Jeffrey Hubbell della New York university.

Una volta che gli antigeni sono stati rilevati nel fegato, uno speciale tipo di cellula immunitaria, detta cellula presentante l'antigene, li indica alle cellule T. Questa è una parte importante della risposta immunitaria e può provocare un attacco, ma nel fegato il sistema immunitario risponde producendo cellule T regolatrici, simili a quelle che i Navacim contribuiscono a creare. E proprio come in quel caso, queste cellule T regolatrici sopprimono la reazione infiammatoria.

Hubbell si è chiesto se avrebbe potuto sfruttare questo processo per progettare una specie di "vaccino inverso". A differenza dei normali vaccini, che insegnano al sistema immunitario a riconoscere e attaccare un antigene associato a un particolare patogeno, un vaccino inverso fa l'opposto: cancella la memoria del sistema immunitario di un autoantigene che innesca una risposta autoimmune.

Il vaccino inverso ideato da Hubbell e dalla sua équipe funziona legando a un polimero l'autoantigene in questione. Il polimero è anche legato a una molecola di zucchero detta N-acetilgalattosamina, simile a quelle che si trovano nei frammenti delle vecchie cellule, quindi il corpo lo invia al fegato perché sia eliminato. Una volta lì, le cellule che presentano l'antigene e le cellule T regolatrici assicurano che l'autoantigene sul polimero sia riconosciuto ma tollerato dal sistema



immunitario.

In uno studio del 2023, Hubbell e i suoi colleghi hanno usato questo metodo per curare topi affetti da una malattia simile alla sclerosi multipla. Nella sclerosi multipla, le cellule T anomale attaccano la mielina, il rivestimento isolante che circonda i neuroni, portando a un progressivo intorpidimento e potenzialmente alla paralisi e alla morte. Per creare il vaccino inverso, il team ha collegato le proteine della mielina al polimero. Nei topi trattati, le cellule immunitarie hanno smesso di attaccare la mielina, consentendo ai neuroni di rigenerarsi e funzionare correttamente.

Questo ha ridotto i livelli di infiammazione e i sintomi della malattia hanno cominciato a regredire. “Abbiamo visto un vero effetto terapeutico”, afferma Hubbell. “Si possono prendere animali con un sistema immunitario gravemente malfunzionante e migliorare i loro sintomi con un solo ciclo di trattamento”.

Sono in corso uno studio clinico di fase II che applica un metodo simile su persone affette da celiachia, una malattia autoimmune associata all'intolleranza al glutine, e uno studio di sicurezza di fase I

anche su persone affette da sclerosi multipla. Gli studi sono condotti dalla Anokion, un'azienda farmaceutica con sede in Svizzera di cui Hubbell è uno dei fondatori.

Nel frattempo l'azienda tedesca Biontech sta cercando di stabilire se la tecnologia mRNA che si è dimostrata così efficace contro il covid-19 possa contribuire a combattere le malattie autoimmuni. L'idea è usare l'mRNA per aumentare la produzione di cellule T regolatrici per un particolare autoantigene, con l'obiettivo di insegnare al corpo a evitare di attaccarlo.

Uno per tutti

I metodi terapeutici basati sulla produzione di cellule T regolatrici hanno un vantaggio fondamentale: non richiedono di curare, o addirittura di comprendere, tutte le cause di una particolare malattia. Questo è importante perché, anche se una condizione autoimmune può cominciare dall'attacco a un solo autoantigene, con il tempo la reazione si amplia e ne coinvolge molti altri. Ma le cellule T regolatrici che prendono di mira un solo autoantigene possono attenuare l'infiammazione legata a tutti gli altri. “La cosa entusiasmante è che hanno le potenzialità di sopprimere

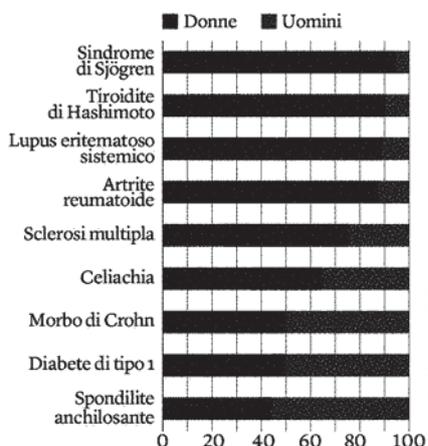
l'immunità ad antigeni di cui non potremmo mai conoscere l'esistenza”, afferma Hubbell.

Con così tante terapie in fase di sviluppo, sembra che cinquant'anni di ricerca per ripristinare la tolleranza del corpo ai suoi stessi tessuti stiano finalmente giungendo al termine. Santamaria è cautamente ottimista sul fatto che un giorno non lontano gli adolescenti a cui è stata diagnosticata una patologia come la miastenia gravis potranno assumere farmaci che consentiranno loro di vivere una vita normale, senza aumentare il rischio di infezioni e tumori.

“Certo, dobbiamo sviluppare questi trattamenti con le sperimentazioni cliniche per garantire sicurezza ed efficacia, ma da ciò che ho visto so che c'è una strada da seguire per battere queste malattie”, afferma. “Sono molto fiducioso”. ♦ bt

Disparità di genere

Incidenza di alcune malattie autoimmuni in base al genere, percentuale di casi



Nei topi trattati, le cellule immunitarie hanno smesso di attaccare la mielina, consentendo ai neuroni di rigenerarsi e funzionare



La medicina ha un problema Di genere

LUDOVICA PRIVITERA

La calvizie maschile, tormento per molti uomini, alimenta un flusso di fondi per un'industria miliardaria di trattamenti, farmaci e interventi estetici. L'endometriosi, strazio cronico che affligge milioni di donne solo in Italia, continua invece a essere trattata come una questione di poco conto.

Endometriosi, vulvodinia, sindrome dell'ovaio policistico: sono malattie che stravolgono la quotidianità di chi ne soffre, ma che spesso non vengono nemmeno riconosciute e diagnosticate. Il problema è prima di tutto culturale. Ovvero l'idea, infondata, che il dolore debba far parte del patrimonio genetico di ogni donna. Eva ha mangiato la mela e le donne si portano appresso una specie di maledizione biologica. Quando un ciclo mestruale è accompa-

gnato da fitte lancinanti, il parto catapulta in uno stato di depressione profonda o i rapporti sessuali risultano dolorosissimi la risposta più frequente, anche dei medici, è: «Normale».

Così, mentre l'industria della calvizie sfodera trattamenti innovativi e una costante attenzione da parte delle case farmaceutiche, l'endometriosi è relegata a un angolo oscuro, fatto di diagnosi errate e alternative terapeutiche insufficienti.

Naturalmente, i finanziamenti alla sanità non dipendono da questioni di genere, ma da altri fattori, come la mortalità (appurato che di calvizie non è mai morto nessuno).

Ma **Kerri Smith**, redattrice di *Nature*, ha condotto un'analisi che dipinge un quadro preoccupante: le malattie che affliggono maggiormente le donne come l'emicrania, l'endometriosi e i disturbi d'ansia, che impattano oltre sette milioni di persone solo negli Stati Uniti, ricevono finanziamenti di gran lunga inferiori rispetto alla loro incidenza sociale.

Eppure, le malattie che colpiscono maggiormente gli uomini, come il morbo di Par-

kinson o l'Hiv, che riguardano circa 1.2 milioni di persone negli Stati Uniti, godono di un'attenzione economica nettamente superiore, e la ricerca è finanziata oltre il doppio. L'indagine si è svolta dopo aver qualificato il "peso" di una malattia: quanti morti e quanta disabilità si trascina dietro.

Il peso della malattia è quindi stato rapportato alla quantità di finanziamenti concessi per studiarla nell'anno 2022. Smith ha così confermato che il rapporto tra finanziamenti e peso della malattia per le patologie che colpiscono principalmente le donne era costantemente e significativamente inferiore allo stesso rapporto per quelle patologie che colpiscono principalmente gli uomini.

In sintesi: non conta quanti malati ci siano e quanti morti provochi una malattia, se morti e malati sono donne, la ricerca avanza a piccoli passi, e in salita, per la mancanza di fondi.

Non si tratta di esempi isolati: alcuni studi hanno dimostrato che le malattie che colpiscono gli uomini ricevono più finanziamenti rispetto a quelle che colpiscono le donne in tre quarti dei casi. Che si parli di calvizie o di HIV.

L'indifferenza ha un prezzo misurabile. Nei laboratori di ricerca, nei trial clinici, nei protocolli farmacologici. I corpi femminili restano esclusi, fuori dai parametri standardizzati che, per convenzione e per inerzia, continuano a modellarsi su quelli maschili. Quindi, anche quando si parla di malattie che colpiscono entrambi i sessi in egual misura, le donne sono sottorappresentate. E tale sottorappresentazione si traduce in una conoscenza insufficiente di come certe malattie o medicine im-



patteranno i corpi femminili. Ad esempio, le donne hanno più probabilità di morire d'infarto perché i sintomi sono meno studiati (un recente studio includeva 22.000

pazienti, tutti uomini), e i crash test non sono del tutto affidabili, perché i manichini simulano corpi maschili.

Persino le cavie animali sono quasi sempre soggetti maschi. Insomma, esistono priorità implicite, scelte tacite che stabiliscono quali sofferenze meritino attenzione e quali possano restare nell'ombra.

L'endometriosi è l'emblema di questa negligenza: in Italia, colpisce fino al 15 per cento delle donne in età fertile, ma riceve fondi irrisori, come denunciato più volte dalla Fondazione italiana endometriosi. Sono oltre tre milioni le diagnosi conclamate, ma la ricerca fatica a decollare. Diagnosi che stentano ad arrivare: il ritardo medio nel riconoscimento della malattia da parte dei medici italiani è di sette anni, durante i quali le pazienti vengono abbandonate al dolore.

Harvard Politics, rivista dell'omonima università, riporta che al 75,2 per cento delle pazienti è stata diagnosticata erroneamente un'altra malattia fisica e/o mentale prima di ricevere la diagnosi di endometriosi, con gravi conseguenze a

lungo termine. E nel frattempo, il ministero dell'Economia e delle Finanze ha da poco bloccato un finanziamento di sei milioni per la prevenzione del tumore al seno.

Le decisioni economiche definiscono il confine tra ciò che conta e ciò che può essere ignorato. Se un problema riceve fondi, diventa una priorità. Se resta finanziariamente invisibile, si diluisce nell'indifferenza, indipendentemente dalla sua diffusione o gravità. Non si tratta di pretendere finanziamenti per tutto, ma di riconoscere che la medicina ha un problema strutturale di pregiudizio di genere. Che certe sofferenze meritano attenzione tanto quanto altre. Che la perdita dei capelli di un uomo non dovrebbe contare più del dolore cronico di milioni di donne.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I fondi per i nuovi rimedi sono orientati al maschile. Gli studi tarati sugli uomini. E vale perfino per gli esperimenti sugli animali. Così la calvizie conta più dell'endometriosi



IL DIVARIO

La ricerca e i relativi fondi sono orientati verso la popolazione maschile. Come conferma un autorevole studio di Nature



Sulla ricerca detta legge Big Pharma

NATASCIA RONCHETTI

Tra gli esempi più recenti c'è quello che riguarda Ocaliva (acido obeticolico), farmaco contro la colangite biliare primitiva, una rara malattia autoimmune del fegato che nei casi più gravi può portare anche alla morte. Approvato da Ema nel dicembre del 2016, con autorizzazione condizionata, è stato ritirato dal commercio dopo otto anni a causa del fallimento, nel 2021, dello studio clinico di quarta fase Cobalt: i pazienti arruolati per far parte del gruppo placebo avevano abbandonato il trial perché il medicinale era già sul mercato e non volevano privarsene.

Il risultato? Tanti ammalati – in Italia circa 18mila – si sono sentiti abbandonati e si sono scagliati contro gli enti regolatori. Prima Ema, l'autorità europea. Poi Aifa, l'agenzia italiana del farmaco,

che ha messo al bando Ocaliva nel dicembre scorso. «Le conseguenze? Una demonizzazione degli enti, in un gioco al massacro che spalanca spazi enormi alle forti pressioni delle Big Pharma», dice **Pietro Invernizzi**, docente di Gastroenterologia all'Università di Milano Bicocca e direttore scientifico della fondazione Irccs San Gerardo di Monza.

Il punto è che il flop dello studio Cobalt è solo uno tra i tanti. Il 90 per cento dei farmaci in fase di sviluppo clinico non arriva infatti alla commercializzazione. Si impantana prima in un mondo dominato dall'industria farmaceutica, titolare di oltre l'80 per cento della sperimentazione. Per dirla con le parole di **Giuseppe Remuzzi**, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, la medicina basata sulle evidenze sembra sempre di più «un sepolcro imbiancato». È un mondo quasi immobile, fermo dagli anni Ottanta, cristallizzato su metodi di studio che sono ormai solo una eredità del passato. Con buona pace del progresso medico e scientifico per il trattamento di tumori, malattie del sistema nervoso, patologie a carico dell'apparato cardiovascolare o

del sistema immunitario.

Basta un dato per rendersi conto della paralisi: nel 2023 sono stati spesi a livello globale per la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci ben 300 miliardi di dollari. Una enorme quantità di denaro per sviluppare solo 46 nuove molecole. Una *débâcle* che non è affatto un'eccezione: è la regola. «Parliamo di esiti molto deludenti che sono l'effetto della volontà terribilmente bizantina di continuare a ricorrere a studi clinici tradizionali», dice Remuzzi.

Questi studi, che sono quasi sempre randomizzati, si basano su un gruppo di controllo (placebo) e su un gruppo a cui viene somministrata la nuova molecola, spesso in doppio cieco: vale a dire che né gli sperimentatori né i pazienti sanno quale sarà il trattamento erogato, per evitare condizionamenti. «Solo che il processo di reclutamento è estremamente lungo e quasi mai è possibile arruolare gli ammalati nei tempi previsti – dice Remuzzi – Intanto passano molti anni».

Per accelerare, l'industria farmaceutica quasi sempre aumenta il numero dei centri di ricerca coinvolti nella sperimentazione. A volte sono centinaia, ciascuno con due o tre pazienti. Con il rischio di ottenere risultati fortemente disomogenei. «I trial randomizzati controllati sono ancora il gold standard ma presentano dei limiti soprattutto quando un farmaco è già disponibile sul mercato con un'autorizzazione condizionata», conferma **Nino Cartabellotta**, presidente della fondazione Gimbe. Così,



anche in tempi recenti, sono finiti in un vicolo cieco tanti trial.

Ha gettato la spugna Novartis con il farmaco Aliskiren (8.600 pazienti coinvolti) contro l'ipertensione arteriosa. Ha fallito la Big pharma statunitense Pliant Therapeutics che stava sperimentando una nuova molecola per combattere la fibrosi polmonare idiopatica. E ha fatto flop la multinazionale svizzera Roche nella lotta contro l'autismo e la malattia di Alzheimer. Va detto che l'autorizzazione condizionata è spesso inevitabile. Lo è stato per i vaccini contro il Covid 19: c'era una emergenza. Lo è quando gli studi clinici precedenti (ogni ricerca si compone di quattro fasi, da quelle condotte su pochi volontari sani alla ► ► cosiddetta fase post marketing per raccogliere informazioni quando il farmaco è in già in commercio) hanno dato risultati promettenti. Poi però gli ostacoli sono tanti. «E gli enti regolatori difficilmente escono dai binari di un nucleo duro metodologico – dice Invernizzi – Un nucleo che consente di restare in una comfort zone, anche per reggere l'urto dello tsunami di richieste che arrivano dall'industria farmaceutica e per rispondere alle aspettative delle persone ammalate».

Perché tante resistenze? Inerzia e abitudine, dicono gli esperti. A scapito dell'innovazione terapeutica. A tenere le redini della regolamentazione sono la statunitense Food and drug administration ed Ema. È quest'ultima, in Europa, a rilasciare le autorizzazioni condizionate, a cui si adeguano gli enti regolatori nazionali dei Paesi Ue.

Le cose non cambiano in Italia. Aifa, dal 2000 al 2023, ha dato il via libera a oltre 16mila sperimentazioni. Due anni fa (ultimo dato disponibile) ne sono entrate 611 nell'iter dell'approvazione. Di queste, il 98,9 per cento, quindi la quasi totalità, si basava su modelli tradizionali. Ben 212 riguardavano nuovi trattamenti contro i tumori, 68 contro malattie del sistema nervoso. E la stragrande maggioranza degli studi ammessi, vale a dire l'82,7 per cen-

to, erano stati promossi dalle case farmaceutiche. Irrilevante, invece, la sperimentazione da parte dell'industria nel campo delle malattie rare (nel 2023 è stato realizzato un solo studio). Questo perché è un mercato di nicchia sul quale le aziende non investono nonostante gli incentivi pubblici: non garantisce buoni profitti.

C'è poi il problema della scarsa trasparenza, con la mancata registrazione dei risultati di una sperimentazione. «Un problema noto, soprattutto quando gli esiti sono negativi e questo può compromettere la valutazione del reale rapporto tra rischio e beneficio di un farmaco», dice Cartabellotta.

Eppure le alternative potrebbero essere tante. Per esempio si potrebbe ridurre il numero dei pazienti evitando di avere un gruppo di controllo che assume placebo per mesi o anni, adottando uno schema alternato che prevede un periodo di trattamento attivo. «La durata è comparabile a quella di uno studio multicentrico con gruppo di controllo – spiega Remuzzi – ma tutti i pazienti avrebbero accesso a una fase di sperimentazione con il nuovo farmaco». Un modo per evitare la fuga degli ammalati dal trial. Oppure si potrebbe ricorrere a uno studio adattivo in cui la terapia si modifica man mano che si ottengono risultati. E quando un trattamento sembra essere più efficace di un altro si aumenta il numero dei pazienti per arrivare a dati statisticamente significativi. C'è anche chi propone di attingere ai *real world data*, informazioni su una patologia raccolte in un registro implementato in base alle regole nazionali ed europee. Registri come quello, in Italia, di Itaild, network di 70 centri specializzati nelle malattie autoimmuni del fegato. Anche per non delegittimare gli enti regolatori, catapultando la ricerca nell'anarchia. «Il modo in cui i trial sono disegnati e condotti deve essere rivoluzionato», avverte Remuzzi. Per ora la rivoluzione è lontana. **TE**

Nel 2023 spesi
300 miliardi
di dollari per
sviluppare soltanto
46 nuove molecole.
L'industria governa
la sperimentazione
e il sistema degli
enti regolatori
mostra la corda

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Servizio La terapia genica

Tumori del sangue: le Car-T compiono 5 anni, ecco dove e come si può accedere ai super farmaci

A cinque anni dalla prima somministrazione sono 1800 i pazienti trattati con Car-T e 44 i centri autorizzati in Italia

di Cesare Buquicchio

10 aprile 2025

È iniziato tutto nel 2019 all'Istituto nazionale dei tumori di Milano e per molto tempo ci si è fermati lì. Ora ci sono 44 centri autorizzati, le patologie da trattare sono più numerose e il numero di pazienti che hanno beneficiato della terapia Car-T ha raggiunto il ragguardevole numero di 1800 e continua a salire. Ma di cosa si tratta, chi può accedere a questo rivoluzionario trattamento e dove e come si può fare?

Le terapie Car-T, un acronimo che sta per Chimeric Antigen Receptor T-Cells, sono la prima forma di terapia genica personalizzata approvata per il trattamento dei tumori del sangue. In particolare, della leucemia linfoblastica b acuta refrattaria o in ricaduta in pazienti pediatrici e giovani adulti fino a 25 anni e per alcune forme aggressive di Linfoma non Hodgkin in fase avanzata. Le Car-T rappresentano un'opzione terapeutica in quei pazienti nei quali le precedenti strategie terapeutiche standard (chemioterapia e trapianto di cellule staminali emopoietiche) hanno fallito.

Quali linfomi possono essere trattati e chi riceve il trattamento

«Oggi possono beneficiare della terapia Car-T i pazienti con linfoma diffuso a grandi cellule B, con linfoma primitivo del mediastino, con linfoma follicolare e anche con linfoma mantellare, inoltre da circa quindici mesi anche i linfomi a grandi cellule B, che venivano trattati solo nelle ricadute avanzate, possono essere trattati con AAR-T in prima ricaduta – precisa Paolo Corradini, Direttore Divisione di Ematologia, Fondazione Irccs Istituto nazionale dei tumori di Milano, Cattedra di Ematologia, Università degli Studi di Milano – in questo modo, anticipando molto l'uso delle terapie cellulari, si migliora il risultato diminuendo la tossicità. Oggi possiamo affermare che tra il 45% e il 50% dei pazienti trattati con Car-T guarisce». Ogni paziente deve essere attentamente esaminato e valutato da ematologi esperti qualora dovessero verificarsi reazioni avverse a seguito dell'infusione delle Car-T. È importante procedere alla valutazione del quadro clinico complessivo del paziente e di eventuali patologie associate, nonché assicurarsi che le condizioni del paziente siano stabili fino al momento dell'infusione delle cellule Car-T. Inoltre, vanno rispettate le tempistiche e le modalità dell'iter necessario a mettere in atto la procedura terapeutica.

Dove si riceve il trattamento e a chi rivolgersi

I pazienti candidati a ricevere il trattamento con le terapie Car-T possono essere individuati e reclutati ovunque nel Paese, anche in ospedali periferici. Per tale motivo è fondamentale l'esistenza

di una rete per l'adeguata formazione degli ematologi del territorio su questa nuova opzione terapeutica al fine di individuare i pazienti eleggibili alle Car-T e inviarli al centro autorizzato alla loro somministrazione. Il centro spoke (periferico) individua i pazienti e li segnala al centro hub (centrale) che li prende in carico, e avvia il percorso di cura: raccolta cellule, spedizione all'officina di produzione, somministrazione del prodotto medicinale pronto per essere infuso, follow-up e gestione delle eventuali complicanze. I 44 centri, a cui sono richieste caratteristiche stringenti, sono distribuiti in Lombardia, Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Va anche ricordato che si tratta di una terapia davvero molto costosa (centinaia di migliaia di euro) che il Ssn ottiene con uno sconto concordato con i produttori e mette a disposizione gratuitamente per i pazienti. A fare da collante a questa rete oltre alla nostra sanità pubblica c'è l'insostituibile ruolo delle associazioni. La principale è l'Ail – Associazione Italiana contro Leucemie, linfomi e mieloma – che ha riunito a Roma i principali esperti italiani in oncoematologia per un appuntamento intitolato “Car-T – Il futuro è già qui” patrocinato da Fondazione Gimema Franco Mandelli Onlus. «Ail da oltre mezzo secolo è accanto ai pazienti e alle loro famiglie – spiega il presidente Giuseppe Toro –. Sosteniamo la ricerca scientifica da sempre per offrire ai malati le migliori cure possibili, i nostri 17mila volontari lavorano ogni giorno per assicurare sostegno ai pazienti e ai loro cari, attraverso le cure domiciliari, il sostegno psicologico, e tutti i servizi che l'associazione offre gratuitamente a pazienti e caregiver. Possiamo contribuire a migliorare la qualità di vita dei pazienti durante e dopo il trattamento con Car-T, grazie all'accoglienza nelle Case alloggio AIL che offrono questo servizio, e grazie ai nostri volontari instancabili sono sempre al servizio dei pazienti e delle loro famiglie».

Le prospettive future

Nell'introdurre l'incontro, Franco Locatelli, Direttore Area Clinica di Oncoematologia Pediatrica, Terapia Cellulare, Terapie Geniche e Trapianto Emopoietico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, Professore Ordinario di Pediatria e Presidente Consiglio Superiore di Sanità, ha voluto aprire anche una prospettiva sulle nuove ricerche con le Car-T che appaiono promettenti «ad esempio sul tumore solido più frequente in età pediatrica che è il neuroblastoma oppure travalicando le malattie ematologiche per andare a coinvolgere patologie autoimmuni mediate dai linfociti B come il lupus eritematoso sistemico, una malattia cronica che può attaccare reni, polmoni e sistema nervoso centrale».

Servizio Ricerca

Obesità e rischio tumori: conta dove fai la spesa, lo dice la scienza

Un nuovo indice basato sul tracciamento Gps lega i luoghi d'acquisto del cibo al rischio per la salute

di Federico Mereta

10 aprile 2025

Dimmi dove compri e ti dirò quanto rischi di sviluppare obesità e le complicanze metaboliche e tumorali annesse. A prima vista pare una battuta. Ma in futuro, dovendo proporre scelte sociali e politiche in grado di porre un freno al divampare dei casi di sovrappeso e obesità franca con conseguenti aumentati rischi per la salute, la scelta del posizionamento dei punti di vendita di alimenti sani potrebbe essere una variabile vincente per affrontare la situazione.

E allora il monitoraggio tramite Gps, per tracciare abitudini e comportamenti delle persone in termini di scelta delle strutture presso cui fare la spesa potrebbe rappresentare una componente chiave degli approcci sociali alla problematica. A proporre questa soluzione, arrivando addirittura a mettere a punto un indice in grado di aiutare a comprendere il comportamento dei consumatori in una determinata area geografica e soprattutto a studiare la relazione tra dove le persone fanno la spesa e il rischio di tumori correlati all'obesità, è una ricerca coordinata da alcuni studiosi dell'Università del Connecticut, pubblicata su *Bmc Medicine*. Lo studio propone strumenti di analisi dei comportamenti dei consumatori, associando parametri geografici, distribuzione e disponibilità di punti d'acquisto e salute metabolica.

Il valore del tracciamento

La ricerca ha consentito di mettere a punto un indice basato sull'attività della percentuale di visite a punti di vendita di alimenti sani e quindi a basso rischio di favorire lo sviluppo di obesità per le persone di ogni contea analizzata. L'indice mette praticamente in associazione la geolocalizzazione della persona con la disponibilità d'accesso a punti di sana alimentazione. «Abbiamo scoperto che tracciare l'attività delle persone e dove vanno è un predittore molto più forte della posizione per gli eventi di mortalità per cancro correlati all'obesità» racconta in una nota dell'ateneo americano Ran Xu.

In pratica gli studiosi esperti di salute pubblica assieme ai ricercatori del dipartimento di Geografia, Sostenibilità, Comunità e Studi Urbani dello stesso ateneo e Qinyun Lin dell'Università di Goteborg, hanno utilizzato dati di mobilità su larga scala tracciati tramite Gps a livello nazionale per studiare dove le persone fanno la spesa e dati sulla posizione che indicano la disponibilità di cibo sano in ogni quartiere per circa 359.000 rivenditori negli Stati Uniti. Quindi, hanno collegato questo con i dati sull'insorgenza di neoplasie correlate all'obesità per vedere se il luogo in cui si fa la spesa impatta sugli esiti in termini di salute pubblica. Purtroppo la semplice apertura di punti vendita di alimenti salubri non basta a migliorare la dieta e quindi a contrastare l'obesità in

termini di popolazione. E questo rappresenta un'indicazione importante in termini di politica sanitaria. Uno dei motivi è che molto spesso si fa la spesa in aree diverse dai quartieri in cui si abita e quindi il tracciamento appare fondamentale per definire l'impatto del luogo in cui si compra il cibo.

Come nasce l'indice

I ricercatori hanno utilizzato i dati Gps del 2018-2019 di SafeGraph abbinati alle informazioni sulla posizione dei rivenditori di InfoGroup. Quindi hanno evidenziato i luoghi in cui trovare cibo sano, dalla grande distribuzione fino ai mercati agricoli, oltre a quelli in cui più probabilmente c'è il rischio di consumare junk food.

Le informazioni geografiche e merceologiche sono poi state confrontate con i dati sulla mortalità per cancro correlata all'obesità dei Centers for Disease Control and Prevention del 2015-2020. Risultato: purtroppo cercare di fronteggiare i rischi con la disponibilità di nuovi centri e strutture che offrano alimenti sani in quelli che gli esperti chiamano "deserti" alimentari non aiuta molto. Perché le persone comprano i cibi in altre aree rispetto alla loro abitazione. L'indice calcolato con i parametri dello studio, come gli spostamenti per gli acquisti, ha superato per precisione in termini di valutazione del rischio di tumori obesità-correlati la semplice posizione della persona. Ovviamente si tratta solo di indicazioni generali, visto che saranno necessarie ulteriori ricerche per catturare le complessità del comportamento umano e affrontare efficacemente il problema della pandemia di obesità.

I numeri, in questo senso, segnalano chiaramente la necessità di interventi sanitari e sociali. L'obesità aumenta il rischio di morte prematura. Per ogni incremento di 5 unità dell'indice di massa corporea sopra il valore di 25, il rischio di mortalità prematura aumenta del 31%. Non solo. Le gravi complicanze correlate all'obesità includono malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2 e cancro e sono tra le principali cause di mortalità a livello globale. Le persone con obesità hanno una probabilità 3,4 volte maggiore di ammalarsi di diabete di tipo 2. I soggetti con obesità comparati a soggetti adulti normopeso hanno un rischio 12 volte più elevato di sviluppare 4 o più malattie correlate all'eccesso di peso.

Il peso della "neuroeconomia"

Il valore di parametri sociali, abitativi ed economici nella genesi dell'obesità, peraltro, è già stato dimostrato da altri studi. E la disponibilità economica diventa una variabile fondamentale per definire i rischi, anche in chiave di benessere neurologico, tanto da indurre una sorta di "dipendenza" per lo junk food che va oltre la sola possibilità di acquistare alimenti sani.

A farlo ipotizzare è una ricerca apparsa su Communications Medicine e coordinata da Arpana dell'Ucla (Università della California di Los Angeles). Lo studio mostra che le scelte alimentari che portano a un maggior consumo di cibi a basso costo e potenzialmente meno salutari, con eccessi calorici, porterebbe nel tempo a una sorta di "circolo vizioso" che impatta sui meccanismi di ricompensa, di regolazione delle emozioni e di cognizione. La ricerca segnala come vivere in aree con sacche di difficoltà economiche possa comportare vere e proprie differenze strutturali nella corteccia cerebrale, in certi casi collegate a un indice di massa corporea più elevato e correlate con un elevato apporto di acidi grassi trans presenti negli alimenti meno sani.

Insomma, oltre ai fattori economici anche l'interessamento potenziale dei cibi che creano "dipendenza" potrebbe impattare sulle regioni del cervello coinvolte nella ricompensa, nelle emozioni e nell'acquisizione di conoscenza e comprensione. E quindi, in certe aree, questo fattore potrebbe diventare un ulteriore tassello del puzzle che conduce all'obesità. I due studi, quindi, segnalano chiaramente un bisogno. Occorre favorire l'accesso a un'alimentazione più sana, spezzando i circoli viziosi e soprattutto aumentando, in chiave urbanistica, la disponibilità di punti in cui avere accesso a cibi maggiormente indicati per il benessere e il controllo del peso.

Servizio L'annuncio delle barriere

Dazi, farmaci nel mirino di Trump rischio fuga investimenti dalla Ue

I vertici dell'industria incontrano la Commissione: l'Europa sia più competitiva. Cattani (Farmindustria): «Il primo obiettivo è arrivare allo zero a zero sui dazi»

di Marzio Bartoloni

10 aprile 2025

Le aziende del farmaco europeo suonano un campanello d'allarme forte e chiaro a Bruxelles: o l'Europa inverte rotta sulla burocrazia e la protezione brevettuale o altrimenti con lo spettro dei dazi americani gli investimenti fuggiranno Oltreoceano tanto che già investimenti per 16,5 miliardi previsti nei prossimi mesi sarebbero a rischio e potrebbero superare i 100 miliardi da qui fino al 2029. Donald Trump è appena tornato ad annunciare "importanti tariffe sulle importazioni farmaceutiche" scatenando una nuova pioggia di vendite sui titoli farmaceutici: A Piazza Affari crolla Recordati (-6,8%) mentre alla borsa di Copenaghen Novo Nordisk capitombola (-7,6%) come Roche (-6,8%) e Novartis (-8,4%) a Zurigo.

Al momento il settore è ancora uno dei pochi escluso dalla scure dei dazi decisi dal presidente Usa che però si è lamentato del fatto che gli Stati Uniti non producano più i propri farmaci segnalando anche le disparità nei prezzi che gli altri Paesi pagano per i farmaci: da qui l'annuncio dell'arrivo imminente di barriere doganali anche per la farmaceutica. E proprio ieri la presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen ha ricevuto i rappresentanti dell'industria farmaceutica, a partire da Efpia (la federazione delle industrie Ue), Medicines for Europe (i produttori di generici-equivalenti), EuropaBio, European Confederation of Pharmaceutical Entrepreneurs (Eucope) e imprese come la Novo Nordisk, gruppo danese che ha registrato un enorme balzo nei ricavi per le vendite negli Usa del suo farmaco usato per trattare il diabete e l'obesità grave, oltre a Novartis, Fresenius, Sanofi, Bayer, Gedeon Richter, Ipsen e Chiesi per l'Italia. Sul tavolo le proposte per individuare la risposta più efficace dell'Ue alle misure minacciate da Washington che danneggerebbero entrambe le sponde dell'Atlantico, con implicazioni per le catene di approvvigionamento interconnesse a livello globale e la disponibilità di medicinali per i pazienti, europei e statunitensi, che potrebbero trovarsi di fronte a carenze. I vertici del Pharma europeo hanno dunque invitato la Commissione Ue a rafforzare il mercato unico, affrontando le barriere normative e sostenendo le industrie innovative semplificando a esempio le procedure, in particolare per le sperimentazioni cliniche e la digitalizzazione del sistema sanitario europeo. E soprattutto potenziando la protezione della proprietà intellettuale dei farmaci. Interventi questi che potrebbero vedere luce rapidamente con le prossime iniziative che saranno presentate da Bruxelles, in particolare l'Eu Biotech Act e le strategie per la bioeconomia e le scienze della vita. "La Commissione deve reagire a questa situazione, innanzitutto puntando sullo zero a zero dei dazi con gli Usa. Ma poi è cruciale che si cambi rotta nella strategia europea dei farmaci per attrarre investimenti e competenze innanzitutto allungando il brevetto a 12-13 anni diventando così anche

più competitivi rispetto a Stati Uniti e Cina”, avverte Marcello Cattani presidente di Farmindustria. Che chiede anche di riformare l'Agenzia Ue del farmaco: “L'Ema deve avere il mandato di garantire una valutazione più veloce dei farmaci, come devono fare anche le agenzie nazionali e poi incentivi industriali sull'innovazione veloci ed efficaci e cioè l'opposto dell'attuale Ipcei. E' il momento di rischiare di più, serve coraggio”

Un sondaggio condotto la scorsa settimana da Efpia a cui hanno risposto 18 aziende innovative internazionali di grandi e medie dimensioni, ha individuato fino all'85% degli investimenti in spese in conto capitale - circa 50,6 miliardi - e fino al 50% della spesa in R&S (circa 52,6 miliardi di euro) potenzialmente a rischio. Un conto totale insomma di oltre 100 miliardi a rischio su un totale combinato attuale di 164,8 miliardi di euro di investimenti pianificati per il periodo 2025-2029 nel territorio europeo. Nei prossimi tre mesi, le aziende stimano che un totale di 16,5 miliardi, ovvero il 10% dei piani di investimento totali, sia già a rischio. Già oggi gli Usa superano l'Europa in ogni parametro tenuto in conto dagli investitori: dalla disponibilità di capitale alla proprietà intellettuale, dalla velocità di approvazione ai premi per l'innovazione.

L'ospedale **tascabile**

In corso Toscana l'Asl apre la prima Casa di comunità della città: altre due saranno pronte entro l'estate
Prestazioni per rafforzare la medicina sul territorio e un consultorio: rebus sulla presenza dei medici di base

IL DOSSIER

ALESSANDRO MONDO

Ha aperto i battenti la prima Casa di comunità a Torino. In una zona della città a bassa offerta di medicina territoriale. Recuperando un'area abbandonata da decenni. Facendo risparmiare risorse all'Asl cittadina. Quattro notizie in una.

Parliamo del grande poliambulatorio in corso Toscana 111, a Torino Nord - il primo, come premesso, degli altri 15 previsti in città - finanziato con fondi dell'azienda sanitaria e della Regione (in questo caso il Pnrr non c'entra), costruito ex-novo sui 3.170 mq un tempo occupati dall'ex-Marco Antonetto (fino a metà degli Anni 90 aveva ospitato una casa di riposo femminile).

(3.170 mq). I cantieri procedono spediti e in linea con il cronoprogramma, questa estate sono previste altre

inaugurazioni: in via Botticelli (un ospedale di comunità ed una casa di comunità), in via Farinelli (casa di comunità) e in corso Corsica (un'altra casa di comunità).

In corso Toscana servizi in gran parte operativi. Tra quelli non ancora attivi, uno rimanda ad un'incognita, a livello nazionale: 3 stanze destinate ai medici di famiglia. Perché ad oggi, e non è un dettaglio, non è chiaro se e con quali orari i medici di base eserciteranno nelle case di comunità previste in Italia, una delle partite aperte tra il Ministero e la categoria.

Restando al presente, la casa di comunità che ieri ha debuttato a Torino Nord è parte del piano di edilizia sanitaria da 4,5 miliardi in Piemonte: 11 nuovi ospedali, 30 ospedali di comunità, 91 case di comunità, 49 centrali operative territoriali. Una accelerata, dopo decenni di

immobilismo, per potenziare la sanità ospedaliera e territoriale: la seconda finora demandata agli studi dei medici di famiglia/pediatrati, e poco più. Il risparmio rimanda alla dismissione dell'immobile, sempre in corso Toscana ma al civico 108, dove l'Asl Città di Torino affittava.

Ieri il taglio del nastro, ad attività in corso. Presenti, tra gli altri, gli assessori alle Politiche sociali di Regione e Comune, Maurizio Marrone e Jacopo Rosatelli, il direttore dell'Asl Carlo Picco. Più piani, e più servizi. Piano terra: Cup, centro prelievi, medicina generale, punto unico di accesso, servizi amministrativi, accoglienza. Primo piano: specialistica territoriale, diabetologia, consultorio familiare, consultorio pediatrico, psicologia delle cure primarie, servizio sociale aziendale. Secondo Piano (non ancora attivo): direzione

distretto, medicina legale Nord Ovest. Piano -1 (non ancora attivo): fisioterapia, centro di salute mentale.

«Si è iniziato a parlare di poliambulatorio nel 2002 ma le risorse non erano mai adeguate - riassume Picco -. Tutto è stato fermo fino al 2020, quando l'Asl si è accollata un costo di 900 mila euro e la Regione ha integrato con 2 milioni. In due anni abbiamo sbloccato le pratiche e in breve tempo è stato realizzato il più grande poliambulatorio dell'area nord. Uno snodo tra ospedali e territorio, per decongestionare i primi e attrezzare il secondo dando risposte: a maggior ragione, nei quartieri meno serviti. —



La struttura sorge sull'area ex-Antonetto: fino agli Anni 90 aveva ospitato una casa di riposo FOTOREPORTERS



Al piano terra accoglienza e prenotazioni FOTOREPORTERS



I piani superiori ospitano i servizi per specialità FOTOREPORTERS



Aggredito un medico al giorno

► I dati del Viminale sull'emergenza ospedali: in un anno oltre 400 tra arrestati e denunciati Fenomeno contenuto dai posti di polizia. Viaggio al Grassi: «Qui è come essere in trincea»

Due anni e 22 strutture ospedaliere coperte dai posti di polizia ripristinati per volere del Viminale. C'era un motivo dietro il progetto del ministero dell'Interno che seguiva i lasciti dell'emergenza sanitaria da Covid-19, dove pure non sono mancate le tensioni e le aggressioni al personale medico infermieristico. Dunque la necessità di garantire una sicurezza e un controllo

in quei luoghi destinati alla cura delle persone malate. Nell'interesse delle stesse ma anche dei professionisti nonché degli operatori socio sanitari più volte finiti al centro di aggressioni, in alcuni casi vere "rappresaglie" ordite dai parenti e dai congiunti dei pazienti.

Mozzetti alle pagg. 34 e 35

Aggressioni in ospedale al personale sanitario «Un episodio al giorno»

► I dati del Viminale raccontano l'emergenza: in un anno oltre 400 tra arrestati e denunciati nelle 22 strutture controllate dagli agenti. Rafforzati i posti di polizia

IL FOCUS

Due anni e 22 strutture ospedaliere coperte dai posti di polizia ripristinati per volere del Viminale. C'era un motivo dietro il progetto del ministero dell'Interno che seguiva i lasciti dell'emergenza sanitaria da Covid-19, dove pure non sono mancate le tensioni e le aggressioni al personale medico infermieristico. Dunque la necessità di garantire una sicurezza e un controllo in quei luoghi destinati alla cura delle persone malate. Nell'interesse delle stesse ma anche dei professionisti nonché degli operatori socio sanitari più volte finiti al centro di aggressioni, in alcuni casi vere "rappresaglie" ordite dai parenti e dai congiunti dei pazienti. I risultati, da due anni a questa parte, non sono mancati e da una parte dimostrano come il fenomeno delle aggressioni sia pur-

troppo una costante - con un episodio medio al giorno - e dall'altra sottolineano la validità del processo di recupero dei presidi in capo alle forze dell'ordine. Perché tanti sono stati gli episodi che hanno portato ad arresti in flagranza di reato.

I NUMERI

Nella Capitale nel corso del 2024 e fino a tutto il marzo scorso sono stati trattati quasi 60 mila referti trasmessi poi all'autorità giudiziaria. Nel dettaglio si tratta di 58.593 pazienti che hanno varcato la porta di un pronto soccorso perché aggrediti a loro volta o feriti. Accoltellati dunque persone gambizzate o vittime di violenza domestica ad esempio. Tutti questi pazienti sono stati trattati direttamente dai posti di polizia attivati negli ospedali alleggeren-

do così la pressione sui commissariati di zona. Poi c'è l'altro dato relativo agli interventi in loco, ovvero proprio negli ospedali, da parte della polizia chiamata a sedare risse o aggressioni contro il personale medico infermieristico. Così, l'attivazione dei posti di polizia o il loro recupero ha permesso di arrestare in flagranza diverse persone e di denunciarne molte altre. I dati elaborati dal di-



partimento della Pubblica sicurezza sono chiari: durante l'anno scorso sono state denunciate in stato di libertà 376 persone mentre 53 persone sono state arrestate in flagranza per reati - aggressioni, lesioni, resistenza a pubblico ufficiale - avvenuti proprio negli ospedali. Tanto è il risultato, tanto evidente è il fenomeno. Perché fra le persone denunciate e quelle arrestate il conto sale a 429 casi. Molto più di un'aggressione fisica e verbale al giorno su cui si è intervenuti nell'immediato. Medici stratonati per i camici, offesi, aggrediti verbalmente. Non solo professionisti picchiati

o chiusi addirittura dentro le stanze dei reparti, come pure è accaduto all'inizio di marzo al San Camillo dove cinque professionisti circondati e aggrediti da due nipoti di una degente si ritrovarono bloccati in una stanza del reparto di Medicina Interna. In tutta la Capitale ad oggi i principali ospedali hanno tutti il posto di polizia interno, che va ad aggiungersi alla vigilanza privata dei nosocomi. Dall'Aurelia hospital al San Camillo Forlanini, dal San Filippo Neri, al Grassi di Ostia. Dall'ospedale Sandro Pertini al Sant'Andrea, dal policlinico Umberto I al San Carlo di Nancy.

E poi ancora il Sant'Eugenio, Tor Vergata, oltre ai presidi di provincia come il San Giovanni Evangelista di Tivoli, l'ospedale dei Castelli di Ariccia. In tutto gli operatori impiegati sono 77: una media di tre agenti a nosocomio con posti di polizia attivi 24 ore su 24.

Camilla Mozzetti

I NUMERI

429

Le persone arrestate e denunciate nel corso del 2024 nel Lazio

77

Gli operatori di polizia impiegati: una media di tre agenti a ospedale

58.593

I referti dei pazienti per aggressioni esterne gestite in 15 mesi

22

Le strutture ospedaliere nella regione dove è presente il posto di polizia

NEGLI ULTIMI 15 MESI GLI AGENTI HANNO ANCHE GESTITO OLTRE 60MILA REFERTI DI PAZIENTI ARRIVATI IN PRONTO SOCCORSO



Una pattuglia della polizia intervenuta a seguito di un'aggressione al personale medico in un pronto soccorso



Il Grassi di Ostia terra di confine «Qui è come essere in trincea»

► Medici e infermieri costantemente sotto pressione per cercare di dare risposte celeri ai pazienti: «I violenti sono generalmente parenti di persone con patologie non gravi»

IL FOCUS

«Sembrava una furia ma non è stato l'unico che abbiamo dovuto fronteggiare». Lo ha ancora impresso nella memoria quel pomeriggio in cui insieme ad altri colleghi fu aggredito nel pronto soccorso dove lavora, ovvero quello dell'ospedale Grassi di Ostia. Fra i nosocomi più delicati perché rimbalsato agli onori delle cronache per episodi di violenza fisica e verbale. I reparti d'emergenza della Capitale sono spazi dove l'emergenza si coglie all'istante. Basta varcare l'ingresso, lasciarsi alle spalle le consuete porte scorrevoli per vedere che volto abbia la precarietà. Soprattutto dei pazienti che, per i motivi più vari, vi si recano. E si legge nei volti degli operatori, sguardi attenti muscoli tirati, la frenesia di rispondere al problema, la necessità di farlo in fretta per permettere di abbattere i tempi di attesa. Che sono poi i motivi principali per

cui scattano le aggressioni. Solo qualche mese fa al pronto soccorso dell'ospedale Grassi di Ostia si è registrato l'ultimo episodio di violenza. Il figlio di una paziente che aveva accusato un malore è stato fatto entrare per avere informazioni dai medici, l'uomo si è seduto su una lettiga ma quando un'infermiera gli ha detto di spostarsi perché non era quello il posto dove attendere, l'uomo, un italiano poi arrestato, ha dato in escandescenza. Picchiati quattro infermieri del nosocomio lidense e un operatore sociosanitario poi refertati dagli stessi medici del pronto soccorso con 15 giorni di prognosi. Nonostante questo, il personale è rimasto in servizio mentre l'uomo - un italiano di 59 anni, in stato di ebbrezza e con precedenti alle spalle - è stato arrestato per interruzione di servizio pubblico, aggressione, lesioni personali.

L'ANDAMENTO

Erano mesi che il Grassi non tornava agli onori delle cronache per vicende simili. Che pure si inseguono in tanti altri pronto soccorso romani. Al

Grassi quotidianamente arrivano tanti pazienti «La Regione ha messo su una task-force - dice Giulio Maria Ricciuto, past president della Simeu Lazio, la Società italiana di medicina di emergenza urgenza - che sta aiutando tutte le aziende ospedaliere nell'omogeneizzare la risposta preventiva e reattiva

alle aggressioni anche con corsi mirati e la situazione è molto cambiata anche da quando sono stati riattivati i posti di polizia. Certo, le aggressioni continuano e nella maggior parte dei casi sono verbali poi ci sono episodi di violenza fisica». Chi sono i «facinorosi»? Chi è che senza esitazione offende o picchia un medico o un infermiere? «Nella stragrande maggioranza dei casi - conclude Ricciuto - esclusi i pazienti psichiatrici, si tratta di parenti o congiunti dei malati che non versano in gravi condizioni e che per questo sono a volte costretti ad aspettare del tempo prima di essere visitati. Di certo ogni episodio condanna un operatore sanitario alla paura eterna e lede quel rapporto che c'è fra medico e paziente». Un tempo posto di frontiera oggi ancora pronto soccorso delicato, come pure è quello del Casilino, del San Camillo, dell'Umberto I, del Fatebenefratelli. Qui solo a metà marzo un 22enne di nazionalità russa ar-



rivato in ambulanza perché soccorso in strada e in evidente stato di alterazione si è scagliato contro il personale del 118 e contro gli operatori sanitari del pronto soccorso.

CALCI E PUGNI

Calci, pugni ma anche sputi. Il ragazzo è stato alla fine immobilizzato da un poliziotto in servizio nel posto di polizia e denunciato per aggressione e lesioni a personale sanitario. L'8 aprile scorso, poi, secondo quanto denunciato dal sindacato di polizia Mosap, un agente è rimasto ferito al pronto

soccorso dell'ospedale Umberto I per aver fronteggiato un paziente psichiatrico in attesa di trattamento. Ancora: sempre a febbraio al policlinico di Tor Vergata un altro infermiere era stato aggredito al pronto soccorso da un paziente. Si trattava di un uomo anziano che era nell'area di osservazione breve e che, a un certo punto, ha dato in escandescenza. La vittima è intervenuta per aiutare un collega a calmare l'anziano ed è stata colpita al volto con seguente rottura del setto nasale e una prognosi di 30 giorni. «È come essere in

trincea», sostengono gli infermieri romani mentre le statistiche parlano di deficit lavoratori post trauma: il 10 per cento accusa danni permanenti dopo episodi di aggressione fisica e verbale. Stati di agitazione costanti che mal si sposano con la serenità necessaria che serve per operare in corsie e reparti.

C. Moz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MARTEDÌ UN AGENTE È RIMASTO FERITO ALL'UMBERTO I MENTRE TENTAVA DI ARGINARE LA FURIA DI UN PAZIENTE PSICHIATRICO

UN DOTTORE: «NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI VANNO SU TUTTE LE FURIE PERCHÉ DEVONO ATTENDERE IL LORO TURNO»

In alto l'ingresso del pronto soccorso del Grassi di Ostia, un carabiniere interviene dopo un'aggressione al personale medico, sotto pazienti in attesa davanti agli ambulatori (IPPOLITI)



San Camillo neonata salvata da tumore

L'INTERVENTO

È tornata tra le braccia della madre la neonata curata da un tumore al San Camillo di Roma. Un intervento, condotto con una tecnica mini-invasiva ha permesso di salvare una bimba di soli cinque mesi e 8 kg di peso, affetta da neuroblastoma. Il tumore maligno del surrene era stato diagnosticato già prima che la piccola nascesse. L'équipe di Chirurgia pediatrica guidata dal dottor Vito Briganti ha eseguito l'operazione con una «tecnica laparoscopica e completata con un approccio mini-laparotomico». I medici

sono riusciti, in soli novanta minuti, ad asportare completamente la massa tumorale. Grazie a una chirurgia su misura, è stata praticata un'incisione di appena 4 centimetri. L'intervento ha assicurato così non solo efficacia clinica, ma anche un impatto estetico minimo. Condotta in anestesia generale con monitoraggio avanzato, l'operazione ha garantito un perfetto equilibrio emodinamico e metabolico. La piccola paziente è stata dimessa poche ore dopo l'operazione, senza la necessità di un ricovero in terapia intensiva post-operatoria. A rendere possibile questo risultato sono stati il dottor Briganti, le dottoresse Lucia Oriolo e Giorgia Conti. Importante anche il contributo dell'équipe anestesio-

logica pediatrica, capitanata dalle dottoresse Roberta Toto, Giulia Lanini e Giulia De Fazio. I medici hanno impiegato tecniche eco-guidate sia in fase pre-operatoria sia il giorno dell'intervento. L'équipe ha garantito per tutto il percorso un ambiente sicuro e sereno sia alla neonata che alla sua famiglia. L'intervento si pone come un'ulteriore attestazione dell'eccellenza dell'ospedale romano nel campo della chirurgia pediatrica mini-invasiva. «La possibilità di eseguire un'operazione così complessa con un approccio di tal genere è la dimostrazione dei significativi progressi nella chirurgia pediatrica». Così ha commentato il chirurgo responsabile Briganti. Il dottore ha aggiun-

to: «Ridurre il trauma chirurgico nei pazienti più piccoli è essenziale per garantire una ripresa maggiormente rapida e meno dolorosa. Il successo di questo intervento è frutto di un lavoro di squadra straordinario, che ha coinvolto chirurghi, anestesisti e infermieri. Continueremo a lavorare con lo stesso impegno per offrire ai pazienti le migliori cure possibili».





Servizio Personale sanitario

Puglia, arriva l'aumento per i professionisti del Pronto soccorso

La Regione pronta ad anticipare a maggio il 60% degli importi stimati per il 2025. In Basilicata siglato il contratto integrativo per i medici di famiglia

di Vincenzo Rutigliano

10 aprile 2025

Firmato l'accordo sindacale in Puglia per medici e gli operatori di Pronto Soccorso con aumenti netti medi mensili per i primi di 800 euro e per i secondi di 180. Nell'accordo - sottoscritto tra l'assessorato regionale alla Sanità e le organizzazioni sindacali della dirigenza e del comparto sanità - sono state così definite le modalità di riparto e corresponsione dell'indennità prevista dalle leggi nazionali e dai rispettivi contratti collettivi.

L'accordo coinvolge circa 3.500 professionisti

Per i medici le indennità sono calcolate sulle ore effettivamente lavorate nei Pronto Soccorso, potranno arrivare a importi medi mensili netti di circa 800 euro, e la Regione, già a maggio prossimo, riconoscerà un'anticipazione del 60% degli importi stimati per il 2025. Le indennità per il comparto sono, invece, calcolate su base del lavoro svolto mensilmente dalle equipe che operano nei Pronto Soccorso e potranno arrivare a circa 180 euro netti mensili. L'accordo riguarda circa 3.500 professionisti che ogni giorno operano nei Pronto Soccorso degli ospedali pugliesi (342 dirigenti medici e 3.141 unità di personale del comparto).

Per l'indennità stanziati 32 milioni

A finanziare l'accordo, per il triennio 2022-2024, circa 32 milioni di euro, 10 per i dirigenti medici e 22 per il personale di comparto. L'indennità sarà erogata a partire dal mese di maggio 2025, con importi crescenti per ciascun anno del triennio. Ai medici spetterà un compenso lordo orario pari a 3,16 euro nel 2022, a 7,07 euro nel 2023 e a 10,26 euro nel 2024. Per il personale del comparto, l'indennità sarà mensile e pari a 93,06 euro nel 2022, 200,12 euro nel 2023 e 297,86 euro nel 2024, sempre in relazione all'effettiva presenza in servizio.

In Basilicata rafforzato il ruolo dei medici di famiglia

Fumata bianca anche in Basilicata per l'accordo integrativo regionale (Air) per i medici di medicina generale per il triennio 2019-2021. L'intesa pone le basi per rafforzare il ruolo della medicina generale all'interno del sistema sanitario lucano, favorendo una rete capillare, e coordinata, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, superando il dualismo tra medicina di base e continuità assistenziale, oggi ricompreso nel nuovo ruolo unico della Medicina Generale. Nessuna novità invece per l'Air della Puglia.