

17 aprile 2026

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



Malattie respiratorie, il conto nascosto che pesa sulla sanità

Dai 45,7 miliardi di impatto economico alla sfida della prevenzione: le patologie rappresentano ormai una questione di politica economica oltre che sanitaria

■ Beatrice Telesio di Toritto

In Italia le malattie respiratorie croniche non sono solo una questione clinica, ma una variabile economica sempre più rilevante, capace di incidere in modo diretto sulla produttività, sulla spesa pubblica e sugli equilibri del Servizio sanitario nazionale: i numeri parlano di un impatto complessivo pari a 45,7 miliardi di euro tra costi sanitari e perdita di capacità lavorativa, mentre oltre 6 milioni di italiani convivono con almeno una patologia respiratoria e la sola broncopneumopatia cronica ostruttiva supera i 13 miliardi di costo.

Un peso che si inserisce in una dinamica europea ancora più ampia, con oltre 80 milioni di pazienti e circa 400mila decessi l'anno, e che riflette fattori strutturali difficilmente comprimibili nel breve periodo, dall'invecchiamento della popolazione all'inquinamento fino alla diffusione del fumo, che in Italia continua a riguardare quasi un quarto della popolazione. È su questo terreno che la questione respiratoria smette di essere un capitolo della sanità e diventa un tema di politica economica, perché incide direttamente sulla partecipazione al lavoro, sull'assorbimento di risorse pubbliche e sulle disuguaglianze territoriali, con un sistema che continua a mostrare forti asimmetrie nell'accesso a prevenzione e diagnosi.

La presentazione al Ministero della Salute del *Libro Bianco della Pneumologia e dei Policy Paper* del progetto *Respira* si inserisce in questo quadro come tentativo di uscire da una gestione frammentata e riportare il tema dentro una strategia più organica, dove la prevenzione non è solo un obiettivo sanitario ma una leva di sostenibilità. Non è un caso che il Ministro della Salute Orazio Schillaci abbia legato esplicitamente il tema alle sue implicazioni economiche, osservando che «si tratta di una priorità anche perché incide moltissimo sulle capacità lavorative e ha un impatto economico sulla vita di tutti», e insistendo sulla necessità di «un approccio condiviso che vada oltre i singoli partiti», segnale di come il dossier venga ormai percepito come trasversale. La stessa linea emerge nelle parole di Maria Rosaria Campitiello, che richiama il nesso tra salute respiratoria, spesa pubblica e disuguaglianze, indicando la necessità di un intervento più strutturato e di un Piano nazionale capace di ridurre le distanze tra territori, oggi ancora marcate.

Ma il passaggio più delicato resta quello dell'organizzazione: il modello indicato dal Libro Bianco punta su una rete integrata tra ospedale e territorio, con l'obiettivo di ridurre ricoveri e riacutizzazioni e spostare il baricentro verso una gestione più continua della cro-

nicità. «Costruire una vera rete respiratoria tra ospedale, territorio e domicilio vuol dire andare oltre un modello centrato sull'ospedale», osserva Paola Rogliani, presidente SIP, mettendo in evidenza come strumenti già avviati – dalle Case di comunità alla telemedicina – rappresentino una base ancora da rendere pienamente operativa.

In questa direzione si inserisce anche la richiesta di un salto di governance avanzata da Raffaele Scala, Presidente AIPO, che individua in un Piano strategico nazionale il perimetro necessario per coordinare prevenzione, diagnosi e presa in carico, con l'obiettivo di ridurre nel tempo sia l'incidenza sia i costi senza aumentare la spesa complessiva.

Il punto, in controluce, è se la prevenzione riuscirà davvero a diventare un investimento capace di alleggerire il carico economico nel medio periodo o se resterà una priorità condivisa più sul piano delle dichiarazioni che su quello dell'attuazione, mentre il peso delle cronicità continua a crescere e a ridefinire gli equilibri del sistema.

45,7 mld

L'impatto economico in euro delle malattie respiratorie tra costi sanitari e perdita di capacità lavorativa



Parla Enrico Costa (FI) «Una legge sul fine vita Il centrodestra di oggi riparta dai nuovi diritti»

■ Aldo Torchiano

a pag. 2 ■

Enrico Costa e la nuova Forza Italia dei diritti «Giustizia, riforme e legge sul *fine vita*. È ora»

■ Aldo Torchiano

Enrico Costa è da due giorni il nuovo presidente del gruppo di Forza Italia alla Camera: la sua elezione alla testa dei deputati azzurri segna una discontinuità che premia l'impegno di Costa nella campagna referendaria. L'ex ministro per gli Affari regionali e le Autonomie garantista di lungo corso, è tra le voci più attive sui temi della giustizia, dei diritti e delle libertà individuali.

Il suo impegno alla presidenza del gruppo indica un rinnovamento profondo di Forza Italia. L'ultimo anno di legislatura è il primo della nuova fase per il suo partito?

«L'ho già detto e lo ribadisco: la mia presidenza si colloca nel percorso avviato da chi mi ha preceduto, Alessandro Cattaneo e Paolo Barelli, che hanno svolto un ottimo lavoro. Nell'anno di legislatura che resta, ci concentreremo certamente sull'emergenza economica: il caro energia e l'aumento dei prezzi dei carburanti stanno incidendo pesantemente sulla vita di molte famiglie e delle imprese. Sono priorità che non possiamo permetterci di trascurare. Inoltre esprimeremo i principi liberali che fanno parte del DNA di Forza Italia: dai diritti, nessuno escluso – temi che un centrodestra moderno non può più ignorare – alla legge sul fine vita, un vulnus che il Parlamento ha il dovere di colmare».

Il referendum consegna 13 milioni di Sì: non sono pochi gli italiani che vogliono cambiare la giustizia.

«Il risultato è stato deludente per chi, come me, ha creduto in questa riforma e l'ha spiegata nel merito, con dati, approfondimenti e dettagli, pur consapevole che contro le norme liberali in materia di giustizia vengono da sempre disegnati scenari apocalittici inesistenti. L'esito del referendum non indebolirà, tuttavia, l'impe-

gno per un giusto processo, nel nome dei tanti che hanno scelto il Sì, con grande passione. Ed è proprio da quei 13 milioni di Sì che vogliamo ripartire: da chi ha affermato con chiarezza che in questo Paese c'è bisogno di una giustizia più giusta. Andiamo avanti forti di questo patrimonio di consenso e partecipazione».

Come risponde il nuovo corso azzurro?

«Questi mesi di campagna referendaria sono stati un'esperienza straordinaria. Abbiamo ascoltato le voci di tante vittime della giustizia, persone che hanno avuto la vita rovinata. Dal 24 marzo, però, stop: finite le interviste, le storie, i racconti, anche da parte di chi le ha esaltate durante la campagna referendaria. Questo è un errore imperdonabile. Molti cercheranno di interpretare l'affermazione del No come un colpo di spugna sugli errori, derubricandoli a effetti collaterali fisiologici. A questa lettura disumana ci opporremo sempre, continuando a raccontare quelle vicende, a fare il conto delle ingiustizie, a chiederci perché gli errori vengano tollerati e perdonati al CSM e a proporre di cambiare le regole che non funzionano».

Quali priorità indicherà?

«Gli argomenti non mancano: dalle intercettazioni alla prescrizione, dalla custodia cautelare alle condizioni del sistema carcerario, fino ai temi dell'ordinamento giudiziario. Si tratta di proposte che si muovono nel pieno rispetto dei principi costituzionali ed è nostro



dovere portarle avanti».

La magistratura è divisa tra una componente più politicizzata, rappresentata dall'ANM, e una parte più garantista. Nasceranno due ANM, due associazioni diverse?

«Le dinamiche relative all'ANM lasciano il tempo che trovano. Noi riteniamo che le riforme competano al Parlamento e che il contributo di associazioni come l'ANM possa essere offerto nelle forme delle audizioni in Commissione. Nessuno ha il potere di veto sui temi da inserire in agenda».

Il fascicolo di valutazione del magistrato è uno scoglio reale: si riuscirà a mettervi mano prima della fine della legislatura?

«La campagna referendaria ha evidenziato come per i magistrati non vi siano valutazioni di professionalità legate al merito, ma esclusivamente promozioni indifferenziate "per anzianità". Infatti, oltre il 99 per cento dei magistrati ottiene una valutazione di professionalità positiva. Se vogliamo fare in modo che facciano carriera i magistrati più

bravi, dobbiamo garantire che anche nelle valutazioni di professionalità la capacità e il merito vengano effettivamente presi in considerazione».

E la responsabilità civile dei magistrati?

«È un tema sul tappeto non da oggi. Attualmente, la responsabilità civile dei magistrati è un titolo senza contenuto. Negli ultimi 15 anni lo Stato – perché la causa si propone contro lo Stato – è stato condannato soltanto 15 volte, in media una volta l'anno».

Querele intimidatorie ai giornalisti: ci sono categorie che querelano per scoraggiare chi scrive...

«Dobbiamo affrontare il punto molto seriamente, perché attiene alla libertà di stampa. Il giornalista deve avere il diritto di scrivere senza la mano tremula per il rischio di essere chiamato a pagare pene esorbitanti. Negli anni passati sono stato firmatario della proposta di legge contro il carcere per i giornalisti, una proposta che, come altre nel corso degli anni, si è arenata».



Enrico Costa



EMENDAMENTO PD PER REINSERIRE IL COINVOLGIMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO

Stefania Craxi, nuova capogruppo Fi, cerca di ripescare in Senato il fine vita che da troppo tempo si è insabbiato

DI LUCA GRAZIANI

Una prima apertura, prudente, sul fine vita, dossier congelato da mesi al Senato. Il segnale arriva dalla nuova capogruppo di Forza Italia **Stefania Craxi**, subentrata a **Maurizio Gasparri** e indicata come interprete di un nuovo corso ispirato dai figli del Cavaliere. «Dobbiamo discutere di una norma di civiltà», ha detto a *Public Policy* a margine della capigruppo di Palazzo Madama. «Ho chiesto qualche tempo, ho appena ereditato i dossier». Prudenza, appunto. Ma l'attenzione si concentra soprattutto sull'ultima frase: «Mi auguro di portare a casa una mediazione».

Parole che pesano se lette dentro il nuovo assetto azzurro, che proprio ieri ha visto anche l'ingresso di **Enrico Costa** alla guida del gruppo alla Camera al posto di **Paolo Barelli**. Il posizionamento di Craxi sui diritti civili arriva in un clima di riequilibrio interno voluto dalla famiglia Berlusconi, che venerdì scorso ha ribadito la propria linea nel lungo vertice a Mediaset con il segretario **Antonio Tajani**. I desiderata degli eredi del fondatore sono chiari: un partito più liberale, più centrista, più capace di parlare ai giovani. Da qui il primo nodo da sciogliere: il fine vita, impantanato da mesi a Palazzo Madama.

Il terreno resta accidentato. Il ddl è fermo da mesi nelle commissioni Giustizia e

Sanità. Il testo base è quello dei relatori di maggioranza, **Pierantonio Zanettin** (Fi) e **Ignazio Zullo** (Fdi): una proposta conside-

rata troppo restrittiva dalle

opposizioni e mai davvero decollata anche nel centrodestra. Sugli emendamenti, raccontano fonti parlamentari, dal governo non è mai arrivato un indirizzo chiaro. Il risultato è uno stallo prolungato. Ora però, qualcosa si muove: dopo l'ultima capigruppo, a quanto si apprende, l'approdo in assemblea sarebbe stato messo in calendario tra due settimane, accogliendo di fatto la richiesta avanzata dal presidente dei senatori dem **Francesco Boccia**.

Resta però da capire con quale testo il dossier arriverà davvero in Aula. Da Forza Italia fanno sapere di avere tutta l'intenzione di ripartire dal testo di maggioranza, provando almeno a costruire una mediazione sul metodo. Il nodo resta sempre lo stesso: l'impianto del provvedimento e, soprattutto, l'esclusione del Servizio sanitario nazionale, che per le opposizioni è una linea rossa. Sul tavolo ci sarebbe però anche il ddl dem a prima firma di **Alfredo Bazoli**, che riprende il testo approvato dalla Camera nella scorsa legislatura e poi assorbito nel lavoro del comitato ristretto, senza che si riuscisse a trovare una

sintesi.

Se nelle prossime due settimane la commissione non dovesse chiudere l'esame degli emendamenti, spiega, il ddl sulla fine vita potrebbe comunque approdare in Aula senza mandato al relatore. Spetterebbe all'ufficio di presidenza capire quale testo portare avanti a quel punto. In caso di marcia indietro della maggioranza, il Pd - annunciano - è intenzionato a spingere sul ddl Bazoli per costringere il centrodestra, arrivati in assemblea, a uscire dall'ambiguità. «Noi siamo pronti», sottolineano. «Altrimenti ci presenteremo comunque con un pacchetto di emendamenti per rendere il loro testo compatibile con le indicazioni della Corte costituzionale e per reinserire il coinvolgimento del servizio sanitario pubblico». Un punto, quest'ultimo, su cui i dem non intendono arretrare: senza Ssn, avvertono, il rischio è quello di una privatizzazione del suicidio assistito. A rendere il passaggio parlamentare ad alta tensione sarà poi il metodo di voto. Trattandosi di materia eticamente sensibile, sugli emendamenti i gruppi potranno esprimersi anche a scrutinio segreto. «Noi senza dubbio lo chiederemo», rilanciano dal Pd.

Open

«Dobbiamo discutere di una norma di civiltà», ha detto a margine della conferenza dei presidenti di gruppo di Palazzo Madama. «Ho chiesto qualche tempo, ho appena ereditato i dossier»



Malati di antibiotici

Il consumo tra i più giovani non cala. Cause note, rimedi inefficaci, rischi enormi

C'è un numero nel rapporto Aifa sul consumo di antibiotici che merita attenzione. Nella fascia d'età tra gli 11 e i 13 anni, i consumi di antibiotici sono aumentati del 33,4 per cento in un solo anno. Eppure, non c'è nessuna nuova malattia batterica che colpisce i preadolescenti italiani. E' il segno che qualcosa, nel modo in cui questo paese usa i farmaci, continua a non funzionare. Il Piano nazionale di contrasto all'antimicrobico-resistenza aveva fissato obiettivi precisi e ambiziosi. Scadenza: 2025. Poi prorogato al 2026. Ma a un anno dalla scadenza quasi nessun obiettivo è stato raggiunto. In ospedale, i carbapenemi – gli antibiotici di ultima istanza, quelli che si tengono in riserva per le infezioni che nient'altro riesce a sconfiggere – sono aumentati del 55 per cento in cinque anni. L'obiettivo era ridurli del 10 per cento. In pediatria, più di quattro bambini su dieci ricevono almeno una pre-

scrizione di antibiotici ogni anno, e la percentuale è in crescita. Il rapporto tra molecole ad ampio spettro (quelle più aggressive) e molecole a spettro ristretto prescritte ai bambini è, al sud, pari a otto contro uno. Obiettivo del Piano era ridurlo del 20 per cento. E' rimasto dov'era. Il problema del consumo inappropriato di antibiotici in Italia è antico quanto il Servizio sanitario nazionale stesso. Conosciamo le cause: la pressione delle famiglie sui pediatri, la difficoltà di spiegare a un genitore ansioso che il raffreddore di suo figlio guarisce da solo, la cultura del farmaco come risposta immediata a qualsiasi malessere, le differenze tra nord e sud nei modelli di medicina territoriale. Conosciamo le soluzioni, ma la resistenza batterica è una delle principali cause di morte in Europa e l'Italia è tra i paesi più esposti. Ogni volta che un bambino assume un antibiotico che non gli serve, contribuisce

– in misura infinitesimale ma reale – a selezionare i batteri che un giorno potrebbero non rispondere ad alcun trattamento. Il punto è che un piano nazionale esiste proprio per cambiare i comportamenti che il singolo, da solo, non riesce a modificare. E quel piano, in Italia, è rimasto sulla carta.



SALVAVITA CONNECTION IL TRAFFICO DEI FURTI DI FARMACI

Una gang campano-egiziana gestisce il racket miliardario degli antitumorali sottratti alle farmacie ospedaliere. In cima alla lista c'è il Keytruda: oltre 5.500 euro a fiala. Le confezioni prendono il largo per Nord Europa e Paesi arabi. Due indagini in successione a Cremona hanno individuato i canali dello smercio. Che dopo gli arresti è ripreso. L'inchiesta in esclusiva de L'Espresso con Icij

GLORIA RIVA E LEO SISTI

Napoletani ed egiziani. Alleati nella ricettazione di farmaci oncologici ad alto costo, rubati da farmacie ospedaliere italiane o da depositi, da Nord a Sud. Mentre i malati aspettano medicine salvavita, il traffico organizzato devia le preziose fiale in Europa, Egitto, Turchia, Siria e Medio Orien-



te. Con profitti milionari. E danni incalcolabili al servizio sanitario nazionale e alle aziende produttrici: svariati miliardi di euro sottratti alla cura e alla ricerca.

L'alleanza è venuta alla ribalta a Cremona in due processi, uno si chiama Dawaa, farmaco in arabo, chiuso con patteggiamenti tra il 2020 e il 2024, e l'altro in corso dal febbraio 2026. Il primo vede accomunati, tra i napoletani, **Ciro Sacchettino** e **Luigi Equabile** e, tra gli egiziani **Wael Azmi**, **Ghattas Loay**, **Gad El Husseini**, **Abdelnasser**, tutti, in seguito, arrestati, in carcere o ai domiciliari. Il secondo giudizio vede alla sbarra, ancora, Sacchettino, **Pasquale De Luca** e, di nuovo, Abdelnasser, che però ne uscirà con un altro patteggiamento. Qui, inoltre, si sarebbe dovuto discutere di un furto colossale, avvenuto a fine gennaio 2019 nel magazzino Dhl Supply Chain di Settala (Milano): 6.910 confezioni di Keytruda, brevetto della multinazionale americana Merck Msd, studiato per melanoma e altre malattie. Prezzo di fustella? 5.657 euro l'una. Valore di mercato del bottino? Oltre 39 milioni di euro. Dosi recuperate? Zero. Dove

sono approdate? Secondo il lavoro certosino del Nas, in Nord Africa e in Medio Oriente.

Ripercorriamo i fili di questo giallo. Il 30 gennaio, **Alberto Pizzi**, manager di Dhl, si presenta dai Carabinieri di Peschiera Borromeo, poco fuori Milano, e denuncia la sparizione del carico di Keytruda, appena arrivato dalla Msd, indicando i numeri dei lotti di Keytruda e dell'altro farmaco rubato, lo Zinplava, monoclonale contro le infezioni intestinali per un valore di quasi 1,5 milioni. Danno totale per Msd: 40,5 milioni di euro. Pizzi calcola però che, praticando uno sconto del 50 per cento nella vendita dei suoi farmaci agli ospedali, il costo di produzione è di 9 milioni.

I Nas indagano e puntano su Abdelnasser, detto Nasser. Dal suo cellulare estrapolano video, foto e messaggi audio. Tra le immagini notano la presenza di 52 scatole di Keytruda, tutte collegate al lotto indicato da Pizzi. Nasser a settembre 2019 è a Istanbul, dove incontra **Mohamad Banchi**, siriano, di Aleppo. È a lui che vende in Medio Oriente uno scatolone del prezioso farmaco.

Interrogato, Nasser fornisce indicazioni sul suo fornitore. È il rumeno **Constantin**, che vive nel Pavese. Anche Wael Azmi viene sentito e, uno dopo l'altro, vengono individuati alcuni personaggi che ruotano intorno al furto di Settala, fra cui il dottor **Haissam** che, da un Paese mediorientale,

viene in Italia per acquistare farmaci rubati, e il medico siriano **Moussad**, acquirente di Keytruda in Turchia. C'è poi un arabo con cittadinanza olandese e una moglie medico, proprietaria di una clinica in Arabia Saudita, dove finivano le fiale.

Questo vortice di furti ha alimentato il sospetto che Keytruda e altri costosissimi medicinali siano oggetto di esportazione, anche verso l'Est europeo. Una traccia la troviamo in un procedimento in Texas dove, nel 2020, due ucraini, **Maksym Nienadov** e **Volodymyr Nikolaienko** si sono dichiarati colpevoli di traffico di medicine (Keytruda e Eplusa per il trattamento dell'epatite C). Farmaci poi risultati contraffatti. Nell'estate del 2018 i due hanno cercato di venderli in Usa a un agente sotto copertura, che poi li ha arrestati. Durante la trattativa, Maksym ha detto di avere a disposizione 200 confezioni di Keytruda, assicurando di averne accesso ad altre 4mila, di origine italiana. Circonstanza quest'ultima, poi negata nel corso del processo, così come durante un'intervista concessa a *L'Espresso*, assieme ad alcuni colleghi di Icij, *International consortium of investigative journalists*, con cui il settimanale collabora in esclusiva per l'Italia per questa inchiesta.

Il traffico che spunta dalle storie cremonesi apre gli occhi su una pista finora nascosta. Il trait d'union fra napoletani ed egiziani è **Ciro Sacchettino**. A Cremona è stato condannato a tre anni e il 10 marzo scorso è stato arrestato (ai domiciliari) a Napoli: autore, nel maggio 2024, con un fratello ed altri, di furti di farmaci tumorali da 1,4 milioni alla farmacia del Policlinico Federico II della sua città.

La piaga dei furti di farmaci oncologici

Secondo un rapporto del Nas, il furto di farmaci oncologici «è aumentato a dismisura nel 2013 (64 casi) e nel 2014 (60). E, dopo un ridimensionamento tra il 2015 e il 2016», è risalito, secondo i dati Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, nel 2017 (38 casi) e 2018 (43). Per poi continuare ancora negli anni ▶▶ successivi fino ad arrivare al 2025.

Il fenomeno ha cambiato morfologia nel corso del tempo. Spiega all'Espresso **Domenico Di Giorgio**, responsabile del Contrasto al crimine farmaceutico di Aifa: «La svolta è



nel marzo 2014, con l'operazione Vulcano coordinata da Aifa. Grazie a controlli incrociati su una lista di prodotti rubati, inviata alle farmacie ospedaliere europee, abbiamo rinvenuto alcuni di quei farmaci italiani in Germania e siamo poi risaliti alla fonte. Il braccio operativo era in Campania, con ramificazioni in altre parti d'Italia. Dopo aver creato una lista dei prodotti più redditizi, ne pianificava il furto, stivandoli in magazzini sotto il suo controllo. L'organizzazione aveva costituito, all'estero, società fantoccio che emettevano fatture false, per far apparire legali i prodotti rubati, vendendoli poi ad altri grossisti, per la distribuzione sul mercato parallelo europeo dove per i farmaci si spende di più». Con l'arresto di 80 persone, quel sistema è stato smantellato. Le associazioni criminali sono state così costrette «ad aprire nuovi canali di vendita nel Nord Africa e in Medio Oriente ponendo l'Italia al centro del traffico illegale», dichiarano i Nas. Dunque, i criminali campani ritornano sulla scena. Il piatto è sempre ricco. In base alle denunce delle imprese farmaceutiche risulta che, dal 2017 a oggi il saccheggio dei farmaci, in gran parte monoclonali, vale 49,7 milioni.

Nell'ordinanza di custodia cautelare, il gip **Giulia Masci** parla della «sintonia operativa tra egiziani e ricettatori campani». Sintonia che, in caso di liti tra i due, non può venir meno, perché, come spiega Wael Azmi a Sacchetti, loro sono «parte di una famiglia». Una famiglia eterogenea, strutturata in ruoli. Dalle carte giudiziarie emerge che Wael Azmi e **Gad El Hussein**, farmacista, sono i registi, «organizzatori e propulsori dell'illecito traffico di farmaci». Da promotori, «trattano personalmente l'acquisto dei prodotti dai ricettatori campani». Abdelnasser invece fornisce i farmaci agli arabi. Sacchetti ed Equabile sono «gli intermediari tra gli egiziani» e i ladri, autori dei furti.

Gli egiziani sono quasi tutti di Mansoura e sono grandi venditori, hanno i loro canali all'interno degli aeroporti, a Malpensa, al Cairo e nel secondo aeroporto del Cairo, Sphinx, dove possono contare su scarsi controlli doganali e parenti o connazionali che si presentano all'arrivo degli aerei per ricevere le valigie piene di medicinali. A Mansoura, Wael dispone di un deposito, gestito dal padre, dove stoccare i farmaci per la clientela egiziana.

L'origine: operazione Dawaa

Tutto ha inizio il 15 febbraio 2018. Al negozio Mail Boxes di Crema (Cremona) si presenta Ghattas Loay, egiziano, per spedire in Francia un pacco di farmaci ad alto costo. L'aveva già fatto due giorni prima. Insospettiti, i dipendenti fotografano il plico. E allertano i Nas. La pm **Irene Prette** sequestra il pacco (9 confezioni di antitumorali per un valore di 103mila euro) e lo fa partire vuoto. I farmaci, tracciati in base alla targatura, risultano rubati agli ospedali San Giovanni Bosco di Napoli, Termoli e all'azienda sanitaria di Catanzaro. Quando il pacco arriverà a Parigi, vuoto, il destinatario, un amico di Ghattas, deluso, se la prenderà con lui.

Da questo momento il cellulare di Ghattas Loay, commerciante e farmacista, sarà intercettato. Dice di essere in grado di vendere qualsiasi farmaco tramite la sua rete e ha contatti con un medico egiziano, il dottor **Amr**, suo cliente: «Io ho altre strade e altri mercati in Germania, Egitto, Siria e Iraq».

Tre viaggi di Wael Azmi a Napoli

Wael Azmi è definito nelle carte il deus ex machina. Vuole fare affari con **Ciro Sacchetti**, uno dei suoi fornitori di medicinali. Va a trovarlo a Napoli tre volte, partendo da Cremona, con in tasca migliaia di euro e tornando con valigie di svariati farmaci destinati al Medio Oriente, che hanno un valore di quasi 500 mila euro. In parte, la merce viene fatta viaggiare via aereo, al Cairo, in un borsone affidato alla madre di Wael, ma gli investigatori del Nas intercettano, pedinano e seguono il loro uomo, fotografando ogni suo movimento. E sequestrano tutto. Tra le marche trovate, oltre a Keytruda, anche Opdivo (melanoma, carcinoma polmonare), Herceptin (tumore al seno). Tutte tracciate, e rubate nelle farmacie ospedaliere di Rutigliano (Bari) e Caltagirone (Catania).

I patteggiamenti

Il primo processo Dawaa, dopo gli arresti e le indagini, si è concluso con una serie di patteggiamenti: da due anni e 8 mesi a tre anni. Il secondo processo avrà la sua prossima udienza il 7 maggio. Insomma, bassi rischi e modeste condanne. I danni al servizio sanitario nazionale sono enormi. Quanto a quelli subiti dalla Msd ci penserà l'assicurazione di Dhl Supply. I carichi sequestrati per un totale di 758,3mila euro sono stati tutti distrutti: per ovvie ragioni non potevano essere più utilizzati.

TE

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medicine, il conto è impazzito

GLORIA RIVA e CARLO TECCE

Questa il sottosegretario **Marcello Gemmato** l'ha detta domenica 12 aprile 2026 a un convegno di Federfarma, ma la poteva dire un anno fa o la potrà dire anche l'anno prossimo: «La farmacia non è più soltanto il luogo della dispensazione del farmaco, si è trasformata in un presidio territoriale capace di avvicinare la salute ai cittadini, soprattutto nei contesti più fragili, nelle aree interne, contribuendo anche a ridurre la pressione su ospedali e ambulatori». A supporto della sua analisi, che poi è pure un suo interesse privato nonché un suo dovere pubblico, il politico pugliese di Fratelli d'Italia ha citato un rapporto del Censis. Come ormai s'è imparato, cioè da oltre tre anni e mezzo di governo **Meloni**, Gemmato è politico di destra, farmacista di professione, sottosegretario alla Salute con delega alla farmaceutica (ben diversa dalla farmacia). Sta di fatto, a essere brutali, che in tre anni e mezzo di cura Gemmato, che ha indubbia passione del settore, l'Agenzia nazionale italiana per il farmaco è un ginepraio di tensioni e lacune, la spesa nazionale per i farmaci è cresciuta al punto da potersi considerare "fuori controllo", gli affari per le farmacie – «non più soltanto luogo della dispensazione del farmaco» – sono invece più rigogliosi. Nel frattempo, però, Gemmato non è riuscito a diventare viceministro, nonostante sia il riferimento nella Salute del principale partito della maggioranza e nonostante sia depositario di ampie deleghe. Il ministro è il professore **Orazio Schillaci**, ex rettore dell'Università Tor Vergata, un tecnico indipendente che, con abilità squisitamente politiche, è riuscito a tenere Gemmato a debita distanza. Finché la polemica, narrata, a volte emersa, più volte sotterrata, non è diventata incontenibile, dunque è esplosa, fra genna-

io e febbraio dopo l'ultimo rapporto di Aifa. Nei primi nove mesi del 2025 la spesa farmaceutica ha raggiunto i 18,42 miliardi di euro, superando, con un trimestre ancora da conteggiare, il limite fissato di 2,85 miliardi. Poiché i farmaci rappresentano circa il 15 per cento del Fondo nazionale sanitario, è scontato – salvo nuove risorse – che il risparmio dovrebbe comportare tagli altrove. Il governo Meloni con Schillaci e Gemmato, nei rispettivi ruoli, ha introdotto un meccanismo più complesso per determinare i guadagni delle farmacie nella distribuzione/vendita dei medicinali. Per semplificare: prima incassavano il 30,35 per cento del prezzo al pubblico, da due anni incassano la somma del 6 per cento del prezzo al pubblico più una quota fissa che varia da 55 centesimi a 2,50 euro a confezione. Siccome il prezzo medio di un farmaco rimborsato è 9,42 euro, su questa fascia di medicinali si concentra la maggiore spesa pubblica e il maggiore guadagno per le farmacie. Un altro fattore che avrà inciso, e di sicuro ha provocato il disappunto delle Regioni che non riescono a vigilare sui costi, riguarda la distribuzione dei farmaci antidiabete: non più da ritirare in ospedali e laboratori, ma disponibili in farmacia. Questo nuovo ordine (o disordine) ha generato uno scontro epistolare fra Schillaci-Aifa-Gemmato. Il ministro ha chiesto ad Aifa una «riflessione approfondita sulle dinamiche gestionali» stigmatizzando le «polemiche interne all'agenzia (il diverbio fra il direttore scientifico e il direttore amministrativo) che hanno compromesso la credibilità complessiva del sistema di governance farmaceutica nazionale». Il sottosegretario Gemmato, non informato della lettera, ha supportato Schillaci facendo cadere nel testo una sottile provocazione parlando dei



vertici Aifa: «Ti esprimo la mia piena vicinanza rispetto a ogni iniziativa che vorrai assumere in merito a una revisione della governance da te nominata». E infatti la Commissione scientifica ed economica del farmaco, creata dal ministro Schillaci che ha sostituito le due commissioni del passato, non è riuscita a raddrizzare il preoccupante andamento della spesa intervenendo su Aifa.

A gestire l'Agenzia Italiana del Farmaco è il direttore **Pierluigi Russo**, la figura più vicina al sottosegretario Gemmato e pure a **Francesco Mennini**, al momento capo dipartimento di Schillaci, ma storico consulente dell'industria farmaceutica. Proprio Mennini avrebbe segnalato Russo per la dirigenza di Aifa. Russo è stato al centro di numerose critiche per l'incremento dell'otto per cento della spesa farmaceutica pubblica avvenuto fra il 2023 e il 2024. Ma molti mal di pancia riguardano anche le nuove nomine avvenute in questi mesi ai vertici dell'ente. Ad esempio, l'area di Accesso al farmaco e la Health Technology Assessment - Hta è il «processo multidisciplinare che sintetizza le informazioni sulle questioni cliniche, economiche, sociali, organizzative ►

► ed etiche connesse all'uso di una tecnologia sanitaria» - è probabilmente il dipartimento più importante e delicato di Aifa. Influisce sull'intero ciclo di vita del farmaco post-autorizzazione, valutandone il valore terapeutico ed economico per garantire ai pazienti un accesso rapido e sostenibile. Si occupa anche del coordinamento delle negoziazioni su prezzi e rimborsi. Il precedente direttore era **Francesco Trotta**, dirigente interno di seconda fascia, con una lunghissima esperienza nella valutazione scientifica, rimborso dei farmaci e del coordinamento dell'Osservatorio nazionale sull'uso dei farmaci. Sotto la gestione di Russo e in fase di rinnovo della dirigenza, il suo curriculum - così come quello di altri sette candidati con profonda conoscenza del settore dei farmaci - non è neppure stato preso in considerazione e Trotta, che è un dipendente di Aifa, è stato costretto ad assumere un ruolo di responsabile della Asl di Nuoro. Su questo concorso fioccano quindi i ricorsi di coloro che non sono stati ammessi al bando, e nel frattempo il dipartimento è stato affidato ad interim al direttore scientifico Russo perché l'unico ammesso alla selezione, **Carlo Monti**, ha rifiutato a sorpresa. In effetti, il candidato unico non ha grossa frequentazione del mondo farma-

ceutico, essendo un odontoiatra a capo della segreteria tecnica del ministro Schillaci. Inoltre Monti, in carriera, ha lavorato per anni alla Croce Rossa e, non guasta, sarebbe vicino a **Fabio Rampelli**, esponente romano di Fdi e vicepresidente della Camera. Monti ha rifiutato l'incarico e ora quella cassetta resta vacante.

All'Ufficio di segreteria Organismi Collegiali, che si occupa della stesura dei verbali di tutte le discussioni, si è preferito offrire l'incarico a un esterno di Aifa, **Stefano D'Aprile**: formazione giuridica e trascorsi al ministero della Cultura e poi in Leonardo. Competenza in materia farmaceutica? Nessuna. D'Aprile è entrato in Aifa con un incarico ex articolo 19 comma 6, sarebbe un contratto a tempo determinato di natura dirigenziale nella pubblica amministrazione conferito a esterni dotati di comprovata qualificazione professionale. Si può discutere se il responsabile di questo ufficio debba avere una competenza tecnica sui farmaci o piuttosto giuridica, ma va ugualmente specificato che in Aifa esistono almeno una ventina di dipendenti con una rodada formazione giuridica. Nel regolamento di Aifa è chiaramente scritto che, per i posti liberi, si cerca all'interno e, se non c'è una componente qualificata, allora si cerca fuori. Ancora. **Angela Del Vecchio** è stata nominata dirigente dell'Ufficio "Valutazioni economiche", proviene dalle "Good Clinical Practice", le cosiddette Gcp, cioè le norme di buona condizione delle sperimentazioni cliniche e, in generale, di attività ispettive. Nella rivoluzione voluta da Russo, Del Vecchio dovrà sorvegliare il monitoraggio della spesa sanitaria, ambito a lei fin qui estraneo. Anche per l'ufficio "Prezzi e Rimborsi" è arrivata una nuova dirigente: **Rita Paciello**, assai preparata con le ispezioni farmacologiche, meno su prezzi e rimborsi. A Paciello, come a Del Vecchio, tocca imparare in fretta. Lo scontro dentro e fuori Aifa e dentro e fuori al ministero della Salute, a inizio legislatura, avrebbe scatenato dimissioni e repulisti, cambi ovunque. Però siamo alla fine della legislatura, alla fine della corsa, conviene aspettare la prossima fermata anziché scendere e rimanere a piedi. **'E**

Nei primi nove mesi del 2025 la spesa farmaceutica ha raggiunto i 18,42 miliardi di euro, superando, con un trimestre non conteggiato, il limite di 2,85 miliardi. Tensioni in Aifa

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



Costi elevati dosi gonfiate effetti dubbi

GLORIA RIVA e LEO SISTI

Lo scorso anno l'Oms, Organizzazione mondiale per la Sanità, ha pubblicato un dossier per valutare quanto l'innovativo anticorpo monoclonale Keytruda, che si basa sul principio attivo pembrolizumab, allunghi l'aspettativa di vita dei malati di cancro al polmone. A cinque anni dall'inizio delle cure, solo il 10 per cento delle persone trattate con cure standard sopravviveva. Mentre restava in vita il 22 per cento di chi era stato curato con le fiale di pembrolizumab. Dunque la probabilità di sopravvivenza usando Keytruda è più che raddoppiata. Si tratta dunque di un farmaco – forse non miracoloso – ma comunque fondamentale per la sopravvivenza al carcinoma. Sempre la ricerca dell'Oms indica che la media di sopravvivenza, con un

farmaco convenzionale, ovvero la chemioterapia, è di dodici mesi, mentre con il pembrolizumab è di 18,5 mesi. La cinica domanda è: quanto costano questi 6,5 mesi di allungamento dell'aspettativa di vita ai contribuenti italiani? Parecchio. Ma è indiscusso che farmaci come questo, da un punto di vista della qualità della vita e della cura, devono essere premiati. Un premio economico, che va oltre oceano, perché Keytruda è di proprietà dell'azienda americana Merck.

Dall'Italia all'Austria, passando per Belgio, Svezia, Germania, Portogallo, Francia, Spagna, Gran Bretagna ed Europa in generale, tutti i sistemi sanitari registrano che il pembrolizumab è il primo principio attivo per grado di spesa ospedaliera. Lo conferma il rapporto OsMed 2025 pubblicato a novembre da Aifa: in Italia la spesa è di 531 milioni di euro, con un aumento sul 2023 del 16,3 per cento e un'incidenza del 3,9 per cento sul totale della spesa farmaceutica a

carico dello Stato. Il costo di una flacone, del dosaggio di circa 100 milligrammi, è di circa 6.200 euro, ma per il Ssn, attraverso le negoziazioni riservate, il prezzo stimabile è di circa 3.500 euro. Dunque il costo di una terapia – il dosaggio standard è spesso di 200 milligrammi ogni tre settimane – può raggiungere i 90mila euro a paziente.

Come nel 2023, anche nel 2024 il pembrolizumab risulta essere il primo principio attivo per spesa, a cui si associa un elevato incremento dei consumi, più 22,7 per cento, per via dell'aumento dell'utilizzo in molti tipi di tumore, tanto che oggi viene prescritto in Italia per 23 tipologie diverse, dal melanoma al polmone, dal tumore al colon e allo stomaco al carcinoma alle cellule renali, dal tumore alla mammella a quello testa-collo e molto altro. La rivoluzione portata da Keytruda consiste nell'agire come un inibitore dei check point immunitari, essendo specificamente diretto contro il recettore PD-1. In parole semplici, il tumore spesso usa una sorta di "mantello dell'invisibilità" per non farsi attaccare dal sistema immunitario e il pembrolizumab toglie questo mantello, permettendo ai linfociti T di riconoscere e distruggere le cellule cancerose.

L'inchiesta internazionale *Cancer calculus* di Icij, *International consortium of investigative journalism*, a cui *L'Espresso* ha partecipato in esclusiva per l'Italia rivela che gli elevati costi a carico del servizio sanitario non sono effettivamente giustificati e giustificabili. Già nel 2019 il profes-



sor **Francesco Trotta**, all'epoca dirigente Aifa, pubblicava su *British medical journal* un paper scientifico dal titolo *Anticancer drug prices and clinical outcomes: a cross sectional study in Italy*. La ricerca afferma che in Italia il prezzo dei nuovi farmaci oncologici, fra cui Keytruda, ma anche Nivolumab e altri, non è effettivamente correlato al beneficio clinico reale offerto ai pazienti: «La ricerca si ispira a un precedente paper realizzato negli Stati Uniti, dove si evidenziava un costo elevatissimo e sproporzionato rispetto ai risultati dei trail clinici. Pensavamo che in Italia, dove il costo del farmaco è più contenuto (negli Stati Uniti la spesa è di circa 12.500 euro a fiala totalmente a carico del paziente) perché soggetto a una contrattazione nazionale tramite l'Aifa, ci fosse una maggiore correlazione fra il prezzo e l'efficacia. Invece abbiamo scoperto che così non era». Lo studio, infatti, conclude che il costo delle fiale non dipende dal suo reale beneficio clinico, misurato in termini di sopravvivenza globale, sopravvivenza libera da progressione o tasso di risposta. I ricercatori hanno evidenziato come i prezzi elevati non sempre riflettevano un'innovazione proporzionale e sollevavano dubbi sulla sostenibilità a lungo termine del sistema sanitario se le negoziazioni del prezzo non tengono conto in modo più rigoroso del valore aggiunto del farmaco rispetto alle terapie già esistenti. Alla ricerca di Trotta sono seguiti altri aggiornamenti e numerosi altri paper scientifici sullo stesso tema: tutti confermano le evidenze già rilevate.

Ed è anche l'Oms, nel 2025, a fare un ulteriore passo avanti in questa direzione, esprimendo perplessità rispetto al dosaggio del pembrolizumab. Se fino a qualche anno fa, infatti, l'applicazione veniva calibrata in base al peso del paziente, successivamente Merck ha cambiato l'indicazione, invitando a somministrare un dosaggio molto più elevato, ovvero il quantitativo che sarebbe indicato a una persona di cento chili. La buona notizia è che questo farmaco non dà effetti collaterali devastanti se assunto in quantità superiori allo stretto necessario. La cattiva è che quella stessa fiala, che potrebbe essere divisa fra più pazienti, viene – per così dire – sprecata e pagata a caro prezzo dal Ssn. Il 5 settembre l'Oms ha pubblicato un comunicato dal titolo *The selection and use of essential medicines, 2025: report of the 25th Who expert committee on selection and use of the essential medicines* nel quale si dice

chiaramente che l'assunzione del Keytruda va ottimizzata. Il comunicato afferma esplicitamente che il comitato dell'Oms ha approvato e raccomandato strategie cliniche e di sistema basate sull'evidenza, tra cui proprio l'ottimizzazione della dose. Questa strategia è indicata come uno strumento fondamentale per migliorare l'accesso ai farmaci e ridurre i costi, rendendo trattamenti molto costosi come il pembrolizumab più sostenibili per i sistemi sanitari globali. Sebbene il comunicato non fornisca i milligrammi esatti, l'ottimizzazione della dose in oncologia si riferisce spesso alla ricerca del dosaggio minimo efficace o all'estensione degli intervalli fra una somministrazione e l'altra: secondo numerosi studi, l'efficacia rimane invariata passando da somministrazioni ogni tre settimane a intervalli più lunghi, o utilizzando dosi fisse più basse.

Dario Trapani, oncologo dello Ieo, ha recentemente pubblicato sull'*Esmo daily reporter*, un dossier per dimostrare come l'attuale dosaggio dei farmaci immunoterapici, come Keytruda, sia eccessivo rispetto a quanto biologicamente necessario, creando barriere economiche insostenibili per garantirne l'accesso. «Nel mondo dell'oncologia è stato normalizzato un uso eccessivo di questi farmaci. A differenza della chemioterapia tradizionale, dove "più farmaco" spesso significa "più efficacia", l'immunoterapia funziona saturando dei recettori (PD-1). I recettori vengono saturati a dosi molto più basse rispetto a quelle approvate dal commercio», e cita lo studio PlaNet del 2025, dove sul tumore al seno triplo negativo, è stato usato pembrolizumab a soli 50 mg ogni 6 settimane (una frazione della dose standard). I risultati in termini di risposta patologica completa sono stati numericamente simili a quelli dei grandi studi registrativi, ma a un costo immensamente inferiore. In un altro studio effettuato in India, l'aggiunta di una dose bassissima di Nivolumab, un immunoterapico non troppo dissimile dal pembrolizumab, ha migliorato significativamente la sopravvivenza rispetto alla sola chemio, dimostrando che «poca immunoterapia è infinitamente meglio di nessuna immunoterapia nei Paesi dove i costi sono proibitivi», spiega Trapani. Dunque, il



dosaggio non è solo un dettaglio tecnico, ma una scelta etica: «Mentre i Paesi ricchi assorbono i costi elevati (pur con fatica), per il resto del mondo i prezzi attuali rendono il farmaco inaccessibile. L'adozione di strategie "dose-optimized" potrebbe ridurre la spesa farmaceutica di oltre l'80 per cento, permettendo di curare molti più pazienti con le stesse risorse».

L'invito dell'Oms e quello del documento di Trapani – che si sommano a quelli simili di decine di altre ricerche scientifiche – è rivolto ai medici che (correttamente) accettano le indicazioni della casa farmaceutica. Infatti il mercato farmaceutico è molto regolato e, in questo caso, sovra regolato da indicazioni "on-label", che sono quelle approvate dal sistema. Esistono poi le indicazioni "off-label", ovvero non approvate e che – in questo caso – la casa farmaceutica produttrice non ha richiesto. Pertanto, se un oncologo volesse ridurre il dosaggio rispetto all'indicazione "on-label" dovrebbe chiedere il consenso al paziente e rischiare in proprio, avendo perso le garanzie di assicurazione e tutela delle prescrizioni on-label. Nel caso di specie, a ridurre il dosaggio hanno paura in tanti.

La comunicazione dell'Oms non è tanto rivolta ai governi o alle agenzie del farmaco, bensì alle comunità scientifica di ricerca. Detto altrimenti, quella comunicazione non è sufficiente per consentire agli oncologi di ridurre il dosaggio, nonostante per molti sia evidente che il pembrolizumab potrebbe funzionare a un decimo della dose. Questo perché la raccomandazione dell'Oms non sta scritta nel foglietto illustrativo, non sta scritta nelle approvazioni regolatorie o nelle indicazioni delle aziende. Servirebbe che la comunità scientifica promuovesse studi per garantire la riduzione

del dosaggio, altrimenti il singolo oncologo non si farà mai carico di ridurlo, preoccupato di incorrere in eventuali denunce da parte di pazienti.

C'è un però. La lobby di Merck si muove molto bene, ad esempio finanziando i maggiori oncologi italiani e internazionali. Nell'ultimo documento fornito dalla società italiana sul finanziamento ai medici, si scopre che nel 2024 (ultimo dato disponibile), l'azienda ha investito 1,5 milioni di euro per finanziare eventi e ricerche a medici, enti, istituti di ricerca del settore, ai quali sono state assegnate prestazioni professionali o consulenze a peso d'oro. Sono state finanziate anche associazioni dei pazienti, nonché associazioni no profit che, di norma, garantiscono un modello etico. Difficile quindi che proprio gli oncologi ingaggino una battaglia contro il dosaggio di Keytruda.

E ora che **Donald Trump** ha intenzione di ridurre il costo dei farmaci negli Stati Uniti, è anche possibile che le case farmaceutiche alzino la posta in Europa. **Lorenzo Moja** dell'Oms spiega a *L'Espresso*: «Il prezzo di molti farmaci è un artificio: non riflette i costi, ma un giudizio sull'innovazione. Finora il Nord America ha finanziato gran parte della ricerca difendendo un modello che paga allo stesso modo innovazioni nulle, piccole o grandi. Ora si chiede al resto del mondo di partecipare al conto, ma non è scontato che Europa e altri Paesi vogliano trasferire una quota crescente delle proprie risorse per sostenere un concetto sfuggente come "innovazione". Se il rifiuto sarà netto, il rischio è chiaro: l'innovazione davvero rilevante arriverà in Europa più tardi, mentre quella marginale non mancherà a nessuno».

La spesa è in crescita e i profitti vanno negli Usa
L'allungamento di vita è certificato ma sul Keytruda pesano le indicazioni ufficiali sulle quantità da somministrare

L'adozione di strategie per ottimizzare le cure potrebbe ridurre i costi farmaceutici di oltre l'80 per cento, permettendo di assistere molti più pazienti con le stesse risorse

